

**CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE DO  
ITAJAÍ**

**MORGANE CRISTINA SCHNEIDER**

**CUIDADOS UTILIZADOS POR ENFERMEIROS PARA GERIR A ASSISTÊNCIA  
AOS PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS**

**RIO DO SUL**

**2021**

**CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE DO  
ITAJAÍ**

**MORGANE CRISTINA SCHNEIDER**

**CUIDADOS UTILIZADOS POR ENFERMEIROS PARA GERIR A ASSISTÊNCIA  
AOS PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Trabalho de Conclusão de Curso a ser apresentado ao curso de Enfermagem da Área de Ciências Médicas, Biológicas e da Saúde, do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí, como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em enfermagem.

Orientador: Prof. Me. Diogo Laurindo Brasil.

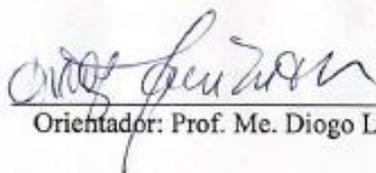
**RIO DO SUL  
DEZEMBRO 2021**

**CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE DO  
ITAJAÍ**

**MORGANE CRISTINA SCHNEIDER**

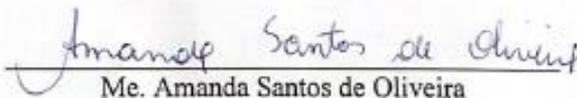
**CUIDADOS UTILIZADOS POR ENFERMEIROS PARA GERIR A ASSISTÊNCIA  
AOS PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem da Área de Ciências Médicas, Biológicas e da Saúde, do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí, a ser apreciado pela Banca Examinadora, formada por:

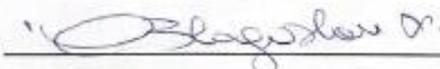


Orientador: Prof. Me. Diogo Laurindo Brasil

Banca Examinadora:



Me. Amanda Santos de Oliveira



Dr. Ilson Paulo Ramos Blogoslawski

Rio do Sul, dezembro de 2021

Por tudo que sempre serás para mim e por não existirem palavras para expressar tudo o que vivi contigo e o quanto sinto sua falta, dedico tudo a ti: Mãe! *“Enquanto houver amor, haverá vida”*.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer ao senhor onipotente pelo grande privilégio e pela oportunidade de viver a cada dia, pois acredito muito que cada um de nós têm a sua hora e data marcados neste mundo.

Agradeço infinitamente a minha mãe Terezinha de Abreu Schneider (*in memoriam*) por nunca deixar de acreditar apesar de todas as dificuldades e fazer com que eu me tornasse quem sou hoje, tenho muito orgulho por tudo o que fizeste por todos nós, obrigada por ser meu exemplo de amor, de caráter, de bondade, de força e de coragem, haverá e carrego sempre muito de ti em mim.

Ao meu querido pai Édio Schneider por todo amparo nessa pequena caminhada de vida, por sempre ser figura de segurança, de cobrança, de determinação, de honestidade e principalmente por todos os ensinamentos.

Agradeço aos meus irmãos Marcos e Rafaela por me acompanharem nesta caminhada apensar de tudo o que passamos nestes últimos anos, sem sombra de dúvidas são parte de mim, onde a irmandade, amizade e a lealdade criam raízes para toda vida.

Não posso deixar de agradecer quem sempre esteve comigo desde o início dessa jornada tanto nos dias bons como nos dias mais difíceis, a quem sempre me estendeu a mão, sempre me impulsionou a ser melhor, a conquistar e a viver a vida, Catia Spiess, obrigada por ser essa profissional e esse ser humano incrível, sempre em meu coração.

Minha madrinha Fátima de Abreu Schneider, exemplo de mulher batalhadora e minha segunda Mãe em vida, não há dificuldade que ela não possa vence-la. Minha gratidão e admiração sempre.

Deixo aqui um agradecimento muito especial a Coordenadora da Graduação de Enfermagem Rosimeri Geremias Farias por estar sempre à frente de todos nós lutando, abrindo portas e nos mostrando o caminho a ser seguido e, também por ser uma grande Mãe para todos nós, principalmente para minha pessoa, obrigada por ser exemplo de competência, de profissional e de pessoa. Obrigada por me acolher, apoiar e insistir sempre.

Agradeço também ao meu Orientador Diogo Laurindo Brasil, por aceitar a orientação e me conduzir nesta reta final, por acreditar na minha capacidade e por juntos construirmos um bom trabalho até aqui.

Expresso meu agradecimento também a todos os amigos e colegas com quem dividi praticamente todas as manhãs durante esses cinco anos e que de alguma forma incentivaram e ajudaram a chegar até aqui, espero que todos tenham um futuro brilhante pela frente.

Aproveito a oportunidade para agradecer ao Hospital onde a presente pesquisa foi desenvolvida e também a todos os profissionais que concordaram em participar da mesma transmitindo seus conhecimentos e contribuindo para que a Enfermagem continue crescendo no campo da Pesquisa.

E por fim, agradeço imensamente a Unidavi por me acolher, pelas oportunidades a mim ofertadas durante este ciclo, por sempre escolher os melhores professores e por sempre fazer o melhor pelos seus acadêmicos e funcionários.

## RESUMO

O ato de cuidar é uma atividade sobretudo humana e busca promover o bem-estar de quem está fragilizado. Ser acometido por uma doença crônica, muitas vezes progressiva e degenerativa faz com que as pessoas reflitam a respeito do seu processo de terminalidade. Frente a necessidade e obrigação de se garantir uma morte humanizada a todos os indivíduos que disso necessite e que o enfermeiro é peça chave no que se refere a prestação de cuidados aos pacientes, o objetivo do estudo buscou identificar a visão, atuação e os cuidados utilizados pelos enfermeiros para gerir a assistência aos pacientes em Cuidados Paliativos (CP). Também buscou analisar se tais cuidados estão de acordo com o que é preconizado pelo Manual de Cuidados Paliativos da Associação Nacional de Cuidados Paliativos. Trata-se de uma pesquisa na modalidade qualitativa do tipo descritiva e exploratória com profissionais Enfermeiros de ambos os gêneros, atuantes e que prescrevem a assistência aos pacientes das unidades de Internação de Clínica Médica, Cirúrgica e Conveniada, Unidade de Terapia Intensiva e Pronto Atendimento de todos os turnos de trabalho de um hospital localizado no interior do Estado de Santa Catarina. Para atingir o objetivo proposto, o instrumento utilizado para coleta de dados foi em formato de questionário composto por perguntas abertas e fechadas referentes a visão, atuação e cuidados dos enfermeiros diante dos CP. As respostas foram agrupadas, possibilitando destacar três categorias: o conhecimento e a visão dos profissionais diante dos CP, as dificuldades encontradas pelos profissionais diante do paciente paliativo e a atuação dos profissionais frente aos pacientes em CP. Diante da análise e discussão dos resultados observou-se que os profissionais possuem visão estruturada e positiva relacionada ao CP, relacionando cuidados que ofereçam qualidade de vida e sobrevida, destacando que os mesmos vão além de amenizar a dor, proporcionar conforto, dignidade e qualidade de vida, os profissionais destacam ainda a importância e a necessidade de ofertar um sistema de apoio juntamente com a equipe multidisciplinar, priorizando o indivíduo, suas necessidades e não a sua doença. Boa parte da atuação dos profissionais gira em torno dos principais objetivos dos CP, ao qual destaca-se o conforto, alívio da dor, qualidade de vida, acolhendo, oferecendo suporte e incluindo a família no plano terapêutico. Das considerações, entende-se que a assistência aos pacientes e familiares em processo de CP e terminalidade deve ser ofertada em sua totalidade de forma integral e extremamente genuína. O principal objetivo do CP é promover a qualidade de vida através da prevenção e alívio do sofrimento, sendo a atuação do enfermeiro extremamente relevante neste contexto. É imprescindível que os enfermeiros além de possuírem conhecimento teórico e técnico-científico, ampliem sua visão, estando atentos às necessidades que o paciente apresenta,

tendo capacidade e habilidade para atuar desenvolvendo ações ancoradas na individualidade do paciente, na qualidade da assistência a ser prestada, no controle e alívio dos sintomas que causam dor e sofrimento. E para que isso aconteça o profissional deve entender o motivo de se executar CP bem como seus princípios, que é aquilo que os diferencia de uma assistência comum e curativa.

**Palavras-chave:** Cuidados paliativos. Cuidados de enfermagem. Terminalidade.

## **ABSTRACT**

The act of caring is a mainly human activity and seeks to promote the well-being of those who are weakened. Being affected by a chronic, often progressive and degenerative disease causes people to reflect on their terminal process. Given the need and obligation to guarantee a humanized death to all individuals who need it and that nurses are a key part of the provision of care to patients, the aim of the study sought to identify the vision, performance and care used by nurses to manage care for patients in Palliative Care (PC). It also sought to analyze whether such care is in accordance with what is recommended by the Palliative Care Manual of the National Association of Palliative Care. This is a descriptive and exploratory qualitative research with professionals Nurses of both genders, working and prescribing the care to patients of the Medical, Surgical and Contracted Clinic Hospitalization units, Intensive Care Unit and Emergency Care of all work shifts of a hospital located in the interior of the State of Santa Catarina. To achieve the proposed objective, the instrument used for data collection was in the form of a questionnaire composed of open and closed questions regarding the vision, performance and care of nurses before the PC. The answers were grouped, making it possible to highlight three categories: the knowledge and the view of professionals in relation to PC, the difficulties encountered by professionals in the face of palliative patients and the actions of professionals in relation to patients in PC. In view of the analysis and discussion of the results, it was observed that professionals have a structured and positive view related to PC, relating care that offers quality of life and survival, highlighting that they go beyond alleviating pain, providing comfort, dignity and quality of life, professionals also highlight the importance and need to offer a support system together with the multidisciplinary team, prioritizing the individual, their needs and not their disease. Much of the professionals' work revolves around the main objectives of PC, which highlights comfort, pain relief, quality of life, welcoming, offering support and including the family in the therapeutic plane. Of the considerations, it is understood that the care to patients and family members in the process of CP and terminality should be offered in its entirety in an integral and extremely genuine way. The main objective of PC is to promote quality of life through the prevention and relief of suffering, and the work of nurses is extremely relevant in this context. It is essential that nurses, in addition to having theoretical and technical-scientific knowledge, broaden their vision, being attentive to the needs that the patient presents, having the ability and ability to act by developing actions anchored in the individuality of the patient, in the quality of care to be provided, in the control and relief of symptoms that cause pain and suffering. And for this to happen the professional must

understand the reason for performing PC as well as its principles, which is what differentiates them from a common and curative assistance.

**Keywords:** Palliative care. Nursing care. Terminality.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN	Conselho Federa de Enfermagem
CP	Cuidados Paliativos
ESAS	<i>Edmonton Sympton Assessment System</i>
EVA	Escala Visual Analógica
EVN	Escala Visual Numérica
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IL-1	Interleucina -1
IL-6	Interleucina - 6
NEAP	Núcleo de Estudos Avançados em Psicologia
PA	Pronto Atendimento
SNC	Sistema Nervoso Central
SNP	Sistema Nervoso Periférico
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TNF	Fator de Necrose Tumoral
OMS	Organização Mundial da Saúde
POP	Protocolo Operacional Padrão
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>15</b>
2.1 CONTEXTO HISTÓRICO .....	15
2.2 CONCEITO E PRINCÍPIOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS .....	16
2.3 INDICAÇÕES DE CUIDADOS PALIATIVOS .....	18
2.4 MODALIDADES DE ASSISTÊNCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS.....	20
2.5 ASSISTÊNCIA E MANEJO DOS SINTOMAS EM FASE FINAL DE VIDA.....	24
2.6 O PAPEL DO ENFERMEIRO NOS CUIDADOS PALIATIVOS .....	27
2.7 TEORIA DE ENFERMAGEM - NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS DE WANDA AGUIAR HORTA.....	28
<b>3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>32</b>
3.1 MODALIDADE DA PESQUISA .....	32
3.2 LOCAL DE ESTUDO.....	32
3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	32
3.4 ENTRADA NO CAMPO .....	32
3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA .....	33
3.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS .....	34
3.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	34
3.8 RISCOS E BENEFÍCIOS DA PESQUISA.....	35
<b>4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>36</b>
4.1 O CONHECIMENTO E A VISÃO DOS PROFISSIONAIS DIANTE DOS CUIDADOS PALIATIVOS.....	37
4.2 AS DIFICULDADES ENCONTRADAS PELOS PROFISSIONAIS DIANTE DO PACIENTE PALIATIVO.....	40
4.3 A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS FRENTE AOS PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS.....	46
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>54</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>56</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>60</b>
<b>APÊNDICE A- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....</b>	<b>60</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>65</b>
<b>ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>65</b>

<b>ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA .....</b>	<b>69</b>
<b>ANEXO C - DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO .....</b>	<b>73</b>
<b>ANEXO D – AUTORIZAÇÃO DO SERVIÇO DE PSICOLOGIA DA INSTITUIÇÃO</b>	<b>74</b>
<b>ANEXO E - AUTORIZAÇÃO DO NÚCLEO DE ESTUDOS AVANÇADOS EM PSICOLOGIA – NEAP.....</b>	<b>75</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O ato de cuidar é uma atividade sobretudo humana que busca promover o bem-estar de quem está fragilizado. Ser acometido por uma grave doença, crônica, muitas vezes progressiva e degenerativa, faz com que as pessoas reflitam a respeito do seu processo de terminalidade. Pensar sobre a morte ou vivenciar o processo de finitude nos provoca diversas sensações e reações desagradáveis.

Os principais profissionais responsáveis pelo cuidado propriamente dito prestado aos pacientes são os membros da equipe de enfermagem, e o enfermeiro como gestor e líder dessa equipe, é peça fundamental no que tange à oferta correta de cuidados adequados ao paciente em processo de terminalidade de vida, sendo ato privativo desse profissional a prescrição de cuidados de enfermagem e a gestão dos profissionais que colocam em prática os cuidados prescritos.

Atualmente, os pacientes que são classificados como terminais, são portadores de doenças graves, incuráveis e/ou que não respondem a nenhum tipo de tratamento. O cuidado para ser considerado efetivo requer do enfermeiro não só conhecimento teórico, mas capacidade e habilidade de relacionar-se terapêuticamente para lidar com sentimento de impotência, frustração, falta de conhecimento e emoções frente aos pacientes sem possibilidade de cura, o que acaba dificultando esse cuidado.

Os cuidados paliativos têm início no momento do recebimento da notícia da doença com seu diagnóstico e a importância da assistência requer uma abordagem qualificada visto que o adoecimento não leva somente aos sintomas físicos, mas também espirituais, emocionais e psicossociais e o enfermeiro é peça fundamental no que se refere a prestação de cuidados aos pacientes em cuidados paliativos para garantir uma morte humanizada a todos os indivíduos que disso necessite.

Falar do doente em cuidado paliativo é, por vezes, falar do que é mais nobre entre os cuidados, pois, cuida-se mesmo sabendo que a morte será inevitável. É a enfermagem a linha de frente do cuidado, e constantemente interagindo com os pacientes terminais, interagindo com suas dores, sofrimentos e a sempre presente ideia da morte espreitando no próximo minuto.

Amplamente divulgado, é de saber público que a enfermagem está constantemente subdimensionada e sobrecarregada, o que interfere diretamente no tempo disponível para o cuidado e conseqüentemente na qualidade desse cuidado. Além do mais, é imperativo levarmos em consideração que aquele que cuida, pode também adoecer, e nesse contexto, sabemos que os profissionais criam estratégias para defender-se de agressões nem sempre propositais, e

sabemos que a ideia da perda de uma vida, vai contra tudo aquilo para o qual o profissional é preparado desde o início de sua formação, então, perder um paciente, mesmo que esse desfecho já seja esperado, é, ao menos em parte, uma agressão.

A morte é mais desafiadora quando as pessoas que estão a sua volta não encontram um espaço de dignidade nisso, quando estamos sem possibilidades de escolha alguém terá de falar por nós, por isso os profissionais enfermeiros necessitam ter um olhar grandioso o suficiente onde caiba a experiência do adoecimento. É uma tarefa desafiadora focalizar o paciente como pessoa, tratá-lo como um ser humano e fazer com que o mesmo participe do seu tratamento, mais difícil ainda no nosso tempo é encarar a morte como fenômeno natural porque ela sempre é atribuída a um fator externo. Muitas vezes quando os pacientes entram para cuidados paliativos, o termo traz a falsa ideia de que não há mais nada a se fazer pelo mesmo, isto se torna uma crença errônea, pois é justamente neste momento em que os pacientes necessitam de mais ajuda.

Frente a necessidade e a obrigação de se garantir uma morte humanizada a todos os indivíduos que disso necessite e que o enfermeiro é peça fundamental no que se refere a prestação de cuidados aos pacientes, é importante saber quais são os cuidados prestados pelos profissionais enfermeiros na assistência a pacientes em cuidados paliativos.

Nesse contexto, o intuito deste trabalho será o de identificar a visão, atuação e os cuidados utilizados pelos enfermeiros para gerir a assistência aos pacientes em cuidados paliativos. Também buscaremos analisar se tais cuidados estão de acordo com aquilo que é preconizado pelo Manual de Cuidados Paliativos da Associação Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP).

Sendo assim, faz-se necessário que os profissionais enfermeiros possuam conhecimento prévio acerca dos cuidados paliativos, para que se consiga prestar uma assistência qualificada e significativamente contributiva para os pacientes que se encontram nessas condições.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 CONTEXTO HISTÓRICO

Certamente, antes de iniciarmos com o surgimento do primeiro marco da história dos Cuidados Paliativos (CP), devemos revisitar o passado dos cuidados com as pessoas em processos de terminalidade.

Dantas e Amazonas (2016), nos contam que o início dos cuidados paliativos está ligado ao surgimento dos *hospices* (hospedarias), que se originaram na Idade Média, influenciados pelas peregrinações dos cristãos aos lugares santos em razão das longas distâncias percorridas durante meses ou até anos. Durante essas caminhadas muitos adoeciam e conseqüentemente eram recolhidos aos *hospices*, que funcionavam como abrigos dirigidos por religiosos. Os viajantes permaneciam nesses locais pelo tempo necessário para se recuperarem e dar seqüência à peregrinação, portanto tinham por objetivo o acolhimento e o alívio do sofrimento, e não a cura da enfermidade.

