

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
Centro de Educação e Saúde
Unidade Acadêmica de Saúde
Curso de Bacharelado em Enfermagem

Fagner Samuel Negreiros Costa

CUIDADOS PALIATIVOS: compreensão de acadêmicos de enfermagem

Cuité/PB

2013

Fagner Samuel Negreiros Costa

CUIDADOS PALIATIVOS: conhecimentos de acadêmicos de enfermagem

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem, em cumprimento às exigências legais para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande.

Orientadora: Msc. Glenda Agra

Cuité/PB

2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

C837c Costa, Fagner Samuel Negreiros.

Cuidados paliativos: conhecimentos de acadêmicos de enfermagem. / Fagner Samuel Negreiros Costa – Cuité: CES, 2013.

66 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2013.

Orientadora: Msc. Glenda Agra.

1. Cuidado de enfermagem. 2. Cuidados paliativos. 3. Humanização da assistência. I. Título.

CDU 613-083.98

Fagner Samuel Negreiros Costa

CUIDADOS PALIATIVOS: Conhecimento de acadêmicos de enfermagem

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado pelo aluno **Fagner Samuel Negreiros Costa** do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, tendo obtido o conceito de _____, conforme a apreciação da banca examinadora constituída pelos professores:

Aprovado em: _____/_____/_____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Msc. Glenda Agra

Curso de Bacharelado em Enfermagem – CES/UAS/UFCG

Orientadora

Prof^a Msc. Bernadete de Lourdes André Gouveia

Unidade Acadêmica de Saúde– CES/UFCG

Membro interno

Prof^o Esp. Nara Calazans Balbino Barros

Unidade Acadêmica de Saúde– CES/UFCG

Membro interno

Primeiramente, à **Deus** por está ao meu lado o todo tempo, me dando suporte e força para enfrentar todas as situações encontradas em minha vida, me guiando e mostrando o melhor caminho a ser seguido.

Aos meus queridos pais, **José Araildo dos Santos Costa e Maria de Fátima Negreiros Santos Costa**, por compartilharem desse sonho alcançado, me apoiando, me dando todo o suporte necessário, não medindo esforços para que esta etapa da minha vida fosse realizada. Obrigado por me proporcionarem momentos ímpares de felicidade na minha vida.

Sem vocês nada disto seria possível. Essa vitória é nossa!

DEDICO

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, especialmente, por ter permitido que eu trilhasse esse caminho, se fazendo sempre presente no decorrer de toda minha trajetória, me guiando, livrando-me do mal e mostrando que tenho capacidade.

Aos meus pais, **José Araildo dos Santos Costa e Maria de Fátima Negreiros Santos Costa**, por acreditarem e me apoiarem nas minhas decisões e nos meus sonhos, por me darem força e acreditarem no quanto sou capaz e por serem meu exemplo de vida. A vocês o meu muitíssimo obrigado pela contribuição em minha formação. Essa conquista só foi possível graças a vocês.

Aos meus irmãos, **Marcus Vinícius Negreiros Costa e Túlio Rafael Negreiros costa**, por viverem juntos comigo todos os momentos bons e ruins da minha vida, e me proporcionarem dias alegres de brincadeiras e diversão. Essa conquista também é de vocês.

A minha avó materna, **Maria Ferreira de Negreiros Santos** (*in memorian*), por ser meu exemplo de mulher guerreira e batalhadora, por ter estado ao meu lado, sempre na torcida pelo meu sucesso. Obrigada vó, por todas as vezes que a senhora me ouviu, por todos os ensinamentos que a senhora me deu e pelo amor que a senhora tinha por mim.

A minha avó paterna, **Nailda Alves dos Santos Costa** (*in memorian*), mesmo tendo convivido tão pouco tempo com a senhora, lembro perfeitamente do quanto a senhora gostava de mim, e vivia sempre me agradando.

A meus avôs, **José Cândido dos Santos e Aurino Ferreira da Costa**, pelo exemplo de homens honestos, verdadeiros e batalhadores, por terem me apoiado de todas as formas, e viverem querendo o meu melhor.

As minhas tias e tios por também fazerem parte dessa conquista, dando-me todo o apoio sempre que necessário, em todos os momentos dessa jornada, e por quererem m sempre bem.

Aos meus primos e primas, por estarem ao meu lado em momentos bons e ruins, por estarem presente na minha vida, cada um com sua devida importância. Obrigado por compartilharem comigo momentos de alegrias e descontrações.

Aos meus colegas e amigos de curso, pela convivência e aprendizado no decorrer desses cinco anos; aos que me fizeram companhia nas noites perdidas de sono estudando para as provas; aos grupos de trabalhos; aos grupos de estágios; aos companheiros de moradia nesse último ano de curso no estágio supervisionado I em Picuí-PB, e no estágio supervisionado II em Campina Grande-PB.

Aos meus colegas de curso, participantes da pesquisa, que me ajudaram na construção desse projeto servindo como fonte de coleta de dados. Também quero agradecer aos que compartilharam momentos alegres e bastante divertidos durante as confraternizações da turma, e em outros momentos que nos reunimos para comemorar qualquer outra coisa, ou só para desestressar mesmo.

À professora e orientadora, **Glenda Agra**, pelos conhecimentos repassados durante as disciplinas ministradas por ela, e por desde o primeiro momento ter me aceitado como seu orientando, sem ter apresentado nenhuma dificuldade diante disso e ter contribuído positivamente na minha escolha, de trabalhar com esse tema tão complexo e importante, pelo tempo que a mim foi dedicado, pela ajuda e estimulação para concretização desse trabalho.

As participantes da Banca Examinadora, as professora **Bernadete de Lourdes Andre Gouveia** e **Nara Calazans Balbino Barros** que se disponibilizaram, contribuindo com opiniões de grande relevância para o aperfeiçoamento deste trabalho.

A todos os docentes, que me repassaram todo conhecimento adquirido durante minha formação na graduação, e me ajudaram a construir a visão que tenho hoje em relação à enfermagem, visando sempre prestar o melhor cuidado possível de forma humanizada.

E por fim aos meus verdadeiros amigos, os que realmente querem que eu cresça e torcem por mim, que fazem parte da trajetória da minha vida. Obrigado por compartilharem comigo momento de alegria, risadas, descontrações, brincadeiras, farras e curtições.

“Podemos considerar parte de nossa tarefa fazer com que o fim, a despedida dos seres humanos, quando chegar, seja tão fácil e agradável quanto possível para os outros e para nós mesmos. E podemos nos colocar o problema de como realizar essa tarefa”.

Norbert Elias.

RESUMO

Os cuidados paliativos são reconhecidos como uma abordagem que melhora a qualidade de vida das pessoas e de sua família, quando da presença de doenças terminais, e caracterizam-se por um conjunto de atos profissionais que têm como finalidade o controle dos sintomas do corpo, da mente, do espírito e do social que angustiam o homem em sua finitude. Logo, é preciso, também, a preparação e o investimento para conscientizar os profissionais de saúde de que os pacientes atingidos por males que não têm cura precisam de um cuidado próprio e voltado para lhes proporcionar dignidade e alívio ao seu sofrimento nessa fase da vida. Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi compreender o conhecimento de acadêmicos de enfermagem, acerca dos cuidados paliativos. Trata-se uma pesquisa exploratória, descritiva de caráter qualitativa realizada com acadêmicos de enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande *campus* Cuité (UFCG-CES). A amostra da pesquisa foi composta por 20 alunos do curso de enfermagem que estavam cursando o 9º e o 10º períodos. Foram adotados os seguintes critérios para a escolha dos participantes do estudo: que estivessem cursando o último ano do curso de Bacharelado em Enfermagem. Os critérios utilizados obedeceram à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que norteia pesquisas envolvendo seres humanos. Também foi solicitada permissão para gravar as entrevistas. A pesquisa foi realizada após a autorização do Comitê de Ética e Pesquisa e anuência do Coordenador da Unidade Acadêmica de Saúde do referido Centro. Os dados foram coletados através de uma entrevista semiestruturada durante o mês de julho de 2013 e foram analisados de acordo com a literatura pertinente seguindo as bases conceituais do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Os dados permitiram formar ideias centrais, em relação ao conhecimento que os acadêmicos participantes da pesquisa possuíam. Nesta perspectiva, as Ideias Centrais encontradas foram: “Os Cuidados Paliativos melhoram a qualidade de vida do paciente no processo de adoecimento e terminalidade mediante uma assistência holística e ética”; “Preparação acadêmica e pessoal”; “Alívio da dor, dos sintomas e terapias alternativas para o bem-estar”; “Qualificação profissional, estrutura física, trabalho em equipe, humanização”. Diante do DSC pode se observar que os acadêmicos de enfermagem mesmo com a ausência de uma disciplina ou de assuntos que ressaltassem sobre a temática “cuidados paliativos”, conseguiram responder às questões norteadoras da pesquisa. Chegando ao final desse estudo, pode ser observado que mesmo sem terem um suporte ideal na academia referente aos Cuidados Paliativos, os acadêmicos participantes possuem um conhecimento de certa forma empírico diante do tema. Diante disso se faz necessário refletir sobre o sentido da vida e do

cuidar e, nesse sentido, questionar o processo de ensino-aprendizagem. Reformular o Projeto Pedagógico do Curso, assim como desfragmentar conteúdos e disciplinas são os primeiros passos para a mudança de paradigmas no que se refere aos Cuidados Paliativos.

Palavras-chave: Conhecimento. Estudantes de enfermagem. Cuidados Paliativos.

ABSTRACT

Palliative care is recognized as an approach that improves the quality of life of people and their families, when the presence of terminal illnesses, and are characterized by a set of professional acts that are intended to control the symptoms of the body, mind, spirit and social distress the man in his finitude. Therefore, it is also necessary to prepare and investment to educate health professionals that patients suffering from ailments that have no cure need a proper care and returned to give them dignity and relief to their suffering in this life stage. Accordingly, the aim of this study was to understand the knowledge of nursing students about palliative care. This is an exploratory, descriptive qualitative character performed with nursing students at the Federal University of Campina Grande campus Cuité (UFCG -CES). The research sample consisted of 20 students of nursing who were attending the 9th and 10th periods. We used the following criteria for the selection of participants in the study: they were attending the last year of the Bachelor of Nursing and who agreed to participate in research that signed the Informed Consent Form and Clarification. The criteria used complied with Resolution 466/2012 of the National Health Council that guides research involving humans. He also asked permission to record the interviews. The survey was conducted after approval by the Ethics and Research Coordinator and approval of the Academic Unit of Health of the Centre. Data were collected through semi-structured interviews during the month of July 2013 were analyzed according to the literature following the conceptual bases of the Collective Subject Discourse (CSD). The data allowed to form core ideas in relation to the knowledge that academic research participants had. In this perspective, the central ideas were: "Palliative care improves the quality of life of the patient in the process of illness and terminal illness through a holistic care and ethics"; "Preparation academic and personal", "pain relief, symptoms and therapies alternative to the well -being", "professional qualifications, physical structure, teamwork, humanization. "Before the DSC can be observed that nursing students even with the absence of a subject or subjects that ressaltassem on the theme "palliative care", failed to respond to the questions in the survey. Towards the end of this study, it can be observed that even without an ideal support in academia related to Palliative Care, participating students have a somewhat empirical knowledge on the subject. Therefore it is necessary to reflect on the meaning of life and the care and, thus, questioning the process of teaching and learning. Redesigning the Educational Project Course, as well as defragment content and disciplines are the first steps to changing paradigms in relation to palliative care.

Keywords: Knowledge. Nursing students. Palliative Care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Discurso do Sujeito Coletivo em resposta ao primeiro questionamento: Qual a sua compreensão acerca de cuidados paliativos?.....	40
Quadro 2	Discurso do Sujeito Coletivo em resposta ao segundo questionamento: Em sua opinião, o que é necessário para o profissional de saúde executar o cuidado paliativo.....	43
Quadro 3	Discurso do Sujeito Coletivo em resposta ao terceiro questionamento: Que modalidades terapêuticas no contexto hospitalar você conhece?.....	46
Quadro 4	Discurso do Sujeito Coletivo em resposta ao quarto questionamento: Em sua opinião, quais requisitos para implementação dos cuidados paliativos no contexto hospitalar?.....	50

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico I	Distribuição dos participantes da pesquisa, no que se refere à faixa etária.....	38
Gráfico II	Distribuição dos acadêmicos participantes da pesquisa, no que se concerne o gênero dos mesmos.....	39

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	19
	2.1 Enfermagem e cuidados paliativos.....	25
	2.2 Educação e cuidados paliativos.....	29
3	PERCURSO METODOLÓGICO.....	32
	3.1 Tipo de Pesquisa.....	32
	3.2 Local da Pesquisa.....	32
	3.3 População e Amostra.....	32
	3.4 Instrumento para Coleta de Dados.....	33
	3.5 Considerações Éticas.....	33
	3.6 Coleta dos Dados.....	34
	3.7 Procedimentos operacionais para a coleta de dados.....	34
	3.8 Análise dos Dados.....	35
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	38
	4.1 Apresentando o Discurso do Sujeito Coletivo.....	40
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
	REFERÊNCIAS.....	55
	APÊNDICES.....	60
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	61
	APÊNDICE B – Instrumento para Coleta de Dados.....	63
	ANEXOS	64
	ANEXO A – Termo de Autorização Institucional.....	65
	ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética.....	66

1 INTRODUÇÃO

O cuidar envolve, verdadeiramente, uma ação interativa. O processo de cuidar é caracterizado pelo desenvolvimento de ações, atitudes e comportamentos fundamentados no conhecimento científico, experiência, intuição e pensamento crítico realizado para e com o paciente, cuidado no sentido de promover, manter e/ou recuperar sua dignidade e totalidade humana. O termo ‘cuidado em enfermagem’ tem sido empregado para denotar um serviço oferecido por enfermeiros àqueles que apresentam necessidades relacionadas ao binômio saúde-doença. A distinção entre as polaridades de compreensão sobre o cuidado de enfermagem, que se refere ao desempenho de procedimentos específicos por parte dos enfermeiros, e a expressão cuidar em Enfermagem significa a totalidade de intervenções prestadas através das interações enfermeiro-paciente (CARVALHO et al., 2006).

Durante o exercício da profissão, os enfermeiros adotam normas e condutas com o intuito de salvar vidas e evitar a morte, que, quando se faz presente, pode causar um estado de tristeza, perda, frustração e estresse já que ver o corpo inerte de uma pessoa para o qual se prestou cuidados se dedicou tempo, energia, carinho, amor, se trocou palavras e até mesmo se riu lado a lado é algo que causa estranheza (CARVALHO; MERIGHI, 2006).

Mediante ao que exposto anteriormente e tendo como referencial a formação do enfermeiro, que ocorre durante a graduação, surge à seguinte questão: Os estudantes de enfermagem estão recebendo preparo adequado para o enfrentamento do processo de terminalidade no convívio hospitalar?

Os estudantes de enfermagem são educados para desenvolver uma relação com o paciente segundo os modelos descritos nas literaturas de enfermagem. Aprendem que o cuidar é um dos ingredientes essenciais da vida; que o cuidar ajuda a assegurar que a vida continue pela construção de um ambiente propício para crianças e adultos. O cuidar ajuda a evitar doenças, a promover a saúde, curar ou ajudar os vulneráveis, educar a população e elevar as relações humanas a experiências gratificantes de prazer, segurança, confiança, crescimento e atividade produtiva. Amor, ódio, medo, felicidade, raiva, prazer, ou qualquer outra emoção humana podem receber os efeitos produtores de crescimento, geradores de energia, motivadores e, consistentemente, positivos do cuidar. Todos os demais sentimentos humanos possuem efeitos potencialmente negativos, bem como positivos, mas o cuidar, por sua natureza e definição, é somente e sempre positivo (SÁ; VARGAS, 2007).

