

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ
NÚCLEO DE PESQUISA E EXTENSÃO ACADÊMICA – NUPEA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

REBECA MEDEIROS MAIA

**A VISÃO DOS FAMILIARES PERANTE A ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
A PACIENTES FORA DE POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS: REVISÃO
INTEGRATIVA**

MOSSORÓ/RN
2020

REBECA MEDEIROS MAIA

**A VISÃO DOS FAMILIARES PERANTE A ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
A PACIENTES FORA DE POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS: REVISÃO
INTEGRATIVA**

Monografia apresentada à Faculdade Nova
Esperança de Mossoró – FACENE/RN – como
requisito obrigatório para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a: Me. Giselle dos Santos
Costa Oliveira

MOSSORÓ/RN
2020

Faculdade Nova Esperança de Mossoró/RN – FACENE/RN.
Catalogação da Publicação na Fonte. FACENE/RN – Biblioteca Sant'Ana

M217v Maia, Rebeca Medeiros.

A visão dos familiares perante a assistência multiprofissional a pacientes fora de possibilidades terapêuticas: revisão integrativa / Rebeca Medeiros Maia. – Mossoró, 2020.

37 f. : il.

Orientadora: Prof^ª. Ma. Giselle dos Santos Costa Oliveira.
Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade

Nova Esperança de Mossoró.

1. Cuidados paliativo. 2. Equipe de assistência ao paciente.
3. Família. I. Oliveira, Giselle dos Santos Costa. II. Título.

CDU 616-083

REBECA MEDEIROS MAIA

**A VISÃO DOS FAMILIARES PERANTE A ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
A PACIENTES FORA DE POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS: REVISÃO
INTEGRATIVA**

Monografia apresentada à Faculdade Nova
Esperança de Mossoró – FACENE/RN – como
requisito obrigatório para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 30 / 11 / 2020

BANCA EXAMINADORA

Giselle dos Santos Costa Oliveira

Profa.: Ma. Giselle dos Santos Costa Oliveira
(FACENE/RN)

Cindy Damaris Gomes Lira Barbosa

Profa.: Ma. Cindy Damaris Gomes Lira
(FACENE/RN)

Joseline Pereira Lima

Profa.: Ma. Joseline Pereira Lima
(FACENE/RN)

AGRADECIMENTOS

Agradecer é difícil, pois muitas pessoas se fizeram presentes durante minha trajetória para que eu chegasse até aqui, citar todas elas seria impossível, sei que todas foram de alguma forma usadas por Deus, para tornar o caminhar mais leve e mais cheio de amor, por isso agradeço primeiramente a Ele. Agradeço imensamente a minha filha Maria Luna, pois foi por ela e para ela que resolvi fazer Enfermagem, agradeço também a minha mãe e irmã que sempre me apoiaram e impulsionaram a correr atrás dos meus sonhos. Ao meu marido e minha sogra por todo o apoio e por acreditarem em mim até quando eu não acreditava. Agradeço aos amigos, que estiveram nessa jornada comigo nesses quase quatro anos, em especial a uma que foi minha companhia em inúmeras madrugadas, e que é responsável em grande parte por eu estar escrevendo esses agradecimentos hoje, Juliana. Agradeço também aos mestres que a FACENE/RN colocou em meu caminho, tudo que sei devo a eles, obrigada por todos os ensinamentos e os conhecimentos compartilhados. Gratidão em especial a minha mestra e orientadora Giselle, que com todo carinho e paciência, me ajudou na construção desse trabalho, não teria conseguido sem você, obrigada por não ter desistido de mim! Enfim, agradeço a todos que direta ou indiretamente me ajudaram nessa jornada.

Entrega o teu caminho ao Senhor; confia nele,
e ele tudo fará. (Salmos 37:5)

RESUMO

Os cuidados paliativos são métodos de assistência que tem por finalidade promover conforto e qualidade de vida a pacientes e seus familiares. Na abordagem paliativista, o envolvimento da família é primordial, pois esta exerce um importante papel no desenvolvimento dos indivíduos. A presente pesquisa realizou uma revisão integrativa acerca da visão dos familiares perante a assistência multiprofissional a pacientes fora de possibilidades terapêuticas. Quanto aos critérios de inclusão, foram incluídos artigos completos disponíveis eletronicamente, no idioma português, no período de janeiro de 2013 a novembro de 2020, e que apresentaram a temática proposta no título do projeto, no resumo ou nos descritores da pesquisa. Constituíram como critérios de exclusão: artigos que não estavam completos, artigos que estavam em idiomas divergentes do português, artigos que antecederam o ano de 2013 e aqueles que não abordavam diretamente a temática proposta no projeto. O levantamento dos artigos foi realizado entre os meses de agosto a novembro de 2020 e como estratégia de pesquisa, foram utilizados artigos da SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). Durante a pesquisa, foi utilizado o operador booleano AND e os descritores entrecruzados foram: “cuidados paliativos”, “equipe de assistência ao paciente” e “família”. Tais descritores foram previamente identificados através das bases de dados das terminologias em saúde: Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Para a seleção dos artigos, foram desenvolvidas quatro fases. Ao final, apenas 5 artigos científicos foram incluídos no estudo. Foram extraídas informações para a caracterização dos mesmos, como: Descrição dos títulos, periódico, ano, tipo de estudo, amostra e objetivo das publicações. Ao analisarmos a pesquisa, é possível notar a confirmação da hipótese; a mesma fala que as evidências científica sobre a visão dos familiares perante a assistência multiprofissional a pacientes fora de possibilidades terapêuticas é insatisfatória, pois a equipe não dá o suporte necessário. Durante as análises de literatura, nos depoimentos analisados, a equipe multidisciplinar por vezes se encontra despreparada para o prognóstico vivido pelo paciente e seus familiares, é possível perceber um certo desapontamento mediante a necessidade de comunicação que o momento exige, muitas vezes por falta de arranjo da equipe e em outras pela carência de humanização na assistência prestada. Concluiu-se então, que há uma enorme necessidade de aprimoramento dos profissionais de saúde, para que os mesmos possibilitem aos pacientes, conforto e segurança durante o processo de fim de vida.

Palavras-chave: Cuidados paliativo. Equipe de assistência ao paciente. Família.

ABSTRACT

Palliative care is a method of assistance that aims to promote comfort and quality of life for patients and their families. In the palliative approach, family involvement is paramount, as it plays an important role in the development of individuals. This research carried out an integrative review about the family members' view of multiprofessional assistance to patients out of therapeutic possibilities. As for the inclusion criteria, complete articles were available, available electronically, in the Portuguese language, from January 2013 to November 2020, and which presented the theme proposed in the title of the project, in the abstract or in the research descriptors. Exclusion criteria were: articles that were not complete, articles that were in languages other than Portuguese, articles that preceded the year 2013 and those that did not directly address the theme proposed in the project. The survey of the articles was carried out from August to November 2020 and as a research strategy, articles from SCIELO (Scientific Electronic Library Online) and LILACS (Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences) were used. During the research, the Boolean operator AND was used and the intertwined descriptors were: “palliative care”, “patient care team” and “family”. Such descriptors were previously identified through the health terminology databases: Health Sciences Descriptors (DeCS). For the selection of articles, four phases were developed. In the end, only 5 scientific articles were included in the study. Information was extracted for their characterization, such as: Description of titles, journal, year, type of study, sample and purpose of publications. When analyzing the research, it is possible to note the confirmation of the hypothesis; the same says that the scientific evidence on the view of family members in the face of multiprofessional assistance to patients out of therapeutic possibilities is unsatisfactory, as the team does not provide the necessary support. During the analysis of literature, in the testimonies analyzed, the multidisciplinary team is sometimes unprepared for the prognosis experienced by the patient and his family, it is possible to perceive a certain disappointment due to the need for communication that the moment requires, often due to lack of arrangement team and others due to the lack of humanization in the assistance provided. It was concluded, then, that there is an enormous need for improvement of health professionals, so that they provide patients with comfort and safety during the end of life process.

