

**FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ  
– FACENE/RN**

**KARLA REGINA FIGUEIRÔA BATISTA**

**CUIDADOS PALIATIVOS:  
PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO CUIDAR DE  
PACIENTES ONCOLÓGICOS SEM POSSIBILIDADES DE CURA**

MOSSORÓ  
2011

KARLA REGINA FIGUEIRÔA BATISTA

**CUIDADOS PALIATIVOS:**  
**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO CUIDAR**  
**DE PACIENTES ONCOLÓGICOS SEM POSSIBILIDADES DE CURA**

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, como exigência parcial para a obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Ms. Lorrainy da Cruz Solano

Co-orientadora: Enf<sup>a</sup> Esp. Diana Dionísio de Araújo Coutinho

B336c Batista, Karla Regina Figueirôa.

Cuidados paliativos: percepção dos profissionais de enfermagem no cuidar de pacientes oncológicos sem possibilidade de cura / Karla Regina Figueirôa Batista. – Mossoró, 2011. 52f.

Orientador: Prof. MS. Lorrainy da Cruz Solano  
Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró.

1.Oncologia. 2. Cuidados paliativos – Assistência de enfermagem. 3. Enfermagem. I. Título.

CDU 616-006

KARLA REGINA FIGUEIRÔA BATISTA

**CUIDADOS PALIATIVOS:**  
PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO  
CUIDAR DE PACIENTES ONCOLÓGICOS SEM POSSIBILIDADES DE  
CURA

Monografia apresentada pela aluna **KARLA REGINA FIGUEIRÔA BATISTA**, do Curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de \_\_\_\_\_, conforme a apreciação da Banca Examinadora Constituída pelos professores:

Aprovada em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Ms. Lorrainy da Cruz Solano – (FACENE/RN)

(ORIENTADORA)

---

Enf<sup>ª</sup>. Esp. Diana Dionísio de Araújo Coutinho

(COORIENTADORA)

---

Prof. Esp. Leonardo Carlos Rodrigues de Menezes – (FACENE/RN)

(MEMBRO)

*A Deus, a mim, a minha família,  
ao meu noivo e aos meus  
pequeninos, parte de mim, amor  
incondicional.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus, minha força propulsora e adjutora, por realizar e concluir este trabalho. Sempre estava ao meu lado, diante os obstáculos encontrados à minha frente, superando-os quando não tinha mais forças, sempre me fazendo maior nos momentos difíceis.

A minha querida Mãe, Jinalda, minha força, meu exemplo de vida, mulher forte, inteligente admirável aos meus olhos, devoção, amor incondicional e exemplo de humanidade, Meu amor eterno!

Ao meu Pai, Oberdan, que, apesar de ausente em minha vida, sei que essa conquista é um orgulho, pois temos muito em comum, apesar de separados, meu coração vibra quando o vê. Amo-o muito, tenho muito orgulho de ser sua filha.

Aos meus irmãos, Henrique e Hugo, cada um com seu jeito de ser, amo-os incondicionalmente, minha vida é completa por vocês existirem, por isso não quero perder nenhum.

Ao meu sobrinho, Rafael Henrique, por você existir em nossas vidas, e sua inesgotável fonte enérgica de amor. Amo-o muito!

Aos meus tios, Jailsa, Jailda, Juvenal, Wellington, sou grata por serem parte da minha vida, pela confiança, admiração e pelo exemplo de vida. Amo vocês!

Ao meu noivo, Júnior, meu grande amor, amigo, cúmplice de todas as horas, que sempre esteve do meu lado nos momentos mais difíceis, apoiando-me, amando e compreendendo minha ausência, como também minha futura sogra Maria e tia Cimar. Amo-as!

As minhas cunhadas e cunhados, Dayse, Nadja, Luciana e Giliarde sou grata por fazerem parte da minha vida, por acreditarem na minha capacidade, por mais distante em que estejam. Amo-as!

Aos meus pequeninos, Pitoku, Hanna e Rwana (in memoriam), Fofão e Flozinha, sempre ansiosos e felizes com minha chegada em casa. Obrigada pelo seu carinho e amor incondicional forte. Amo muito vocês.

Agradecimentos em especiais: à minha querida orientadora, Enf<sup>a</sup>. Esp. Diana Dionísio de Araújo Coutinho, pelos seus exemplos de humanidade, dedicação, sabedoria, paciência e amparo. Sua dedicação e zelo pela sua família. À Prof. Ms. Lorrainy da Cruz Solano, por me ajudar a continuar, através de sua sabedoria e paciência. À minha querida preceptora de estágio, a Enf<sup>a</sup>. Esp. Christine Noronha Gomes dos Santos. Jamais esquecerei suas palavras de apoio e incentivo, suas orientações pelo caminho seguro do saber e seu cuidado para comigo.

As minhas amigas pessoais, que admiro e amo muito, sempre me ajudando, no ouvir, na sinceridade, da certeza que esses laços serão para sempre: Indyara, Alejandra, Ana Paula, Ana Pedrina, Maria da Conceição, Charlene, Ailla, Odília e Andressa.

Aos meus amigos acadêmicos, pelo que passamos juntos durante 04 anos de nossas vidas, sempre amparando uns aos outros, parablenzo-os e agradeço a vocês, pois somos mais que vencedores.

Aos meus professores, que fizeram parte da construção do meu saber e por sempre instigarem-me na busca incansável pelo conhecimento.

A todos os profissionais de enfermagem da unidade de cuidados paliativos, por participarem deste estudo, pela sua preciosa colaboração.

Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró, pela sua compreensão, responsabilidade e solicitude durante todos esses 04 anos.

A todos os funcionários da FACENE, pela compreensão e carinho, sempre fazendo o melhor para atender as nossas necessidades.

Enfim, a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a conclusão deste trabalho, os meus mais profundos agradecimentos. OBRIGADA!

*Quando você cuida de alguém que realmente está precisando, você vira um herói. Porque o arquétipo de herói é a pessoa que, se precisar, enfrenta a escuridão e segue com amor e coragem porque acredita que algo pode ser mudado para melhor.*

*(Patch Adams)*



## RESUMO

No decorrer da evolução humana, a percepção do significado da morte foi se transformando e atingindo uma realidade diferente na vida das pessoas. Atualmente, com os avanços da medicina e a forma como ela cuida de seus pacientes, as etapas de fim de vida tomaram uma nova abordagem. Portanto, a medicina paliativa atua com a prestação de assistência integral, detecção precoce dos sinais e sintomas, atuando em diferentes campos da subjetividade, desempenhando, assim, um papel importante e decisivo na vida das pessoas, uma vez que a medicina curativa está limitada. Este estudo objetivou analisar a percepção dos profissionais de enfermagem no cuidar de pacientes oncológicos sem possibilidades de cura e especificamente averiguar o conhecimento desses profissionais sobre cuidados paliativos, investigar como eles avaliam os cuidados paliativos e analisar na concepção desses profissionais sobre as respostas dos pacientes e dos familiares aos cuidados paliativos. Trata-se de uma pesquisa inserida no âmbito da pesquisa qualitativa, abordagem que permite uma maior aproximação da realidade subjetiva. Foi desenvolvida com seis profissionais de enfermagem da unidade de cuidados paliativos do Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró. Os dados foram analisados pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. No questionamento da percepção dos profissionais de enfermagem sobre os cuidados paliativos, quando analisados, não houve diferença significativa entre as respostas. Pode-se apreender que estes são restritos aos pacientes sem possibilidades de cura. Quanto à assistência prestada no domicílio do paciente, os profissionais de enfermagem revelaram que são realizados todos os tipos de terapia paliativa, de acordo com a necessidade de cada paciente proporcionando conforto necessário. Na questão benéfica para os pacientes, abstraímos alívio da dor, conforto, apoio emocional e melhora da qualidade de vida que se insere no cuidar paliativo, isto é, a assistência por diante é investigar minuciosamente todos os sinais e sintomas demonstrados pelo paciente, na intenção de aliviar ou evitar sofrimento. Os benefícios para família, onde os profissionais de enfermagem listam as orientações para o manejo com o paciente, como também confiança, segurança e gratidão. Todos afirmam ser de grande relevância. Em relação à percepção da resposta do paciente, caracterizou-se pela resolutividade e gratidão, pela eficiência da assistência prestada, relatada de acordo com os profissionais de enfermagem. Na resposta da família, pode-se observar, segundo a concepção dos profissionais de enfermagem, todos revelam segurança, gratidão e alívio devido à sensibilidade no atendimento, estabelecimento de vínculos com a família e confiança. O resultado desta pesquisa conseguiu alcançar o objetivo de compreender a percepção dos cuidados paliativos pelos profissionais de enfermagem no cuidar de pacientes oncológicos sem possibilidades de cura. Mesmo profissionalmente, amando e comprometidos no cuidar, pôde-se abstrair um déficit no saber da abrangência dos cuidados paliativos, exceto a enfermeira da equipe. Portanto, percebeu-se que os cuidados paliativos é uma abordagem inovadora e beneficiadora de terapêutica na vida dessas pessoas, ressaltando, a todo o momento, a humanização da assistência, principalmente porque ela envolve um lado psico-espiritual, dignificação e ética.

**Palavras-chaves:** Cuidados Paliativos. Qualidade de vida. Enfermagem Oncológica

## ABSTRACT

In the course of human evolution, the perception of the meaning of death was changing and reaching a different reality in people's lives. Nowadays, with advances in medicine and how it cares for its patients, the steps of life ending took a new approach. There fore, palliative medicine works with the provision of integral care, early detection of signs and symptoms, acting in different fields of subjectivity, playing thus an important and decisive role in people's lives, since curative medicine is limited. This study had the objective of examining the perceptions of nurses in caring for cancer patients not amenable to cure and specifically investigate the knowledge of these professionals about palliative care, investigate how they evaluate palliative care, and analyze the conceptions of these professionals on the responses of patients and families to palliative care. This study is included in the extent of qualitative research, approach that allows a closer approximation of subjective reality. It was developed with six nursing professionals from the palliative care unit of Oncology and Hematology Center in Mossoró. The data were analyzed using the Collective Subject Discourse. In questioning the perception of nurses on palliative care, when analyzed that there was no significant difference among the responses. It may be understood that they are restricted to patients not amenable to cure. As for assistance given in the patient's home, the nursing professionals revealed that all types of palliative therapy are conducted, according to the needs of each patient providing necessary comfort. On the issue of benefit to the patient, we abstracted pain relief, comfort, emotional support and improvement in quality of life which is included in palliative care, that is, the assistance from this point on is to thoroughly investigate all the signs and symptoms shown by the patient, with the intention of relieving or preventing suffering. The benefits for the family, in which nursing professionals list the guidelines for handling the patient, as well as confidence, security and gratitude. All of them claim to be of great relevance. Regarding to the perception of the patient's response was characterized by resoluteness and gratitude, for the efficiency of care, reported by the nursing professionals. In the family's response, it could be observed, according to the conception of nursing professionals, they all reveal security, relief and gratitude due to the sensitivity in treatment, establishment of entails with the family and trust. The research result has achieved the goal of understanding the perceptions of palliative care by professional nurses in taking care of cancer patients not amenable to cure. Even professionally, loving and committed to care. It could be abstracted a deficit in knowledge of the scope of palliative care, except the staff nurse. Therefore, it was noted that palliative care is an innovative approach which gives benefits of therapy in people's lives, excepting all the time, the humanization of care, mainly because it involves a psycho-spiritual side, dignity and ethics.