No entanto, entende-se que esse conceito de ‘cuidar’ propaga a necessidade de conhecer o processo de morrer como um processo natural da vida, não desconsiderando a

demonstração dos valores humanos, o que facilita o desenvolvimento de cuidados embasados na ética e no respeito para com a pessoa após a sua morte (BERNIERI; HIRDES, 2007).

De maneira geral, os profissionais de saúde são educados e preparados para lidar com a vida, proporcionando soluções para os problemas em direção ao bem estar e à saúde das pessoas. Sendo assim, parece que a ocorrência da morte pode ser considerada um empecilho a ser vencido para esses profissionais e não um momento inerente ao viver, encontrando limitações ao assistir um paciente em fase terminal, pois, para muitos deles, “perder” um paciente é sinônimo de fracasso (SILVA, 2007).

A dificuldade de lidar com a morte como processo natural do viver leva o profissional, muitas vezes, ao esquecimento de conceitos básicos, como o de qualidade de vida, e às tentativas desesperadas de manter a vida. Contudo, vale ressaltar que auxiliar, apoiar e dar condições para que o paciente tenha um final digno não significa deixá-lo morrer (BINOTTO et al., 2006).

Essas dificuldades ocorrem em parte pelo preparo desses profissionais que parece não ter acompanhado essas mudanças, pois, a formação dos profissionais de saúde, dentre eles, o enfermeiro, apesar de lidar no dia a dia com circunstâncias envolvendo a morte e o morrer, continua tendo como foco a preservação da vida, sendo fundamentada na cura na qual está à gratificação pelo trabalho (SANTANA, 2011).

É nesse sentido que se insere os cuidados paliativos, que constituem um campo interdisciplinar em relação aos cuidados totais, ativos e integrais, dispensados aos pacientes com doenças crônico-degenerativas em estado inicial até a fase terminal. Centrados no direito do paciente de viver os dias que lhe restam e de morrer com dignidade, os cuidados paliativos ganharam ênfase na década de 1960, tendo em seu delineamento teórico - conhecido como filosofia do moderno movimento *hospice* - o cuidar de um ser humano que está morrendo, e de sua família, com compaixão e empatia (SANTANA et al., 2009)

Segundo o autor acima citado os cuidados paliativos são reconhecidos como uma abordagem que melhora a qualidade de vida das pessoas e de sua família, quando da presença de doenças terminais, e caracterizam-se por um conjunto de atos profissionais que têm como objetivo o controle dos sintomas do corpo, da mente, do espírito e do social que angustiam o homem em sua finitude. Logo, é preciso, também, a preparação e o investimento para conscientizar os profissionais de saúde de que os pacientes atingidos por males que não têm cura precisam de um cuidado próprio e voltado para lhes proporcionar dignidade e alívio ao seu sofrimento nessa fase da vida.

Essas são, pois, razões que justificam a necessidade de se adotar um conjunto de teorias e práticas sobre cuidados paliativos voltados para a formação acadêmica dos profissionais da saúde, com o intuito de capacitá-los para assistir pacientes com doenças incuráveis, em relação à sua qualidade de vida geral, desempenho e bem-estar físico, psicossocial e espiritual do paciente e, também, percepções e bem-estar de sua família (SANTANA et al., 2009).

Nesse sentido, abre-se uma discussão para responder aos seguintes questionamentos: Qual a compreensão dos acadêmicos do Curso de graduação em Enfermagem sobre Cuidados Paliativos? Quais ações os acadêmicos de Enfermagem julgam serem necessárias para executarem os Cuidados Paliativos?

Diante desta questão, entendemos a importância deste estudo para obtenção de algumas respostas, com a finalidade de identificar se os acadêmicos do curso de enfermagem estão sendo preparados para ofertar qualidade de vida, como também para o processo doença-morte.

Nessa perspectiva, este estudo tem por objetivo verificar a compreensão dos acadêmicos do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, *Campus Cuité*, sobre Cuidados Paliativos e Identificar ações que julgam necessárias para executar os Cuidados Paliativos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Cuidados paliativos: um resgate histórico

O verbo paliar, do latim *palliare*, *pallium*, significa em seu modo mais abrangente, proteger, cobrir com capa. No entanto paliar é mais usado em nosso meio, como aliviar, provisoriamente, remediar, revestir de falsa aparência, dissimular, bem como adiar, protelar. (COSTA FILHO et al., 2008)

O Cuidado Paliativo se confunde historicamente com o termo *hospice*, que definia abrigos (hospedarias) destinados a receber e cuidar de peregrinos e viajantes. O relato mais antigo remonta ao século V, quando Fabiola, discípula de São Jerônimo, cuidava de viajantes vindos da Ásia, da África e dos países do leste no Hospício do Porto de Roma. Várias instituições de caridade surgiram na Europa no século XVII, abrigando pobres, órfãos e doentes. Essa prática se propagou com organizações religiosas católicas e protestantes que, no século XIX, passaram a ter características de hospitais. O Movimento *Hospice* Moderno foi introduzido pela inglesa Cicely Saunders, com formação humanista e médica, que em 1967 fundou o *St. Christopher'S Hospice*, cuja estrutura não só permitiu a assistência aos doentes, mas o desenvolvimento de ensino e pesquisa, recebendo bolsistas de vários países (BARBOSA, 2009).

O homem tem tentado aliviar o sofrimento do seu semelhante, desde o seu aparecimento na terra. A história dos *hospices* está bem documentada a partir da Idade Média, seguindo-se a sua evolução no final do século XIX até as últimas décadas do presente século, quando ocorreu a sua proliferação a nível mundial. As origens da Medicina Paliativa como uma disciplina digna de ser praticada, estudada e pesquisada são mais recentes, alcançando apenas 25 anos. Ao final do século XIX e nas primeiras décadas do século XX, o que mais podia fazer um médico senão exercer uma medicina paliativa? Por mais que ele desejasse, havia muito poucas doenças passíveis de serem submetidas à cirurgia curativa, a maioria dos processos mórbidos curáveis são as infecções. Os nossos antepassados não dispunham de antibióticos, e mesmo então, toda a habilidade que possuíam era canalizada para o alívio e para a palição (FIGUEIREDO, 2009).

Na década de 1970, o encontro de Cicely Saunders com Elisabeth Klüber-Ross, nos Estados Unidos, fez com que o Movimento *Hospice* também crescesse naquele país. Em 1982, o Comitê de Câncer da Organização Mundial da Saúde (OMS) criou um grupo de trabalho responsável por definir políticas para o alívio da dor e cuidados do tipo *hospice* que fossem recomendados em todos os países para pacientes com câncer. O termo Cuidados

Paliativos, já utilizado no Canadá, passou a ser adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) devido a dificuldade de tradução adequada do termo *hospice* em alguns idiomas. A primeira definição de Cuidados Paliativos data de 1990 e era descrito como “cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva ao tratamento de cura. O controle da dor, de outros sintomas e de problemas psicossociais, espirituais e primordiais. O objetivo do Cuidado Paliativo é proporcionar a melhor qualidade de vida possível para pacientes e familiares”. Essa definição foi revisada em 2002 e substituída pela atual (BARBOSA, 2009).

Ao longo da evolução humana, a percepção da morte foi se transformando e tomando uma proporção diferenciada na vida das pessoas. Para os nossos antepassados, a morte era percebida como uma fase natural da vida. O processo morte/morrer era assistido pelos familiares, permitindo o conforto e a presença dos entes queridos no final. Houve, portanto, uma transição de conceitos e percepções. A morte que era consumada e constatada nas residências dos doentes, passa a acontecer nas casas de saúde; e a família que assumia os cuidados começa a transferi-los aos profissionais de saúde (SANTANA et al., 2009).

A primeira definição, publicada em 1990, descrevia os Cuidados Paliativos como os cuidados totais e ativos dirigidos a pacientes fora de possibilidades de cura. Este conceito foi superado porque torna subjetivo o entendimento do momento de decretar a falência de um tratamento. O que podemos denominar em medicina de “fora de possibilidades de cura”? A maioria das doenças é absolutamente incurável: o tratamento visa ao controle de sua evolução e para tornar essas doenças crônicas. Poucas vezes, a cura é uma verdade em medicina. Desta forma, aguardar que um paciente se torne “fora de possibilidades de cura” implicaria em duas situações: ou todo doente deveria estar em Cuidados Paliativos, ou só se poderia encaminhar para Cuidados Paliativos, por critério subjetivo do assistente, o doente em suas últimas horas de vida. Esta segunda situação, a mais comum, implica em outro equívoco: pensar que os Cuidados Paliativos se resumem apenas aos cuidados dispensados à fase final da vida, quando “não há mais nada a fazer” (OLIVEIRA et al., 2008).

À medida que a doença progride e o tratamento curativo perde o poder de oferecer um controle razoável da mesma, os Cuidados Paliativos crescem em significado, surgindo como uma necessidade absoluta na fase em que a incurabilidade se torna uma realidade. Há necessidade da intervenção de uma equipe multiprofissional adequadamente treinada e experiente no controle de sintomas e excelente comunicação, para que o paciente e seu entorno afetivo entendam o processo evolutivo que atravessam, e conhecimento da história natural da doença em curso, para que se possa atuar de forma a proporcionar não apenas o alívio, mas a prevenção de um sintoma ou situação de crise (OLIVEIRA et al., 2008).

Quando o tratamento curativo não é mais uma opção, o paciente, a família e a equipe de saúde enfrentam grandes desafios, como o estabelecimento de medidas para o controle da dor e de outros sintomas, acompanhamento e suporte psicossocial e espiritual tanto para o enfermo como para quem está ao seu entorno, que na sua grande maioria são seus próprios familiares. Com a finalidade de buscar melhor qualidade de vida possível naquele determinado momento (REMEDI et al., 2009).

O autor já citado relata que não é fácil aceitar e entender que a morte é parte de um processo natural da vida. Todos morrem, e isso é tão certo quanto estar vivo nesse exato momento. O medo de enfrentar o inevitável, no entanto, acompanha a maioria das pessoas desde a infância. As faculdades de medicina treinam médicos para curar, para lutar contra as doenças. Muitas vezes, quando a morte é eminente, tentativas para impedir que ela se concretize podem chegar a extremos. A vida é mantida por métodos artificiais e o doente permanece em uma unidade de terapia intensiva isolado do convívio de familiares. O quanto ou até quando vale à pena viver dessa forma é uma discussão que divide opiniões.

A doença terminal atravessa todas as faixas etárias, do recém-nascido ao idoso frágil. Assim, dezenas de milhares de pessoas serão beneficiadas quando o sistema de saúde incorporar essa modalidade de atendimento. Os Cuidados Paliativos não são cuidados menores no sistema de saúde, não se resumem a uma intervenção de caridade bem-intencionada, não restringe sua aplicação aos moribundos nos últimos dias de vida e, pela especialidade das intervenções são diferenciados dos cuidados continuados (REMEDI et al., 2009).

A Organização Mundial de Saúde conceitua Cuidados Paliativos como uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças que põem em risco a vida. Essa abordagem é realizada por meio da prevenção e alívio do sofrimento, pela identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual. Esse tipo de cuidado tem o enfoque nas necessidades, e não nos diagnósticos desses pacientes. A assistência paliativa é voltada ao controle de sintomas, sem função curativa, com vistas a preservar a qualidade até o final da vida (BRASIL, 2009).

A abordagem paliativa é a única opção real para a maioria dos pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas, sendo que tal assistência conta com apenas parte dos recursos financeiros disponíveis, uma vez que grande parcela da verba é destinada aos tratamentos curativos. Nesse sentido, torna-se reconhecer que essa temática, muitas vezes negligenciada, é um problema de saúde pública. A criação de equipes matriciais para apoio e capacitação de

profissionais de saúde, a garantia de disponibilidade de medicamentos para controle de sinais e sintomas da doença, é a concepção de leis que protejam profissionais de saúde, pacientes e familiares, constituem-se em fatores de extrema importância para viabilizar cuidados paliativos (BOEMER, 2009).

Na fase final da vida, entendida como aquela em que o processo de morte se desencadeia de forma irreversível e o prognóstico de vida pode ser definido em dias a semanas, os Cuidados Paliativos se tornam imprescindíveis e complexos o suficiente para demandar uma atenção específica e contínua ao doente e à sua família, prevenindo uma morte caótica e com grande sofrimento. A prevenção continua sendo uma demanda importante neste período. Ações coordenadas e bem desenvolvidas de cuidados paliativos ao longo de todo o processo, do adoecer ao morrer, são capazes de reduzir drasticamente a necessidade de intervenções, como uma sedação terminal ou sedação paliativa (OLIVEIRA et al., 2008).

O objetivo da abordagem paliativa é valorizar o paciente como sujeito de uma história de vida, não rotulá-lo como prisioneiro de uma doença. Com os cuidados, mesmo sabendo que a morte se aproxima, o que se pretende é fazer dos últimos momentos de vida os mais dignos e confortáveis possíveis. A partir daí, é possível trabalhar os recursos psíquicos de enfrentamento, mediar comunicações e despedidas — muitas vezes silenciosas — e acolher o sofrimento. É fundamental que os sentimentos e o sofrimento sejam legitimados e acolhidos, sem juízos de valores. O limite emocional de cada um deve ser respeitado. Cuidar de pacientes e familiares no enfrentamento, do que seja o momento mais difícil de suas vidas, não é fácil. A dor e o sofrimento do outro também dói no profissional. No entanto, saber que nosso trabalho minimiza esse sofrimento é gratificante, e empatizar com a dor do outro é um dos pré-requisitos do bem cuidar (BOEMER, 2009).

Tais cuidados previnem o sofrimento e as múltiplas perdas associadas à doença terminal (da potencialidade do corpo às questões psicológicas) pela intervenção plural em que a pessoa doente e sua família são o centro gerador de decisões. Idealmente a assistência inclui médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeuta, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, músicos terapeutas, e também profissionais de outras áreas como direito, filosofia e teologia (BOEMER, 2009).

Outro conceito superado é o do paciente que está “fora de possibilidades terapêuticas”. Sempre há uma terapêutica a ser preconizada para um doente. Na fase avançada de uma doença e com poucas chances de cura, os sintomas físicos são fatores de desconforto. Para estes existem procedimentos, medicamentos e abordagens capazes de proporcionar um bem-

estar físico até o final da vida. Esta terapêutica não pode ser negada ao doente, segundo o autor anteriormente citado.

O controle da dor é um fator crucial nos Cuidados Paliativos, pois ela pode ser incapacitante e causar efeitos indesejados no paciente e na família. Seu manejo pode ser realizado através de intervenções farmacológicas e não farmacológicas, dentre as primeiras, destaca-se a administração de opioides, que, apesar do efeito colateral como depressão respiratória, não deve ter seu uso limitado no esforço de aliviar a dor (REMEDI et al., 2009).

Os cuidados ao doente em fase terminal representam um grande desafio para os enfermeiros que devem reconhecer que, quando as metas do curar deixam de existir, as metas do cuidar devem ser reforçadas. E quando já não lhe for mais possível fazer nada para salvar a pessoa do inevitável, que é a morte, algumas medidas devem ser tomadas para ajudar a pessoa a morrer com dignidade. Promover a despedida é um momento marcante na experiência de um enfermeiro enquanto vivencia o processo de morte. Impulsionado pelos recursos inerentes à sua personalidade e maturidade profissional, desenvolvidos durante os anos de trabalho, e resgatando suas crenças sobre o cuidado de enfermagem no processo de morte, ele age aproximando a família do paciente, no momento de separação, demarcado pela morte do paciente (AVANCI et al., 2009).