Keywords: Palliative care. Patient care team. Family.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
1.1	JUSTIFICATIVA.....	10
1.2	PROBLEMATIZAÇÃO.....	10
1.3	HIPÓTESE.....	11
1.4	OBJETIVO.....	11
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	12
2.1	ASPECTOS HISTÓRICOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS.....	12
2.2	CARACTERÍSTICAS CONCEITUAIS E FILOSÓFICAS DOS CUIDADOS PALIATIVOS.....	14
2.3	O PAPEL DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NOS CUIDADOS PALIATIVOS.....	16
2.4	O PAPEL DOS FAMILIARES PERANTE A ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL A PACIENTES SEM POSSIBILIDADE DE CURA.....	18
3	METODOLOGIA.....	21
3.1	TIPO DE PESQUISA.....	21
3.2	PESQUISA NA LITERATURA CIENTÍFICA.....	22
3.3	ASPECTOS ÉTICOS.....	24
4	RESULTADOS.....	25
5	DISCUSSÕES.....	28
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
	REFERÊNCIAS.....	32

1 INTRODUÇÃO

Cuidar de indivíduos sem possibilidades de cura, e de seus familiares é um modelo de atenção à saúde que vem sendo denominado de “cuidados paliativos”. A origem desse conceito se deu na Inglaterra, em 1967, quando Cicely Saunders fundou o primeiro “hospice” na cidade de Londres, esse se caracterizava pela assistência multiprofissional prestada a pacientes e seus familiares. Com isso, uma nova filosofia no que se refere à assistência oferecida a pacientes terminais foi criada. No Brasil, em meados dos anos de 1980, o Cuidado Paliativo (CP) apresentou um crescimento significativo, e nas décadas seguintes, se consolidou a partir dos serviços já existentes e a criação de novos centros (RIBEIRO E SOUZA; ANDRADE E LACERDA; LIRA *et al.*, 2017).

Com o crescente número de doenças crônicas, e com aumento na expectativa de vida da população brasileira, percebeu-se uma maior importância nos cuidados paliativos prestados a essa população. Esses cuidados são caracterizados como métodos de assistência que tem por finalidade promover conforto e melhorar a qualidade de vida de pacientes e seus familiares. Assim, se faz necessário uma assistência multiprofissional focada em assistir fisicamente, psicologicamente, socialmente, e espiritualmente pacientes fora de possibilidades terapêuticas, permitindo um maior conforto, e minimizando o sofrimento diante dos prognósticos apresentados (SABINO CAVALCANTI *et al.*, 2018).

Em 2001, surgiram novas iniciativas que fortaleceram a consolidação da assistência paliativa no Brasil. O Instituto Nacional de Câncer (INCA) e o Ministério da Saúde (MS) publicaram um manual referente a cuidados paliativos como forma de divulgar informações e orientar profissionais da saúde que prestam assistência a esses pacientes. Entre as metas estabelecidas estão promover a finitude da vida de forma digna, por meio de uma terapêutica voltada ao controle sintomático e preservação da qualidade de vida, sem prolongamento ou abreviação da sobrevida (CARDOSO *et al.*, 2013).

Neste sentido, a assistência paliativa, por se tratar de uma abordagem complexa e que objetiva atender todas as dimensões do ser cuidado e de seus familiares, prioriza uma equipe multiprofissional, que deve ser composta por enfermeiro, psicólogo, médico, assistente social, farmacêutico, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, dentista e assistente espiritual. Entretanto, para alcançar esse objetivo, torna-se fundamental que o

profissional adote uma postura reflexiva em relação às práticas de cuidado, de modo que as instituições hospitalares visem à dignidade e totalidade do ser humano (CARDOSO *et al.*, 2013).

Na abordagem dos cuidados paliativos, o envolvimento da família é primordial, retomando o sentido de que esta exerce um importante papel no crescimento e desenvolvimento dos indivíduos. Particularmente, quando um indivíduo recebe um diagnóstico de que a doença está fora de possibilidades de cura, sua família sofre com ele, e o impacto é sempre muito doloroso. Em consequência disso, cada família pode manifestar reações distintas, como negação ou aversão ao diálogo (CAVALCANTE *et al.*, 2018).

Assim, um cuidado humanizado, integral e individual não deve ser ofertado somente ao paciente, mas, também, à sua família, no que diz respeito à vivência do seu processo de luto, diminuindo seus medos, angústias e ansiedade. Os familiares tendem a sofrer tanto pela possibilidade da perda iminente, quanto pela sensação de incapacidade diante da situação em que estão vivenciando. A hospitalização do paciente, o retira do seu convívio social, tido por ele, como seguro e constante, e ao ser inserido em um ambiente que se apresenta frio, desconhecido e temeroso, os seus familiares acabam por representar um refúgio e a sua conexão com o mundo exterior (MATOS; BORGES, 2018).

A equipe multiprofissional deve saber respeitar e compreender a importância da família nesse momento, bem como, seus valores e crenças de modo que possam compreender o seu pensar e agir, tendo em vista que um dos aspectos da filosofia paliativista é a assistência holística tanto para o paciente, quanto para os familiares (MATOS; BORGES, 2018).

O cuidado contínuo faz com que haja uma relação muito próxima entre o cuidador e o indivíduo cuidado, e quando se trata de um familiar, o vínculo torna-se maior, de forma que o cuidador está sujeito a uma gama de sentimentos. A comparação e análise minuciosa de alguns discursos possibilitaram descrever o significado e a experiência dos cuidadores diante do impacto da hospitalização e dos cuidados paliativos. Em algumas falas, evidenciou-se desespero, angústia e fragilidade ao depararem-se com este quadro delicado. Destaca-se, nos depoimentos, o sofrimento e a impotência diante da doença, especialmente quando se percebem não podendo interferir para mudar a condição de seu ente ou aliviar sua dor (CAVALCANTE, *et al.*, 2018).

Nessa perspectiva, paliar implica principalmente em estabelecer uma relação interpessoal entre as pessoas que cuidam e as que são cuidadas, deixando as intervenções técnicas em segundo plano. Deste modo, ao focarmos na relação que se estabelece entre as equipes

multiprofissionais e os pacientes, se faz necessário que essas equipes tenham a saúde mental mantida, equilibrada e aprimorada. Pois, o trabalho cuidando de indivíduos no fim de suas vidas, implica em um enorme ganho para esses profissionais, bem como, para o aprimoramento da qualidade dos cuidados prestados aos pacientes e seus familiares como um todo (SILVEIRA; CIAMPONE; GUTIERREZ, 2014).

1.1 JUSTIFICATIVA

Durante a vivência da autora em um Centro Cirúrgico, foi possível que a mesma observasse alguns casos de pacientes sem possibilidade de tratamento. O que a levou a questionar: Como pacientes e seus familiares reagem após um prognóstico negativo. Através deste questionamento em um contexto paliativista, espera-se que este estudo possa proporcionar momentos de reflexão, sobre como os familiares de pessoas sem possibilidades de cura percebem os cuidados prestados por uma equipe multidisciplinar, e através deste buscamos descobrir qual a importância dessa assistência para os pacientes e seus familiares, e se a mesma de alguma forma supre as necessidades apresentadas por esses indivíduos.

Por se tratar de um momento delicado não só para os pacientes, mas também para os familiares, é de suma importância que a equipe multidisciplinar possa desenvolver uma forma mais humanizada de comunicação e de participação durante todo processo, e por se tratar de uma pesquisa que irá proporcionar uma visão ampla a respeito da forma como estão assistindo a esses pacientes, e que mostrará o real impacto que essa assistência humanizada causa, considero a pesquisa, de grande importância para os profissionais de saúde, bem como uma boa contribuição para o meio acadêmico.

1.2 PROBLEMATIZAÇÃO

Diante desse contexto, surgiu a seguinte questão norteadora da pesquisa: Quais as evidências científicas sobre a visão dos familiares perante a assistência multiprofissional a pacientes fora de possibilidades terapêuticas?

1.3 HIPÓTESE

H0 – As evidências científicas sobre a visão dos familiares perante a assistência multiprofissional a pacientes fora de possibilidades terapêuticas são satisfatórias, pois a equipe dá o suporte necessário.

H1 – As evidências científicas sobre a visão dos familiares perante a assistência multiprofissional a pacientes fora de possibilidades terapêuticas são insatisfatórias, pois a equipe não dá o suporte necessário.

1.4 OBJETIVO

Analisar a percepção dos familiares perante a assistência multiprofissional prestada a pacientes sem possibilidades terapêuticas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS

O surgimento da palavra Hóspice foi datado em meados do século XV. O termo tem origem latina e traduz um sentimento de acolhimento. Contudo, o termo Hóspice, só virá a ser aplicado como denominação, para um local destinado a Cuidados Paliativos (CP) anos mais tarde (BRAGA *et al.*, 2018).

No século IV, a Romana Fabíola fundou abrigos para acolher enfermos e famintos. Colocou sua casa à disposição dos pobres, oferecendo alimentos, além de visitar doentes e prisioneiros, dando origem a uma nova modalidade de cuidado. No ano de 1842, Jeanne Garnier fundou o primeiro abrigo a ser denominado de Hóspice da Europa, este recebia pessoas no fim de suas vidas. E em 1905, na Grã-Bretanha, as Irmãs de Caridade fundaram o St. Joseph. Sua fundadora, Madre Mary Aikenhead, era contemporânea de Florence Nightingale. Neste período outros hospícios também foram abertos (COREN- SC, 2016).