**Keywords:** Palliative Care. Quality of Life. Oncology Nursing

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Idéias centrais I e II, expressões chaves e Discurso do Sujeito Coletivo respondendo ao questionamento: Na sua percepção o que são cuidados paliativos? ..... 33

Quadro 2. Idéias central –III e IV, expressões-chaves e Discurso do Sujeito Coletivo respondendo aos questionamentos: Que tipo de benefício, você acha que os cuidados paliativos trazem para a família? /Que tipo de benefício, você acha que os cuidados paliativos trazem para o paciente ..... 36

Quadro 3. Idéias Centrais – V e VI expressões-chaves e Discurso do Sujeito Coletivo respondendo aos questionamentos: Como você definiria a resposta do paciente aos cuidados paliativos /Como você definiria a resposta da família aos cuidados paliativos ..... 38

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>14</b>
2.1 OBJETIVOS GERAIS .....	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	14
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>15</b>
3.1 DEFINIÇÕES DE CUIDADOS PALIATIVOS .....	15
3.2 ORIGEM DOS CUIDADOS PALIATIVOS .....	16
3.3 PACIENTES TERMINAIS OU SEM POSSIBILIDADES DE CURA .....	17
3.4 PROCESSO DE MORTE E MORRER .....	18
3.5 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE .....	20
3.6 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO ONCOLÓGICA .....	21
3.7 CUIDADOS PALIATIVOS E SUAS IMPLICAÇÕES ÉTICAS .....	24
3.8 OS CUIDADOS PALIATIVOS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM .....	25
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>28</b>
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO .....	28
4.2 LOCAL DA PESQUISA .....	28
4.3 AMOSTRAGEM E POPULAÇÃO .....	28
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	29
4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS .....	29
4.6 ANÁLISE DE DADOS .....	30
4.7 ASPECTOS ÉTICOS .....	30
<b>5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS</b> .....	<b>32</b>
5.1 DADOS RELACIONADOS À PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS NO CUIDAR DE PACIENTES ONCOLÓGICOS SEM POSSIBILIDADES DE CURA .....	32
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>41</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>43</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>46</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>51</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Presumivelmente, o homem tem tentado aliviar o sofrimento do seu semelhante desde o seu aparecimento na terra. No decorrer da evolução humana, a percepção do significado da morte foi se transformando e atingindo uma realidade diferente na vida das pessoas (SANTANA et al, 2009).

Atualmente, com os avanços da medicina e a forma como ela cuida de seus pacientes, as etapas de fim de vida tomaram uma nova abordagem. Hoje, a medicina aplicada no nosso século segue dois modelos: o modelo curativo e o modelo paliativo.

No modelo curativo, o qual é centrado na doença. O foco passa a ser a própria doença, onde o aumento da sobrevida é o foco principal. Percebe-se que este modelo, embora ultrapassado, ainda permeia os nossos dias atuais, principalmente no caso dos pacientes terminais, em especial os pacientes com câncer, onde estes são submetidos a procedimentos terapêuticos, mesmo quando se percebe que não existe mais possibilidade de cura (LIMA; SILVA; SILVA, 2009).

No modelo paliativo, o qual é centrado no paciente, temos atenção não apenas aos aspectos físicos, mas também as suas necessidades psicológicas e espirituais. Esse modelo centra-se principalmente nos cuidados paliativos (OLIVEIRA; SILVA, 2010).

Segundo Pessini e Bertachini (2009), a palavra paliativa deriva do vocabulário latino *pallium*, que significa manta ou coberta.

Os cuidados paliativos, como são conhecidos atualmente, têm suas origens nos cuidados de hospice. Lugares que tinham o propósito, dar apoio às pessoas que tinham a violação de suas necessidades básicas (comprometimento da alimentação, higiene pessoal, necessidade fisiológica etc.) afetadas. Nesses locais, peregrinos, viajantes, doentes e necessitados recarregavam suas energias, além de receberem assistência, apoio espiritual, alimentação e hospedagem, enquanto realizavam suas viagens (PESSINI; BERTACHINI, 2009).

Essas casas denominadas de hospice ou santa casa de misericórdia eram de religiosos, pois se fundamentavam na mesma filosofia em assistência, cujo ponto de direção do trabalho tornou-se “o cuidar dos doentes” e “o cuidado dos que estavam morrendo” (PESSINI; BERTACHINI, 2009).

Os hospices existem ainda hoje nos países desenvolvidos e caracterizam-se por oferecerem um programa de cuidados de suporte e ajuda a pacientes e familiares durante o período de fase terminal da doença (SOUSA et al, 2010).

Portanto, a medicina paliativa atua com a prestação de assistência integral, detecção precoce dos sinais e sintomas, atuando em diferentes campos da subjetividade, desempenhando, assim um papel importante e decisivo na vida das pessoas, uma vez que a medicina curativa está limitada.

Com o passar dos tempos, os cuidados paliativos foram resgatando o verdadeiro significado de sua essência dentro de uma concepção mais avançada.

Em 2002, a OMS definiu cuidados paliativos, colocando em destaque a prevenção do sofrimento:

Cuidados Paliativos é uma abordagem que aprimora a qualidade de vida, dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meios de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual. Cuidados paliativos é toda assistência prestada ao paciente e sua família, a fim de amenizar os impactos da doença, uma vez que a medicina esta limitada (PESSINI; BERTACHINI, 2009, p.169).

A filosofia dos cuidados paliativos é uma necessidade de suporte para pacientes/família, devido ao processo da doença terminal, que, muitas vezes, aumenta as expectativas de possibilidades de cura e que, por fim, acabam em frustrações e sentimentos de impotência. Esses impactos devem-se a imaturidade da aceitação, apoio e conhecimento sobre qualidade de vida e morte (SOUSA et al, 2009).

Moritz et al (2008, p.423) definiram “paciente em condição terminal quando as medidas terapêuticas adotadas à sua doença não se têm mais efeito. Esse diagnóstico é determinado pela equipe médica de forma coletiva, baseado em evidências e subjetividade”.

Logo após a definição de paciente terminal, os cuidados paliativos são o foco principal para assistência ao paciente sem possibilidades de cura.

A melhora do cotidiano de enfrentamento da doença, por parte dos pacientes, pode ser oferecida aos pacientes terminais através de cuidados paliativos, associada de uma conduta multidisciplinar, havendo uma conscientização e aceitação por parte dos familiares durante o processo de luto (FLORIANI, 2009).

Para Cicely Saunders, uma enfermeira que, na década de 60, mudou o rumo da medicina tradicional, ao estabelecer as bases da humanização do ato médico, os cuidados Paliativos são:

Conjunto de ações, que possibilite uma abordagem holística do paciente com doença incurável, desenvolvido por uma equipe interdisciplinar, combinando cuidado clinica, pesquisa e ensino para o efetivo controle de sintoma e controle da dor. Essa

ações pode ser no ambiente hospitalar ou em domicílio, dando também apoio e suporte familiar para o cuidar ( BRASIL, 2008, p.531).

Segundo Pessini e Bertachini (2009), a medicina paliativa não é só tratamento da sintomatologia, é muito mais amplo e profundo, tem enfoque holístico com preocupações psicológicas, sociais e espirituais, reconhecendo, assim, o morrer como processo normal do viver.

Eles relatam ainda que a inserção dos cuidados paliativos nos serviços de saúde é necessária para amenizar a dor física causada pelas doenças crônico-degenerativas, além do sofrimento emocional e espiritual, tornando a vida desses pacientes suportável.

O interesse pela temática sobre os cuidados paliativos surgiu, enquanto aluna do curso de graduação em Enfermagem, durante os estágios práticos em hospitais. Senti a necessidade de investigar o significado atribuído aos cuidados paliativos pela equipe de enfermagem que atua com pacientes oncológicos sem possibilidades de cura.

Desse modo, a importância de estudar o assunto é conhecer minuciosamente o amplo campo dos cuidados paliativos, um adicional no saber essencial para o cotidiano do profissional de enfermagem, tendo o principal motivo compreender o significado dos cuidados paliativos para uma equipe de enfermagem que atua com pacientes sem possibilidades de cura.

Sendo assim, é necessário que os profissionais de saúde, em especial os profissionais que lidam com os pacientes em estágio terminal, aprendam a enfrentar as perdas em um contexto de doença sem prognóstico. Cuidar de doentes sem possibilidades de cura e de suas famílias é uma das ações dos cuidados paliativos e uma das atribuições dos profissionais de enfermagem.

Este estudo foi de grande relevância para a enfermagem, uma vez que se percebeu a necessidade de se investigar, à luz dos que atuam com pacientes terminais, como os cuidados paliativos são percebidos por aqueles que os estão realizando.

Assim, a realização da monografia revelou a oportunidade propícia para responder ao questionamento: Qual a percepção dos profissionais de enfermagem no cuidar de pacientes oncológicos sem possibilidades de cura?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar a percepção dos profissionais de enfermagem que atuam com pacientes oncológicos terminais sobre cuidados paliativos.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Averiguar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre cuidados paliativos;
- Investigar como os profissionais de enfermagem avaliam os cuidados paliativos;
- Analisar, na concepção dos profissionais de enfermagem, as respostas dos pacientes e dos familiares aos cuidados paliativos.

## **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **3.1 DEFINIÇÕES DE CUIDADOS PALIATIVOS**

A Organização Mundial da saúde (OMS), em 2002, definiu cuidados paliativos como „medidas que aumentam a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam uma doença sem possibilidades de cura“, atuando na detecção precoce dos sinais e sintomas que provocam desconforto físico e desequilíbrio emocional, proporcionando uma assistência dedicada a aliviar a dor desencadeada pela doença, apoio psicológico e espiritual e dignificação da vida, aumentando, assim, a sobrevida do paciente (PESSINI; BERTACHINI, 2009).

Cecily Saunders (BRASIL, 2008) conceitua cuidados paliativos como uma melhora na qualidade de vida do paciente portador de doença fora da terapêutica curativa e seus familiares, atuando holisticamente através de uma assistência interdisciplinar, aliviando sofrimento físico (administração de analgésico) e emocional (apoio psicológico) desencadeado pela doença e apoio espiritual, com respeito às suas crenças religiosas.

“A assistência paliativa é norteada em cinco princípios éticos relevantes aos pacientes com doença avançada, os quais são: a veracidade, a proporcionalidade terapêutica, o duplo efeito, a prevenção e a justiça” (BRASIL, 2008, p. 531).

De acordo com Pessini e Bertachini (2009), o princípio ético da veracidade afirma que se deve comunicar sempre a verdade ao paciente, estabelecendo um vínculo. O princípio da



proporcionalidade terapêutica diz respeito às implantações terapêuticas e intervenções necessárias para o bem estar do paciente.

Pessini e Bertachini (2009) relatam ainda o princípio do duplo-efeito, que deve ser sempre bem investigado. Esse princípio trata de ações que são realizadas e que muitas vezes causam complicações aos pacientes. Como exemplo, temos a ação de drogas utilizadas para alívio da dor, que, muitas vezes, são tão fortes que causam um efeito positivo (alívio da dor) e negativo (depressão do estado de vigília, depressão cardiorrespiratória ou até morte). O princípio da prevenção é implementar ações a fim de se evitarem possíveis complicações que causem sofrimento para o paciente. Já o princípio da justiça tem como meta assegurar o cumprimento dos direitos dos pacientes.

