



**Fundação Educacional do Município de Assis
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis
Campus "José Santilli Sobrinho"**

BRENDA MELO COSTA

ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS

**Assis/SP
2020**



Fundação Educacional do Município de Assis
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis
Campus "José Santilli Sobrinho"

BRENDA MELO COSTA

ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Enfermagem do Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA e a Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA, como requisito parcial à obtenção do Certificado de Conclusão.

Orientanda: Brenda Melo Costa

Orientador: Prof. Me. Daniel Augusto da Silva

**Assis/SP
2020**

C837a COSTA, Brenda Melo

Atuação da equipe de enfermagem em cuidados paliativos /

Brenda Melo Costa. – Assis, 2020.

74p.

Trabalho de conclusão do curso (Enfermagem). –
Fundação

Educacional do Município de Assis-FEMA

Orientador: Me. Daniel Augusto da Silva

1.Cuidados paliativos 2.Enfermagem-cuidados

CDD 610.696

DEDICATÓRIA

A Deus, minha fortaleza, dono da minha vida e minha fonte de fé.

Ao meu esposo por todo companheirismo e amor.

Aos meus pais, por todas as orações e acreditarem em mim.

As minhas irmãs por todo carinho e apoio que me ofereceram

A memória da minha bisavó, por todo amor e por todas as suas orações que me permitiram chegar até aqui.

Ao meu orientador por toda paciência e conhecimento que me proporcionou

AGRADECIMENTOS

“Que darei eu ao Senhor, por todos os benefícios que me tem feito?” Salmos 116:12.

A Deus, autor da vida, o motivo da minha fé, que esteve comigo em todos os momentos bons e ruins, por ter permitido eu viver esse momento e ter me dado força para concluir esse sonho.

Ao meu esposo Hugo, por todo amor, compreensão, incentivo e por ter acreditado em mim, você me faz uma pessoa melhor sempre.

Aos meus pais, Márcia e Antônio que mesmo sendo distantes me ensinaram o caminho certo e sempre acreditaram em mim.

As minhas irmãs, Bruna e Beatriz, porque sempre estiveram presentes me apoiando com todo amor e carinho, amo vocês.

À memória da minha bisavó (Mãe) Maria do socorro que muito lutou por mim e por minhas irmãs para mostrar o caminho de Deus, da dignidade, do respeito, e principalmente de nunca esquecer de agradecer a Deus.

Ao meu orientador Daniel, por toda paciência, por me passar segurança, pelo conhecimento que me proporcionou, e por me fazer acreditar através dos seus conselhos sábios que eu conseguiria e realmente eu consegui.

Aos professores da Fema, por tantos conhecimentos compartilhados.

A todos, que com carinho sempre estiram na torcida pelo meu sucesso.

Aos professores da banca de qualificação, por tantas contribuições que serviram para aprimorar ainda mais esse trabalho.

"Eu me importo pelo fato de você ser você, me importo até o último momento de sua vida e faremos tudo que está ao nosso alcance, não somente para ajudar você a morrer em paz, mas também para você viver até o dia da sua morte".

Cicely Saunders

RESUMO

O presente trabalho trata-se de um estudo observacional, transversal, de abordagem quantitativa e qualitativa, que teve por objetivo conhecer como funciona a atuação da equipe de enfermagem nos cuidados paliativos no contexto de uma Unidade de pronto atendimento localizada no interior /SP. Foi realizado uma pesquisa de campo onde participaram da entrevista doze membros da equipe de enfermagem sendo que todos eram técnicos de enfermagem, e quase que frequentemente realizam atendimento de pacientes em cuidados paliativos. Foi possível identificar que os profissionais, ao iniciarem sua trajetória na enfermagem, especificamente em sua formação não receberam o conhecimento necessário para este tipo de assistência, o que acabou levando-os a adquirir este conhecimento no seu profissional no dia-a-dia encontrando assim um novo significado para o cuidado, passando a entender a morte como evento natural da vida e a importância de garantir qualidade de vida e conforto ao paciente. Pode ser notado que os que possuíam mais tempo de experiência possuíam mais domínio sobre o assunto, alguns referiram necessidade ampliar seus conhecimentos sobre este tema. Os participantes relataram a necessidade de um espaço para que seja oferecido uma melhor assistência. Assim, a unidade de pronto atendimento pode sim realizar esse tipo de cuidado porém um local apropriado seria a melhor solução tanto para esses pacientes como para a família, um local onde não só traga o alívio da dor mais também o conforto.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos.

ABSTRACT

The present work is an observational, cross-sectional study, with a quantitative and qualitative approach, which aimed to understand how the nursing team works in palliative care in the context of an emergency care unit located in the countryside / SP. A field research was carried out in which twelve members of the nursing team participated in the interview, all of whom were nursing technicians, and almost frequently perform patient care in palliative care. It was possible to identify that the professionals, when starting their trajectory in nursing, specifically in their training, did not receive the necessary knowledge for this type of assistance, which ended up leading them to acquire this knowledge in my professional day-to-day finding thus a new meaning for care, starting to understand death as a natural event of life and the importance of ensuring quality of life and comfort to the patient. It can be noted that those who had more experience had more mastery over the subject, some mentioned the need to expand their knowledge on this topic. Participants reported the need for a space to offer better assistance. Thus, the emergency care unit can provide this type of care, but an appropriate location would be the best solution for both these patients and the family, a place where not only brings pain relief but also comfort.

Keywords: Palliative Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Caracterização dos participantes da pesquisa quanto ao sexo (n=12).	20
Figura 2. Caracterização dos participantes da pesquisa quanto a orientação sexual (n=12).	21
Figura 3. Caracterização dos participantes da pesquisa quanto à cor (n=12).....	21
Figura 4. Caracterização dos participantes da pesquisa quanto ao estado civil (n=12). ...	22
Figura 5. Caracterização dos participantes da pesquisa quanto ao número de filhos (n=12).	23
Figura 6. Caracterização dos participantes da pesquisa quanto à profissão (n=12).	23
Figura 7. Caracterização dos participantes da pesquisa quanto ao tempo de formação (n=12).....	24
Figura 8. Caracterização dos participantes da pesquisa quanto ao tempo de atuação (n=12).	25

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVOS	16
2.1. OBJETIVO GERAL	16
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3. METODOLOGIA	17
3.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	17
3.2. LOCAL DO ESTUDO/INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE	17
3.3. POPULAÇÃO/AMOSTRA	17
3.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	18
3.5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	18
3.6. RISCOS.....	18
3.7. BENEFÍCIOS.....	18
3.8. PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS.....	19
3.9. INSTRUMENTOS PARA COLETA DOS DADOS.....	19
3.10. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS.....	20
4. RESULTADOS	20
5. DISCUSSÃO	57
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
7. REFERÊNCIAS	67
8. APÊNDICES	70
APÊNDICE I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	70
APÊNDICEII –QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO	72

1. INTRODUÇÃO

Este estudo abordou a temática da realização de cuidados paliativos, no contexto hospitalar, pela equipe de Enfermagem. A escolha desse tema se deu por experiência profissional da autora, atuante em uma Unidade de Terapia Intensiva, com contato direto a esse tipo de atendimento.

Historicamente, os cuidados paliativos eram oferecidos às pessoas em sua fase final de vida, popularmente chamados moribundos. Foram providenciados e executados desde os tempos antigos da história, seja individualmente ou por grupos, principalmente pelos religiosos, tentando justamente ajudar aqueles que eram desprezados pela sociedade.

Na década de 60, do século XX, no Reino Unido, o Movimento Hóspices levou ao surgimento de instituições que ofereciam cuidados de saúde, que, de certo modo, produzem melhora na competência técnica e científica de um hospital, comparando-o a um ambiente acolhedor e hospitaleiro de uma casa, que é o sentido dos cuidados paliativos.

Hóspices eram hospedarias que tinha por suas atribuições receber e cuidar de peregrinos e viajantes, porém a sua história é primitiva, e suas mantiveram-se relatadas primitivamente até o século V, e partir desse momento em diante uma discipula de São Jerônimo chamada Fabiola prestava os seus cuidados no Hospício do Porto de Roma á viajantes provenientes da Ásia, África e dos países do leste.

O Movimento Hóspices Moderno passou a ser ingressado através de uma inglesa chamada Dame Cicely Saunders que era formação humanista e que acabou se tornando médica. No ano de 1947 Cicely Saunders que acabara de se formar como Assistente Social e Enfermeira, passou a conhecer então um paciente judeu de 40 anos pelo nome de David Tasma, procedente do Gueto de Varsóvia. David passou por um procedimento cirúrgico onde recebera uma colostomia paliativa devido a um carcinoma retal a qual não poderia ser corrigido por meio de cirurgia. Cicely o acompanhou durante todo esse período, dialogando com ele, oferecendo-o a atenção necessária, até o momento de sua morte. David Tasma em sua tremenda gratidão por suas atitudes acabou deixando para Cicely uma pequena quantia como herança, dizendo: “Eu serei uma janela na sua Casa”. A partir desse momento segundo Cicely este foi o ponto de partida para o compromisso com uma nova forma de cuidar. Sendo assim focada no meu compromisso em 1967 Cicely funda o “St.

Christopher's Hospice" do qual sua estrutura permitia além da assistência aos doentes, desenvolvimento de ensino e pesquisa, acolhendo bolsistas de vários países. E em homenagem a frase dita por David, logo na entrada de "St. Christopher's Hospice" podemos ver a janela de David Tasma.

Cicely Saunders conta que a origem do Cuidado Paliativo moderno compõe-se pelo primeiro estudo sistemático que foi realizado com 1.100 pacientes com câncer em estado avançado que eram cuidados no St. Joseph's Hospice no período de 1958 á 1965. Este estudo foi descritivo e qualitativo tendo por base anotações clínicas e gravações de relatos de pacientes. O estudo expôs um resultado satisfatório onde foi dividido dois grupos de pacientes. Um grupo fora submetido a um plano de administração regular de medicações analgésicas, relacionando com o outro grupo que recebiam esses analgésicos "se necessário", comprovando a efetividade no alívio da dor os pacientes que recebiam as medicações com frequência. O que se ouvia nos relatos dos pacientes era que eles alcançavam o alívio real da dor. (PINTO, SILVA; et al 2012).

Aliada a cultura hospitalocêntrica, ocorreu a valorização excessiva da prática curativa, que tornou o cuidado às pessoas doentes de modo totalmente banal e automático. Na segunda metade do século XX onde ocorreu um avanço na tecnologia, várias doenças consideradas incuráveis passaram a ter tratamento. Contudo, aquelas pessoas, as quais não tinham esperança de um método de cura, continuavam muitas vezes sujeitas a intervenções invasivas, não recebendo o suporte necessário para tratar o que realmente naquele momento era o importante a qual era lhe aliviar a dor, bem como outros sintomas.

Na década de 1970, surgem movimentos em defesa dos direitos das pessoas com doenças crônicas, onde ocorre a busca em melhorar o diálogo entre os profissionais de saúde e os pacientes, com fortalecimento a autonomia dos mesmos (MENEZES 2004).

No contexto da humanização do cuidado, surge então o cuidado paliativo. Este cuidado é entendido como um plano de humanização direcionada a indivíduos que não tem chance de cura, mesmo com métodos terapêuticos. Pretende-se garantir uma qualidade de vida a essas pessoas, sob o princípio do trabalho interdisciplinar, compreendendo o ser humano de maneira integral e respeitando sua liberdade por meio de uma comunicação sincera. (SILVA, OLIVEIRA, 2017).

A Organização Mundial da Saúde tem por conceito os cuidados paliativos como cuidados ativos e integrais aos pacientes com doenças crônicas, quando estes não demonstram sinais

de melhora no tratamento curativo. A hipótese de que não existe nada mais a ser feito por um paciente que já não tem uma possibilidade de cura é equivocada. (SANTOS, CARVALHO; et al. 2017).

A filosofia dos direitos humanos, como também os cuidados paliativos, baseia-se nos princípios da dignidade da pessoa, da universalidade e na ausência do preconceito. A Carta dos Direitos Humanos cita, de uma forma bem clara, a questão de respeitar o direito a saúde, favorecendo a igualdade de acesso as todas as pessoas, sejam elas minorias, prisioneiros, ilegais e institucionalizados para tratamentos, serviços preventivos, curativos ou paliativos (CAPELAS, 2016).

Os cuidados paliativos tem como princípios: validar o quanto a vida é importante, mas também de considerar que a morte é um processo totalmente natural do ciclo da vida, determinar um cuidado cujo sentido não seja acelerar hora da morte, nem a estender com ações desproporcionais (persistência terapêutica); proporcionar alívio da dor como também outros sintomas, agregar aspectos psicológicos e espirituais sabendo da sua importância na estratégia do cuidado, não esquecer da importância do apoio aos familiares no sentido de que eles possam enfrentar esse momento e prepara-los para o momento do luto (SANTOS, 2017).

São destinados a pacientes de qualquer idade, seja adulto ou criança, que sofrem de algum tipo de doença onde o tratamento curativo não foi alcançado, levando a cronificação dessa patologia. A partir desse momento, a assistência prestada será totalmente direcionada para o alívio da dor e do sofrimento desses pacientes, com apoio psicológico, social e espiritual que se estende a seus familiares (SILVA, 2017).

Enquanto filosofia assistencial, os cuidados paliativos se destinam em assistir doentes sem esperança de cura e buscar estabelecer uma forma de cuidado, tendo como conhecimento de que a morte é um processo totalmente ligado ao ciclo da vida (OLIVEIRA; et al, 2010).

Os cuidados paliativos implicam na ação de uma equipe multiprofissional. Os desafios encontrados constantemente pelos profissionais da saúde são saber prestar um cuidado humanizado, de acordo com o grau necessidade de cada um, e fornecer orientação melhor possível à família, para que consiga lidar com o fim da vida (CASTRO, PEREIRA, et al., 2016). No Brasil ainda existe uma carência na formação dos profissionais da saúde em relação a terminalidade. (ARAUJO, 2009).

Apesar de ser considerado um processo angustiante, é importante que seja repassado todas as informações ao familiar sobre o paciente para que este esteja em sintonia com o grupo de profissionais. Outra situação que é considerada difícil para os profissionais da saúde é de compreender as queixas verbais e não verbais dos pacientes. Na maioria das vezes há falta de domínio da comunicação vinda dos profissionais. Os mesmos não estão preparados para lidar com o ambiente de morte, finitude e perdas. (CASTRO, 2009).

Os cuidados paliativos nos pacientes em fase terminal tem grande potencialidade, pois vão além de somente possibilitar uma diminuição da dor e do sofrimento, pois é um ambiente que transforma os relacionamentos, tanto dentro do hospital como no ambiente familiar, que acaba estabelecendo conforto e fé, incentivando a sensibilidade e a força de cada grupo familiar, e acaba aumentando o conhecimento dos profissionais que estão envolvidos. Estes cuidados acabam mudando o conceito sobre a morte de como ela é vista (CASTRO, 2009).

Almeja-se que este cuidado seja realizado por uma equipe de profissionais da área da saúde, que trabalhem em harmonia e semelhança, compreendendo a pessoa doente “[...] como um ser que possui uma história, ativo, que tem direito a receber informações e autonomia de escolher ou decidir sobre o seu tratamento” (CREMESP, 2008).

Semelhantes conceitos são recentes na prática profissional e argumentam a prática recente que é centrada no médico e nas ações curativas. Sendo assim, indaga-se como o serviço de saúde tem disponibilizado uma assistência que possa agir diretamente como forma cuidados paliativos atendendo as verdadeiras necessidades do paciente. (SILVA, PILORO, 2018)

Os fundamentos dos cuidados paliativos são direcionados ao alívio do sofrimento do paciente e amparo aos familiares, com ações do trabalho de toda uma equipe multidisciplinar, composta por ações de vários profissionais da saúde como médicos, psicólogos, fonoaudiólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, assistentes sociais e fisioterapeutas. São intervenções desenvolvidas por diferenciadas especialidades, mas que se destinam ao mesmo objetivo: oferecer assistência para proporcionar uma qualidade de vida no seu término (ANCP, 2009).

A assistência de enfermagem no cenário dos cuidados paliativos deve valorizar o paciente como sendo um ser único, completo e complexo composto por forma biológica, emocional

e espiritual. Este tipo de cuidado, aprimorado e humanizado, só acontece quando o enfermeiro utiliza várias formas de comunicação verbal e não verbal.

Nesta perspectiva, a adoção de práticas de cuidado paliativo é constante no atendimento em saúde, este tipo de cuidado baseia-se na ocorrência de patologias onde o tratamento curativo e/ou de controle não possuem mais eficácia. Sendo assim a equipe paliativista deve ter aptidão em lidar com os vários momentos de instabilidade do paciente que vivencia a ameaça da vida por uma enfermidade. (DANTAS, 2015).

Contudo, observa-se a falta de conhecimento, sabendo-se como é importante e indispensável à atuação da enfermagem no ato do cuidar por serem considerados os profissionais que mais tem conhecimento da realidade do paciente, sendo deles a total responsabilidade de possibilitar o conforto, segurança e tranquilidade diante da individualidade de cada paciente e familiares. (CREMESP, 2008).

Desse modo, os profissionais necessitam de uma qualificação e de um preparo emocional para saber lidar diante das circunstâncias no momento da assistência. O método de cuidar de alguém que está passando por essa circunstância propõe uma habilidade auditiva totalmente sensível aos relatos e queixas do paciente e ciência sobre os principais sintomas que são presentes em um paciente em fase terminal, pois as providências de intervenções vão muito mais além de um olhar para o estado físico, uma vez que as condições emocionais e espirituais podem ser as que mais serão afetadas.

Assim, compreende-se o quanto a qualificação profissional é essencial, pois exige humanização, autocontrole ante aos desafios que serão enfrentados, responsabilidade para que a assistência realizada alcance o princípio dos cuidados paliativos que é possibilitar qualidade aos dias de vida que restam.