Muito tem sido escrito a respeito da humanização do cuidado, e particularmente, sobre a humanização da assistência ao paciente na morte. Sobre um primeiro olhar, pode parecer algo bastante pontual; entretanto, o cuidar humanizado de uma pessoa, em seu processo de finitude, estará intrinsecamente ligado ao cuidar dessa pessoa, desde sua entrada no atendimento primário. Assim, a forma mais ou menos humanizada de assistir a pessoa, cuidando dela em seu processo de terminalidade, interliga-se à forma como vem sendo o seu cuidar desde esse momento. Nesse sentido, poderemos ter, diante de nós, uma pessoa fora de possibilidades terapêuticas, mais fragilizada ou fortalecida, segundo o que ela tem recebido em termo de humanização (BOEMER, 2009).

O caminho da informação adequada, da formação de equipes profissionais competentes, da reafirmação dos princípios dos Cuidados Paliativos e da demonstração de resultados positivos desta modalidade de tratamento, constitui na melhor forma de transpor barreiras ainda existentes para a implantação de uma política de Cuidados Paliativos efetiva e integrante de todas as políticas públicas de saúde (OLIVEIRA et al., 2008).

A morte sempre foi e continuará a ser um grande desafio para os profissionais da área da saúde. A diferença básica entre as pessoas em geral e os profissionais dessa área, como médicos, enfermeiros e psicólogos, é que, na vida destes, a morte faz parte do cotidiano e

pode se tornar sua companheira de trabalho diária. Toda doença é uma ameaça à vida e, portanto pode parecer um aceno à morte (BIFULCO; IOCHIDA, 2009).

A abordagem da complexidade nesta área de atuação da enfermagem admite o necessário empenho da equipe de saúde, por meio do trabalho interdisciplinar, para atender às necessidades de cuidado do cliente e da família dentro das possibilidades, diante das incertezas, diversidades e imprevisibilidades que demarcam a realidade complexa, mediante a instabilidade do quadro clínico do cliente e a proximidade da morte. O reconhecimento da visão dos enfermeiros sobre a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) pode contribuir para as estratégias gerenciais, à medida que a visão se constitui apoiada nas expectativas individuais, imaginações e análises que o indivíduo elabora com base em sua inserção em um determinado contexto. Isto pode garantir realismo, adequabilidade e razoabilidade às previsões estratégicas ao valorizar as preferências da equipe sobre o futuro mais desejado, e os resultados a serem obtidos pelo empenho conjunto, compreendendo o primeiro passo do processo de implantação da SAE (SILVA; MOREIRA, 2010).

Cuidar é o verbo presente em todas as teorias de enfermagem. Em Cuidados Paliativos cuidar significa estar ao lado de pessoas com perda de vitalidade, com dor, depressão, perda de autonomia, entre outros sintomas e sinais, tentando conhecer e respeitar seus valores espirituais e culturais, criando oportunidades para que resolvam assuntos pendentes – principalmente com a família, e sendo “elo” na relação com os médicos, por estar presente mais horas do dia junto ao paciente. Para a enfermagem, os Cuidados Paliativos são inerentes à sua prática cotidiana. Aliar ciência e arte para prestar um cuidado que ampare, suporte e conforto é dever dos profissionais de enfermagem, desde o auxílio no nascimento ao diagnóstico de uma doença avançada, fortalecendo-se e tornando-se ainda mais presente na terminalidade e continuando durante o período de luto (OLIVEIRA; BRÊTAS; YAMAGUTI, 2007).

Oferecer Cuidados Paliativos em enfermagem é vivenciar e compartilhar momentos de amor e compaixão, aprendendo com os pacientes que é possível morrer com dignidade e graça; é proporcionar a certeza de não estarem sozinhos no momento da morte; é oferecer cuidado holístico, atenção humanística, associados ao controle da dor e de outros sintomas; é ensinar ao doente que uma morte tranquila e digna é seu direito; é contribuir para que a sociedade perceba que é possível desassociar a morte e o morrer do medo e da dor. Prestar um cuidado competente, qualificado e diferenciado ao fim da vida é responsabilidade de todos os profissionais de saúde, cada um focando diferente ângulo, de acordo com sua formação e especialidade, segundo autores já citados.

Cuidados paliativos encontram-se em um campo conceitual, metodológico e instrumental ainda em construção, sendo assim, sua definição, bem como suas estratégias a partir da prática são um desafio para as equipes. Nos Cuidados Paliativos a ação não é movida apenas pela competência técnico-científica, apoiada no processo diagnóstico e terapêutico; a ação é, também, determinada por questões políticas, éticas, culturais, sociais e subjetivas, assim, o desafio das equipes é encontrar no trabalho cotidiano, junto aos que recebem Cuidados Paliativos, um equilíbrio harmonioso entre a razão e a emoção (REMEDI et al., 2009).

Pacientes com doenças avançadas, muitas vezes em fase terminal, constituem uma realidade nos serviços de saúde, com sérias dificuldades para os nossos administradores, profissionais de saúde, familiares, e para os próprios pacientes. Vários são os problemas e desafios, destacando-se, entre outros, a escassez de recursos humanos para lidar e responder as demandas do paciente e da sua família; a falta de uma rede nacional que articule ações de intervenções médicas prolongadas e persistentes em detrimento de uma abordagem que alivie o sofrimento do paciente; a inexistência de uma rede de suporte domiciliar; e o fato de que os cuidados ao final de uma vida não são prioridade para os gestores de política de saúde (BOEMER, 2009).

O Cuidado Paliativo no Brasil teve seu início na década de 1980 e conheceu um crescimento significativo a partir do ano 2000, com a consolidação dos serviços já existentes e pioneiros e a criação de outros não menos importantes. Atualmente, já são mais de 40 iniciativas em todo o Brasil. Ainda é pouco, levando-se em consideração a extensão geográfica e as necessidades do território brasileiro (BARBOSA, 2009).

Contudo ainda há muito a fazer para consolidar essa abordagem terapêutica no Brasil. O difícil acesso ao serviço de assistência, as falhas nas diretrizes das políticas de saúde, a deficiência na formação de profissionais e, principalmente, a falta de informação ao paciente, nos confrontam com a necessidade de controlar a dor, aliviar os sintomas, e promover uma melhor qualidade de vida para ao indivíduo. Com o avanço tecnológico e a consequente detecção precoce de doenças, alguns profissionais diferenciam seu olhar para essa questão e, dessa forma, aprofundam seus conhecimentos dessa abordagem, incorporando o conceito de cuidar e não apenas curar (BOEMER, 2009).

2.2 Enfermagem e cuidados paliativos

Atualmente, é comum aos pacientes que estão vivendo na fase terminal de doenças como câncer, AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), doença neurológica e outras

doenças crônicas degenerativas, conviverem com o silêncio, o desamparo, o medo e o sofrimento.

Vivem essas situações porque em nossa cultura prevalece o mito de que, se o paciente souber do diagnóstico e prognóstico de sua doença, principalmente do câncer, ele irá suicidar-se ou irá morrer mais rápido, porque não suportaria tal situação. Crêem nesse equívoco, familiares e muitos profissionais de saúde, incluindo o médico que é o responsável em informar o diagnóstico e prognóstico para pacientes e familiares. Assim, acaba prevalecendo a decisão dos familiares na ocultação da verdade. É a conspiração do silêncio (RODRIGUES; ZAGO; CALIRI, 2003).

Quando o paciente é considerado fora de possibilidades terapêuticas de cura, além dos padecimentos já apontados, sofre também dos sintomas físicos que são comuns nesta fase. Entre eles está a dor intensa, que, não sendo adequadamente controlada, leva ao desespero e, raramente, à solicitação do abreviamento da vida. Inicia a ‘via crucis’, como a dor não controlada e outros sintomas não tratados; conspiração do silêncio entre pacientes, família e equipe de saúde; sensação de abandono, culminando com a patética expressão ‘ não há mais nada para fazer’, com base no autor acima citado.

Na prática, os pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde ficam, na maioria das vezes, isolados em um quarto próprio para esta situação ou, então, em enfermarias cercadas por biombos. A equipe de enfermagem realiza os procedimentos com rapidez, evitando permanecer mais tempo com o paciente. O médico, por sua vez, avalia o paciente brevemente, evitando que surjam perguntas ‘indesejáveis’ para serem respondidas (RODRIGUES; ZAGO; CALIRI, 2003).

Em alguns serviços é permitida a presença de um familiar; já em outros, isto nem é passível de discussão. Entretanto, o atendimento privado não garante que o paciente possa ter uma morte digna, serena e sem grandes sofrimentos. A possibilidade de o paciente estar sendo atendido por profissionais reconhecidamente competentes ou tratado com drogas e equipamentos de última geração, não impede que o paciente possa estar sofrendo com dores intensas não controladas ou não ter a chance de falar sobre seus sentimentos, vindo a morrer solitariamente, embora rodeado por pessoas (RODRIGUES; ZAGO; CALIRI, 2003).

Este é o panorama que, na maioria das vezes, encontramos nos hospitais gerais e especializados. Acredita-se que a postura dos profissionais também possam ser decorrente da dificuldade em confrontar-se com a morte, a sua e a do próximo. Por isso, ocorre o afastamento do paciente que vai morrer e dos seus familiares (RODRIGUES; ZAGO; CALIRI, 2003).

Para atender às necessidades dos profissionais e pacientes em fase terminal, que já não aguardam a cura da doença, mas o conforto e a serenidade da morte (ortotanásia), a filosofia e abordagem dos cuidados paliativos são a solução (SANTOS, 2009).

Um dos princípios dos cuidados paliativos é a atuação em equipe interdisciplinar, na qual cada profissional, respeitando-se a sua competência, tem como meta comum o alívio do sofrimento, independente da dimensão, e o preparo para a morte digna (KOVÁCS, 2004).

Esse atuar exige que os profissionais dialoguem, respeitem mutuamente, conheçam as competências dos profissionais que atuam na equipe e estejam preparados para partilhar suas angústias, preocupações, inseguranças, fragilidades e, porque não, também as alegrias e vitórias obtidas no cuidar do paciente e seus familiares que vivenciam a terminalidade. Infelizmente, ainda observamos o atendimento do paciente de forma fragmentada, mesmo com a atuação dos diversos profissionais (SANTOS, 2009).

Embora seja uma prática nos países europeus, na América do Norte e em alguns países da América Latina, além de países de outros continentes, no Brasil é recente o conhecimento e a prática de cuidados paliativos.

Segundo Caponero (2002), no Brasil existem cerca de 30 serviços de cuidados paliativos distribuídos em 26 estados e no Distrito Federal, mas presentes principalmente nas capitais, sendo que esses serviços iniciaram com controle da dor e posteriormente agregaram cuidados paliativos.

Portanto, por ser uma temática recente, é compreensível que a grande maioria dos profissionais, entre eles os enfermeiros, desconheçam a filosofia dos cuidados paliativos. Embora os cuidados paliativos com o paciente em fase terminal tenham sido uma preocupação da enfermagem, o cuidar, na maioria das vezes, tem ficado a cargo de outros profissionais. Não porque a enfermagem assim o queira, mas pela dificuldade que as outras categorias profissionais também têm em trabalhar em equipe (SANTOS, 2009).

Conseqüentemente, a enfermagem que permanece junto aos pacientes e familiares continuamente, sofre também desgaste emocional, por não atender às necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais dos mesmos. Mas, como a enfermagem pode atuar em cuidados paliativos?

Em primeiro lugar, a enfermagem precisa ter clareza do significado de terminalidade/morte e a dor do próximo. Isto requer uma reflexão sobre o valor da vida e a reflexão da morte, como parte de um processo natural. Essa reflexão nem sempre é fácil, pois diferente do aprendizado de um procedimento técnico ou uma conduta administrativa, o lidar

com a morte envolve vários aspectos, tais como: valores, crenças, espiritualidade/religião, cultura, experiências prévias, mitos e medos (RODRIGUES; ZAGO; CALIRI, 2003).

Muitas vezes, é necessária a leitura de livros e artigos que abordem a terminalidade/morte, além de discutir e partilhar as angústias e dificuldades de sua aceitação com outros profissionais, como religioso, psicólogo ou outro aspecto que possa ajudá-lo.

O enfermeiro que não encara a finitude como parte do ciclo vital, terá dificuldade em ajudar o paciente e familiares. Mesmo que tente, há momentos que usará a fuga como enfrentamento da situação, pois não se sente preparado para tal.

Outro aspecto fundamental é que os enfermeiros que atuam junto aos pacientes em fase de terminalidade têm que conhecer o manejo da dor e outros sintomas que decorrem da própria doença, dos tratamentos, da metástase, no caso do câncer e de outras doenças associadas (RODRIGUES; ZAGO; CALIRI, 2003).

O enfermeiro precisa investigar/avaliar aspectos da dor que auxiliarão no controle da mesma, tais como: localização, intensidade (uso da escala analgésica), qualidade da dor (queimação, opressão), início e duração, efeitos sobre o conforto e a qualidade de vida, medidas que aliviam a dor, fatores que interferem na intensidade da dor.

É importante que a dor que o paciente diz sentir, seja valorizada. Assim como, na administração dos analgésicos, o enfermeiro deve conhecer: as ações das drogas, as vias de administração, com prioridade para a via oral, os horários que devem ser regulares e não só 'se necessário', ou seja, quando o paciente informa sentir dor, a dose adequada, e os efeitos colaterais, para que possa ser evitada ou tratada quando na impossibilidade de prevenção (RODRIGUES; ZAGO; CALIRI, 2003).

A identificação das necessidades espiritual, social ou psicológica, permitirá que o cliente seja abordado segundo o conceito de dor total, sendo possível, aliviar a dor em todas as dimensões.

Quanto aos outros sintomas mais comuns na fase final do câncer e aids, tais como perda de peso, anorexia, vômitos, náuseas, obstipação intestinal, dispnéia, tosse, estomatite, insônia, depressão entre outros, é preciso que a enfermagem esteja atenta na avaliação diária desses pacientes, para que seja possível intervir o mais precocemente possível (CAPONERO, 2002).

Outro aspecto importante nos cuidados paliativos é a comunicação. E o enfermeiro por ser o profissional que está em maior contato com o paciente e a família, pode estabelecer uma comunicação efetiva, a partir da relação de ajuda. Por meio da relação de ajuda, o enfermeiro poderá identificar as necessidades dos pacientes e familiares. Possibilitará a verbalização dos

sentimentos de medo, ansiedade, insegurança, angústias referentes à terminalidade e morte, além da preocupação com a família, trabalho, bens ou resgate de relações não resolvidas com familiares, amigos e outros (BOUSSO; POLES, 2009).

A família do paciente, também deve receber os mesmos cuidados, já que passam por sentimentos e preocupações semelhantes. A educação continuada dos profissionais de enfermagem, relativa aos pacientes em fase terminal, deve prevalecer no planejamento da instituição, considerando o desconhecimento não só de ações de enfermagem em cuidados paliativos, mas da filosofia dos cuidados paliativo (BOUSSO; POLES, 2009).

Deve-se oportunizar estes momentos para que os profissionais enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem e estudantes de enfermagem partilhem seus sentimentos e dúvidas, se possível (RODRIGUES; ZAGO; CALIRI, 2003).

A experiência decorrente do cuidar da família e do paciente em fase terminal possibilita um aprendizado de vida e conseqüentemente crescimento humano tão intenso como auxiliar um recém-nascido a vir ao mundo. Para os que ficam, familiares e profissionais, há a chance de resgatar os elos perdidos com familiares, amigos, de valorizar a grandeza da vida e de cuidar com mais amor de si mesmos e dos que amam. Para os que vão, a certeza da missão cumprida e o nascimento para a vida eterna (RODRIGUES; ZAGO; CALIRI, 2003).

Cuidar é a essência da enfermagem e só podemos cumprí-la se o fizermos com conhecimento científico, ética e, acima de tudo, amor.

