

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

**José Wágner Dantas da Silva**

**CUIDADOS PALIATIVOS: compreensão de enfermeiros da atenção primária à  
saúde do município de Cuité-PB**

**Cuité, PB**

**2015**

**José Wágner Dantas da Silva**

**CUIDADOS PALIATIVOS: compreensão de enfermeiros da atenção primária à  
saúde do município de Cuité-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, *Campus Cuité – PB*, como pré-requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador (a): Glenda Agra

**Cuité, PB**

**2015**

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

S586c Silva, José Wágner Dantas da.

Cuidados paliativos: compreensão de enfermeiros da atenção primária à saúde do município de Cuité - PB. / José Wágner Dantas da Silva. – Cuité: CES, 2015.

83 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2015.

Orientadora: Glenda Agra.

1. Cuidados paliativos. 2. Equipe de enfermagem. 3. Atenção primária à saúde. I. Título.

CDU 616-083.98

**José Wágner Dantas da Silva**

**CUIDADOS PALIATIVOS: compreensão de enfermeiros da atenção primária à saúde do município de Cuité-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde (CES), Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) em cumprimento as exigências legais para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

**Aprovado em 11/11/2015**

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Profa. Ms. Glenda Agra - Orientadora - UFCG\_ CES\_ UAENFE**

**Orientadora**

---

**Profa. Ms. Bernadete de Lourdes André Gouveia- Membro - UFCG\_ CES\_ UAENFE**

**Examinadora**

---

**Enfermeira Ilisdayne Thallita Soares da Silva – Membro- UFCG\_ CES\_ UAENFE**

**Examinadora**

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho e tudo que vivenciei para chegar até aqui, a minha avó Francisca Fernandes Dantas (*in memoriam*). Minha vizinha, sei que estavas ali comigo, todas as noites, que passei em claro, estudando, mas sentia seu amor, me confortando e me dando força para não desistir e chegar até o fim todas as noites, estudando em claro. E é por isso, por todo o amor que sinto por ti, que dedico este trabalho.

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, em primeiro lugar, por tudo que me destes até hoje e por nunca ter desistido de mim e que me fizestes forte mesmo nas horas de fraqueza, em busca do meu sonho.

À minha mãe, **Francisca de Fátima**, a qual é o meu maior exemplo de vida, aquela que com todo seu amor sempre acreditou em mim e me deu forças para chegar até o fim, que mesmo estando longe a sentia perto de mim.

A meu pai **Juarez Américo**, que sempre esteve ao lado da minha mãe, apoiando-a na ideia de manter um filho fora de casa fazendo faculdade, motivo pelo qual me aproximou do meu pai, pois não tínhamos uma relação muito afetiva.

A meu irmão **Wallyson Dantas**, que sempre concordou em abrir mão de certas coisas em decorrência da minha estadia em outra cidade. Amo vocês, minha família!

A meu avô **Antônio Soares**, o qual sempre me disse sentir o maior orgulho de ter seu primeiro e talvez único neto fazendo faculdade, e hoje, mesmo não estando lúcido dos seus pensamentos devido a idade e não sabendo mais quem eu seja, sempre faz referência a mim como o menino que mora fora. Te amo tanto meu avô!

Aos meus padrinhos **João Fernandes** e **Célia Dantas**, os quais sempre me aconselharam e apoiaram em todas as minhas decisões, buscando sempre o melhor para mim. Agradeço a Deus por ter colocado vocês em meu caminho, pois, padrinhos melhores não poderia ter.

As minhas tias **Ozanete Dantas**, **Aleuda Fernandes**, **Marinez Dantas** e **Arlete Dantas**, que sempre me deram força para seguir em frente no caminho do meu sonho e sempre me apoiaram nas minhas escolhas. A vocês, meu muito obrigado e amo muito cada uma de vocês!

Aos meus tios adotivos de Cuité, **Chimba Gomes** e **Zefa Rocha**, que me acolheram em sua casa como um filho e que sempre estiveram presentes me apoiando e me dando forças nos momentos mais difíceis e nos mais alegres em Cuité. A vocês, o meu imenso obrigado, pois foram e sempre serão especiais na minha vida, não sei o que teria sido de mim se não os tivessem conhecido. Obrigado!

À minha orientadora, **Glenda Agra**, que agradeço imensamente a Deus por primeiramente ter tido a oportunidade de ser seu aluno em três disciplinas, e segundo por ter me acolhido e aceitado o convite para ser minha orientadora. A você, Glenda só

o que posso fazer é agradecer imensamente por tudo que fizestes por mim ao longo não só deste trabalho, como também ao longo da academia. Agradeço por todas as vezes que sempre buscou o melhor para mim através de conselhos e orientações; agradeço pelas vezes que puxou na minha orelha para o meu próprio bem; agradeço pela enorme contribuição científica que deste a este trabalho e, sobretudo, agradeço pelo ser humano maravilhoso que és e pode ter certeza que irei levar a sua humanização comigo aonde quer que eu vá.

À banca examinadora Prof<sup>a</sup>. **Bernadete de Lourdes** e a Enf<sup>a</sup>. **Thallyta Soares**, por terem aceitado participar da minha banca e também pelas contribuições, que, sem dúvida alguma, só engrandeceram a esta pesquisa.

Aos demais professores da Universidade Federal de Campina Grande *campus* Cuité, ao qual tenho o maior orgulho de ter sido aluno de cada um de vocês que, para mim, serão sempre os melhores, um exemplo de dedicação e responsabilidade com a enfermagem.

Aos meus amigos **Marina Fernandes**, **Kaic Dutra**, **Fabírcia Danielly** e **Vanilda Dutra**, que foram importantes para mim nestes cinco anos que passei em Cuité, pelos momentos de risos que vocês me proporcionaram, amo muito vocês!

Aos meus colegas de faculdade **Valéria Santos**, **Camila Gabriela**, **Kyara Nayara**, **Eduardo Silva** e **Mikaelle Macêdo**, com quem compartilhei momentos inesquecíveis de tristeza, felicidade, angústia e dificuldade que permearam esses cinco anos. Amigos que jamais esquecerei e que, com certeza, levarei a nossa amizade por toda a minha vida. A vocês, meu muito obrigado por existirem em minha vida! Amo cada um de vocês!

As minhas amigas do tempo do colégio **Amanda Roque** e **Paula Targino** que sempre estiveram presentes em minha vida; a nossa amizade mantém-se firme e forte; vocês sempre me incentivaram e acreditaram no meu sonho. Amo vocês minhas companheiras, para vida inteira!

Às **enfermeiras** participantes da pesquisa, por terem dedicado um tempo de seu serviço e me cedido uma entrevista. A vocês, meu muito obrigado, pela contribuição do conhecimento que a mim confiaram.

Por fim, agradeço a todos que direta ou indiretamente, de forma positiva e até mesmo negativa me deram impulso para que eu chegasse até aqui, e obtivesse uma formação profissional de qualidade.

## RESUMO

SILVA, J. W. D. da. **CUIDADOS PALIATIVOS:** Compreensão dos enfermeiros da atenção primária à saúde do município de Cuité-PB. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande. Cuité- PB. 2015.

**INTRODUÇÃO:** Os Cuidados Paliativos visam proporcionar uma qualidade de vida adequada ao paciente durante o processo de morte e morrer e a sua família durante a fase do luto. Para que tais cuidados sejam ofertados faz-se necessário uma equipe multiprofissional capacitada, uma vez que, os profissionais de saúde não são preparados durante a academia a prestar tal assistência; bem como é essencial que as gestões públicas criem políticas e protocolos com o intuito de implantar os cuidados paliativos em todos os níveis de atenção à saúde, sobretudo na atenção básica para que assim toda a população com doenças crônicas e degenerativas possa ser atendida com qualidade e que os pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura possam ter uma morte digna e seus familiares assistidos e amparados durante o processo de morte e morrer e no processo de luto. **OBJETIVO:** Investigar a compreensão dos enfermeiros sobre cuidados paliativos da atenção primária à saúde do município de Cuité-PB. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo, de natureza qualitativa, realizado em fevereiro e março de 2015 com enfermeiros assistenciais da Estratégia Saúde da Família no município de Cuité na Paraíba. Para construção das categorias temáticas, foi utilizada a Técnica de Análise do Conteúdo, proposta por Bardin. Nesta perspectiva, foram construídas sete categorias temáticas: “Compreensão de Cuidados Paliativos”; “Entendendo as Modalidades Terapêuticas Paliativas”; “Entendendo os pacientes que necessitam de Cuidados Paliativos na atenção básica”; “Percebendo a equipe multiprofissional como parte integrante dos Cuidados Paliativos na atenção básica”; “Compreendendo os aspectos relacionados à implantação dos cuidados paliativos na Atenção Básica”; “Percebendo a incipiência de paliar”; “Praticando Cuidados Paliativos”. **RESULTADOS:** Constatou-se que os participantes da pesquisa conhecem o real significado dos cuidados paliativos, mas não se consideram aptos a prestarem tal assistência durante a sua prática assistencial enquanto enfermeiros. No que refere ao manejo clínico, os enfermeiros participantes da pesquisa conhecem e executam algumas modalidades terapêuticas utilizadas nos cuidados paliativos, pois necessitam prestar o cuidado ao cliente. **CONCLUSÃO:** Dessa forma, vislumbra-se a necessidade da educação permanente ser ofertada aos enfermeiros, para que os cuidados paliativos de enfermagem sejam efetivamente prestados aos pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura, atendendo às necessidades do cliente e de sua família.