Em 22 de junho de 1918, nasceu na Inglaterra Cicely Saunders, uma mulher que dedicou toda sua vida ao alívio da dor e do sofrimento humano e que ficou conhecida como a mais famosa paliativista da sua época. Graduiu-se como enfermeira, como assistente social e por fim como médica. E em 1967, fundou o St. Christopher's Hóspice, o primeiro "Hóspice" na cidade de Londres, esse se caracterizava pela assistência multiprofissional prestada a pacientes e seus familiares, desde o controle de sintomas, ao alívio da dor e do sofrimento psicológico. Cicely faleceu no ano de 2005, e a mesma estava sendo cuidada no St. Christopher's Hospice (ANCP, 2017).

Atualmente, a palavra Hóspice não significa apenas hospedar, ela virou uma filosofia, que engloba cuidados multiprofissionais, que são prestados aos doentes terminais e seus familiares. Para isso, se faz necessária uma equipe multiprofissional formada por médicos, psicólogos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais e entendedores religiosos, como padres ou pastores. Desse modo, o paciente recebe qualidade de vida em seus últimos momentos, e junto com seus familiares se preparam para entender e receber a morte de forma digna e com o menor sofrimento possível (BRAGA *et al.*, 2018).

No início dos anos 90, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu pela primeira vez o que seriam Cuidados Paliativos. Nessa primeira definição, a finalidade dos cuidados, aplicou-se ao que Cicely propunha. E passou a ser definido como "cuidado total e ativo [...]"

para pacientes com doenças incuráveis”. Os enfoques na dor, nas questões psíquicas, sociais e espirituais apareceram como áreas essenciais, seguindo seus conceitos (ANCP, 2018).

No entanto, a questão de limitar os cuidados a pacientes sem possibilidade de tratamento, criou uma nova problemática, limitando sua aplicação adequada. Este conceito criou uma visão opositiva, ou seja, o curável vs. não curável, não paliativo vs. paliativo. Este modelo passou a ser inadequado, por inúmeros motivos, como por exemplo, novos tratamentos que mudavam a definição do que é curável. Por isso, em 2002, a OMS redefiniu o termo, e a questão de ser ou não curável tornou-se irrelevante. A nova definição propõe que os Cuidados Paliativos são indicados para pacientes, sejam eles adultos ou crianças, que apresentam uma doença que ameace suas vidas (ANCP, 2018).

Segundo a OMS o cuidado paliativo é uma forma de cuidado mais humano, e que tem por objetivo, proporcionar qualidade de vida não só aos pacientes, mas igualmente aos seus familiares. Promovendo assim, prevenção e alívio do sofrimento, por meio de uma avaliação adequada, tratando não só da dor, mas também de outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual que os mesmos venham a apresentar (BASTOS *et al.*, 2018).

Estima-se, que 40 milhões de pessoas no mundo necessitem de cuidados paliativos em algum momento de suas vidas, sendo que as enfermidades não malignas progressivas, representam a maior quantidade de pacientes que necessitam desses cuidados, seguidas por pacientes com algum tipo de câncer. Dados de países em desenvolvimento, como o Brasil, indicam que as condições crônicas degenerativas são as mais frequentemente associadas à elegibilidade para cuidados paliativos (ARCANJO *et al.*, 2018).

Atualmente, nota-se um crescimento expressivo dos CP no território nacional, entretanto ainda não existem políticas que impulsionem o seu desenvolvimento. O país vem tentando consolidar essa modalidade de cuidado no âmbito do sistema de saúde, por meio de portarias e documentos, dentre esses, destaca-se a portaria que institui o Programa Nacional de Assistência à Dor, que tem como principal instrumento legal, uma portaria que inclui os cuidados paliativos na Política Nacional de Atenção Oncológica. Entretanto, exclui as demais doenças. Essa exclusão tem sido apresentada como uma das principais dificuldades para o trabalho em CP no Brasil (PEREIRA *et al.*, 2017).

Apesar disso, esses movimentos visam contribuir para: consolidar uma política pública que trate especificamente dos cuidados paliativos; estabelecer uma rede integrada, de modo a vincular a atenção básica para fomentar a assistência domiciliar como principal modalidade de atendimento. Bem como, para criar a oferta de leitos diferenciados nos muitos hospitais gerais

que atendem as pessoas; gerar mecanismos de acesso a medicamentos, materiais e serviços; e adaptar os currículos de graduação e pós-graduação, incluindo conteúdo específico de cuidados paliativos na formação de profissionais da área da saúde (CRUZ *et al.*, 2016).

O atraso no sistema de saúde brasileiro para atender pacientes sem possibilidades de cura foi atestado em uma pesquisa realizada em quarenta países. Foram realizadas entrevistas com uma variedade de especialistas sobre diversos assuntos, tais como: expectativa de vida, o direcionamento de verba para as despesas com a saúde, o serviço básico de saúde para assistir a pacientes doentes, e os custos dos cuidados com os mesmos. Deste modo, é de suma importância, que os gestores em saúde atentem para a grave realidade da saúde brasileira. Não somente à humanização da assistência aos pacientes enfermos, mas também sobre uma perspectiva de investimento público (SILVA, 2015).

2.2 CARACTERÍSTICAS CONCEITUAIS E FILOSÓFICAS DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Como dito anteriormente, a palavra Hóspice é uma tradução do vocábulo latino *Hospitium*, cujo significado é “hospedagem, hospitalidade” e traduz um sentimento de acolhida. Assim, esse movimento abrange um conceito primário de cuidado, não se tratando de uma estrutura física propriamente dita, mas da filosofia do que seriam os cuidados paliativos. Essa filosofia dissemina o pensamento de que muito pode ser feito para ajudar as pessoas com uma doença incurável e em progressão. Na literatura, além do significado baseado na origem da palavra, o termo Hóspice congrega diferentes definições. Entretanto, todas abrangem a essência do cuidado à pessoa com doença avançada e incurável (CRUZ *et al.*, 2016).

Há diversas concepções filosóficas que cercam as discussões sobre a condição humana, o fato é que se tem notado um aumento na expectativa de vida da população. E os avanços tecnológicos são responsáveis por esse aumento. Porém, a maioria dos acometidos por doenças de alta gravidade, ou crônico-degenerativas, não conseguem se beneficiar dos recursos mais modernos da medicina. O que leva os profissionais de saúde, a terem ciência de que nenhuma assistência curativa aplicada a uma dessas doenças em fase aguda tem resultado (GOMES; OTHERO, 2016).

Durante a evolução humana, a percepção da morte foi se transformando e tomando uma dimensão diferenciada na vida das pessoas. O processo de morrer na antiguidade era assistido pelos familiares, permitindo o conforto e a presença dos entes queridos no final da vida. Hoje

se tem uma transição de conceitos, onde a morte, que era consumada e constatada nas residências, passa a acontecer em hospitais, e a família que outrora assumia os cuidados, começa a compartilhá-los com os profissionais de saúde, sendo este modelo denominado morte moderna (RIBEIRO E SOUZA; ANDRADE E LACERDA; LIRA *et al.*, 2017).

A filosofia Paliativista, propõe uma mudança na forma de cuidar dos pacientes terminais alterando o paradigma de cura para o cuidado (BRITO, *et al.*, 2015). O termo Cuidados Paliativos é usado para doentes sem possibilidade terapêutica, e que têm a expectativa de vida limitada há semanas ou meses. Nessa modalidade de cuidado, os sintomas são “minimizados” com tratamentos cujo principal objetivo é promover o conforto e a qualidade de vida do doente (CASTRO, 2014).

Devido à subjetividade do termo, não existe consenso que contemple uma definição única de qualidade de vida. Assim, a qualidade de vida é compreendida pela junção de partes que se relacionam ao físico, emocional, as relações sociais e pôr fim ao ambiente (SILVA, 2018).

Além disso, os CP proporcionam alívio da dor e de outros sintomas angustiantes; afirmam a vida e encaram a morte como um processo natural; não pretendem abreviar ou adiar a morte; agregam os aspectos psicológicos e espirituais da assistência ao paciente; oferecem um sistema de apoio para auxiliar os pacientes a viverem ativamente o quanto possível até a sua morte, além de ajudar os familiares a lidarem com a doença e o luto, usando uma abordagem de equipe para atender às necessidades dos mesmos (SILVEIRA; CIAMPONE; GUTIERREZ, 2014).

São descritas quatro fases nos Cuidados Paliativos em função do estágio da doença: aguda; em deterioração; terminal e estável. Na fase aguda ocorre o desenvolvimento imprevisto de um problema ou o aumento significativo na intensidade de um problema já existente. Na fase de deterioração, ocorre uma evolução negativa progressiva dos problemas. Na fase terminal ou agônica, os doentes estão com a morte iminente. E a fase de estabilidade, contempla qualquer doente paliativo que não se inclua nas fases anteriormente descritas (CASTRO, 2014).