2.3 Educação em cuidados paliativos

No Brasil, estima-se que exista uma grande deficiência em conhecimento de Medicina Paliativa entre os médicos, já que o ensino desta área do conhecimento não faz parte do currículo de graduação e de pós-graduação. Sabe-se que o tema é abordado em algumas escolas, de maneira não-contínua, não obrigatória e em cursos ligados ao tema da Morte, Dor, ou temas relacionados à área de oncologia. E a literatura, em relação ao ensino de Cuidados Paliativos no Brasil, também é bastante limitada, tanto nos cursos de medicina como nos cursos de enfermagem (OLIVEIRA et al., 2008).

O número de escolas que oferecem elementos curriculares em Cuidados Paliativos ainda é muito pequeno e poucos são os serviços que oferecem treinamento especializado na área. A maioria dos profissionais que buscam especialização é autodidata ou obtém especialização fora do país (OLIVEIRA et al., 2008).

No Brasil, foram fundadas a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP) e a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), respectivamente, em 1997 e 2005.

Ambas as associações têm como objetivos divulgar e promover os Cuidados Paliativos também em doenças crônicas, além de propiciar a formação de profissionais de saúde, agregar os serviços já existentes e profissionais em atuação, visando otimizar a assistência e o desenvolvimento de pesquisas científicas. Atualmente, estão inscritos na *International Association for Hospice and Palliative Care* (IAHPC) 23 serviços de cuidados paliativos no Brasil (OLIVEIRA et al., 2008).

Em São Paulo, existem serviços públicos bem-estruturados de Cuidados Paliativos: o ambulatório de Cuidados Paliativos da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); o Núcleo de Atendimento Domiciliar (NADI) e o ambulatório de Cuidados Paliativos do Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP); o Programa de Assistência Domiciliária e de Cuidados Paliativos do Hospital Universitário da USP (PAD-HU/USP). Existe também o serviço de Terapia Antiálgica e Cuidados Paliativos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas de Botucatu (UNESP). Mais recentemente, em 2007, foi criada uma enfermagem de Cuidados Paliativos no Hospital Local de Sapopemba Dr. David Capistrano (OLIVEIRA et al., 2008).

Os serviços de Cuidados Paliativos em Pediatria em São Paulo incluem a Unidade de Dor e Cuidados Paliativos do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas (HCFMUSP); ambulatório do Hospital Camargo (Hospital do Câncer); e ambulatório do Centro de Onco-Hematologia Infantil Dr. Domingos Boldrin em Campinas, São Paulo. Além do ambulatório de Cuidados Paliativos da Unifesp, criado em 2000, o Prof. Marco Tullio Figueiredo foi pioneiro e criou, em 1994, uma disciplina eletiva de Cuidados Paliativos no curso de graduação em medicina, na mesma instituição (OLIVEIRA et al., 2008).

Na área da enfermagem, a Profª. Cibele Andruciole de Mattos Pimenta, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), tem difundido a inclusão dos Cuidados Paliativos nos cursos de graduação em enfermagem. Pimenta et al (2001) elaboraram uma proposta de conteúdo mínimo sobre Dor e Cuidados Paliativos para os cursos de graduação em Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Odontologia, Psicologia e Serviço Social (OLIVEIRA et al., 2008).

Segundo o autor citado o conteúdo proposto envolve temas relacionados à dor aguda e crônica; fármacos para controle da dor; filosofia dos Cuidados Paliativos; controle de sintomas; cuidados com a alimentação e hidratação; morte, perda e luto.

Rodrigues (2004), em sua dissertação, cita também relato de experiência de ensino teórico-prático de vivência dos alunos com pacientes em fase de terminalidade, no curso de enfermagem na Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC Campinas), São Paulo.

O Instituto Nacional de Câncer (INCA), no Rio de Janeiro, é pioneiro em serviço de Cuidados Paliativos no Brasil e, na área de educação (pós-graduação lato sensu), desde o final da década de 1990, oferece um curso de Cuidados Paliativos como especialização e residência, tanto em Enfermagem como em Medicina (INCA,2004). Em relação às instituições privadas ou de medicina de grupo, tanto em São Paulo, como em outras regiões do Brasil, várias já contam ou estão em fase de implantação de serviços de Cuidados Paliativos (OLIVEIRA e al., 2008).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva e qualitativa. De acordo com Gil (2008), a pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito e construir hipóteses, ou seja, tem como principal objetivo o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições. Já a pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição de determinada população ou fenômeno. As pesquisas descritivas são, juntamente com as exploratórias, as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática.

A pesquisa qualitativa é fundamentada nas interações interpessoais, de onde surgem aspectos subjetivos de determinadas situações e apresenta caráter dimensional do universo pesquisado, considerando que a compreensão dos fatos se dá através da relação entre variáveis, onde os dados são colhidos por meio de questionários, garantindo a uniformidade no entendimento e organizando os resultados de uma forma mais unificada (CHIZZOTTI, 2005; GÜNTHER, 2006).

A escolha desse tipo de pesquisa se deu, pela oportunidade que esta proporciona ao pesquisador de interagir com o objeto/sujeito da análise, desencadeando a melhor compreensão da realidade para a construção de novos conhecimentos.

3.2 Local da pesquisa

O cenário da pesquisa se desenvolveu no Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, na cidade de Cuité/PB. O Centro de Educação e Saúde – CES da Universidade Federal de Campina Grande está situado na localidade do Olho D'Água da Bica a 2Km do centro do município de Cuité – PB e tem uma área de 80 hectares.

O campus é dividido em duas unidades acadêmicas: de saúde e de educação. Os cursos que fazem parte da Unidade Acadêmica de Saúde – UAS são os bacharelados em Enfermagem, Farmácia e Nutrição. Já na Unidade Acadêmica de Educação é composta pelas licenciaturas de Biologia, Química, Matemática e Física.

O CES é uma instância deliberativa e normativa composto pela Diretoria, pelo Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão – CEPE e pelo Conselho Administrativo – CONSAD.

3.3 População e amostra

Para Gil (2008), a população envolve informações acerca do universo a ser estudado. Nesse sentido, a população definida para o estudo foi representada por acadêmicos do Curso de Bacharelado em Enfermagem. Já a amostra é uma porção ou parcela, convenientemente selecionada do universo (população); é um subconjunto do universo. O tamanho da amostra diz respeito à quantidade de pessoas que irá participar do estudo (GIL, 2008).

Quando o pesquisador seleciona uma amostra, ou seja, uma pequena parte de uma população, espera que esta parcela represente toda a população do estudo, ou seja, a amostra da pesquisa foi composta por 20 acadêmicos do Curso de Bacharelado em Enfermagem.

Foram adotados os seguintes critérios para a escolha dos participantes do estudo: que fossem maiores de 18 anos; que estivessem matriculados nos semestres 2012.2 e 2013.1, que estivessem no último ano de curso. E como critérios de exclusão: acadêmicos de enfermagem que não estivessem no último ano de formação, que não estivessem matriculados e que não aceitassem participar da pesquisa.

3.4 Instrumento para Coleta de Dados

Na concepção de Rúdio (2007), o instrumento da pesquisa é a forma como será realizada a coleta de dados. Nessa perspectiva, o instrumento desta pesquisa foi um roteiro de entrevista semi-estruturado (Apêndice B), que por sua vez, pode ser entendida como a técnica que envolve duas pessoas numa situação ‘face a face’ e em que uma delas formula questões e a outra responde (GIL, 2008).

3.5 Considerações éticas

O crescimento rápido das pesquisas envolvendo seres humanos tem levado à preocupações éticas e debates quanto à proteção dos direitos das pessoas que participam das pesquisas em enfermagem. De acordo com Nogueira et al. (2012), a ética pode ser compreendida como o modo de ser dos humanos, um conjunto de valores que dirigem o comportamento do homem em relação aos outros em busca do equilíbrio das relações sociais.

Durante a realização desta pesquisa foram explicados aos participantes, os objetivos e finalidades do estudo, quais as vantagens na sua participação voluntária, retirada ou exclusão do estudo, o caráter confidencial das informações, como também o nome, endereço e número de telefone dos pesquisadores para possíveis esclarecimentos sobre o assunto, ou para comunicarem a desistência.

Essas informações atenderam às Normas da Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). De acordo com Nogueira et al. (2012), esta resolução é o principal normativo que regula as pesquisas com seres humanos, tendo como objetivo proteger e assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado. Como esta pesquisa foi realizada diretamente com seres humanos, seguiu todos os princípios descritos nessa resolução.

Segundo a Resolução nº 466/2012, as pesquisas envolvendo seres humanos devem atender às exigências éticas e científicas fundamentais como: o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos-alvo (autonomia); avaliação dos riscos e benefícios tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos (beneficência), comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; garantia de que danos previsíveis serão evitados (não maledicência); relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária (justiça e equidade) (BRASIL, 2012).

Todas essas exigências foram devidamente respeitadas durante a operacionalização desta pesquisa, assim como as premissas observadas na Resolução nº 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem, que trata do Código de Ética Profissional (COFEN, 2007).

3.6 Coleta de dados

Segundo Andrade (2006), a coleta de dados deve ser realizada de maneira esquematizada e lógica, no intuito de facilitar o desenvolvimento da pesquisa. A coleta de dados é vista como uma etapa importantíssima, entretanto não deve ser confundida com a pesquisa propriamente dita, visto que os dados coletados futuramente serão elaborados, analisados, interpretados, representados graficamente e por fim realizada a discussão dos resultados da pesquisa. Nesse sentido, a coleta de dados realizou-se no mês de julho de 2013.

3.7 Procedimentos operacionais para a coleta dos dados

Na fase inicial, foram seguidos os seguintes procedimentos: 1. Cadastramento da pesquisa na Plataforma Brasil na página Eletrônica da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP); 2. Solicitação de autorização para o desenvolvimento deste estudo, através de um requerimento, o Termo de Autorização Institucional ao Diretor do Centro de Educação e Saúde (CES) e do Coordenador da Unidade Acadêmica de Saúde (UAS), para realizar a pesquisa no referido centro; Folha de Rosto devidamente assinada pelo Diretor da

Instituição de Ensino Proponente; e 3. Submissão da Folha de Rosto para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), para a apreciação e aprovação do projeto.

Após a aprovação do CEP do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande, sob o CAAE nº12083913.0.0000.5182, foi dado início às atividades da coleta no mês de junho de 2013. Inicialmente, o pesquisador participante entrou em contato com a Coordenação de Enfermagem do CES, para possibilitar o acesso ao grupo a ser pesquisado. Nesta perspectiva, foram selecionados 20 acadêmicos de enfermagem para compor a amostra desta pesquisa. Após este procedimento, procedeu-se com o início das entrevistas, que se realizaram em uma sala de aula do CES.

Ao identificar os acadêmicos de enfermagem, o pesquisador participante apresentou a pesquisa, sua finalidade e importância e convidou-lhe a participar desta. Também foi solicitada a gravação da entrevista, o caráter voluntário, o anonimato da participação e a possibilidade de desvinculação da pesquisa sem danos pessoais. Em seguida, os participantes da pesquisa foram convidados à leitura do Termo do Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após a leitura foi solicitada a assinatura deste e assim deu-se início à entrevista.

Os discursos foram gravados através de um aparelho MP3 de marca Sony e a duração das entrevistas variou conforme a capacidade dos participantes em fornecer as informações desejadas. Em média, a duração foi de 30 minutos. O desenvolvimento seguiu o ritmo mais conveniente aos participantes da pesquisa e, quando necessário, o entrevistador interveio para complementar alguma informação não suficientemente clara e que seria parte integrante do roteiro pré-estabelecido. As entrevistas foram transcritas textualmente e logo após a leitura sucessiva do material, procedeu-se à codificação dos participantes do estudo extraíndo as categorias dos discursos agrupados pela similaridade, sendo possível assim formar o *corpus* coletivo dos discursos.

3.8 Análise de dados

O processo de análise de dados envolve diversos procedimentos: codificação das respostas, tabulação dos dados e cálculos estatísticos. Após o ajuntamento com a análise, pode ocorrer também a interpretação dos dados, que consiste, fundamentalmente, em estabelecer a ligação entre os resultados obtidos com outros já conhecidos, quer sejam derivados de teorias, quer sejam de estudos realizados anteriormente (GIL, 2008).

Nesse ínterim, a caracterização da amostra foi organizada em forma de gráficos e tabelas construídos através do Programa Microsoft Excel 2008 e os dados qualitativos foram analisados de acordo com a literatura pertinente e seguindo as bases conceituais do Discurso

do Sujeito Coletivo (DSC) (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005). Esta técnica pode ser definida como um procedimento metodológico que procura superar impasses na medida em que pretende recuperar e reconstruir, na escala coletiva, a natureza discursiva e argumentativa do pensamento. As categorias continuam agrupando os discursos de conteúdo semelhante, mas o sentido desses não fica restrito à categoria, incorporando, além dela, os respectivos conteúdos discursivos e argumentativos presentes nas falas individuais.

No DSC, então, a categoria funciona não mais como um representante do pensamento, mas como um *nome* ou denominação desse, que, como todo nome, serve para individualizar um discurso em relação a outro, mas não esgota o sentido desse. A categoria sinaliza, de modo sintético, uma determinada direção semântica, que precisa ser completada pelo conteúdo discursivo e argumentativo que, no DSC, é dado pela reunião num discurso-síntese, das expressões chave, das ideias centrais ou ancoragens de sentido semelhante ou complementar, emitidas como respostas a uma questão de pesquisa, por distintos indivíduos (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005)

Assim, no DSC, o caráter coletivo e social do pensamento não requer, como condição prévia necessária, que os elementos a serem somados sejam idênticos ou tornados idênticos, como acontece na soma quantitativa. Mas, se essa soma qualitativa é condição necessária para gerar o pensamento coletivo, ao mesmo tempo, condição suficiente, uma vez que tal soma só é plenamente capaz de produzir o pensamento coletivo ou social graças a um fundamento ou pressuposto quantitativo, ou seja, graças ao fato de que cada um dos indivíduos inquiridos na pesquisa, escolhido com base em algum critério de representatividade social, grupal ou populacional, contribui, com sua cota de fragmento de pensamento para o pensamento coletivo.

A referida técnica foi operacionalizada em quatro etapas apresentadas a seguir:

Primeira etapa – nesta fase foi efetivada a seleção das expressões-chave de cada discurso individual, obtidas a partir da cada questão subjetiva proposta para os estudos.

Segunda etapa – correspondeu a identificação das ideias centrais que cada um dos participantes envolvidos no estudo apresentou em seu discurso e as expressões-chave para cada resposta de uma dada questão, formando assim, a síntese do conteúdo dessas expressões.

Terceira etapa – ocorreu o agrupamento das ideias centrais semelhantes ou complementares, que envolviam as mesmas respostas de um determinado questionamento, transcrevendo-se literalmente os termos empregados pelos participantes da investigação.

Quarta etapa – compreendeu a estruturação do discurso-síntese, ou discurso do sujeito coletivo, mediante o agrupamento das idéias centrais semelhantes, o que representa um só discurso, como se todos tivessem sido proferidas por único indivíduo.