**Palavras- chave:** Cuidados Paliativos. Equipe de Enfermagem. Atenção Primária.



## ABSTRACT

SILVA, J. W. D.. **PALLIATIVE CARE:** Understanding the nurses of primary health care in the municipality of Cuité-PB. Work Completion of course (Bachelor of Nursing) Center for Education and Health, Federal University of Campina Grande. Cuité- PB. 2015.

**BACKGROUND:** Palliative Care aim to provide an adequate quality of life to the patient during the process of death and dying and his family during the mourning period. For such care are offered a skilled multidisciplinary team is necessary, since health professionals are not prepared for the academy to provide such assistance; and it is essential that public efforts to create policies and protocols in order to implement palliative care in all health care levels, especially in primary care so that all people with chronic and degenerative diseases can be met with quality and patients out of healing therapeutic possibilities can have a dignified death and his family assisted and supported during the process of death and dying and the grieving process. To investigate the understanding of nurses on palliative care in primary health care in the municipality of Cuité-PB. **METHODOLOGY:** This is a study of qualitative nature, carried out in February and March 2015 with clinical nurses of the Family Health Strategy in Cuité municipality in Paraíba. Construction of the themes, the Content Analysis technique was used, proposed by Bardin. In this perspective, seven thematic categories were constructed: "Understanding Palliative Care"; "Understanding Therapeutic Modalities Palliative"; "Understanding the patients who need palliative care in primary care"; "Realizing the multidisciplinary team as part of palliative care in primary care"; "Understanding the aspects related to the implementation of palliative care in primary care"; "Realizing the incipient to remedy"; "Practicing Palliative Care". **RESULTS:** It was found that the survey participants know the real meaning of palliative care, but do not consider themselves able to provide such assistance during their care practice as nurses. With regard to clinical management, research participants nurses know and perform some therapeutic modalities used in palliative care because they need to provide care to the client. **CONCLUSION:** Thus, sees the necessity of lifelong education be offered to nurses, so that palliative nursing care is actually provided to patients out of therapeutic possibilities of cure, meeting the customer's needs and your family.

Key words: Palliative Care. Nursing staff. Primary attention.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO1: Tipos de Dor.....	22
FIGURA 1: Escala Visual Analógica.....	23
FIGURA 2: Escala Visual Numérica.....	24
FIGURA 3: Escala de Faces de Dor.....	24
FIGURA 4: Questionário de Mc Gill.....	25
FIGURA 5: Escada Analgésica da Dor.....	26

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Dados Sociodemográficos e profissionais dos participantes da pesquisa, Cuité-PB, 2015.....	38
--	----

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
2.1 Cuidados Paliativos: um resgate histórico.....	17
2.2 Cuidados Paliativos: filosofia e objetivos.....	19
2.3 Cuidados Paliativos: controle dos sintomas.....	21
2.3.1 Classificação, avaliação e controle da dor.....	21
2.3.2 Controle dos sintomas respiratórios.....	26
2.3.3 Controle dos sintomas gastrintestinais.....	27
2.3.4 Controle de sintomas psíquicos.....	28
2.4 Processo de morte e morrer.....	28
2.5 Enfermeiro como membro da equipe de Cuidados Paliativos.....	31
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	34
3.1 Tipo de Pesquisa.....	34
3.2 Local da Pesquisa.....	34
3.3 População e Amostra.....	35
3.4 Critérios de inclusão e exclusão.....	35
3.5 Instrumento da Pesquisa.....	35
3.6 Coleta de Dados.....	36
3.7 Análise dos Dados.....	36
3.8 Considerações Éticas.....	37
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	38
Categoria Temática I- Compreensão de cuidados paliativos.....	40
Categoria Temática II- Entendendo as modalidades terapêuticas paliativas.....	42
Subcategoria I- Medidas farmacológicas.....	42
Subcategoria II- Medidas não farmacológicas.....	44
Subcategoria III- Cuidados paliativos de enfermagem.....	46
Categoria Temática III- Entendendo os pacientes que necessitam de cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde.....	47
Categoria Temática IV- Percebendo a equipe multiprofissional como parte integrante dos Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde.....	49
Categoria Temática V- Compreendendo os aspectos relacionados à implantação dos cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde.....	51

Subcategoria I- Percebendo a importância da implantação de cuidados paliativos.....	52
Subcategoria II- Percebendo as dificuldades na implantação dos cuidados paliativos.....	54
Subcategoria III- Percebendo os requisitos para a implantação dos cuidados paliativos.....	56
Categoria Temática VI- Percebendo a incipiência de paliar.....	58
Categoria Temática VII- Praticando Cuidados Paliativos.....	60
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
REFERÊNCIAS.....	65
APÊNDICES.....	73
APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	74
APÊNDICE B- Instrumento para coleta de dados.....	77
ANEXOS.....	79
ANEXO A- Parecer consubstanciado do CEP.....	80
ANEXO B- Declaração de aprovação de projeto.....	83

## 1. INTRODUÇÃO

O termo paliativo deriva-se do étimo latino *pallium*, cujo sentido remete para manta, coberta. Já o conceito de Cuidados Paliativos teve origem no movimento *hospice*, que vem do latim *hospes*, e designa-se anfitrião. Nesse sentido, vale ressaltar que o termo *hospitalis* refere-se à amigável, bem vindo ao estranho, evoluindo assim para hospitalidade. Entretanto, na língua vernácula, o vocábulo “paliativo” reporta-se a definição de menor importância, dando a ideia de solução temporária e sem consistência, porém, no sentido abrangente da palavra, “paliar” seria reparar e não resolver (SANTOS, 2011).

Nesta perspectiva, Cuidados Paliativos são os cuidados prestados aos pacientes, que apresentam diagnósticos de doenças graves ou sem possibilidades de cura, os quais devem ser prestados por uma equipe interdisciplinar, visando melhorar a qualidade de vida do paciente desde o momento da descoberta da doença até a fase terminal, incluindo o processo de luto da família (SANTOS, 2011).

A filosofia dos Cuidados Paliativos baseia-se em dois elementos primordiais, sendo eles: o controle efetivo da dor e sintomas decorrentes do tratamento na fase avançada das doenças e o cuidado que abrange dimensões psicológicas, espiritual e social dos pacientes e suas respectivas famílias (CHAVES; et al., 2011).

Nessa sentido, os Cuidados Paliativos fundamentam-se em um cuidado holístico, no qual se opta por encarar a morte como um processo natural, cabendo ao cuidador paliativo à responsabilidade de apoiar o paciente em suas angústias e medos, além de promover um suporte para que estes pacientes possam viver o mais ativamente possível. Por isso torna-se perceptível a importância dos cuidados paliativos ao paciente em fase terminal, uma vez que estes cuidados possibilitam uma abordagem diferenciada, cujo objetivo visa o cuidado humanizado e com eixo na suavização das necessidades biopsicossociais e espirituais, integrando a estes cuidados valores, crenças, práticas culturais e religiosas do paciente e sua família (FERNANDES; et al., 2013).

Dessa forma, os objetivos dos Cuidados Paliativos são: melhorar a qualidade de vida do paciente, maximizando seu bem-estar, disponibilizando medidas que vão ao encontro desta finalidade, e não fazendo uso de medidas agressivas que não disponham deste objetivo (BARBOSA, 2010).

Para a exequibilidade dos Cuidados Paliativos, o paciente deve ser assistido por uma equipe multidisciplinar, composta por médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo,

farmacêutico, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, voluntários e espirituais. Tendo em conta que este necessita das intervenções destes profissionais para suprirem as suas necessidades físicas, sociais, psicológicas e espirituais. Porém, antes de tudo é necessário à realização de um treinamento para esses profissionais que irão assistir o paciente, cabendo a cada membro desta assistência respeitar, valorizar, compreender e confiar na delegação um dos outros, para assim prestarem uma assistência efetiva e bem-sucedida (MELLO; CAPONERO, 2009).

No entanto, a equipe de enfermagem é quem, diariamente, está próxima em todos os momentos, inclusive nos momentos difíceis, e é a quem o paciente e a família procura quando precisam de esclarecimentos, informações ou de cuidados imediatos. Assim, esses profissionais têm que lidar com o sofrimento, com a angústia e com os temores que podem surgir em diversas conjunturas que envolvem esse cuidar.