A condição clínica na qual a equipe de saúde percebe uma falta de respostas ou uma resposta insuficiente aos recursos utilizados, com uma crescente tendência a morte ou irreversibilidade de alguns sintomas, deve ser estabelecida em um consenso entre a equipe, pessoa doente e família. Pois, a prioridade passa a ser melhoria da qualidade de vida, e as terapêuticas que modifiquem a doença podem ser oferecidas quando deliberadas em conjunto.

A ênfase assistencial está focada no oferecimento e na manutenção de um conjunto de cuidados para a promoção de conforto físico e emocional do doente e sua família (COREN-SC, 2016).

Tendo em vista, que a ausência da cura não indica o final do tratamento, mas a mudança das intervenções. E que essa modalidade de assistência é recente, e que vem se consolidando ao longo do tempo, apesar do desconhecimento por parte de muitos profissionais da área de saúde, que ainda se encontram atrelados ao modelo hospitalocêntrico. Desse modo, não bastam apenas ciência e tecnologias sofisticadas, se não forem praticadas por profissionais que as conheçam e saibam integrá-las a uma assistência humanizada, que valorize e respeite o ser humano em sua totalidade (BRITO *et al.*, 2015).

Ainda segundo a filosofia dos cuidados paliativos, a família também tende a sofrer pela possibilidade da perda eminente, e pela incapacidade de resolubilidade da situação. Nesse sentido, os familiares também necessitam de assistência humanizada de forma a contemplar os aspectos físicos, psicológicos e espirituais garantindo conforto por meio de acomodações adequadas, apoio no enfrentamento de seus medos e a permissão para expressar livremente suas crenças e dogmas, quando possível (MATOS; BORGES, 2018).

2.3 O PAPEL DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NOS CUIDADOS PALIATIVOS

O êxito nos cuidados prestados aos pacientes depende de como a equipe apoia as unidades de cuidados. É importante que exista uma integração interdisciplinar, para cada unidade de cuidados se faz necessária à presença de um profissional da equipe que esteja diretamente envolvido na situação, o assim chamado "gestor de caso". Esse será o principal elo de comunicação com os familiares, o que é valorizado pelos entes, principalmente por possibilitar um vínculo de confiança, e ainda evitando as contradições nas informações. Mas, independentemente da atuação do "gestor de caso", os demais membros da equipe podem e devem colaborar e dar apoio às famílias sempre que se fizer necessário (SILVA *et al.*, 2018).

Uma equipe de Cuidados Paliativos deve conter médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, orientadores espirituais e psicólogos. O objetivo do trabalho multidisciplinar é proporcionar um cuidado o mais integral possível, assistindo o paciente em toda a sua complexidade e visando proporcionar alternativas para que esse desfrute inteiramente dos seus dias. Este modelo de atuação favorece

a equipe, pois engloba diferentes conhecimentos, que se interagem e se complementam em benefício do paciente e de seus familiares (NUNES *et al.*, 2015).

Nessa perspectiva, essa modalidade de cuidado vai além da condição física. Ela ultrapassa todos os seus aspectos na busca por humanização, respeito a seus semelhantes e promoção de uma morte digna. Pois, tem a função de garantir uma atenção à saúde que se sobreponha à terapêutica curativista, na medida em que compreende a necessidade da comunicação, do respeito ao paciente e de consciência da finitude da vida humana (COSTA *et al.*, 2016).

Os princípios humanísticos que regem a atuação da equipe multidisciplinar de Cuidados Paliativos são:

1. Promover o alívio da dor e de sintomas desagradáveis;
2. Afirmar a vida e considerar a morte como um processo natural;
3. Não abreviar nem aprazar a morte;
4. Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado;
5. Oferecer apoio possibilitando ao usuário viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte;
6. Oferecer auxílio aos familiares durante a doença do usuário e a enfrentar o luto;
7. Abordagem multiprofissional focada nas necessidades dos usuários e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto;
8. Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença;
9. Deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida com qualidade, para melhor compreender e controlar situações adversas.

Esses princípios têm por objetivo estabelecer o processo do cuidado, promover qualidade de vida e preservar a autonomia do paciente e de seus familiares (SILVA, 2018).

Para isso a equipe deve estar articulada para oferecer o cuidado mais integral e abrangente possível, utilizando todos os recursos disponíveis e necessários para o controle dos sintomas, objetivando uma melhor qualidade de vida que vise influenciar o modo como o paciente responde ao tratamento e questões relacionadas ao adoecer e morrer. Além disso, a equipe deve basear-se em uma perspectiva holística baseada na minimização dos problemas de ordem física, psicológica, social e espiritual, mantendo sempre uma boa comunicação (BARBOSA; CABANA, 2018).

Uma comunicação adequada pode deixar o paciente à vontade para tomar decisões e fazer escolhas diante das suas possibilidades, por mais difícil que seja o momento. Nesse contexto, se faz necessário buscar estratégias para que a equipe veja o paciente como ser ativo e perceba a necessidade do mesmo em participar das decisões do seu tratamento respeitando sempre a sua autonomia durante todo o processo (BARBOSA; CABANA, 2018).

A incapacidade de diagnosticar a fase final de vida do paciente pode trazer consequências muito ruins para o mesmo, bem como para família e para os próprios profissionais de saúde. É crucial identificar corretamente os sinais clínicos num contexto de doença avançada, progressiva e terminal para evitar medidas de obstinação terapêutica. Nesta fase, torna-se essencial uma correta avaliação do plano de cuidados, de forma a preparar adequadamente a família para o momento da morte e processo de luto, evitando assim expectativas irrealistas e inadequadas à condição do doente (CASTRO, 2014).

Para isso, os profissionais precisam desenvolver habilidades de escuta ativa, de comunicação, e de conhecimento técnico das situações que irão vivenciar junto ao paciente, além de criar estratégias de enfrentamento, no que se refere ao fim da vida, criando assim uma assistência holística e voltada ao indivíduo sem possibilidade de cura. Os integrantes da equipe multiprofissional necessitam ter, como objetivo, uma opção de tratamento adequado para estes pacientes. Nesse sentido, torna-se primordial o resgate da humanização do processo de morrer, ou seja, a morte passa a ser vista como parte de um processo da vida (SOUZA; LACERDA; LIRA, 2018).

2.4 O PAPEL DOS FAMILIARES PERANTE A ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL A PACIENTES SEM POSSIBILIDADE DE CURA

É na família que as pessoas procuram auxílio para superar as dificuldades que surgem ao longo da vida. A presença de alguém doente nela acarreta em uma mudança na realidade e envolve um processo de reorganização na sua estrutura, nos papéis e nas relações afetivas. As transformações de cada família dependem do papel social que o doente desempenha, da sua idade, do sexo e da sua estrutura familiar, estas variáveis interferem em todo o processo de ajustamento, na sua dinâmica e na percepção que cada um dos membros da família tem acerca dos acontecimentos (BICA *et al.*, 2017).

As principais dificuldades enfrentadas pelos familiares estão relacionadas à morte, levando-os a demonstrar sentimento de tristeza, insônia, estresse, depressão e, por vezes,

doenças psicossomáticas como alergias ou dores no corpo. Atreladas a esses sentimentos, estão às diversas mudanças na vida diária, uma vez que o cuidado se torna responsabilidade dos familiares, e esses não recebem muita ajuda de outras pessoas. Contudo, autores enfatizam que é nesses momentos conflituosos que os cuidadores criam estratégias de apoio, citando a religiosidade, como uma crença que os conforta (FIGUEIREDO *et al.*, 2017).

Para além da complexidade do cuidado prestado pelas famílias, deve também considerar-se que elas próprias têm sofrido complexos fenómenos de ajustamento às mudanças de organização social, resultando em elevados constrangimentos no que se refere ao desempenho dos seus papéis tradicionais enquanto cuidadores, segundo Almeida (2012). Por outro lado, na família está depositada a última salvaguarda e expectativa na prestação de cuidados sendo que, no que diz respeito aos cuidados paliativos, a Organização Mundial de Saúde reconhece que é sobre a família destes doentes que recai a maior carga e, por conseguinte também necessita de cuidados (BICA *et al.*, 2017).

Neste sentido, compreende-se que assistir a família que possui um parente fora de possibilidades terapêuticas, requer muita sensibilidade, visto que ela possui inúmeras preocupações no que se refere aos cuidados e à assistência prestada ao seu familiar. Logo, cabe a equipe multidisciplinar a capacitação dos familiares com o objetivo de auxiliá-los a entender mais sobre as respostas futuras da doença e as diversidades e possibilidades de cuidados (MATOS; BORGES, 2018).