Para compreender melhor a análise dos dados, serão apresentadas as ideias centrais emergidas no discurso do sujeito coletivo, em resposta às seguintes questões propostas para os enfermeiros participantes da pesquisa:

1. *Qual a sua compreensão de cuidados paliativos?*
2. *Em sua opinião, o que é necessário para o profissional de saúde executar o cuidado paliativo?*
3. *Que modalidades terapêuticas no contexto hospitalar você conhece?*
4. *Em sua opinião, quais requisitos para a implementação dos cuidados paliativos no contexto hospitalar?*

As respostas obtidas do primeiro questionamento permitiram construir a seguinte ideia central: **Os Cuidados Paliativos melhoram a qualidade de vida do paciente no processo de adoecimento e terminalidade mediante uma assistência holística e ética**

Das respostas do segundo questionamento foi identificada uma ideia central: **Preparação acadêmica e pessoal**

Em resposta ao terceiro questionamento foi destacada a seguinte ideia central: **Alívio da dor, dos sintomas e terapias alternativas para o bem-estar**

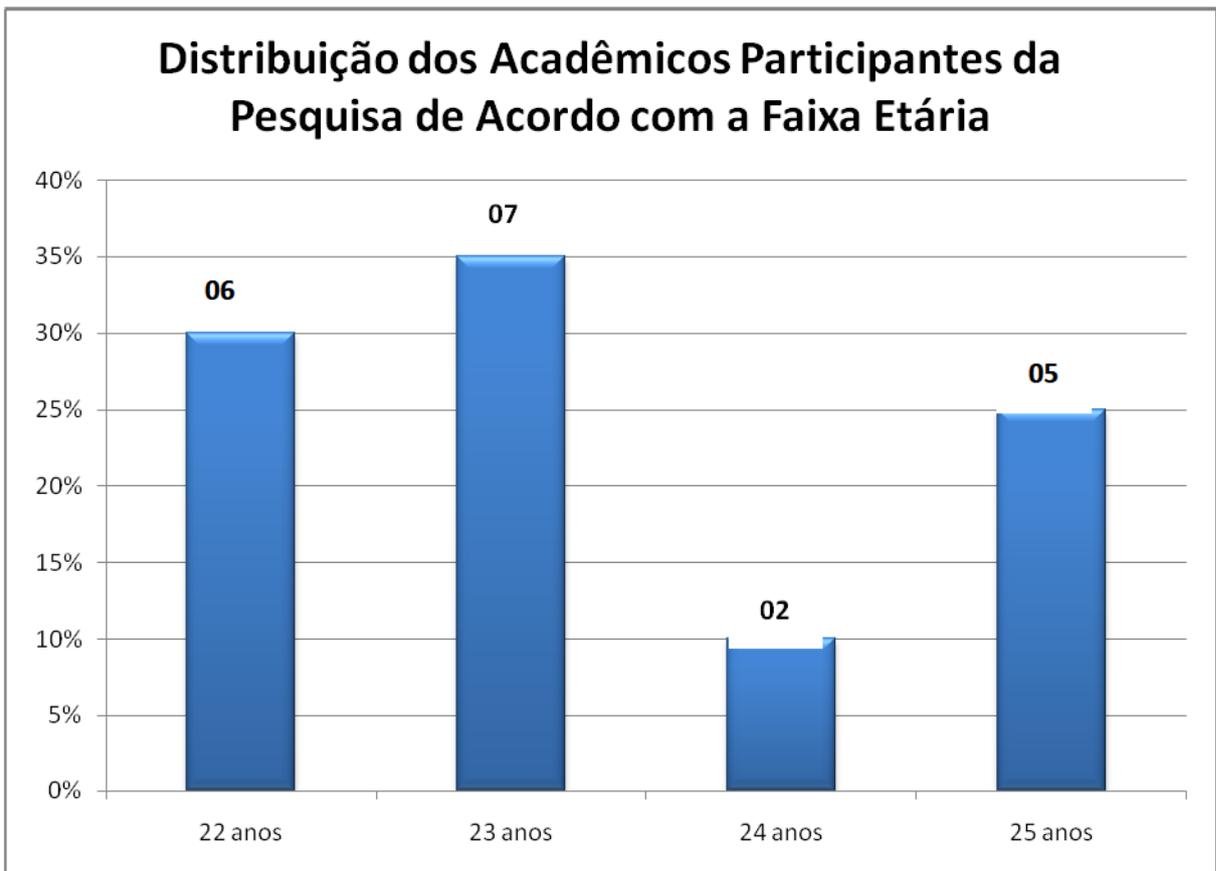
A partir das respostas do quarto questionamento, foi obtida a ideia central: **Qualificação profissional, estrutura física, trabalho em equipe, humanização**

Serão apresentadas, portanto, nos quadros a seguir, as Ideias Centrais e os Discursos do Sujeito Coletivo dos acadêmicos de enfermagem participantes da pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram desse estudo 20 acadêmicos do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande Centro de Educação e Saúde Campus Cuité (UFCG-CES), que estavam cursando o último ano do curso.

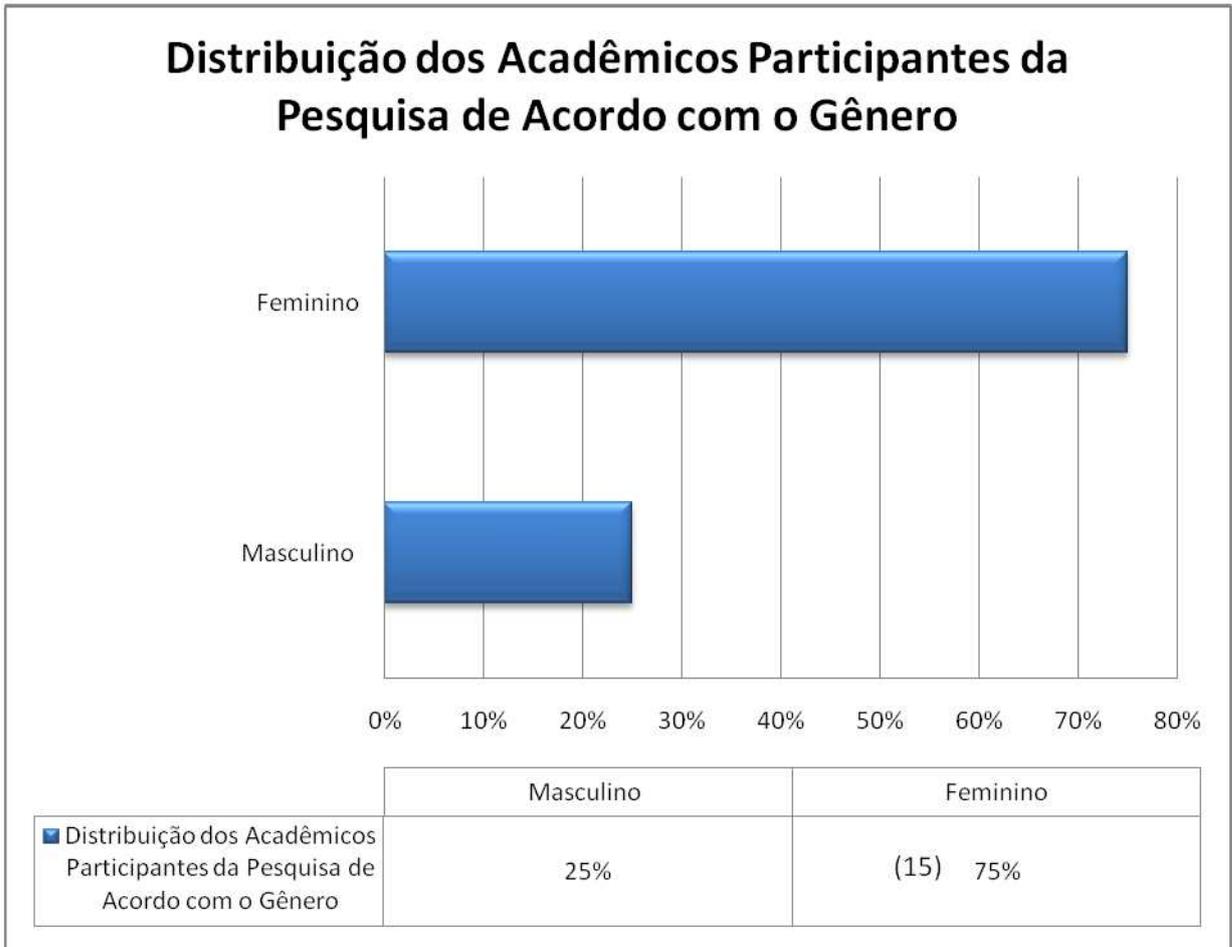
Abaixo, o Gráfico I representa a distribuição dos participantes da pesquisa, no que se refere à faixa etária.



FONTE: Dados da pesquisa, 2013

De acordo com os resultados mostrados no Gráfico I, as idades dos acadêmicos participantes do estudo distribuíram-se entre 22 e 25 anos. Os participantes do estudo com idade entre 22 anos tiveram uma representatividade de seis (30%), seguida de sete (35%) com idade de 23 anos; dois (10%) dos acadêmicos tinham 24 anos de idade e cinco (25%) dos participantes tinha 25 anos.

O Gráfico II revela a distribuição dos acadêmicos participantes da pesquisa, no que se concerne o gênero dos mesmos.



FONTE: Dados da pesquisa, 2013

O Gráfico II revela que 15 (75%) dos acadêmicos de enfermagem que participaram da pesquisa são do sexo feminino, e cinco (25%) são do sexo masculino. Sobre esse aspecto, Amorim (2008) ressalta que em decorrência de uma cultura patriarcal, na qual o elemento masculino tem exercido uma relação de poder sobre o feminino, a profissão de enfermeira sempre esteve ligada à ideia de devoção, caridade, submissão. Pouco valorizadas na sociedade, as atividades que lhe dizem respeito no contexto social vigente são mais visualizadas no âmbito privado. Devido ao próprio processo histórico da profissão, a objetividade não dá conta de seu pleno reconhecimento no seio da sociedade.

A reconstrução do espaço social da profissional de enfermagem transpassa pela (des) construção desse conceito e construção de uma atuação no mundo do trabalho, a fim de que sua prática contribua para a autonomia dos que atuam no processo do cuidado. São necessárias rupturas no processo de construção do saber e do fazer para que isso ocorra. Por isso, pode se notar que com o passar dos anos, mesmo com a prevalência feminina, o número de graduandos de enfermagem do sexo masculino vem cada vez mais aumentando, e ocupando certo espaço dentro dessa profissão (AMORIM, 2008).

4.1 Apresentando o Discurso do Sujeito Coletivo

1. Qual a sua compreensão de cuidados paliativos?

IDEIA CENTRAL
Os Cuidados Paliativos melhoram a qualidade de vida do paciente no processo de adoecimento e terminalidade mediante uma assistência holística e ética
DSC
<i>Cuidados paliativos são um conjunto de cuidados que os profissionais de saúde[...]realizam no paciente com a finalidade de evitar o sofrimento[...]de promover uma melhor qualidade de vida [...]em pacientes com câncer [...] em estado terminal, que necessita [...]de um cuidado humanizado. Cuidados terapêuticos a fim de melhorar os seus últimos dias de vida [...] apesar de não poder prolongar a vida, mas poder dar uma qualidade de vida melhor. São cuidados que devem ser oferecidos não só em relação ao paciente, mas em relação à família também. São medidas que visam aliviar o sofrimento do paciente no momento final dele, no momento da morte. Compreendem qualquer cuidado que melhore as condições de vida do paciente, e que concedam um alívio, um conforto [...] e o conhecimento também da situação dele, até encarar melhor a morte.</i>

Quadro 1 - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo dos participantes da pesquisa, em resposta ao questionamento 1.

Fonte: Dados da pesquisa, 2013

Ao serem questionados sobre sua compreensão acerca dos cuidados paliativos, os acadêmicos de enfermagem participantes da pesquisa, no DSC, afirmaram ser um conjunto de cuidados prestados pelos profissionais de saúde, com a finalidade de evitar o sofrimento, promovendo assim uma melhor qualidade de vida a pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura e em fase terminal.

Neste contexto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define Cuidados Paliativos como a abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e dos seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (BRASIL, 2008).

Os cuidados paliativos não apressam a morte, apenas a aceitam como parte inexorável de um processo. Cuidar paliativamente requer, muitas vezes, um tratamento mais ativo, mais abrangente e mais complexo. Não no sentido de sofisticação tecnológica, mais sim no de integração multidisciplinar (PESSINI et al., 2006).

Diante disso, Santos (2009) ressalta que os cuidados paliativos são todas as medidas adotadas que se iniciam a partir do diagnóstico de patologia fatal e incurável, mesmo que a

morte do paciente esteja prevista para dez ou mais anos. Eles estão ligados à morte e ao morrer. À medida que a doença avança, diminuem os cuidados curativos e se intensificam os paliativos. Esses cuidados não são apenas necessários para as últimas semanas de vida, mas durante todo o processo de morte e morrer que o paciente passar, quando o mesmo é acometido por uma doença sem possibilidades de cura, e encontra-se em estado de terminalidade. Este aspecto é confirmado pelo DSC quando os acadêmicos de enfermagem ressaltam que *“são cuidados terapêuticos a fim de melhorar os seus últimos dias de vida”*

Nesse sentido, vale enfatizar que os pacientes que necessitam desses cuidados, geralmente, são aqueles com enfermidades oncológicas, no entanto esses cuidados também são oferecidos aos pacientes com doenças crônicas, degenerativas, ou seja, aquelas que põem em risco a sua vida de uma maneira que a morte não possa ser evitada (MOREIRA et al., 2012).

Estes cuidados também são oferecidos aos pacientes portadores de câncer avançado e AIDS, mas dele também se beneficiam casos de insuficiência cardíaca congestiva, renais crônicos, hepatopatas crônicos, pneumopatas crônicos, neuromotores, Parkinson, Alzheimer, idosos portadores de graves sequelas causadas por diversas doenças, entre outras. Ou seja, essa terapêutica é oferecida a pacientes que se encontram sem possibilidades de cura (FIGUEIREDO, 2009).

Vale ressaltar que um paciente é considerado em condição terminal quando sua doença, independente das medidas terapêuticas adotadas, evoluirá de forma inexorável para a morte. A irreversibilidade da doença é definida através de um consenso pela equipe, baseada em dados objetivos e subjetivos. Após estabelecido este diagnóstico, os cuidados paliativos constituem o objetivo principal da assistência ao paciente (MORITZ et al., 2008). Nesta perspectiva, os acadêmicos participantes da pesquisa realçam a partir do DSC que cuidados paliativos *“compreendem medidas que visam aliviar o sofrimento do paciente no momento final dele”*.

Sobre este aspecto é necessário mencionar que os cuidados paliativos não controlam a morte, e não pretendem acelerá-la ou retardá-la. O objetivo é humanizar o tratamento dos doentes sem possibilidade de cura, que estão passando pelo processo de morte e morrer. Não é nada fácil aceitar e entender que a morte é parte de um processo natural da vida. Todos morrem, e isso é tão certo quanto estar vivo nesse exato momento (NERI, 2010). Neste sentido, os participantes da pesquisa revelam em seus discursos que a abordagem paliativa é *“qualquer cuidado que melhore as condições de vida do paciente, que concedam um alívio, um conforto[...]de cuidado humanizado”*

O cuidar humanizado de uma pessoa, em seu estado de finitude, estará intrinsecamente ligado ao cuidar dessa pessoa, desde o momento em que ela dá entrada no atendimento primário. Assim, a forma mais humanizada de assistir a pessoa, cuidando dela em seu processo de terminalidade, interliga-se à forma como vem sendo o seu cuidar desde esse momento. Nesse sentido, poderemos ter, diante de nós, uma pessoa fora de possibilidades terapêuticas de cura, mais fragilizada ou fortalecida, segundo o que ela tem recebido em termos de humanização (BOEMER, 2009).

Os princípios da filosofia em cuidados paliativos baseiam-se em promover o alívio da dor e de outros sintomas estressantes; reafirmam a vida e vêem a morte como um processo natural; não pretendem antecipar e nem postergar a morte; integrar os aspectos psicossociais e espirituais ao cuidado; oferecem um sistema de suporte que auxilie o paciente a viver tão ativamente quanto possível até a sua morte; auxiliam a família e entes queridos a sentirem-se amparados durante todo o processo da doença (BRASIL, 2012).