O cuidado a pacientes em fase terminal de suas vidas é, gradativamente uma prática cada vez mais comum no dia a dia dos profissionais de saúde nos diversos níveis de assistência. Uma vez que a Atenção Primária de Saúde (APS) é considerada o melhor nível assistencial para a prestação e coordenação dos cuidados paliativos de seus usuários, de modo que a APS pode estruturar-se e privilegiar a estada do paciente em seu domicílio, pois muitos desses optam por terminarem os seus de vida ao lado de suas famílias em seus lares. Consequentemente, torna-se cada vez mais urgente a necessidade de priorização do provimento, organização e coordenação da prestação de cuidados propícios a essa população (SILVA, 2014).

Contudo, é perceptível que a assistência prestada pelos enfermeiros da atenção básica ainda encontra-se canalizado para um cuidado mais direcionado à aplicação de procedimentos técnicos do que para as necessidades de pacientes em processo de terminalidade. Tendo em vista que estes necessitam de um cuidado específico para lhes assegurar dignidade e alívio de seu sofrimento no fim da vida (MENDES, 2012).

Mediante a escolha da temática contextualizada e o papel primordial do profissional de enfermagem como fomentador de vínculo, cuidado a atenção integral no tocante aos cuidados paliativos, este presente estudo se embasa em uma indagação profissional a partir dos estágios realizados na atenção primária de saúde no município de Cuité-PB, onde observei o déficit de conhecimento de alguns profissionais de enfermagem acerca da temática explorada.

Portanto, com a realização deste estudo, muitos benefícios poderão ser obtidos a partir dos resultados encontrados, sobretudo no âmbito na assistência paliativa de

enfermagem, pois desta forma poderão ser elaboradas estratégias, políticas e programas de atenção integral ao paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura, objetivando o estímulo à qualidade de vida durante o processo de saúde-doença e de morte e morrer.

Nesta dimensão, surge a questão norteadora desta pesquisa: Qual a compreensão de enfermeiros da atenção primária à saúde no que se refere aos Cuidados Paliativos?

Neste sentido, este estudo teve por objetivo investigar a compreensão de enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família do município de Cuité-PB, frente às questões que remetem aos Cuidados Paliativos.

Quantos aos objetivos específicos foram: Averiguar quais as modalidades terapêuticas de cuidados paliativos utilizadas pelos enfermeiros da atenção primária; Investigar as possibilidades e limitações para a implementação dos Cuidados Paliativos na atenção primária; Verificar as estratégias que os enfermeiros utilizam para viabilizar a prática de Cuidados Paliativos na atenção básica.



## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Cuidados Paliativos: um resgate histórico

Para a abordagem dos conceitos de saúde e, sobretudo, em cuidados paliativos é necessária uma exploração através da história da humanidade, onde esta apresenta uma forte ligação entre a saúde e religião. Desde o princípio da vida o sofrimento e as doenças se fazem presentes no cotidiano do ser humano. Foi a partir daí que surgiu a necessidade de tentativas para a alívio destes sofrimentos, fossem eles físicos ou espirituais através dos xamãs nas civilizações mais antigas, tais como: a hindu, a chinesa, a caldeia e a egípcia. Contudo é importante ressaltar que o Egito e a Índia possuíam instituições com características hospitalares, na qual o Egito apresentava um modelo organizado de educação médica e cuidados de saúde; enquanto que na Índia foi designado pelo Buda um médico para cada dez vilas, além da construção de hospitais voltados para a população mais carente. Porém o povo que mais apresentava similaridade com os cuidados atuais de *hospice* eram o povo do Ceilão, pois, grande parte dessa população ofertava cuidados à pacientes crônicos ou sem prognóstico, através de cuidados delicados, preparação de medicamentos e manutenção de seus bens limpos (SANTOS, 2011).

O termo *paliativo* deriva-se do latim *pallium* ao qual significa coberta, manta, capote. A partir deste conceito teve a origem do termo *palliare* cujo termo remete para abrigar, amparar. A expressividade *paliativo* direciona-se para a fundamentação dos cuidados paliativos, os quais utilizam práticas para promover o alívio dos sintomas, a dor, bem como, o sofrimento dos pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas ou que estão em terminalidade (PESSINI; BERTACHINI, 2005).

Nesta perspectiva, o conceito de Cuidados Paliativos remete ao termo *hospice*, ao qual apresenta o significado de desconhecido, estrangeiro. Posteriormente evoluindo para a definição de hospitalidade. O relato mais antigo remonta ao século V, quando Fabiola, discípula de São Jerônimo, abriu sua casa aos necessitados, praticando assim “obras de misericórdia” cristã, tais como: alimentar os famintos e sedentos, visitar os enfermos e prisioneiros, vestir os nus e acolher os estrangeiros (PESSINI, 2006).

Diante disso o primeiro hospice criado com o intuito de tratar desvanecidos foi empregado na cidade de Lyon, França, no ano de 1842, pela *Madame Jeanne Garnier*, após inúmeras visitas a pacientes com câncer que faleciam em suas residências. Porém ao falar em *hospice*, é de suma importância citar uma figura ilustre desse movimento,

*Cicely Saunders*, a qual foi primordial na formulação dos conceitos de cuidados paliativos fundamentados na religião. A mesma designava as funções de enfermeira, assistente social e médica. Nasceu no norte da cidade de Londres no dia 22 de Junho de 1918, era filha do casal *Gordon* e *Chrissie Saunders*. Aos 14 anos foi levada para a escola Roedean, onde apenas estudavam meninas. No ano de 1938 entrou na *Oxford University* para cursar política, filosofia e economia. Porém no ano de 1940 após experiências religiosas, a mesma desistiu da faculdade que cursava e entrou para o curso de Enfermagem na escola de treinamento *Nightingale* do *Hospital St. Thomas* de Londres (SANTOS, 2011).

No entanto no ano de 1944 apresentou problemas de saúde no qual a tornara incapaz de exercer a profissão de enfermeira, fazendo com que a mesma retornasse a faculdade anterior, porém ao curso de Administração Social e Pública. Mais tarde ela conheceu um rapaz acometido por uma patologia incurável, que mais tarde veio a se tornar um caso amoroso. Com a morte deste *Cicely Saunders* passou a se dedicar a aprender sobre os cuidados a serem prestados à pacientes com doenças incuráveis ou em fase terminal. Formou-se em Medicina e a partir daí passou a publicar diversos trabalhos acerca dos cuidados prestados aos “moribundos”. Por esta razão, fundou em 1967, o *St. Christopher’s Hospice* o qual permitia a assistência paliativa aos enfermos, bem como o desenvolvimento de ensino e pesquisa na área, tendo como participação bolsista de diversos países. Na década de 1970, participou de um encontro com *Elisabeth Kluber-Ross* nos Estados Unidos da América fazendo com que o movimento *hospice* crescesse também nesse país. Em 2002 desenvolveu um câncer de mama e veio a falecer em 4 de Julho de 2005 no hospital por ela fundado (SANTOS, 2011).

*Elisabeth Kluber-Ross* foi considerada a pioneira na descrição das atitudes e reações emocionais apresentadas pelos pacientes com patologias incuráveis ou em fase de terminalidade, identificou e apresentou os cinco estágios que se fazem presentes nestes indivíduos, são eles: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação (POSSARI, 2006). Formada em Psiquiatria, *Elisabeth Kluber-Ross* estava realizando uma pesquisa nos Estados Unidos com pessoas acometidas por doenças crônico-degenerativas ou com prognóstico de morte, porém a mesma encontrou certa dificuldade para realização desta pesquisa, pois os médicos e enfermeiros acreditavam que ela estava fazendo esta pesquisa com o intuito de perversidade. Em 1969 publicou o livro *Sobre a Morte e o Morrer*, o qual foi fundamental para a aceitação da implantação do conceito de *hospice* o qual foi proposto por *Cicely Saunders*. Ao longo de 40 anos, ela trabalhou no ensino,

pesquisa e assistência dos cuidados paliativos para que demais profissionais ao longo do tempo também fossem demonstrando interesse pela temática. Demais atribuições importantes de *Elisabeth Kluber-Ross* foi o avanço nas pesquisas sobre experiências de quase morte (EQM), além da sobrevivência da personalidade do paciente após a morte (SANTOS, 2011).

## **2.2 Cuidados Paliativos: filosofia e objetivos**

Os Cuidados Paliativos apresentam uma filosofia que tem como elementos essenciais o proporcionamento do alívio dos sintomas, bem como o apoio emocional, psicológico e espiritual tanto ao paciente quanto à sua família, além de todo apoio prestado à família durante a fase de luto (BRASIL, 2010).