Desse modo, a assistência à família é de suma importância, e requer qualificação constante dos profissionais envolvidos a fim de proporcionar uma hospitalização humanizada ao paciente e seu cuidador. Acredita-se que conhecer a percepção dos familiares e cuidadores, acerca da internação do paciente, pode auxiliar o profissional a planejar a prática assistencial voltada tanto para o mesmo, quanto para os seus familiares (COSTA *et al.*, 2018).

Os profissionais devem estar preparados para atuar junto ao paciente e à família no sentido de minimizar os efeitos e transtornos decorrentes da hospitalização. É necessário considerar que os familiares são afetados de várias maneiras, como: alterações do papel social, incerteza da condição futura do paciente e da família, perda de controle emocional, permanência em ambiente desconhecido, constrangimentos e medo da perda (NASCIMENTO; ALVES; MATTOS, 2014).

A família sente-se, muitas vezes, despreparada para participar do processo de cuidar creditando importância apenas às ações da equipe de saúde e delegando sua importância a um nível inferior. A conscientização da família sobre sua importância no cuidado em saúde, bem

como a motivação para que ela permaneça ao lado do paciente durante o tratamento, consiste em uma das ações fundamentais para a qualidade da assistência (MATOS; BORGES, 2018).

Com isso, torna-se essencial o compartilhamento de conhecimentos e habilidades entre a família e a equipe de saúde para o processo do cuidado. Todavia, é necessário que a família não seja vista somente como fonte de cuidados. Deve-se tentar manter uma relação harmoniosa com os familiares do paciente já que eles são as pessoas ideais para informar acerca das necessidades de conforto do mesmo (COSTA *et al.*, 2018).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

A pesquisa trata-se de um estudo de Revisão Integrativa (RI), com abordagem qualitativa. A RI é um método de pesquisa tido como ferramenta de grande importância no campo da saúde, por proporcionar a avaliação crítica e a síntese de evidências sobre temas a serem pesquisados. Esses aspectos facilitam a identificação dos resultados, possibilitam o desenvolvimento de futuras pesquisas, e auxiliam o profissional a escolher condutas e tomar decisões, proporcionando um saber crítico (EVANGELISTA *et al.*, 2016).

Devido a tais características, a RI foi o método escolhido para a realização desta pesquisa, que teve como finalidade reunir e abreviar resultados de outras pesquisas acerca do tema escolhido, além de apontar lacunas que precisem ser preenchidas com a realização de novos estudos. Sua composição é de ampla abordagem metodológica, o que permite a inclusão de estudos tanto experimentais como não experimentais, promovendo assim a compreensão do tema abordado. Sua construção foi composta por seis etapas que foram descritas por Souza, Silva e Paiva (2019), conforme etapas descritas a seguir:

- Etapa 1: Identificação do tema ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa. Esta etapa foi iniciada com a definição de um problema e a formulação de uma hipótese que apresenta relevância para a área saúde. Essa questão também pôde ser chamada de questão norteadora, já que a mesma conduziu todo o restante do processo elaborado.

- Etapa 2: Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão dos estudos/ amostragem. Esse momento foi correlacionado à fase anterior, já que quanto mais amplo for o objetivo da revisão, mais seletivo deve ser o revisor quanto à inclusão dos estudos que foram selecionados. Assim, foi preciso ficar alerta sobre o estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão para que a pesquisa não ficasse exaustiva a ponto de inviabilizar a revisão.

- Etapa 3: Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados. Esta etapa foi constituída na escolha das informações que foram extraídas dos estudos selecionados, utilizando meios para reunir e simplificar as informações mais importantes. De um modo geral, essas informações deveriam abranger a amostra do estudo, os objetivos, a metodologia empregada, os resultados e as principais conclusões acerca do assunto. O nível de evidência dos estudos também foi avaliado, com o intuito de determinar a fidedignidade de seus resultados e fortalecer as conclusões, que geraram o conhecimento atual sobre o tema escolhido.

- Etapa 4: Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa. Nessa etapa foi realizada a análise dos dados, e houve o emprego de ferramentas apropriadas, para que a revisão tivesse sua legitimidade garantida. Os estudos selecionados foram analisados de forma detalhada e crítica, buscando explicações para resultados divergentes ou conflitantes nos diferentes estudos.

- Etapa 5: Interpretação dos resultados. Nesta etapa, os dados foram comparados e evidenciados na análise dos estudos com o conhecimento teórico, bem como sua identificação, conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa. Esse momento correspondeu à fase de discussão dos principais resultados na pesquisa.

- Etapa 6: Apresentação da revisão/síntese do conhecimento. Essa etapa foi constituída pela elaboração de um documento que contemplou todas as descrições que foram percorridas pelo revisor e os principais resultados que foram evidenciados nos artigos escolhidos. A revisão integrativa contém informações suficientes, que possibilitaram ao leitor visualizar as atribuições dos procedimentos que foram empregados na sua elaboração, e o detalhamento dos estudos que foram incluídos (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

3.2 PESQUISA NA LITERATURA CIENTÍFICA

Quanto aos critérios de inclusão, foram incluídos artigos completos disponíveis eletronicamente, no idioma português, no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2020, e que apresentaram a temática proposta no título do projeto, no resumo ou nos descritores da pesquisa. Constituíram como critérios de exclusão: artigos que não estavam completos, artigos que estavam em idiomas divergentes do português, artigos que antecederam o ano de 2013 e aqueles que não abordavam diretamente a temática proposta no projeto. O levantamento dos artigos foi realizado entre os meses de agosto a novembro de 2020 e como estratégia de pesquisa, foram utilizados artigos da *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

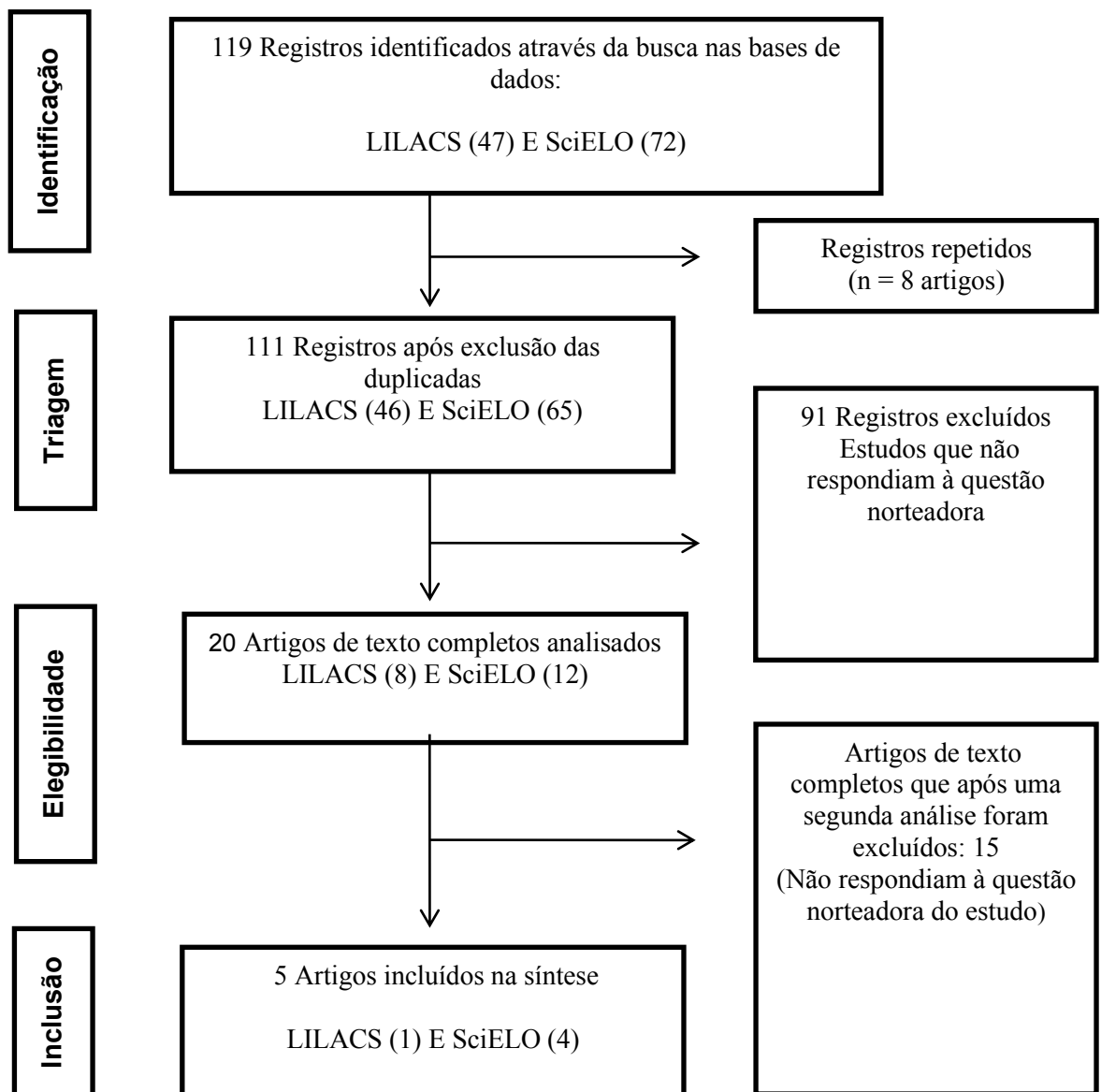
Para a seleção das publicações foram realizadas buscas avançadas com o operador booleano AND e os descritores entrecruzados foram: “cuidados paliativos”, “equipe de assistência ao paciente” e “família”. Tais descritores foram previamente identificados através das bases de dados das terminologias em saúde: Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Os artigos analisados foram submetidos a quatro fases de seleção: A primeira foi caracterizada pela localização dos artigos, para isso foram utilizados os descritores, por meio

da busca nas bases de dados selecionadas. Na segunda fase, ao serem submetidos aos critérios de inclusão e exclusão, mantiveram-se apenas 119 artigos para a leitura do título.