A prática em cuidados paliativos sem teoria se torna bem mais difícil e complexa, pois não existe prática sem teoria ou vice-versa, para que se torne um cuidado satisfatório, tanto para aquele que presta o cuidado quanto para aquele que o recebe. (KRUSE et al, 2007).

Saber a importância da teoria para se fundamentar, saber que em cuidados paliativos não olha-se para a doença, mas para o paciente como um ser humano com necessidades, sentimentos, sofrimento, dor e que precisa de ajuda para passar por todos esses momentos difíceis e conseguir encontrar no meio de todas essas circunstâncias um motivo para sorrir e se sentir acolhido. (ARAÚJO; SILVA, 2006).

‘Os cuidados paliativos não devem ser vistos com desprezo, por ser um cuidado que não foca em uma doença a qual não existe possibilidade de cura, deve ser focado em uma qualidade de vida, necessitam de um trabalho muito bem organizado e planejado exigindo ciência, tanto sobre como são realizados, quanto medicações que fazem parte desse processo que é o alívio da dor e sofrimento e atenção as necessidades psicológicas e espirituais. (ANCP, 2012).

A prática da enfermagem e de todos os demais profissionais ainda não é totalmente reconhecida, e por esse motivo eles trabalham sem educação formal, levando-os apenas a um conhecimento que se baseia em iniciativas auto didáticas e cursos de curta duração, que as vezes não tem adequação com a nossa realidade. Sem tais conhecimentos o cuidado se torna ineficaz para os resultados esperados pelo paciente e família. (ANCP, 2012).

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Analisar a atuação de Enfermagem no contexto do Cuidado Paliativo

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os participantes da pesquisa, com foco na experiência profissional em Cuidado Paliativo
- Identificar a existência, ou não, de conhecimento teórico-prático sobre Cuidados Paliativos
- Compreender a percepção sobre o atendimento de Enfermagem em Cuidados Paliativos.

3. METODOLOGIA

3.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional, transversal, de abordagem quantitativa e qualitativa, para verificar a atuação e conhecimento da enfermagem em cuidados paliativos, os sentimentos relacionados a esse assunto, facilidades e dificuldades encontradas para prestar assistência.

3.2. LOCAL DO ESTUDO/INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Este trabalho foi realizado no contexto da atenção secundária a saúde, em uma Unidade de Pronto Atendimento – UPA Assis, situada no centro-oeste paulista.

3.3. POPULAÇÃO/AMOSTRA

Foram convidados a participar desta pesquisa, profissionais de enfermagem que atuam na referida unidade, por haver contato direto de atendimento a pacientes em cuidados paliativos, que por vezes procuram a unidade para atendimento de maiores desconfortos de saúde, quando não se encontram internados.

Todos os profissionais de enfermagem foram convidados, sendo que foram selecionados por amostragem não probabilística por conveniência, de forma que o tamanho da amostra será definido pela aceitação para participar da mesma.

Grupo	Nº de indivíduos	Intervenções a serem realizadas
Profissionais de Enfermagem	12	Coleta de dados com utilização dos instrumentos selecionados

3.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Profissionais de Enfermagem, atuantes em Unidade de Pronto Atendimento – UPA Assis, que expressem consentimento voluntário em participar do estudo.

3.5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não houve critério de exclusão.

3.6. RISCOS

A participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas, sendo que os desconfortos existir pela exposição de dados e informações de cunho pessoal.

Todavia, afirmamos que todas as informações coletadas neste estudo foram de caráteres estritamente confidenciais, de forma que somente a pesquisadora e seu orientador tiveram conhecimento da identidade dos participantes.

3.7. BENEFÍCIOS

Ao participar desta, o participante não teve

nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre a qualidade de atendimento em cuidados paliativos, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa subsidiar ações de educação permanente e continuada que promovam melhoria da qualidade das ações de atendimento de Enfermagem.

3.8. PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS

Em primeiro momento foi solicitada autorização para realização deste estudo à direção da Unidade de Pronto Atendimento – UPA Assis.

Após a autorização da mesma, este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), devido o envolvimento de seres humanos, e somente após a aprovação do mesmo, os dados foram coletados.

A coleta dos dados ocorreu em dias e horários previamente acordados com a direção da instituição, de forma a possibilitar local adequado e privativo para abordagem aos possíveis participantes.

Na abordagem aos integrantes da equipe de Enfermagem, houve o convite, a participação e explicação do tema do estudo e objetivos do mesmo, e solicitado autorização para utilização de gravador de voz durante a entrevista. Após o entendimento por parte dos mesmos, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE I), que foi lido e assinado em duas vias pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador, entregando uma via para cada um.

Somente após a aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi iniciada a entrevista.

Foi utilizado um instrumento, elaborado pelos autores (APÊNDICE II), composto por questões para caracterização dos participantes e sobre a percepção quanto ao atendimento em cuidados paliativos.

3.9. INSTRUMENTOS PARA COLETA DOS DADOS

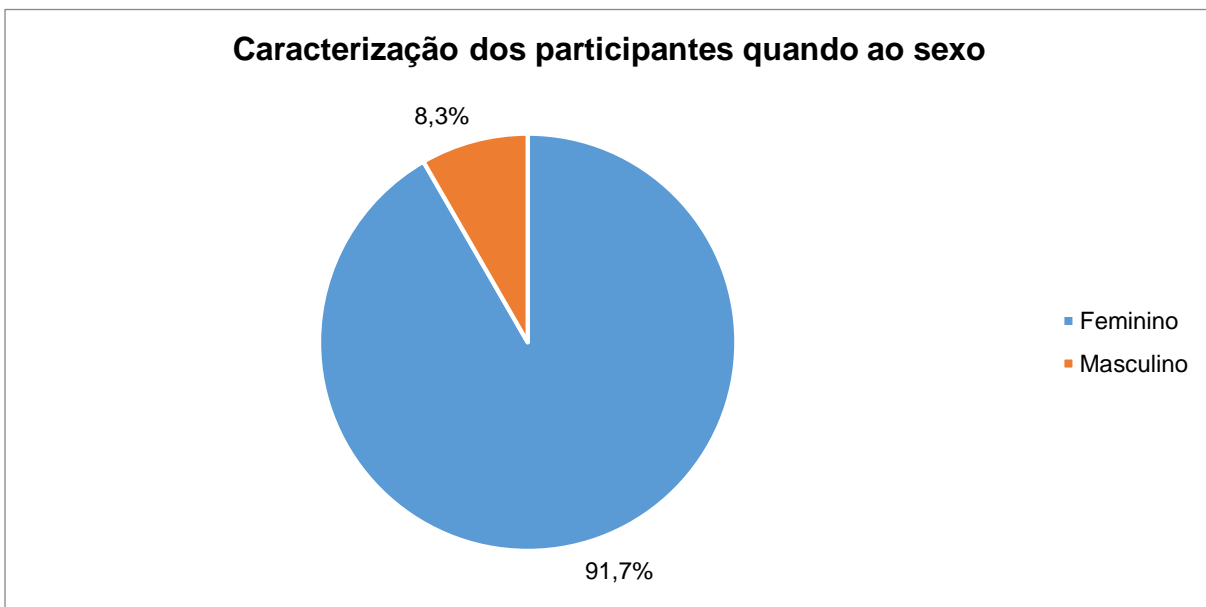
O questionário semiestruturado é composto por dois itens principais: A – Caracterização dos participantes; B – Percepção sobre o atendimento em cuidados paliativos. São questões objetivas e discursivas, elaboradas a partir dos objetivos deste estudo.

3.10. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Os dados coletados foram analisados utilizando análise estatística descritiva e inferencial por meio de testes estatísticos específicos, para dados quantitativos, e análise de conteúdo, modalidade temático categorial (BARDIN, 1977), para os dados qualitativos.

4. RESULTADOS

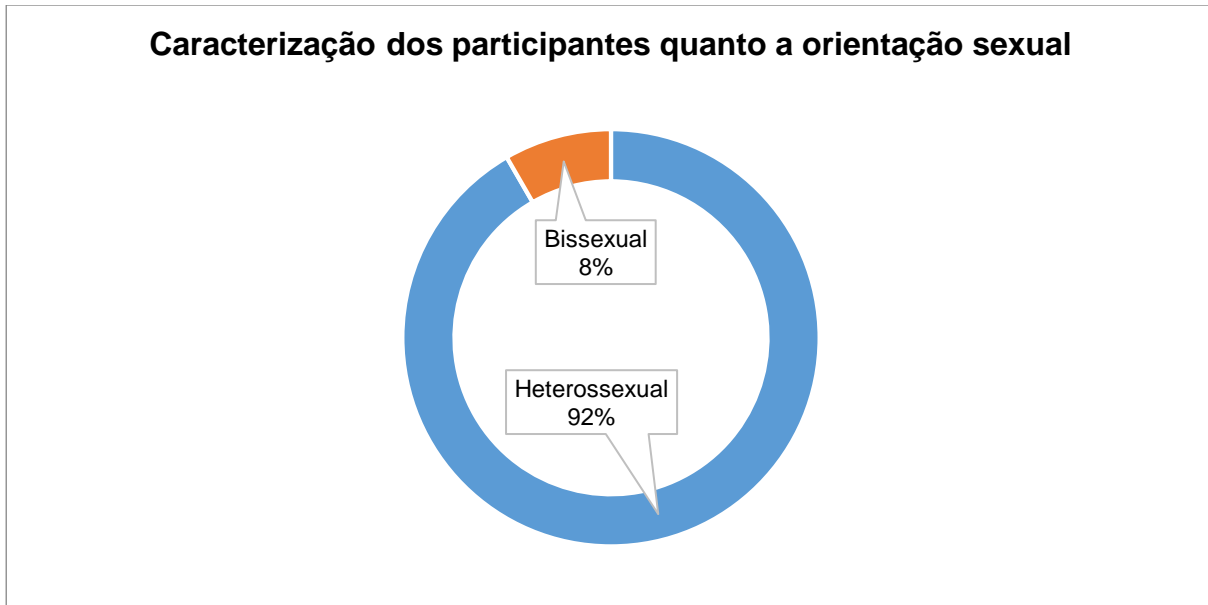
A coleta dos dados, por meio das entrevistas foi dificultosa no sentido da adesão a participação por enfermeiros, que afirmavam falta de tempo em todos os momentos que eram convidados. Participaram desta pesquisa 12 profissionais de Enfermagem, Auxiliares e Técnicos em Enfermagem, sendo que 11 (91,7%) eram do sexo feminino e 1 (8,3%) do sexo masculino (Figura 1).



Fonte: Elaborado pelos autores com os dados da pesquisa (2020).

Figura 1. Caracterização dos participantes da pesquisa quanto ao sexo (n=12).

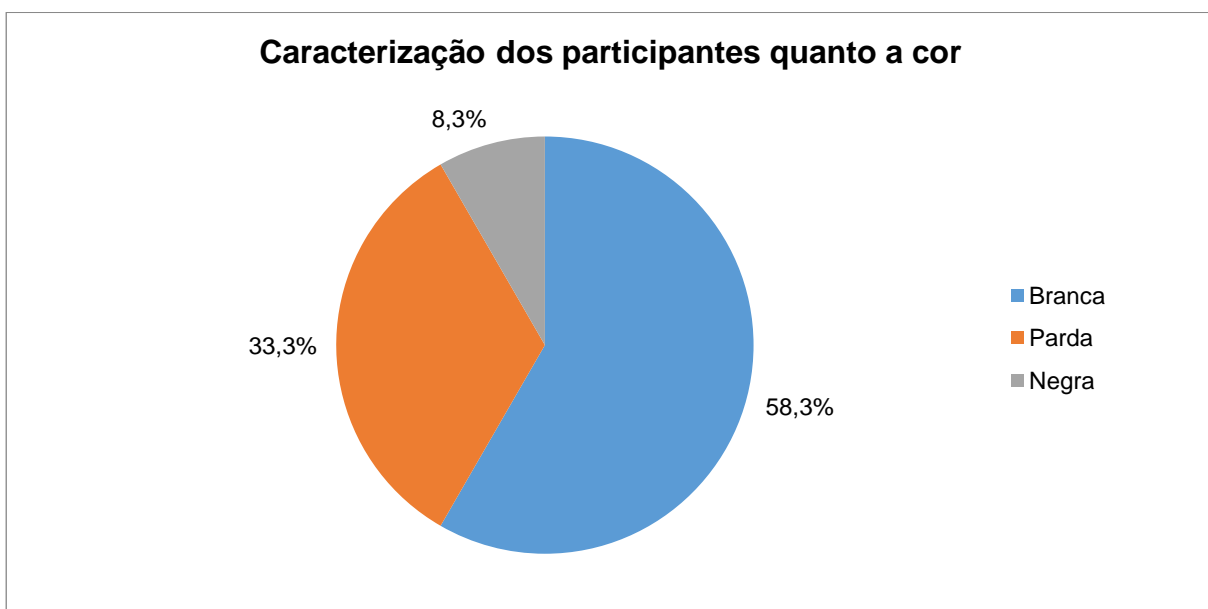
Sobre a orientação sexual, a maioria (91,7%) se declarou heterossexual, com participação de 1 (8,3%) bissexual (Figura 2).



Fonte: Elaborado pelos autores com os dados da pesquisa (2020).

Figura 2. Caracterização dos participantes da pesquisa quanto à orientação sexual(n=12).

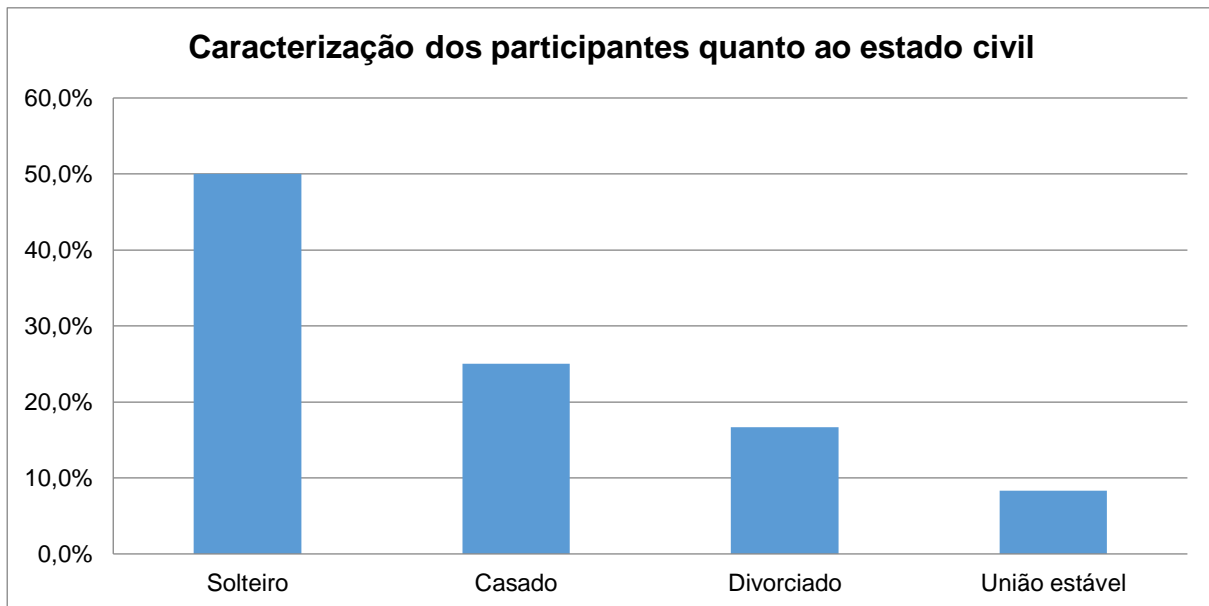
Quanto à cor declarada dos participantes, pouco mais da metade se declarou branca 7(58,3%), cerca de um terço 4(33,3%) se declarou parda e apenas um participante se declarou negro 1(8,3%) (Figura 3).



Fonte: Elaborado pelos autores com os dados da pesquisa (2020).

Figura 3. Caracterização dos participantes da pesquisa quanto à cor (n=12).

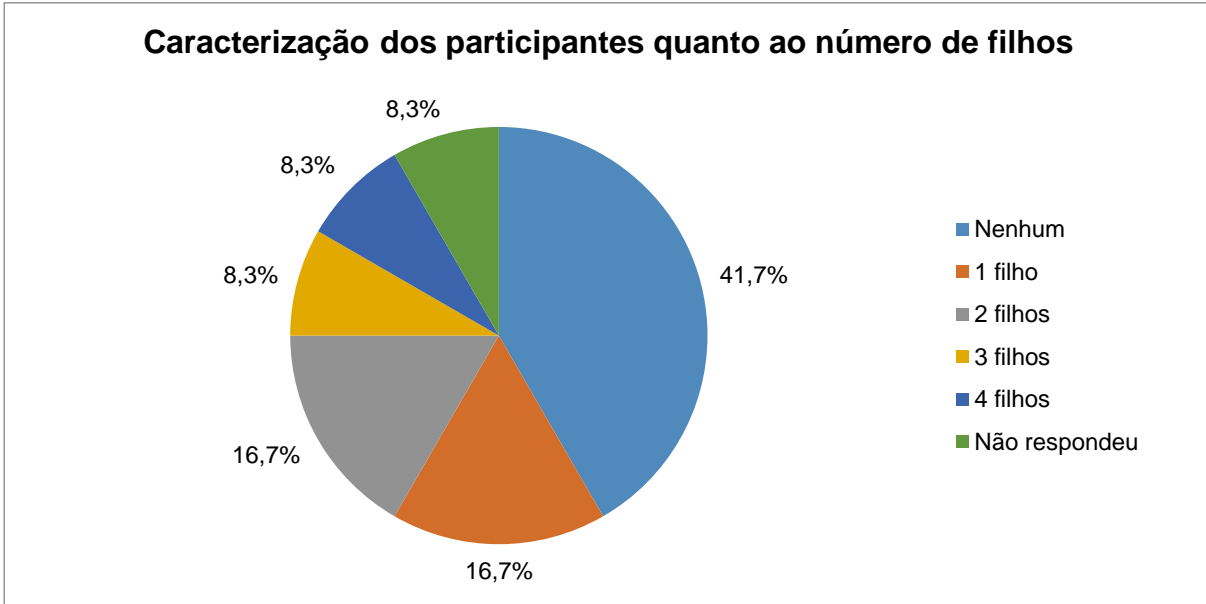
Já a caracterização de acordo com o estado civil foi dividida da seguinte forma: metade afirmou ser solteiro, 3 (25%) afirmaram serem casados, 2 (16,7%) divorciados e apenas 1 (8,3%) afirmou estar em uma união estável (Figura 4).