Nesta perspectiva, a filosofia paliativa apresenta alguns objetivos, dentre eles: a afirmação da vida e o encaramento do morrer como um processo natural; o alívio da dor e dos sintomas angustiantes; o respeito ao tempo do processo de morte, ou seja, não apressa e nem adia a morte; incorporam os aspectos psicológicos e espirituais nos cuidados prestados ao paciente; promove apoio aos pacientes, para que os mesmos possam viver ativamente até o momento de sua morte; o provimento de apoio psicológico à família durante o momento da doença do paciente até a fase de luto (PESSINI, 2006).

Frente a isso, os Cuidados Paliativos baseiam-se em um cuidado holístico, ao qual estão associados ao controle da dor e de outros sintomas. Diante disso, estes cuidados permitem demonstrar aos pacientes que é direito deles terem uma morte tranquila e digna, bem como contribuem para que a sociedade desassocie a morte e o morrer do medo e da dor (CREMESP, 2008).

Portanto, a filosofia paliativa empenha-se a por em prática a ortotanásia, ou seja, proporcionar um processo de morte com dignidade e respeito, sem o abreviamento ou alongamento da vida de forma artificial (PESSINI, 1994).

No tocante aos objetivos dos Cuidados Paliativos, o objetivo central está voltado para uma prestação de cuidados que promovam o bem-estar e a qualidade de vida do paciente. Dentre outros objetivos destes cuidados estão: o controle dos sintomas; a comunicação adequada; o apoio à família; e o trabalho em equipe. Todos estes objetivos devem ser trabalhados em conjunto para que os Cuidados Paliativos sejam ofertados da melhor qualidade (BARBOSA; GALRIÇA NETO, 2010).

Neste contexto, outro objetivo paliativista é a valorização da história de vida do paciente através de cuidados que visam prover momentos de vida dignos e confortáveis possíveis, e não o classificando apenas como um restrito a sua doença (BOEMER, 2009).

Diante tudo isso, os Cuidados Paliativos são um conjunto de ações realizadas por uma equipe multiprofissional que têm por objetivo exercer o controle dos sintomas corporais, da mente, do espírito e do social, no momento em que a morte se aproxima do paciente. Cuidado este que se estende após a morte do paciente, através da assistência prestada por esta equipe à família do paciente durante a fase de luto, pois a mesma também sofre com a patologia do seu familiar. Devido à complexidade que é proporcionar o alívio dos sintomas e do sofrimento humano, é necessário um planejamento interdisciplinar, ou seja, uma atuação multiprofissional, na qual ainda inclui-se a família e a utilização de meios acessíveis na comunidade como uma particularidade fundamental (CREMESP, 2008).

Multidisciplinaridade ou multiprofissionalidade é a atuação de profissionais de diversas áreas que realizam um trabalho de forma isolada, ou seja, pessoal, cada um por si, não cooperando e nem trocando informações com os demais profissionais envolvidos no tratamento do paciente. No entanto, a interdisciplinaridade é o trabalho onde há reciprocidade, enriquecimento mútuo, e uso da troca de informações entre as diversas áreas atuantes na assistência ao cliente; porém este tipo de trabalho não está isento de conflitos e desentendimentos, pois estes são inevitáveis e universais (CREMESP, 2008).

A equipe interdisciplinar que presta a assistência aos pacientes em Cuidados Paliativos usualmente são compostas pelo médico, enfermeiro, assistente social e psicólogo, além de outros profissionais como o fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, farmacêutico, nutricionista, capelão, dentista, fonoaudiólogo, entre outros, aos quais todos são extremamente essenciais para garantir uma assistência de qualidade e que atenda aos objetivos deste tipo de cuidados (CREMESP, 2008).

Outro profissional importante na assistência ao cliente em Cuidados Paliativos é o cuidador, ator social fundamental para a comunicação entre o paciente, à família e a equipe, ou seja, elo entre todos os envolvidos na assistência ao paciente. Estes cuidadores, em sua grande maioria, são familiares da pessoa que carece destes cuidados, além de residirem no mesmo domicílio e serem do sexo feminino (DUARTE, 2006).

No entanto, para a prestação destes cuidados é necessário que os profissionais interdisciplinares obedeçam a determinados pré-requisitos essenciais para uma

assistência qualificada, são eles: o consenso e a clareza nos objetivos e estratégias propostas; o reconhecimento da contribuição pessoal específica de cada membro da equipe e distribuição de tarefas; a competência de cada membro na sua área e uma comunicação efetiva entre os mesmos, coordenação competente e apropriada para a estrutura e função da equipe; procedimentos para avaliação da efetividade e qualidade dos esforços da equipe; facilitação do processo de luto não só para a família e amigos do paciente, mas também para os membros da equipe (LICKISS; et al, 2005).

### **2.3 Cuidados Paliativos: controle dos sintomas**

O controle da dor e dos sintomas é uma das finalidades desenvolvidas pelos profissionais envolvidos no cuidado dos pacientes em Cuidados Paliativos com o intuito de proporcionar uma melhor qualidade de vida neste determinado momento. Os profissionais de saúde, sobretudo o enfermeiro, busca adotar intervenções específicas para cada sintoma que acomete o paciente. O controle destes sintomas é realizado através de medidas farmacológicas e não farmacológicas. Neste capítulo serão abordados os sintomas mais prevalentes nos pacientes em Cuidados Paliativos.

A palavra dor vem do grego *algos* e do latim *dolor*, ambos remetendo ao significado de dor. A dor é um dos sintomas mais frequentes nos pacientes em Cuidados Paliativos afetando assim a sua qualidade de vida, sendo assim um alvo de grande importância para a área de saúde nos últimos anos. Ela é definida segundo o *International Association for the Study of Pain (IASP)* como uma experiência sensitiva e emocional desagradável, decorrente de um dano tecidual (FORTUNATO; et al, 2013).

#### **2.3.1 Classificação, avaliação e controle da dor**

A dor pode ser classificada de acordo com o tipo, sendo elas: dor aguda que apresenta um tempo de duração previsível, autolimitada e de fácil diagnóstico; dor crônica oncológica; e dor crônica não oncológica, que apresentam um tempo de duração indeterminado e não são autolimitadas. A dor ainda pode ser classificada quanto à sua fisiopatologia, sendo elas: dor nociceptiva, neuropática e mista. Na dor nociceptiva, as vias nervosas mantêm-se preservadas e são ativadas por nociceptores dos tecidos cutâneos ou profundos, sendo classificadas como dor somática e dor visceral, respectivamente. Entretanto, na dor neuropática, as vias nervosas exibem alterações em suas estruturas e/ou funções, sendo resultantes de lesões ocorridas no trato neoespinotalâmico ou no sistema nervoso periférico, sendo esta classificada em dor

central e periférica, respectivamente (ANCP, 2012). O quadro abaixo destaca didaticamente os tipos de dor, mencionados no texto acima.

## Quadro 1: Tipos de Dor

TIPO	SUBTIPOS	CARACTERÍSTICAS	EXEMPLOS
<b>Nociceptiva</b>	<b>Somática</b>	Constante, muito bem localizada, que se exacerba com movimentos e alivia com o repouso.	Osteoartrose, artralguas, metástases óssea, infiltração de tecidos moles.
	<b>Visceral</b>	Em aperto ou com sensação de pressão. Frequentemente mal localizada e referida;	Câncer ou metástases abdominais. Infiltração visceral pós-quimioterapia (cistite hemorrágica, mucosite);
		Intermitente, cólica associada a reações autonômicas (náuseas, sudorese) pobremente localizada.	Tumores que cursam com obstrução de vísceras ocas do TGI.
<b>Neuropática</b>	<b>Central</b>	Deaferentação	Dor do membro-fantasma.
		Disfunção Autonômica	Síndrome Complexa Regional tipo I e II.

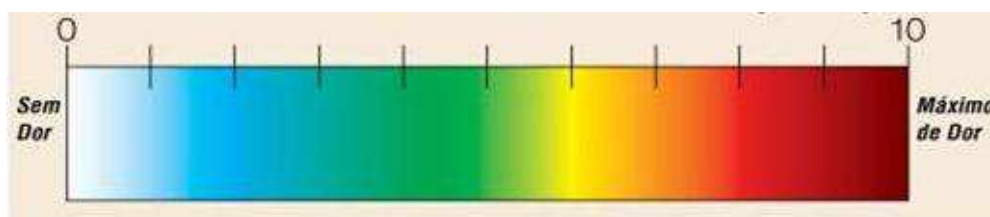
	<b>Periférica</b>	Polineuropatias	Neuropatia diabética, neuropatia pós-quimioterapia e radioterapia.
		Mononeuropatias	Invasão de plexo braquial, neuralgia trigeminal.

QUADRO 1: Pasero; McCaffery, 2011.

A dor deve ser avaliada diariamente durante o exame físico realizado no paciente e é indispensável que o enfermeiro consiga um detalhamento da dor, como: localização, duração, intensidade, irradiação, etc. Sendo assim, a dor é aquilo que o paciente verbaliza e descreve. Porém, quando o mesmo não consegue descrevê-la é essencial que o enfermeiro esteja atento para observar o comportamento do paciente, bem como ouvir os relatos do cuidador, tornando assim ferramentais imprescindíveis ao cuidado do mesmo (CREMESP, 2008).