Para Santana et al (2009, p. 78) “a terapêutica paliativa são também os cuidados necessários à reabilitação dos pacientes, para que possam conviver com suas limitações, providos por uma equipe interdisciplinar bem capacitada” Segundo Oliveira e Silva (2010), a filosofia dos cuidados paliativos é acompanhar o paciente sem possibilidades terapêuticas curativas, conscientizando o processo de morte como uma passagem natural da vida. A terapêutica dessa filosofia visa a favorecer a qualidade de vida desses pacientes e suas famílias, através da diminuição dos sintomas causados pela doença e assegurando os direitos individuais.

Sendo assim, fica entendido que o foco da terapêutica dos cuidados paliativos não só é curativa e sim detecção e alívio rápido da dor, favorecer autonomia, dignidade do paciente, respeitar suas crenças religiosas, dar apoio espiritual e estabelecer um vínculo com a família.

Com o resgate da filosofia dos cuidados paliativos, a terapêutica curativa vem se tornando cada vez paradoxal na assistência de saúde em paciente portador de doenças crônicas degenerativas.

### 3.2 ORIGEM DOS CUIDADOS PALIATIVOS

“A palavra cuidado deriva do latim cura (coera, na forma mais antiga), usada para expressar a cura. A palavra „paliativo“ também se originou do latim pallium que, na língua portuguesa, significa manto ou coberta” (SOUSA et al, 2010, p. 396).

De acordo com as derivações latinas dessas palavras, atualmente o “cuidar” ressalta o bem-estar dentro de suas limitações e “paliar” é “aliviar, amenizar, proteger algo ou alguém” (PESSINI; BERTACHINI, 2009).

Para se conhecer a fundamentação dos cuidados paliativos é necessário retomar esse cuidar na história. A assistência paliativa teve início nos hospícios na Era Cristã. Estes eram casas de abrigos ou santa casa de misericórdias como conhecidas aqui no Brasil, em que se abrigavam as pessoas ou enfermos sem perspectivas de cura, cuidavam dos pobres que não tinham comida nem moradia, estrangeiros, peregrinos para pagar promessas. Nessas casas eles

encontravam abrigo, comida, vestimentas, medicamentos, curativos e apoio espiritual (SOUSA et al, 2010).

Com o passar do tempo, essas casas, que em princípio tinham o cuidar do doente como objetivo, foram adicionadas de terapias curativas pelos médicos, que tinham ambição de aprender com a evolução da enfermidade, porém feriam, assim, os princípios do ser humano, esquecendo-os. As pessoas passaram a ser objeto de experiência, no intuito de obterem a cura para muitas doenças (PESSINI; BERTACHINI, 2009).

Mesmo assim, a linha de pensamento das casas de misericórdias levou à fundação dos primeiros hospices, que foi em 1842, na cidade de Lyon na França (SOUSA et al, 2010).

Cecily Saunders, em 1960, continuou a filosofia dos hospices. Através da fundação do St. Christopher Hospice, em Londres, atingiu-se o objetivo de cuidar daqueles que estavam com enfermidade incurável e próxima da morte, com a finalidade de oferecer apoio espiritual e físico (LIMA; SILVA; SILVA, 2009).

O hospice St. Christopher foi financiado através de uma pequena quantia em dinheiro, doada por um jovem judeu polonês, refugiado da guerra em 1948, portador de câncer e que Cecily cuidou até a sua morte (FLORIANI, 2009).

Cecily Saunders, em sua primeira graduação, em Serviço Social, sentiu a necessidade de se diplomar em enfermagem, por acreditar que lutar por essa causa era atender um chamado religioso, o que proporcionou o início de uma nova filosofia sobre a abordagem aos pacientes terminais, e isso repercutiu com mudanças no cenário da saúde até os dias atuais (PESSINI; BERTACHINI, 2009).

Desde então, os hospices tornaram-se um movimento social que se disseminou pelos Estados Unidos da América do Norte (EUA) e Canadá para, em seguida, expandir-se em outros países do mundo, como no Brasil (FLORIANI, 2009).

“O moderno movimento hospice está inserido dentro de uma proposta de cuidados holísticos, ou seja, uma concepção que implica em cuidar do todo do paciente, entendido como um cuidado aplicado a distintas dimensões integradas entre si” (FLORIANI, 2009, 26).

Portanto, a teoria de Saunders causou fortes impactos positivos na medicina e principalmente para a vida das pessoas portadoras de doenças terminais.

### 3.3 PACIENTES TERMINAIS OU SEM POSSIBILIDADES DE CURA

O conceito de doença terminal advém do século XX. Definia-se no paciente que não tinha mais possibilidades de cura (PESSINI; BERTACHINI, 2009).

“Hoje conceituamos os pacientes terminais como aqueles acometidos por uma doença de difícil tratamento, por um conjunto de situações em que se esgotam as possibilidades

terapêuticas de cura ou para prolongar a vida de forma digna” (CHAVES; MASSAROLLO, 2009, p. 31).

Chaves e Massarolo (2009) afirmam que a terminalidade é o conjunto de diagnósticos que levam à presunção médica de condição incurável, terminal ou final. É o estágio em que a doença encontra-se avançada e disseminada, limitando os recursos medicinais de cura cuja única solução é tratar os sintomas para se que tenha uma morte mais digna. Pacientes terminais emanam muitos sentimentos por parte dos envolvidos, tanto familiares, portadores e cuidadores. Entre esses sentimentos, podemos destacar: medo, frustração, impotência, insegurança, angústia, desgaste, entre outros.

Por isso, é importante que os profissionais incumbidos da assistência a esses pacientes sejam providos de uma agudez de espírito nato, para poderem, então, enfrentar com sabedoria as dificuldades encontradas diante do relacionamento com o paciente, causando impactos positivos na vida do moribundo (PINTO; CORRÊA; NETO, 2009).

O processo de morrer, para esses pacientes, deve ser trabalhado durante o estágio cotidiano da doença, mas, para isso, o profissional deve ser dotado de todo o conhecimento sobre a morte, sendo ele resgatado pelo contexto histórico sobre o sentido final da vida (PESSINI; BERTACHINI, 2009).

Os profissionais de enfermagem são os que mais têm contato com os pacientes em estágio terminal, pois são eles os responsáveis pelas práticas integradoras, além de fornecerem conforto e alívio aos sintomas.

Para Kovács (2009), o sentido da expressão “paciente terminal” é usado de forma estereotipada para pacientes com doenças avançadas, pois ela representa condição na qual não se há mais alternativa, e isso provoca um desfalecimento do usuário mesmo que ainda em vida.

Smeltzer et al (2009) afirmam que o conhecimento sobre os cuidados paliativos são essenciais no cuidar dos pacientes terminais. Portanto, os profissionais que são portadores desses ensinamentos devem ser capacitados para elaborar, planejarem e implantarem o plano de cuidados adequados para situações específicas (sistematização da assistência em enfermagem), lembrando-se de que essa conduta leva em conta o desejo do paciente. Nesse aspecto, é importante que os profissionais, enquanto acadêmicos, instrua-se de todos os aprendizados sobre tanatologia e cuidados paliativos como energia norteadora de todas as práticas realizadas durante a prestação de assistência.

### 3.4 PROCESSO DE MORTE E MORRER

A possibilidade de morte está presente em todos os momentos das nossas vidas, e essa consciência antecedente é permeada de muitos sentimentos e atos que podem transformar o

cotidiano e o psicológico das pessoas. Os pacientes sem possibilidades de cura, suas famílias e os cuidadores são os que vivenciam todo o processo de morte e morrer.

A partir de 1930 a 1945, morrer no hospital tornou-se cotidiano. Os profissionais de enfermagem, não adicionados do saber sobre tanatologia, são confrontados com a necessidade de cuidar daquele que está morrendo, trazendo prejuízo integral ao paciente/família. Isso se deve aos avanços da medicina com a visão de curar, hoje se depara que nem sempre é possível, optando por investigar a morte para oferecer uma assistência cada vez mais humanizada as pessoas (KOVÁCS, 2009).

Para Moritz (2008, p.51), “a morte é definida como a cessação definitiva da vida e o morrer como o intervalo entre o momento em que a doença se torna irreversível e aquele em que o indivíduo deixa de responder a qualquer medida terapêutica, progredindo para a morte”.

A morte, nesses últimos tempos, tem tomado destaque por compartilhar muitos aspectos que a envolve antes da cessação de todos os impulsos de vida. A enfermagem tem refletido e progredido muito diante desse processo, já que são os profissionais da área que permanecem mais tempo com os pacientes sem possibilidades de cura, e suas famílias, assegurando a assistência paliativa (MORITZ, 2008).

Portanto, a palavra “morte” emana sentimentos de dor física, sofrimento, separação e perda, os quais a sociedade não quer enfrentar devido as suas concepções sociais, culturais e espirituais (KOVÁCS, 2009).

O processo da morte e morrer traz sofrimento devido às influências das gerações passadas, resultando em mudanças na percepção da morte e morrer. Isso também se deve à evolução da medicina cada vez em busca da cura, proporcionando inúmeras categorias de tratamento, e isso um sentimento de esperança, frustrações, dor física, medo, entre outros. No entanto, é importante delinear a compreensão da subjetividade desse processo, tanto por parte dos profissionais de enfermagem como também do paciente/família (KÜBLER-ROSS, 2005).

A morte e o morrer foram categorizados a partir de experiências com pacientes sem possibilidades de cura e que permitiram encontrar cinco estágios durante o processo de aproximação com a morte: 1º) a negação e o isolamento, que atua como defesa em confrontar os sentimentos que causam sofrimento; 2º) a revolta, a raiva contra tudo e todos, como também contra Deus; 3º) a barganha: estabelecer uma condição para se ficar bem; 4º) a depressão, a revolta, a raiva invadem e advêm o doloroso sentimento de perda; 5º) a aceitação, que não se deve ser incluída ao sentimento de felicidade (KÜBLER-ROSS apud KOVÁCS, 2009).

Portanto, Moritz (2008) deixa claro que, mesmo definindo esses estágios, eles são vivenciados de maneiras diferentes sem ordem de manifestações dos sentimentos pelos profissionais de enfermagem e pelos pacientes sem possibilidades de cura/família.

Nessa perspectiva, essa visão abre vários horizontes, causam mudanças no sentido da morte e trazem a necessidade de uma educação permanente tanto enquanto acadêmico como para quem exerce a profissão, partindo para o planejamento de estratégias de enfrentamento da equipe de enfermagem impactando positivamente na prestação da assistência aos pacientes sem possibilidades de cura/família (PESSINI; BERTACHINI, 2009).

### 3.5 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

As políticas públicas de saúde surgiram como foco para evolução da assistência de saúde no Brasil com objetivo de concretizar o direito a saúde. (VIEIRA; ZUCCHI, 2009; BRASIL, 2008).

Saraiva (apud VIEIRA; ZUCCHI, 2009, p. 672) define política pública como “fluxo de decisão orientado a manter o equilíbrio social ou a introduzir desequilíbrios destinados a modificar essa realidade”.

O Sistema Único de Saúde (SUS) passa por constantes mudanças no processo de organização para ganhar proporções de crescimento do país, tendo como exemplo a teoria de humanização, que garante acesso qualitativo na atenção do SUS (BRASIL, 2008).

A necessidade de humanização do sistema de saúde surgiu do ponto em que os valores humanos foram esquecidos em tempos de desvalidação da ética, devido à evolução tecnológica e principalmente pela reestruturação do país no pós-capitalismo multinacional e globalização. Isso acarretou má qualidade no atendimento, sofrimento da população e aumento dos agravos (PESSINI; BERTACHINI, 2009).