Fonte: Elaborado pelos autores com os dados da pesquisa (2020).

Figura 4. Caracterização dos participantes da pesquisa quanto ao estado civil (n=12).

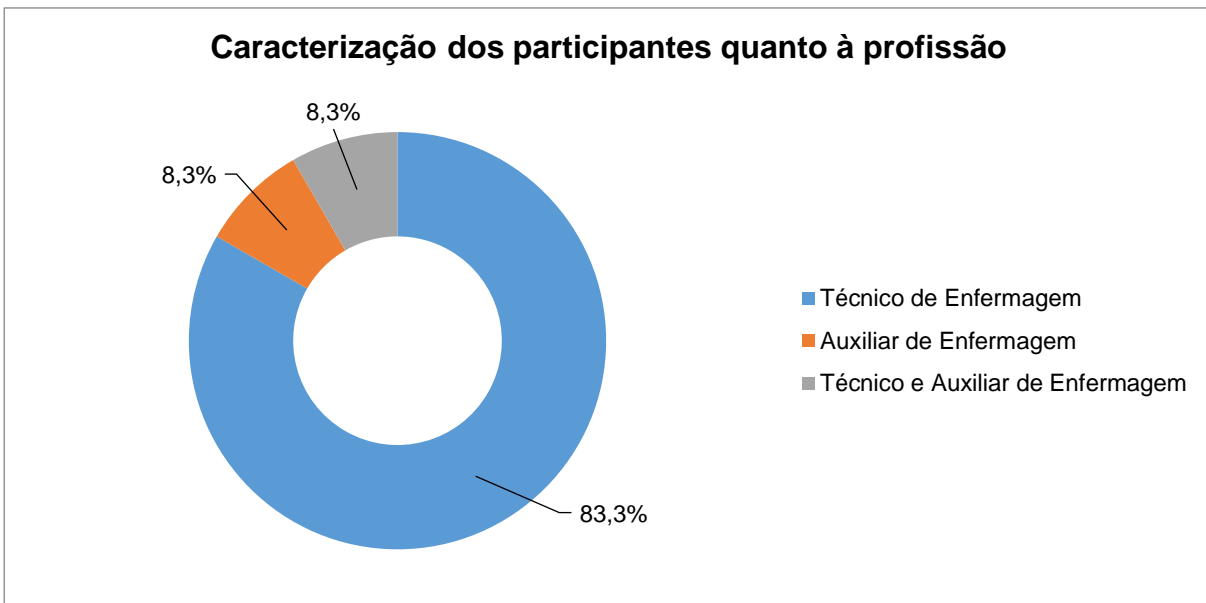
Sobre o número de filhos, quase metade dos participantes 5(41,7%) afirmou não ter filhos, 2(16,7%) afirmaram ter apenas um filho, outros 2 (16,7%) afirmaram ter 2 filhos, apenas 1 (8,3%) afirmou ter 3 filhos, assim como apenas 1 (8,3%) afirmou ter 4 filhos. Um participante 1(8,3%) não respondeu (Figura 5).



Fonte: Elaborado pelos autores com os dados da pesquisa (2020).

Figura 5. Caracterização dos participantes da pesquisa quanto ao número de filhos (n=12).

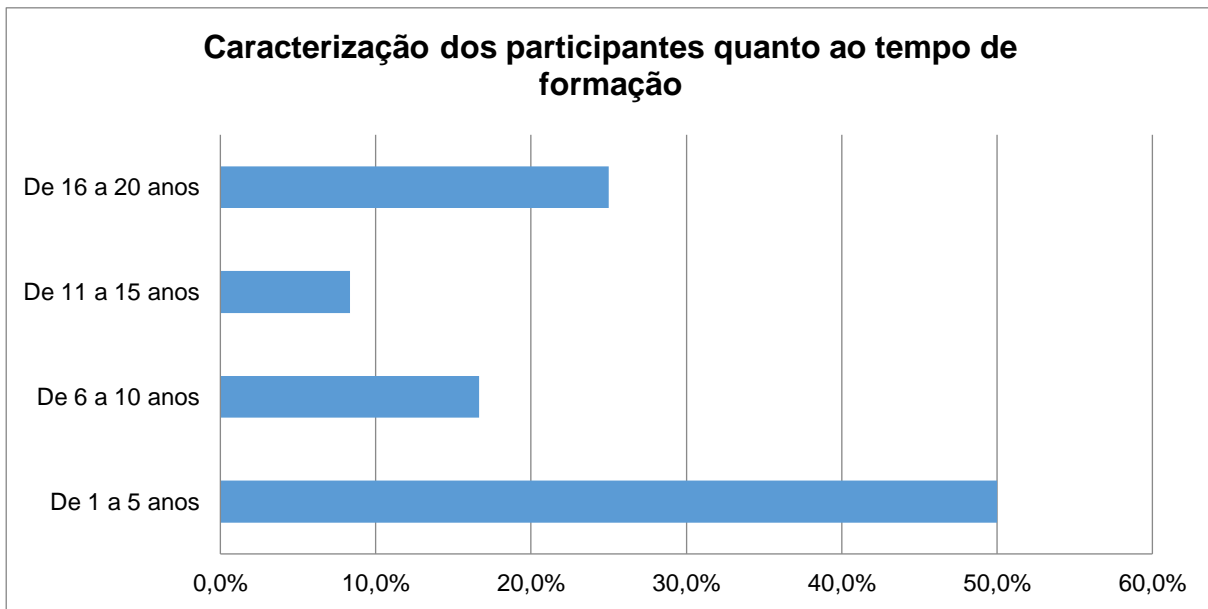
Pensando na profissão exercida pelos entrevistados, a grande maioria (83,3%) é Técnico em Enfermagem, 1 (8,3%) participante é Auxiliar de Enfermagem, e 1 (8,3%) é Técnico e Auxiliar de Enfermagem (Figura 6).



Fonte: Elaborado pelos autores com os dados da pesquisa (2020).

Figura 6. Caracterização dos participantes da pesquisa quanto à profissão (n=12).

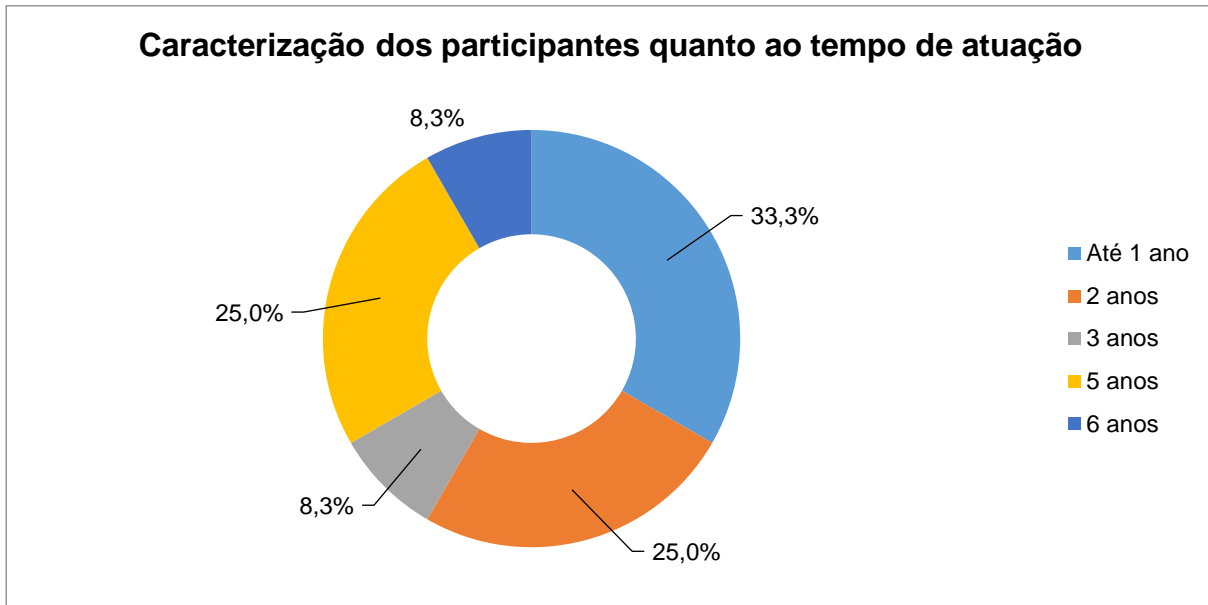
Sobre o tempo de formação, os participantes foram divididos em: de 1 a 5 anos, sendo metade dos participantes (50%) incluídos nessa faixa; de 6 a 10 anos com dois participantes (16,7%); de 11 a 15 anos com apenas 1 (8,3%) e de 16 a 20 anos com 3 entrevistados (25%) (Figura 7).



Fonte: Elaborado pelos autores com os dados da pesquisa (2020).

Figura 7. Caracterização dos participantes da pesquisa quanto ao tempo de formação (n=12).

O tempo de atuação variou de menos de 1 ano à 6 anos, seguindo a divisão: 4 (33,3%) atuam há menos de um ano, 3 (25%) atuam há 2 anos, o mesmo número atua há 5 anos, enquanto apenas 1 (8,3%) atua há 3 anos e outro (8,3%) há 6 anos (Figura 8).



Fonte: Elaborado pelos autores com os dados da pesquisa (2020).

Figura 8. Caracterização dos participantes da pesquisa quanto ao tempo de atuação(n=12).

Sobre os cuidados paliativos, os dados foram organizados em categorias, que são apresentadas a seguir.

1. A formação em cuidados paliativos

A maioria dos participantes afirmou um distanciamento, e até mesmo a falta de contato com a temática dos cuidados paliativos em sua formação. As falas que descrevem esta situação são apresentadas a seguir:

“Teve pouca coisa sobre esse tema, eu tive mais quando fiz o curso de especialização em oncologia, só eu me aprofundi mais” (E1)

“No curso tive pouco contato com esse tema, acredito que passei a ter um conhecimento mais aprofundado quando fui para os estágios, e agora pois querendo ou não surge bastante casos e que nos levam ter um pouco de experiência sobre esse tipo de cuidado” (E3).

“Não existia uma matéria específica para esse tema no curso técnico, que eu lembro não tive muito contato com o tema de cuidados paliativos” (E4).

“No curso técnico a gente vê alguma coisa mais nada que seja tão aprofundada, a gente vai aprendendo no dia a dia o que é cuidados paliativos” (E5).

“Não tive um contato direto que fosse específico para esse tema, passei a conhecer melhor aqui no meu ambiente de trabalho” (E6).

“No meu curso não tive um contato tão aprofundado com esse tema que eu me lembre, mas aqui por ter bastante internação sobre esse tipo de caso vamos aprendendo cada dia um pouco mais” (E7).

“Meu preparo teórico não foi tão aprofundado sobre esse tema, praticamente quase nada sobre, aprendi mesmo sobre os cuidados no geral” (E8).

“Acredito que possa ter sido ensinado pelo menos algo básico sobre esse tema, mas não estou lembrando agora no momento” (E9).

“Na minha época quando eu fiz o curso não tive conhecimento e nenhum tipo de preparação com relação a cuidados paliativos, eu fui tendo esse conhecimento com o passar do tempo no meu ambiente de trabalho” (E10).

“Não consigo lembrar no momento se no meu curso foi falado sobre esse tipo de cuidado, mas passei a aprender aqui no ambiente de trabalho, na assistência porque aqui a gente aprende bastante” (E11).

Contudo, houve um participante que afirmou uma formação simplificada nessa temática.

“O que eu vi mais foi que existia os cuidados paliativo, tive um conceito básico sobre esse tema” (E12).

A participação em eventos/seminários/congressos/simpósios/cursos na temática dos cuidados paliativos foi escassa. As falas a seguir demonstram a inexistência dessa participação.

“Não, somente uma visita no Hospital Amaral Carvalho” (E2).

“Não nunca participei de nada relacionado a este tema referente ao que você está perguntando”(E3).

“Não nunca participei de nenhum congresso, nem referente a este tema”(E4).

“Não, nunca participei de nenhum congresso sobre cuidados paliativos” (E5).

“Não, nunca participei de congresso nem nada do tipo” (E6).

“Nunca participei não, de nenhum evento ou seminário sobre esse tipo de tema, o conhecimento que tenho mais aprofundado aprendi aqui no trabalho mesmo”(E7).

“Também não participei de nada que você citou relacionado a esse tema”(E8).

“Sobre esse tipo de tema não me lembro de ter participado”(E9).

“Não, nunca participei”(E10).

“Não, nunca participei de seminários ou congressos sobre esse tema”(E11).

“Não nunca participei, desse tema não”(E12).

Entretanto, uma participante, por ter realizado curso de especialização em oncologia, afirma que já participou de eventos dessa natureza.

“Sim, já participei, no curso de especialização” (E1).

2. O conhecimento sobre cuidados paliativos

Quase todos os entrevistados afirmaram que cuidado paliativo é se preocupar com o conforto e o bem-estar do paciente nos seus momentos finais da vida, conforme as falas a seguir.

“Cuidados paliativos eu acho que é tudo que você pode fazer pelo bem-estar do paciente, no fim da vida dele, é você cuidar desse paciente e ter atenção com a família, você dá uma qualidade de vida pra ele, no fim da vida”(E1).

“Como não tem nada a ser feito mesmo cuidados paliativos seria só dá o conforto pra pessoa não ter todo aquele sofrimento que a doença oferece, procurar amenizar o máximo possível” (E2).

“Pra mim é dá os cuidados básicos de saúde pro paciente seja de higiene, de dor oferecer analgesia quando for necessário e estiver prescrito, é dá o conforto que o paciente precisa naquele momento” (E3).

“Pra mim cuidados paliativos é oferecer um final de vida menos doloroso, porque são cuidados que a gente dá para que a pessoa tenha um fim menos sofrido” (E4).

“Cuidados paliativos são aqueles cuidados que a gente vai dá pra promover o conforto da pessoa, porque tipo quando a pessoa está com câncer porque o

tratamento dela não vai garantir mais um bom prognóstico e então a pessoa vai ficar esperando morrer e aí que a gente vai ficar promovendo o conforto pra ela não sentir dor” (E5).

“Eu acredito que cuidados paliativos seja, proporcionar uma condição de vida menos dolorosa para um paciente que esteja desenganado pela medicina, que não tenha mais o que ser feito quando se fala do tratamento da doença” (E6).

“Cuidados paliativos é você dá o conforto ao paciente sem deixar faltar nada, permitir a entrada dos familiares e ter que dá um olhar natural, sem ficar ali dando esperança porque essa conversa já foi dada, médico já adiantou em relação a todos os cuidados que vão ser oferecidos para tranquilizar o paciente, e muitas vezes a pedido da família querem que não seja realizado intervenção nenhuma” (E7).

“Cuidados paliativos são os cuidados que realizados a pessoas que tem uma determinada patologia que não tem mais cura, então esses cuidados servem para trazer um conforto e paz nos seus últimos dias de vida” (E8).

“Cuidados paliativos para mim é prestar a melhor assistência ao paciente que se encontra em um estado terminal, no momento mais crítico de sua vida, que é o fim de tudo, porque todos merecem partir com dignidade” (E9).

“E acho que de princípio é você acolher o paciente, de uma forma mais humanizada, não que os outros não precisem, mas é um paciente que precisa de mais cuidados, de mais atenção por já está bem debilitado né, então você vai amenizar o sofrimento dele” (E10).

“Cuidados paliativos é forma de prestar um conforto ao paciente que está em fase terminal, é um cuidado primordial na vida desse paciente” (E11).

Entretanto, um entrevistado afirmou ser apenas um cuidado qualquer:

“Na verdade eu vejo cuidados paliativos como se fosse outro cuidado qualquer, que eu tenho que realizar os procedimentos, que eu tenho que realizar os cuidados de uma forma independente de ele ser paliativos ou não, pra mim posso saber que o paciente está numa fase terminal por exemplo mas os cuidados são os mesmos daquele que não esteja eu vejo assim” (E12).

Quando indagados se a definição dada por eles sobre cuidados paliativos estava de acordo com a definição da Organização Mundial da Saúde, apenas um entrevistado foi capaz de responder afirmativamente:

“Sim, quando a gente foi no Hospital Amaral Carvalho a gente pesquisou algumas coisas antes de ir” (E2).

Os outros entrevistados achavam que estava de acordo, mas não podiam afirmar, conforme as falas abaixo:

“Não, acho que lá não. Conheço mas nunca entrei nele pra ver, sobre cuidados paliativos(E1).

“Então eu acredito que esteja de acordo, conheço esse site já realizei pesquisas nele mas não sobre esse tema em específico” (E3).

“Não sei, nunca procurei sobre cuidados paliativos nesse site, mas acredito um pouco do que falei se encaixa” (E4).

“Bom eu nunca li mais eu acredito que esteja, mas assim na verdade eu não sabia que a OMS fazia uma definição sobre isso” (E5).

“Não sei, nunca pensei em pesquisar sobre esse tema nesse site, mas acredito que esteja de acordo” (E6).