Para a avaliação da dor é necessário um instrumento de avaliação da dor, e os mais utilizados são as escalas unidimensionais e multidimensionais. Dentre as unidimensionais, encontra-se a Escala Visual Analógica (EVA), que é uma escala simples, universal, reproduzível e de fácil compreensão. Ela é uma régua em linha reta com cerca de 10 cm onde o enfermeiro deve explicar ao paciente que uma das extremidades representa a ausência da dor e a outra a pior dor possível, sendo assim, faz-se necessário orientar o paciente a marcar a posição que ele acha que mais se aproxima da dor que ele está sentindo naquele momento (ANCP, 2012).

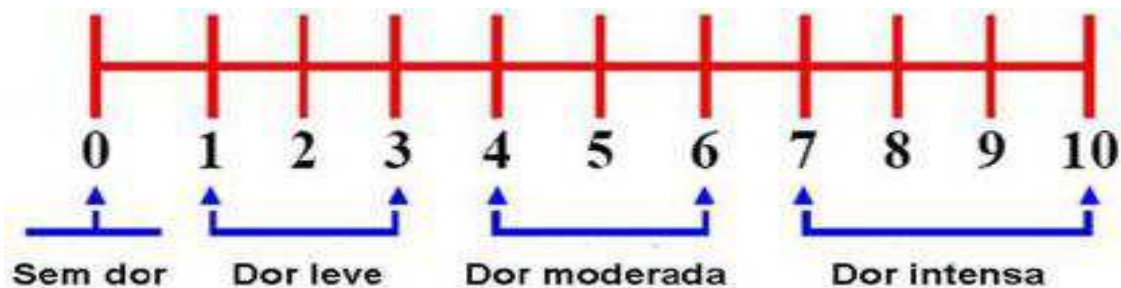
## Figura 1: Escala Visual Analógica



Fonte: Google Imagens, 2014.

Outra escala utilizada na avaliação da dor é a Escala Visual Numérica (EVN) que é um método prático e de fácil compreensão, onde é preciso que o paciente esteja consciente de suas ações. O enfermeiro utiliza uma régua em linha reta que vai de zero a 10, e pede para que o paciente atribua uma nota para a dor que ele está sentindo, lembrando-lhe de explicar que o zero representa a ausência da dor e o 10 a pior dor possível (CREMESP, 2008).

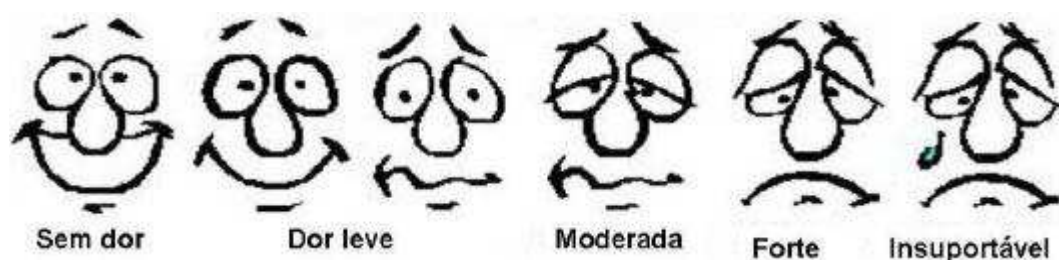
## Figura 2: Escala Visual Numérica



Fonte: Google Imagens, 2014.

Existe ainda a Escala de Faces de Dor (EFD) para aqueles pacientes que não conseguem ou não podem falar, porém entendem a escala. Diante disso, relatam a dor através da utilização de descritores visuais, onde o enfermeiro pede para que o paciente aponte para a expressão facial que mais se identifica com a dor sentida por ele naquele exato momento (FORTUNATO; et al, 2013).

## Figura 3: Escala de Faces de Dor





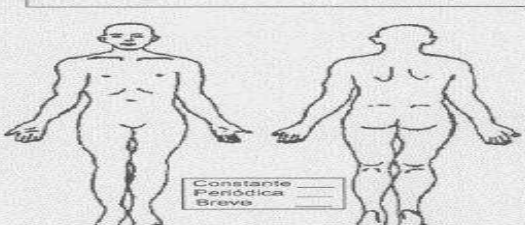
Fonte: Google Imagens, 2014.

No tocante as escalas multidimensionais, existe ainda o Questionário de McGill que é um instrumento que visa avaliar diversos aspectos da dor através do uso de palavras relatadas pelo paciente. O questionário é dividido em quatro grupos, sendo eles: sensorial discriminativo; afetivo motivacional; avaliativo cognitivo e miscelânea. Através deste questionário é possível chegar ao índice da dor, através da escolha dos descritores que é feita pela escolha do paciente. O número de descritores é correspondente às palavras escolhidas pelo paciente no intuito de explicar a sua dor. Dentre esses quatro grupos, existem vinte subgrupos, ou seja, valor possível deste questionário será vinte, visto que o paciente só pode escolher uma palavra em cada subgrupo. Sendo assim, o índice de dor é obtido através da soma dos valores de intensidade dos descritores designados pelo paciente, tendo este o valor máximo de 78 (MARTINES; GRASSI; MARQUES, 2011).

## Figura 4: Questionário de McGill

**McGill Pain Questionnaire – Português**

Nome \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_  
 Analgésico(s) \_\_\_\_\_ Dose(s) \_\_\_\_\_ Hora da Adm. \_\_\_\_\_  
 analgésico(s) \_\_\_\_\_ Dose(s) \_\_\_\_\_ Hora da Adm. \_\_\_\_\_  
 Intervalo de Administração dos Analgésicos +4 +1 +2 +3  
 IAD: S AF Ac MES) M(AFAV) M(T) PRI (T) (I-10) (11-15) (16) (17-19) (20) (17-20) (1-20)

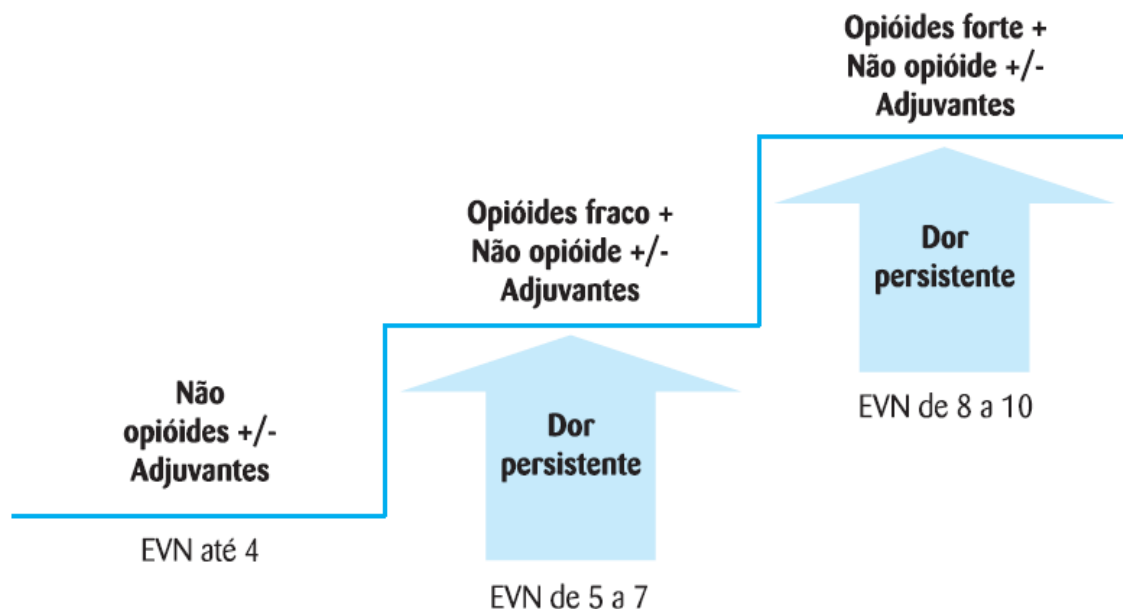
1 Espasmodica	11 Cansativa	Intensidade Anál. de Dor (IAD) Comentários:		Sintomas que Acompanham: náusea _____ Dor de cabeça _____ Tontura _____ Sonolência _____ Constipação _____ Diarria _____ Comentários: _____	Sono: Bom _____ Descontínuo _____ Insônia _____ Comentários: _____	Ingestão de alimentos: Boa _____ Alguma _____ Pouca _____ Nenhuma _____ Comentários: _____
Tremor	Exaustiva					
2 Crescente	12 Escalante					
Repentina	Sufocante					
3 Picada	13 Arredondadora					
Agulhada	Aporrante					
Perfurante	14 Castigante					
Punhalada	Debilitante					
Lancinante	Cruel					
4 Aguda	15 Desgraçada					
Cortante	Enloquecedora					
5 Beliscante	16 Incômoda					
6 Esmagamento	Perturbadora					
7 Queimante	Desconforto					
8 Formigamento	17 Difusa					
Cocanha	Intensa					
9 Insensibilidade	18 Aperto					
Sensibilidade	Lorrenite					
Que machuca	Estirante					
Dolorida	19 Fresca					
10 Suave	20 Importunante					
Tensão	Nauseante					
Esfolante	Angustante					
Rompimento	Desagradável					
	Torturante					
	5 Excruciante					

Fonte: Google Imagens, 2014.