Hermes e Lamarca (2013) nos traz como o primeiro marco da história dos Cuidados Paliativos, de forma estruturada, associando cuidados clínicos, pesquisa e formação por meio de *Dame Cicely Saunders* com um paciente acometido por um câncer terminal, no final dos anos de 1950 em Londres, ela teve o desafio de tentar conduzir adequadamente o controle da dor e dos demais sintomas que o afetavam. *Dame Cicely Saunders* nasceu em 22 de junho de 1918 na Inglaterra e dedicou sua vida ao alívio do sofrimento humano. Graduou-se como Enfermeira, Assistente Social e posteriormente como médica. Em 1967, fundou o *Christopher's Hospice*, o primeiro serviço a oferecer cuidado integral ao paciente, desde o controle de sintomas, alívio da dor e do sofrimento psicológico. Até hoje, o *St. Christopher's* é reconhecido como um dos principais serviços no mundo em Cuidados Paliativos e Medicina Paliativa.

Discorre ainda que por muitos anos a.C, considerava-se perigoso tratar ou cuidar de pacientes em leito de morte, pois haviam crenças de que, quem desafiasse as leis da natureza poderia receber castigo, a morte não deveria ser desafiada e por esse motivo, não era ético que os médicos atendessem esse tipo de paciente. Foi no século XIX que *Dame Cicely Saunders* focando o cuidado e tratamento direto para o doente, observou e concluiu que a terminalidade da vida estava sendo ocultada do prognóstico, bem como a forma de lidar com a morte, negada pela sociedade. Assim, engajou-se no movimento moderno dos *hospices* e, em 1969, criou o programa de Cuidados Paliativos domiciliários, que teve como diferencial o foco em novas competências além do controle da dor, compreendendo outros problemas associados à

terminalidade, incluiu a família nos cuidados do paciente e forneceu meios de formação e investigação dos cuidados paliativos.

Gomes e Othero (2016) destacam que no ano de 1970, esse movimento chegou à América por *Elisabeth Kübler-Ross*, psiquiatra suíça, radicada nos Estados Unidos e que teve contato com os trabalhos de *Saunders*. Entre 1974 e 1975, foi fundado um *hospice* na cidade de *Connecticut* (Estados Unidos) e, a partir daí o movimento dissemina-se, passando a integrar os cuidados a pacientes fora de possibilidade de cura em diversos países no mundo.

No Brasil, de acordo com Amazonas e Dantas (2016) esses cuidados consolidaram-se nos anos 80, coincidindo com o fim do regime militar, onde predominava o modelo hospitalocêntrico e curativo. Nesse modelo os pacientes tinham uma morte solitária, sem a presença da família e muitas vezes morriam sem o conhecimento da sua real situação.

Ainda de acordo com os autores, ressaltam que o primeiro serviço de Cuidados Paliativos surgiu no Estado do Rio Grande do Sul no ano de 1986, seguidos da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, logo após nos Estados de Santa Catarina e Paraná. Destaca-se entre os serviços de Cuidados Paliativos, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) inaugurado em 1998. Posteriormente em 2005, com o objetivo de contribuir com a pesquisa e aperfeiçoar esses cuidados aos pacientes no país, foi criada a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). Convém ressaltar que a ANCP tem sido responsável pelos principais avanços no estabelecimento de critérios de qualidade para os serviços de Cuidados Paliativos.

## 2.2 CONCEITO E PRINCÍPIOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Para Markus et al (2017), a doença terminal é um processo contínuo e flutuante, com grande variabilidade individual associada a múltiplos sintomas caracteristicamente intensos e oscilantes. Por isso, os tratamentos devem adequar-se em função da intensidade desses sintomas, dentro de uma visão flexível de tratamentos combinados. Cuidar de indivíduos no fim da vida e de suas famílias dia após dia é uma proposta desafiadora. Entender os desafios para fornecer cuidados de qualidade é o primeiro passo importante, a fim de desenvolver abordagens adequadas para apoiar, educar e facilitar a capacidade de “cuidar no fim da vida”.

Nesse contexto, a Organização Mundial da Saúde (2002), definiu Cuidado Paliativo como a “abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento.

Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual” e possui como princípios:

Proporcionar alívio da dor e outros sintomas angustiantes; afirmar a vida e considerar a morte um processo natural; não pretende apressar ou adiar a morte; integra os aspectos psicológicos e espirituais do atendimento ao paciente; oferece um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viver o mais ativamente possível até a morte; oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente e em seu próprio luto; usa uma abordagem de equipe para atender às necessidades dos pacientes e de suas famílias, incluindo aconselhamento sobre luto, se indicado; aumentará a qualidade de vida e também pode influenciar positivamente o curso de doença; deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes. (WHO, 2002, p. 25-26).

Mattos et al (2018) destaca que o termo “paliativo” deriva da palavra latina *pallium*, que significa capa, manto. Essa etimologia aponta para a essência dos cuidados paliativos: aliviar os efeitos das doenças incuráveis, buscando integrar as diferentes dimensões do cuidado físico, psicológico, social e espiritual, de tal modo a facilitar ao paciente não somente um morrer em paz, mas também um viver ativo, na medida do possível, até o momento final.

No entanto Barros et al (2013), nos traz que o termo paliar é mais usado em nosso meio, como aliviar provisoriamente, remediar, revestir de falsa aparência, dissimular, bem como adiar e protelar. O cuidado paliativo ou paliativismo, é muito mais que um método, é uma filosofia do cuidar que visa prevenir e aliviar o sofrimento humano em muitas de suas dimensões.

Para D’Alessandro, Pires e Forte (2020), é frequente a não compreensão adequada do termo, ligando-o apenas à fase final de vida. Diferentemente deste conceito antigo, entende-se atualmente que os cuidados paliativos são uma abordagem que deve ocorrer concomitantemente aos cuidados curativos ou modificadores de doença. Ao invés de se pensar ou indicar os cuidados somente quando se pensava em terminalidade da vida, atualmente o conceito e a indicação de CP se relacionam ao sofrimento de uma doença grave. Desta forma, deve ser ofertado em todos os níveis de assistência (primário, secundário e terciário) e nos diferentes pontos da rede de assistência (atenção básica, domiciliar, ambulatorial, hospitalar e urgência e emergência).

Mattos et al (2018) esclarece que os cuidados paliativos surgem como uma modalidade de assistência direcionada às condições de incurabilidade e de fim da vida. À medida que a doença avança e o tratamento curativo não proporciona seu controle razoável, os CP, como um modelo de cuidados totais, ativos, integrais e preventivos, são oferecidos ao paciente com doença ameaçadora de vida e à sua família, que vivencia a dor e o sofrimento de seu ente

querido. Desse modo, crescem em significado, pois legitimam o direito do paciente de morrer com dignidade, em detrimento do esforço ilimitado e desnecessário de curar a doença.

### 2.3 INDICAÇÕES DE CUIDADOS PALIATIVOS

Para a *Worldwide Palliative Care Alliance* (2014), a necessidade de cuidados paliativos nunca foi tão grande e está aumentando em um ritmo acelerado devido ao envelhecimento da população mundial e ao aumento do câncer e outras doenças não transmissíveis. Apesar dessa necessidade, o cuidado paliativo é subdesenvolvido na maior parte do mundo. O acesso a CP de qualidade é muito raro e apesar dos mitos e mal-entendidos sobre sua natureza e propósito estão se expandindo no mundo desenvolvido, apesar estar disponível no mundo em desenvolvimento, onde é mais necessário.

Expõe ainda que desde o início dos anos 1980, a necessidade de CP para pacientes tem sido progressivamente reconhecida em todo o mundo. Mais recentemente, houve o aumento da consciência da necessidade de cuidados paliativos para outras doenças crônicas ou condições como Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), insuficiência cardíaca congestiva (ICC), doença cerebrovascular, doenças neurodegenerativas, doenças crônicas respiratórias e tuberculose resistente a medicamentos. No entanto, continua a haver uma enorme necessidade não atendida de CP para estes problemas crônicos de saúde que limitam a vida em muitas partes do mundo.

Pela definição da Organização Mundial de Saúde (2002) para CP, todos os pacientes portadores de doenças crônicas-degenerativas graves, progressivas e incuráveis, que ameacem a continuidade da vida deveriam receber a abordagem dos CP desde o seu diagnóstico. Entretanto, sabemos que, se esta referência tivesse de ser cumprida, a maioria dos pacientes permaneceria sem nenhuma assistência paliativa, pois não possuímos ainda disponibilidade de profissionais e serviços que pudessem dar conta do atendimento desta população.

De acordo com Freitas e Py (2018), entende-se por doenças crônico-degenerativas aquelas de curso evolutivo e incapacitante, que não são passíveis de cura. Por exemplo, as que acometem os sistemas cardiovascular, respiratório, osteoarticular, as demências, o câncer, a AIDS, as privações sensoriais, e as doenças neurológicas degenerativas. As doenças crônico-degenerativas podem acometer pessoas de todas as faixas etárias, porém, o envelhecimento é o maior fator de risco para a sua ocorrência. As doenças crônicas que progridem com intenso sofrimento até a morte da pessoa constituem um dos maiores desafios para os profissionais.

Esclarecem ainda que o início dos CP não deve ser retardado nas doenças incuráveis, cujos sintomas devem ser identificados para poderem ser aliviados de maneira sistemática e adequada. Quanto maior o número de sintomas e quanto mais intensos, mais difícil para o paciente suportá-los, e a terapêutica se torna mais complexa. A palição é indicada para qualquer pessoa que tenha ou esteja em risco de desenvolver uma doença que ameace a vida, seja qual for o diagnóstico, o prognóstico ou a idade, podendo complementar e até melhorar o tratamento modificador da doença, ou em algumas situações, ser o tratamento em si.

Gamondi, Larkin e Payne (2013), citado por D'Alessandro, Pires e Forte (2020), enfatizam que a necessidade de CP está presente em todos os níveis de atendimento, primário, secundário e serviços especializados. Podem ser prestados como abordagem, por todos os profissionais de saúde que sejam educados e qualificados através de treinamento apropriado; como cuidados paliativos gerais, fornecido por profissionais de atenção primária e por profissionais que tratam doenças potencialmente fatais com um bom conhecimento básico de cuidados paliativos; ou ainda como cuidados paliativos especializados, prestados por equipes especializadas neste tipo de cuidado.

Segundo a *Worldwide Palliative Care Alliance* (2014), estimativas globais da OMS trazem que a grande maioria dos adultos com necessidade de CP morreram de doenças cardiovasculares (38,5%) e neoplasias (34%), seguidos por doenças crônicas respiratórias (10,3%), HIV/AIDS (5,7%) e diabetes (4,5%). Pessoas que precisam de cuidados paliativos morrendo de HIV/AIDS concentram-se na faixa etária mais jovem, de 15 a 59 anos e, considerando aqueles que morrem de Alzheimer (1,65%), Parkinson (0,48%), diabetes (4,6%), doenças renais (2,02%), cirrose hepática (1,70%), artrite reumatoide (0,27%) e câncer são predominantemente em faixa etária mais velha.

E destaca que o número global estimado de crianças que precisam de CP no fim da vida é quase 1,2 milhões. Há uma proporção ligeiramente maior do sexo masculino (52%) do que no sexo feminino (48%). O maior número de crianças com necessidade de cuidados paliativos morreu de anomalias congênitas (25%), seguidas de condições neonatais (14,7%), desnutrição calórico-proteica (14,1%), meningite (12,6%), HIV/AIDS (10,2%), doenças cardiovasculares (6,1%), distúrbios endócrinos, imunes ou do sangue (5,8%), neoplasias (5,6%), condições neurológicas (2,3%), doenças renais (2,2%) e cirrose hepática (1,06%).

Finaliza que em todo o mundo, estima-se que mais de 20 milhões de pessoas necessitem de CP no final da vida todos os anos. A maioria (69%) são adultos com mais de 60 anos e apenas 6% são crianças. As principais doenças são as cardiovasculares, câncer e doenças pulmonares obstrutivas crônicas. Junto com diabetes e outras doenças não transmissíveis, são responsáveis

pela a grande maioria das necessidades de CP para adultos e tendem a predominar na faixa etária mais velha. No entanto, é importante levar em consideração que com promoção da saúde intensificada e prevenção para causas evitáveis de mortes, bem como detecção precoce e tratamento oportuno de potencialmente condições curáveis, um número significativo de mortes prematuras por doenças a necessidade de cuidados paliativos pode ser evitado.

#### 2.4 MODALIDADES DE ASSISTÊNCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS

De acordo com Carvalho e Parsons (2012), a primeira publicação sobre implantação de um serviço de Cuidados Paliativos no Brasil foi em 1993 na Revista Brasileira de Cancerologia, pela Dra. Magda Cortes Rodrigues Rezende, oncologista do Instituto Nacional de Câncer (INCA), onde descreve a implantação do Centro de Suporte Terapêutico Oncológico naquela instituição. Desde então há um crescimento expressivo no movimento dos profissionais de saúde em torno dos CP no nosso país, principalmente de meados da primeira década de 2000 até os dias de hoje, seguindo uma tendência mundial.

Ressaltam que o contraste observado, no entanto, diz respeito justamente aos modelos de assistência empregados nos diversos países para atender à necessidade dos cuidados em fim de vida. Na Europa, a referência aos *hospices* como locais de cuidado intensivo na terminalidade evidencia o quão diferente a organização dos serviços pode ser. E, que desde o Cuidado de Nível 1, executado por equipes de Saúde da Família para necessidades mais básicas, até os de Nível 3, com equipes capacitadas para resolução de problemas complexos, os cenários de atuação são diversificados.

Para Vicensi et al (2016), a crescente demanda por CP no Brasil se intensifica em virtude do aumento epidemiológico no País das doenças crônico degenerativas não transmissíveis (cardiocirculatórias, câncer, entre outras) e o envelhecimento populacional.

Combinato e Martins (2012), citado por Vicensi et al (2016), relata que a implantação de CP em todos os níveis assistenciais é justificada, entre outras razões, pela necessidade de estruturar serviços de saúde capazes de ofertar cuidados integrais e integrados que visam minimizar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, através do acesso ao atendimento sistemático, humanizado e resolutivo, pela necessidade de qualificar a gestão pública nessa área no País e aprimorar suas regulamentações técnicas.

Ressaltam ainda que em cuidados paliativos, a cadeia de atenção global ao doente e família deve estar garantida. Isto é, o fluxo de doentes para internação numa unidade de CP, as

necessidades de investigação diagnóstica, o seguimento do doente em consultas ambulatoriais e o acompanhamento durante sua permanência no domicílio deve fazer parte de uma rede integrada e articulada, oferecendo segurança ao doente e sua família em todas as etapas de sua vida e respeitando sua autonomia.

Para a *Worldwide Palliative Care Alliance* (2014), não existe um único local em que se pode realizar cuidados paliativos. O local mais indicado é onde o paciente que necessita deste tipo de cuidado estiver, ou seja, no domicílio, na instituição hospitalar, ambulatório, instituição de longa permanência ou *hospice*.

De acordo com o Ministério da Saúde (2018), a resolução nº 41 publicada em 31 de outubro de 2018, normatiza a oferta de cuidados paliativos como parte dos cuidados continuados integrados no âmbito Sistema Único de Saúde e que será elegível para cuidados paliativos toda pessoa afetada por uma doença que ameace a vida, seja aguda ou crônica, a partir do diagnóstico desta condição. O Art. 5º esclarece que os cuidados paliativos deverão ser ofertados em qualquer ponto da rede de atenção à saúde, notadamente:

- I. **Atenção Básica:** ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, será responsável por acompanhar os usuários com doenças ameaçadoras de vida em seu território, prevalecendo o cuidado longitudinal, ofertado pelas equipes de atenção básica, conjuntamente com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB), com a retaguarda dos demais pontos da rede de atenção sempre que necessária;
- II. **Atenção Domiciliar:** as equipes de atenção domiciliar, cuja modalidade será definida a partir da intensidade do cuidado, observando-se o plano terapêutico singular, deverão contribuir para que o domicílio esteja preparado e seja o principal *locus* de cuidado no período de terminalidade de vida, sempre que desejado e possível. Será indicada para pessoas que necessitem de cuidados paliativos em situação de restrição ao leito ou ao domicílio, sempre que esta for considerada a oferta de cuidado mais oportuna.
- III. **Atenção Ambulatorial:** deverá ser estruturada para atender as demandas em cuidados paliativos proveniente de outros pontos de atenção da rede;
- IV. **Urgência e Emergência:** os serviços prestarão cuidados no alívio dos sintomas agudizados, focados no conforto e na dignidade da pessoa, de acordo com as melhores práticas e evidências disponíveis e;
- V. **Atenção Hospitalar:** voltada para o controle de sintomas que não sejam passíveis de controle em outro nível de assistência.

Para Doyle (2021), qualquer que seja o modelo de prestação de serviços, o que há de comum no trabalho das equipes de CP é o reconhecimento e alívio da dor e de outros sintomas, qualquer que seja sua causa e natureza, reconhecimento e alívio do sofrimento psicossocial, incluindo o cuidado apropriado para familiares ou círculo de pessoas próximas ao doente, reconhecimento e alívio do sofrimento espiritual/existencial, comunicação sensível e empática entre profissionais, pacientes, parentes e colegas, respeito à verdade e honestidade em todas as questões que envolvem pacientes, familiares e profissionais e, atuação sempre em equipe multiprofissional, em caráter interdisciplinar.

As unidades de internação em cuidados paliativos segundo Doyle (2021), dividem-se em enfermaria de cuidados paliativos: que consiste numa ala de um hospital geral secundário ou terciário que opera em leitos próprios e equipe especializada em Cuidados Paliativos. A equipe deve ser composta por médicos, enfermeiras e equipe de enfermagem, psicólogo, assistente social e capelão de caráter ecumênico. Pode contar também com fisioterapeutas, farmacêuticos clínicos e voluntários.

Também destaca o grupo consultor em cuidados paliativos: ao qual consiste na criação de uma equipe profissional muito bem treinada que se coloca à disposição de todas as equipes de diferentes especialidades no hospital, para suporte a elaboração de um plano de cuidados dirigido ao paciente e sua família.

Para Carvalho e Parsons (2012), as equipes de interconsulta podem estar vinculadas e serem originadas nas enfermarias de CP quando existentes ou trabalharem como forma exclusiva em pequenos hospitais, onde não comportem leitos próprios. A maioria das equipes de CP para pacientes internados no Brasil funciona nesta modalidade.

A unidade de hospitalar especializada em CP, é o equivalente ao termo inglês *hospice*, como explica Doyle (2021) e consiste numa unidade de saúde com complexidade mediana, apta a dar respostas rápidas a necessidades mais complexas dos doentes. Diferencia-se do hospital geral pelo espaço destinado a atividades diversas e convivência, inclusive para familiares, flexibilidade e atuação contínua de equipes multiprofissionais, além de programação distinta e de caráter holístico.