“Curiosamente as situações levam a gente a buscar pesquisar mais sobre esse tema, mas já pesquisei em outros sites, não tive a oportunidade de pesquisar nesse” (E7).

“Não fiz nenhuma pesquisa sobre esse tema, nem li nada a respeito nesse site, mas já ouvir falar, acredito que possa até ter feito alguma pesquisa nele mas não sobre cuidados paliativos” (E8).

“Não sei, não conhecido esse site e nunca fiz pesquisa nele sobre esse tema” (E9).

“Nesse site específico não, mas pelo SUS na lei 8080 a gente tem porque está falando da prevenção, recuperação, e promoção da saúde, e cuidados paliativos pela atenção básica que a gente conhece como ESF o paciente recebe visita domiciliar, é acompanhado o caso, presta os cuidados que precisa, e quando precisa vai para o hospital tomar medicação para amenizar a dor, e é isso” (E10).

“Não sei se está, aprendi bastante sobre esse tipo de cuidado aqui no ambiente hospitalar, na prestação da assistência” (E11).

“Pode ser que esteja de acordo mas nunca pesquisei sobre este tema nesse site, não li nada sobre esse tema não” (E12).

Para todos os entrevistados, os cuidados paliativos são destinados a pacientes em estado terminal.

“Aos pacientes mais em fases terminais, com câncer, que tem doenças crônicas, pacientes mais acamados, o Alzheimer até eu acho que ele se enquadra um pouco também né” (E1).

“Pacientes em doenças terminais né, câncer, eu peguei já cirrose hepática o paciente não tinha mais o que fazer” (E2).

“Esse tipo de cuidados é oferecido aos pacientes que estão na fase final de sua vida, pessoas com câncer, com doenças crônicas e que não tem o que se fazer mais em relação a patologia que ele se encontra, pra mim é isso” (E3).

“Acredito que para pacientes com câncer, com idades avançadas e que a medicina vê que não tem mais o que fazer pela pessoa” (E4).

“Pra mim são pacientes em fase terminal que não respondem mais ao tratamento, e não alcançam mais a cura” (E5).

“Como citei antes para mim cuidados paliativos são cuidados voltados a pacientes desenganados pelos médicos, e que não tem mais esperança de melhora, pacientes que tem um curto prazo de vida” (E6).

“Geralmente são pacientes com diagnóstico de câncer, como é um paciente que já é debilitado já emagrecido, então demanda esse tipo de cuidado, muitas vezes o familiar não vai ter condições de pagar um cuidador em casa ele entendi que não vai conseguir cuidar desse paciente ele acredita que aqui seria o local correto e que está dentro dos seus direitos. Então pra mim é isso é direcionado a pacientes em estados terminais” (E7).

“Como eu havia dito para pacientes em casos terminais como o câncer, cirrose hepática como já recebemos aqui, sequelados de AVC que acabam ficando acamados” (E8).

“Como eu disse antes esse tipo de cuidado é direcionado a pacientes em estado terminal de vida, pacientes desenganados né, e que merecem total dignidade, e eu acredito que as doenças que se encaixam nesse tipo de assistência é o câncer” (E9).

“A pacientes acamados, que não tem uma boa qualidade de vida, que tem a mobilidade prejudicada, pacientes em fase terminal, é voltado a um público dependente” (E10).

“Pacientes em estado terminal como o câncer, por exemplo, ou pacientes com doenças crônicas como o DPOC, AVC, pacientes acamados, acredito que seja isso” (E11).

“Pacientes que não tem mais possibilidade de recuperar, de estabelecer a saúde né, um paciente que ele está indo a caminho praticamente do óbito, porque ele não tem mais condições de reestabelecer a saúde dele” (E12).

Sobre a importância dos cuidados paliativos, os entrevistados afirmaram ser de extrema importância, às vezes, indispensável, no cuidado com o paciente:

“Ah eu acho que é uma das mais importantes, acho que é o respeito pelo paciente né, vê que ele depende totalmente da gente, e também merece respeito no final da vida dele, eu acredito que seja o final, a gente não sabe porque quem decide o final é Deus, mas ele fica totalmente dependente da gente, então pra mim é muito importante”(E1).

“Em minha opinião muito importante devido a dignidade do paciente e aliviar um pouquinho o sofrimento dele e da família que está nesse meio e vai sofrer tanto nesse momento transitório dos cuidados paliativos quanto na morte e no luto que vai ser o mais difícil pra ele né”(E2).

“Pra mim como eu disse é superimportante, pois o fato de você está ali oferecendo os cuidados mesmo sabendo que a qualquer momento essa pessoa vai partir, mas você está dando o seu melhor pra ele descanse de forma digna e dá melhor maneira possível”(E3).

“Eu acho muito importante porque eu acredito que todo mundo merece morrer de um jeito digno, ninguém merece ficar sofrendo sendo que pode ser amenizada a dor e o sofrimento, então é importante”(E4).

“É importante sim porque podemos oferecer uma assistência da melhor maneira possível pra pelo menos tentar amenizar o sofrimento desses pacientes terminais, promover dignidade, conforto até o último dia de vida da pessoa”(E5).

“Com certeza, porque é nesse momento que você vai prestar a assistência a esse paciente, e esse é o momento que ele mais precisa do nosso cuidado, seja numa troca de fralda, num banho, na administração de medicação, da nossa atenção”(E16).

“Com certeza é muito importante porque enquanto tiver um sopro de vida, uma respiração essa pessoa está vivendo, ela está viva, ela precisa desse olhar, dessa humanização porque o paciente não descansou ainda, eu não gostaria de me entregar ao fim da vida e vê alguém me deixar sozinha numa situação dessa, seria muito angustiante para mim”(E7).

“É importante pelo conforto que oferecemos tanto pelo paciente como para a família, trazendo até mesmo alívio dos sintomas que ele apresenta”(E8).

“Em minha opinião não é só importante como indispensável, por saber que pode trazer dignidade e respeito pelo ser humano nessa situação, acredito que é importante tanto para o paciente como para a família”(E9).

“É mais importante porque essa situação nos leva a tratar o ser humano com mais humanização, é importante porque a gente presta os cuidados ao paciente e ao mesmo tempo dá um suporte a família, porque o familiar dependendo da gravidade da situação vai ter que cuidar em casa e buscar o conhecimento necessário sobre cuidados paliativos com a nossa equipe acaba direcionando-o a uma melhor forma de cuidado”(E10).

“É importante por se tratar da dignidade do paciente no fim de sua vida, pode trazer um alívio na dor que eles sentem e no sofrimento”(E11).

“Para mim é mais importante por oferecer a dignidade para aquele ser humano que está naquele momento crítico e final da vida, eu acho que o cuidado paliativo é tudo

todo tipo de procedimento, tudo que for feito por aquele paciente, eu acho que é oferecer a dignidade pra ele”(E12).

Quanto ao fato dos cuidados paliativos ajudarem ou atrapalharem, todos os participantes afirmaram que ajudam:

“Eu acredito que ajudam, é necessário ajudar porque não tem condições de atrapalhar o paciente já tá sofrendo bastante então é por isso que só vai ajudar mesmo, é um atendimento um pouco mais complexo porque dependendo da situação do paciente você fica até receoso, emotivo por estar ali porque não tem muito que se fazer, mas o pouco que você oferta já ajuda né” (E2).

“Pra mim eu acredito que ajuda sim e bastante” (E3).

“Ajudam sim eu não acredito que atrapalham, o paciente precisa desses cuidados”(E5).

“Para mim no meu entender ajuda e bastante, é um tipo de cuidado indispensável para aqueles que precisam” (E6).

“Com certeza ajudam, porque nunca atrapalham porque a gente já tem uma demanda de cuidados, a gente já tem que cuidar do paciente como um todo, o que atrapalha é a desinformação, porque conversou com todos os familiares e chega uma pessoa que não sabe de nada que está acontecendo e quer saber de toda história sendo que já foi comunicado, já foi avisado, ele acham que não estamos fazendo, mas sempre estamos fazendo algo” (E7).

“Na minha opinião ajuda em tudo” (E8).

“Ajudam com certeza”(E10).

“Para mim ajudam sim, não tem como atrapalhar, existem casos de ter alguns familiares que não gostam que manipule muito o paciente nesse estado, mas a maioria considera esses cuidados muito importantes” (E11).

“A meu ver ao acho que ajuda a minimizar o sofrimento do paciente, eu acho que os cuidados paliativos não vão interferir na cura, mas ele vai minimizar a dor do paciente, o sofrimento dele eu acho que essa é a palavra certa” (E12).

Alguns disseram que ajuda não só os pacientes, mas também os seus familiares:

“Ajudam bastante principalmente quando se envolve família, minimiza o sofrimento do paciente” (E1).

“Eu acho que ajuda sim, tanto o paciente como a família” (E4).

“Eu imagino que não atrapalha, pelo contrário é necessário e muito importante e para oferecer esses cuidados é preciso ter amor e empatia, tanto pelo paciente como pela família” (E9).

Na dimensão biológica, quando indagados sobre os sinais e sintomas mais prevalentes em cuidados paliativos, a grande maioria citou a dor como a principal queixa:

“A dor né, o estado geral do paciente né, nutrição, tudo, eu acho que você observando bem consegue melhorar bastante” (E1).

“Dor, mal-estar né eu acredito que seja isso né aquelas náuseas que não passam e o pior é a dor né” (E2).

“Eu acredito assim pelo que eu vejo os sinais que mais prevalecem é a dor e que conseqüentemente acaba levando ao sofrimento, a angústia de estar passando por isso, e muitos pensam que parece nunca vai acabar” (E3).

“Para mim é a agitação, quando surge a dor a gente procura medicar para trazer a tranquilidade que ele precisa, para mim são esses” (E7).

“Na verdade que eu vejo eles sentem dor, mas essas dores podem ser amenizadas dentro dos cuidados paliativos” (E8).

“Dor, ansiedade, no meu ponto de vista são esses os que mais prevalecem e que causam sofrimento ao paciente” (E9).

“Para mim os sinais e sintomas que são bem visíveis são a dor que muitas vezes pode levar a vários outros como a hipertensão, taquicardia, desconforto respiratório, a tristeza porque essa situação que ele está vivendo não é fácil, o sofrimento, esses não os sintomas que mais se mostram presentes” (E11).

“Queixas de dor, fome porque às vezes em determinado tipo de doença a pessoa não consegui deglutir daí tem que passar uma sonda e passar a dieta no horário certo, eu acho que essas são as queixas mais difíceis da gente lidar nesse sentido,

o frio também porque as vezes eles sentem muita febre e porque ele está bastante debilitado e desfalecido quando perde musculatura automaticamente vai perdendo a temperatura corpórea e sente muito frio, eu já vi bastante pacientes assim e ele pedem muitas cobertas, assim como também tem aqueles que sentem muito calor” (E12).

Foram citados, também, dispneia, febre, bradicardia, taquicardia e hipertensão:

“Dos pacientes que estão em cuidados paliativos eu acredito que o que mais prevalece é a dispneia, febre, bradicardia, taquicardia, seria isso” (E5).

“Os sintomas variam, muitas vezes no paciente que teve um AVC acaba tendo vários picos de hipertensão, nos pacientes que tem diabetes alguns tem os membros amputados, outros perdem a visão, um paciente com câncer” (E10).

Alguns entrevistados perceberam a falta de cuidado anterior com o paciente, e até mesmo a falta de autoestima:

“Que eu observo quando chega à unidade são pacientes que não possuem cabelo, que tem um semblante de tristeza, sofrimento, essa situação mexe bastante com a autoestima destes pacientes” (E6).

“Em minha opinião a gente nota bastante que às vezes vêm pacientes judiados e que às vezes não são bem cuidados, às vezes um banho faz uma grande diferença, uma massagem de conforto, todo cuidado que você realiza faz a diferença” (E4).

Já dimensão psicológica, quando indagados sobre os sinais e sintomas mais prevalentes em cuidados paliativos, a grande maioria citou a depressão como principal sintoma:

“Eu acho que o paciente que não é cuidado você vê que ele é totalmente entristecido, e aquele que a família tá junto, que a gente dá um atendimento assim né com cuidado né que a gente na verdade que é nossa obrigação, você vê que até o paciente muda um pouco, ele parece que ele ajuda de uma forma ou de outra ele colabora mais” (E1).

“Pacientes que ficam depressivos né, que não aceitam né aquelas situação dele, e ai você pode né na conversa na humanização ajuda um pouquinho eles, mas eu acho que o primeiro sintoma ai é a depressão né, o paciente se sente deprimido, não aceita ajuda e tem paciente de recusa mesmo, eu já cuidei de pacientes que não queriam nem tomar banho, se entrega, não quer mais viver, com um banho mesmo às vezes eles se sentem mais aliviados, tem pacientes com sonda que pedi água e você não pode dá, mais só de você molhar a boca eles agradecem” (E2).

“Na parte psicológica eu vejo que eles ficam muito abalados pela situação em que estão vivendo, não somente o paciente como também a família dele, acaba gerando muita dor e angústia pra todos que estão ali vivendo e vendo todo esse sofrimento” (E3).

“Eu acho que tem alguns que ficam muito depressivos porque sabem do que estão passando, sofrem com o sofrimento da família e às vezes se sentem um fardo, e pensam nas pessoas achando que elas cuidam deles por obrigação, perdem o sentido da vida” (E5).

“Acredito que seja o que mencionei antes né, falta de autoestima, normalmente é um paciente triste, se isola de todos, assim como tem pacientes que reagem muito bem, que aproveitam os últimos segundos como se não estivesse sofrendo tanto com a situação” (E6).

“Do paciente em si eu acho que deve ser traumático por se tratar de estar nessa situação dor e sofrimento” (E8).

“Medo, angústia, não tem perspectiva do futuro porque não pode mais planejar o amanhã, conseqüentemente entra a ansiedade de saber como vai ser o seu próximo dia, é isso parte psicológica é a que fica mais comprometida” (E9).

“A parte psicológica em minha opinião depende, por exemplo se é um paciente jovem que descobriu que está com câncer torna-se mais sofrido e difícil para ele aceitar a doença, e as vezes por mais que ele lute ele não aceita porque quando se fala de um câncer todo mundo pensa "ah, eu vou morrer" e as vezes não é assim porque o tratamento é mais avançado, mas assim o psicológico de todo paciente que descobre que está nessa situação é afetado e da família também” (E10).

“Eu acredito que o psicológico desses pacientes fica totalmente vulnerável, sentem muita angústia, depressão, falta de esperança e solidão, outros acredito que encaram toda essa situação com determinação e esperança” (E11).

Outros entrevistados perceberam a falta de cuidado e o abandono do paciente:

“Para mim eu acredito que seja essa parte da família muitas vezes está deixando aqui por não saber prestar os cuidados em casa e não ter também condições de pagar alguém que saiba fazer isso, eu acredito que o paciente se sente como um peso nesse momento, e isso para ele não é bom” (E7).

“O psicológico e o emocional eu acredito que sejam mais difíceis do que o físico, porque aí não é só a equipe de enfermagem, precisa também da família e de todo mundo colaborando, porque às vezes aqui mostra que cuida, mas em casa isso não está acontecendo, às vezes até idosos que vem do asilo que você vê são totalmente abandonados pela família, ele colocam lá e deixa e a gente imagina como fica o psicológico desse paciente né” (E4).

Entretanto, um entrevistado percebeu algo diferente, pacientes no final da vida que não estavam em desespero, pelo contrário, estavam “normais”:

“Eu tenho uma experiência com uma vizinha minha que ele tem câncer nos linfonodos, ela fez todo um tratamento e não se recuperou, e ela veio pra cá e ficou comigo na observação feminina, e eu olhando pra ela pelos parâmetros dela pelo peso corpóreo, pelas suas condições físicas, eu via que ela estava em um estado crítico terminal, e ela não aparentava em nenhum momento desespero, choro, não só ela, mas outros pacientes também, a impressão que eu tive é que quando vai chegando no momento final eles já não tem mais essa percepção de que se ele está tão num estado agravado, então eles conseguem se manter normal, não demonstram um momento de desespero, eu não consegui vê isso, e eu observei isso num dia e no outro ela foi a óbito” (E12).

Sobre a dimensão social, quando indagados sobre os sinais e sintomas mais prevalentes em cuidados paliativos, alguns citaram o abandono:

“Eu vendo, eu acho que já tem um abandono e preconceito, por exemplo, você já vê a pessoa com um lenço na cabeça as pessoas se afastam um pouco, eu acho que a sociedade é um pouco preconceituosa quanto a isso e a gente teria que fazer alguma coisa pra eles não serem assim, mas eu acho que é do ser humano” (E2).

“Eu acho que a sociedade não é preparada pra cuidar desses tipos de pacientes, as pessoas são muito egoístas, elas gostam de ser cuidadas, mas na hora de cuidar muita gente não cuida, eu acho que é por isso que tem tanto idoso no asilo, porque tipo assim a mãe cuida de quantos filhos tiver, e os filhos já levam para o asilo e deixam lá e abandonam, então eu entendo que o sintoma que mais prevalece é o abandono” (E4).

“Na parte social para mim eu acredito que seja esse distanciamento dos familiares com o paciente por esse medo de não saber o que fazer, muitas vezes acreditam que estando aqui já está ótimo e que não precisa se preocupar, sendo que a melhor forma de cuidado que ele precisa é do amor da família nesse momento” (E7).

Por outro lado, houve entrevistados que perceberam uma aproximação entre os pacientes e seus familiares:

“No caso do convívio eu penso na família no caso, eu acho que a família se interage mais com a própria doença da pessoa, eu acho que fica mais unido, ainda mais porque o foco seria mais todo mundo tá junto, sofre todo mundo, ou afasta totalmente que é o mais triste” (E1).