No tocante aos Cuidados Paliativos para o alívio da dor, a equipe de Enfermagem deve estar atenta às intervenções a serem prestadas ao paciente, pois as mesmas devem obedecer aos princípios oriundos da Organização Mundial de Saúde (OMS), que criou a escada analgésica da dor, a qual visa orientar a melhor escolha farmacológica para o alívio daquele tipo de dor. Ela apresenta três classes de drogas, em

ordem crescente, e a sua escolha é feita através da intensidade e tipo da dor, podendo ser utilizada sozinha ou de forma combinada (CREMESP, 2008).

## Figura 5: Escada Analgésica da Dor



Fonte: Google Imagens, 2014.

Para o alívio da dor leve a moderada utiliza-se o primeiro degrau da escada analgésica, que faz uso de uma droga não opiácea, com a junção de uma droga adjuvante, caso seja necessário. Contudo caso a dor não seja aliviada com as drogas utilizadas no primeiro degrau passa-se para o segundo degrau, onde se faz a adição de um opiáceo fraco juntamente com as drogas utilizadas no primeiro. Caso a dor não seja aliviada, entra em ação o terceiro degrau, onde o opiáceo fraco irá ser substituído por um opiáceo forte juntamente com adjuvantes (INCA, 2001).

### 2.3.2 Controle dos sintomas respiratórios

O tratamento dos sintomas respiratórios em Cuidados Paliativos exige da equipe um conhecimento clínico sobre a fisiopatologia, bem como conhecimento científico acerca das drogas utilizadas como os opióides e os benzodiazepínicos, além do uso do oxigênio e de outras medidas não farmacológicas que contribuem para o controle de tais sintomas. Dentre os sintomas mais presentes diante deste contexto, a dispneia é a mais comum. Trata-se de uma sensação desagradável de não conseguir respirar. É um sintoma bastante frequente nos pacientes submetidos aos Cuidados Paliativos, o que

exige dos profissionais envolvidos neste cuidado uma avaliação criteriosa sobre esta situação clínica. Na sua avaliação, não existe ainda uma forma padronizada para se abordar tal sintomatologia em seus diversos aspectos, como por exemplo: físicos, emocionais, comportamentais e circunstanciais. (ANCP, 2012).

O seu tratamento pode ser realizado através da utilização de drogas, tais como: opióides e benzodiazepínicos, além da utilização de oxigênio, porém esta é uma prática com pouca evidência de benefícios. Outras técnicas empregadas no tratamento da dispneia são ventilação mecânica não invasiva (BIPAP) e técnicas não farmacológicas. (ANCP, 2012).

Outro sintoma presente nestes pacientes é a tosse, ao qual ocorre várias vezes ao longo do dia, afetando a respiração, o sono e algumas vezes até a fala. O tratamento da tosse é feito através do uso de drogas que atuam nos receptores de tosse, onde os mais utilizados são os opióides, porém, devido os enormes efeitos colaterais por ele causados, outros medicamentos entram em ação, tais como medicamentos não opióides e alguns anestésicos locais, os quais são utilizados de forma inalatória. (ANCP, 2012).

A hipersecreção das vias aéreas também está presente nestes pacientes e os Cuidados Paliativos que são oferecidos a estes pacientes estão relacionados também ao uso de medicamentos corticosteroides, antibióticos macrolídeos, anticolinérgicos, uma vez que reduzem as secreções e em última instância, fazer o uso da sedação paliativa, porém esta última só se faz quando as demais alternativas se mostram ineficazes (ANCP, 2012).

### **2.3.3 Controle dos sintomas gastrintestinais**

Náuseas e vômitos são outros sintomas que acometem frequentemente os pacientes em Cuidados Paliativos, os quais contribuem para o surgimento de outras sintomatologias, acometendo assim a qualidade de vida do mesmo. Para o controle de tais sintomas, é necessário que a equipe de saúde obedeça a alguns critérios, para que o tratamento venha a ser o mais eficaz possível. Dentre estes princípios estão: investigação criteriosa da causa; explicação do sintoma; tratamento de causas reversíveis; terapia medicamentosa de forma criteriosa e individualizada; e reavaliação contínua dos resultados obtidos (ANCP, 2012).

Os pacientes em Cuidados Paliativos podem apresentar ainda quadros de obstipação e diarreia, os quais podem ser desencadeados por uma patologia de base ou pelo tratamento direcionado a ela, sendo ele paliativo ou não.

A obstipação é tratada através do uso de drogas que apresentam efeitos laxantes ou que sejam capazes de proporcionar o aumento do material fecal e diminuição da consistência das fezes. Porém, os laxantes podem causar um efeito purgante ou até mesmo catártico no paciente, ocasionando eliminação de fezes líquidas. Porém, ainda não existe uma terapêutica distinta para o tratamento da obstipação para assim poder prestar uma assistência eficaz. No entanto, para o tratamento da diarreia é necessário que o profissional de saúde busque a causa específica, para assim poder iniciar o tratamento adequado. Caso a diarreia persista, inicia-se um tratamento com agentes não específicos, os quais incluem os agentes absorventes, os adsorventes, os inibidores de prostaglandinas (subsalicilato de bismuto) e as drogas opióides (loperamida) (ANCP, 2012).

#### **2.3.4 Controle de sintomas psíquicos**

Os transtornos de ansiedade são bastante comuns nos pacientes em Cuidados Paliativos, pois, os mesmos não sabem o quanto ainda irão sobreviver e o quanto precisam enfrentar para que possam aumentar a taxa de sobrevivência, enfrentando diversos problemas, sejam eles emocionais, financeiros, afetivos, etc.

Tais transtornos são oriundos da notícia do diagnóstico de uma doença grave que não apresenta cura. A ansiedade deve ser identificada o mais precoce possível, a fim de se iniciar a terapia adequada. Sendo assim, é dever dos profissionais de saúde que prestam assistência a tais pacientes, saberem identificar a ansiedade fisiológica da patológica, e as suas classificações, para que possam definir a melhor terapêutica para o paciente, visando diminuir tais transtornos e desenvolver condições pessoais de enfrentamento, para uma melhor qualidade de vida (ANCP, 2012).

#### **2.4 Processo de morte e morrer**

A morte, assim como o nascimento, faz parte do processo natural da vida do ser humano, ou seja, é algo extremamente normal do ponto de vista biológico. Entretanto, o significado da morte diversifica-se no decorrer da história e entre as divergentes culturas humanas (SILVA, et al., 2013).

O processo de morte por doenças sem prognóstico de vida proporciona a desenvoltura de frustrações e conflitos emocionais, financeiros, e sociais, além de gerar mudanças nas atitudes dos pacientes. Por isso, é de suma importância que os profissionais envolvidos nos Cuidados Paliativos abordem de forma adequada os

sintomas físicos e psicológicos com o intuito de proporcionarem o conforto do paciente, e possibilite a aproximação do mesmo com a sua família e amigos. Diante disso, é fundamental que tais profissionais direcionem a sua atenção para os problemas emocionais e sociais, à medida que tais pessoas enfrentem tal momento com mais facilidade, tranquilidade e dignidade (FRATEZI, 2011).

Nesta perspectiva, o processo de morte além de ser algo biológico, pode apresentar-se como uma construção social. Assim sendo, tal processo pode ser vivido de diversas maneiras, dependendo dos significados por esta experiência vivenciada, o qual sofre influências do meio sócio-cultural. Diante disso, é essencial compreender a morte como um processo natural e não como o fim, pois, deve-se considerar o paciente como ser social, onde os profissionais devem cuidar do mesmo no seu momento final de vida, tentando entendê-lo, ouvi-lo e respeitá-lo. Portanto, tais pacientes são inseridos aos Cuidados Paliativos que visam proporcionar uma melhor qualidade de vida a tais pacientes, cujas doenças não respondem mais aos tratamentos curativos (FRATEZI, 2011).