Carvalho e Parsons (2012), completam a explicação esclarecendo que a unidade hospitalar especializada em CP pode atender também a diferentes necessidades, desde pacientes em fase final da vida e em crises de necessidades, com perfil de internação curto (média de 14 dias) ou pode abrigar doentes com necessidades de internação prolongada (média de 2 a 3 meses) em perfil de recuperação neurológica, doença crônica avançada como doença pulmonar, cardíaca ou renal com descompensações de repetição em curto período e fase avançada das

demências com alto grau de incapacidade. Precisam ser equipadas para atender ocorrências clínicas e para isso necessitam da presença médica 24 horas, exames laboratoriais e radiologia, contando com referência para exames mais complexos. Podem localizar-se na área de um hospital de referência, em prédio isolado.

Ambulatório de cuidados paliativos conforme Carvalho e Parsons (2012) é definido como unidade ambulatorial baseada no modelo de consultas com um especialista, destinada ao atendimento de pacientes portadores de doença avançada, progressiva, ameaçadora da vida e com poucas chances de cura. O objetivo da assistência ambulatorial é proporcionar ao doente o excelente controle de sintomas de sua doença, a comunicação adequada de informações sobre a evolução e perspectivas de tratamento e a oportunidade de elaborar as dificuldades pessoais de ser um portador de doença ameaçadora da vida, onde a possibilidade de sua morte é tão ameaçadora quanto o curso de sua doença.

Enriquecem a explicação concluindo que o principal benefício do ambulatório de cuidados paliativos é poder acompanhar os doentes mais precocemente, numa fase em que a doença, apesar de significativa, tem pouco impacto sobre o perfil funcional do doente. Nesta fase, o controle ideal de sintomas e a abordagem emocional podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida, com possibilidade de ter impacto também sobre a sobrevida do doente. O acompanhamento ambulatorial deve sempre vislumbrar a possibilidade de agir na prevenção de crises de necessidades.

Doyle (2021) fecha as modalidades de atendimento a pacientes em CP com o atendimento do paciente no domicílio ao qual e caracteriza-se por atividade destinada a pacientes portadores de doença avançada, em progressão, e com necessidade contínua de monitoramento de sintomas e aplicação de um plano de cuidados previamente estabelecido. As visitas podem ser realizadas por médico ou enfermeira treinados para este fim e atentos às especificidades dos cuidados paliativos. Porém, o paciente deve ser referenciado para ambulatório ou unidade especializada que elabora o seu Plano de Cuidados, que consiste em uma série de ações determinadas para aquele paciente de forma individualizada. Idealmente deve ser realizada pela equipe de atenção primária mais próxima de sua residência, em consonância e em contínua troca de informações com a equipe especializada.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2007) citado por Carvalho e Parsons (2012), a necessidade de CP pode ser tomada com base no perfil de mortalidade de uma população. Considera-se que, entre as mortes ocorridas por causa natural, 50% a 80% são passíveis de necessidades de CP, considerando-se todos os diagnósticos. No caso do Câncer e HIV/SIDA, a porcentagem de pessoas com necessidade de CP por ano é de 80%.

## 2.5 ASSISTÊNCIA E MANEJO DOS SINTOMAS EM FASE FINAL DE VIDA

Muitas questões envolvem os últimos momentos de vida. Para Carvalho e Parsons (2012), as últimas horas de vida não podem ser consideradas apenas como uma continuidade do processo de morte, muitas vezes já iniciado na evolução de uma doença incurável. Apesar de alguns sintomas serem mais comuns neste momento, novas causas de sofrimento podem surgir tanto para o paciente quanto para sua família, os sintomas devem ser detalhados e cuidadosamente abordados.

A presença do sintoma é certamente uma fonte de sofrimento e de angústia ao paciente em CP segundo Oliveira (2008). Devemos incluir no tratamento uma estratificação do processo de elaboração do plano de cuidados. A avaliação constitui o primeiro passo para orientar o entendimento do problema. Os dados fornecidos pelos doentes são fundamentais para a descrição da sintomatologia, embora a comunicação entre o paciente e os profissionais da saúde nem sempre seja viável, tal como no caso de portadores de demência ou tumor de cabeça e pescoço, que atinge a laringe, por exemplo.

Esclarece ainda que dentro de um bom processo de avaliação é de suma importância podermos reconhecer a multiplicidade e multidimensionalidade desses sintomas e admitir que cada pessoa não é simplesmente um ser biológico com alguns sinais e sintomas, mas também um ser biográfico, que carrega a sua vida repleta de histórias e experiências, que incluem convivência com seus pares, parentes, amigos, inimigos e o mundo. Assim, justifica-se a necessidade da equipe multiprofissional para avaliar melhor esse ser biopsicossocial e biográfico. Considerar o ser na sua totalidade analisando suas várias dimensões, pode orientar o diagnóstico e melhor planejar metas adequadas no processo de finitude.

Para Ferriani et al (2017), o processo ativo de morte é caracterizado por aumento da prevalência e intensidade dos sintomas físicos, psicossociais e espirituais que geram grandes desafios aos pacientes, familiares e equipe de saúde. Não há um consenso na literatura quanto à conceituação precisa as últimas horas de vida. Porém a identificação da exacerbação de sintomas e o manejo deles nesse momento, que exige alteração do planejamento de cuidados, são primordiais. O cuidado ao paciente em fim de vida tem como prioridade determinar o tratamento adequado considerando suas perspectivas biológicas, psicológicas, pessoais, espirituais e sociais. Dessa forma, o final de vida pode ser um processo com maior dignidade e diminuição do luto complicado.

Para o manejo de cuidados ao paciente em fase final de vida ainda de acordo com os autores, é importante a definição correta desse momento. A terminalidade deve ser considerada

quando se esgotam as possibilidades de resgate das condições de saúde e a possibilidade de morte próxima parece inevitável e previsível. Por sua vez o conceito de fase final de vida ou processo ativo de morte é considerado quando os sintomas se exacerbam e começa a emergir um quadro de morte próxima e irreversível, com sobrevivência de horas e dias. Esse quadro também é conhecido como “últimas quarenta e oito horas” ou “agonia terminal”.

Para Carvalho et al (2018) o que importa nessa fase avançada e irreversível de doença, seja oncológica ou não, é que o paciente entra num estado de catabolismo acelerado. Isso ocorre em razão da ação de várias citocinas, principalmente de Interleucinas (IL-1 e IL-6) e fator de necrose tumoral (TNF). Essa cascata de eventos que culmina com perda de massa gorda inicialmente e depois da massa magra (muscular), com evolução para caquexia, queda de energia vital e evolução para falência de múltiplos órgãos.

Destacam ainda que, o que determina os sintomas mais exuberantes na fase final de vida e o quadro clínico de morte depende da doença de base. No câncer, essa queda de estado funcional é acentuada e perceptível, nas doenças crônico-degenerativas, como na insuficiência cardíaca, pulmonar, renal, hepática, doenças neurológicas e na AIDS essa queda pode ser menos evidente e muitas vezes confundida com mais uma exacerbação grave da doença. É importante valorizar os sinais de deterioração clínica: as intercorrências são cada vez mais frequentes, piora progressiva da doença de base, emagrecimento progressivo (perda de peso maior que 10%), aparecimento de sinais e sintomas de insuficiência em outros órgãos e múltiplas úlceras por pressão.

E finalizam que principalmente nos últimos dias vários sintomas novos podem surgir e sintomas anteriores podem mudar em número e em intensidade, tanto em pacientes oncológicos como em não oncológicos. A atenção e o manejo adequado no controle dos sintomas são fundamentais, caso contrário, o paciente e sua família poderão sofrer desnecessariamente e o processo de morte prolongar-se. Na medida do possível, é necessário preparar o paciente, a família e a equipe de saúde para os eventos futuros, ou seja, todos devem estar a par do que está para ocorrer, para antever as novas necessidades do paciente/família e reorganizar os cuidados necessários e as ações cabíveis.

Ferrian et al (2017) reforçam que todas as condutas adotadas devem priorizar o controle de sintomas de forma proativa e, conseqüentemente, o conforto do paciente e seus familiares, evitando o uso de medidas obstinadas e desproporcionais para esse momento. E as medidas essenciais deverão ser ofertadas pela via menos invasiva possível. O trabalho em equipe interdisciplinar é fundamental, visto que, além do controle de sintomas físicos, é necessário haver apoio psicossocial e boa comunicação visando a auxiliar na adaptação do paciente e da

família e essa nova realidade. Não é incomum, que os pacientes, nesta fase, estejam mais preocupados com seus familiares do que consigo mesmos. É fundamental descobrir quais são suas principais preocupações.

Nas últimas horas, segundo Carvalho e Parsons (2012), o objetivo que devemos ter é promover o controle dos sintomas de forma completa, prevenir os agravos das últimas horas de vida, suavizar a agonia final, além de evitar tratamentos que possam ser considerados fúteis nesta fase.

Os sintomas mais comuns que podem surgir nas últimas semanas de vida e que se intensificam nos últimos dias de acordo com Ferrian et al (2017) são: anorexia, astenia, confusão mental, constipação, fadiga, boca seca, dispneia, náuseas, vômitos, dor, *delirium*, sudorese, disfunção urinária, e alteração do sono/vigília. É possível que tais sintomas não ocorram sequencialmente e que a morte ocorra rapidamente. Por outro lado, caso esses sintomas sejam desenvolvidos em dias e não em semanas, torna-se importante excluir causas reversíveis para a deterioração, sendo obrigatório afastar, dentre outras, os efeitos adversos a medicamentos. Cabe ressaltar que muitos desses sintomas podem ser exacerbados por aspectos que vão muito além do biológico, sendo que o sofrimento pode ser intensificado por componentes psicológicos, sociais, espirituais e/ou existenciais perante a iminência de morte.

Para Vicensi et al (2016), o papel do enfermeiro no tratamento dos sintomas mais prevalentes em CP, diferentemente do que muitos profissionais assumem, está indicado desde a identificação do sintoma e sua devida classificação, até a mensuração da sua intensidade, localização, fatores desencadeantes e de alívio; reconhecimento de suas características multifatoriais e a interferência dos elementos culturais, sociais e espirituais na sua percepção pelo doente, gerando a necessidade de ações interdisciplinares. É competência do enfermeiro o conhecimento das terapêuticas medicamentosas ou não, suas indicações, ações, dosagens, posologias, farmacodinâmica, farmacocinética, efeitos adversos, suas formas de prevenção e, inclusive de tratamento dos mesmos. É essencial o controle dos sintomas e isso demanda ações planejadas e, muitas vezes concomitantes de toda equipe de saúde envolvida nos cuidados dos doentes em CP. Essas ações podem ser farmacológicas e/ou não farmacológicas.

Esclarece que o conhecimento faz com que o enfermeiro empodere o doente no processo de autocuidado e aumente a adesão às terapêuticas propostas, implementando a qualidade de vida dessas pessoas. O raciocínio clínico desenvolvido pelos enfermeiros lhes dá a segurança necessária para o contínuo e seguro cuidado de pessoas com diversos dos sintomas em cuidados paliativos.

## 2.6 O PAPEL DO ENFERMEIRO NOS CUIDADOS PALIATIVOS

A Enfermagem como arte e ciência do cuidar quando se trata de cuidados paliativos, intervém de forma incisiva para a sobrevivência e morte digna do indivíduo sob seus cuidados. O CP é uma das áreas que mais oportuniza um lado humanizado e humanitário do enfermeiro e demais profissionais de saúde, desenvolvendo uma abordagem que promova a qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida. Requer conhecimento de estratégias e intervenções de enfermagem que previnam e aliviam o sofrimento, além de identificar e avaliar precocemente problemas de natureza física, psicossocial e espiritual e implementar o tratamento da dor e demais sinais e sintomas. (MARCONDES et al., 2010).

Em relação à amenização de dor e outros sintomas físicos, Franco (2017), explica que a Enfermagem tem de aprender a interpretar não só as queixas verbais, mas aquelas que estão veladas no movimento, na expressão corporal, nos sinais fisiológicos, porém sempre atenta ao ponteiro da obstinação terapêutica quando se trata de procedimentos que podem se tornar repetitivos no dia a dia do paciente.

Oliveira (2008) menciona que para a enfermagem, os CP são inerentes à sua prática cotidiana. Aliar ciência e arte para prestar um cuidado que ampare, suporte e conforto é dever dos profissionais de enfermagem, desde o auxílio no nascimento ao diagnóstico de uma doença avançada, fortalecendo-se e tornando-se ainda mais presente na terminalidade e continuando durante o período de luto.

Ressalta ainda que prestar um cuidado competente, qualificado e diferenciado ao fim da vida é responsabilidade de todos os profissionais de saúde, cada um focando um diferente ângulo, de acordo com sua formação e especialidade. No entanto, a enfermagem e, especialmente, o enfermeiro, têm enorme potencial para otimizar esse cuidado. O enfermeiro é um excelente avaliador dos sintomas e suas intensidades (não só a dor), está mais atento aos sintomas de natureza não apenas física, pode ajudar muito a prevenir complicações indesejáveis, tem a arte do manejo e de saber como lidar com as limitações que vão surgindo a cada dia.

De acordo com o Carvalho e Parsons (2012), as habilidades do enfermeiro também devem estar voltadas para a avaliação sistemática dos sinais e sintomas; para o auxílio da equipe multiprofissional no estabelecimento de prioridades para cada cliente, para a interação da dinâmica familiar e especialmente para o reforço das orientações clínicas, a fim de que os objetivos terapêuticos traçados pela equipe multidisciplinar sejam alcançados. Trata-se de

cuidados sensíveis e de educação, que demandam ações de proximidade física e afetiva para que muitas orientações se efetivem na prática. Por isso é que a competência relacional do enfermeiro recebe destaque nos CP. Tanto para a equipe, quanto para o paciente e para a instituição, é necessário que este profissional tenha habilidades de comunicação, pois estas asseguram o melhor desenvolvimento de suas práticas clínicas.

Para Hermes e Lamarca (2013), a enfermagem é uma das categorias que mais se desgastam emocionalmente devido à constante interação com os pacientes enfermos, as constantes internações, muitas vezes acompanhando o sofrimento, como a dor, a doença e a morte do ser cuidado. Em busca do bem-estar do paciente terminal, o enfermeiro busca realizar ações de confortar o mesmo, além dos cuidados básicos e fisiopatológicos que o paciente necessita, realizando quando possível seus anseios, desejos e vontades.

Markus et al (2017) destacam que o paciente fora de possibilidades terapêuticas necessita ser cuidado até o final de sua vida, com dignidade e promovendo a qualidade de vida. Nesse processo a atuação do enfermeiro é extremamente relevante, principalmente pela equipe de enfermagem permanecer ao lado do paciente paliativo em tempo integral. Os enfermeiros realizam a interface entre equipe de saúde e familiares, de modo que a atuação desse profissional proporciona ao paciente o respeito à condição humana e à de qualidade de vida, o controle da dor e de sintomas, além de manter a preocupação com o conforto, apoio, cuidado humanizado e comunicação.

E por fim os autores ainda destacam que o profissional de enfermagem é fundamental para equipe de cuidados paliativos, pela essência de sua formação que se baseia na arte do cuidar.

## 2.7 TEORIA DE ENFERMAGEM - NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS DE WANDA AGUIAR HORTA

A Teoria das Necessidade Humanas Básicas, como menciona Horta (1974), fundamenta-se na teoria da motivação humana de Maslow para explicar ser a enfermagem um serviço prestado ao Homem visando assisti-lo no atendimento de suas necessidades básicas e desta maneira contribuir para mantê-lo em equilíbrio no tempo e espaço, seja prevenindo desequilíbrios, ou revertendo estes em equilíbrio.

Ressalta ainda que a enfermagem é um serviço prestado ao homem, que é parte do Universo dinâmico e como tal sujeito a todas as leis que o regem, no tempo e no espaço. O homem por suas características é também agente de mudanças do Universo dinâmico, no tempo

e no espaço, e conseqüentemente, como agente de mudança é também causa de equilíbrio e desequilíbrio em seu próprio dinamismo. Os desequilíbrios geram no homem necessidades que se caracterizam por estados de tensão conscientes ou inconscientes que o levam a buscar satisfação de tais necessidades para manter seu equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço.

Aborda que as necessidades não atendidas ou atendidas inadequadamente trazem desconforto, e se este se prolonga é causa de doença. Estar com saúde é estar em equilíbrio dinâmico no tempo e espaço. E a enfermagem como parte integrante da equipe de saúde, mantém o equilíbrio dinâmico, previne desequilíbrios e reverte desequilíbrio em equilíbrio do homem, no tempo e no espaço.

Horta (1974) ressalta ainda que o homem possui necessidades básicas que precisam ser atendidas para seu completo bem-estar. O conhecimento do homem a respeito do atendimento de suas necessidades é limitado por seu próprio saber exigindo, por isto, o auxílio de profissional habilitado, e em estados de desequilíbrio esta assistência se faz mais necessária. Todos os conhecimentos e técnicas acumuladas sobre a enfermagem dizem respeito ao cuidado do ser humano, isto é, como atendê-lo em suas necessidades básicas.

E conclui que, a enfermagem assiste o homem no atendimento de suas necessidades básicas, valendo-se para isto dos conhecimentos e princípios científicos das ciências físico-químicas, biológicas e psicossociais. Diante disto, a conclusão será que:

A enfermagem como parte integrante da equipe de saúde implementa estados de equilíbrio, previne estados de desequilíbrio e reverte desequilíbrios em equilíbrio pela assistência ao homem no atendimento de suas necessidades básicas, procura sempre reconduzir o homem a situação de equilíbrio dinâmico no tempo e espaço. (HORTA, 1974, p. 10).

Para Horta (1974, p. 10), o primeiro conceito que se impõe partindo da teoria proposta é o de Enfermagem:

Enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano (indivíduo, família e comunidade) no atendimento de suas necessidades básicas, e torna-lo independente dessa assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais.

Ressalta ainda que assistir em enfermagem é fazer pelo ser humano tudo aquilo que ele não pode fazer por si mesmo, ajudar ou auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se auto cuidar, orientar ou ensinar, supervisionar e encaminhar a outros profissionais.

A partir desses conceitos Braga e Silva (2011) nos trazem uma das proposições geradas a partir da teoria de Horta com relação à função de enfermeira nos seus campos de ação. São três áreas ou campos de ação distintos: *a) área específica* – assistir o ser humano no atendimento

de suas necessidades básicas e ensinar o autocuidado; *b) interdependência* – manter, promover e recuperar a saúde; *c) social* – ensino, pesquisa, administração, responsabilidade legal, participação na associação de classe.