Ainda durante a segunda fase, após serem selecionados pelo título, foram obtidos um total de 20 artigos; A terceira fase foi composta pela leitura dos resumos e a averiguação dos demais critérios de inclusão e exclusão, após esse processo foram excluídos mais 11 artigos. Por fim, na quarta e última fase, após a leitura dos artigos na íntegra, foram excluídos mais 4, restando assim, 5 artigos que se ajustaram a todos os critérios de inclusão e exclusão. O fluxograma do processo de seleção está disposto na Figura 1.

Figura 1 – Fluxograma dos procedimentos de inclusão dos artigos



Fonte: elaborado pela autora, 2020.

Após esse processo foi realizada a classificação dos níveis de evidência, e para isso adotou-se o proposto por Melnyk e Fineout-Overholt (CIETO *et al.*, 2014).

Nível	Evidências
I	Revisão sistemática ou meta-análise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou provenientes de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados.
II	Pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado.
III	Ensaio clínico bem delineado sem randomização.
IV	Estudos de coorte e de caso-controle bem delineados.
V	Revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos.
VI	Um único estudo descritivo ou qualitativo
VII	Opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.

O conhecimento destes sistemas de classificação de evidências proporcionou elementos que auxiliaram na avaliação crítica dos resultados provenientes das pesquisas.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa não precisou ser submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, pois se tratou de uma pesquisa que utilizou dados de domínio público.

4 RESULTADOS

Dos 5 artigos científicos incluídos nesse estudo, foram extraídas as principais informações para construir a caracterização dos mesmos, como: Descrição dos títulos, periódico, ano, tipo de estudo, amostra e objetivo das publicações das bases de dados SCIELO e LILACS, como disposto nos quadros abaixo.

Quadro 1. Autor, periódico, ano, títulos, tipo de estudo, amostra e objetivo das publicações selecionadas.

AUTOR	PERIÓDICO/ ANO	TÍTULO	TIPO DE ESTUDO/ AMOSTRA	OBJETIVO
QUEIROZ A. H. A. B. et al.	Ciências e Saúde Coletiva /2013.	Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde.	Realizou-se um estudo de natureza qualitativa, sob o enfoque hermenêutico- crítico. 7 Amostras.	O objetivo deste estudo é refletir sobre os cuidados às pessoas com doenças em fase terminal na atenção primária à saúde.
MEDEIROS, O. S. F. et al.	Revista Bioética /2020.	Conflitos bioéticos nos cuidados de fim de vida.	Trata-se de estudo de revisão integrativa, do tipo exploratório e descritivo. 12 Amostras.	Tem por objetivo identificar os principais conflitos entre paciente em cuidados de fim de vida, familiares e equipe de saúde sob a ótica da ética princípioalista.
MISKO, M. D. et al.	Rev. Latino- Am. Enfermagem. /2015.	A experiência da família da criança e/ou adolescente em cuidados paliativos: flutuando entre a esperança e a desesperança em um mundo transformado pelas perdas.	Estudo Qualitativo. 15 Amostras.	Objetivos: compreender a experiência da família da criança e/ou adolescente em cuidados paliativos e construir um modelo teórico representativo do processo vivenciado pela família.

CAMPOS; SILVA; SILVA.	Revista Bioética. /2019.	Comunicação em cuidados paliativos: equipe, paciente e família.	Trata-se de pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. 6 Amostras.	Este estudo objetivou avaliar a comunicação na assistência paliativa e sua influência na relação entre equipe, paciente e família.
NEVES, J. L. et al.	Texto Contexto Enferm. /2018.	Avaliação da Satisfação de Familiares de Pacientes Atendidos em Unidades de Terapia Intensiva: Revisão Integrativa.	Trata-se de uma Revisão Integrativa. 27 Amostras.	Objetivo: analisar a produção científica relacionada às evidências acerca da satisfação de familiares de pacientes de UTI e os instrumentos utilizados para sua avaliação.

Fonte: Artigos das bases de dados SCIELO E LILACS.

Os 5 artigos analisados encontram-se distribuídos entre os anos de 2013 e 2020, sendo que 01 estudo foi publicado no ano de 2013; 01 estudo foi publicado no ano de 2015; 01 estudo foi publicado em 2018; outro estudo foi publicado no ano de 2019; e um outro no ano de 2020. O tipo de estudo mais encontrado foi do tipo descritivo e/ou qualitativo, sendo 02 desses estudos de revisões integrativas.

Para uma melhor compreensão das evidências científicas, os artigos foram analisados e a partir disso, foram apresentados os principais resultados dos estudos encontrados, conforme apresenta o quadro a seguir:

Quadro 2. Principais resultados dos artigos científicos estudados na revisão integrativa:

AUTOR	BASE DE DADOS	NIVEL DE EVIDÊNCIA	PRINCIPAIS RESULTADOS
QUEIROZ A. H. A. B. et al.	LILACS	VI	O discurso da humanização dos cuidados, esconde um grave problema de descontinuidade terapêutica e assistencial. Mesmo com os esforços da família e dos profissionais do SUS, pouco se falou sobre melhorar a qualidade de vida do paciente em estágio terminal no domicílio, revelando uma realidade desprovida de recursos humanos, gerenciais e materiais.

MEDEIROS, O. S. F. et al.	SCIELO	V	O respeito à autonomia do paciente foi a questão primordial nos estudos que compuseram esta pesquisa. Os dilemas bioéticos relativos aos cuidados de fim de vida revelaram fragilidades na educação e comunicação entre equipe, paciente e familiares.
MISKO, M. D. et al.	SCIELO	VI	O estudo demonstrou que reconhecer os cuidados paliativos é uma tarefa árdua para a família, uma vez que a coloca diante das incertezas e apreensão em relação ao futuro e à possibilidade da morte.
CAMPOS; SILVA.; SILVA.	SCIELO	V	Pelos depoimentos dos participantes e conteúdo teórico consultado, a comunicação adequada é essencial para promover cuidados paliativos, influenciando de modo significativo a boa relação entre equipe, paciente e família.
NEVES, J. L. et al.	SCIELO	VI	Os estudos que avaliaram a satisfação com familiares de pacientes em cuidados paliativos tiveram metodologias variadas, mas todos enfatizaram a necessidade de melhorias na qualidade do atendimento e adequação dos cuidados ao conforto do paciente.

Fonte: Artigos das bases de dados SCIELO E LILACS.

Entre os estudos relacionados, todos eles estiveram voltados para a assistência paliativista. Todos de alguma forma, buscaram enfatizar a necessidade de melhorias na assistência prestada ao paciente e sua família não só em termos de humanização, mas também na questão de necessidade de melhorias na qualidade do atendimento, e adequação dos cuidados ao conforto do paciente, bem como melhorias materiais e gerenciais mediante o processo do paliativismo.

5 DISCUSSÕES

O processo de cuidar se constitui em auxiliar no que o outro não consegue fazer por si mesmo, é dar apoio, é estar junto. Uma atitude como essa muitas vezes é difícil, árdua e exige muita paciência e renúncia, além de ser uma função de muita responsabilidade (QUEIROZ *et al.*, 2013). Segundo Misko *et al.* (2015), no contexto dos cuidados paliativos, a esperança é tida como uma experiência positiva para pacientes e familiares, e tem sido discutida na literatura como sendo fundamental na forma em que pacientes e familiares vivem os períodos de final de vida.