“Eu acredito que isso depende da cabeça de cada um, porque cada um tem uma opinião, tem gente que acha que atrapalha, algumas famílias às vezes veem que a gente vai prestar o cuidado e preferem que a gente não fique manipulando o paciente pra deixa-lo tranquilo, às vezes pensam que a gente deve estar judiando do paciente” (E5).

“Eu penso que por esse paciente estar nessa situação todos que tem um certo vínculo com ele sofre também né, os familiares, amigos, e assim eu acredito que essa é uma fase que passa a existir a aproximação, porque as vezes tem muito conflito na família e quando a família descobre que esse paciente está em fase terminal eles buscam a mudança, as pazes e a melhor forma de convívio” (E6).

“Acredito que a parte social muda totalmente, pois essa situação leva as pessoas sentirem muita compaixão e acabam surgindo muitas palavras de apoio, força, fé que tudo pode se resolver, ou até mesmo que se algo não melhorar acreditar que Deus sabe o que é o melhor ajuda a aceitar com menos sofrimento essa situação” (E11).

Alguns perceberam que os pacientes se sentem mal pela situação em que se encontram, achando que estão “dando trabalho”:

“Eu acredito que todos que estão em volta sentem compaixão, respeito, já em relação ao paciente ele sente medo de estar dando trabalho, enquanto a gente tenta agir demonstrando amor e compaixão eles entendem a que nós estamos vendo ele como um coitado” (E8).

“Eu acho que a sociedade como um todo acaba ajudando a prejudicar o psicológico dessa pessoa, tratando ela como uma criança, ou como um incapaz, a sociedade sempre vê um paciente que está em estado terminal como um coitadinho e isso é passado pra o paciente claramente sem querer, e isso acaba levando o paciente a imaginar que ele está pior do que ele estava” (E9).

Enquanto outros perceberam sinais tanto positivos, quanto negativos, aqueles que as famílias apoiam, e aqueles que estão sozinhos:

“Na parte social eu vejo de tudo, tanto aqueles que a família está ali sempre presente, abraçando, cuidando no último momento, se doando pelo seu familiar, comotambém aquele que muita das vezes prefere ficar longe pra não ter que sofrer junto, e eu penso assim não é que eles não se importam, mas preferem apenas ficar apenas com boas lembranças daquela pessoa e de quanto ela foi importante tanto pra ela como pra todos” (E3).

“Eu acho que hoje em dia vai muito da pessoa, porque uma pessoa que tem bastante conhecimento ela sabe lidar bem com a situação, já uma pessoa de pouco conhecimento ela se senti um pouco rejeitada, se tranca dentro de si, e essa pessoa vem a falecer até mais rápido, ele se exclui da sociedade” (E10).

“Eu não pensei sobre isso, de verdade eu não consegui ter esse olhar, então eu não vou conseguir te responder isso. Aqui no meu serviço eu consegui observar que alguns tinham comunicação com a família, eram muito bem cuidados e cercados de carinho sabe, e outros que eu pude observar também que as vezes não estava com ninguém da família mas sempre teve alguém tipo um conhecido, um vizinho, alguém que veio pra ajudar a prestar esse cuidado naquele momento, não percebi nenhum desassistido não” (E12).

Sobre a dimensão espiritual, a maioria dos entrevistados disse que um dos sinais e sintomas mais prevaiente é a fé:

“Eu acho que aquele que tem mais fé fica mais fácil, agora aquele um que não tem fé, que é uma pessoa assim que quando você vê tá sempre reclamando, ai eu acho que é mais difícil, te mais sofrimento a pessoa sofre mais, quando você aceita, quando você tem fé você tá se apegando em uma coisa que você crê então assim é uma força a mais, saber que o seu sofrimento é temporário e que vai passar, aquele é um caminho você tem que passar por aquilo, mas lá na frente você não vai mais ter esse sofrimento” (E1).

“Eu acho que quem tem fé aceita melhor, agora tem aquele que acha que Deus tá cobrando alguma coisa dele, que sempre fala o que eu fiz de errado? Por que Deus tá fazendo isso comigo? Deus não é justo com as pessoas fazendo isso? E é assim eu acredito que tem fé passa por esse momento melhor pelo lado espiritual, aquele já que não acredita acha que Deus tá cobrando alguma coisa dele, fala que Deus é responsável por aquilo mais não é” (E2).

“Na parte espiritual eu penso que quem tem fé acaba se sentindo mais forte para passar por isso, sente que tem alguém que é Deus né que está ali com ele dando forças e confortando essa pessoa de que nada é pra sempre, já quem não tem fé às vezes se preocupa apenas com o que vai ficar, e acaba até mesmo em um estado de depressão, sem esperança de que tem algo melhor depois de todo o sofrimento que ele está passando” (E3).

“Ai eu acho que é muito individual a parte espiritual, religiosa, eu acredito que tem que ser respeitado independente de qual for, e de quem for seja uma pessoa jovem ou uma pessoa idosa, cada um precisa ter o seu espaço” (E4).

“O que pode prevalecer que eu penso é a presença da fé ou a falta dela, porque ou a pessoa se apega muito a Deus pra que aconteça o milagre ou ele se revolta contra pensando o porquê que aconteceu isso comigo” (E5).

“Eu penso que alguns nunca acreditaram em Deus e quando se vê nessa situação tenta se apegar numa força né, e eles passam a acreditar, outros simplesmente se entregam, alguns já eram religiosos e quando passam por essa fase sabem viver da melhor maneira possível com esperança de algo melhor depois de tudo isso” (E6).

“Sempre tem alguns que tem um grau de espiritualidade mais elevado, tem sempre aquele que acredita que vai acontecer o milagre, que acredita que o melhor médico é Deus, e assim a gente respeita muito, só que a gente explica a gravidade do problema conversa com os familiares, mas a gente sempre pergunta se o familiar está disposto a ouvir sobre a gravidade do paciente, sempre é falado com sinceridade, não querendo abalar a fé dessa pessoa, mas já preparando para o que pode acontecer” (E7).

“Como disse muitas vezes a fé é o melhor alicerce para essa pessoa, e ela busca a Deus com tudo que ela tem, para mim acreditar em Deus ajuda sim, mas não podemos acreditar que ele vai fazer só o que a gente quer mas a vontade dele também, para mim pacientes que demonstram não ter fé sofrem mais e acabam descontando seu sofrimento em quem não merece, é difícil” (E11).

“Olha como eu te disse eu observei que o doente ele não demonstra reação de nenhuma forma, nem de alegria, nem de tristeza que ele vai morrer, agora eu pude perceber nos familiares que estão à volta, tipo pessoas com um terço na mão, outros fazendo orações, pessoas que já chamaram pastores, já chamaram padre, mas não com menção do próprio paciente, mas sim dos familiares, mais assim eu vejo persistência de fé mais nos familiares” (E12).

Da mesma forma que alguns perceberam a fé de forma positiva, teve quem percebeu de forma negativa, como se estivesse questionando a existência de Deus:

“Eu acho que a pessoa fica mais resmungona, reclamona, porque abala a fé, e abalando a fé abala todos os conceitos da pessoa porque é onde a pessoa fica destruída e acaba discutindo com Deus, se revoltando contra ele e pensa que ele serviu a ele a vida toda para terminar nessa situação” (E9).

“Eu penso assim, as pessoas muitas vezes não são tão apegadas a Deus, ou não se preocupa, ou não vai atrás, e quando bate uma situação dessas que é caótica acaba querendo se apegar a Deus, de princípio não tem aquela aceitação, mas depois busca ajuda em Deus, e eu penso que não deveria ser assim, para mim Deus é tudo, e deveria fazer parte de tudo na vida não só dos momentos ruins seja a dor e o sofrimento” (E10).

Outros perceberam que a fé deve ser respeitada, independente de qual seja:

“Ai eu acho que é muito individual a parte espiritual, religiosa, eu acredito que tem que ser respeitado independente de qual for, e de quem for seja uma pessoa jovem ou uma pessoa idosa, cada um precisa ter o seu espaço” (E4).

“No espiritual depende de cada pessoa, porque eu já vi casos de pessoas tentarem falar de Deus para eles e acabarem não aceitando talvez porque já tinha sua religião específica e outros porque não tem nenhuma religião, então referente a isso eu prefiro não mexer” (E8).

3. A atuação no atendimento em cuidados paliativos

Todos os entrevistados já realizaram atendimento de cuidados paliativos, para alguns, a experiência boa:

“Eu acho que como a gente tá sempre aqui né acaba sendo rotineiro, mas assim prestar os cuidados em casa, mas assim trabalha fora do hospital nunca tive essa experiência” (E1).

“Já realizei, foi bom pelo conforto que eu ofereci ao paciente, eu sai satisfeita pelo que eu fiz, e também pensei muito "meu Deus porque acontece isso, é uma doença muito triste, grave, é horrível, não só o câncer mas outras também, mas tem pacientes jovens que vão embora por causa de um câncer e é uma judiação e aí você fala porque aconteceu? Mas é a consequência” (E2).

“Já realizei sim, e assim eu me considero uma pessoa muito humana, eu me coloco no lugar de outras pessoas, porque a minha dor não é a do outro então se eu cuidar bem eu vou me sentir muito bem, e muitas vezes as pessoas reconhecem o que

“você faz, agradece muito, eu já cuidei bastante de pessoas assim, e eu sinto que eu saio fortalecida” (E10).

Para outros, se tornou parte da rotina:

“Sim, já realizei esse tipo de cuidado, no começo foi bem difícil, depois de um tempo não é que se torna fácil porque é muito difícil, mas assim a gente vê que a gente tá fazendo nosso máximo pelo paciente e que não tem o que fazer, então a gente tenta oferecer o máximo de conforto pra ele pra amenizar a dor e o sofrimento dele, porém a gente tenta trazer o máximo de conforto pra ele pra família, tem família que é orientada que sabe que não tem o que fazer, e tem família que não aceita” (E3).

“Já sim bastante, sempre tem bastante internação aqui, pra gente é normal, a gente cuida como se fosse um paciente comum e que está precisando de cuidado, fazendo o melhor por ele como para todos” (E4).

E, para a grande maioria, a experiência foi negativa:

“Já sim, já recebemos vários pacientes em cuidados paliativos, pra mim é uma experiência triste porque é ruim vê a pessoa naquela situação e saber que a qualquer momento ela vai partir e isso dá uma tristeza na gente, e as vezes a gente pensa porque que não parti logo de uma vez de tudo isso, e a gente pensa na família sentindo pena do sofrimento deles também que vão sofrer com essa perda” (E5).

“Acredito que para nós profissionais esse tipo de cuidado não é fácil porque muitas das vezes a gente realiza os cuidados imaginando que o paciente vai sair e continuar sua vida como sempre viveu, mas não é assim ali nos cuidados paliativos a gente cuida tendo a certeza de que a qualquer momento esse paciente vai descansar, então sempre vai ser uma experiência triste” (E6).

“Sim, como eu disse surgem bastantes casos aqui na unidade, a experiência para mim como pessoa, ser humano, não é boa, vê que o paciente está naquela situação decadente, mas saber que está em minhas mãos e que eu posso fazer o melhor por esse nesse momento de sofrimento é gratificante” (E7).

“Sim já realizei, eu acho uma situação muito sofrida, eu acho muito difícil cuidar, você vê que cada dia ele está indo e indo mais um pouquinho, às vezes eu penso que não

é justo sofrer assim em um longo prazo porque muitas vezes eles mesmos ficam remoendo seus erros e demoram mais ainda para descansar por ficar preso no que fez, e isso também é prolongar o sofrimento dele” (E8).

“Sim, não é uma experiência boa, creio que pra ninguém é um paciente que você sabe que está prestando a assistência apenas para um alívio e não para resolução do problema, amanhã esses problemas vão surgir de novo como a dor, então eu me sinto desconfortável” (E9).

“Sim, a experiência não é nada boa, mas todas as vezes que realizei e realizo esse cuidado, eu tento me imaginar naquela situação e procuro fazer tudo que for de melhor por essa pessoa, eu faço aquilo que eu gostaria que fizessem por mim” (E11).

“Sim, já realizei e foi bastante doloroso, às vezes na frente do paciente a gente não demonstra as nossas emoções, mas a gente começa a ver essa pessoa debilitada e vê que as funções vitais dela e que os órgãos dela não estão funcionando corretamente, e você vê que a pessoa está debilitada, bastante fraca e você sabe que está pessoa está morrendo na verdade, e muitas vezes você se sente impotente, você vê que não tem muito o que fazer e ao mesmo tempo você se depara com a realidade que é a morte, que é uma outra realidade mas é uma realidade desconhecida porque a gente sabe que existe a morte, mais a gente não sabe como que ela realmente é, quando que ela chega, e pode só imaginar como que é doloroso para aquela, para aquele pai, para aquela vó para aquele filho perder aquele ente querido e saber que nunca mais nada vida você vai vê” (E12).

Sobre a atuação na comunicação com o paciente e a família, um entrevistado partiu para a religião, achando ser a melhor forma de contato:

“Nessa hora eu vou pra parte da religião e falo pra pessoa se apegar em Deus, rezar e tentar mostrar pra ela que Deus é quem sabe o que é melhor, e incentivar que ela se apoie naquilo que você acredita, porque eu acho difícil hoje em dia as pessoas não acreditarem em Deus, cada um pode ter a fé em algo ou qualquer coisa que ajude na espiritualidade e na fé, e daí você pensa foi a óbito e descansou com Deus” (E5).

A maioria percebeu necessidade de melhoria no que diz respeito à comunicação, e à própria atuação:

“Eu acho que tem que melhorar bastante, eu acho que a gente é muito técnico, e acaba assim sendo. Você acaba deixando de dá certos cuidados importantes por falta de tempo, a rotina é diferente aqui né, aqui a gente pega e passa né, a gente dá o que é básico, e a gente pode melhorar muito e também eu acho que pode ter certas coisas que poderiam nos ajudar” (E1).

“Eu acredito que a gente tem sempre a melhorar, mas sim o contato, o cuidado eu acredito que eu me avalio bem, consigo me comunicar, oferecer o meu melhor, aí tem pessoas que falam ah, tal pessoa não fez isso, aí eu falo a minha parte eu estou fazendo porque eu não sei o dia de amanhã e poderia ser eu mesma numa situação daquela e eu iria querer que fizessem o melhor por mim, então eu procuro dá o meu melhor, e quanto aqui também se tivesse aqui um curso, alguma coisa como, por exemplo, você está fazendo a faculdade e falando sobre cuidados paliativos, chegar aqui e oferecer o como agir no momento ou o que você pode oferecer de melhor seria muito legal” (E2).

“Para mim é um pouco complicado essa situação, porque muitas vezes a gente acaba se expressando de forma errada, dizendo que vai ficar tudo bem e nessa fala você acaba dando esperanças ao paciente e aos familiares, uma esperança assim eu digo da melhora dele e isso não é a verdade, mas querendo ou não eles confiam na gente, então nesse momento eu penso muito no que eu vou dizer, então eu imagino que teria que melhorar nessa parte, mas também acredito que isso é de mim” (E6).

“Para mim é de acordo com a aflição do paciente, se ele procurar a gente claro que vamos oferecer atenção, não dizendo que vamos ficar ali o tempo todo até porque aqui é bem corrido, mas vamos buscar oferecer palavras de conforto, esclarecimentos dentro do que já tem os de conhecimento, porém informamos que o médico está avaliando o caso. Acredito que dentro das minhas limitações eu sempre procuro atender tanto o paciente como a família na parte de comunicação, preciso melhorar bastante sim, sempre precisamos” (E7).

“Eu acho que eu tenho que me adaptar mais, não só eu como toda a equipe, mas cada um tem seu jeito, eu mesma sou mais fechada não demonstro tanta tristeza pela

situação, então quem olha pensa que eu não estou sentindo nada, mas não é que eu não estou sentindo só não consigo demonstrar, sinceramente isso atrapalha a minha comunicação com a família que às vezes precisam apenas de um abraço, mas eu sou assim” (E8).

Enquanto esses entrevistados são mais abertos, tendo maior facilidade para conversar com os pacientes:

“Com o paciente a gente tenta explicar o máximo que o que a gente está fazendo por ele é o melhor pra ele nesse momento, e eles até aceitam e entendem, porém lidar com a família é mais difícil, chega a ser mais difícil do que com a paciente, principalmente por causa da aceitação, parece que nada do que a gente fale vai ser o suficiente pra o fazer ter um pouco de aceitação, porque é uma coisa que não tem jeito, que infelizmente vai acontecer” (E3).

“Eu geralmente, no meu ver como profissional, eu sou uma pessoa bem amiga, mas eu também sou verdadeira, eu gosto deixar o paciente a par de tudo que está acontecendo com, gosto de ser sincera e verdadeira com o que está se passando, por ficar enganando o paciente não é bom para ele, ficar só rodeando faz ele se tornar mais ansioso ainda, então para mim, ser direta, é o melhor e ele merece saber da verdade” (E9).

“Eu me considero uma pessoa bem aberta, converso bastante, sou uma pessoa que pensa muito positivo, e muitas vezes os pacientes ou acompanhantes falarem que eu sou diferente, que eu me comunico e que me faço presente, e isso é muito difícil não são todos que tem atitudes como as minhas” (E10).

Esses procuram escutar mais:

“Busco dá o apoio na minha assistência da melhor forma possível, para demonstrar para a família e para o paciente o quanto ele é importante, independente da situação que ele esteja, não tenho muito jeito com palavras sou bem reservado, mas se precisar converso, e escuto, o desabafo nessas horas é muito importante” (E11).