Dessa forma, nasceu a necessidade de se melhorar a assistência à saúde, através de uma política de valorização da pessoa humana. Foi assim que nasceu a política nacional de humanização.

Portanto, em 2000, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH), que tem como objetivo fundamental estreitar a comunicação entre usuários/profissionais e entre ambiente assistencial e comunidade, visando à melhoria da qualidade e resolutividade dos serviços prestados por essas instituições (BRASIL, 2008).

“Em termos de assistência de saúde, enfatiza a necessidade imperiosa de cuidado solidário que une competência técnico-científica e humanidade, principalmente naquelas situações extremas na fronteira entre a vida e a morte” (PESSINI, 2009, p. 52).

Dessa forma, a nova política de humanização estabelece um paralelo aos cuidados paliativos que permeiam da mesma essência norteadora: a visão integral ou holística de suas ações. Estimulam-se, assim, as práticas de cuidados paliativos, fortalecendo os serviços de assistência especializada aos pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas ou terminais (BRASIL, 2008).

### 3.6 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO ONCOLÓGICA

Na década de 30, as doenças crônico-degenerativas ganham altas proporções em mortalidade, inclusive o câncer. Naquela mesma época, acontece o redirecionamento da política nacional de saúde, com a criação do Centro de Cancerologia no Serviço de Assistência Hospitalar, no Rio de Janeiro, e funcionava para pesquisa e tratamento do câncer. Foram os primeiros passos para o combate ao câncer e início do esboço do INCA (BRASIL, 2010a).

Na mesma época, durante um discurso pronunciado por ocasião da inauguração do Centro de Cancerologia, o Dr. Mário Kroeff (Diretor) enfatiza o trabalho a ser realizado no centro, dando ênfase ao tratamento do câncer com provisões de cura, e os casos incuráveis iriam para abrigos. Ele ressalta a incansável procura obstinada pela cura, e isso dá início à medicina visionária curativista (BRASIL, 2007).

Portanto, em 1941, lançou-se a primeira política nacional de controle do câncer, criando-se o Serviço Nacional de Câncer/Centro De Cancerologia, que funcionava em ambientes e situações precárias e inadequadas, e só após três anos, conseguiu-se transformar em Instituto do Câncer (BRASIL, 2010a).

Em 1957, o Instituto de Câncer ganha sede própria e definitiva, com a criação do hospital-instituto, onde passa a direcionar os objetivos institucionais. (BRASIL, 2010a).

Entre 1961 e 1970, ocorre o fortalecimento da política nacional do câncer através da aprovação do novo regime do instituto, perfilando o mesmo e consagrando como Instituto Nacional do Câncer (INCA), incumbido de novas capacidades e regras administrativas como: recursos humanos, especialidades médicas, campos inovadores na assistência científica e educacional. Entretanto, por questões orçamentárias, foi reduzido drasticamente o orçamento do Ministério da Saúde, o que provocou inúmeros transtornos. (BRASIL, 2010a).

Somente em 1980, o INCA cresce e se fortalece como peça fundamental na política de controle do câncer no Brasil. O mesmo passa a receber recursos financeiros do Centro Nacional de Controle do Câncer (CNCC), o que permitiu a duplicação dos serviços médicos.

Passaram a ter contratos técnico-científicos, reforçando ainda mais o poder do INCA e contribuindo, assim, para o ensino e a pesquisa (BRASIL, 2010a).

Com o passar dos anos, o INCA começa a ter seu próprio banco de transplante de medula óssea, o Pro-Onco, em associação com o Hospital de Oncologia. (BRASIL, 2010a).

Com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, através do seu Artigo 41, que estabelece parâmetros para a avaliação da prestação de serviços ao SUS, acontece um novo impulso no INCA. (BRASIL, 2010a).

Mais tarde, em 1998, é criado o Serviço de Suporte Terapêutico Oncológico, que é uma unidade hospitalar destinada exclusivamente a cuidados paliativos, melhorando, assim, a qualidade de vida do paciente (BRASIL, 2010a).

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) é hoje uma das instituições vinculadas ao SUS e foi criada para assistir as pessoas que sofriam por diversos tipos de câncer e atuar transversalmente em detecção precoce e prevenção (BRASIL, 2008).

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) se obriga a programar ações de promoções, mediante uma empreitada do governo com a sociedade, reconhece o Câncer como problema de saúde pública. Essas ações são enviadas para o controle de Câncer do Brasil pela Rede de Atenção Oncológica (RAO), que conta com a participação direta e indireta do Governo Federal, das secretarias estaduais e municipais de saúde, universidades, dos serviços de saúde, dos centros de pesquisas, das organizações não governamentais e da sociedade de forma geral (BRASIL, 2008).

Através da Lei da Orgânica da Saúde, abrem-se os horizontes para a prestação de serviços aos pacientes portadores de doenças oncológicas. Surge, então, a necessidade de se implantar uma política nacional para os pacientes oncológicos. Então, ocorre a implantação da PNH (Política Nacional de Humanização), na atenção oncológica.

A implantação da PNH foi estabelecida em 08 de dezembro de 2005, mediante a portaria nº 2.439/GM, em conjunto com as estratégias e diretrizes de democratização institucional, financiadas pela gestão tripartite, declaradas durante a construção do SUS, de modo descentralizado, com o intuito de oferecer assistência integral na atenção oncológica (BRASIL, 2008).

De acordo com Vieira e Zucchi (2009), no âmbito do SUS, o integral quer dizer ações articuladas de promoção, prevenção e recuperação da saúde em três níveis de complexidade, analisando e suprimindo as necessidades de cuidados de saúde desde as mais simples até as mais complexas.

Segundo Brasil (2008, p.65), artigo 2<sup>o</sup>, parágrafo IX, diz:

Qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da Política de Atenção Oncológica, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização, essa política consolidou a incorporação da PNH na Rede de Atenção Oncológica (RAO).

Para Nogueira e Silva (2009), a portaria que institui a política nacional de humanização na atenção oncológica serviu para direcionar as ações de saúde e promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos de forma direta e gratuita. Dentro dessa abrangência assistencial, a portaria enfatiza também o tratamento e a prevenção de incapacidade física, fragilidade emocional do paciente e família diante o enfrentamento da enfermidade.

A Política Nacional de Atenção Oncológica considera a epidemiologia importante, pois classifica a diversidade e incidência de casos de câncer em determinadas regiões do país, traçando, assim, metas específicas para cada região acometida (NOGUEIRA; SILVA, 2009).

A implementação das estratégias para a política Nacional de Humanização na Atenção Oncológica, depende da constituição dos Conselhos de Gestão Participativa, dos Grupos de Trabalho de Humanização (GTH), em consonância com a Direção Geral da Instituição, das equipes multidisciplinares e interdisciplinares de referência, da recepção integrada e outros espaços coletivos de intercâmbio e gestão compartilhada da clínica. (BRASIL, 2008).

Essa atenção deve ser por uma equipe integrada de abordagem interdisciplinar, com aprendizado no campo de trabalho com os usuários. O objetivo é evitar a fragmentação da atenção durante o processo de tratamento terapêutico e no vínculo com o usuário (BRASIL, 2008).

De acordo com Brasil (2008), os elementos essenciais da Política Nacional de Atenção Oncológica são: promoção e vigilância em saúde, média complexidade, alta complexidade, centros de referência de alta complexidade em oncologia, plano de controle do tabagismo e outros fatores de risco, do câncer do colo de útero e da mama, regulamentação suplementar e complementar, regulação, fiscalização, controle e avaliação, sistema de informação, diretrizes nacionais para a atenção oncológica, avaliação tecnológica, educação permanente, capacitação e pesquisa sobre o câncer.

As terapêuticas de média e alta complexidade, elaboradas através da portaria n<sup>o</sup> 741, estabelecida em 19 de dezembro de 2005, criam e definem as características das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), Centros de Assistência de Alta



Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia (BRASIL, 2008).

### 3.7 OS CUIDADOS PALIATIVOS E SUAS IMPLICAÇÕES ÉTICAS

Segundo Domingues (2010), durante dois anos a comissão nacional de revisão do código de ética analisou 2575 sugestões encaminhadas por médicos, instituições e pela sociedade, que originou em um novo Código de Ética Médico (DOMINGUES, 2010).

O Novo Código de Ética Médico foi aprovado durante a IV Conferência Nacional de Ética Médica, em agosto 2009, na cidade de São Paulo, e entrou em vigor em 13 de abril 2010, esboçado pelo desenvolvimento científico e tecnológico, através de evidências evolutivas do homem nessas últimas décadas (DOMINGUES, 2010).

“O presente código visa oferecer ao profissional e ao paciente a indicação da boa conduta, amparada nos princípios éticos da autonomia, da beneficência, da não maleficência, da justiça, da dignidade, da veracidade e da honestidade” (BRASIL 2010b, p.21).

Para o Conselho Federal de Medicina, essa transformação no código buscou principalmente a justiça e o equilíbrio, entre estar a serviço do paciente da saúde pública e do bem-estar da sociedade, assegurados pelos direitos do paciente, informação e proteção à população assistida (BRASIL, 2010b).

Dentro das considerações descritas pelo decreto nº 6.821, de 14 de abril de 2009, o código de ética busca um melhor relacionamento e prover maior autonomia ao desejo do paciente (BRASIL, 2010b).

Em uma pesquisa realizada por Menezes (2010), relata-se a importância dessa inovação do código de ética médica em cuidados paliativos, explicando que a vigoração propiciará aumento na qualidade de vida dos pacientes, através da não realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos sem finalidade para a vida do paciente, aumentando o vínculo do profissional, principalmente o de enfermagem, pois são os que passam mais tempo com o mesmo, e sua família, na perspectiva de conhecer as atitudes dos pacientes diante inúmeros desconfortos causados pela doença, e trabalhar, assim, sua terapêutica de alívio sempre à frente dos sintomas que causam sofrimento.

O novo código de ética médica traz no seu interior vários artigos que dispõem sobre os cuidados paliativos. O artigo 31 traz um enfoque baseado no dever do médico de respeitar o direito do paciente ou de seu responsável legal, a fim de determinar livremente sobre as realizações terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte (BRASIL, 2010b).

Portanto, o paciente e seus familiares têm o direito assegurado de decidir sobre a terapêutica opcional ditada pelo médico e qual o profissional de preferência, para que, assim, ofereça conforto diante de qualquer decisão tomada pelo paciente.

No artigo 34 do novo código de ética médica, fica proibido o médico deixar de informar ao paciente e seus familiares o diagnóstico, prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento (impactos possíveis dos tratamentos ou exames a serem realizados), mas com exceção de quando a comunicação direta possa contribuir para algum dano (condições psíquicas prejudicadas). Sendo assim, nessa situação, realizar a comunicação ao seu representante legal (BRASIL, 2010b).

O Artigo 36 ressalta a importância do cuidado paliativo, frisando que é proibido o médico abandonar o paciente sob seus cuidados, isto é, se houver algum fato que possa implicar no relacionamento com o paciente e por não por esse ser portador de uma moléstia incurável e sim fornecer cuidados paliativos para melhor qualidade de vida. No entanto, em problemas com o vínculo, o médico tem o direito de recusar a continuidade da assistência, desde que comunique ao mesmo ou ao seu responsável legal, para que se assegure a sequência do tratamento por outro profissional e se repasse toda a situação em que se encontra o paciente (BRASIL, 2010b).