Todos esses cuidados citados devem ser iniciados o mais precocemente possível, desde o momento do diagnóstico, e não só apenas quando começar o tratamento. Junto a outras medidas de prolongamento de vida como a quimioterapia, radioterapia, cirurgia, tratamento antirretroviral, drogas modificadoras do percurso da doença, deve-se incluir também todas as investigações necessárias para melhor compreensão e manejo dos sintomas (BRASIL, 2012). Nesta perspectiva, os acadêmicos de enfermagem participantes da pesquisa versaram, a partir, do DSC, que os cuidados paliativos têm a *finalidade de evitar o sofrimento[...], de promover uma melhor qualidade de vida[...], e de encarar melhor a morte*”

Pode-se assim perceber, que essa modalidade visa tanto à melhora da qualidade de vida dos pacientes que enfrentam uma doença sem possibilidades de cura, quanto de seus familiares. Através da prevenção e alívio do sofrimento; da identificação precoce dos sinais e sintomas da patologia em si; da avaliação impecável; e do tratamento da dor e de outros sintomas físicos, psicossociais e espirituais. Tais cuidados, igualmente, são direcionados às pessoas que receberam tratamento curativo, e aos pacientes oncológicos que tiveram efeitos adversos tardios, ou comorbidades relacionadas aos tratamentos recebidos (BENARROZ; FAILLACE; BARBOSA, 2009).

Nesse contexto, Burlá e Py (2010) ressaltam que os cuidados paliativos são a resposta ativa a problemas decorrentes de doenças prolongadas e incuráveis, assim como previne o desconforto. Essa modalidade de assistência e intervenção tem como alvo a pessoa doente, com ênfase no alívio do sofrimento físico e no atendimento das demandas sociais e espirituais. Trata-se de uma resposta ativa aos problemas decorrentes da doença prolongada,

incurável e progressiva para prevenir o desconforto e proporcionar a melhor qualidade de vida possível às pessoas doentes e seus familiares.

Verifica-se, então, a partir do DSC, que os acadêmicos participantes da pesquisa compreendem o significado dos cuidados paliativos assim como princípios e filosofia.

2. Em sua opinião, o que é necessário para o profissional de saúde executar o cuidado paliativo?

IDEIA CENTRAL
Preparação acadêmica e pessoal
DSC
<i>Que ao menos na graduação ele tenha uma disciplina que fale especificamente de cuidados paliativos. Embasamento teórico e prático na academia, no curso de graduação. Conhecimento acerca de cuidados paliativos. Estar preparado psicologicamente para lidar com essas situações e com esses pacientes. Rever os seus conceitos de qualidade de vida e morte. Durante a graduação, ele já deve ter uma preparação desse assunto, pra que ele possa tá bem aperfeiçoado durante a sua atuação profissional. É entender o que o paciente está precisando naquele momento.</i>

Quadro 2 - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo das participantes da pesquisa, em resposta ao questionamento 2.

Fonte: Dados da pesquisa, 2013

Segundo o DSC, os acadêmicos participantes da pesquisa relatam sentir uma deficiência na grade curricular do seu curso, no que se refere à temática “cuidados paliativos”. Destacaram que não tiveram, durante o Curso de Bacharelado de Enfermagem, disciplinas ou assuntos que nortearassem aspectos relacionados ao tema cuidados paliativos, processo de morte e morrer ou outros que coadunam com o tema principal. Revelaram que além do despreparo científico, são imaturos psicologicamente para vivenciar o paciente em sua terminalidade.

De acordo com Pinheiro (2010), a experiência clínica com pacientes terminais é essencial durante a graduação dos futuros profissionais, já que os graduandos irão enfrentar situações como estas no futuro. E é através disso, desse suporte, que os próprios acadêmicos acreditam ser necessário terem durante a graduação, uma disciplina teórico-prática com tais temáticas, e que essa nova conjuntura irá conseqüentemente prepará-los, para saber lidar com o paciente terminal e atendê-lo da forma mais adequada.

A medicina paliativa vem assumindo importância crescente no mundo, incorporando o conceito de cuidar e não somente de curar. Por outro lado, quanto à formação, treinamento e educação continuada, pesquisas nacionais da última década descreveram como fator negativo,

a realidade dos profissionais da saúde não terem durante a graduação, formação para atender pacientes terminais, e os currículos dos cursos de graduação na área da saúde não ensinarem os cuidados paliativos. Diante da necessidade moral de se organizar um modelo de assistência adequado aos pacientes com doenças avançadas e terminais, e para que se construa uma sociedade que não os exclua da assistência, propiciando a eles um processo de morrer digno, torna-se necessário que a disciplina de cuidados paliativos faça parte dos currículos dos cursos de graduação na área da saúde (CHAVES et al., 2011). Este aspecto é revelado no seguinte trecho “*Que ao menos na graduação, tenha uma disciplina que fale especificamente de cuidados paliativos.*”

Embora muitas instituições educacionais tenham aberto espaço para discutir o tema da morte e dos cuidados ao fim da vida em algumas disciplinas, o ensino é fragmentado e superficial no que tange à comunicação interpessoal em cuidados paliativos. Com isso, os profissionais de saúde que atuam no cuidado daquele que vivencia o fim da vida, consideram a comunicação no processo de morrer um ponto crucial em sua atuação, chegando até mesmo há evitar o contato e a conversa com os pacientes, apontando que não receberam preparo teórico e tampouco suporte emocional para lidar com o sofrimento e a morte de seus pacientes no contexto da terminalidade. Estudos que tratam de capacitação em habilidades de enfermeiros oncologistas/paliativistas evidenciaram o aprimoramento destas habilidades e melhora na atenção à dimensão emocional do cuidado prestado pelos enfermeiros, à medida que os mesmos utilizavam mais palavras de caráter emocional e afetivo após a intervenção educacional (ARAÚJO; SILVA, 2012). Neste sentido, os acadêmicos participantes da pesquisa exprimem, por meio do DSC que “*precisam estar preparados psicologicamente com essas situações e com esses pacientes*”

Os profissionais necessitam de um preparo ético na academia, para saber lidar com os desafios que surgirão no campo do trabalho. É necessário que o acadêmico de enfermagem alie para além da competência técnico-científica uma competência humana e ética, vivenciando os verdadeiros valores da bioética para um agir competente, coerente e responsável. Existem muitos desafios a serem vencidos, e dentro deles está a deficiência na educação de profissionais de saúde no que diz respeito à terminalidade. (MACHADO; PESSINI; HOSSNE, 2008).

O preparo e a formação desses profissionais, tanto na graduação, como na educação continuada, estão, geralmente, voltados para formar profissionais técnicos, criando uma lacuna na formação humanística, da qual o profissional sente falta ao se deparar com dilemas que requerem tomadas de decisão no seu dia a dia. A solução mais viável é criação de cursos

de humanização, cuidados paliativos e bioética para serem inseridos como disciplina fundamental durante a graduação, pós-graduação e treinamento desses profissionais. Porém, só a teoria não é suficiente, há a necessidade de instigar o profissional a reflexões bioéticas acerca do tema (MACHADO; PESSINI; HOSSNE, 2008). Sobre essa conjuntura, os acadêmicos participantes da pesquisa destacaram que *“durante a graduação, o aluno já deveria ter uma preparação sobre esse assunto, pra que possa está bem aperfeiçoado durante a sua atuação profissional.”*

Os cursos de formação de profissionais de saúde carecem de disciplinas que abordem os temas da morte, do luto e do morrer, necessitando assim, formas que conduzam esse profissional, para além do conhecimento técnico-científico adquirido, a desenvolver sensibilidade necessária para praticar os fundamentos humanitários de sua formação, indispensáveis à percepção e ao lenitivo do sofrimento que vivenciam os pacientes em sua terminalidade. Sendo assim, observa-se a necessidade de intervenção nos cursos de graduação da área da saúde e de uma possível reformulação curricular que contemple uma visão antropológica para que além da formação técnico-científica, ocorra a implementação do ensino de cuidados paliativos (BIFULCO; IOCHIDA, 2008).

Uma das causas do despreparo dos profissionais para lidar com os cuidados paliativos e a morte em si, além dos aspectos cultural, espiritual e pessoal, é que o ensino nos cursos da área da saúde, de maneira geral, enfatiza a formação técnica-científica dos futuros profissionais, propiciando pouco espaço para a abordagem dos aspectos emocionais, espirituais e sociais do ser humano. Nesse sentido, muitas vezes, a morte pode ser relacionada com derrota, perda, frustração. O oposto da meta dos cursos da área da saúde, que é a cura (BIFULCO; IOCHIDA; 2008). Nesse sentido, é oportuno destacar o seguinte trecho do DSC *“rever os conceitos de qualidade de vida e morte é um passo muito importante para o acadêmico saber atuar nessa área.”*

Combinato e Queiroz (2006) ressaltar que não existe uma preocupação com fortalecimento psicológico e pessoal do futuro profissional de enfermagem, para o enfrentamento da morte. Se houvesse a implantação de programas de capacitação e cuidado aos profissionais, assim como o estabelecimento de políticas públicas que priorizassem os princípios dos cuidados paliativos no processo de morte e morrer, iria beneficiar tanto os profissionais como pacientes e familiares. Através da adoção dessas medidas os profissionais, com certeza, sairiam mais preparados da academia, para lidar com essas situações, e com os pacientes em estado terminal de um modo geral.

O ato de tratar a morte com indiferença é consequência de um mecanismo de defesa dos enfermeiros, a fim de se manterem mentalmente sãos, devido ao despreparo para lidarem com o fato. Observa-se a necessidade de uma educação efetiva para lidar com a morte, fazendo necessária uma abordagem educativa progressista (SANTOS, 2009).

Para atuar no campo dos cuidados paliativos é necessário não apenas um profundo conhecimento técnico-científico, como também um constante enfrentamento da morte e de suas implicações do processo de morrer, fazendo com que os profissionais necessitem desenvolver, também, habilidades humanitárias e emocionais, comumente (FONSECA; GIOVANINI, 2013)

3. Que modalidades terapêuticas no contexto hospitalar você conhece?

IDEIA CENTRAL
Alívio da dor, dos sintomas e terapias alternativas para o bem-estar
DSC
<i>Ludoterapia, massagens, acupuntura, arteterapia, musicoterapia, Reiki, fitoterapia, homeopatia, [...] administração de medicamentos, como os opioides, como a morfina, que diminuem a dor, escuta acolhedora, dar conforto. Na religião, se é católico levar pra ele um padre, rezar, alguma coisa assim. Chamar pelo nome, mudança de decúbito. Proporcionar as visitas periódicas dos familiares. Apagar a luz, colocar um biombo para preservar a privacidade do paciente. Fazer a sistematização da assistência de enfermagem. Abrir espaço de convívio entre pacientes e familiares, para que eles interajam entre si. Oferecer tratamento psicológico. Escutar o paciente, dar atenção, carinho e amor. Orientar a família com relação ao estado do paciente [...] orientação dos procedimentos que são realizados. Certos pacientes que não querem ficar no hospital e querem terminar seus últimos dias de vida em casa, que o profissional possa propor isso também pra que seja mais prazeroso pra o paciente.</i>

Quadro 3 - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo das participantes da pesquisa, em resposta ao questionamento 3.

Fonte: Dados da pesquisa, 2013

Os acadêmicos participantes da pesquisa demonstraram, a partir do DSC, possuírem conhecimento das modalidades terapêuticas paliativas, apesar de não terem sido contemplados com nenhuma disciplina relacionada ao tema durante o curso de graduação.

Ao considerar as habilidades técnicas necessárias nesta área, sabe-se que a boa atuação de um profissional paliativista está baseada no controle de sinais e sintomas. Contudo, a presença da patologia não é desconsiderada e, assim, a proposta terapêutica dos cuidados paliativos está direcionada também ao controle dos efeitos colaterais de uma intervenção proposta no momento do diagnóstico. Para isso, espera-se do paliativista tenha domínio em

áreas como a fisiopatologia das doenças crônicas e a sobrevida, a farmacologia, os procedimentos de intervenção que possam ser lançados diante de complicações, o manejo correto do paciente, as técnicas de relaxamento, a valorização da comunicação, do aspecto espiritual e o trabalho em equipe (FONSECA; GIOVANINI, 2013).

Os participantes da pesquisa, a partir do DSC, ressaltaram que uma das modalidades terapêuticas mais utilizadas nos cuidados paliativos é *“administração de medicamentos, como os opioides, que diminuem a dor, a escuta acolhedora e dar conforto”*.

Nesta perspectiva, Waterkemperi, Reibnits e Monicelli (2010) destacam que a dimensão da dor e sua avaliação podem ser agrupadas em três esferas, sendo elas a biológica, psicológica e social. A esfera biológica deve levar em consideração os aspectos da dor física associada à piora da doença, como uma experiência desagradável de um dano tecidual real ou potencial e os outros sintomas da doença. A esfera psicológica envolve os sentimentos de abandono, medo, angústia, dor espiritual, insegurança no tratamento, desconforto por alteração na autoimagem. A esfera social compreende os problemas familiares, representados pela preocupação com o seu bem-estar, as condições econômicas, os relacionamentos, as dificuldades no tratamento, o isolamento social, a mudança de ambiente, e o afastamento do domicílio.

O sucesso no tratamento da dor requer uma avaliação cuidadosa de sua natureza, entendimento dos diferentes tipos e padrões de dor e conhecimento do melhor tratamento. A boa avaliação inicial da dor irá atuar como uma linha de base para o julgamento de intervenções subsequentes. A natureza pluridimensional da dor significa que o uso de analgésicos pode ser apenas uma parte da estratégia multiprofissional que compreende ação nas angústias físicas, psicológicas, sociais e espirituais do paciente. Os enfermeiros são um dos profissionais que mais frequentemente avaliam a dor. Avaliando assim a resposta a terapêutica e a ocorrência de efeitos colaterais. Também colaboram na reorganização do esquema analgésico e propõem estratégias não farmacológicas. Mesmo com o considerável progresso científico e farmacológico, a dor continua a ser substancialmente subtratada. O uso de opiáceos permanece sendo a área de maior interesse entre muitos médicos e o aumento da variedade das formulações disponíveis reforça a situação (BRASIL, 2008).

Nesse sentido, vale ressaltar que o tratamento farmacológico preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para o alívio da dor oncológica são os opioides de classe forte, tais como morfina, metadona, fentanil, oxicodona. Esses analgésicos são utilizados, principalmente, nos casos de dor nociceptiva, ocasionada pela compressão do tumor sobre os nervos, prevalentes nos pacientes terminais (BRASIL, 2009).

Sob o ponto de vista holístico, ao prestar assistência à saúde, o profissional visa harmonizar e equilibrar entre si todas as dimensões do ser humano, atuando não só no corpo físico, mas também nas energias mais sutis que formam seu corpo. Para tanto, há necessidade de se buscar formas alternativas de assistência, que tratem do corpo, da mente e do espírito. Terapias alternativas essas que podem ser desenvolvidas atendendo a necessidade individual de cada paciente terminal, como por exemplo, terapias físicas, hidroterapia, nutrição alternativa, terapias mentais e espirituais. Todas essas formas de terapias alternativas buscam diminuir a dor e os sintomas do paciente terminal, visando seu bem estar, e só devem ser desenvolvidas através de um consenso entre a equipe multiprofissional (TROVÓ; SILVA, 2002). Sobre este aspecto, vale ressaltar um trecho do DSC, quando os acadêmicos de enfermagem destacam que “*ludoterapia, massagens, acupuntura, arteterapia, musicoterapia, Reiki, fitoterapia, homeopatia*” são algumas modalidades terapêuticas utilizadas nos cuidados paliativos.