“Eu particularmente nesses momentos mais críticos, que nem quando a gente vê não só nos cuidados paliativos, como aqueles pacientes que foram a óbito também,

e assim eu tento não falar muito, eu ofereço a pessoa um aperto de mão, às vezes eu ofereço um abraço, às vezes eu digo o quanto eu sinto muito, eu procuro não falar muito porque eu acho que já tá naquele momento de dor e dependendo do que eu falar eu posso fazer com que aquela situação seja mais dolorosa, por eu saber que tenho certa responsabilidade porque a gente é da saúde, então às vezes dependendo do que eu falo pode causar um constrangimento em questão do cuidado, então eu procuro nesse momento oferecer um apoio fraternal” (E12).

Já esse entrevistado prefere deixar essa parte da comunicação para a equipe médica ou para os enfermeiros:

“Essa parte eu prefiro não fazer, não tenho muito jeito ou dom pra conversar sobre isso, acho que isso é responsabilidade do médico, da enfermeira, ele conversam e explicam porque tem muita gente que é difícil de aceitar a situação” (E4).

Quando abordados sobre a atuação no controle de sintomas que pessoas em cuidados paliativos apresentam, e como avaliam sua atuação, a maior parte dos entrevistados percebe a dor como primeiro sinal, e que deve ser tratado quase que imediatamente:

“No caso da dor eu acho que a gente pode ajudar na questão de movimentar o paciente, até de medicação ter mais medicações, acho que um conforto pro paciente, acho que isso já é uma coisa que ajuda bastante, a medicação pra dor, eu acho que também você sempre tá explicando pra família o que pode ser feito, o que pode ser melhorado até pro paciente também fazendo o paciente confiar em você eu acho que fica mais fácil, você mostrar pra ele que o que você está fazendo é o melhor pra ele, que ele vai ficar melhor, até a família aceita com mais facilidade” (E1).

“Primeiracoisa seria procurar uma medicação com o doutor ou com a enfermeira pra tentar amenizar a dor, e um pouquinho de contato ali uma conversa, segurar a mão que às vezes ajuda muito, a gente tinha paciente que chegava aqui chorando de dor imensa, você chegava perto do leito pegava na mão e conversava ele já ia se acalmando, melhorava e passava até um pouco da dor” (E2).

“Procuro primeiramente trabalhar na questão da dor, ver o que está prescrito, se não estiver vou até a enfermeira ou ao médico pra ver o que ele pode prescrever pra pelo

menos aliviar a dor naquele momento. Acredito que tento agir da melhor maneira possível pra não deixar o paciente sofrer, faço tudo que estiver dentro do meu alcance por ele. Acredito que tem muitas coisas a melhorar desde um local adequado para o paciente como para a família, pois estar ali em um quarto com pessoas que aparentemente estão bem melhores, indo de alta e saindo bem, pra ele não deve ser fácil, então um local adequado seria o mais necessário. Porém o tempo que temos também não ajuda pela correria que vivemos pra dar conta de tudo, além dessa situação tão triste” (E3).

“Eu penso assim que quando a pessoa está com dor ou apresentando alguma alteração fisiológica a gente precisa comunicar o médico administrar as medicações necessárias que ele prescrever, atentar para qualquer problema como dispneia e elevar a cabeceira para melhorar o desconforto, sempre estar em comunicação com o médico. Eu avalio minha atuação boa, eu me sinto uma boa profissional” (E5).

“Eu acredito muito que o sintoma que mais surge é a dor, e eu buscaria as medicações de forma rápida, se não estivesse prescrito me comunicaria com a enfermeira para que ela se direcionasse ao médico para que ele prescreva e seja preparada e administrada no paciente, ninguém merece sentir dor em nenhum momento da vida, principalmente nesse” (E6).

“Então, pelo diagnóstico certo a gente sabe o que a doença vai causar no paciente, as alterações fisiológicas vão surgindo como uma dispneia, uma hipoglicemia entre outras, buscamos realizar a assistência, no preparo de medicações que possam amenizar esses sintomas, a avaliação desses sintomas são vistas pelos aparelhos que temos, então acredito que temos o necessário para prestar a assistência na avaliação dos sinais e sintomas” (E7).

“Eu vejo muito a expressão facial, como uma expressão de dor, um gesto de mão, às vezes vejo que a posição que ele se encontra pode estar incomodando o paciente, e se avaliando eu vejo que é dor corro atrás de vê uma medicação, se for a posição, tento mudar o decúbito para melhorar o desconforto, nessa parte eu consigo me manifestar com alguma atitude” (E8).

Esses disseram que fazem a parte que compete a eles, e, caso necessário, pedem ajuda:

“Eu correria atrás de algum médico para me orientar, eu nunca diria ao paciente algum diagnóstico pré-formado nem que esteja no papel porque sobre isso o médico já conversou e já o informou, na minha parte dentro do que me cabe fazer eu posso mudar ele de posição para aliviar de certa forma sua dor, daria atenção, pegaria na mão dele na intenção de fazê-lo sentir alívio e confiança” (E9).

“Eu tentaria proporcionar o melhor atendimento possível que estiver ao meu alcance, e se não estiver ao meu alcance eu vou procurar ajuda ou de um enfermeiro ou de um médico ou às vezes até de um colega que trabalha comigo que pode ter um pouco mais de conhecimento, eu acredito que desempenho bem o meu papel” (E10).

“Tento fazer o meu papel, que é o cuidado pelo paciente, sempre pergunto se está tudo bem ou se o paciente precisa de alguma coisa, e nessa parte a família e o acompanhante ajudam bastante, porque se ele vir que tem algo diferente com o paciente eles solicitam nosso cuidado, seja com uma medicação como uma mudança de decúbito que possa estar favorecendo o conforto do paciente” (E11).

“Eu tento fazer o meu melhor, buscar todos os recursos possíveis que possam estar ao meu alcance pelo paciente, seja uma medicação como uma troca, um banho, prestar a assistência e sentir que fiz o melhor por ele” (E12).

Houve um entrevistado que percebeu a necessidade de ter um local (em seu ambiente de trabalho) adequado para prestar atendimento a esse tipo de paciente:

“Aqui na verdade é uma porta aberta rápida e não é para o paciente permanecer muito tempo, o paciente vem recebe o tratamento analgésico e precisa voltar para sua casa ou é solicitado uma internação para um local adequado para este paciente, dentro desse pequeno período buscamos fazer o melhor para esse paciente, mas acredito que um local adequado para prestar o atendimento a este paciente seria muito importante e útil” (E4).

Quando perguntados sobre a atuação na prestação de apoio à família de pessoa em cuidados paliativos, há quem perceba que essa parte é um pouco falha, havendo falta de tempo:

“Vou pensar aqui né, aqui é bem falho a gente não tem tempo né, pela correria e é muita gente, a gente pode até conversar mais é uma conversa muito rápida, não é aquela conversa esclarecedora, o tempo que você tem não te deixa esclarecer que às vezes eles querem tirar dúvidas sobre o que pode fazer, o que pode deixar de fazer, assim o tempo é muito corrido, eu acho que pra mim a gente teria que ter uma assistência melhor não aqui no ambiente hospitalar mais fora, eu acho que teria que ser outro tipo de atenção, na atenção primária deveria ser abordado bastante isso, eu acho que seria outro tipo de atenção, tudo bem não é na atenção primária, mas assim isso deveria ser outra equipe que pudesse ir na casa só pra isso mesmo e tem paciente que nem precisava estar aqui eu acho que o paciente poderia estar em casa com a família, seria melhor para o paciente melhor pra família, mas parece que não resolve e a família é muito insegura então você quer ajuda e você vai procurar aonde? - No hospital” (E1).

Há aquele que não sabe como agir nesse momento, pedindo auxílio para o enfermeiro:

“Então é isso que comentei, essa parte eu não consigo fazer, um apoio profissional eu consigo oferecer, mas emocional que a família está precisando, mas eu passaria para a enfermeira tomar a atitude correta nesse momento” (E8).

Ou achando que o cuidado oferecido já é suficiente:

“Nessa parte com eu disse antes não sou boa para isso, não tenho afinidade quanto a isso e prefiro não prestar esse tipo de apoio, acredito que para a família já se torna importante o cuidado que eu já ofereço, então pra mim já é o suficiente” (E4).

“Para mim, prestar uma boa assistência, é uma forma de apoio e eles se sentem muito gratos por isso” (E11).

A maioria dos entrevistados percebeu que a atenção deve ser dada tanto à família quanto ao paciente:

“Eu acho que além do doente que precisa dessa atenção a família ali é o principal porque eles precisam ficar ali do lado e depois ainda passar pelo luto e que vai passar pela falta, mas também vai dá um alívio que o sofrimento vai embora e a gente tem

que saber demonstrar os dois lados pra ele, o cuidado de imediato ali e o pós luto também” (E2).

“Bom como eu disse lidar com a família pra mim não é tão fácil, mas sempre que necessário tento dá uma palavra de conforto a eles pra tentar minimizar o sofrimento no qual eles estão passando. Um ambiente adequado para estar conversando com a família seria muito bom, pois o médico teria mais liberdade com a família, assim como nós da equipe” (E3).

“Acredito que a atuação com a família vai muito do diálogo, sentar e conversar tentar saber o que está acontecendo com ele nesse momento, saber se ele está ciente de tudo, se recebeu informações completas sobre o caso do seu familiar, fazer ele sentir a vontade e livre para desabafar também suas angústias” (E5).

“Aqui temos a assistente social porque ela tem todo um formulário sobre tudo o que precisa ser feito, e ela passa para nós o que foi resolvido a respeito de algum lugar que o paciente vai ser internado, se vai para casa, então podemos conduzir as informações a família de acordo com a fala dela, esclarecer todas as dúvidas e poder estar prestando o apoio necessário seja durante uma transferência para outro local, como a continuação dos cuidados em casa” (E7).

“Eu converso bastante, eu oriento sobre tudo que é necessário fazer pelo paciente da maneira mais fácil e uma técnica mais correta, eu tento passar o meu conhecimento para se seja mais fácil a adaptação dele para que eles possam oferecer conforto ao paciente em casa” (E9).

“Como eu disse eu busco não ficar rodeando, procuro respeitar o espaço e o sentimento deles naquele momento, mais quando necessário ofereço uma palavra de apoio um gesto de empatia, como dá um abraço, pegar na mão e mostrar que eu não posso sentir o que essa pessoa está sentindo mais no que ela precisar pode contar comigo ali” (E12).

Entretanto, alguns entrevistados procuram ajuda em Deus e repassam isso aos pacientes:

“Como eu disse antes né, busco dá o apoio tanto nos cuidados, quanto no emocional, mas claro que sem dá esperanças que não existem, acredito que às vezes uma

palavra de Deus ajuda, um abraço, um aperto de mão, isso já faz uma grande diferença na vida deles” (E6).

“Como eu já te disse, eu sou uma pessoa muito apegada a Deus e eu acho que tudo tem um propósito na vida, então eu tentaria passar para a família entender que o sofrimento não é o melhor para esse paciente no momento, às vezes até o paciente não quer vê a família dele sofrendo nesse momento, às vezes até mesmo ele quer descansar, mas a família é um pouco egoísta para si, o desapego nessa parte é difícil” (E10).

Sobre o trabalho em equipe multidisciplinar e a sua avaliação sobre o assunto, todos os entrevistados disseram que sabem atuar de forma positiva em equipe, que há respeito, e a comunicação entre os membros da equipe é fácil:

“Eu acho que assim, bom eu me vejo querendo ou não falha, eu acho que a gente pode fazer mais. Aqui nos somos em nove então você tem que acabar respeitando todo mundo né cada um tem a sua forma de trabalhar e se você se der bem com todo mundo melhor, mas respeito acima de tudo” (E1).

“Eu avalio bem, mas sempre procurando aprender mais né, eu tento sempre dá o meu melhor sempre, procurando melhorar cada dia melhor” (E2).

“Acredito que temos uma equipe muito boa, tanto os médicos como os enfermeiros e técnicos, conseguimos trabalhar de uma forma bem legal, nos damos bem como equipe, não tenho o que reclamar” (E3).

“Eu não tenho problemas com isso, melhorar eu acredito que a gente sempre precisa, mas não tenho problemas com a equipe, com os médicos, não tenho receio de falar com eles de alguma coisa que eu precise, falo diretamente, não vejo nenhuma dificuldade nisso não” (E4).

“Eu acho que aqui nós sabemos trabalhar bem em equipe, o relacionamento entre os técnicos, auxiliares e os médicos e com a copa, eu acredito que não tenha nada que precise melhorar no momento, temos liberdade com todos e nos sentimos muito como uma equipe” (E5).

“Eu gosto da equipe que trabalho, tenho respeito por todos, faço meu trabalho assim como todos buscando o melhor pelos pacientes, conseguimos trabalhar em sintonia,

em contato um com o outro desde nosso colega técnico, enfermeira, como também o médico, essa parte para mim está ótima e sabemos que precisamos melhorar sempre” (E6).

“Eu acho que eu faço meu trabalho bem, busco me interessar, busco ter esse contato direto com a equipe, com os médicos com a enfermeira, porque sabemos que não trabalhamos sozinhos, precisamos um do outro, trabalhamos com respeito sempre buscando o melhor pelo paciente” (E7).

“Eu gosto de tudo, nessa parte eu sou uma pessoa bastante comunicativa, brincalhona, tenho um desenvolvimento melhor com o paciente e com o acompanhante junto com a equipe, não vejo dificuldade de comunicação em nenhum momento” (E8).

“Eu realizo os cuidados necessários, nas medicações de horário, qualquer queixa que o paciente relata para mim eu passo para o médico, para a minha enfermeira que é minha superior, sinto que tenho essa liberdade de me comunicar sem medo, mas com bastante segurança” (E9).

“Eu acredito que faço a minha parte que é o que cabe a mim, o que não for eu passo para outras pessoas, porque aqui a gente tem uma hierarquia, mas assim o que compete a mim eu procuro desempenhar bem” (E10).

“Gosto do local onde trabalho, gosto da equipe, tenho liberdade e respeito por todos até mesmo com os médicos, sei que quando se trata do paciente eles vão me ouvir e também vão procurar a melhor forma de cuidado para ele” (E11).

“Olha, eu trabalho numa equipe de várias pessoas, existem as funções do médico, do enfermeiro do técnico, do auxiliar, da assistente social, da moça da copa e eu particularmente procuro respeitar cada um dentro das suas funções, trabalhar em equipe sempre tem uma crítica ou outra que um ou outro faz, sempre tem um conflito ou outro, mas nada que seja dificultador, porque são conflitos que surgem, mas se resolvem, então eu particularmente não tenho tanta dificuldade” (E12).

Em sua opinião, quais os fatores que facilitam o atendimento em cuidados paliativos?

Aqui você tem uma facilidade melhor de conversar com o médico, o médico tem uma facilidade pra conversar com a família, qualquer coisa eles estão entrando na sala

conversando, mas eu acho que aqui não é o lugar adequado pra se tá conversando com a família porque demanda tempo, tem gente que é mais difícil de entender (E1).

Eu acredito que medicação sempre e é o que tem sempre (E2).

Pra mim o que facilita é ter o médico aqui sempre pra tirar nossas dúvidas, pra estar conversando com a família tirando as dúvidas deles também, graças a Deus medicações pra ele tipo de atendimento sempre tem, analgésicos que é o principal no que se diz respeito ao alívio da dor (E3).

Pra mim o que facilita é a união da equipe para prestar uma boa assistência, quando temos uma boa comunicação o trabalho fica ótimo (E4).

Pra mim facilita porque temos o quarto de isolamento e lá o paciente vai poder ficar com a família dele, e isso é uma parte que facilita pra ele, para o conforto dele, eu penso que é melhor do que ficar na observação porque tem muita gente ao redor (E5).

Não sei dizer o que facilitam, para mim esse lugar não é indicado para esses tipos de pacientes (E6).

A informação, estar sempre atento a tudo que está acontecendo, e facilita em ter os recursos para atuar corretamente diante dos problemas (E7).

Dentro daquilo que eu conheço tem medicações, tem cuidado, então eu não vejo falha, e tudo depende também do contato que a família tem com o médico, ele decide junto com o médico o que é melhor para o paciente se é investir mesmo assim ou apenas deixar descansando em uso de medicações, então isso vai também da família (E8).

O que facilita é que no meu ver os meus colegas são bem unidos, então um ajuda o outro nos cuidados, facilita também a presença de um acompanhante porque trás mais conforto para o paciente, as medicações de alívio que graças a Deus sempre tem (E9).

Em relação ao que facilita é a medicação, a equipe porque tudo que pode ser feito pelo paciente é feito (E10).

O fato de ter uma equipe que se ajuda facilita bastante, a disponibilidade das medicações também (E11).

Acredito que as medicações são o que facilitam porque aqui trabalhamos com medicações padronizadas como Tramal e outras que são as que mais usam, existem os protocolos, então é isso (E12).

E quais os fatores que dificultam esse atendimento?

Dificulta porque aqui é um pronto atendimento né então não seria um local adequado, em questão de infraestrutura, a gente não tem um leito que tem biombo pra tá trocando, tem que puxar biombo, a família nunca vê a gente pedi licença pra sair pra fora, a família também eles acham que porque tá aqui então pensam que é só a enfermagem que cuida e não é bem assim, imagina é teu pai e você tem que tá junto (E1).

Eu acredito que o que dificulta é o local, poderia ter um local melhor pra esses pacientes, porque ou ela está no meio de um conjunto todo que é na observação, ou no isolamento que é um lugar quente que é ruim pra eles ficarem, e as vezes a pessoa já está ruim e ainda ficar nesse local fechado é pior, então o local poderia dá uma melhorada (E2).

Como citei antes, acredito que o que acaba dificultando é o local, pois não oferece a estes pacientes um ambiente calmo e tranquilo que seria necessário diante deste momento que estão vivendo, um local adequado seria muito importante e necessário (E3).

O que dificulta é a falta de materiais, de funcionários, acaba limitando a assistência correta, como a mudança de decúbito nos horários necessários (E4).