Em 1970 Wanda Horta como ressaltam Braga e Silva (2011), introduziu uma nova visão da enfermagem com uma proposta que possibilitou o questionamento sobre as práticas diárias já consagradas pelo uso. Ajudou a consolidar a enfermagem como ciência aplicada, desenvolvendo suas teorias, sistematizando seus conhecimentos. Na sua época, o desafio era “sistematizar” o cuidado, individualizar o paciente, administrar a assistência, supervisionar e assumir o papel de prestar o cuidado junto com a equipe.

De acordo com Braga e Silva (2011) para Horta, a sistematização da assistência traduz-se em seis passos ao qual podemos chamar de processo de enfermagem. É a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas que visa a assistência ao ser humano. O processo de enfermagem caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos.

Horta (1974) explica que a interrelação e a igual importância dessas fases no processo podem ser representadas por um hexágono, cujas faces são vetores bi-orientados, querendo-se assim mostrar também, a reiteração eventual de procedimentos e, no centro deste hexágono situa-se o indivíduo, a família e a comunidade.

O primeiro passo do processo de enfermagem desenvolvido por Horta de acordo com Braga e Silva (2011) trata-se:

- I. Histórico de Enfermagem:** ao qual destina-se a um roteiro sistematizado para o levantamento de dados significativos para a enfermeira que permite identificar os problemas, e que leva ao diagnóstico. Deve ser conciso e individualizado, é importante que sejam colhidos dados sobre a percepção do paciente a respeito de suas necessidades e de sua relação com a assistência, os profissionais e a instituição. É atividade restrita ao enfermeiro e é executada por meio de entrevista, anamnese e exame físico com objetivo de coletar dados de forma a permitir o planejamento, a prescrição e a execução de cuidados;
- II. Diagnóstico de Enfermagem:** identificação das necessidades básicas e o grau de dependência do paciente em relação à enfermagem, considerando aspectos físicos, fisiológicos e de comportamento;
- III. Plano Assistencial:** é a determinação global da assistência que o ser humano deve receber, de acordo com o diagnóstico, seguindo uma lógica de prescrição, buscando

sempre promover a autonomia do paciente com relação ao autocuidado. As ações desenvolvem-se como orientação, supervisão e encaminhamento;

- IV. Plano de Cuidados ou Prescrição de Enfermagem:** é a execução dos cuidados determinados pelo plano assistencial;
- V. Evolução de Enfermagem:** relato diário das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano, permite avaliar a resposta do indivíduo, família e comunidade a assistência de enfermagem implementada;
- VI. Prognóstico de Enfermagem:** Estimativa da capacidade do ser humano em atender às suas necessidades após a execução do plano assistencial implementado.

Uma vez delineado o processo de enfermagem, para Braga e Silva (2011) torna-se importante lembrar as necessidades humanas básicas nos seus 5 níveis, são eles: necessidades fisiológicas, de segurança, de amor, de estima e de autorrealização. O ser humano procura satisfazer suas necessidades conforme possa percebê-las, daí surgindo a motivação. As necessidades são manifestadas por meio dos sinais e sintomas que, em enfermagem são denominados “problemas de enfermagem”, como, por exemplo, a tosse e a ansiedade.

Diante do exposto, Braga e Silva (2011), a aplicação das teorias na prática exige alguns requisitos, como por exemplo, a enfermeira deve conhecer profundamente a teoria para que, à luz desse conhecimento, possa nortear-se de maneira segura na prestação da assistência direta, nas orientações da equipe de enfermagem e na sua atuação dentro da equipe de saúde, além disso, é necessário que tenha conhecimento das ciências básicas e habilidades de observação, comunicação e interação, bem como disposição para mudanças básicas.

### **3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

#### **3.1 MODALIDADE DA PESQUISA**

Trata-se de uma pesquisa na modalidade qualitativa do tipo descritiva e exploratória.

#### **3.2 LOCAL DE ESTUDO**

A pesquisa ocorreu nos setores de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Conveniada, Unidades de Terapia Intensiva (UTI's) e Pronto Atendimento (PA) de um hospital localizado no interior do Estado de Santa Catarina.

#### **3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO**

Após todas as exigências cumpridas e todos os aceites dados para liberação da pesquisa, a pesquisadora compareceu as unidades e convidou os possíveis entrevistados para a explicação dos propósitos e objetivos da pesquisa, frisando a voluntariedade, aqueles que aceitaram participar foram convidados fazer a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (ANEXO A), formalizando o aceite com a assinatura do mesmo.

Considerou-se como critério de inclusão todos os enfermeiros de ambos os gêneros, atuantes, de todos os turnos de trabalho e que prescrevem a assistência aos pacientes nas unidades de internação de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Conveniada, Unidades de Terapia Intensiva (UTI's) e Pronto Atendimento (PA) do hospital pesquisado.

Os critérios de exclusão da pesquisa deram-se por profissionais com menos de 3 meses de experiência, afastados e/ou de férias, ou aqueles que não concordaram em participar da pesquisa. Também foi considerado como critério de exclusão do estudo os pesquisados que após três tentativas de recolhimento não devolveram o instrumento devidamente respondido.

#### **3.4 ENTRADA NO CAMPO**

A entrada no campo deu-se mediante autorização da instituição onde a pesquisa foi realizada, por via da Declaração de Autorização (ANEXO C), isso após a apresentação e deferimento dessa proposta aos gestores do serviço.

Somente após o aval da gerência e deferimento favorável para a pesquisa por parte do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, conforme parecer 4.793.490 (ANEXO B) emitido em 21 de junho de 2021, a entrada nas unidades ocorreu e os participantes foram convidados e orientados acerca dos objetivos da pesquisa.

### 3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA

O instrumento utilizado para coleta de dados foi em formato de questionário (APÊNDICE A) composto por 18 perguntas abertas e fechadas referentes ao tempo de formação profissional, tempo de atuação no setor, especialização e a fatores inerentes sobre a visão, a atuação e os cuidados prestados por profissionais enfermeiros diante de pacientes em cuidados paliativos, que foi desenvolvido pelos pesquisadores, com base no Manual de Cuidados Paliativos da Associação Nacional de Cuidados Paliativos. O tempo de duração para preenchimento do questionário foi em média de 30 minutos. Os dados coletados são de uso exclusivo para a pesquisa.

Este instrumento foi validado após aprovação do mesmo no CEP por meio de sua aplicação em profissionais com características semelhantes aos sujeitos da pesquisa, que não fizeram parte da amostra.

Os procedimentos para entrega do instrumento e coleta de dados ocorreram da seguinte forma:

- a) A pesquisadora realizou um levantamento prévio de quantos profissionais se dispuseram a participar da pesquisa e quais seus respectivos turnos de trabalho;
- b) A pesquisadora compareceu então em cada turno de trabalho (matutino, vespertino e noturno) de segunda a sexta-feira após levantamento feito, apresentando o tema da pesquisa proposta aos pesquisados de forma individual em local reservado esclarecendo sobre o assunto a ser abordado e sobre possíveis dúvidas que poderiam surgir no momento, bem como o sigilo das informações e a importância na participação do estudo. Perante o consentimento do profissional, a assinatura do TCLE foi coletada e o questionário entregue ao profissional.
- c) A pesquisadora em consenso com os profissionais que aceitaram participar da pesquisa, optou por combinar a melhor data e horário de segunda a sexta-feira nos seus respectivos turnos de trabalho para fazer o recolhimento do instrumento respondido.

### 3.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

As respostas obtidas foram documentadas, analisadas e organizadas por meio de uma tabela específica no programa Microsoft Word. Na sequência, organizadas por categorias de análise conforme sistema de análises de discurso ou proposto por Laurence Bardin. A interpretação dos resultados encontrados na pesquisa em campo será mediante comparação com a literatura encontrada e respaldado teoricamente em Wanda Aguiar Horta.

Segundo Bardin (2011, p. 15), “a análise do conteúdo é um conjunto de instrumentos de cunho metodológico em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados”.

Bardin (2011) julga que a análise do conteúdo se faz na prática. E em relação às práticas os exemplos que ilustram uma análise de conteúdo segura e objetiva, são: análise de entrevista, análise lexical e sintática de uma amostra e análise temática de um texto.

### 3.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O presente estudo atendeu aos preceitos éticos descritos na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 e na Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde. Os entrevistados nessa pesquisa foram esclarecidos de todos os procedimentos adotados durante toda a pesquisa, sobre seus possíveis riscos e benefícios. Os resultados obtidos com a pesquisa serão utilizados exclusivamente nesse e posteriormente poderão ser encontrados na apresentação para Banca de Analisadores, na Mostra Acadêmica que acontece ao final do segundo semestre de 2021 na Unidavi, bem como podem ser solicitados aos pesquisadores a qualquer momento.

Todos os entrevistados que concordaram em participar da pesquisa, responderam ao instrumento de coleta de dados, porém antes os mesmos foram enfaticamente orientados quanto à voluntariedade de sua participação, da garantia do anonimato do direito a negar-se a participar da pesquisa, mesmo após os dados coletados, sem que isso lhe ocasione prejuízos de qualquer natureza (física, psíquica, financeira, etc.), e após todos essas informações estarem claras ao participante ele foi convidado a ler o TCLE, ofertado o tempo necessário para essa leitura e após, as dúvidas foram sanadas pelos pesquisadores, não restando nenhuma dúvida sobre os procedimentos, os participantes formalizaram seu aceite através da assinatura do TCLE em duas

vias de igual teor, ficando uma em posse do pesquisado e uma em posse dos pesquisadores, que a armazenará pelo prazo de cinco anos.

O projeto foi encaminhado para apreciação e deliberação do CEP, e a coleta dos dados somente ocorreu após aprovação do mesmo.

### 3.8 RISCOS E BENEFÍCIOS DA PESQUISA

A pesquisa apresentou risco mínimo aos participantes devendo-se considerar o risco de desconforto emocional aos pesquisados ao responder as questões do instrumento de coleta de dados. Para minimizar os riscos, os pesquisados foram orientados de forma individualizada a responder o instrumento em local onde o mesmo se sinta seguro, e, ao menor sinal de desconforto do pesquisado, o mesmo poderia pedir para encerrar a sua participação, após, o pesquisado seria encaminhado pelos pesquisadores, se assim o desejasse, ao serviço de psicologia da própria instituição (ANEXO D) para a escuta inicial. Caso houvesse necessidade após a escuta inicial, o pesquisado poderia ser encaminhado ainda para o Núcleo de Estudos Avançados em Psicologia – NEAP (ANEXO E) para continuidade do acompanhamento. O sigilo e anonimato foram garantidos mediante confidencialidade das informações de todos os participantes que responderam ao questionário, os nomes dos respectivos indivíduos foram substituídos por uma sequência numérica (Enf. 01, Enf. 02, Enf. 03 e assim consecutivamente) estabelecida para identificação das respostas, ou seja, o instrumento de coleta de dados, não possui campos para a identificação nominal do profissional. Ao final das coletas, nenhum dos pesquisados necessitou de tal encaminhamento.

Enquanto benefícios do estudo pode-se destacar a oportunidade de conhecer quanto a visão e analisar a atuação dos profissionais frente aos cuidados paliativos nos respectivos setores, bem como contribuir com as pesquisas futuras relacionadas à temática. E em posse dos resultados do presente estudo, caso as atuações não sejam suficientes, ações de educação continuada, permanente e segurança do paciente poderão ser implementadas com foco nos pontos que se apresentarem mais frágeis contribuindo assim para a melhoria na qualidade da assistência prestada aos pacientes que se encontram nesta situação.

Em contraponto, se for observado que a atuação desses profissionais atende o que é estabelecido no Manual de Cuidados Paliativos da Associação Nacional de Cuidados Paliativos, a pesquisa servirá como instrumento de validação da assistência prestada, e tal modelo poderá ser replicado para outros serviços.

#### 4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A quantidade de profissionais que atendeu aos critérios de inclusão do estudo e tiveram a oportunidade de responder ao instrumento de coleta de dados soma-se a 23 entrevistados. Dentre eles, apenas 02 dos entrevistados não devolveram o instrumento preenchido após as três tentativas de recolhimento, ao qual foram excluídos imediatamente do estudo. Efetivando assim o número de vinte e um profissionais entrevistados. Dentre eles, vinte profissionais do gênero feminino e um profissional do gênero masculino.

Segundo Conselho Federal de Enfermagem - COFEN (2015), a maioria dos profissionais de enfermagem de Santa Catarina é predominantemente feminina, os quais correspondem a 87,7% de profissionais mulheres, porém, é importante ressaltar, que mesmo tratando-se de uma categoria feminina, registra-se a presença de 11,5% dos homens, percentual esse abaixo da média nacional (14,4%).

Quando questionado sobre o tempo de experiência e formação dos profissionais, o mesmo fica entre 05 meses e 21 anos de profissão e por tempo de trabalho na instituição o mesmo está entre 05 meses e 25 anos. Relacionado ao questionamento de especialização dos profissionais e interesse em possuir a mesma, catorze possuem especialização e quatro estão com a mesma em andamento, todos entre as áreas de urgência e emergência, terapia intensiva, pediatria, cuidados intensivos neonatal, auditoria, oncologia, saúde mental e ciências forenses.

Apenas três profissionais não possuem especialização, porém, pretendem realizá-la nas áreas de centro cirúrgico, terapia intensiva e gestão hospitalar. Dos três profissionais que ainda não possuem especialização, um profissional possui interesse em cuidados paliativos.

Por meio da análise minuciosa das respostas dos enfermeiros entrevistados, deu-se segmento a análise. Buscando alcançar os objetivos propostos desta pesquisa, as respostas foram agrupadas de acordo com os seus sentidos, possibilitando destacar as seguintes categorias: o conhecimento e a visão dos profissionais diante dos cuidados paliativos, as dificuldades encontradas pelos profissionais diante do paciente paliativo e a atuação dos profissionais frente aos pacientes em cuidados paliativos, totalizando três categorias que serão apresentadas a seguir.

#### 4.1 O CONHECIMENTO E A VISÃO DOS PROFISSIONAIS DIANTE DOS CUIDADOS PALIATIVOS

O termo “cuidados paliativos” descrito por Hermes e Lamarca (2013), é utilizado para designar a ação de uma equipe multiprofissional à pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura, ajudando-o a adaptar-se às mudanças de vida impostas pela doença e pelos sintomas. Tem como princípios reafirmar a importância da vida, ao considerar a morte como um processo natural, e estabelecer um cuidado que nem acelere a chegada da morte, nem a prolongue com medidas desproporcionais, propiciar o alívio da dor e de outros sintomas penosos, integrar aspectos psicológicos e espirituais, oferecer apoio a família para enfrentamento da doença e do período de luto.

Partindo do pressuposto que os profissionais de enfermagem participam ativamente no processo de tratamento e também estão presentes no fim da vida dos pacientes que não possuem mais possibilidades terapêuticas de cura, os entrevistados foram questionados acerca do seu conhecimento sobre cuidados paliativos e através das respostas, podemos destacar os seguintes depoimentos:

*“Cuidado paliativo é um conjunto de ações aplicadas ao paciente que possui uma doença incurável, não necessariamente que esteja em fase terminal”.* (Enf. 03, informação descrita)<sup>1</sup>

*“São cuidados ainda mais especiais para pessoa que encontrasse passando por doença que infelizmente o desfecho poderá ou será a “morte”. No entanto, nós enfermeiros e demais equipe multidisciplinar temos o dever e a capacidade de tornar este fim menos doloroso, mais digno, mais humano, melhorando a qualidade de vida do doente e sua família até o fim”.* (Enf. 05, informação descrita)<sup>2</sup>

*“Cuidados paliativos de uma forma muito breve, seria os cuidados destinados à pessoa e não a doença. Aquele cuidado que estabelece conforto e minimiza o sofrimento”.* (Enf. 11, informação descrita)<sup>3</sup>

*“Sim, uma maneira de ofertar conforto nos últimos dias de vida oferecendo conforto para dor, ambiente tranquilo, visitas dos seus familiares. Priorizando o conforto para o paciente. Buscando ofertar o tratamento adequado para dor, mais sobre vida ao paciente. Acolher os familiares para ajudá-los a passar pela situação”.* (Enf. 13, informação descrita)<sup>4</sup>

Os enfermeiros apontaram em suas definições de conhecimento sobre CP uma aproximação do conceito trazido pelo Manual de Cuidados Paliativos da ANCP (2012) e pela OMS em 2002 já citado anteriormente, porém, se faz necessário relembra-lo novamente neste

---

<sup>1</sup> Questionário respondido por Enf. 03 [jul., 2021]. Aplicado por: Morgane Schneider. Rio do Sul, 2021

<sup>2</sup> Questionário respondido por Enf. 05 [jul., 2021]. Aplicado por: Morgane Schneider. Rio do Sul, 2021

<sup>3</sup> Questionário respondido por Enf. 11 [jul., 2021]. Aplicado por: Morgane Schneider. Rio do Sul, 2021

<sup>4</sup> Questionário respondido por Enf. 13 [jul., 2021]. Aplicado por: Morgane Schneider. Rio do Sul, 2021

momento, onde: “Cuidado Paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual”.

O Manual de Cuidados Paliativos da ANCP organizado por Carvalho e Parsons (2012) destacam que o CP não se baseia em protocolos, mas sim em princípios e que não se fala mais em terminalidade, mas em doença que ameaça a vida. Onde o cuidado é indicado desde o diagnóstico. Não se fala também em impossibilidade de cura, e sim na possibilidade ou não de tratamento modificador da doença, desta forma afastando a ideia de “não ter mais nada a se fazer”. E pela primeira vez, inclui a abordagem da espiritualidade dentre as dimensões do ser humano. A família é lembrada, portanto assistida também após a morte do paciente, no período de luto.

Para Santana et al (2009), grande parte dos profissionais de saúde que trabalham com pacientes terminais enfrentam desafios para tentar promover uma assistência de alta qualidade, sem esquecer do lado humano de cuidar. É importante unir os cuidados paliativos à uma proposta de cuidados mais humanizada, não como uma obrigação, mas sim como um ato de respeito e solidariedade. A ideia de humanizar é mais intensa quando se fala em paciente terminal, por isso deve ser discutida e praticada pelos profissionais de saúde em toda sua amplitude. Para tanto a humanização não é mais uma prática adotada durante o atendimento ao paciente, mais que isso, é uma visão holística com troca de conhecimentos, experiências e sentimentos.