No que se refere às terapias mentais, estudos demonstram o efeito da musicoterapia como facilitador da analgesia, outros estudos mostram que ouvir música age sobre o sistema nervoso autônomo, auxiliando a desligar-se da dor e no alívio da tensão e do estresse, e reduz o consumo de analgésicos. A música age como um estímulo em competição com a dor, fazendo com que a pessoa se distraia e desvie sua atenção da dor, desta forma, o estímulo doloroso é modulado (SEKI; GALHEIROS, 2010).

É muito importante para a melhora na qualidade de vida de pacientes vivendo a terminalidade, com dor crônica integrar aspectos da espiritualidade, fé e religiosidade com seu atendimento em diversos aspectos, como foi enfatizado pelos discursos dos participantes da pesquisa: “*Na religião, se é católico, levar pra ele um padre, rezar, alguma coisa assim.*”

Nesse sentido, a espiritualidade pode ser definida como aquilo que traz significado e propósito à vida das pessoas. Essa definição é utilizada como base em cursos médicos sobre espiritualidade e saúde. A espiritualidade é reconhecida como um fator que contribui para a saúde e a qualidade de vida de muitas pessoas. Esse conceito é encontrado em todas as culturas e sociedades. É expressa como uma busca individual mediante a participação de grupos religiosos que possuem algo em comum, como fé em Deus, naturalismo, humanismo, família e arte (PERES et al., 2007).

Estudos mostram que as medidas de religiosidade e espiritualidade se comportam como fatores preditivos de bem-estar e suporte social em outras doenças crônicas, potencialmente isso deve ocorrer também no âmbito do controle da dor (PERES et al., 2007).

Os participantes da pesquisa realçaram que uma das modalidades terapêuticas conhecida por eles é *“abrir espaço de convívio entre pacientes e familiares, para que eles interajam entre si”*.

Neste sentido, Pessini (2009) enfatiza que os profissionais da saúde têm o compromisso de oferecer o efetivo alívio da dor e palição para os sintomas dos pacientes em cuidados paliativos, adequando a necessidade de cada um. Talvez o remédio mais eficaz em termos de cura seja uma medida bem simples de ser adotada, a qualidade do relacionamento mantido entre o paciente e seus cuidadores, e entre o paciente e sua família.

Corroborando com as palavras de Pessini (2009), os participantes da pesquisa ressaltaram que *“orientar a família com relação ao estado do paciente [...] orientar sobre os procedimentos que são realizados”* é outra forma de cuidar.

Outro aspecto que foi mencionado pelos acadêmicos de enfermagem foi o respeito à autonomia. Nesta perspectiva, vale ressaltar um trecho do DSC: *“Certos pacientes que não querem ficar no hospital e querem terminar seus últimos dias de vida em casa [...] é necessário que o profissional possa propor isso também, pra que seja mais prazeroso pra o paciente.*

Neste sentido, Ferreira, Souza e Stuchi (2008) ressaltam que a família utiliza um programa de cuidados paliativos domiciliares devido às poucas chances de sobrevivência do doente, à melhor forma de realizar o desejo do lugar de morte preferido por ele, aos níveis mais altos de dependência funcional e à necessidade do uso de cuidados de emergência durante os últimos dias de vida. Os membros familiares percebem que o cuidado terminal melhora nos últimos meses de vida do doente, aprimorando a qualidade do cuidado para os sintomas físicos e para as necessidades emocionais. Os doentes que possuem um tempo de sobrevivência maior do que seis meses parecem ser mais beneficiados com esses programas, já que permanecem mais tempo em contato com a equipe e podem ser preparados para as dificuldades físicas e psicológicas que virão com a terminalidade.

Os participantes da pesquisa revelaram que ser um profissional de saúde, na área de cuidados paliativos, requer cuidados específicos, holísticos, além de competência e habilidade. Por isso, urge destacar o seguinte trecho do DSC, que se refere sobre este aspecto: *chamar pelo nome, realizar mudança de decúbito, proporcionar visitas periódicas dos familiares, apagar a luz, colocar um biombo para preservar a privacidade do paciente e realizar a sistematização da assistência de enfermagem são algumas formas de cuidar do paciente.*

Nesta conjuntura, Ferreira, Souza e Stuchi (2008) enfatizam que a família espera dos programas de cuidados paliativos habilidades profissionais, confiança nos membros da equipe e a segurança do cuidado. Muitas vezes, a satisfação com as ações dos profissionais de saúde são consideradas elevadas nas dimensões do profissionalismo, habilidades profissionais, confiança e amizade. Outras vezes, as necessidades de informação e suporte não são adequadas para a satisfação familiar, e há evidências de estresse prolongado e morbidade psicológica na família.

A enfermagem como parte integrante e ativa da equipe de cuidados paliativos visa auxiliar a família a se adaptar para suportar o estresse de cuidar de um paciente com doença terminal avançada, e o aspecto espiritual não deve ser esquecido. Os programas educacionais domiciliares para cuidadores e familiares são sempre bem vindos. No entanto, é necessário ouvir as experiências dos doentes, famílias e cuidadores como uma base para desenvolver intervenções e linhas de direção para os serviços (FERREIRA; SOUZA; STUCHI, 2008).

4. Em sua opinião, quais requisitos para a implementação dos cuidados paliativos no contexto hospitalar?

IDEIA CENTRAL
Qualificação profissional, estrutura física, trabalho em equipe, humanização
DSC
<i>Acredito ser necessário que haja uma, uma mudança no contexto hospitalar incluindo humanização, tanto dos profissionais quanto da instituição [...] capacitação dos profissionais. O hospital deveria ter equipamentos [...] uma estrutura pra o paciente [...], deveria ter profissionais especializados [...], deveria implantar a sistematização da assistência. Que a instituição esteja aberta pra proporcionar condições para os profissionais exercerem esses cuidados; contratar profissionais especializados na área, incentivar a humanização nesse ambiente de trabalho; interação da equipe multiprofissional. Se esse paciente necessitar ficar no hospital por muito tempo, que os familiares também sejam acolhidos da melhor forma possível.</i>

Quadro 4 - Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo das participantes da pesquisa, em resposta ao questionamento 4.

Fonte: Dados da pesquisa, 2013

Ao serem questionados sobre quais os requisitos necessários para implementação dos cuidados paliativos no contexto hospitalar, os participantes da pesquisa relataram a necessidade de que haja uma mudança no contexto hospitalar, tendo como principal foco dessa mudança à humanização, de um modo geral. Também ressaltaram sobre o aspecto da qualificação profissional, ou seja, o quanto é importante e necessário que esses profissionais

sejam especializados, para assim prestarem um melhor atendimento. E para que isso ocorra, a própria instituição deve dispor de uma abertura, para que seus profissionais tenham condições de estarem sempre se aperfeiçoando, além de oferecer estrutura física, e equipamentos adequados para que seja prestada uma assistência de qualidade, e buscar formas de incentivar seus profissionais a desenvolverem essa humanização, acolhendo tanto os pacientes como seus familiares.

Nesse sentido, Oliveira et al (2008) destacam que a instituição hospitalar em que se encontra o paciente deve dispor de uma boa estrutura e ter uma boa política de administração. Além de uma área física adequada, com todos os equipamentos necessários, deve dispor de leitos e acomodações para, pelo menos, acomodar um familiar ou acompanhante. Há a necessidade de se estabelecer um fluxo de internações para pacientes externos, pronto-socorro e transferências de outras clínicas do hospital. O hospital deve dispor de implantar uma política de padronização dos medicamentos necessários à boa palição, bem como facilidades de dispensação na alta hospitalar, é outra forma de melhorar o atendimento. Oferecer um espaço físico e horas semanais destinadas há discussão de casos por equipe multiprofissional, bem como espaço e ações que ajudem a equipe a elaborar o próprio luto decorrente dos óbitos e as situações de estresse pela convivência estreita com situações de sofrimento humano, são condições importantes para a implementação dos cuidados paliativos.

Um dos pilares dos cuidados paliativos é a humanização do cuidar. Sobre esse aspecto, vale ressaltar o seguinte trecho do DSC: *“acredito ser necessário que haja uma mudança no contexto hospitalar incluindo humanização, tanto dos profissionais quanto da instituição”*.

É por essa questão que se faz necessário o resgate urgente do verdadeiro sentido do cuidar, devendo-se lembrar de que nem sempre curar é possível. Atualmente, com esse aumento do número de doenças crônico-degenerativas, e conseqüentemente de pacientes terminais, torna-se imprescindível que os profissionais de saúde vivenciem o processo de morte, e sofrimento humano em seu cotidiano, adquiram habilidade, experiência e conhecimento necessários ao atendimento de casos sem possibilidades terapêuticas (MACHADO; PESSINI; HOSSNE, 2007).

No que se refere à humanização da dor e do sofrimento humano no contexto hospitalar, pode ser constatado que passamos por uma profunda crise de humanismo. Fala-se insistentemente de ambientes desumanizados, tecnicamente perfeitos, mas sem alma e ternura humana. A pessoa humana vulnerabilizada pela doença deixou de ser o centro de atenções e passou a ser instrumentalizada em função de determinado fim, podendo ser transformada em objeto de aprendizado, o *status* do pesquisador, ou ser cobaia de pesquisa. Só para citar

algumas situações que comprometem a verdade ética, de que as coisas têm preço, e podem ser trocadas, mudadas e comercializadas, mas as pessoas têm dignidade que deve ser respeitada! A manipulação, enfim, sutilmente se faz presente e rouba aquilo que é mais precioso, à vida humana e sua dignidade (PESSINI, 2009).

Os profissionais devem se despojar do velho e abolido conceito que não se deve envolver-se emocionalmente com o paciente, através disso conseguirão usar suas subjetividades para captar a necessidade do doente, e assim, poderão estabelecer intersubjetividades que facilitará e tornará mais humanizado o cuidado da enfermagem, e imprimirão, ainda que informalmente, as marcas essenciais da filosofia dos cuidados paliativos (BOEMER, 2009).

É de grande importância que haja a união dos cuidados paliativos a uma proposta de cuidado mais humanizada, e que isso ocorra junto com a interação entre toda a equipe multiprofissional, não como uma obrigação, mas sim como um ato de respeito e solidariedade com o paciente terminal, e toda a equipe de modo geral. Todos os profissionais devem ter em mente que cuidar pressupõe preocupação, responsabilidade e envolvimento afetivo com o outro, ainda mais quando se torna perceptível que a vida do paciente, embora na fase terminal de sua experiência, tem importância para aqueles que os cuida (SANTANA et al., 2009).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maioria dos profissionais de saúde no nosso país, sem falar no público geral, praticamente desconhece do que se trata, não sabe da existência de programas e serviços de cuidados paliativos em instituições de saúde em nosso país. Quando se ouve dizer de uma ação ou medida paliativa, o entendimento do senso comum vai ao encontro de que se trata de uma ação ou medida que na verdade não resolve um determinado problema ou desafio, mas apenas “coloca panos quentes” – e a realidade permanece inalterada (PESSINI, 2013).

No Brasil, estima-se que exista uma grande deficiência em conhecimento dos cuidados paliativos entre os enfermeiros, já que o ensino desta área do conhecimento não faz parte do currículo de graduação e de pós-graduação. Sabe-se que o tema é abordado de maneira não-contínua, não obrigatória e em cursos ligados ao tema da Morte, Dor, ou relacionados à área de oncologia.

É com base nesse pressuposto, que os pesquisadores tiveram interesse em saber se os acadêmicos do Curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande, *campus* Cuité, têm conhecimento da temática estudada, uma vez que são eles os atores principais no cuidado aos pacientes com doenças crônico-degenerativas e sem possibilidades de cura.

Diante disso, o DSC nos permitiu compreender sobre o conhecimento que os acadêmicos de enfermagem possuem acerca dos cuidados paliativos. Nessa perspectiva, as ideias centrais foram: **“Os Cuidados Paliativos melhoram a qualidade de vida do paciente no processo de adoecimento e terminalidade mediante uma assistência holística e ética”**; **“Preparação acadêmica e pessoal”**; **“Alívio da dor, dos sintomas e terapias alternativas para o bem-estar”**; **“Qualificação profissional, estrutura física, trabalho em equipe, humanização”**.

Os acadêmicos participantes da pesquisa, a partir do DSC, relataram que sua compreensão acerca dos cuidados paliativos são cuidados humanizados prestados ao paciente por uma equipe multiprofissional, com a finalidade de evitar o sofrimento, promover uma melhor qualidade de vida, a fim de melhorar os últimos dias de vida do paciente e confortar sua família.

Em relação à preparação acadêmica, o DSC evidenciou que os acadêmicos sentem a necessidade que o Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, *campus* Cuité/PB contenha em seu novo Projeto Pedagógico do Curso (PPC), uma disciplina que contemple embasamento teórico-prático de cuidados paliativos,

uma vez que acreditam ser imprescindível o conhecimento acerca dessa temática, haja vista que serão enfermeiros com formação generalista.

Diante do questionamento sobre o conhecimento relacionado às modalidades terapêuticas praticadas no contexto hospitalar, os entrevistados mostraram possuir certo fundamento em relação às mesmas. Evidenciaram várias modalidades terapêuticas, tais como medidas farmacológicas e não farmacológicas, tais como musicoterapia, terapia ocupacional, espiritualidade, medidas de relaxamento entre outras.

No que se concerne aos requisitos necessários à implementação dos cuidados paliativos no contexto hospitalar, os acadêmicos participantes da pesquisa, a partir do DSC, relataram a importância da humanização como pilar fundamental desta nova modalidade de cuidar. Também salientaram a necessidade de criação de cursos de aperfeiçoamento e pós-graduação *latu sensu* em cuidados paliativos, com o objetivo de conduzir melhor à assistência de enfermagem no que se refere aos pacientes vivenciando sua finitude.

Diante do DSC pode se observar que os acadêmicos de enfermagem mesmo com a ausência de uma disciplina ou de assuntos que ressaltassem sobre a temática “cuidados paliativos”, conseguiram responder às questões norteadoras da pesquisa.

Chegando ao final desse estudo, é preciso refletir sobre o sentido da vida e do cuidar e, nesse sentido, questionar o processo de ensino-aprendizagem. Reformular o Projeto Pedagógico do Curso, assim como desfragmentar conteúdos e disciplinas são os primeiros passos para a mudança de paradigmas no que se refere aos cuidados paliativos.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. M. **Introdução à Metodologia do Trabalho Científico**. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2006.

ARAÚJO, M. M. T; SILVA, M. J. P. Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. **Rev Esc Enferm USP**. v.46, n.3, p.626-32, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/14.pdf>. Acesso em 13 de jul 2013.

AVANCI, B. S.; CAROLINDO, F. M.; GÓES, F. G. B.; CRUZ, N. P. N. Cuidados paliativos à criança oncológica na situação do viver/morrer: a ótica do cuidar em enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. v.13, n.4, p.708-16, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/eann/v13n4/v13n4a04.pdf>. Acesso em: 03 dez 2012.

AMORIM, R. C. A Questão do gênero no ensinar em enfermagem. **Rev Enferm UERJ** v. 17, n.1, p. 64-8, 2008. Disponível em <http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a12.pdf>. Acesso em 11 jul. 2013

BARBOSA, S. M. M. **Manual de cuidados paliativos**. 1ª ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2009.

BELLATO, R.; ARAÚJO, A. P.; FERREIRA, H. F.; RODRIGUES, P. F. A abordagem do processo do morrer e da morte feita por docentes em um curso de graduação em enfermagem. **Acta Paul Enferm**. v.20, n.3, p.255-63, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v20n3/a03v20n3.pdf> Acesso em: 30 out 2012.

BERNIERI, J.; HIRDES, A. O preparo dos acadêmicos de enfermagem brasileiros para vivenciarem o processo morte/morrer. **Texto e Contexto Enferm**. v.16, n.1, p.89-96, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a11v16n1.pdf>. Acesso em: 30 out 2012.