O que dificulta é o fato de não ter onde colocar esses pacientes, deveria ter um lugar específico que não seja aqui e que tenha uma estrutura adequada para recebê-los e aqui não seria um local adequado pra isso (E5).

O que dificulta é o local porque pra mim esses pacientes deveriam estar em um lugar que fosse tranquilo, sem muito barulho, sem muita gente, apenas ele e os familiares em um quarto específico, o tempo também não ajuda poia muitas vezes temos que correr para atender todos e também a quantidade de funcionários também dificulta uma melhor forma de cuidado (E6).

Eu acho que nenhum fator dificulta, porque sempre damos um jeito, nos adaptamos, procuramos recursos para que todos os atendimentos sejam realizado, quando você quer trabalhar nada te impedi (E7).

Tem dias que está sobrecarregado no setor, porque às vezes não é só um cuidado paliativo, são muitos e muitos acamados, então a falta de funcionários pra mais pessoas nessa situação é mais difícil, se tivesse mais funcionários seria um atendimento mais humanizado (E8).

O que dificulta é a nossa correria diária no atendimento dos paciente, porque na maioria das vezes a o tempo é bem curto e são muitas internações, , os nossos leitos porque não temos o suficiente, as nossas cadeiras de rodas são ruins dificultando o transporte do paciente, na minha opinião é isso (E9).

O que dificulta são os pacientes assim ficarem na observação porque lá geralmente lota de pacientes e a assistência não é realizada da maneira que deveria, pela correia e falta de tempo, já quando eles ficam na sala de urgência podem ser melhor observados, os cuidados são feitos da melhor forma, os pacientes também ficam monitorados, então acredito que um lugar adequado faz a diferença (E10).

No caso dos fatores que dificultam é a falta de materiais, espaço físico, mais profissionais porque dai você conseguiria executar a assistência com mais cuidado, com mais tempo, eu acredito que se tivesse isso facilitaria sim (E11).

5. DISCUSSÃO

A formação em cuidados paliativos, conforme os resultados obtidos nas entrevistas, é deficitária. A grande maioria 11 (91,7%) afirmaram que a temática de cuidados paliativos não foi abordada em sua formação.

Essa realidade é semelhante a encontrada na Unidade de Internação Clínica de um Hospital de média complexidade localizado na região metropolitana de Porto Alegre/RS onde os profissionais afirmam que é o conteúdo abordado durante a formação, não acrescenta conhecimento considerável que sejam voltados às verdadeiras necessidades do paciente que se encontra em cuidado paliativo. Com isso a assistência oferecida acaba por ser baseada apenas em experiências vivenciadas no dia a dia da rotina da unidade. (GUIMARÃES; GASPAR, 2013).

Essa realidade também é encontrada nas Unidades de Internação e Ambulatório Hospitalar de quimioterapia, em duas capitais do Sul do País onde os profissionais entrevistados relatam uma certa falha na formação profissional e na educação permanente, que acaba impossibilitando o desenvolvimento desta habilidade com êxito. (LUZ et al., 2016).

Quanto a participação em eventos/seminários/congressos/simpósios/cursos na temática dos cuidados paliativos foi escassa.

No que se diz respeito a formação profissional na temática de cuidados paliativos, deve-se estimular, cada vez mais, o ensino teórico e prático dos CP nas grades curriculares dos cursos técnicos e de graduação da área da saúde, e incentivar pesquisas que visem o aprimoramento desta formação. Somente assim, conseguiremos garantir, aos pacientes em final de vida e a seus familiares, que o processo de morrer ocorra com todo o conforto e dignidade a que eles têm direito (COSTA; et al, 2016).

Em estudo de Markus et al. (2017) os mesmos ressaltam a necessidade de maior número de publicações sobre cuidados paliativos, a fim de que a comunidade acadêmica amplie seus conhecimentos, visto a importância da presença do enfermeiro e de profissionais especializados na área. Desta forma, novos estudos se fazem necessários, como treinamentos por parte dos serviços de saúde, buscando uma melhoria no sistema desses cuidados

Em relação ao conhecimento em cuidados paliativos, os resultados obtidos nas entrevistas são considerados significativos. A grande maioria 11 (91,7%) afirmou que esse tipo de cuidado consiste em oferecer o alívio da dor e do sofrimento ao paciente que se encontra no estado terminal de vida garantindo ao mesmo conforto e dignidade. Contudo, um entrevistado 1(8,3%) considera esse tipo de assistência como um cuidado qualquer.

Entretanto esta realidade é totalmente contrária a um Hospital do Interior de Pernambuco/PE que mostrou através de uma pesquisa um conhecimento insatisfatório da parte dos profissionais de enfermagem relacionado ao tema de cuidados paliativos (SANTIAGO; et al, 2017).

Esta realidade também é existente na Unidade Oncológica de um Hospital geral, de caráter público no município de Vitória da Conquista/BA onde os resultados da pesquisa possibilitam observar que os profissionais precisam de mais conhecimentos sobre o paciente de cuidados paliativos em estado terminal, assim como um preparo científico e prático (GUIMARÃES; NUNES, 2016).

Em relação ao conceito de cuidados paliativos, dentro do que a Organização Mundial da Saúde define, apenas 1(8,3%) entre os profissionais entrevistados pode afirmar que já realizou a busca neste site e pode confirmar a existência desse conceito, enquanto que 11(91,7%) dos entrevistados relataram não ter contato com este site ou já ter visto algum conceito sobre este tema.

O conceito atual da OMS amplia o horizonte de ação dos cuidados paliativos, podendo ser adaptado às realidades locais, aos recursos disponíveis e ao perfil epidemiológico dos grupos a serem atendidos: Cuidados Paliativos são uma abordagem para melhoria da qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentem uma doença ameaçadora da vida, através da prevenção e do alívio do sofrimento, através da identificação precoce e impecável avaliação e tratamento da dor e outros problemas, físicos, psicossociais e espirituais. (GOMES; OTHERO, 2016)

Na realidade do Hospital das Clínicas de Porto Alegre/RS que é uma unidade de internação voltada a pacientes que necessitam de cuidados paliativos onde diante da organização de um núcleo estabelece essas internações admiravelmente, e para eles o conceito de Cuidados Paliativos realmente é importante vindo da definição dada pela OMS sabendo que os cuidados paliativos são preconizados por organismos internacionais, como

Organização Mundial da Saúde (OMS) e a United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), resultando na estruturação de uma rede de atenção a saúde que é incipiente em nosso país, especialmente pelas classes menos favorecidas economicamente (KRUSE; et al, 2007).

No que se diz respeito a importância dos cuidados paliativos, todos os entrevistados 12 (100%) declararam não somente ser de extrema importância, como muitas das vezes indispensável, no cuidado com o paciente em seus últimos momentos de vida.

Os cuidados paliativos são sim muito importantes para a assistência aos pacientes paliativos, são formas de demonstrar tanto para o paciente como para a família que ele como todo ser humano merece dignidade desde o início até o fim de sua vida.

Esta realidade tem sido presente no Hospital Escola no Rio Grande do Sul seus profissionais tem o conhecimento de que as necessidades dos pacientes devem ser atendidas, e o cuidado deve ser integral, e é consideravelmente primordial não somente para toda a equipe de saúde como para os pacientes, e que todos devem resgatar um a relação interpessoal empática, sendo fundamental ouvir e tornar-se sensível às necessidades dos pacientes pois estes pacientes esperam que a relação com os profissionais da saúde seja alicerçada por compaixão, respeito e empatia, de modo a auxiliá-los no processo de morte, valorizando a sua experiência. (CARDOSO et al, 2013).

Franco et al (2017) concluem que a Enfermagem possui o papel de importante profissional responsável por humanizar a assistência, pois como enfermeiro, sua visão deve estar atenta as reais necessidades que o paciente apresenta, podendo identificá-las rapidamente, seja de forma verbal, ou não verbal, e suprimindo-as da melhor maneira possível, e quando não lhe couber, tendo voz e auxílio de uma equipe multiprofissional. Porém para que isto aconteça, é necessário que o profissional entenda o motivo de se executar Cuidados Paliativos, bem como os seus princípios, que são aquilo que os diferencia de uma assistência comum, intervencionista, curativa.

Com relação ao fato dos cuidados paliativos ajudarem ou atrapalharem, todos os participantes 12(100%) afirmaram que ajudam:

Acredito que de fato sim ajudam e muito, tanto o paciente como os familiares que estão presentes neste momento de dificuldade e sofrimento.

Voltado a esta indagação vemos a realidade na Unidade hospitalar de cuidados paliativos no município de São Paulo/SP, onde os profissionais reconhecem que todos os seres

humanos têm o direito de cuidar-se e de serem cuidados. Ainda afirmam que este trabalho é uma experiência única, um campo de trabalho que enriquece a cada dia. “É um trabalho difícil, mas que dá ânimo para levantar todo dia de manhã. Trabalhar em cuidados paliativos representa realização, prazer, atuação. É o que me representa como um bom profissional” (SILVEIRA; et al, 2014).

Conforme Freitas e Pereira (2013), os cuidados paliativos podem e devem ser oferecidos concomitantemente aos cuidados curativos, pois não são excludentes para a prevenção e tratamento do sofrimento do paciente e seus familiares. Portanto, é errônea a suposição de que “não há mais nada a se fazer” pelo paciente sem possibilidades de cura: enquanto houver vida, sempre existirá a necessidade do cuidado de enfermagem. Enquanto existe vida, há muito que se fazer para a pessoa transpor os últimos dias de sua existência sem sofrimento. Resultando assim num posicionamento totalmente positivo quanto aos cuidados paliativos.

Na dimensão biológica, quando indagados sobre os sinais e sintomas mais prevalentes em cuidados paliativos, a grande maioria citou a dor como a principal queixa.

Acredito sim que a dor é um sintoma bem presente nestes tipos de pacientes e que ela deve ser observada e amenizada, pois isso garante conforto ao paciente.

Esta realidade também é defendida pelas profissionais do Hospital e Maternidade Celso Pierro em Campinas/Sp onde as profissionais relatam que podem observar que os cuidados paliativos são aqueles que amenizam a dor e proporcionam conforto ao paciente em fase terminal da vida. (FREITAS, PEREIRA, 2013).

Também é uma realidade encontrada em uma unidade Clínica de Internação de um Hospital de ensino no Sul do Brasil onde os profissionais afirmam que o tratamento da dor também pode evitar náuseas. É aquele cuidado que não vai reverter o quadro, não vai prolongar a vida, mas que vai dar conforto para esse paciente como para sua família. (CARDOSO et al, 2013).

Já dimensão psicológica, quando indagados sobre os sinais e sintomas mais prevalentes em cuidados paliativos, a grande maioria 9(75%) citou a depressão como principal sintoma.

Acredito que a depressão tem sido sim algo presente, pois de certa forma estes pacientes têm um conhecimento sobre esse momento, e seja um jovem ou um idoso se sentirá momentos de tristeza, angústia e desesperança.

A depressão acarreta diminuição da qualidade de vida e amplificação da dor, o sofrimento psicossocial é reconhecido como uma fonte de mal-estar nos doentes terminais. A depressão em pacientes de cuidados paliativos diminui conseqüentemente a aceitação terapêutica, levando-o ao desejo da antecipação da morte. (JULIÃO; BARBOSA, 2011).

Franco (2005) defende que, apesar da depressão ser um problema frequente, não deve ser considerada como uma parte necessária ou normal do processo de morrer, mas sim uma condição clínica tratável.

Sobre a dimensão social, quando indagados sobre os sinais e sintomas mais prevalentes em cuidados paliativos, alguns entrevistados 3(25%) citaram o abandono. Por outro lado, houve entrevistados 4(33,3%) que perceberam uma aproximação entre os pacientes e seus familiares.

Mesmo sendo uma fase tão difícil, o abandono realmente é presente nos cuidados paliativos, neste momento em que os pacientes mais necessitam de contato com sua família e amigos. Mas também há muitos que familiares que acompanham este momento até o fim.

No entanto esta realidade também é vista de outra forma, pois o Manual de Cuidados Paliativos ser importante ressaltar que nesta perspectiva não consideram obrigatória a presença da família ou do cuidador em todas as intervenções; em algumas situações o paciente, apesar do diagnóstico de doença incurável e já em atenção paliativa, ainda se mantém autônomo e comparece às primeiras consultas, desacompanhado. (CARVALHO et al, 2012).

Em situações de crise – como no caso de adoecimento e fim da vida –, são esperadas mudanças na organização familiar e, conseqüentemente, nos papéis desempenhados pelos familiares, o que justifica a inclusão dessas pessoas na assistência prestada pelas equipes de cuidados paliativos. Essas equipes podem ajudar tanto doentes quanto familiares a enfrentar e a aceitar a situação de fim da vida por meio de cuidado que minimize o sofrimento físico, psicossocial e espiritual (ESPÍNDOLA; et al, 2018).

Sobre a dimensão espiritual, a maioria dos entrevistados disse que um dos sinais e sintomas mais prevalentes é a fé.

Conforme Selli e Alves (2007), é necessário considerar a pessoa como ser holístico para se entender a espiritualidade como um aspecto importante no processo terapêutico e essencial para o bem-estar. O profissional de saúde pode ajudar o paciente ouvindo-o,

estando atento às suas emoções e aos seus sentimentos. Muitas vezes, isso é mais importante que qualquer terapêutica.

Já na pesquisa de Arrieira e colaboradores (2018), os profissionais da saúde mencionaram que, por meio da espiritualidade, é possível oferecer conforto aos pacientes. Também foram relatadas no depoimento a relevância e a força do pensamento positivo num exercício de transcendência, ou seja, de buscar algo fora de si, que, segundo os participantes, traz resultados benéficos.

Com relação a atuação no atendimento em cuidados paliativos todos os entrevistados já realizaram atendimento de cuidados paliativos, para alguns, a experiência foi boa, para outros se tornou rotina mas, para a maioria a experiência foi negativa.

Assim como demonstra a pesquisa de Silveira e colaboradores (2016) onde eles citam que o ambiente de trabalho dos profissionais de enfermagem os submete a inúmeras situações estressantes que podem estar relacionadas à atividade laboral, como também à processos psicológicos e físicos do próprio indivíduo. Essa situação limita a atuação e a concepção do profissional no momento do processo de morte e morrer.

Corroborando com os autores anteriores e com a maioria das entrevistas da presente pesquisa Santana e colaboradores (2009) concluímos que com relação ao preparo dos profissionais em lidar com a morte, percebemos que a grande maioria tem dificuldades e não encontram um suporte adequado no ambiente de trabalho. Muitas vezes precisam utilizar de suas próprias experiências para acompanhar melhor o processo de finitude, ou seja acabam definindo os cuidados paliativos como uma experiência negativa.

Sobre a atuação na comunicação com o paciente e a família, um entrevistado partiu para a religião, achando ser a melhor forma de contato, porém maioria percebeu necessidade de melhoria no que diz respeito à comunicação, e à própria atuação.

Em sua pesquisa Barbosa e Silva (2007) identificaram que o enfermeiro considera a comunicação como um instrumento indispensável ao desempenho profissional, fazendo com que a informação chegue ao seu destino de forma clara evitando possíveis dúvidas, tanto no que se refere à equipe multiprofissional quanto ao paciente; garantindo assim a segurança em todos os processos da assistência.

Conforme a pesquisa de Rezende e colaboradores (2014) a comunicação se revela essencial na assistência de enfermagem, uma vez que, quando desenvolvida de forma adequada, minimiza esses sentimentos. Como observado nos depoimentos, os familiares

têm como principais necessidades: receber informações sobre o estado de saúde de seu parente e ser bem acolhido de forma digna e humanizada.

Quando abordados sobre a atuação no controle de sintomas que pessoas em cuidados paliativos apresentam, e como avaliam sua atuação, a maior parte dos entrevistados percebe a dor como primeiro sinal, e que deve ser tratado quase que imediatamente.

Conforme estudo de Sampaio, Motta e Caldas (2019) a ação de uma equipe de cuidados paliativos treinada leva ao melhor controle de sintomas e qualidade de vida dos pacientes.

O Instituto Nacional do Câncer (2000) cita que a terapêutica paliativa deve ser voltada ao controle sintomático e preservação da qualidade de vida para o paciente, sem função curativa, de prolongamento ou de abreviação da sobrevida, expondo assim, a importância do controle da dor em pacientes terminais.

Quando perguntados sobre a atuação na prestação de apoio à família de pessoa em cuidados paliativos, a maioria dos entrevistados percebeu que a atenção deve ser dada tanto à família quanto ao paciente.

O apoio e cuidados com os sentimentos da família, da equipe de saúde, e, em especial, com a equipe de psicólogos, que atuam no hospital, vêm sendo foco de atuação dos profissionais preocupados com a “qualidade de morte”, assim como com a qualidade de trabalho de equipe e apoio a famílias que se encontram nesta difícil e inexorável situação existencial, nesta pesquisa de Oliveira e colaboradores (2005) aponta a necessidade de intervenção psicológica para com os pacientes e seus familiares envolvendo ainda todos da equipe interdisciplinar que muitas vezes não sabem lidar com a perda de seus pacientes.

De acordo com Trindade e colaboradores (2006) os familiares merecem um cuidado especial, desde o instante da comunicação do diagnóstico, uma vez que esse momento tem um enorme impacto sobre eles, que vêem seu mundo desabar após a descoberta de que uma doença potencialmente fatal atingiu um dos seus membros.

Sobre o trabalho em equipe multidisciplinar e a sua avaliação sobre o assunto, todos os entrevistados disseram que sabem atuar de forma positiva em equipe, que há respeito, e a comunicação entre os membros da equipe é fácil.

Mais uma vez é frizado o cuidado com a saúde mental de todos da equipe multidisciplinar que atua nos cuidados paliativos, como demonstra a pesquisa de Silveira, Ciampone e

Gutierrez (2014) onde os mesmos citam que para que essa equipe interprofissional consiga desenvolver seu trabalho com sucesso, tornase imprescindível que a saúde mental de cada integrante seja mantida e aprimorada, uma vez que implica enorme ganho para os próprios profissionais envolvidos com os cuidados do indivíduo no fim da vida, e também para a qualidade desses cuidados oferecidos ao paciente e à família.