Ressalta-se ainda o Artigo 40, o qual reflete sobre a questão da terminalidade, quando diz que é vedado ao médico prolongar a vida do paciente, a não ser que seja a pedido do mesmo ou de seu responsável legal (BRASIL, 2010b).

O parágrafo único do novo código de ética médica aborda os pacientes sem perspectivas de cura. Nesses casos, o médico deve oferecer todos os Cuidados Paliativos existentes, levando em consideração a vontade expressa pelo paciente ou de seu representante legal (BRASIL, 2010b).

Menezes (2010, p.27) diz que em “situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos, diagnósticos terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados”.

Essa modificação no novo código de ética médica, com a inserção dos Cuidados Paliativos, é um dos maiores benefícios para os pacientes em estágio terminal, pois permite que estes decidam sobre sua própria vida, trazendo, conseqüentemente, autonomia, segurança e aceitação, tendo assim uma partida deste mundo menos angustiante e o alívio da dor, que é um dos sofrimentos mais temidos da humanidade.

### 3.8 OS CUIDADOS PALIATIVOS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A assistência paliativa em enfermagem é totalmente voltada à detecção precoce e controle dos sintomas relacionados ao tratamento oncológico, no decurso de informações verbais e apreensão subjetiva. O profissional acompanha, transcrevendo todas as alterações do estado do paciente para serem observadas evolutivamente, a fim de promover uma melhor qualidade de vida para os pacientes sem possibilidades de cura e suas famílias. É importante que o paciente/família ter conhecimento do estágio da doença e suas complicações e como deve atuar ao enfrentar a situação (BRASIL, 2008).

O enfermeiro que acompanhará o paciente sem possibilidades de cura, em cuidados paliativos, e sua família, deve ser capacitado para educar em saúde e ser portador do saber em oncologia, com clareza, objetividade e resolutividade de suas ações (PESSINI; BERTACHINI, 2009).

Para isso, o profissional de enfermagem capacitado, ensinará ao paciente e sua família como funcionará a terapia adequada e aplicada, ressaltando todos os cuidados e situações inusitadas que são inerentes à enfermidade que acomete o paciente. É de importante valor também o trabalho do processo de luto, cujo convívio estabelecerá um vínculo, permitindo que o profissional planeje estratégias de enfrentamento antecipado (BRASIL, 2008).

Todas as condutas do enfermeiro devem ser inspiradas na filosofia dos cuidados paliativos, que tem em sua abordagem assistir o paciente holisticamente, não ter sua visão centrada na doença, evitando assim as violações inerentes a sua condição humana. Através da investigação minuciosa preventiva e precoce dos sintomas, aliviando a dor física e, proporcionando conforto espiritual, apoio social, psicológico e cuidando ainda do processo de luto com antecedência (PINTO; CORRÊA; KASTRUP NETO, 2009).

Com a disseminação, e conseqüentemente a progressão da doença, alguns sintomas tornam-se mais intenso, por isso é importante que se observem os principais desconfortos causados pela maioria das patologias oncológicas, para que se atue em cuidados adequados e específicos na assistência (BRASIL, 2008).

Os sintomas são:

- A dor, de acordo com Brasil (2008, p. 533), “se manifesta em 70% a 90% dos pacientes com doenças avançadas sendo de maior intensidade em 25% a 30% dos casos”. Esta pode ser consequência do tumor, tratamento ou por motivos relacionados com a doença oncológica. A equipe de enfermagem deve atuar, registrando a evolução algica dos pacientes em todas as formas de assistência, aplicando escalas para dor e questionário, observando as expressões verbais e não verbais. Estimular o

autocuidado, expor suas limitações causadas pela doença e proporcionar técnica não farmacológica;

- A fadiga e depressão é um dos sintomas mais frequentes dos doentes com câncer sem possibilidade de cura. Os sintomas característicos são: cansaço físico e mental, e podem estar envolvidos com os aspectos cognitivos, emocionais, espirituais e sociais;
- A dispneia é um sintoma frequente no câncer disseminado, causando sofrimento intenso, medo, ansiedade e angústia, devido à dificuldade de respirar;
- Alterações cognitivas é uma consequência previsível da doença sem possibilidades de cura que interferem no raciocínio, percepção e memória, devido à ação farmacológica de algumas drogas a fim de aliviar a dor; portanto, é necessário detectar precocemente os sintomas relativos às alterações cognitivas para não agravar o quadro do paciente;
- A anorexia é também um dos sintomas muito presentes nos pacientes oncológicos sem possibilidades de cura, e estão associados a alterações do paladar e olfato e do centro regulador da fome, no hipotálamo, e contribuem para a Síndrome da anorexia e caquexia (SAC);
- Constipação intestinal são sintomas muito comuns nos cuidados paliativos e esta relacionada aos distúrbios da digestão e a absorção dos alimentos;
- Náuseas e vômitos são sintomas frequentes em pacientes com prognóstico de morte e afetam diretamente a qualidade de vida. Para o controle desse sintoma, é necessário conhecer as suas causas, mas já atento que está relacionado com a radioterapia ou quimioterapia, como consequência da doença e por efeitos de drogas fortes para o controle de outros sintomas;
- Feridas presentes na tendência do paciente oncológico, mas, se forem especificamente tratadas através do profissional dotado cientificamente de cuidados adequados a aqueles tipos de lesão, como também na prevenção, minimizar as lesões oriundas da patologia oncológica, tratamentos (drenagem) (PESSINI; BERTACHINI, 2009; BRASIL, 2008).

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO**

O presente trabalho se inseriu no âmbito da pesquisa qualitativa, abordagem que permitiu uma maior aproximação da realidade subjetiva, e foi adequada para investigação de como os cuidados paliativos são percebidos pelos profissionais que atuam com os pacientes oncológicos sem possibilidades de cura.

De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004, p.148), “a pesquisa qualitativa é baseada em estudos através de observações reais, partindo de um desenvolvimento de teoria fundamentada, isto é, uma definição empírica para totalizar e dar sentido ao processo”.

Este estudo foi também exploratório, visto que a pesquisa exploratória começou com a delimitação do problema a ser desvendado; portanto, esse tipo de investigação foi mais do que observado e descrito: ele analisou a essência dos fatos que levaram a percepção (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

### **4.2 LOCAL DA PESQUISA**

A pesquisa foi realizada no Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró. A escolha pelo local se deu pelo fato de hoje o Centro ser considerado referência no tratamento de Câncer de toda a região do Oeste Potiguar e dos municípios circunvizinhos, além de ser um local que fomenta a pesquisa nessa área.

Apesar de ser uma empresa privada, que contempla convênios com particulares, atende igualmente a demanda proveniente do Sistema Único de Saúde (SUS), e ainda atua em consonância com a Associação de Apoio aos Portadores de Câncer de Mossoró e Região (AAPCMR)/Liga Mossoroense de Estudos e Combate ao Câncer (LMECC), desenvolve um trabalho solidário que é desenvolvido junto com a ajuda da população (CENTRO DE ONCOLOGIA E HEMATOLOGIA DE MOSSORÓ, 2007).

Fundado em 1º de dezembro de 1995, o Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró, que foi o objeto de nosso estudo, conta com uma equipe de inúmeros profissionais que atuam na área (CENTRO DE ONCOLOGIA E HEMATOLOGIA DE MOSSORÓ, 2007).

### **4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA**

A escolha da população estudada está diretamente relacionada com as questões de investigação e o tipo de abordagem que foi realizada.

De acordo com Marconi e Lakatos (2007, p. 225), o conceito de amostra é ser uma porção ou parcela, convenientemente selecionada do universo e população, é o subconjunto do universo.

Desse modo, a população deste estudo foi composta por todos os profissionais de enfermagem que atuam no Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró e a amostra que fez parte desta pesquisa foi de 6 profissionais de enfermagem que atuam com pacientes oncológicos terminais e que obedeceram aos seguintes critérios:

- Ser profissional de enfermagem que atue no cuidar dos pacientes oncológicos sem possibilidades de cura e atue no Centro de Oncologia de Mossoró;
- Aceitar participar da pesquisa através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE);

A seleção dos sujeitos, que efetivamente participaram do estudo, obedece às recomendações da Resolução nº 196/96, que aborda a voluntariedade de cada participante a aceitar participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

#### 4.4 INSTRUMENTO PARA A COLETA DE DADOS

Para a realização da coleta de dados, foi utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturado, muito usado na pesquisa qualitativa, pois tem como objetivo primordial explorar mais amplamente a fundamentação do questionamento.

Para Minayo (2007), o roteiro de entrevista semiestruturado combina perguntas fechadas e abertas, no qual o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada. Assim, o roteiro de entrevista (APÊNDICE B) foi dividido em dois momentos: o primeiro, composto por questões relativas à caracterização da amostra, que não fez parte da análise do estudo; e o segundo, com questões subjetivas pertinentes ao objetivo do estudo.

#### 4.5 PROCEDIMENTO PARA A COLETA DE DADOS

Após a apreciação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética, deu-se seguimento ao estudo com a coleta de dados a partir de um roteiro de entrevista (APÊNDICE B), que contém questões objetivas para caracterização da amostra, bem como questões subjetivas pertinentes ao objetivo do estudo. Para viabilizar a apreensão dos dados, foi utilizada a técnica de entrevista direta com os profissionais de enfermagem que atuam no cuidar dos pacientes oncológicos sem possibilidades de cura.

Segundo Marconi e Lakatos (2007), a entrevista consiste numa técnica de conversação direta, dirigida por uma das partes, de maneira metódica, objetivando a compreensão de uma situação, requerendo do pesquisador uma ideia clara da informação de que necessita. O período para coleta de dados ocorreu nos meses de fevereiro a março de 2011, nos turnos da manhã e tarde, conforme a disponibilidade dos profissionais.

A entrevista foi gravada em áudio e transcrita, cumprindo o rigor ético da pesquisa por meio da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual os sujeitos se disponibilizaram a participar de todas as atividades previstas, resguardando-se o anonimato.

#### 4.6 ANÁLISE DOS DADOS

O método de pesquisa utilizado está relacionado não só com a temática que se pretendeu desenvolver, mas também adequado aos objetivos a serem atingidos. Dessa forma, optou-se por realizar um estudo de natureza qualitativa, por ter como propósito essencial a compreensão de fenômenos e não apenas medir ou relacionar causas e riscos.

Por ser uma pesquisa de caráter qualitativo optou-se em utilizar, para análise dos dados, a técnica do discurso do sujeito coletivo, que, segundo Lefèvre, Lefèvre e Teixeira (2000), é caracterizada como uma estratégia metodológica que visa a tornar mais clara uma dada representação social. Essa técnica consiste na organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos, extraído-se de cada um as ideias centrais, as ancoragens e suas correspondentes expressões-chave.

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Antes de a pesquisa ser efetivada, foi apreciada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, levando-se em consideração os três princípios éticos básicos para as pesquisas envolvendo seres humanos: o respeito pela pessoa, a beneficência e a justiça (POLIT; HUNGLER, 1995).

Foram observadas e asseguradas, também, as normas para a pesquisa envolvendo seres humanos, contidas na resolução nº 196/96 (BRASIL, 1996), especialmente no que diz respeito ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo a inteira liberdade de participar ou não da pesquisa. A pesquisadora levou ainda em consideração os aspectos éticos contemplados no Capítulo III – do ensino, da pesquisa e da produção técnico-científica – da Resolução do COFEN nº 311/2007, que aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Portanto, a permissão para a pesquisa foi legalizada por todos os sujeitos voluntários, através de sua assinatura no TCLE.