BIFULCO, V. A.; IOCHIDA, L. C. A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura. **Rev Bras Educ. Med**. v.33, n.1, p.92-100, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n1/13.pdf>. Acesso em 03 dez 2012.

BINOTTO, J.; VARGAS, M. A.; LEAL, S. M. C.; PORTO, S. G. Percepção e vivência dos profissionais de enfermagem sobre a morte e o morrer em UTI. **Rev Paul Enferm**. v.25, n. 3, p.156-62, 2006.

BOEMER, M. R. Sobre cuidados paliativos. **Rev Esc Enferm USP**. v.43, n.3, p.500-1, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a01v43n3.pdf>. Acesso em: 03 dez 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados Paliativos Oncológicos: Controle de Sintomas**. 1. ed. Rio de Janeiro. Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **Manual de Cuidados Paliativos**. 1. Ed. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. 1. Ed. Brasil: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012.

BENARROZ, M. O; FAILLACE, G. B. D; BARBOSA, L. A. Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos. **Cad Saúde Pública**, v.25, n.9, p.1875-82, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n9/02.pdf>. Acesso em: 03 jul 2013.

BOUSSO, R. S; POLES, K. Morte digna da criança: análise de conceito. **Rev Esc Enferm USP** v.43, n.1, p.215-22, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/28.pdf>. Acesso em: 05 maio 2013.

BRÊTAS, J. R. S.; OLIVEIRA, J.R.; YAMAGUTI L. Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer. **Rev Esc Enferm USP**. v.40, n.4, p.477- 83, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n4/v40n4a04.pdf>. Acesso em: 30 out 2012.

BURLÁ, C; PY, L. Cuidados paliativos e fim da vida. **Rev Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_487789265.pdf. Acesso em 03 dez 2012.

CAPONERO, R. Muito além da cura de uma doença, profissionais lutam para humanizar o sofrimento humano. **Rev Prática Hospitalar**, n. 21, p. 29-34 mai./jun., 2002.

CARVALHO, L. S.; OLIVEIRA, M. A. S.; PORELA, S. C.; SILVA, C. A.; OLIVEIRA, A. C. P.; CAMARGO, C. L. A morte e o morrer no cotidiano de estudantes de enfermagem. **Rev Enferm UERJ**. v.14, n.4, p. 551-7, 2006. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v16n2/v16n2a17.pdf>. Acesso em 03 dez 2012.

CARVALHO, M. V. B.; MERIGHI, M. A. B. **O cuidado no processo de morrer com dignidade**. In: PIMENTA, C. A. M; MOTA, D. D. C. F.; CRUZ, D. A. L. M. organizadoras. Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia. Barueri: Manole, 2006.

CHAVES, J. H. B; MENDONÇA, V. L. G; PESSINI, L; REGO, G; NUNES, R. Cuidados paliativos na prática médica: contexto bioético. **Rev Dor**. v. 12, n. 3, p. 250-55, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rdor/v12n3/v12n3a11.pdf>. Acesso em: 11 jul 2013.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisas em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 2005

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 311/2007 de 08 de fevereiro de 2007**. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, fev, 2007. Disponível em: <http://www.coren->

ro.org.br/site/index.php?option=com_content&view=article&id=146:resolucao..>Acesso em: 04 abr de 2012.

COSTA FILHO, R.C. et al. Como implementar cuidados de Qualidade na UTI, VER. Bras. De Terapia Intensiva. RJ, v.20, n.1, p.88-92, 2008.

COMBINATO; D. S.; QUEIROZ, M. S. Morte: uma visão psicossocial. **Estudos de psicologia**. V.11, n.2, p.209-16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v11n2/a10v11n2.pdf>. Acesso em 04 dez 2012.

FERREIRA, N. M. L. A.; SOUZA, C. L. B.; STUCHI, Z. Cuidados paliativos e família. **Rev Cient Méd**. v.17, n.1, p.33-42, 2008. Disponível em <http://200.18.252.94/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/742/722>. Acesso em 20 ago 2013.

FIGUEIREDO, M. T. A. **Cuidado paliativo. Coletânea de textos sobre cuidados paliativos e tanatologia**. São Paulo, 2009.

FONSECA, A; GIOVANINI, F.. Cuidados Paliativos na formação do profissional da área de saúde. **Rev Brasil Educ Méd**. v.37, n.1, p.120-25, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n1/17.pdf>. Acesso em: 13 jul 2013.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GÜNTHER, H. Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: esta é a questão? **Psicologia Teor e Pesq**. v. 22 n. 2, p. 201-10, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v22n2/a10v22n2.pdf>. Acesso em 15 mar 2012.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Depoimentos e discursos**. Brasília: Editora Liberlivro, 2005.

KOVÁCS, M. J. **Comunicação nos programas de cuidados paliativos: uma abordagem multidisciplinar**. São Paulo: Loyola, 2004.

MACHADO, K. D. G; PESSINI, L. HOSSNE, W. S. A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da bioética. **Rev Bioéticos**. 2007; v. 1, n. 1, p. 34-42. Disponível em http://www.saocamilosp.br/pdf/bioethikos/54/A_cuidados_paliativos.pdf. Acesso em: 11 jul 2013.

MOREIRA, L. M; FERREIRA, R. A; COSTA JUNIOR, Á. L. Discussão de Protocolo para Cuidadores de Pacientes com Câncer em Cuidados Paliativos. **Paidéia**, v.22, n.53, p.383-92, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/paideia/v22n53/en_10.pdf. Acesso em: 03 jul 2013.

MORITZ, R. D. Como Melhorar a Comunicação e Prevenir Conflitos nas Situações de Terminalidade na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Bras Ter Intens**. São Paulo, v. 19, n. 4, p.485-89, out/dez, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v19n4/a14v19n4.pdf> >. Acesso em: 18 abr. 2012.

NERI, M. **Prestes a ser reconhecida no Brasil como uma especialidade, a medicina paliativa se dedica a tornar o fim da vida o mais confortável possível.** Correio Brasiliense, 2010.

NOGUEIRA, A. C. et al. Responsabilidade civil por danos decorrentes de pesquisas científicas com seres humanos. **Rev Curso de Direito da UNIFACS.** n.142, p.1-16, 2012.

OLIVEIRA, J. R.; BRÊTAS, J. R. S.; YAMAGUTI, L. A morte e o morrer segundo representações de estudantes de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP.** v.41, n.3, p.386-94, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/07.pdf>. Acesso em: 30 out 2012.

OLIVEIRA, R. A. et al. Manual de cuidados paliativos do Conselho de Medicina de São Paulo. 2008.

PERES, M. F. P.; ARANTES, A. C. L. Q.; LESSA, P. S.; CAOUS, C. A. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Rev. Psiq. Clín.** v.34, supl.1, p. 82-7 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s1/a11v34s1.pdf>. Acesso em 20 ago 2013.

PESSINI, L. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. **Rev Bioética** v. 4, n. 33, pp. 51-72, 2013. Disponível em http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewArticle/214. Acesso em: 12 jul 2013

QUEIROS, M. S. Morte: uma visão psicossocial. **Estudos de Psicologia** 2006, v. 11, n. 2, p. 209-16. 2006

REMEDY, P. P.; MELLO, D. F.; MENOSSI, M. J.; LIMA, R. A. G. L. Cuidados paliativos para adolescentes com câncer: uma revisão da literatura. **Rev Bras Enferm.** v.62, n.1, p.107-12, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/16.pdf>. Acesso em: 03 dez 2012.

RODRIGUES, I.G; ZAGO, M.M.F; CALIRI, M.H. Uma análise do conceito de cuidados paliativos no Brasil. **Mundo da Saúde.** v.29, n2, p. 147-54, 2003.

RÚDIO, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica.** 34ª ed .Petrópolis: Vozes, 2007.

SÁ, L. N.; VARGAS, D. Concepção de estudantes de enfermagem frente à morte e o morrer: um estudo qualitativo. **Rev Paul Enferm.** v.26, n.3, p.176-81, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n3/v23n3a15.pdf>. Acesso em: 03 dez 2012.

SANTANA, J. C. B.; CAMPOS, A. C. V.; BARBOSA, B. D. G.; BALDESSARI, C. E. F.; DE PAULA, K. F.; REZENDE, M. A. E. et. al. Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção de enfermagem. **Rev Bioethikos.** v.3, n.1, p. 77-86, 2009. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/68/77a86.pdf>. Acesso em: 03 dez 2012.

SANTOS, F.S. **Abordando a Espiritualidade na Prática Clínica em Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer.** São Paulo: Atheneu, 2009.

SEKI, N. H; GALHEIROS, M. S. O uso da música nos cuidados paliativos: humanizando o cuidado e facilitando o adeus. **Interface - Comunic., Saude, Educ.** v.14, n.33, p.273-84,

2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n33/a04v14n33.pdf>. Acesso em: 03 jul 2013.

SILVA, F. M. A. M. Benefício da ludoterapia como cuidado Paliativo em crianças hospitalizadas com Câncer. **Bol Acad Paul Psicologia**, v. 78, n. 1, p. 168-83, 2009. Disponível em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=94615157012>. Acesso em 03 dez 2012.

SILVA, M. G. G. Doenças terminais, perspectiva e morte: um trabalho desafiador ao profissional que luta contra ela. **Rev SBPH**. v.10, n.2, p.43-5, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v10n2/v10n2a06.pdf> .Acesso em 03 dez 2012.

SILVA, M. M. S.; MOREIRA, M. C. Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros. **Acta Paul Enferm**. v.24, n. 2, p. 172-8, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n2/03.pdf>. Acesso em: 03 dez 2012.

TROVÓ, M. M. ; SILVA, M. E. P. Terapias Alternativas/Complementares: a visão do graduando de enfermagem. **Rev Esc Enferm**, v. 36, n. 1, p. 75-9, 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n1/v36n1a11>. Acesso em: 03 jul 2013.

WATERKEMPER, R; REIBNITZ, K. S; MONTICELLI, M. Dialogando com enfermeiras sobre a avaliação da dor oncológica do paciente sob cuidados paliativos. **Rev Bras Enferm**, v.63, n.2, p. 334-39. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/26.pdf>. Acesso em: 13 jul 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A -**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado(a) acadêmico(a) de Enfermagem

Esta pesquisa intitulada ***“Cuidados paliativos: conhecimento de acadêmicos de enfermagem” cujo objetivo é investigar o conhecimento teórico prático que o estudante de enfermagem julga ser necessário para prestar um cuidado paliativo*** está sendo desenvolvida por Fagner Samuel Nogueira da Costa, aluno do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité, sob orientação da Prof^ª. Ms. Glenda Agra.

Para a realização desta pesquisa a sua participação é muito importante, por isso solicitamos sua contribuição no sentido de participar da mesma. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma.

Solicitamos a sua autorização para gravar a entrevista através de um aparelho MP3. Ressaltamos que os dados serão coletados através de uma entrevista, na qual haverá algumas perguntas sobre dados pessoais e outras questões voltadas aos objetivos da pesquisa. Os dados coletados farão parte de um Trabalho de Conclusão de Curso podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o seu nome 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 da mesma, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso esteja recebendo. As pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Diante do exposto, agradecemos a sua contribuição na realização deste estudo.

Eu, _____, concordo em participar desta pesquisa declarando que cedo os direitos do material coletado e que fui devidamente esclarecido (a), estando ciente dos objetivos da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento assinado por mim e pelas pesquisadoras.

Cuité, ____ / ____ / 2013

Fagner Samuel Negreiros Costa
Pesquisador Colaborador

Prof^ª. Glenda Agra
SIAPE 1841058
Responsável pela pesquisa

Comitê de Ética e Pesquisa

Endereço da Pesquisadora Responsável: Glenda Agra

Endereço: Olho D'Água da Bica, s/n Cuité – PB CEP – 58175-000 Fone: 3372-1900

Endereço residencial: Rua Nicola Porto, 251 – Manaíra – João Pessoa/PB – CEP58038-120

Fone: 3226-4721 / 9924-9499

Endereço do Pesquisador Colaborador: Fagner Samuel Nogueira da Costa

Rua Felinto Florentino, 45 – Centro - Nova Floresta/PB – CEP: 58.178-000

Fone: 9989-2574

RG 3.360.565 SSP-PB CPF 076.614.264-71

Endereço do Comitê de Ética e Pesquisa

Comitê de Ética do Hospital Universitário Alcides Carneiro

Rua: Carlos Chagas, SN

São José

Campina Grande – Paraíba

CEP 58107-670

Fone 2101-5545

**APÊNDICE B -
INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS**

Período:

Sexo:

Estado civil:

Idade:

Raça:

Religião:

1. Qual sua compreensão acerca dos cuidados paliativos?
2. Em sua opinião, o que é necessário para o profissional de saúde executar cuidado paliativo?
3. Que modalidades terapêuticas utilizadas em cuidados paliativos no contexto hospitalar você conhece?
4. Em sua opinião, quais requisitos para a implementação dos cuidados paliativos no contexto hospitalar?

ANEXOS

**ANEXO A –
TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Ilma. Sra. Poliana de Araújo Palmeira
Coordenadora da Unidade Acadêmica de Saúde (UAS) da UFPG no *campus* CES – Cuité/PB

O Centro de Educação e Saúde da UFPG conta no seu Programa de Graduação, com o Curso de Enfermagem. Nesse contexto, o graduando Fagner Samuel Negreiros Costa, matrícula nº508220121 ,RG nº 3.360.565 CPF nº 076.614.264-71, está realizando uma pesquisa intitulada por: **“Cuidados Paliativos: conhecimento de acadêmicos de Enfermagem”** necessitando, portanto, coletar dados que subsidiem este estudo junto aos Acadêmicos do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Unidade Acadêmica de Saúde, no município de Cuité-PB.

Desta forma, solicitamos sua valiosa colaboração, no sentido de autorizar tanto o acesso da referida graduanda para a realização da coleta de dados, como a utilização do nome da instituição.

Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados para realização deste trabalho, bem como para publicação em eventos e artigos científicos.

Na certeza de contarmos com a compreensão e empenho dessa instituição, agradecemos antecipadamente.

Cuité, 12 de dezembro de 20 12.

Fagner Samuel Negreiros Costa

Fagner Samuel Negreiros Costa
(Orientando - Pesquisador)

Glenda Agra

Glenda Agra
(Orientadora - Pesquisadora)

Glenda Agra
UFPG CAMPUS CUITÉ SIAPE 1841058
COREN - PB 126404 ENF

Poliana de Araújo Palmeira

Poliana de Araújo

Unidade acadêmica de saúde
SIAPE: 1764905
Poliana de Araújo Palmeira

Coordenadora da Unidade Acadêmica de Saúde – UFPG - Cuité/PB

**ANEXO B –
PARCER DO COMITÊ DE ÉTICA**



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO - HUAC



DECLARAÇÃO

Declaro para fins de comprovação, que foi analisado e aprovado neste Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, o projeto de número CAAE: 12083913.0.0000.5182 intitulado: **CUIDADOS PALIATIVOS: Conhecimento de acadêmicos de enfermagem.**

Estando o pesquisador ciente de cumprir integralmente os itens da Resolução nº. 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve seres humanos, podendo sofrer penalidades caso não cumpra com um dos itens da resolução supra citada.

Após conclusão da pesquisa deve ser encaminhado ao CEP/ HUAC em 30 dias, relatório final de conclusão, antes do envio do trabalho para publicação. Haverá apresentação pública do trabalho no Centro de Estudos do HUAC em data a ser acordada entre o CEP e o pesquisador.


Prof.^a Maria Teresa Nascimento Silva
Coordenadora CEP/HUAC/UFCA

Campina Grande - PB, 22 de Julho de 2013.

Rua.: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, Campina Grande – PB.
Telefone.: (83) 2101 – 5545. E-mail.: cep@huac.ufcg.edu.br