*“Quanto enfermeira, temos a atuação de participar diretamente nisso, abordagem de humanização ao processo dos cuidados paliativos, direciono a uma assistência humanizada e de qualidade” (Enf. 08, informação descrita)<sup>5</sup>*

*“Tentar proporcionar privacidade e humanização ao atendimento. O paciente precisa ser visto de forma diferenciada, bem como seus familiares também”. (Enf. 18, informação descrita).<sup>6</sup>*

Esclarecem ainda que preocupar-se com o lado emocional é acima de tudo, agir em prol da melhoria à qualidade de vida do paciente terminal e de sua família, capacitando-o deste modo, a acompanhar e suportar a dor e a angústia e resgatar a vida num contexto de morte eminente, conforme podemos observar no depoimento dos profissionais, a preocupação é constante com o estado emocional do paciente:

---

<sup>5</sup> Questionário respondido por Enf. 08 [jul., 2021]. Aplicado por: Morgane Schneider. Rio do Sul, 2021

<sup>6</sup> Questionário respondido por Enf. 18 [jul., 2021]. Aplicado por: Morgane Schneider. Rio do Sul, 2021

*“Medidas adotadas para amenizar sintomas como dor, psicológicos ou espiritual. Oferecer um sistema de apoio para ajudar a família e o paciente a lidar com a situação”.* (Enf. 14, informação descrita).<sup>7</sup>

*“Algo que muitas vezes envolve muito mais compaixão, zelo, cuidado, do que propriamente técnica. Pela minha vivência com pacientes nesta fase de vida, querem por vezes ou até necessitam de pessoas que tragam palavras de alívio, paciência, envolvendo muito mais cuidado emocional do que propriamente físico”.* (Enf. 20, informação descrita).<sup>8</sup>

Ainda sobre a visão dos profissionais entrevistados, é possível observar que ela está frequentemente relacionada a dignidade:

*“Dignidade. Realizar e prestar cuidado nesta fase que se discute a importância da vida e da morte de tal maneira que possamos promover alívio da dor. Conforto e qualidade de vida, até o último suspiro”.* (Enf. 05, informação descrita)<sup>9</sup>

*“É onde o ser humano que passa por esse tipo de situação, tem dignidade, conforto, não sinta dor e uma boa assistência familiar e para o próprio paciente, que não sinta dor e tenha no mínimo suas necessidades higiênicas preservadas até a hora da sua partida”.* (Enf. 06, informação descrita)<sup>10</sup>

*“Levar dignidade ao paciente, ele não é a doença, mas sim um ser humano”.* (Enf. 07, informação descrita)<sup>11</sup>

*“Fundamental, precisamos entender o outro como um todo, proporcionar a ele um cuidado digno, amenizando a dor e o sofrimento, fazendo dos seus últimos dias mais ameno”.* (Enf. 12, informação descrita)<sup>12</sup>

De acordo com Franco et al (2019), a dignidade está relacionada a ausência de dor, respeito com o corpo, privacidade, apoio da família, capacidade de decisão sobre rumos da vida, autocuidado e para alguns pacientes a dignidade humana é mais importante do que a própria saúde. Dessa forma, é essencial que os profissionais de saúde compreendam o significado de dignidade do ponto de vista do paciente para abranger aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais para que sejam envolvidas todas as dimensões de cuidado.

O Manual de Cuidados Paliativos da ANCP (2012) ressalta, no que diz respeito ao doente terminal acometido de doença incurável, diante da impossibilidade terapêutica da cura, que não há dever de curar, nem de salvar, mas, sim, apenas e tão somente, “dever de cuidar”, ou seja, de garantir ao paciente todos os “tratamentos e Cuidados Paliativos” cabíveis e disponíveis para aliviar a sua dor, proporcionando-lhe condições para que prossiga,

<sup>7</sup> Questionário respondido por Enf. 14 [jul., 2021]. Aplicado por: Morgane Schneider. Rio do Sul, 2021

<sup>8</sup> Questionário respondido por Enf. 20 [jul., 2021]. Aplicado por: Morgane Schneider. Rio do Sul, 2021

<sup>9</sup> Questionário respondido por Enf. 05 [jul., 2021]. Aplicado por: Morgane Schneider. Rio do Sul, 2021

<sup>10</sup> Questionário respondido por Enf. 06 [jul., 2021]. Aplicado por: Morgane Schneider. Rio do Sul, 2021

<sup>11</sup> Questionário respondido por Enf. 07 [jul., 2021]. Aplicado por: Morgane Schneider. Rio do Sul, 2021

<sup>12</sup> Questionário respondido por Enf. 12 [jul., 2021]. Aplicado por: Morgane Schneider. Rio do Sul, 2021

naturalmente, dentro do possível, sem sofrimento e sem dor, o caminho da vida até o “mundo dos mortos”, pelas veredas da paz e da dignidade.

Para Silva et al (2016), no cuidado paliativo é possível vivenciar e compartilhar momentos de afeto tornando a morte iminente digna e garantindo ao paciente o suporte e acolhimento diante das suas necessidades de cuidado.

Portanto, algumas atitudes não só dos enfermeiros, mas das equipes que prestam o cuidado podem contribuir para que os pacientes se sintam “dignos” nos cuidados prestados, como por exemplo, olhar nos olhos, sorrir, acolher o paciente e família, ter empatia, paciência, ter sensibilidade aos valores do paciente, bem como manter a sua privacidade, manter os cuidados mínimos de higiene prestados, são ações que contribuem para que se mantenha a dignidade do paciente e também para o aumento do vínculo e da confiança nos profissionais. Características essas fundamentais para o cuidado com o paciente e com impacto positivo sobre a assistência.

Observa-se frente aos depoimentos dos enfermeiros que os mesmos possuem uma visão estruturada e positiva relacionada aos cuidados paliativos, pois os mesmos não relacionam o CP diretamente com a morte e sim com os cuidados a serem prestados, que ofereçam qualidade e sobrevida ao paciente até a sua chegada, ao qual destacam ainda que são cuidados que vão além de amenizar a dor, proporcionar conforto, dignidade e qualidade de vida aos pacientes em fase terminal.

Percebe-se que é fundamental oferecer um sistema de apoio juntamente com a equipe multidisciplinar para que se possa dar suporte emocional e espiritual, envolvendo amor, carinho, compaixão, zelo, cuidado humanizado para com os pacientes e seus familiares, buscando sempre ofertar uma assistência adequada, priorizando o indivíduo, suas necessidades e não a sua doença, desta forma a visão dos profissionais vai de encontro ao que o Manual de Cuidados Paliativos da ANCP destaca, bem como ao que Horta (1979) destaca em sua teoria como um dos princípios, onde ressalta que a assistência de enfermagem é prestada ao ser humano e não à sua doença ou desequilíbrio.

#### 4.2 AS DIFICULDADES ENCONTRADAS PELOS PROFISSIONAIS DIANTE DO PACIENTE PALIATIVO

De acordo com Vasques et al (2016), os profissionais têm a formação na perspectiva da cura, o que não os torna preparados para lidar com questões como a finitude da vida. Quando ocorre a morte, essa é muitas vezes vista como uma falha, um insucesso. O profissional, então,

não preparado para lidar com tais situações, depara-se com o sentimento de impotência, frustração e tristeza, tendo dificuldade para reconhecer que algo ainda pode ser feito, como promover qualidade de vida e cuidados.

Para Almeida, Sales e Marcon (2014), ao encarar a situação de morte vivenciada pelos doentes sem prognóstico de cura, os profissionais desvelam sentimentos aos quais são expressos como consequência de suas escolhas, pelo fato de se sentirem impotentes e despreparados para o cuidado na terminalidade, o que pode ser evidenciado com clareza nos depoimentos a seguir:

*“Na verdade, tento fugir da situação. Amo o que eu faço, mas para mim essa situação ainda é um tabu”.* (Enf. 01, informação descrita)<sup>13</sup>

*“Muitas vezes não, é um processo bem doloroso para quem passa e para quem trabalha com esse tipo de paciente, o profissional de saúde precisa ainda de muito preparo psicológico para esse tipo de situação e muitos aprendem com a prática as duras penas”* (Enf. 06, informação descrita)<sup>14</sup>

*“Me sinto com sentimento de impotência”.* (Enf. 07, informação descrita)<sup>15</sup>

*“Em pensar sobre, o sentimento de impotência em alguns casos, mas ao mesmo tempo, que é o melhor a se fazer por ele em relação sua qualidade de vida. Não me sinto preparada em questão emocional, mas estou trabalhando isso. Em relação aos meus conhecimentos não estou preparada 100%, tenho muito o que me preparar”.* (Enf. 17, informação descrita)<sup>16</sup>

*“Apesar de sempre acharmos que somos fortes "sempre será momento de dor, tristeza, angústia". Tento sempre não armazenar o emocional para não me sobrecarregar”.* (Enf. 18, informação descrita)<sup>17</sup>

O sentimento de impotência aparece nos profissionais quando os mesmos se deparam com situações as quais fogem totalmente ao seu controle, como por exemplo a iminência de morte. Os profissionais veem diariamente o sofrimento dos pacientes e de seus familiares à espera da morte. A morte eminente pode fazer com que estes sentimentos se transformem em algo de sua responsabilidade, deixando-os com sentimento como se pudessem fazer algo a mais. Dessa forma, a possibilidade de morte passa a incomodar, e pode levar ao profissional a prestar uma assistência inadequada, pois ele deixa de enxergar a morte como um processo natural e deixa também de perceber as reais necessidades dos seus pacientes devido aos momentos delicados e difíceis como perder os pacientes e como pensar sobre a sua própria finitude. Ao

---

<sup>13</sup> Questionário respondido por Enf. 01 [jul., 2021]. Aplicado por: Morgane Schneider. Rio do Sul, 2021

<sup>14</sup> Questionário respondido por Enf. 06 [jul., 2021]. Aplicado por: Morgane Schneider. Rio do Sul, 2021

<sup>15</sup> Questionário respondido por Enf. 07 [jul., 2021]. Aplicado por: Morgane Schneider. Rio do Sul, 2021

<sup>16</sup> Questionário respondido por Enf. 17 [jul., 2021]. Aplicado por: Morgane Schneider. Rio do Sul, 2021

<sup>17</sup> Questionário respondido por Enf. 18 [jul., 2021]. Aplicado por: Morgane Schneider. Rio do Sul, 2021

qual, também pode estar relacionado com a falta de preparo emocional destes profissionais para dialogar sobre a morte, e como consequência disso, promover com efetividade os CP.

Falar abertamente sobre a morte com pacientes e familiares que sabem que a mesma pode chegar a qualquer momento não consiste em uma tarefa fácil, a terminalidade de vida também pode provocar nos profissionais o sentimento de indiferença e de distanciamento entre paciente, profissional e família, ou seja, não falar sobre a morte é como se fosse um mecanismo, um comportamento de “defesa” e estratégia pessoal com o intuito de tentar adiar a mesma do seu paciente mesmo sabendo que, em sua hora a morte chegará.

Por outro lado, quando o profissional conquista a oportunidade de dialogar sobre a morte com seus pacientes e familiares, ele consegue entender o que o paciente pensa, necessita e sabe a respeito da sua doença e do seu processo de finitude, pois, muitas vezes, as necessidades físicas são atendidas sem muitas dificuldades, mas, as necessidades emocionais e espirituais são contempladas apenas com este tipo de diálogo.

Segundo Araújo et al (2010), é importante salientar que a dificuldade em falar sobre pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura ou terminalidade de vida e CP, pode estar relacionada também a uma carência de conhecimento e possível deficiência na formação dos profissionais de saúde sobre o assunto, onde há urgência em mudar por exemplo, grades curriculares dos cursos da área da saúde na qual a enfermagem está inserida e onde a maioria ainda prioriza pelo modelo biológico centrado na medicalização e cura dos pacientes.

Entretanto, alguns profissionais entrevistados mesmo sendo a minoria, relataram em suas respostas que se sentem preparados e estão na busca por conhecimento para lidar com o processo de terminalidade de vida, o que pode vir a servir de estímulo para os colegas com quem trabalham:

*‘Sinto-me tranquila. Temos o direito de viver e também o direito de morrer com dignidade, e se possível de uma maneira tranquila e que não haja dor’.* (Enf. 02, informação descrita)<sup>18</sup>

*“Sim, me sinto preparada, do meu jeito”.* (Enf. 05, informação descrita)<sup>19</sup>

*“Estou em processo de preparação para entender esse tipo de paciente”.* (Enf. 09, informação descrita)<sup>20</sup>

*“Em relação aos meus conhecimentos também me sinto preparada, pois é um assunto que gosto e busco informações em literaturas”.* (Enf.11, informação descrita)<sup>21</sup>

<sup>18</sup> Questionário respondido por Enf. 02 [jul., 2021]. Aplicado por: Morgane Schneider. Rio do Sul, 2021

<sup>19</sup> Questionário respondido por Enf. 05 [jul., 2021]. Aplicado por: Morgane Schneider. Rio do Sul, 2021

<sup>20</sup> Questionário respondido por Enf. 09 [jul., 2021]. Aplicado por: Morgane Schneider. Rio do Sul, 2021

<sup>21</sup> Questionário respondido por Enf. 11 [jul., 2021]. Aplicado por: Morgane Schneider. Rio do Sul, 2021

*“Preparada, sem dificuldades “.* (Enf. 21, informação descrita)<sup>22</sup>

Para Vasques et al (2016), no âmbito das assistências, principalmente no ambiente hospitalar, esse tipo de sentimento, especialmente de impotência, poderia ser diferente se os profissionais fossem preparados além da sua formação profissional, por meio da implantação de programas de educação permanente acerca de cuidados paliativos, buscando valorizar as experiências práticas e o conhecimento teórico sobre o assunto.

Nesta conjuntura, destacamos os seguintes depoimentos dos profissionais quando questionados sobre as capacitações recebidas relacionadas a cuidado paliativo e ao processo de terminalidade de vida:

*“Não fornece. O protocolo existe, mas não há treinamento ou capacitação para tal”.* (Enf. 03, informação descrita)<sup>23</sup>

*“Até o momento não fui convidada para tal. Mas, penso que está nos planos da instituição”.* (Enf. 05, informação descrita)<sup>24</sup>

*“A instituição oferece alguns treinamentos, de diversos assuntos, mas nenhum específico em cuidados paliativos”.* (Enf. 15, informação descrita)<sup>25</sup>

De acordo com as respostas obtidas pelos entrevistados, evidencia-se que existem divergências em relação a capacitação dos profissionais, onde, trazem que as mesmas estão presentes de modo geral, porém, sentem falta de capacitações específicas sobre esse assunto, visto que todos os setores de trabalho dos profissionais entrevistados recebem pacientes em evolução e/ou em processo de terminalidade de vida. Esse aspecto reflete sobre a grande necessidade de capacitar os profissionais envolvidos na assistência do paciente terminal. No entanto, também cabe ao profissional a busca por conhecimento afim de ampliar a qualidade da assistência prestada aos pacientes.

Uma dificuldade encontrada e bastante relatada pelos profissionais quando questionados sobre as dificuldades relacionadas aos pacientes que adentram ao processo de terminalidade de vida, está a resistência dos familiares em aceitar o prognóstico do paciente, o que pode ser evidenciado a seguir:

*“Acredito que seja não com o paciente e sim a família, muitos ou na maioria das vezes não estão preparados, isso torna muito mais difícil o nosso trabalho no sentido de que não aceitam”.* (Enf. 02, informação descrita)<sup>26</sup>

<sup>22</sup> Questionário respondido por Enf. 21 [jul., 2021]. Aplicado por: Morgane Schneider. Rio do Sul, 2021

<sup>23</sup> Questionário respondido por Enf. 03 [jul., 2021]. Aplicado por: Morgane Schneider. Rio do Sul, 2021

<sup>24</sup> Questionário respondido por Enf. 05 [jul., 2021]. Aplicado por: Morgane Schneider. Rio do Sul, 2021

<sup>25</sup> Questionário respondido por Enf. 15 [jul., 2021]. Aplicado por: Morgane Schneider. Rio do Sul, 2021

<sup>26</sup> Questionário respondido por Enf. 02 [jul., 2021]. Aplicado por: Morgane Schneider. Rio do Sul, 2021

*“Abordagem ao familiar, parecem cientes, mas no momento de terminalidade esta situação complica”*. (Enf. 10, informação descrita)<sup>27</sup>

*“Aceitação da família, por não entenderem o significado de cuidados paliativos, e terem esperança que o paciente vai ficar bem”*. (Enf. 15, informação descrita)<sup>28</sup>

*“A aceitação dos familiares que não há nada a ser feito para recuperação, é muito claro em algumas situações, que existe uma cobrança de que não está sendo feito nada pelo paciente, que apresenta somente piora, mesmo com esclarecimento médico e acompanhamento psicológico. A assistência de enfermagem se torna pesada devido essa negação e falta de entendimento”*. (Enf. 16, informação descrita)<sup>29</sup>

Esta resistência gerada pela família implica e pode ser exemplo da falta de diálogo sobre o assunto dentro do núcleo familiar e de certa maneira dentro da rede apoio, seja de forma ambulatorial, domiciliar e/ou hospitalar, a resistência em não aceitar o prognóstico e as vontades do paciente, refletem na assistência prestada pelos profissionais aos mesmos e por vezes deixando a desejar.

Tanto a família quanto a equipe multidisciplinar precisam entender que o paciente enquanto capacidade e consciência tem o direito de decidir sobre os cuidados que gostaria de receber. É importante também que o paciente em vida tenha exposto seus desejos e anseios para seus familiares diante da sua terminalidade e processo de finitude, para que assim a família possa ajudar a guiar os cuidados enquanto o momento de despedida vem se aproximando.

Segundo Tavares, Pires e Simões (2011) citado por Costa et al (2016), é importante permitir que o próprio paciente escolha o que deve ser feito com relação ao seu tratamento, sem que haja nenhum tipo de manipulação ou influência que reduza a sua liberdade de decisão.

Para Santana et al (2009), a família é a célula social pela qual se inicia a formação de cada um e é a principal referência até a fase adulta. Ela sempre estará presente e envolvida até o final da vida.

Correia (2014) citado por Vasques et al (2016), ressalta que a presença do familiar junto ao paciente na terminalidade parece fundamental, porém, para alguns familiares estar próximo ao seu doente em fase terminal pode fazer com que esse familiar se depare com a própria finitude, dessa forma sentindo-se incapaz de ajudar e afastando-se do doente.

Em contrapartida, para Silva et al (2016), a família deve participar do processo de tomada de decisões, fortalecendo o apoio, a confiança e o reconhecimento da sua relevância na vida do seu ente querido.