## **5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS**

A coleta foi realizada durante o período de 14/03/11 a 18/03/11, na Associação de Apoio aos Portadores de Câncer de Mossoró e Região (AAPCMR)/Liga Mossoroense de Estudos e Combate ao Câncer (LMECC).

A amostra foi composta por 6 profissionais de Enfermagem, sendo 1 enfermeiro e 5 técnicos de enfermagem, que trabalham na unidade de cuidados paliativos e que praticam a terapia paliativa no seu dia a dia, nos turnos da manhã, da tarde e da noite, totalizando 6 entrevistados.

Foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado, baseado em questões pertinentes ao tema. Todos os sujeitos participantes da pesquisa foram informados, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sobre sua possibilidade, em qualquer momento, de desistir ou não da pesquisa, logo após assinaram o termo de compromisso, e a entrevista foi registrada através de um aparelho gravador de voz. Posteriormente, a entrevista foi transcrita fidedignamente das falas dos entrevistados, com todas as pausas, pontos e emoções.

Todos os sujeitos que participaram da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficaram com uma cópia, como também o responsável pela pesquisa, os quais ficarão arquivados durante cinco anos.

Durante a entrevista, não houve nenhum tipo de empecilho, até porque, para sua realização, foi preparado um pré-agendamento, no horário de intervalo de trabalho dos entrevistados.

A primeira etapa do roteiro de entrevista semiestruturado avalia a caracterização da amostra a ser investigada. A amostra foi composta de 5 técnicos de enfermagem, sendo 2 do



sexo masculino e 3 do sexo feminino e uma enfermeira especialista em oncologia. As idades dos sujeitos da pesquisa ficaram compreendidas entre 23 e 48 anos, aos quais foram atribuídos pseudônimos por nomes de flores a cada um dos entrevistados.

As entrevistas foram realizadas em uma sala fechada, onde só estava o sujeito entrevistado e a entrevistadora, conforme combinado com a assistente social (gerente), em uma sala disponível, com duração aproximada de 30 minutos, para garantir a privacidade do entrevistado.

Ao término da coleta e transcrição da mesma, a análise foi realizada à luz do referencial de Lefèvre, do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). A opção por esse tipo de análise se deu por tratar da representação social, ou seja, primeiro que é uma abordagem qualitativa, que permitiu avaliar a subjetividade, abstraindo a percepção dos profissionais de enfermagem que trabalham com pacientes sem possibilidade de cura sobre as terapêuticas em cuidados paliativos.

Durante a apuração dos dados, foram abstraídas ideias centrais sobre cada pergunta a ser investigada, relacionando com expressões-chaves, elaborando-se, logo após, as ancoragens representando a coletividade sobre o tema que foi investigado.

## 5.1 DADOS RELACIONADOS À PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS NO CUIDAR DE PACIENTES ONCOLÓGICOS SEM POSSIBILIDADES DE CURA.

Neste item, os dados foram analisados segundo o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), a partir dos discursos dos profissionais de enfermagem entrevistados, realizando-se a conexão das ideias centrais que foram encontradas, as quais se encontram em forma de quadros, que destacam as palavras-chave e fundamentadas à luz da literatura compatível ao assunto.

Quadro 1 - Ideias centrais I e II, expressões-chave e Discurso do Sujeito Coletivo, respondendo ao questionamento: Na sua percepção o que são cuidados paliativos?

<b>Ideia Central I</b>	<b>Expressões-chave</b>	<b>Discurso do Sujeito</b>
<p>possibilidades</p>		<p>São cuidados para pacientes            “São aqueles            pacientes que            São cuidados            prestados ao            fora de possibilidades            estão fora de</p> <p>paciente portador de            câncer,</p>

	um estado de fase terminal, que não tem condições de fazer cirurgia, quimioterapia ou radioterapia (...)" Lírrio.	
<b>Ideia Central II</b>	<b>Expressões-chave</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo</b>
Assistência domiciliar	<p>"(...) a gente vai na casa do paciente e avalia seu quadro e comunica ao seu médico assistente". Jasmim.</p> <p>"São aqueles que a gente pode oferecer ao paciente em sua residência (...)". Acácia.</p> <p>"(...) Então home care passa a visitá-lo em sua residência (...)". Girassol.</p> <p>"São cuidados que a gente presta na casa do paciente terminal (...)". Azaleia.</p> <p>"É quando a gente chega na residência do paciente, encontra o paciente debilitado, às vezes até abandonado pela família, a gente vai e dar assistência, hidratar o paciente desidratado (...)". Lírrio.</p>	São cuidados oferecidos ao paciente terminal, em sua residência, de acordo com o diagnóstico médico, para que ele tenha um pouco mais de conforto e alívio daquele sofrimento e melhorar a qualidade de vida.

Fonte: Entrevista direta (2011).

Quando analisados, não se houve diferença significativa entre as respostas quanto à ideia central I. Pode-se observar que a equipe de enfermagem de cuidados paliativos atribuiu, em sua percepção, que os cuidados paliativos estão restritos aos pacientes sem possibilidades de cura.

É interessante observar que, nos discursos dos profissionais de enfermagem, na ideia central I, quando o médico desvenda o prognóstico de não possibilidades de cura, foi perceptível que os cuidados prestados então, não se centram na doença, mas sim na prevenção e alívio dos sintomas causados pela doença avançada, melhorando, assim, a qualidade de vida dos pacientes.

Foi notório também, mediante a ideia I para a percepção de cuidados paliativos pelos profissionais de enfermagem, um cuidar especial, com apoio emocional e uma assistência de enfermagem sistemática e multidisciplinar.

De acordo com Menezes, Selli e Alves (2009), são cuidados que visam manter a vida do paciente sem possibilidades de cura, atraindo para o enfermo alívio de muito sofrimento. Esse procedimento não se evidencia à cura, mas ao amadurecimento do processo de morrer.

Portanto, foi observado um déficit pela maioria dos profissionais de enfermagem, exceto a enfermeira da equipe, no saber adquirido sobre a totalidade assistencial dos cuidados paliativos. Mesmo assim, inconscientemente são realizados, devido ao prazer que esses profissionais têm em trabalhar com esses pacientes.

Para Piva e Carvalho (2009), quando esclarecido que o paciente é considerado em fase de morte inevitável ou sem possibilidades de cura, as condutas posteriormente assumidas prevalentes são o princípio da não maleficência, isto é, tomar todas as decisões necessárias junto ao paciente/família, mantendo-se a obrigação ética e moral.

Devemos elucidar primeiro que os cuidados paliativos se remetem aos pacientes sem possibilidades de cura, cuja moléstia não responde mais à terapia curativa. Mas, enquanto tiver vida, há cuidados necessários para essas pessoas. Os cuidados paliativos possuem assistência multidisciplinar, mas os profissionais de enfermagem são os que estabelecem um vínculo maior com eles devido a sua incumbência profissional.

Os cuidados paliativos são de extrema importância devido à crescente ocorrência de casos com enfermidades oncológicas, que proporcionam, em alguns casos, possibilidades terapêuticas sem cura. Esses cuidados visam ao atendimento integral, através do controle ou amenização dos sintomas e sinais físicos. É necessário o resgate urgente do verdadeiro sentido do cuidar e deve-se lembrar de que nem sempre curar é possível.

A maioria dos entrevistados relatou, em sua percepção de cuidados paliativos, que são terapias para pacientes sem possibilidades de cura, até então tem um lado positivista que está fundamentado pela literatura encontrada, mas sabem que a amplitude desses cuidados vai muito além. E foi perceptível que eles não compreendem muito bem, mas que todos são dotados de um chamado vocacionado, isto é, gostam do que fazem e sentem-se realizados, e que, na minha opinião é a força propulsora da essência dos cuidados paliativos.

Sendo assim, é necessário aprender a lidar com as perdas no cuidar paliativo, em um contexto de doença sem prognóstico e resgatar urgentemente este modelo de atenção em terapia paliativa, elucidando todas as hierarquias dos profissionais de enfermagem que lidam com esses pacientes.

Na ideia central II, todos os profissionais de enfermagem afirmam e entendem que os cuidados paliativos são prestados no âmbito domiciliar e proporcionam uma ponte entre o hospital e a residência dos pacientes oncológicos sem possibilidades de cura.

Sobre essa questão, Kovács (2009) demonstra que o paciente segue com sua terapia paliativa em sua residência, através de uma equipe obstinada a fornecer a continuidade dos procedimentos, com visitas regulares. Se necessário, é providenciada a internação para alívio mais intenso dos sintomas ou para descanso da família.

Em relação à assistência prestada no domicílio do paciente, os profissionais de enfermagem revelaram que são realizados todos os tipos de terapia paliativa, de acordo com a necessidade de cada paciente para proporcionar o conforto necessário. A enfermeira da equipe entra em contato com médico oncologista assistente e, assim, ele orienta e dá as instruções do atendimento. Isso enfatiza o atendimento multidisciplinar. De acordo com Silva et al (2010), a atenção domiciliar quase sempre se orienta para a desospitalização, diminuição de custo, prevenção de riscos, assistência multidisciplinar e humanização da assistência.

A concepção abstraída sobre assistência domiciliar nos cuidados paliativos, de acordo com os entrevistados, está destinada aos pacientes que se encontram com a patologia oncológica avançada, sem possibilidades terapêuticas, já estão bastante debilitados, abandonados pela própria família ou estão impossibilitados de serem hospitalizados. Esta opção poderia agravar o estado do paciente, pois o apoio psicológico emocional é um dos primórdios da assistência paliativa. De acordo Chaves e Massarollo (2009), a assistência domiciliar proporciona aos pacientes e seus familiares um ambiente psicológico favorável à saúde, uma vez que traz benefícios aos envolvidos e aderência melhor ao tratamento.

Quadro 2 - Ideias centrais III e IV, expressões-chave e Discurso do Sujeito Coletivo, respondendo aos questionamentos: Que tipo de benefício você acha que os cuidados paliativos trazem para a família? Que tipo de benefício, você acha que os cuidados paliativos trazem para o paciente?

<b>Ideia Central III</b>	<b>Expressões-Chave</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo</b>
Alívio da dor, conforto, apoio emocional e melhora da qualidade de vida.	<p>“(…) melhor conforto para o paciente que está fora de possibilidade terapêutica”. Jasmim.</p> <p>“O nosso atendimento é visando à melhoria da qualidade de vida, seja através de hidratação, apoio emocional e principalmente do alívio da dor (…)”. Orquídea.</p> <p>“Na minha vista são que vai se sentir mais confortável, não se sentem abandonado</p>	O nosso atendimento é visando à melhoria da qualidade de vida dos pacientes que estão fora de possibilidades terapêuticas, dando uma atenção maior a sua queixa, seja através de hidratação, apoio emocional, conforto e principalmente alívio da dor.