Vários são os conceitos atribuídos à morte, porém, todos apresentam algo em comum, ou seja, referem-se à parada das funções vitais e da separação do corpo e da alma. Antigamente, o diagnóstico de morte era dado através da cessação da respiração e da função cardíaca. Na atualidade, o indicador comumente utilizado para diagnosticar a morte é a avaliação da função cerebral, onde com os avanços tecnológicos, tornou-se possível manter as funções cardíacas e respiratórias por meio de aparelhos como, por exemplo, o respirador, à medida que nada pode ser feito para manter as funções cerebrais funcionantes. Nesta perspectiva, os meios técnico-científicos desenvolvidos pelo homem não forem capazes de desvendar o processo de morte e morrer, continuando assim a busca para explicação de tal fenômeno. Contudo, com o passar dos tempos, o ato de morrer tem se modificado, através da transformação das sociedades, assim da sua especificidade, valores e ritos (SILVA, et al., 2013).

O trabalho de Cuidados Paliativos em domicílio é definido como o fornecimento de ações de saúde a pessoas de qualquer idade em casa. No tocante à assistência domiciliária, esta visa às atividades assistenciais desenvolvidas por profissional de saúde e/ou equipe multiprofissional, na residência do paciente, onde determinados procedimentos, são realizados pelos elementos da equipe. Sendo assim, entende-se por Cuidados Paliativos Domiciliar as ações desenvolvidas por uma equipe

multiprofissional, prestadas na residência do cliente, englobando desde procedimentos básicos até procedimentos mais complexos, dependendo da necessidade do paciente. Muitos dos pacientes seriamente enfermos, quando se encontram diante do processo de morte/morrer, nem sempre informam aos seus familiares o seu estado real de saúde. O motivo para explicar esta realidade é o fato de achar doloroso e desagradável comentar tal fato aos seus entes queridos, uma vez que o mesmo tenta não tomar ciência de sua realidade, pois tal realidade coincide com a terminalidade de sua vida (SILVA, et al., 2013).

Nesta direção, a morte em si não é um problema para o paciente, porém, o medo que o paciente tem de morrer. Portanto, é importante que o profissional que está em contato direto com o paciente terminal, precisa estar em paz com a vida e com a morte, e que possa explicar para o paciente que a morte faz parte da vida, que é algo natural do ser humano. Dos profissionais de saúde que lidam diariamente com o processo da morte e do morrer, a maioria expressam insegurança e medo ao tratar com pacientes que se encontram em fase terminal de vida. Frente a isso, é importante que essas questões sejam divididas por todos, tanto pelo profissional de saúde, quanto pela família, com o intuito de evitar a existência de uma dor prolongada tanto para si como para o paciente e família (SILVA, et al., 2013).

Nos dias atuais, os profissionais de saúde são formados para lidarem com o processo de morte e morrer. No momento em que o indivíduo depara-se, com um estresse fisiológico, vivenciado por ele diante de um quadro clínico que se deteriora progressivamente, causando-lhe um desconforto físico e contínuo. Cabendo ao profissional de enfermagem oferecer suporte emocional a este paciente quanto a sua família, deixando de lado crenças religiosas e preconceitos sobre a morte e passar a ver o paciente terminal como pessoa que tem direito a uma morte digna. Tais cuidados é ver o paciente como um todo, ou seja, em sua totalidade, respeitando as suas características, planejando junto a ele se possível às práticas terapêuticas, tanto a nível curativo quanto a nível paliativo. Com o passar do tempo, a prática técnica deixou de ser primordial, e as intervenções sociais e psicológicas ganharam importância significativa, pois, foi a partir daí que foi dado ênfase no cuidado humanizado, o qual visava o bem estar do paciente que dele necessitava. Portanto é essencial que os profissionais de saúde dos dias atuais sejam encorajados a valorizarem a cultura da vida e a importância de gestos como o toque, o abraço, o aperto de mão, o diálogo, o apoio emocional (SILVA, et al., 2013).

## **2.5 Enfermeiro como membro da equipe de Cuidados Paliativos**

A enfermagem é a arte e a ciência que presta assistência aos doentes em suas necessidades básicas e, no tocante aos cuidados paliativos, visa favorecer aos pacientes uma sobrevida digna e de qualidade e uma morte sossegada. No entanto, para promover os Cuidados Paliativos, a equipe de Enfermagem paliativista carece de ter o conhecimento acerca da fisiopatologia das doenças malignas degenerativas que acometem aos pacientes, bem como a sua anatomia e fisiologia, e compreender a farmacologia das drogas que são utilizadas no tratamento para o alívio da dor e dos sintomas do cliente, devendo ainda conhecer e aplicar técnicas de conforto ao paciente e estabelecer uma boa comunicação com os demais profissionais da equipe e com a família do cliente (MATOS, 2006).

Nesta perspectiva, o enfermeiro paliativista tem por objetivo prestar uma assistência na qual permita ao paciente ser o mais autônomo possível, preservando a sua dignidade até o momento da sua morte. É importante para o enfermeiro, a modificação da técnica curativa para a paliativa, onde se tenta proporcionar alívio e bem estar ao paciente. Para a prestação de tais cuidados é necessário que o profissional de enfermagem atente para ouvir o paciente e a sua família para que então possa traçar os planos de cuidados a serem implementados. Outro papel fundamental do enfermeiro é estar ao lado do paciente em todos os estágios da doença, desde a aceitação do diagnóstico, passando pelos cuidados realizados no convívio com a enfermidade, até o apoio emocional à família no momento da morte e no luto (SANTOS, 2011).

O enfermeiro paliativista deve informar ao paciente e à sua família acerca dos cuidados a serem prestados, desde o esclarecimento das medicações e os procedimentos a serem realizados. Diante disso, cabe ao mesmo direcionar informação de maneira clara e objetiva, sendo prático em suas ações, objetivando o bem estar dos seus pacientes. Durante a busca pelo bem estar do paciente em estado terminal, o enfermeiro procura realizar ações que proporcionem o conforto, além da prestação dos cuidados básicos que o paciente necessita (LAMARCA, 2013).

Além da prestação de cuidados ao paciente em fase terminal, o enfermeiro deve acompanhar a família/cuidador ao longo do seu processo de luto, pois o mesmo presencia um grande sofrimento emocional, porém o enfermeiro deverá ser capaz de encarar todo este processo emocional e agregar esforços para prestar um suporte emocional à família do paciente. Cabendo ainda ao profissional de enfermagem

informar a família sobre a evolução da doença, além de atentar para possíveis sintomas e para o desenrolar do momento final, pois o mesmo pode servir de elo entre paciente/família e equipe, facilitando assim as ações e diminuindo situações de estresse e conflitos que são comuns nesse tipo de trabalho (FONSECA, 2011).

Além dos cuidados prestados pela equipe hospitalar, é essencial que o paciente seja assistido pela equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), na qual tem por finalidade desenvolver ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos que acometem a tais pacientes. Diante disso, dá-se a importância de uma equipe interdisciplinar, visando uma assistência mais integral e resolutiva (BRASIL, 2005).

Neste sentido, a ESF assume um papel importante para a prestação dos Cuidados Paliativos, uma vez que é tida como um modelo de atenção primária, que se compromete com a plena integridade da atenção à saúde, e apresenta o foco na unidade familiar, conciliável com o âmbito socioeconômico, cultural e epidemiológico em que estão inseridas as famílias atendidas pela unidade (SANTOS; MATTOS, 2011).

Dentre os profissionais da ESF, o enfermeiro assume a responsabilidade de coordenar, supervisionar e liderar a ESF, onde precisa inteirar-se das vivências não só do paciente, mas também dos familiares, e tentar compreender os problemas por eles enfrentados, à medida que consiga organizar intervenções num cenário sistêmico, onde valorize as instâncias físicas, emocionais, sociais, culturais, espirituais e éticas, pois é o enfermeiro quem materializa o processo de cuidado (WAIDMAN, 2013).

O Ministério da Saúde (MS) admitiu o envelhecimento da população e o aumento de pessoas acometidas pelas doenças crônicas degenerativas, fazendo assim a necessidade da criação de ações de cuidados no domicílio. Frente a tal situação, os Cuidados Paliativos foram integrados como uma das responsabilidades das ESFs, através do Programa Melhor em Casa, onde três categorias são definidas, sendo elas: Atenção Domiciliar Tipo 1 (AD1) no qual é destinada a pacientes com problemas de saúde controlados e compensados, porém com dificuldade de deslocamento até a unidade de saúde; Atenção Domiciliar Tipo 2 (AD2) é direcionada aos pacientes com maior necessidade de cuidados, que devem ser prestados por diversos serviços da unidade; e a Atenção Domiciliar Tipo 3 (AD3), que está voltada para aqueles pacientes que necessitam de uma frequência maior de cuidados, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, onde podem ser provenientes de diversos serviços da unidade de saúde (BRASIL, 2012).



Nesta perspectiva, o profissional de enfermagem é um dos atores sociais de fundamental importância para equipe de cuidados paliativos, pela essência de sua formação que se baseia na arte do cuidar. Portanto fica evidente a importância da enfermagem a esses cuidados, pois desde os primórdios, traz consigo o princípio da prestação de cuidados que promovam uma melhor qualidade de vida ao paciente.