---

<sup>27</sup> Questionário respondido por Enf. 10 [jul., 2021]. Aplicado por: Morgane Schneider. Rio do Sul, 2021

<sup>28</sup> Questionário respondido por Enf. 15 [jul., 2021]. Aplicado por: Morgane Schneider. Rio do Sul, 2021

<sup>29</sup> Questionário respondido por Enf. 16 [jul., 2021]. Aplicado por: Morgane Schneider. Rio do Sul, 2021

É necessário compreender que para a família que está enfrentando este processo é um momento de muita dor, tristeza, dúvidas e angústia, deste modo, os familiares também precisam de cuidados, pois, estar em situações como esta é desgastante e conforme os dias vão passando a possibilidade de melhora do paciente é visivelmente menor e isto deixa a família fragilizada e necessitando de apoio e esclarecimentos.

Silva et al (2016) destaca que o enfermeiro como membro da equipe de cuidados paliativos deve buscar interagir com a família, de modo que seja possível observar como esta tem vivenciando o processo de morrer de seu ente querido, com a finalidade de analisar e compreender como esses familiares enfrentam e lidam com as dificuldades advindas da doença do seu membro familiar, para que assim, possam ser repensadas novas estratégias de busquem minimizar o sofrimento e auxiliar no enfrentamento das dificuldades.

O Manual de Cuidados Paliativos da ANCP (2012) orienta algumas estratégias para que o profissional consiga falar sobre o processo de terminalidade e morte com os pacientes e familiares, como por exemplo, que o profissional se prepare e reserve um tempo, que utilize perguntas abertas como: o que você sabe sobre sua doença? O que você teme sobre sua condição? Que o profissional fale sobre os sintomas, prognósticos e afins sempre utilizando um vocabulário adequado para à compreensão do outro e que ele dê espaço para que o paciente possa expressar os seus sentimentos com o intuito de aos poucos abordar sobre o assunto de uma forma mais natural.

Desta forma podemos observar que os profissionais enfermeiros possuem dificuldades em aceitar o processo de terminalidade e morte dos seus pacientes, enquanto o paciente precisa da aceitação do enfermeiro para ter um cuidado efetivo. Não há como o paciente receber um cuidado efetivo e que atenda às suas necessidades humanas básicas sem que os profissionais enfrentem seus medos e desconfortos, pois, é o enfermeiro que prevê grande parte das necessidades do paciente (ou pelo menos uma boa parte delas) e as estratégias sugeridas pelo manual podem ser uma ótima opção para introduzir aos poucos esta prática no dia a dia dos profissionais.

O Manual também destaca que manter uma boa comunicação com o paciente e os familiares, prestando apoio, esclarecendo dúvidas e discutindo o processo de morte pode ser uma boa estratégia e faz-se necessário no intuito de reforçar os laços familiares e dar sentido à vida e a morte.

Fica evidente a importância de capacitações que façam abordagens sobre o assunto, principalmente sobre terminalidade e cuidado paliativo nos últimos dias e horas de vida. Assim, é importante e recomendado que os profissionais busquem conhecer e familiarizar-se com o

Manual de Cuidados Paliativos (2012) para que possam desta forma direcionar a assistência prestada.

### 4.3 A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS FRENTE AOS PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS

Horta (2015) destaca que assistir em Enfermagem é fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo; ajuda-lo ou auxiliá-lo quando parcialmente impossibilitado de se autocuidar; orientar ou ensinar; supervisionar ou encaminhar a outros profissionais. Além do mais, a enfermagem respeita e mantém a unicidade, autenticidade e individualidade do ser humano, é prestada ao ser humano e não a sua doença ou desequilíbrio e reconhece o ser humano como elemento participante ativo no seu autocuidado.

Silva et al (2013) entende que o enfermeiro é responsável pela assistência ao paciente de maneira integral, afetuosa e comprometida em auxiliar na adaptação às novas condições de vida. Nos cuidados paliativos, o enfermeiro tem um papel fundamental, devendo atuar no cuidado direto e indireto às pessoas desenvolvendo um cuidado individualizado devido as necessidades psicológicas e fisiológicas que cada paciente apresenta de acordo com sua fase de vida.

Neste sentido, de acordo com as respostas obtidas podemos verificar como se dá a atuação dos profissionais frente aos pacientes em CP, conforme depoimentos destacados a seguir:

*“Converso com a família, liberado visita estendida, medicado com mais frequência, evita-se procedimentos invasivos ou que prolonguem o sofrimento”.* (Enf. 15, informação descrita)<sup>30</sup>

*“É baseada no conforto, mudança de decúbito, ampla opção de analgesia, liberação de visitas e acompanhante”.* (Enf. 16, informação descrita)<sup>31</sup>

*“Ofertar um cuidado diferenciado focado no melhor conforto e manejo para esse paciente. Cada paciente possui suas particularidades, mas o conforto, qualidade de vida diante do momento atual e com as condições mais possíveis, seria de se realizar.”* (Enf. 17, informação descrita)<sup>32</sup>

*“Considero um momento delicado, onde tento sempre atuar no acolhimento a família, tentando sempre esclarecer dúvidas, anseios, amenizando o tamanho do sofrimento, sabemos que muitas pessoas são leigas referente a cuidados paliativos”.* (Enf. 18, informação descrita)<sup>33</sup>

<sup>30</sup> Questionário respondido por Enf. 15 [jul., 2021]. Aplicado por: Morgane Schneider. Rio do Sul, 2021

<sup>31</sup> Questionário respondido por Enf. 16 [jul., 2021]. Aplicado por: Morgane Schneider. Rio do Sul, 2021

<sup>32</sup> Questionário respondido por Enf. 17 [jul., 2021]. Aplicado por: Morgane Schneider. Rio do Sul, 2021

<sup>33</sup> Questionário respondido por Enf. 18 [jul., 2021]. Aplicado por: Morgane Schneider. Rio do Sul, 2021

“Tento dar o maior conforto possível, cuidando integral, e fazer de tudo para o paciente não sentir dor”. (Enf. 19, informação descrita)<sup>34</sup>

Observa-se que boa parte da atuação dos profissionais gira em torno dos principais objetivos dos cuidados paliativos, ao qual se destaca o conforto, alívio da dor, a qualidade de vida, acolhimento e suporte para com a família. Atuação esta, positiva e que vai de encontro aos princípios preconizados pelo Manual de Cuidados Paliativos da ANCP (2012).

Entretanto, uma das tendências encontradas nos depoimentos dos enfermeiros demonstra que o direcionamento maior está no conforto físico relacionado ao alívio de dor, e que não é citado pelos profissionais a questão do conceito de dor total, ao qual trata sobre todas as dimensões do ser humano, incluindo além do alívio do sofrimento físico, o psicológico, social e espiritual.

Em 1967, como abrange Carvalho et al (2018), a médica inglesa *Dame Cicely Saunders* acrescentou ao conhecimento da dor o conceito de dor total, através do qual admite que uma pessoa sofre não apenas pelos danos físicos que possui, mas também pelas consequências emocionais, sociais e espirituais que a proximidade da morte pode lhe proporcionar. *Saunders* estabeleceu a importância de uma abordagem multidisciplinar e da presença de uma equipe multiprofissional para que se obtenha o máximo sucesso no tratamento desta pessoa. De fato, ao abordarmos pacientes portadores de doenças evolutivas e sem possibilidade de cura, percebemos muitas vezes que em determinadas situações os medicamentos não são suficientes para proporcionar o completo alívio da dor.

Enfatiza que há a necessidade de se abordar, de forma clara, a dor maior de viver os últimos dias, de não entender porque está gravemente enfermo, de deixar os filhos desamparados, separar-se de seu amor, de não poder sustentar sua família e de não conseguir compreender o real sentido da sua vida. Qualquer doente em fase final ou fora de possibilidades reais de cura está sujeito a uma dor total, independentemente da doença que o leva ao final da vida.

Oliveira (2008) explica que a dor é um sintoma presente na maioria das doenças, seja como manifestação direta ou como parte do processo diagnóstico e terapêutico de uma doença. O processo de ficar doente acarreta sempre na presença da dor emocional, relacionada diretamente com a consciência da nossa finitude e da nossa fragilidade humana.

Segundo a Sociedade Brasileira para Estudo da Dor (2018), citado por D’Alessandro, Pires e Forte (2020) a dor é definida como “experiência sensitiva e emocional desagradável

---

<sup>34</sup> Questionário respondido por Enf. 19 [jul., 2021]. Aplicado por: Morgane Schneider. Rio do Sul, 2021

associada ou relacionada a lesão real ou potencial dos tecidos. Cada indivíduo aprende a utilizar esse termo através das suas experiências anteriores”. Portanto, a dor é aquilo que o paciente fala que tem.

A dor sempre é o sintoma que recebe mais atenção, porém pacientes em fase final de vida apresentam diversos sintomas, como por exemplo, fadiga, dispneia, *delirium*, náuseas, perda de apetite, depressão, ansiedade, astenia, vômito dentre tantos outros que causam sofrimento, incapacidade e diminuição na qualidade de vida destes pacientes. Desta forma, obter meios de controlar todos esses sintomas com propósito de aliviá-los são objetivos para que os cuidados possam ser prestados de uma forma adequada e eficiente.

A aplicação de escalas, protocolos e manuais são boas opções e podem ajudar a direcionar a assistência ao paciente paliativo. Nesta condição, questionamos os profissionais entrevistados quanto ao uso destes materiais durante a sua assistência e evidenciou-se que os cuidados são baseados no Protocolo disponibilizado pela instituição.

*“Sim, vejo como importante a aplicação do protocolo pois norteia as ações a serem tomadas, com respaldo técnico para cuidar precocemente da dor, do desconforto, da ansiedade”.* (Enf. 03, informação descrita)<sup>35</sup>

*“Sim. Tem na instituição o POP de cuidados paliativos o qual nos norteia”.* (Enf. 04, informação descrita)<sup>36</sup>

*“Utilizamos um protocolo referente a cuidados paliativos da instituição, todo documento está padronizado e inserido na aba qualidade do Tasy”.* (Enf. 14, informação descrita)<sup>37</sup>

Quando questionados sobre o conhecimento da escala de *Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)* instrumento este, direcionado para avaliar e monitorar sintomas e cuidados, apenas três profissionais tem conhecimento, mas não fazem uso, e o restante dos entrevistados não possui conhecimento.

*“Não, ainda não tive acesso a essa escala”.* (Enf. 04, informação descrita)<sup>38</sup>

*“Não conheço”.* (Enf. 10, informação descrita)<sup>39</sup>

*“Não conheço e nunca utilizei”.* (Enf. 20, informação descrita)<sup>40</sup>

<sup>35</sup> Questionário respondido por Enf. 03 [jul., 2021]. Aplicado por: Morgane Schneider. Rio do Sul, 2021

<sup>36</sup> Questionário respondido por Enf. 04 [jul., 2021]. Aplicado por: Morgane Schneider. Rio do Sul, 2021

<sup>37</sup> Questionário respondido por Enf. 14 [jul., 2021]. Aplicado por: Morgane Schneider. Rio do Sul, 2021

<sup>38</sup> Questionário respondido por Enf. 04 [jul., 2021]. Aplicado por: Morgane Schneider. Rio do Sul, 2021

<sup>39</sup> Questionário respondido por Enf. 10 [jul., 2021]. Aplicado por: Morgane Schneider. Rio do Sul, 2021

<sup>40</sup> Questionário respondido por Enf. 20 [jul., 2021]. Aplicado por: Morgane Schneider. Rio do Sul, 2021

De acordo com Monteiro, Kruse e Almeida (2012), a aplicação de escalas de assistência é um dos métodos utilizados para possibilitar um cuidado diferenciado a cada paciente a partir dos escores apresentados. As escalas podem quantificar e documentar a necessidade de intervenções, avaliando a sua eficácia ou identificando a necessidade de novas intervenções. Dentre as escalas existentes, a ESAS representa um importante instrumento de avaliação para cuidados prestados aos pacientes em cuidados paliativos. Sua utilização pode aprimorar a assistência de enfermagem detectando e monitorando novos sintomas apresentado pelos pacientes, individualizando o cuidado.

O Manual de Cuidados Paliativos da ANPC (2012) traz a ESAS como um instrumento valioso nesta tarefa. Consiste num pequeno questionário (quadro 1) com nove sintomas determinados e um décimo, de livre escolha do paciente, que passará a ser registrado diariamente. A cada sintoma solicita-se ao paciente que atribua uma nota de zero a dez, sendo zero a ausência do sintoma e dez a sua maior intensidade. É uma escala que traz como forma de avaliação a combinação de sintomas físicos e psicológicos. O profissional deve-se manter imparcial e permitir que o paciente expresse a sua própria avaliação. O ESAS inclui sintomas objetivos e subjetivos. Na impossibilidade de o paciente estabelecer uma comunicação coerente (dementados, por exemplo), a ESAS pode ser preenchida por seu cuidador com base na observação cuidadosa do seu comportamento e, neste caso, os sintomas subjetivos (cansaço, depressão, ansiedade e bem-estar) devem ser deixados em branco. A enfermagem por meio das informações obtidas pode realizar cuidados dirigidos ao manejo e controle dos sintomas apresentados pelo paciente.

**Quadro 1: Escala de Avaliação de Sintomas de *Edmonton***

Avaliação de sintomas	
Paciente:	Registro:
Preenchido por:	Data:
Por favor circule o nº. que melhor descreve a intensidade dos seguintes sintomas neste momento. (Também se pode perguntar a média durante as últimas 24 horas)	
Sem DOR =	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 = Pior dor possível
Sem Cansaço =	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 = Pior cansaço possível
Sem Náusea =	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 = Pior náusea possível
Sem Depressão =	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 = Pior depressão possível
Sem Ansiedade =	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 = Pior ansiedade possível
Sem Sonolência =	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 = Pior sonolência possível
Muito Bom Apetite =	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 = Pior apetite possível
Sem Falta de Ar =	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 = Pior falta de ar possível
Melhor sensação de =	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 = Pior sensação de bem estar possível
Outro problema =	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 =

**Fonte:** Manual de Cuidados Paliativos da ANPC (2012).

Ressalta-se desta forma a importância para os profissionais em obterem conhecimento sobre o uso da Escala no direcionamento dos cuidados aos pacientes, visto que é comprovado o benefício e o melhor direcionamento dos cuidados e intervenções como também possibilita que se conheça a frequência e intensidade dos sintomas apresentados pelos pacientes, permitindo que as equipes e o profissional enfermeiro tomem decisões adequadas para a realização dos cuidados diários e necessários.

Foi possível de acordo com a análise dos dados obtidos observar que os profissionais também atuam discutindo o plano terapêutico com o paciente e familiares, quando questionados sobre a importância de discutir riscos e benefícios do tratamento, as respostas obtidas foram positivas:

*“Sim. Para mim, manter a qualidade de vida, o alívio da dor e conforto são indispensáveis por isso o plano terapêutico deve ser bem traçado para que o paciente não tenha desvios de rotinas ou costumes”.* (Enf. 03, informação descrita)<sup>41</sup>

*“No setor de emergência tento sempre conversar com o paciente e a família, ainda do nosso jeito. Considero sim muito importante esclarecer tudo com paciente e família, pois melhora muito a condução de todo o processo”.* (Enf. 05, informação descrita)<sup>42</sup>

*“Sim, conhecer paciente, seu contexto familiar é importante para elaborar planos terapêuticos, por que nem sempre um cuidado paliativo significa morte rápida. A família precisa entender e participar do processo”.* (Enf. 09, informação descrita)<sup>43</sup>

*“Sim, é importante, é a vida do paciente, da sua família que vai mudar, precisamos apoiá-los, orientando-os sobre tudo”.* (Enf. 12, informação descrita)<sup>44</sup>

O Manual de Cuidados Paliativos da ANCP (2012), destaca que um dos paradigmas nos cuidados paliativos no contexto atual é afirmar que a morte é parte da vida e fenômeno fisiológico, que, quando inicia seu processo, cursa de forma irreversível. O desafio é a boa avaliação do doente e identificação de parâmetros que apoiem de forma científica e clínica o diagnóstico deste processo.

O Manual reforça ainda que CP requer conhecimento técnico refinado, aliado à percepção do ser humano como agente de sua história de vida e determinante do seu próprio curso de adoecer e morrer. Valoriza-se a história natural da doença, a história pessoal de vida e as reações fisiológicas, emocionais e culturais diante do adoecer. Promove-se, em contrapartida, uma atenção dirigida para o controle de sintomas e promoção do bem-estar ao doente e seu

---

<sup>41</sup> Questionário respondido por Enf. 03 [jul., 2021]. Aplicado por: Morgane Schneider. Rio do Sul, 2021

<sup>42</sup> Questionário respondido por Enf. 05 [jul., 2021]. Aplicado por: Morgane Schneider. Rio do Sul, 2021

<sup>43</sup> Questionário respondido por Enf. 09 [jul., 2021]. Aplicado por: Morgane Schneider. Rio do Sul, 2021

<sup>44</sup> Questionário respondido por Enf. 12 [jul., 2021]. Aplicado por: Morgane Schneider. Rio do Sul, 2021

entorno. Familiares precisam compreender a evolução da doença e da cadeia de acontecimentos que levará ao evento final.

E esclarece que é por esta questão que há necessidade de uma prática altamente individualizada. E como tal deve partir do princípio que a melhor ferramenta para a boa palição de sintomas é a avaliação do paciente. Independentemente da modalidade de atendimento – em regime de internação ou ambulatorial –, a avaliação do doente deve conter elementos fundamentais que possibilitem a compreensão de quem é a pessoa doente, o que facilita identificar preferências e dificuldades, qual a cronologia da evolução de sua doença e os tratamentos já realizados, as necessidades atuais e sintomas do doente, o exame físico, os medicamentos propostos, as demais decisões clínicas e a impressão a respeito da evolução e prognóstico e das expectativas com relação ao tratamento proposto.

Desta forma, o planejamento do plano terapêutico e da assistência ao paciente em cuidados de fim de vida pode ser complexo e desafiador, deve objetivar estabilizar e melhorar os sintomas, que por outro lado podem ser refratários ao tratamento, auxiliando na melhora da qualidade de vida deste paciente. Porém, é importante destacar que é preciso reconhecer os limites terapêuticos e gerenciar as situações.

Santos et al (2017), relata que outra medida que pode facilitar o planejamento da assistência nesse contexto é o compartilhamento da tomada de decisão. A tomada de decisão compartilhada se baseia nas discussões abertas e honestas das razoáveis opções de tratamento. Isso implica em comunicação clara e constante com vistas a estabelecer relação de confiança, especialmente com os familiares.

Neste sentido, uma opção a ser destacada e que deve ser discutida de forma aberta e honesta entre paciente, família e profissional está relacionada a sedação paliativa, visto que a mesma ainda é vista nos dias atuais de forma confusa e sendo reflexo de muitas dúvidas não só no meio profissional, mas principalmente pelos familiares do paciente por acreditarem que a mesma possa adiantar a sua morte.