	<p>(...)”. Girassol.  “São vários benefícios, como: confiança, assistência e melhoria da qualidade de vida, conforto, segurança (...)”. Azaleia.  “Como eu já disse né, o conforto (...)”. “A gente tá dando uma atenção maior com aquela queixa (...)”. Lírio.  “Eles se sentem muito confortável (...)”. Acácia.</p>	
<b>Ideia Central IV</b>	<b>Expressões-Chave</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo</b>
Orientações para o manejo com o paciente, como também confiança, segurança e gratidão.	<p>“(…) Orienta a família como eles lidarem com o paciente e fica muito grato pela nossa visita”. Jasmim.  “(…) segurança muito grande para a família, elas confiam muito (...)”. Orquídea.  “A questão do respeito ao paciente e também a família muitas vezes não tem condição de cuidar do paciente (...)”. Girassol.  “Conforto, segurança, responsabilidade e confiança né (...)”. Azaleia.  “(…) Tanto agente ensina como agente aprende (...) acho que tem mais a questão do conforto, reagem melhor a doença”. Lírio.  “(…) se sentem muito grato a assistência prestada pelo home care, muitos se interessam em aprender como cuidar”. Acácia.</p>	Orienta a família como eles lidarem com o paciente, tanto agente ensina como agente aprende. Se sentem muito gratos, confiantes e seguros, reagindo melhor à doença.

Fonte: Entrevista direta (2011).

Na ideia central III, quanto aos benefícios dos cuidados paliativos na vida dos pacientes sem possibilidades de cura, todos mencionaram alívio da dor, conforto, apoio emocional e melhora da qualidade, que se inserem no cuidar paliativo, isto é, a assistência daí por diante é investigar minuciosamente todos os sinais e sintomas demonstrados pelo paciente, na intenção de aliviar ou evitar sofrimento.

A dor oncológica é o sintoma mais intenso e crônico nesses pacientes, pode ser algo muito subjetivo, mesmo através de estratégias como os usos da escala da dor, jamais alcançarão a sua totalidade, uma vez que, misteriosamente, existem pacientes que não demonstram esses sintomas ou sinais, para se fechar o diagnóstico em nível de dor e com isso adequar a terapia. Por isso, Pessini e Bertachini (2009) dizem que estabelecer a comunicação e um vínculo com paciente é indispensável, pois, através dessas duas ações, podemos entender por detrás de palavras soltas, todas as emoções que podem ser captadas e indicativas para dor, consequentemente proporcionam alívio da dor, conforto, apoio emocional e melhora da qualidade de vida.

Confrontando o referencial de Pessini e Bertachini (2009) com a assistência paliativa, foi observado que isso é implementado na instituição da pesquisa. Percebe-se que a terapia de enfermagem paliativa é realizada de forma sistemática e prioritária, sempre adicionado dos princípios dos cuidados paliativos, como por exemplo: cuidado específico com a ferida oncológica, aplicação de escalas da dor para a detecção, aconselhamento, apoio espiritual, dar banho, técnicas muito boas e precisas, ressaltando, ainda, que é um aprendizado interior de momento único e de valor imenso para nossas vidas.

Em relação aos benefícios para a família, estabelecida na ideia central IV, os profissionais de enfermagem listam as orientações para o manejo com o paciente, como também confiança, segurança e gratidão, e todos afirmam ser de grande importância, pois esses benefícios são compatíveis com as literaturas encontradas. Pessini e Bertachini (2009) versam que família em sua interação e o interesse em melhorar a situação do parente acometido pela moléstia é um elo entre o cuidador da equipe paliativa, pois são eles que ensinam e orientam quanto ao que fazer quando estão ausentes, que é muito importante para o paciente, pois eles se sentem mais seguros, transferem confiança e são gratos aos profissionais de enfermagem.

As famílias se sentem aliviadas por serem instruídas de alguma situação na qual eles podem se deparar, mas de imediato a higiene, a nutrição do paciente e os horários das medicações são indispensáveis e, em consonância com o paciente, o mesmo se sente seguro, confortável e adere melhor ao tratamento, pois o apoio familiar para o paciente é de grande valor pessoal, uma vez que ele não se sente sozinho.

Quadro 3. Ideias Centrais V e VI, expressões-chave e Discurso do Sujeito Coletivo respondendo aos questionamentos: Como você definiria a resposta do paciente aos cuidados paliativos? Como você definiria a resposta da família aos cuidados paliativos?

<b>Ideia Central V</b>	<b>Expressões-chave</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo</b>
Resolutividade e gratidão	<p>“Eles sempre agradecem..., eles sempre entendem, pois sempre no outro dia o paciente esta melhor (...)”. Jasmim.</p> <p>“Muito boa. Por que eu vejo que eles agradecem muito (...) então a resolutividade é muito rápida graças aos nossos serviços (...)”. Orquídea.</p> <p>“Eu percebo assim que eles se sentem satisfeito, grato, porque a gente faz os cuidados (...)”. Girassol.</p> <p>“Alívio, gratidão, eles são muito gratos por serem assistido por a gente (...)”. Azaleia.</p> <p>“A gente sente que faz bem aquela atenção (...)”. Lírio.</p> <p>“Se sentem muito grato, aliviamos a dor, pois muitas vezes a gente chega na casa do paciente e eles estão em gritos de dor (...)”. Acácia.</p>	Muito boa. Por que eu vejo que eles agradecem muito, pois sempre no outro dia o paciente esta melhor. Eu percebo assim que eles se sentem satisfeito, gratos, porque agente faz os cuidados, a resolutividade é muito rápida graças aos nossos serviços.
<b>Ideia Central VI</b>	<b>Expressões-chave</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo</b>
Segurança, gratidão e alívio.	<p>“Gratos pelas visitas por cuidar do familiar, se sentem também aliviados e seguros (...)”. Jasmim.</p> <p>“Esses é que agradecem, por quê? Porque a gente gera uma segurança e alívio (...)”. Orquídea.</p> <p>“Também se sentem muito satisfeito, muito agradecidos com os cuidados que agente oferece. Eles se sentem um pouco mais tranquilos e seguros (...)”. Girassol.</p> <p>“Gratidão por verem seu familiar sendo bem cuidado (...)”. Azaléia.</p> <p>“(…) a gente trabalhando, eles acham que tem que tá</p>	Esses é que agradecem, são gratos pelas visitas por cuidar do familiar, se sentem também satisfeitos aliviados e seguros. A família acha nosso trabalho muito bonito, a gente trabalhando, eles acham que tem que tá agradando, toda casa que a gente chega tem um presente esperando, é uma recepção maravilhosa.



	<p>agradando, toda casa que a gente chegava tinha um presente esperando era uma recepção maravilhosa”. Lírio. “A família acha nosso trabalho muito bonito e se sentem muito gratos e agradecidos (...)”. Acácia.</p>	
--	--	--

**Fonte:** Entrevista direta (2011).

Na ideia central V, caracterizada pela resolutividade e gratidão, diante da resposta do paciente aos cuidados paliativos, pela eficiência da assistência prestada, relatados de acordo com os profissionais de enfermagem envolvidos na pesquisa, que a sua aplicação proporciona uma melhoria da qualidade de vida do paciente, bem como precisão das ações e conhecimento das principais necessidades do paciente, na tentativa de oferecer um cuidado específico. A gratidão é sempre percebida, pois proporciona melhora do paciente e eles se sentem mais felizes e seguros quanto ao compromisso da equipe de cuidados paliativos.

Quanto maior o número de necessidades afetivas causadores de sofrimento devido à doença atendida e posteriormente suprimida, maior é a gratidão dos pacientes aos profissionais que planejam toda a assistência, adequando-se a cada tipo de patologia oncológica acometida. Alguns autores comentam essas características sobre a resolutividade relevante nos cuidados paliativos, que visa a propiciar uma recuperação mais rápida do paciente, que ficam gratos por estarem juntos de seus familiares (PESSINI; BERTACHINI, 2009).

Já na ideia central VI, na resposta da família aos cuidados paliativos, podemos observar a descrição, segundo relatos dos profissionais de enfermagem pesquisados da equipe de cuidados paliativos. Todos revelam segurança, gratidão e alívio devido à sensibilidade no atendimento, estabelecimento de vínculos com a família e confiança resultando em cuidado holístico. Diversos autores relacionam, afirmando que os cuidados paliativos é um cuidar de visão holística. Na perspectiva de Pessini e Bertachini (2009), implica acolhimento e confiança, estabelecimento de vínculos como segurança, gratidão e atitudes de compaixão.

Todos os profissionais de enfermagem da unidade de cuidados paliativos oferecem esse tipo de apoio devido ao amor por sua profissão, que envolve as dimensões física, psicológica, cultural, social, cognitiva e humanística. O cuidado paliativo é muito técnico, preciso, mas, acima de tudo, a capacidade de compreender o ser humano, perceber como ele está em sua concepção e como desenvolve sua autonomia e construir sua própria história de vida.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização desta pesquisa, conseguiu-se alcançar o objetivo de compreender a percepção dos profissionais de enfermagem quanto aos cuidados paliativos no cuidar de pacientes oncológicos sem possibilidades de cura. Partindo do princípio em observância de que este cuidar é voltado a uma atenção especial, dentro de uma visão holística aos pacientes e seus familiares. Através de uma assistência multidisciplinar na detecção precoce dos sinais e sintomas com resolutividade, enfatiza-se a atenção ao apoio psicológico e emocional.

Pode ser observado que os cuidados paliativos ultrapassam a essência prática da medicina curativa, em que, muitas vezes não é a vontade do paciente na condição em que se encontra e sim de aliviar e tratar os sintomas, havendo a necessidade da instrução no saber dessa assistência paliativa por parte de toda equipe envolvida no atendimento dos pacientes oncológicos sem possibilidades de cura.

No desenvolvimento da pesquisa, pôde-se depreender a necessidade relevante em alguns cuidadores na compreensão do processo de morte e morrer, que é um dos pontos indispensáveis e um paralelismo com a evolução da doença e que os profissionais de enfermagem devem ser esclarecidos.

A concepção dos profissionais de enfermagem foi de extrema importância para o banco de dados da pesquisa científica e para a consolidação do entendimento do processo de trabalho da equipe de cuidados paliativos, pois revelaram a preocupação constante em disponibilizar uma melhor e adequada assistência de enfermagem, permitindo aos pacientes e seus familiares uma melhor qualidade de vida, pois proporciona conforto e alívio do sofrimento.

No entanto, pode-se abstrair que a seleção criteriosa desses profissionais é um dos primeiros pontos a serem avaliados, e que, durante a pesquisa, foi perceptível que todos são sensíveis a um trabalho de acolhimento diferenciado, isto é, eles amam o que fazem e deixaram transparecer que, o cotidiano da realização do seu trabalho, é gratificante, devido à agudez de espírito percebida, em cada um dos entrevistados, quanto ao ser humano. Essa apreensão foi de bastante importância para o aprendizado interior e que remete estritamente a filosofia dos cuidados paliativos.

No entanto, foi notório que os profissionais de enfermagem associam os cuidados paliativos restritos aos pacientes oncológicos sem possibilidades de cura, através de uma assistência domiciliar, proporcionando conforto, principalmente o alívio da dor, que é umas

das principais queixas dos pacientes, e elucidação sobre a evolução da moléstia, adicionado de um apoio psico-espiritual.

Foi percebida também uma carência sobre o conhecimento abrangente da essência dos cuidados paliativos por parte dos profissionais de enfermagem, exceto a enfermeira da equipe, como já havia mencionado durante a discussão dos dados, uma vez que os mesmos executam esses cuidados, mas com um déficit no saber/fazer.

Portanto, este estudo abre a oportunidade de sugerir cursos de capacitação sobre todo o contexto, filosofia e tipos dos cuidados paliativos para melhor assimilação, processo de morte e morrer para a compreensão dos fenômenos que os antecedem, para, com isso, os profissionais de enfermagem explorem o potencial que já possuem.