Quando um paciente chega ao hospital, ele acredita que a equipe vai ser capaz de minimizar seus males, com isso acaba acendendo esperanças com relação ao seu prognóstico, entretanto, nem sempre é possível corresponder a essas expectativas, principalmente se tratando de um tratamento paliativo, onde não há uma cura para sua doença. Isso acaba gerando nos pacientes um sentimento de negatividade, o que leva a equipe de saúde a ser percebida como incapaz de ajudá-lo, tornando-se necessário ao profissional distinguir a transferência positiva, que implica sentimentos ternos e amigáveis, e a negativa, ou seja, dos sentimentos hostis (agressividade, revolta, desconfiança, rejeição) (CAMPOS; SILVA; SILVA, 2019).

Esses sentimentos não afligem somente aos pacientes, afligem também seus entes queridos, o que lhes causa uma imensa vontade de permanecer junto ao seu familiar a maior parte do tempo. E é nesse momento que surge na equipe a necessidade de escutar, pois isso permitirá a mesma avaliar a melhor maneira de repassar as informações em cada caso, a partir do conhecimento obtido através do paciente e/ou da família. Essa atitude pode minimizar angústias e conflitos provenientes daquilo que o paciente e seus familiares imaginam sobre sua condição de saúde. Nessa perspectiva, a comunicação passa a ter uma posição de destaque na assistência, estreitando relações e favorecendo decisões compartilhadas (CAMPOS; SILVA; SILVA, 2019).

Caberá a equipe questionar e confirmar cada uma dessas decisões, previamente manifestadas pelo paciente. Mas, ao restringirem sua atuação a uma simples supervisão formal, os profissionais entram em contradição com os princípios da autonomia e sua prática profissional e, dessa forma, acabam prolongando o tratamento, colocando o bem-estar dos pacientes muitas vezes em segundo plano (MEDEIROS *et al.*, 2020).

Pelo fato de grande parte dos hospitais brasileiros não possuírem diretrizes referentes a cuidados paliativos, e nem informações sistematizadas de como os pacientes, a família e os profissionais lidam com os últimos momentos, frequentemente se faz necessário um tipo de colaboração ou de assistência compartilhada, eu seja, o paliativismo é um campo de conhecimentos e práticas que exigem uma atuação multiprofissional. (QUEIROZ *et al.*, 2013)

Ao serem analisadas as entrevistas, presentes em 95% das pesquisas obtidas para a realização desse estudo, os maiores índices de insatisfação estavam justamente relacionados à incapacidade dos profissionais em disponibilizar muitas vezes informações suficientes sobre decisões a serem tomadas, prognósticos, o modo assistencial no qual seria conduzido o tratamento, e até mesmo sobre o funcionamento de equipamentos utilizados pelos pacientes (NEVES *et al.*, 2018).

Também foi possível identificar um desejo claro de priorização da comunicação e em uma transmissão mais linear, com mais educação, carinho, cuidado e até mesmo amor, respeitando o tempo do paciente e da família na elaboração da má notícia. Além disso, revela-se a necessidade de uma comunicação realizada em equipe e não somente de forma individualizada, favorecendo assim o entendimento e garantindo a segurança dos profissionais, que não estarão sozinhos em um momento de tensão e vulnerabilidade emocional (CAMPOS; SILVA; SILVA, 2019).

Tendo em vista que a comunicação humana é algo complexo, nem sempre ela se faz presente na relação entre a equipe de profissionais de saúde e o paciente, resultando em insatisfação, como foi apontado anteriormente. Por isso, há uma necessidade de implementação de estratégias que favoreçam maior conhecimento das preferências e expectativas dos pacientes, da participação deles e de seus familiares nas tomadas de decisões (OTANI, 2013).

Diante das falas apresentadas dos participantes de alguns artigos, é possível perceber um certo desapontamento mediante a necessidade de comunicação que o momento exige, muitas vezes por falta de preparo da equipe e em outras pela carência de humanização na assistência prestada aos pacientes e seus familiares. Por vezes, a equipe acaba por não desenvolver uma comunicação interdisciplinar de forma adequada, deixando a desejar nas informações repassadas tanto para a própria equipe, quanto para os pacientes e seus familiares em muitos momentos durante o processo de cuidados paliativos (CAMPOS; SILVA; SILVA, 2019).

Por isso, a qualidade da comunicação entre profissionais de saúde e pacientes depende, sobretudo, das percepções pessoais e da disponibilidade dos profissionais em estabelecer relações de ajuda e acolhimento ao outro. Infelizmente, na maioria das instituições formadoras

de profissionais de saúde, são escassas as situações em que o aluno tem oportunidade de exercitar e refletir sobre sua comunicação com a finalidade de aprender formas mais adequadas para seu comportamento interacional (OTANI, 2013).

O Ministério da Saúde por meio da Política Nacional de Humanização (PNH) vêm enfatizando uma estratégia para melhorar essa assistência em saúde, promovendo uma política que incentiva o desenvolvimento das práticas em saúde com maior valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de cuidados e, para isso, tem destacado como essencial a valorização da escuta, da empatia e do afeto na prática dos profissionais de saúde (OTANI, 2013).

O fortalecimento desses sentimentos no atendimento é de grande importância, pois é deles que dependem as respostas positivas ao tratamento, tendo em vista que os mesmos possuem efeitos terapêuticos e favorecem o entendimento do paciente quanto a assistência paliativa e a ideia de finitude (RAMOS; LIMA; NASCIMENTO, 2019). Já que tradicionalmente, o paciente terminal tem sido a vítima que sofre com a ausência de conhecimento em relação a assistência paliativa. E o desenvolvimento da empatia, ajuda a lembrar que os valores éticos dos profissionais de saúde no Brasil, estão ligados aos fatores do processo de crescimento e amadurecimento pessoal (RAMOS; LIMA; NASCIMENTO, 2019).

Assim, proporcionar cuidados paliativos é atendê-los na sua integralidade, equidade e empatia. É a atitude do profissional que supera sua habilidade técnica e seu conhecimento científico, deixando predominar sua forma de agir como pessoa e como ser existencial. (RAMOS; LIMA; NASCIMENTO, 2019).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo apresentou ser de grande relevância para as categorias profissionais atuantes na área da saúde, bem como para o meio acadêmico, pois possibilitou uma visão ampla e clara, a respeito de como a equipe multiprofissional é vista perante a assistência prestada nos cuidados a pacientes sem possibilidade de cura.

Foi perceptível durante as análises de literatura, e em alguns depoimentos relatados, que a equipe multidisciplinar por vezes se encontra despreparada para o prognóstico vivido pelo paciente, bem como pelos seus familiares.

Ao analisarmos o trabalho como um todo, nota-se a confirmação de uma das hipóteses; a mesma fala que as evidências científica sobre a visão dos familiares perante a assistência multiprofissional a pacientes fora de possibilidades terapêuticas é insatisfatória, pois a equipe não dá o suporte necessário. Conclui-se então, que há uma enorme necessidade de aprimoramento dos profissionais de saúde, para que os mesmos possibilitem aos pacientes, conforto e segurança durante o processo de fim de vida.

Para isso se fazem necessárias ações educativas, voltadas não somente para os profissionais, mas também para os acadêmicos em saúde, para que os mesmos possam sair de suas graduações compreendendo a seriedade e importância do seu papel mediante a assistência paliativa, contribuindo assim para o seu desenvolvimento e formação profissional, bem como para que os profissionais já atuantes se qualifiquem para conseguirem lidar coerentemente em suas atuações.

Por fim, considerando que a maioria dos artigos são mais voltados aos procedimentos, limitando assim os assuntos quanto aos profissionais de saúde, se fazem necessárias, a realização de novas pesquisas, que atentem para outras dimensões do cuidado, isto é, a subjetividade, a escuta e as interpretações.