Alguns profissionais destacam em sua atuação a conversa sobre possibilidade de sedação paliativa quando há sinais e sintomas causadores de muita dor e sofrimento por parte dos pacientes, outros destacam também a não aceitação dos familiares dificultando o alívio da dor e do sofrimento, bem como trazem que a atuação também pode se basear em direcionar a assistência para as famílias e pacientes que optam pela sedação.

*“Sim, converso com a família se entra ou não com sedação ou medidas de controle de dor apenas, é importante essa conversa para esclarecimento do familiar diante as medidas a serem tomadas”.* (Enf. 04, informação descrita)<sup>45</sup>

*“Dificuldade quando o paciente começa a dar desconforto respiratório, e maioria das vezes os familiares não aceitam, e impedem de iniciar sedativos para aliviar o sofrimento”.* (Enf. 13, informação descrita)<sup>46</sup>

*“Quando o paciente inicia protocolo de cuidados paliativos pelo médico assistente e demais equipes, nossa assistência acaba sendo direcionada a amenizar a dor e a sofrência do paciente onde muitas vezes famílias optam pela sedação. Com isso entra nossa função de amparar, explicar como irá ser nas horas a diante”.* (Enf. 18, informação descrita)<sup>47</sup>

Segundo Nogueira e Sakata (2012), sedação paliativa seria o uso de medicações sedativas com o objetivo de aliviar os sintomas intoleráveis e refratários a outros sintomas, pela redução do nível de consciência do paciente. Sintomas intoleráveis deveriam ser determinados com base na evolução do paciente, em conjunto com a equipe médica e familiares. Os sintomas seriam definidos como refratários quando todas as outras formas de tratamento tivessem falhado em controlá-los, sem comprometer o nível de consciência do paciente. E quando existe refratariedade no controle desses sintomas, a sedação paliativa é uma opção de tratamento.

O Manual de Cuidados Paliativos da ANCP (2012) orienta de uma forma bem prática os profissionais de saúde na melhor indicação e uso da sedação paliativa, se esse procedimento for uma opção de tratamento para os seus pacientes.

Classifica ainda de uma forma didática a sedação quanto ao seu objetivo (primária ou secundária), temporalidade (intermitente ou contínua) e intensidade (superficial ou profunda). Orienta o profissional quanto a questões que devem ser respondidas antes de iniciar uma sedação, sugerem medicamentos, doses e ações que devem ser realizadas pelos profissionais após o início da sedação, fazendo-se necessário lembrar que o objetivo final da sedação paliativa é aliviar o estresse e promover conforto e que o nível de sedação deve ser titulado em função de cada paciente e do alívio do seu sintoma ou estresse.

Desta forma entende-se que a atuação dos profissionais em partes está relacionada com o Manual no que se refere a indicação de sedação paliativa como opção terapêutica para familiares e pacientes, bem como suporte e orientação das horas seguintes. Porém, é nítida a falta de conhecimento relacionada as ações, de como proceder nessas situações e da importância de se esclarecer sobre o assunto nas situações de não consentimento sobre sedação para que se possa prestar uma assistência adequada ao paciente.

---

<sup>45</sup> Questionário respondido por Enf. 04 [jul., 2021]. Aplicado por: Morgane Schneider. Rio do Sul, 2021

<sup>46</sup> Questionário respondido por Enf. 13 [jul., 2021]. Aplicado por: Morgane Schneider. Rio do Sul, 2021

<sup>47</sup> Questionário respondido por Enf. 18 [jul., 2021]. Aplicado por: Morgane Schneider. Rio do Sul, 2021

Baseada nas orientações do Manual de Cuidados Paliativos da ANCP (2012), o profissional enfermeiro e sua equipe devem ser capazes de explicar ao paciente e seus familiares de uma forma compreensível, razoável e sensível o que está acontecendo e a necessidade do entendimento dos mesmos sobre a situação. Quando o paciente é consciente e lúcido deve-se respeitar a sua autonomia, quando o paciente não é mais autônomo, é altamente recomendado tentar saber sobre seus desejos e valores e obter consentimento da família. E quando o paciente não tem família ou estes se sentem incapazes de tomar tal decisão, o profissional deve agir no melhor interesse do paciente e assegurar-lhe o bem-estar.

Uma vez prescrita a sedação algumas ações devem ser efetivadas, como por exemplo, manter medidas de higiene e conforto, manter medicações para controle de dor, evitar e/ou suspender medicações não essenciais, atentar para retenção urinária e fecaloma que geram desconfortos nos pacientes sedados, orientar familiares sobre os sinais do processo de morte e fornece suporte psicológico e espiritual a família.

Contudo, consideramos que a atuação dos profissionais se comparadas com o Manual de Cuidados Paliativos da ANCP no geral é satisfatória, embora exista a necessidade do aperfeiçoamento e da ampliação do conhecimento dos profissionais relacionado a atuação dos mesmos sobre a identificação das dificuldades e necessidades de cada paciente e que sabendo disto, este conhecimento pode e deve ser obtido através da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Aguiar Horta e do Processo de Enfermagem ao qual norteia nós profissionais a levantar todas as necessidades biológicas, psicológicas, sociais e individuais de cada paciente para planejar e direcionar a assistência aos seres humanos de forma completa e satisfatória.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência aos pacientes e familiares em processo de CP e terminalidade de vida deve ser ofertada em sua totalidade de forma integral e extremamente genuína. O principal objetivo do CP é promover a qualidade de vida através da prevenção e alívio do sofrimento, sendo a atuação do enfermeiro extremamente relevante neste contexto.

Para tanto, é imprescindível que os profissionais enfermeiros além de possuírem conhecimento teórico e técnico-científico, ampliem sua visão, estando atentos às reais necessidades que o paciente apresenta, tendo capacidade e habilidade para atuar desenvolvendo ações ancoradas na individualidade do paciente, na qualidade da assistência a ser prestada, no controle e alívio dos sintomas que causam dor e sofrimento. E para que isso aconteça o profissional deve entender o real motivo de se executar o CP, bem como os seus princípios, que é aquilo que os diferencia de uma assistência comum, intervencionista e curativa.

A partir do estudo, foi possível identificar que os profissionais possuem conhecimento e visão estruturada relacionada aos CP correlacionando cuidados que ofereçam dignidade, qualidade de vida, conforto, alívio da dor e do sofrimento quando não há mais possibilidade de cura. Os profissionais destacam ainda a importância e a necessidade de se ofertar também um sistema de apoio juntamente com equipe multidisciplinar priorizando sempre o indivíduo, às suas necessidades e não a sua doença.

O estudo também possibilitou identificar com certa relevância, que a maioria dos profissionais apresenta dificuldade em aceitar a morte, atuar frente à terminalidade de vida e resistência familiar, mobilizados fortemente pelo sentimento de impotência e tristeza advindo da falta de diálogo, capacitação, estratégias e conhecimento sobre o assunto dentro do ambiente hospitalar, mesmo que alguns profissionais tenham manifestado total preparo para lidar com a situação e não possuem dificuldades frente à terminalidade de vida.

Ao analisar e correlacionar a atuação dos profissionais frente aos pacientes em cuidados paliativos, é cabível destacar que as mesmas estão baseadas no protocolo disponibilizado pela instituição, bem como no conforto, alívio da dor, qualidade de vida, humanização dos cuidados e amparo às famílias dos pacientes, amenizando as dificuldades e auxiliando-os no enfrentamento da sua doença. Observa-se também que os profissionais consideram importante discutir e incluir a família no plano terapêutico considerando que esta atitude facilita a prestação dos cuidados ofertados ao paciente por parte da equipe. Atuações estas analisadas e pontuadas de forma positiva indo de encontro aos cuidados que são preconizados pelo Manual de Cuidados Paliativos da ANCP.

Contudo, observou-se que não foi mencionado pelos profissionais o conhecimento ou o uso de escalas como a ESAS que possibilitam mensurar a dor e auxiliar na direção das intervenções e assistências a serem prestadas pelos enfermeiros e suas equipes. Sugere-se desta forma de acordo com sua importância, considerar a possibilidade de inclusão da ESAS no protocolo da instituição visto que é um instrumento considerado valioso pelo Manual de Cuidados Paliativos da ANCP para mensuração de dor como também busca melhorar a assistência prestada aos seus pacientes neste aspecto.

Nota-se ainda a ausência de abordagens efetivas relacionadas a terapêutica da sedação paliativa para alívio do sofrimento, privacidade, suporte religioso para com pacientes e familiares, promoção de suporte psicossocial e espiritual, visto que essa também é uma das dimensões do cuidar e a ausência pode estar relacionada com a dificuldade de identificar, diagnosticar, prescrever, executar e avaliar os seus resultados.

Nessa perspectiva, o enfermeiro também se torna responsável não somente pelas necessidades fisiológicas, mas também pelas necessidades psicossociais, espirituais e afetuosas que nem sempre são fáceis de prestar assistência, o enfermeiro deve então assumir o papel de facilitador, identificando as necessidades para poder supri-las ofertando-lhes uma assistência adequada e melhor qualidade de vida.

Reforça-se a importância de comprometimento com a temática, tanto na formação destes profissionais quanto pela gestão institucional, com a capacitação constante de seus trabalhadores, qualificando o cuidado aos pacientes e aos seus familiares, embasando sua assistência ao que é sugerido, orientado e preconizado pelo Manual de Cuidados Paliativos da Associação Nacional de Cuidados Paliativos.

Apesar de pesquisar sobre o tema, este trabalho não esgota o assunto, muito menos a temática, sendo sugeridos então novas pesquisas na área. É essencial que haja debates sobre o assunto, e que os profissionais estejam conscientes dos pontos de partida para poderem oferecer ao paciente frente ao momento de fim de vida uma assistência adequada que possa aliviar sua dor e sofrimento.

Espera-se que os resultados deste estudo tenham uma aplicação direta na prática e seja um gatilho disparador para novas reflexões aplicadas a esse eixo temático. Espera-se também que o estudo possa contribuir para direcionar o aprendizado de profissionais de saúde frente ao paciente sem possibilidade de cura, permitindo a aproximação de suas experiências e compreensão das reais necessidades dos pacientes das quais muitas vezes passam despercebidas, garantindo assim assistência com enfoque para promoção de qualidade de vida, alívio do sofrimento e suas necessidades.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Carla Simone Leite de; SALES, Catarina Aparecida; MARCON, Sônia Silva. O existir da enfermagem cuidando na terminalidade da vida: um estudo fenomenológico.

**Revista Escola de Enfermagem da USP**. 48ª Ed, v. 1, p. 35, 37 e 38. São Paulo, 2014.

Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/JtRnDSWHfndn3Xwf8vTyJLS/?format=pdf&lang=pt>>.

Acesso em: 13 de outubro de 2021.

ALMEIDA, Mário de Souza. **Elaboração de projeto, TCC, dissertação e tese: uma abordagem simples, prática e objetiva**. 2ª Ed. Rio de Janeiro. p. 26. Atlas, 2014.

ARAÚJO, Daniela Ferreira de. *et al.* Cuidados paliativos; percepção dos enfermeiros do hospital das clínicas de Uberaba-MG. **Revista Ciência, cuidado e saúde**. 9ª ed. v.4. p. 693. Minas Gerais, 2010. Disponível em:

<<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/13814/7186>>. Acesso em: 17 de outubro de 2021.

BARDIN, Lawrence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, Nara Calazans Balbino *et al.* Cuidados paliativos na UTI: Compreensão dos enfermeiros. Universidade Federal do Rio de Janeiro – UNIRIO. **Revista de pesquisa: cuidado fundamental online**. 5ª ed, v. 1, p. 3294. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em:

<<https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750897014.pdf>>. Acesso em 29 de agosto de 2021.

BRAGA, Cristiane Giffoni; SILVA, José Vitor da. **Teorias de enfermagem**. São Paulo, SP: Iátria. p. 134 a 141. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília/DF. Disponível em:

<[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em: 03 mai. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>> Acesso em: 03 mai. 2021.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018**. Disponível em: <[https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710)>. Acesso em 06 de setembro de 2021.

CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca. **Manual de cuidados paliativos ANCP: ampliado e atualizado**. 2ª ed. Rio de Janeiro. ANCP, 2012.

CARVALHO, Ricardo Tavares de. *et al.* **Manual de residência de cuidados paliativos**. Editora Manole Ltda. São Paulo, 2018.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. **Perfil da enfermagem em Santa Catarina**. 2015. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/cofen-lanca-perfil-da-enfermagem-em-santa-catarina\\_33353.html](http://www.cofen.gov.br/cofen-lanca-perfil-da-enfermagem-em-santa-catarina_33353.html)>. Acesso em 14 de setembro de 2021.

COSTA, Rosely Souza da, *et al.* Reflexões bioéticas acerca da promoção de cuidados paliativos a idosos. **Saúde e Debate**. 108ª ed. v. 40. p. 175. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/nbwsngkHRpms9FzpGGnZLZm/?lang=pt>>. Acesso em 18 de outubro de 2021.

D’ALESSANDRO, Maria Perez Soares; PIRES, Carina Tischler; FORTE, Daniel Neves. **Manual de cuidados paliativos**. Ministério da Saúde - Hospital Sírio Libanês. São Paulo, 2020. Disponível em: <<https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/September/17/Manual-CuidadosPaliativos-vers--o-final.pdf>>. Acesso em: 18 de março de 2021.

DANTAS, Margarida Maria Florêncio; AMAZONAS, Maria Cristina Lopes de Almeida. A experiência do adoecer: os cuidados paliativos diante da impossibilidade da cura. *Rev. esc. enferm USP* [Internet]. 2016 [acesso em 18 maio 2017]; 50; 47-53. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50nspe/pt\\_0080-6234-reeusp-50-esp-0047.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50nspe/pt_0080-6234-reeusp-50-esp-0047.pdf)>. Acesso em: 20 de março de 2021.

DOYLE, Derek. **Getting started: guidelines and suggestions for those starting a hospice/palliative care service**. 3rd Edition. p. 09. Houston, 2021. Disponível em: <<https://hospicecare.com/uploads/2021/5/Getting%20Started%20-%203rd%20edition.pdf>>. Acesso em 07 de setembro de 2021.

FRANCO, Handersson Cipriano Paillan. Papel da Enfermagem na equipe de cuidados paliativos: a humanização no processo de morte e morrer. **Revista Gestão e Saúde**. Ed. 17. V, 02. P. 48 a 61. Brasília, 2017. Disponível em: <<https://www.herrero.com.br/files/revista/file56fb2faad065b8f7980ccdf2d0aa2da1.pdf>>. Acesso em: 12 de outubro de 2021.

FRANCO, Marinete Esteves, *et al.* Percepção de dignidade de pacientes em cuidados paliativos. **Revista texto e Contexto Enfermagem**. v.28, p. 6, 9 e 10. São Paulo, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/WTTB4X8p4Mxwh5rWvswW3jP/?lang=pt>>. Acesso em: 27 de outubro de 2021.

FERRIAN, Andréa Malta *et al.* **MOC – Manual de Oncologia Clínica do Brasil: Cuidados Paliativos**. Dentrix Edição e Design Ltda. 1ª ed. São Paulo, 2017.

FREITAS, Elizabete Viana; PY, Lúgia. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan. 2018. p. 1199.

GOMES, Ana Luiza Zaniboni; OTHERO, Marília Bense. **Cuidados paliativos: estudos avançados**. Ed. 88, v. 30. São Paulo. p. 157. 2016. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/eav/article/view/124275/120601>>. Acesso em 30 de março de 2021.

HORTA, Wanda Aguiar. Enfermagem: teoria, conceitos, princípios e processos. **Revista Escola de Enfermagem USP**. 8ª ed, v. 1, p. 07 a 15. São Paulo, 1974. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/z3PMpv3bMNst7jCJH77WKLb/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 09 de maio de 2021.

HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de enfermagem**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2015.

HERMES, Héliida Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Ed. 18, v. 09. p. 2583. 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a12.pdf>>. Acesso em 03 de maio de 2021.

MARCONDES *et al.* **A visão do enfermeiro diante do paciente sob cuidados paliativos**. Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e Pós-graduação. Universidade do Vale do Paraíba. p. 01 - 06. 2010. Disponível em: <[http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC\\_2010/anais/arquivos/RE\\_0556\\_0306\\_01.pdf](http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2010/anais/arquivos/RE_0556_0306_01.pdf)>. Acesso em: 17 de março de 2021.

MATTOS, Sérgio Luiz do Logar *et al.* **Dor e cuidados paliativos**. Sociedade Brasileira de Anestesiologia/SBA. Rio de Janeiro. 2018.

MONTEIRO, Daiane da Rosa; KRUSE, Maria Henriqueta Luce; ALMEIDA, Miriam de Abreu. Avaliação do instrumento *Edmonton Symptom Assessment System* em cuidados paliativos: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 31ª ed. v. 4. p. 786. Porto Alegre – RS. 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rngenf/a/gYXQ6VLCDxhcNT39cDD3Y8C/abstract/?lang=pt#:~:text=A%20Edmonton%20Symptom%20Assessment%20System,psicol%C3%B3gicos%20em%20pacientes%20de%20CP>>. Acesso em 21 de outubro de 2021.

NOGUEIRA, Fabiola Leite; SAKATA, Rioko Kimito. Sedação paliativa do paciente terminal. **Revista brasileira de Anestesiologia**. 62, ed. v, 4. p. 587. São Paulo, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rba/a/6HWXszMptj6ZrVz7nHXWYTz/?lang=pt>>. Acesso em: 30 de outubro de 2021.

OLIVEIRA, Reinaldo Ayer. **Cuidado paliativo**. Caderno Cremesp. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. 2008.

SANTANA, Júlio César Batista, *et al.* **Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem**. Boethikos. Centro universitário São Camilo. 3ª ed, v.1. Minas Gerais, 2009.

SANTOS, Débora Cristina Leitão dos, *et al.* Planejamento da assistência ao paciente em cuidados paliativos na terapia intensiva oncológica. **Acta Paul Enfermagem**. 30 edª, v. 3, p. 299. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ape/a/s7gLzWxjnk5ym6kNYXP3fGS/?lang=pt>>. Acesso em: 24 de outubro de 2021.

SILVA, Andrêza Lima. **Escala de Edmonton nos Cuidados Paliativos**. Congresso Internacional de Enfermagem. Universidade de Tiradentes. v.1 n.1. 2017. Disponível em: <<https://eventos.set.edu.br/cie/article/view/6012/2214>>. Acesso em 21 de outubro de 2021.