O resultado deste estudo permitiu perceber a importância dos cuidados paliativos na vida dos pacientes portadores de doenças oncológicas sem possibilidades de cura, durante os relatos dos sujeitos entrevistados.

Percebe-se, com contentamento, um elo entre o paciente/família e o cuidador como uma oportunidade de se aceitar melhor e se descobrir, na condição de sem possibilidades de cura, que é a essência da terapia paliativa, e que isso resulta em aumento da qualidade de vida, gratificação recíproca tanto por parte dos profissionais como dos pacientes/famílias.

No entanto, concretiza-se que os cuidados paliativos é uma abordagem inovadora e beneficiadora de terapêutica na vida dessas pessoas, ressaltando, a todo o momento, a humanização da assistência, principalmente porque ela envolve o lado espiritual, emocional, afetivo, dignificação e ética.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resenha da luta contra o câncer no Brasil**: documento do serviço nacional de câncer. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Medicina. **Código de ética médica**: Resolução CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso). Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **História do INCA**. [S.l: s.n.], 2010a.

BRASIL, Ministério da saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão nacional de ética em pesquisa. Resolução n. 196, de 1996. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996.

CHAVES, Adriano Aparecido Bezerra.; MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu Braga. Percepção de Enfermeiros sobre dilemas éticos relacionados a pacientes terminais em unidades de terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.43. 2009. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/04.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2010.

CENTRO DE ONCOLOGIA E HEMATOLOGIA DE MOSSORÓ (COHM). **Histórico**. 2007. Disponível em: <<http://www.cohm.com.br/historico.php>>. Acesso em: 13 out. 2010.

DOMINGUES, Luís. Novo código de ética médica: o que muda na relação médico/paciente. **Movimento Médico**, Pernambuco, ano 7, n.16, maio/jun./jul. 2010.

FLORIANI, Ciro Augusto. **Moderno movimento hospice**: fundamentos, crenças e contradições na busca da boa morte. Tese (Doutorado em Saúde Pública ) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

KOVÁCS, Maria Júlia. Autonomia e o Direito de Morrer com Dignidade. **Revista Bioética**, América do Norte, v.6, nov. 2009. Disponível em: <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/viewArticle/326](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewArticle/326)>. Acesso em: 04 out. 2010.

KÜBLER-ROSS, Elizabeth. **Sobre a morte e o morrer**. 8. ed. São Paulo: Martins fonte, 2005.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Maria Eva. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C.; TEIXEIRA, J. J.V. **O Discurso do Sujeito Coletivo**: Uma nova abordagem Metodológica em Pesquisa Qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

LIMA, Aline Camilo; SILVA, José Augusto de Souza; SILVA, Maria Julia Paes. Profissionais de saúde, cuidados paliativos e família: revisão bibliográfica. **Cogitare Enfermagem**, América do Norte, v.14, set. 2009. Disponível em:< <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/15630/10401>>. Acesso em: 02 out. 2010.

MENEZES, Rachel Aisengart. Assistência em saúde a situações terminais: entre práticas médicas e crenças religiosas. **RECIIS**, América do Norte, v.4, jun. 2010. Disponível em:< <http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/383/593>>. Acesso em: 02 out. 2010.

MENEZES, Milene Barcellos.; SELLI, Lucilda.; ALVES, Joseane de Souza. Distanásia: percepção dos profissionais da enfermagem. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, São Paulo, v.17, jul. 2009. Disponível em <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/pt\\_02.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/pt_02.pdf)>. Acesso em: 24 abr. 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 26. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007

MORITZ, Rachel Duarte et al. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v.20, dez. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rbti/v20n4/en\\_v20n4a16.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbti/v20n4/en_v20n4a16.pdf)>. Acesso em: 20 out. 2010.

NOGUEIRA, Ana Claudia Correia Nogueira; SILVA, Letícia Batista. Saúde, gênero e Serviço Social: contribuições sobre o câncer e saúde da mulher. **Revista Vértices**, Campos dos Goytacazes, RJ, v. 11, jan. 2009. Disponível em: <<http://essentiaeditora.iff.edu.br/index.php/vertices/article/view/8/3>> Acesso em: 16 out. 2010.

OLIVEIRA, Aline Cristine; SILVA, Maria Júlia Paes. Autonomia em cuidados paliativos: conceitos e percepções de uma equipe de saúde. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, v.23, 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/10.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2010.

PESSINI, Léo. Distanásia: Até quando investir sem agredir? **Revista Bioética**, América do Norte, v.4, nov. 2009. Disponível em: <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/394/357](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/394/357)> . Acesso em: 29 out. 2010.

PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana (Org.). **Humanização e cuidados paliativos**. 4. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2009.

PIVA, Jefferson Pedro.; CARVALHO, Paulo R. Antonacci. Considerações Éticas nos Cuidados Médicos do Paciente Terminal. **Revista Bioética**, Brasília, v.1, n.2, nov. 2009. Disponível em: <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/491/308](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/491/308)>. Acesso em: 01 maio 2011.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl T.; HUNGLER, Bernardette P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POLIT, Denise. F. HUNGLER, Bernardette. F. **Fundamentos da pesquisa em Enfermagem**. 3.ed. Porto Alegre: Artes Medicas, 1995.

PINTO, Flávia Cristina Morone.; CORRÊA, Sancler Luiz Doria Grammatico.; KASTRUP NETO, Luíz Carlos. Aspectos psicossociais associados ao câncer de mama e à qualidade de vida. **Revista Nursing**, Brasil, ano11, mar. 2009.

RIOS, Izabel Cristina. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Revista brasileira de educação médica**, São Paulo, v.33, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n2/13.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2010.

SANTANA, Júlio César Batista et al. Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem. **Revista Bioethikos Centro Universitário São Camilo**, São Paulo, v.3, mar. 2009. Disponível em: <<http://www.saocamilosp.br/pdf/bioethikos/68/77a86.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2010

SILVA, Kênia Lara et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecno-assistencial. **Revista Saúde Pública**, Belo Horizonte, v.44, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v44n1/18.pdf>>. Acesso em: 29 mar. 2011.

SMELTZER, Suzanne C. et al. **Brunner e Suddarth**: tratado de enfermagem médico-cirúrgico. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SOUSA, Alana Tamar Oliveira et al. Cuidados paliativos: produção científica em periódicos online no âmbito da saúde. **Revista de Enfermagem UFPE**, América do Norte, v.4, mar. 2010. Disponível em: <[http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/610/pdf\\_62](http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/610/pdf_62)>. Acesso em: 08 nov.2010.

VIEIRA, Fabíola Sulpino.; ZUCCHI, Paola. Demandas judiciais e assistência terapêutica no sistema único de saúde. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.55, nov. 2009. Disponível em: <<http://essentiaeditora.iff.edu.br/index.php/vertices/article/view/8/3>>. Acesso em: 03 nov.2010.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa intitulada **CUIDADOS PALATIVOS: percepção dos profissionais de Enfermagem no cuidar de pacientes oncológicos sem possibilidades de cura** está sendo desenvolvida por Karla Regina Figueirôa Batista (pesquisadora participante), aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró-RN – FACENE/RN, sob a orientação da Professora **Lorrainy da Cruz Solano** (pesquisadora responsável). Apresenta como objetivos gerais: Analisar a percepção dos profissionais de enfermagem que atuam com pacientes oncológicos terminais sobre cuidados paliativos, objetivos específicos: Averiguar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre cuidados paliativos, investigar como os profissionais de enfermagem avaliam os cuidados paliativos, analisar na concepção dos profissionais de enfermagem sobre as respostas dos pacientes e dos familiares aos cuidados paliativos.

O interesse pela temática surgiu enquanto aluna do curso de graduação em Enfermagem, percebi a necessidade de investigar o significado atribuído aos cuidados paliativos pela equipe de enfermagem que atuam com pacientes oncológicos sem possibilidades de cura. Assim, a realização do TCC (Trabalho de Conclusão de Curso) revelou a oportunidade propícia para responder ao seguinte questionamento: Qual a percepção dos profissionais de enfermagem no cuidar de pacientes oncológicos sem possibilidades de cura? A pesquisa será realizada no Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró, com os profissionais de enfermagem que atuam no cuidar de pacientes oncológicos sem possibilidade de cura.

Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurado sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma em qualquer etapa de seu desenvolvimento. Salientamos, ainda, que não será efetuada nenhuma forma de gratificação pela sua participação.

Ressaltamos que os dados serão coletados através de um instrumento, em que o senhor (a) responderá inicialmente a algumas perguntas sobre dados pessoais a fim de caracterizarmos a amostra desta pesquisa. Em seguida uma entrevista, que será composta de perguntas abertas que responderão ao objetivo proposto. Os dados serão coletados a partir da entrevista, a qual será gravada, e os dados coletados farão parte de um trabalho de conclusão de Curso (TCC). Solicito sua autorização para apresentar e divulgar os resultados em eventos



científicos, periódicos e outros tantos em nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do (a) senhor (a) será mantido em sigilo.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

Os pesquisadores estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Informamos que o referido estudo não apresenta nenhum risco aparente aos seus participantes.

Diante do exposto, agradecemos à contribuição do (a) senhor (a) na realização desta pesquisa.

---

---

Eu, \_\_\_\_\_,  
RG: \_\_\_\_\_, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de  
minha participação na pesquisa e concordo em participar. Declaro também que as  
pesquisadoras me informaram que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da  
FACENE<sup>1</sup>.

Estou ciente de que receberei uma cópia deste documento, assinado por mim e pelas  
pesquisadoras.

Mossoró, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2011

---

Profª Ms. Lorrainy da Cruz Solano  
Pesquisadora Responsável<sup>2</sup>

---

Karla Regina Figueirôa Batista  
Pesquisadora Participante

---

Participante da Pesquisa

---

<sup>1</sup> Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba – Brasil CEP.: 58.067-695 - Fone/Fax : +55 (83) 2106-4777

<sup>2</sup> Av. Presidente Dutra, 701 Alto de São Manoel – Mossoró/RN CEP 59628-000 Fone/Fax : (84) 3312-0143 E-mail: [lsolano@facenemossoro.com.br](mailto:lsolano@facenemossoro.com.br).

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

**ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

Entrevista n°: \_\_\_\_\_

**1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA**

1.1 Sexo: MasculinoFeminino

1.2 Idade: 23-30 anos 30-35 anos 35- 40 anos > 40 anos

1.3 Tempo de Formação: 1 a 5 anos 6 a 10 anos 11 a 15 anos>15 anos

1.4 Tempo de atuação na área: 1 a 3 3 a 6 6 a 9 10 >

1.5 Nível de Educação em Enfermagem (Titulação):

Técnico-enfermagem Enfermeiro Enf. Especialista Mestre em Enfermagem.

Doutorado em Enfermagem.

**2. DADOS REFERENTES AO TEMA DA PESQUISA.**

2.1 Na sua percepção o que são cuidados paliativos?

---

---

---

2.2 Que tipo de benefício você acha que os cuidados paliativos trazem para o paciente?

---

---

---

2.2.1 Que tipo de benefício, você acha que os cuidados paliativos trazem para a família?

---

---

---

2.3 Como você definiria a resposta do paciente aos cuidados paliativos?

---

---

---

2.3.1 Como você definiria a resposta da família aos cuidados paliativos?

---

---

---

## **ANEXO**