Conforme Carvalho (2006) a sensibilidade da equipe multiprofissional demonstra a humanização no processo de cuidar e a importância da integralidade do cuidado, ou seja, corrobora com os preceitos dos entrevistados dessa pesquisa, onde os mesmos citam que a comunicação e o trabalho envolvendo toda a equipe deve ser sempre positivo, visando o bem estar de todos.

Quando indagados quanto quais os fatores que facilitam o atendimento em cuidados paliativos, alguns dos entrevistados citam a medicação que o paciente toma, outros a comunicação com a equipe médica e de enfermagem, e a maioria o bom entrosamento entre a equipe multidisciplinar.

O trabalho de cada profissional dentro da equipe multiprofissional é aprendido como um conjunto de atribuições, atividades ou tarefas. Mas uma vez que existem profissionais de diferentes áreas, que atuam juntos – cada um com um conhecimento específico (ZOMBINI; et al, 2012).

A satisfação no trabalho está diretamente relacionada ao estado emocional e prazeroso, ou seja, o resultado das experiências no ambiente profissional, quando positivo, satisfaz o trabalhador, tais resultados enquadram-se à pesquisa de Silva (2012) que corrobora com o presente trabalho no sentido de fatores que facilitam o atendimento em cuidados paliativos.

Posteriormente foram indagados quanto quais os fatores que dificultam o atendimento em cuidados paliativos e todos os entrevistados citaram o local onde os pacientes estão como agente dificultador para os cuidados paliativos, pois são expostos muitas vezes à muitas pessoas e barulhos.

De acordo com a pesquisa de Oliveira, Maranhão e Barroso (2017) os resultados permitiram identificar a necessidade de estimular os profissionais a pesquisarem a respeito dessa temática, tornando-se necessário aos profissionais serem mais ativos na produção de conhecimento e de bases científicas para uma atuação mais efetiva diante dos paciente e familiares que necessitam de cuidado diante da progressão da doença e aproximação da morte. Onde conforme exposto na presente pesquisa, também mostrou-se evidente o que

pó de acaretar a dificuldade quando a adaptação à diferentes locais em que os pacientes estejam alojados.

Como não foram encontradas publicações que corroboravam com os resultados dessa pergunta em especial, a presente discussão se encerrará com a citação de Braga (2013) onde o mesmo sugere futuras pesquisas sobre os desafios que as equipes multiprofissionais de cuidados paliativos enfrentam no seu dia a dia, assim como são necessárias pesquisas sobre o cuidado paliativo em diferentes etapas do desenvolvimento, uma vez que o óbito ainda representa uma vivência bastante estressante para os profissionais de saúde, podendo ser intensificado dependendo das características sociodemográficas dos pacientes.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A coleta dos dados ocorreu em dias e horários previamente comunicados, onde houve concordância com a direção da instituição, de forma a possibilitar local adequado e privativo para abordagem aos possíveis participantes.

Na abordagem aos integrantes da equipe de Enfermagem, houve o convite onde atenciosamente concordaram com a participação e explicação da temática do estudo e objetivos do mesmo, foi solicitado autorização para utilização de gravador de voz durante a entrevista. Após o entendimento por parte dos mesmos, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE I), que foi lido e assinado em duas vias pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador, entregando uma via para cada um.

O presente estudo possibilitou compreender a dificuldade que os profissionais de enfermagem encontram diante da temática de cuidados paliativos. Alguns profissionais mostraram certa falta de conhecimento tanto teórico quanto prático sobre a assistência necessária para esse tipo de cuidado. Além da falta de conhecimento por parte de alguns; outros apresentaram uma forte sensibilidade em relação a temática. Apesar de saber que a morte se faz presente no dia-a-dia desses profissionais de enfermagem, muitos não se consideram preparados para este momento. Também pode ser observado que os profissionais que possuem um período maior de experiência se mostraram mais equilibrados diante desses momentos.

Quando se fala do contexto de cuidados paliativos em alguns artigos pode-se observar como os autores acabam referindo sobre esses cuidados serem belos no meio profissional, no entanto poucos argumentam sobre as dificuldades que estes profissionais podem encontrar, profissionais que atuam e que futuramente vão atuar diretamente nesse processo de cuidado. O presente estudo foi de grande relevância, não só por se tratar desta temática que é bem atual e que sempre gera indagações, mas foi também uma ótima oportunidade conhecer as reações e sentimentos que esses profissionais vivenciam nesse universo de cuidados paliativos. Acredito que sempre há uma forma de melhorar esse tipo de assistência

7. REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, SILVA. *A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo*. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, vol.41 no4 São Paulo Eec. 2007.
- ARRIEIRA, I, C, O; et al. Espiritualidade nos cuidados paliativos: experiência vivida de uma equipe interdisciplinar. **Rev Esc Enferm USP**, v. 52, n. 1, p. 1-8, 2018.
- BARBOSA, I.A; Silva, M.J.P. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Rev Bras Enferm**, v. 60, n. 5, p. 546-551, 2007.
- BRAGA, F.C. Cuidados paliativos: o desafio das equipes de saúde. **Psicologia USP, São Paulo**, v. 24, n. 3, p.413-429, 2013.
- CAPELAS, Manuel Luís. *Cuidados paliativos: o que é importante saber*. Disponível em <https://www.researchgate.net/publication/305659147_Cuidados_Paliativos_O_que_e_importante_saber> Acesso em: 17 Mar. 2019.
- CARDOSO, D. H; et al. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. *Texto Contexto Enferm*, v. 22, n. 4, p. 1134-1141, 2013.
- CARVALHO, V. A. **Cuidados com o cuidador**. In: Pessini L, Bertachini L, organizadores. *Humanização e cuidados paliativos*. 3. ed. São Paulo: Loyola; 2006.
- CARVALHO; et al. *Manual de cuidados paliativos*. Disponível em: <<https://www.biblioteca.cofen.gov.br>> Acesso em: 24 Mar. 2019.
- CREMESP. *Cuidados Paliativos. Caderno Cremesp*. Disponível em: <<https://edisciplinas.usp.br/>> . Acesso em : 30 de Jul. de 2019.
- DANTAS, et al. *A Experiência do Adoecer: Os Cuidados Paliativos diante da Impossibilidade da Cura*. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50nspe/pt_0080-6234-reeusp-50-esp-0047.pdf> Acesso em: 15 de Setembro de 2019.
- ESPÍNDOLA, A .V; et al. Relações familiares no contexto dos cuidados paliativos. **Rev. bioét.**, v. 26, n. 3, p. 371-377, 2018.
- FRANCO, H. C. P; et al. Papel da enfermagem na equipe de cuidados paliativos: a humanização no processo da morte e morrer. **Revista Gestão & Saúde**, v. 17, n. 2, p.48-61, 2017.
- FRANCO, M. H. P. **Nada sobre mim sem mim**: estudos sobre a vida e morte. Campinas: Editora Livro Pleno, 2005.
- FREITAS, N. O; PEREIRA, M. V. G. Percepção dos enfermeiros sobre cuidados paliativos e o manejo da dor na UTI. **O Mundo da Saúde**, v. 7, n. 4, p. 450-457, 2013.

- GOMES, A. L. Z; OTHERO, M. B. Cuidados Paliativos. **Estudos Avançados**, v. 30, n. 88, p. 155-166, 2016.
- GUIMARÃES, R. B; NUNES, J. S.S. Conhecimento do profissional de enfermagem sobre cuidados paliativos em pacientes oncológicos. **Revista Interscientia**, v. 4, n. 1, p. 31-36, 2016.
- GUIMARÃES, R. S.; GASPAR, A. A. C. S. O conhecimento da enfermagem relativo ao cuidado à pacientes elegíveis para cuidados paliativos. **Journal of the Health Sciences Institute**, v. 31, n. 3, p. 274-278, 2013.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Normas e condutas da CCIH/HCI/INCA**. 2000.
- JULIÃO, M; BARBOSA, A. Depressão em Cuidados Paliativos: Prevalência e Avaliação. **Acta Med Port**, v, 24, n. 4, p. 807-818, 2011.
- KRUSE, M. H. L; et al. Cuidados Paliativos: Uma experiência. *Rev HCPA*, v. 27, n. 2, p. 50-52, 2007.
- KRUSE; et al. *Cuidados Paliativos: Uma experiência*. **Revista HCPA**. Porto Alegre. Vol. 27, n. 2, p. 49-52, 2007.
- LUZ, K. R; et al. Estratégias de enfrentamento por enfermeiros da oncologia na alta complexidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 1, p. 67-71, 2016.
- MARKUS, L. A; et al. A atuação do enfermeiro na assistência ao paciente em cuidados paliativos. **Revista Gestão & Saúde**, v17, n.1, p.71-81, 2017.
- Oliveira, E. A; et al. Intervenção junto à família do paciente com alto risco de morte. **Revista Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto**, v. 38, n. 1, p 256-262, 2005.
- OLIVEIRA, T. C. B. Equipe Multiprofissional de Cuidados Paliativos da Oncologia Pediátrica: Uma Revisão Sistemática. **Rev. Psic.**, v.11, n. 35, p. 492-530, 2017.
- PINTO, SILVA; et al. *Manual de Cuidados Paliativos*. **Academia Nacional de Cuidados Paliativos**. 2^o Edição, p.24, 2012. Disponível em: <http://formsus.datasus.gov.br/novoimgarq/24326/4052575_345331.pdf>. Acesso em 30 de Mai. 2020.
- REZENDE, L. C. M. **Comunicação entre a equipe de enfermagem e familiares de pacientes em unidade de terapia intensiva**. 2^o Cuatrimestre, n. 39, 2014.
- SAMPAIO, S. G. S. M; MOTTA, L. B; CALDAS, C. P. Medicamentos e Controle de dor: Experiência de um Centro de Referência em Cuidados Paliativos no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 65, n.2, p. 1-9, 2019.
- SANTANA, J. C. B. Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem. **Centro Universitário São Camilo**, v. 3, n. 1, p. 77-86, 2009.
- SANTIAGO, E. J. P; et al. Enfermagem e cuidados paliativos, reconhecendo valores. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 11, n.9, p. 319-339, 2017.

SANTOS, CARVALHO; et al. *Assistencia integral de enfermagem aos pacientes em cuidados paliativos*. **Revista Saúde**. v. 11, n.1 (ESP), 2017.

SANTOS, Jonata Bruno da Silva; et al. *Assistência integral de enfermagem aos pacientes em cuidados paliativos*. **Revista saúde**, v. 11, n. 1 ESP (2017) Disponível em: <<http://revistas.ung.br/>> Acesso em: 23 Mar. 2019

SANTOS, Jonata Bruno Silva; et al. *Assistência integral de enfermagem aos pacientes em cuidados paliativos*. Disponível em: <<http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/3122>> Acesso em: 24 Jun. 2019.

SELLI, L; ALVES, J. S. O cuidado espiritual ao paciente terminal no exercício da enfermagem e a participação da bioética. **Centro Universitário São Camilo**, v. 1, n. 1, p. 43-52, 2007.

SILVA, Georgia Sibeles. **Em busca de uma configuração do real**. In: ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto (Org.). *E a psicologia entrou no hospital*. 1ª ed. São Paulo: Cengage Learning, 2012.

SILVEIRA, M . H; CIAMPONE, M . H. T; GUTIERREZ, B. A. O. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 17, n. 1, p. 7-16, 2014.

SILVEIRA, N. R; et al. Cuidado paliativo e enfermeiros de terapia intensiva: sentimentos que ficam. **Rev Bras Enferm**, v. 69, n. 6, p. 1074-1081, 2016.

Trindade, E. S; et al. O médico frente ao diagnóstico e prognóstico do câncer avançado. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 53, n. 1, p. 78-89, 2006.

ZOMBINI, Edson Vanderlei et al. Classe Hospitalar: a articulação da saúde e educação como da política de humanização do SUS. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, v.10, n.1, Rio de Janeiro, 2012.

8. APÊNDICES

APÊNDICE I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: “**ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS**”

Nome do (a) Pesquisador (a): **BRENDA MELO COSTA – (18) 998092058**

Nome do (a) Orientador (a): **DANIEL AUGUSTO DA SILVA – (18) 997364736**

1. **Natureza da pesquisa:** *o (a) sr (sra.) está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa que tem como objetivo analisar a atuação de Enfermagem no contexto do Cuidado Paliativo.*
2. **Participantes da pesquisa:** *serão convidados a participar desta pesquisa os profissionais que compõem a equipe de Enfermagem desta instituição, sendo que o número total de participantes será obtido pela aceitação voluntária em participar.*
3. **Envolvimento na pesquisa:** *ao participar deste estudo o (a) sr. (sra.) permitirá que o pesquisador realize entrevista com gravador de voz, por meio de um questionário semiestruturado, elaborado pelos autores desta pesquisa, com perguntas sobre suas características pessoais, conhecimento e atuação profissional de atendimento em cuidados paliativos.*
O (A) sr. (sra.) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo.
Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone do pesquisador do projeto e, se necessário através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa, que é o órgão que avalia se não há problemas na realização de uma pesquisa com seres humanos.
4. **Sobre as entrevistas:** *as entrevistas ocorrerão na instituição onde o (a) senhor (a) trabalha, em horário de melhor comodidade para o (a) sr. (sra.) e para a instituição, e em espaço que proporcione privacidade frente as informações de cunho pessoal prestadas.*
5. **Riscos e desconforto:** *a participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas, sendo que os desconfortos poderão existir pela exposição de dados e informações de cunho pessoal, relacionadas a avaliação de conhecimento e atuação profissional na temática deste estudo.*
Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.
6. **Confidencialidade:** *todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora e seu orientador terão conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo ao publicar os resultados dessa pesquisa.*

7. **Benefícios:** *ao participar desta pesquisa o (a) sr. (sra.) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre o conhecimento e atuação profissional no atendimento à pessoas em cuidados paliativos e suas famílias, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa subsidiar ações de educação em saúde, que proporcione melhoria da qualidade de cuidado em saúde.*
O pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos, respeitando-se o sigilo das informações coletadas, conforme previsto no item anterior.
8. **Pagamento:** *o (a) sr. (sra.) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.*

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem:

Confiro que recebi uma via deste termo de consentimento, e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Obs: **Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.**

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, _____, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Assinatura do Participante da Pesquisa

DECLARAÇÃO DO(A) PESQUISADOR(A)

Eu, **BRENDA MELO COSTA / DANIEL AUGUSTO DA SILVA** declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supramencionado.

Assinatura do(a) Pesquisador(a)

Assinatura do(a) Orientador(a)

Pesquisador (a): **BRENDA MELO COSTA –brendamello044@gmail.com – (18)99624 5855**
 Nome do (a) Orientador (a): **DANIEL AUGUSTO DA SILVA – daniel.augusto@unifesp.br – (18) 99736 4736**

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Educacional do Município de Assis – CEP/FEMA.**

O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

CEP/FEMA - Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Educacional do Município de Assis:

Avenida: Getúlio Vargas, 1200 - Vila Nova Santana – Assis/SP.

Fone: (18) 3302-1055 – ramal 1096 - e-mail: comitedeeticafema@femanet.com.br

Horário de atendimento: das 8h as 12h e das 14h as 17h.

APÊNDICEII –QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

A – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

1. Idade: _____ anos
2. Sexo: () M () F
3. Orientação sexual: () Heterossexual () Homossexual () Bissexual () Outra: _____
4. Cor ou Raça/Etnia: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena
5. Estado Civil: () Solteiro () Casado () Divorciado () Separado () Viúvo () União estável
6. Número de filhos: () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10
7. Profissão: _____
8. Tempo de formação (em anos): _____
9. Há quanto tempo atua nesta unidade? _____ anos

B – A ENFERMAGEM E OS CUIDADOS PALIATIVOS

DO CONHECIMENTO

10. Como você avalia o preparo teórico e prático oferecido a você, em sua formação profissional, sobre a temática dos cuidados paliativos?
11. Já participou de eventos/seminários/congressos/simpósios/cursos na temática dos cuidados paliativos?
12. Como você define “cuidados paliativos”?
13. Essa definição está de acordo com a definição da Organização Mundial da Saúde? Você a conhece?
14. A quais pacientes se destinam os cuidados paliativos?
15. Em sua opinião, qual a importância de realizar cuidados paliativos?
16. Os cuidados paliativos ajudam ou atrapalham?
17. Na dimensão biológica, quais os sinais e sintomas mais prevalentes em cuidados paliativos?
18. Na dimensão psicológica, quais os sinais e sintomas mais prevalentes em cuidados paliativos?
19. Na dimensão social, quais os sinais e sintomas mais prevalentes em cuidados paliativos?
20. Na dimensão espiritual, quais os sinais e sintomas mais prevalentes em cuidados paliativos?

DA ATUAÇÃO

21. Já realizou atendimento de cuidado paliativo? Como foi a sua experiência?
22. Como você atua na comunicação com o paciente e a família? Como avalia a sua atuação? O que acredita ser necessário para melhorar a sua prática?
23. Como você atua no controle de sintomas que pessoas em cuidados paliativos apresentam? Como avalia a sua atuação? O que acredita ser necessário para melhorar a sua prática?
24. Como você atua na prestação de apoio à família de pessoa em cuidados paliativos? Como avalia a sua atuação? O que acredita ser necessário para melhorar a sua prática?
25. Como você atua no trabalho em equipe multidisciplinar? Como avalia a sua atuação? O que acredita ser necessário para melhorar a sua prática?
26. Em sua opinião, quais os fatores que facilitam o atendimento em cuidados paliativos?
27. E quais os fatores que dificultam esse atendimento?