SILVA, Maria Enoia Dantas da Costa e, *et al.* Nursing care to câncer patients in the hospital. **Revista de Enfermagem da UFPI**. v.2, n.5. Teresina, 2013. Disponível em: <[file:///C:/Users/1005591/Downloads/1359-6438-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/1005591/Downloads/1359-6438-1-PB%20(1).pdf)>. Acesso em 20 de outubro de 2021.

SILVA, Rudval Souza da, *et al.* Atuação da equipe de enfermagem sob a ótica de familiares de pacientes em cuidados paliativos. **Revista Mineira de Enfermagem**. 2016. p. 2. Disponível em: <<https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1119>>. Acesso em 22 de outubro de 2021.

VASQUES, Tânia Cristina Schäfer, *et al.* Percepção dos trabalhadores de enfermagem acerca do cuidado ao paciente em terminalidade no ambiente hospitalar. **Revista Texto e Contexto – Enfermagem**. 25<sup>a</sup> ed. v. 3. Florianópolis, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/GxTcZRJpdYsFG4H95rvbJzx/?lang=pt>>. Acesso em: 02 de outubro de 2021.

VICENSI, Maria do Carmo, *et al.* **Enfermagem em cuidados paliativos**. Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina. Letra Editorial, v. 04. Florianópolis, 2016. p. 22. Disponível em: <<http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2016/11/Cuidados-Paliativos-Parte-2-Site.pdf>>. Acesso em 03 de setembro de 2021.

WHO. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2<sup>a</sup> ed. Geneva. 2002. p. 84. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42494/9241545577.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 28 de julho de 2021.

WHO. **Worldwide palliative care alliance**. World Health Organization. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, 2014. p. 04, 13, 19 e 20, 25 e 26. Disponível em <[https://www.who.int/nmh/Global\\_Atlas\\_of\\_Palliative\\_Care.pdf](https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf)>. Acesso em: 04 de agosto de 2021.



**Questão 05: Qual a sua visão sobre os Cuidados Paliativos?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Questão 06: Como é sua atuação frente a pacientes sob cuidados paliativos?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Questão 07: Você utiliza alguma escala, manual ou protocolo sobre os cuidados paliativos na sua assistência? Se sim, qual?**

---

---

---

**Questão 08: Você conhece ou utiliza a escala de *Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)* para direcionar os cuidados aos pacientes sob Cuidados Paliativos?**

---

---







## ANEXOS

### ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



#### CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE DO ITAJAÍ

PROPEXI – Pró-reitora de Pesquisa, Extensão e Inovação  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

#### CUIDADOS UTILIZADOS POR ENFERMEIROS PARA GERIR A ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS

Você está sendo convidado a participar em uma pesquisa. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar basta preencher os seus dados e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com o responsável pela pesquisa. Obrigado (a) pela atenção, compreensão e apoio.

Eu, \_\_\_\_\_ residente e domiciliado \_\_\_\_\_, portador da Carteira de Identidade, RG nº \_\_\_\_\_ nascido (a) em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário da pesquisa **Cuidados utilizados por enfermeiros para gerir a assistência aos pacientes em cuidados paliativos**. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Estou ciente que:

1. O (s) objetivo (s) da pesquisa são: Analisar os cuidados prestados pelos enfermeiros aos pacientes em cuidados paliativos; identificar a visão e atuação que os enfermeiros possuem

sobre cuidados paliativos; identificar os cuidados que os enfermeiros utilizam para prestar a assistência aos pacientes em cuidados paliativos.

2. A pesquisa é importante de ser realizada, pois pode-se destacar a oportunidade de identificar a visão, a atuação e os cuidados que os enfermeiros possuem sobre cuidados paliativos nos respectivos setores, bem como contribuir com as pesquisas relacionadas à temática. Caso as atuações não sejam suficientes, o enfermeiro (coordenador da equipe de enfermagem) terá conhecimento para focar suas ações, orientações e planejamentos de educação continuada, permanente e segurança do paciente nos pontos que se apresentarem mais frágeis contribuindo assim para a melhoria na qualidade da assistência prestada aos pacientes que se encontram nesta situação.
3. Participarão da pesquisa os indivíduos que atenderem aos seguintes critérios de inclusão: profissionais Enfermeiros de ambos os gêneros, atuantes e que prescrevem a assistência aos pacientes nas unidades de internação: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Conveniada, Unidades de Terapia Intensiva (UTI's) e Pronto Atendimento (PA) de todos os turnos de trabalho de um Hospital localizado no interior do Estado de Santa Catarina. Os critérios de exclusão da pesquisa se darão por profissionais com menos de 3 meses de trabalho, afastados e/ou de férias, ou que não aceitem participar da pesquisa voluntariamente. Também entrará como critério de exclusão do estudo os pesquisados que após três tentativas de recolhimento, não devolverem o instrumento devidamente respondido.
4. Para conseguir os resultados desejados, a pesquisa será realizada por meio de um instrumento a ser utilizado para coleta de dados e será em formato de questionário (Apêndice A) composto por 18 perguntas abertas referentes ao tempo de formação profissional, tempo de atuação no setor, especialização e a fatores inerentes sobre a visão, a atuação e cuidados que os enfermeiros possuem diante dos cuidados paliativos. O tempo de duração para preenchimento do questionário é em média de 30 minutos. Este instrumento será validado após aprovação do mesmo no CEP por meio de sua aplicação em profissionais com características semelhantes aos sujeitos da pesquisa, que não farão parte da amostra.
5. A pesquisa apresenta risco mínimo, sendo considerado o constrangimento diante das perguntas e respostas. Para isso, se existir a possibilidade de o (a) senhor (a) não se sentir confortável com a continuidade da entrevista esta será encerrada neste momento. A fim de minimizar os riscos, será garantido o anonimato e confidencialidade das informações de todos os participantes que responderem ao instrumento de coleta de dados, os nomes dos

respectivos indivíduos serão substituídos por uma sequência numérica e estas pessoas poderão cancelar sua participação na pesquisa a qualquer momento. Garantimos que a sua participação não trará riscos a sua integridade física, podendo apenas trazer algum desconforto emocional diante da abordagem do tema, advindo da lembrança de aspectos que podem ter sido difíceis. Os pesquisadores se comprometem, caso necessário, encaminhá-lo ao serviço de Psicologia do próprio local de pesquisa para a escuta inicial. Caso houver necessidade após a escuta inicial, o pesquisado poderá ser encaminhado para o Núcleo de Estudos Avançados em Psicologia - NEAP para continuidade do acompanhamento.

6. A pesquisa é importante de ser realizada, pois em posse dos resultados do presente estudo, caso as atuações não sejam suficientes, ações de educação continuada, permanente e de segurança do paciente poderão ser implementadas com foco nos pontos que se apresentarem mais frágeis contribuindo assim para a melhoria na qualidade da assistência prestada aos pacientes que se encontram nesta situação. Em contraponto, se for observado que a atuação desses profissionais atende o que é estabelecido no Manual de Cuidados Paliativos da Associação Nacional de Cuidados Paliativos, a pesquisa servirá como instrumento de validação da assistência prestada, tal modelo poderá ser replicado para outros serviços.
7. Se, no transcorrer da pesquisa, eu tiver alguma dúvida ou por qualquer motivo necessitar posso procurar por DIOGO LAURINDO BRASIL, responsável pela pesquisa no telefone (47) 3531 - 6000 ou (47) 3531 - 6090 ou no endereço Rua Doutor Guilherme Gemballa, 13 – Bairro: jardim América, Rio do Sul - SC, 89160-932.
8. Caso venha a surgir alguma dúvida ou necessidade de mais informações em relação à pesquisa ou ainda, no caso da disposição em revogar sua participação, poderá entrar em contato pelos telefones ou e-mails: DIOGO LAURINDO BRASIL, e-mail: diogolaurindo@unidavi.edu.br; (47) 3531 - 6000 e MORGANE CRISTINA SCHNEIDER, e-mail: morgane.schneider@unidavi.edu.br; (47) 3531 - 6090.
9. A participação é voluntária e pode ser interrompida a qualquer momento pelo entrevistado.
10. Tenho a liberdade de não participar ou interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação. A desistência não causará nenhum prejuízo a minha saúde ou bem-estar físico.
11. As informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e em caso de divulgação em publicações científicas, os meus dados pessoais não serão mencionados. Serão utilizados nomes fictícios, respeitando os princípios contidos na Resolução 466/12 do Conselho

Nacional de Saúde. Posteriormente, as informações serão organizadas, analisadas, divulgadas e publicadas.

**12.** Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados ao final desta pesquisa por meio da solicitação dos resultados aos pesquisadores pelos telefones ou e-mails: DIOGO LAURINDO BRASIL, e-mail: diogolaurindo@unidavi.edu.br; (47) 3531-6000 e MORGANE CRISTINA SCHNEIDER, e-mail: morgane.schneider@unidavi.edu.br; (47) 3531 - 6090.

**13.** Não receberei nenhum ressarcimento ou indenização para participar desta pesquisa.

DECLARO, outrossim, que após convenientemente esclarecido (a) pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar (ou que meu dependente legal participe) desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Rio do Sul, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

---

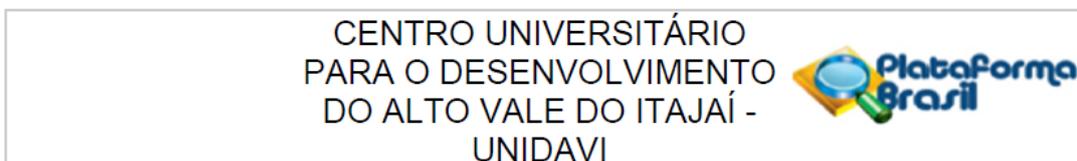
(Nome e assinatura do sujeito da pesquisa e/ou responsável legal)

---

Responsável pelo projeto: DIOGO LAURINDO BRASIL – DOCENTE/ENFERMEIRO – COREN: 339.413. Endereço para contato: Rua: RUA DR. GUILHERME GEMBALLA, nº 13 – JARDIM AMÉRICA, RIO DO SUL – SC, 89.160-932. Telefone para contato: (47) 35316000; E-mail: diogolaurindo@unidavi.edu.br.

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa da UNIDAVI: Rua Dr. Guilherme Gemballa,13 – Caixa Postal 193 - Centro – 89.160-000 – Rio do Sul - PROPPEX - Telefone para contato: (47) 3531-6026. etica@unidavi.edu.br.

## ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Cuidados utilizados para gerir a assistência aos pacientes em cuidados paliativos.

**Pesquisador:** DIOGO LAURINDO BRASIL

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 47713921.0.0000.5676

**Instituição Proponente:** FUNDACAO UNIVERSIDADE PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.793.490

#### Apresentação do Projeto:

O ato de cuidar é uma atividade sobretudo humana que busca promover o bem estar de quem está fragilizado. Ser acometido por uma grave doença, crônica, muitas vezes progressiva e degenerativa, faz com que as pessoas reflitam a respeito do seu processo de terminalidade. Pensar sobre a morte ou vivenciar o processo de finitude nos provoca diversas sensações e reações desagradáveis. A morte é mais desafiadora quando as pessoas que estão a sua volta não encontram um espaço de dignidade nisso, quando estamos sem possibilidades de escolha alguém terá de falar por nós, por isso os profissionais enfermeiros necessitam ter um olhar grandioso o suficiente onde caiba a experiência do adoecimento. Frente a necessidade e a obrigação de se garantir uma morte humanizada a todos os indivíduos que disso necessite e que o enfermeiro é peça chave no que se refere a prestação de cuidados aos pacientes

#### Objetivo da Pesquisa:

Analisar os cuidados prestados pelos enfermeiros aos pacientes em cuidados paliativos

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa apresenta risco mínimo, sendo considerado o constrangimento diante das perguntas e respostas. Para isso, se existir a possibilidade de o (a) senhor (a) não se sentir confortável com a continuidade da entrevista esta será encerrada neste momento. A fim de minimizar os riscos, será garantido o anonimato e confidencialidade das informações de todos os

**Endereço:** DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13

**Bairro:** JARDIM AMERICA

**CEP:** 89.160-932

**UF:** SC

**Município:** RIO DO SUL

**Telefone:** (47)3531-6000

**E-mail:** etica@unidavi.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO  
PARA O DESENVOLVIMENTO  
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ -  
UNIDAVI**



Continuação do Parecer: 4.793.490

participantes que responderem ao instrumento de coleta de dados, os nomes dos respectivos indivíduos serão substituídos por uma sequência numérica e estas pessoas poderão cancelar sua participação na pesquisa a qualquer momento. Garantimos que a sua participação não trará riscos a sua integridade física, podendo apenas trazer algum desconforto emocional diante da abordagem do tema, advindo da lembrança de aspectos que podem ter sido difíceis. Os pesquisadores se comprometem, caso necessário, encaminhá-lo ao serviço de Psicologia do próprio local de pesquisa para a escuta inicial. Caso houver necessidade após a escuta inicial, o pesquisado poderá ser encaminhado para o Núcleo de Estudos Avançados em Psicologia - NEAP para continuidade do acompanhamento. Benefícios: A pesquisa é importante de ser realizada, pois em posse dos resultados do presente estudo, caso as atuações não sejam suficientes, ações de educação continuada, permanente e de segurança do paciente poderão ser implementadas com foco nos pontos que se apresentarem mais frágeis contribuindo assim para a melhoria na qualidade da assistência prestada aos pacientes que se encontram nesta situação. Em contraponto, se for observado que a atuação desses profissionais atende o que é estabelecido no Manual de Cuidados Paliativos da Associação Nacional de Cuidados Paliativos, a pesquisa servirá como instrumento de validação da assistência prestada, tal modelo poderá ser replicado para outros serviços

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

No item 7 do TCLE consta que "Se houver algum problema ou necessidade, ou caso haja desconforto no preenchimento do instrumento de coleta de dados, poderá ser interrompida a fim de procedermos à escuta atenta das razões que o fazem se sentir assim, e só retomaremos a entrevista quando você se sentir à vontade para continuar e se assim desejar" Se houver algum problema já foi previsto a disponibilização de serviços de psicologia

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos estão apresentados adequadamente.

**Recomendações:**

Rever o item 7 do TCLE. Recomenda-se retirar o item 7.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Protocolo sem restrições éticas.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Pesquisa aprovada sem restrições éticas, apta para o início da coleta de dados. Ao término da

<b>Endereço:</b> DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13	
<b>Bairro:</b> JARDIM AMERICA	<b>CEP:</b> 89.160-932
<b>UF:</b> SC	<b>Município:</b> RIO DO SUL
<b>Telefone:</b> (47)3531-6000	<b>E-mail:</b> etica@unidavi.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO  
PARA O DESENVOLVIMENTO  
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ -  
UNIDAVI**



Continuação do Parecer: 4.793.490

pesquisa deverá ser anexado o relatório final via Plataforma Brasil.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1765766.pdf	01/06/2021 20:54:22		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoTCCpronto22.pdf	01/06/2021 19:07:23	MORGANE CRISTINA SCHNEIDER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Pronto.pdf	01/06/2021 19:05:39	MORGANE CRISTINA SCHNEIDER	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso_da_equipe.pdf	01/06/2021 18:27:28	MORGANE CRISTINA SCHNEIDER	Aceito
Outros	Termo_utilizacao_de_dados_para_coleta.pdf	01/06/2021 18:26:07	MORGANE CRISTINA SCHNEIDER	Aceito
Outros	Autorizacao_NEAP.pdf	01/06/2021 18:23:16	MORGANE CRISTINA SCHNEIDER	Aceito
Declaração de concordância	Autorizacao_Instituicao.pdf	01/06/2021 18:22:07	MORGANE CRISTINA SCHNEIDER	Aceito
Outros	Autorizacao_Psicologia_Hospital.pdf	01/06/2021 18:20:21	MORGANE CRISTINA SCHNEIDER	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	01/06/2021 18:05:37	MORGANE CRISTINA SCHNEIDER	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13  
 Bairro: JARDIM AMERICA CEP: 89.160-932  
 UF: SC Município: RIO DO SUL  
 Telefone: (47)3531-6000 E-mail: etica@unidavi.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO  
PARA O DESENVOLVIMENTO  
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ -  
UNIDAVI



Continuação do Parecer: 4.793.490

RIO DO SUL, 21 de Junho de 2021

---

**Assinado por:**  
**JOSIE BUDAG MATSUDA**  
**(Coordenador(a))**

**ANEXO C - DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO****DECLARAÇÃO**

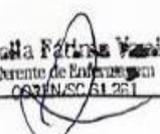
Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal do Hospital Regional Alto Vale, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: “**CUIDADOS UTILIZADOS POR ENFERMEIROS PARA GERIR A ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS**”, e cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Rio do Sul, 21 de 05 de 2021

ASSINATURA: 

NOME: De. D. Fátima Vanni

CARGO: Gerente Enfermagem

CARIMBO DO/A RESPONSÁVEL:   
Leda Fátima Vanni  
Gerente de Enfermagem  
CRN/SC 61.261

**ANEXO D – AUTORIZAÇÃO DO SERVIÇO DE PSICOLOGIA DA INSTITUIÇÃO****AUTORIZAÇÃO**

Autorizo para devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal do Serviço de Psicologia Organizacional do Hospital Regional Alto Vale tomei conhecimento do projeto “**CUIDADOS UTILIZADOS PARA GERIR A ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS**”, que sejam feitos os encaminhamentos necessários caso ocorra algum dano emocional decorrente da pesquisa citada.

Rio do Sul, 31 de maio de 2021.

Lilian Schütz

Assinatura do Responsável  
**Lilian Schütz**  
Psicóloga  
CRP 14701

Nome do Responsável: Lilian Schütz

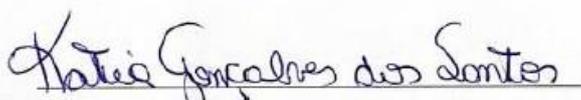
Cargo: Psicóloga

## ANEXO E - AUTORIZAÇÃO DO NÚCLEO DE ESTUDOS AVANÇADOS EM PSICOLOGIA – NEAP

### AUTORIZAÇÃO

Autorizo para devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal do Núcleo de Estudos Avançados em Psicologia – NEAP tomei conhecimento do projeto “CUIDADOS UTILIZADOS PARA GERIR A ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS”, que sejam feitos os encaminhamentos necessário caso ocorra algum dano emocional decorrente da pesquisa citada.

Rio do Sul, 31 de 05 de 2021.



Assinatura do Responsável

Nome do Responsável: KATIA GONÇALVES DOS SANTOS

Cargo: COORDENADORA DO NEAP

Katia Gonçalves dos Santos  
Coordenadora da Clínica  
de Psicologia - NEAP  
CRP - 12/16641