REFERÊNCIAS

- Academia Nacional de Cuidados Paliativos (Brasil). História dos cuidados paliativos. **ANCP**, Sao Paulo, v. 1, n. 1, p. 1-15, outubro. 2018. Disponível em: <https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2018/10/Panorama-dos-Cuidados-Paliativos-no-Brasil-2018.pdf>.
- Academia Nacional de Cuidados Paliativos (Brasil). História dos cuidados paliativos. **ANCP**, Sao Paulo, v. 1, n. 1, p. 1-2, 6 de marc. 2017. Disponível em: <https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/historia-dos-cuidados-paliativos/>
- ARCANJO, S. P. et al. Características clínicas e laboratoriais associadas à indicação de cuidados paliativos em idosos hospitalizados. **Einstein**, São Paulo, v. 16, n. 1, 2018.
- ATTY, Adriana Tavares de Moraes; TOMAZELLI, Jeane Glauca. Cuidados paliativos na atenção domiciliar para pacientes oncológicos no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 225-236, 2018.
- BARBOSA, R. M. S.; CABANA, M. C. F. L. Os Cuidados Paliativos e a Relação da Equipe de Saúde com o Paciente sem Possibilidades de Cura. **Psicologado**, 2018. Disponível em <https://psicologado.com.br/atuacao/psicologia-hospitalar/os-cuidados-paliativos-e-a-relacao-da-equipe-de-saude-com-o-paciente-sem-possibilidade-de-cura>. Acesso em: 4 Mai 2020.
- BASTOS, B. R. et al. Perfil sociodemográfico dos pacientes em cuidados paliativos em um hospital de referência em oncologia do estado do Pará, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saude [online]**., v. 9, n. 2, p. 31-36, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s2176-62232018000200004>.
- BICA, Isabel et al. O doente em situação paliativa: Implicações da funcionalidade familiar na satisfação dos familiares face aos cuidados de saúde. **Enfermagem de Família e Comunitária**, Portugal, v. 4, n. 59, p. 31-35, 2016.
- BRAGA, Stéfany Borges et al. Filosofia do cuidado paliativo: Uma revisão bibliográfica da literatura. **Facmais**, Goiania, v. 8, n. 2, p. 175-183, 2018.
- BRITO, Mychelangela de Assis et al. Cuidados paliativos em pediatria: um estudo reflexivo. **Revol**, Recife, v. 3, n. 9, p. 7155-7160, 2015.
- CAMPOS, V. F.; SILVA, J. M.; SILVA, J. J. Comunicação em cuidados paliativos: equipe, paciente e família: equipe, paciente e família. **Revista Bioética**, Brasilia, v. 27, n. 4, p. 711-718, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422019274354>.
- CARDOSO, Daniela Habekost et al. Cuidados Paliativos na assistência hospitalar: A vivencia de uma equipe multiprofissional. **SciELO**, Florianopolis, v. 4, n. 24, p. 1134-1141, jul. 2013.
- CARDOSO, Daniela Habekost et al. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1134-1141, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400032&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 Mar. 2020.

- CASTRO, João Pedro Machado de. Cuidados de saúde ao doente e família nos últimos dias e horas de vida. **Instituto de Ciências da Saúde**, Portugal, v. 1, n. 1, p. 1-197, 2014.
- CAVALCANTI, A. E. S. et al. Percepção de cuidadores familiares sobre cuidados paliativos. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 25, n. 1, p. 24-28, 2018. Faculdade de Medicina de Sao Jose do Rio Preto - FAMERP. DOI: <http://dx.doi.org/10.17696/2318-3691.25.1.2018.685>.
- CIETO, Bianca Bolzan et al. Recursos e inovações de enfermagem para a alta: Revisão integrativa. **Reme**, São Paulo, v. 3, n. 18, p. 752-757, 2014.
- COREN-SC. **Enfermagem em Cuidados Paliativos**. 2016. 64p. Volume 4. Parte 2.
- COSTA, Rosely Souza da et al. Reflexões bioéticas acerca da promoção de cuidados paliativos a idosos. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 108, p. 170-177, 2016.
- CPPAS, Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde da Ses-df -. Diretriz para Cuidados Paliativos em pacientes críticos adultos admitidos em UTI: norteando as prioridades de cuidado. **Governo do Distrito Federal Secretaria de Estado de Saúde Subsecretaria de Atenção Integral À Saúde Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde**, Distrito Federal, v. 1, n. 1, p. 1-61, 2018.
- CRUZ, Ronny Anderson de Oliveira et al. Reflexões acerca dos cuidados paliativos no contexto da formação em enfermagem. **Revol**, Recife, v. 8, n. 10, p. 3101-3107, 2016.
- ERCOLE, Flávia Falci; MELO, Laís Samara de; ALCOFORADO, Carla Lúcia Goulart Constant. Integrative review versus systematic review. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 1-2, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140001>.
- EVANGELISTA, Carla Braz et al. Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão integrativa da literatura. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 69, n. 3, p. 591-601, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000300591&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 maio 2020.
- FIGUEIREDO, T. et al. Como posso ajudar? Sentimentos e experiências do familiar cuidador de pacientes oncológicos. **Abcs Health Sciences**, v. 42, n. 1, p. 34-39, 2017.
- GOMES, Ana Luisa Zaniboni; OTHER, Marília Bense. Cuidados Paliativos. **Estud. av**, São Paulo, v. 88, n. 30, p. 155-166, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000300155. Acesso em: 21 jun. 2016.
- MATOS, Johnata da Cruz; BORGES, Moema da Silva. A família como integrante da assistência em cuidado paliativo. **Revol**, Recife, v. 9, n. 12, p. 2399-2406, 2018.
- MEDEIROS, Maria Olivia Sobral Fraga de et al. Conflitos bioéticos nos cuidados de fim de vida. **Revista Bioética**, Brasília, v. 8, n. 1, p. 128-134, 2020. DOI: 10.1590/1983-80422020281375.
- MEDEIROS, Silvana Possani et al. Percepção do familiar numa unidade pediátrica acerca do cuidado de enfermagem. **Revol on line**, v. 12, n. 12, p. 3279-3286, 2018. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/238298>>. Acesso em: 04 mai 2020.

MISKO, Maira Deguer et al. A experiência da família da criança e/ou adolescente em cuidados paliativos: flutuando entre a esperança e a desesperança em um mundo transformado pelas perdas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 561-567, 11 mar. 2015

NEVES, Josiele de Lima et al. Avaliação da satisfação de familiares de pacientes atendidos em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa. **Texto contexto: enferm.**, Florianópolis, v. 27, n. 2, e1800016, 2018. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000200303&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 23 nov. 2020.

OTANI, Márcia Aparecida Padovan et al. **Comunicação entre profissional de saúde e paciente: percepções de mulheres com câncer de mama**. 2013. 221 f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências Sociais em Saúde, Saude Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.

PEREIRA, Deisiane Géssica et al. Significado dos cuidados paliativos na ótica de enfermeiros e gestores da atenção primária a saúde. **Revol**, Recife, v. 3, n. 11, p. 1357-1364, 2017.

QUEIROZ, Ana Helena Araújo Bomfim et al. Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Sobral-CE, p. 2615-2623, 2013.

RAMOS, E. M.; LIMA, M. D.; NASCIMENTO, V. A. O resgate da empatia no profissional de saúde no Brasil em cuidados paliativos: uma revisão sistemática. **pecibe**, universidade federal do Mato Grosso do Sul – UFMS. Francisco Serra – 147 – Vila Planalto, Campo Grande, MS, Brasil, p. 1-15, 2019.

SABINO CAVALCANTI, Ana Egliny et al. Percepção de cuidadores familiares sobre cuidados paliativos. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 25, n. 1, p. 24-28, abr. 2018. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/685>. Acesso em: 31 mar. 2020.

SANTOS, C. K. C. et al. Comunicação em Cuidados Paliativos: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 18, n. 1, p. 63-72, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.4034/rbcs.2014.18.01.09>.

SANTOS, Rafaela Cristina Nicolau. Cuidados Paliativos: uma perspectiva de vida diante da morte. **Revista da Graduação em Psicologia da Puc Minas**, Minas Gerais, v. 3, n. 5, p. 286-311, 2018.

SILVA, Alexandre Ernesto. A produção de cuidados paliativos no contexto da atenção domiciliar. **Universidade Federal de Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 1, n. 1, p. 1-169, ago. 2018.

SILVA, Giselle de Fatima. Cuidados paliativos e subjetividade: Ações educativas sobre a vida e o morrer. **Repositório UNB**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 1-220, 2015.

SILVA, Rudval Souza da et al. Conferência familiar em cuidados paliativos: análise de conceito. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, n. 1, p. 206-213, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000100206&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 maio 2020.

SILVEIRA, M. H.; CIAMPONE, M. H. T.; GUTIERREZ, B. A. O. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 7-16, Mar. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000100007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 Mar. 2020.

SILVA E SOUSA, Amanda Danielle Resende; SILVA, Liliane Faria da; PAIVA, Eny Dórea. Intervenções de enfermagem nos cuidados paliativos em Oncologia Pediátrica: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, n. 2, p. 531-540, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000200531&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 maio 2020.

RIBEIRO E SOUZA, H. L.; ANDRADE E LACERDA, L. C.; LIRA, G. G. Significado de cuidados paliativos pela equipe multiprofissional da unidade de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem: UFPE**, Recife, v. 11, n. 10, p. 3885-3892, 2017.

SOUZA, Hanna Louyse Ribeiro e; LACERDA, Lusineide Carmo Andrade e; LIRA, Gerlene Grudka. Significado de Cuidados Paliativos Pela Equipe Multiprofissional da Unidade de Terapia Intensiva. , v. 10, n. 11, p. 3885-3892, 2017.

VICENCI, Maria do Carmo et al. Enfermagem em cuidados paliativos, **Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina**, Florianópolis, v. 4, n. 1, p. 1-64, 2016. (COREN/SC orienta; v. 4) Enfermagem de Santa Catarina: Letra Editorial, 2016.