### **3. PERCURSO METODOLÓGICO**

#### **3.1 Tipo de Pesquisa**

Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, onde responde a questões muito particulares. Este desenho de pesquisa preocupa-se com o nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Dessa forma, as investigações sociais estão relacionadas a interesses e circunstâncias socialmente encadeadas. Como prática intelectual, o ato de investigar reflete também dificuldades e problemas próprios das ciências sociais, sobretudo sua intrínseca relação com a dinâmica histórica (MINAYO, et al., 2007).

Nesta direção, na área da saúde a pesquisa social se manifesta em todas as investigações que tratam do fenômeno saúde/doença, de sua representação pelos vários atores que atuam no campo, como as instituições políticas e de serviços e os profissionais e usuários (MINAYO, et al., 2007).

No tocante ao aspecto qualitativo, entende-se como um método que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, como expressam seus sentimentos, pensam, constroem seus artefatos e a si mesmos. As abordagens qualitativas se conformam melhor nas investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos. Esse tipo de método, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo (MINAYO, et al., 2007).

#### **3.2 Local da Pesquisa**

A pesquisa foi realizada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Cuité-PB, situado no estado da Paraíba (Brasil), localizado na microrregião do

Curimataú Ocidental paraibano. De acordo com o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), no ano de 2013 sua população era estimada em 20.299 habitantes. Área territorial de 741,840 km<sup>2</sup>. Sendo sede da 4<sup>a</sup> Região Geo-administrativa do estado da Paraíba. Limita-se com o Estado do Rio Grande do Norte e os municípios de Cacimba de Dentro (45 km), Damião (27 km), Barra de Santa Rosa (29 km), Sossego (32 km), Baraúna (22,5 km), Picuí (23 km) e Nova Floresta (7 km).

### **3.3 População e Amostra**

A população abrange as informações sobre o universo a ser estudado, no qual no município de Cuité no estado da Paraíba a Atenção Primária à Saúde é composta dos seguintes enfermeiros: 09 enfermeiras atuantes nas Estratégias Saúde da Família; 02 enfermeiras atuantes no Programa Melhor em Casa e 01 enfermeiro atuante no Centro de Atenção Psicossocial (CAPs). Sendo assim, a população definida para este estudo foi enfermeiros das UBS do município de Cuité no estado da Paraíba (GIL, 2008).

A amostra é uma porção ou fração, cautelosamente selecionada da população; é um subconjunto do universo. O tamanho da amostra está relacionado à quantidade de pessoas que irá participar do estudo. Para determinar a amostra utilizaram-se critérios de inclusão e exclusão.

### **3.4 Critérios de inclusão e exclusão**

Os critérios de inclusão para seleção da população foram: ser enfermeiro e atuar nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Cuité-PB.

Os critérios de exclusão para a seleção da amostra foram: enfermeiros de férias, licença e substitutos cadastrados para cobrir a ausência provisória do enfermeiro na Unidade Básica de Saúde (UBS).

Nesse sentido, participaram da pesquisa sete enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família do município de Cuité – PB.

### **3.5 Instrumento da Pesquisa**

Na concepção de Rúdio (2007), o instrumento da pesquisa é a forma como será realizada a coleta de dados. Diante disso, o instrumento desta pesquisa foi um roteiro contendo questões para uma entrevista semiestruturada, 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).

A entrevista semiestruturada é uma técnica utilizada para coletar dados a partir de um conjunto de questões previamente definidas pelo pesquisador, na qual o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema sugerido. Este tipo de entrevista produz uma melhor amostra da população, obtém um direcionamento maior referente à temática e permite obter respostas espontâneas determinadas pelos significados pessoais de suas atitudes e comportamentos (BONI; QUARESMA, 2005).

Desta forma, o pesquisador utilizou um roteiro semiestruturado baseado no estudo de Costa (2011) para nortear a entrevista.

### **3.6 Coleta de Dados**

A coleta de dados é uma das etapas mais importantes da pesquisa, contudo não deve ser confundida com a pesquisa propriamente dita, pois os dados coletados posteriormente serão elaborados, analisados, interpretados, representados graficamente e por fim será realizada a discussão dos resultados da pesquisa (ANDRADE, 2006).

Nessa perspectiva, o período de realização da coleta de dados foi em abril de 2015, após a aprovação do CEP sob o CAAE 40113114.8.0000.5182.

### **3.7 Análise dos Dados**

Para analisar os dados foi adotada uma abordagem qualitativa sob uma base indutiva, visando identificar as concepções, crenças, motivações e atitudes dos participantes. O método empregado foi a Análise de Conteúdo Temática considerada a mais apropriada para as investigações na área da saúde (MINAYO; et al., 2007).

A análise de conteúdo na modalidade temática é compreendida por três etapas: pré-análise (organização do material e sistematização das ideias); descrição analítica (categorização dos dados em unidades de registros) e interpretação referencial (tratamento dos dados e interpretações) (BARDIN, 2004).

De acordo com Minayo et al. (2007), a análise temática desdobra-se em três etapas:

- 1) A pré-análise: que inclui a escolha dos documentos a serem analisados, a retomada dos objetivos iniciais da pesquisa e a elaboração de indicadores que orientem a interpretação final. Nessa fase pré-analítica determina-se a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise;

2) A exploração do material: consiste essencialmente na transformação dos dados brutos visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Nesta fase faz-se o recorte do texto em unidades de registro tal como foi estabelecido na pré-análise; depois, escolhem-se as regras de contagem e, posteriormente, realizam-se a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas que comandarão a especificação dos temas;

3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: os resultados brutos são submetidos a operações estatísticas e a partir daí realizam-se inferências e interpretações de acordo com o quadro teórico do estudo.

### **3.8 Considerações Éticas**

Ao serem convidados a participar da pesquisa, os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo. O sigilo, anonimato e desistência em qualquer momento da pesquisa foram garantidos mediante a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), fornecido durante o ato da entrevista.

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 em Pesquisa sob o CAAE 40113114.8.0000.5182 e sob o parecer 1.012.994.

Todas essas exigências foram devidamente respeitadas durante a operacionalização desta pesquisa, assim como as premissas observadas na Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem, que trata da reformulação do Código de Ética Profissional (COFEN, 2007).

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

##### Caracterização dos enfermeiros participantes da pesquisa

**Tabela 1.** Dados Sociodemográficos e profissionais dos participantes da pesquisa, Cuité-PB, 2015

	N	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	07	100
Masculino	-	-
<b>Idade</b>		
18-28	02	28,56
29-39	02	28,56
40-50	03	42,84
<b>Tempo de formação profissional</b>		
Até 1 ano	01	14,28
1 a 5 anos	02	28,56
6 a 10 anos	02	28,56
Mais de 10 anos	02	28,56
<b>Tempo de atuação na unidade</b>		
Até 1 ano	02	28,56
1 a 5 anos	02	28,56
6 a 10 anos	03	42,84
Mais de 10 anos	-	-
<b>Pós-graduação</b>		
Especialização	06	85,68
Mestrado	01	14,28
Doutorado	-	-

Fonte: Dados da pesquisa, 2015

Nos dados apresentados na tabela 1 foram explanados os resultados gerais de identificação referentes ao sexo, idade, tempo de formação profissional, tempo de atuação na unidade, e titulação acadêmica dos enfermeiros participantes da pesquisa. Obtendo-se uma amostra de 7 enfermeiros, sendo os 7 do sexo feminino, o que remete aos aspectos históricos da Enfermagem, onde segundo Camello (2013) relata que desde os primórdios de sua criação é uma profissão predominantemente feminina. A idade variou entre 26 e 45 anos sendo 28,56% da amostra com faixa etária de 18 a 28 anos, 28,56% de 29 a 39 anos, e 42,84% com 40 a 50 anos. O tempo de formação profissional variou de 6 meses a 17 anos, assim, 14,28% tinham de 0 a 1 ano, 28,56% 1 a 5 anos, 28,56% 6 a 10 anos e 28,56% mais de dez anos. O tempo de atuação na unidade teve oscilação entre 1 mês e 8 anos, dessa forma 28,56% tinham de 1 mês a 1 ano, 28,56% de 1 a 5 anos e 42,84% de 6 a 10 anos de atuação na unidade de atenção básica de saúde. Quando questionadas quanto à titulação, 6 dos enfermeiros referiram possuir especialização, o que corresponde a 85,68%, e 1 estava cursando o mestrado o que equivale a 14,28%.

A maioria das enfermeiras da amostra tem menos de 10 anos de formação profissional, estão há mais de 2 anos em atuação na unidade básica de saúde, e grande parte deles relataram ter especialidades.

## APRESENTANDO AS CATEGORIAS TEMÁTICAS

Para viabilizar o sigilo, foram utilizados nomes de espécies de borboletas como codinomes para os enfermeiros participantes da pesquisa. Estes foram atribuídos aleatoriamente, sem um critério específico.

### **Categoria Temática I- Compreensão de Cuidados Paliativos**

Os Cuidados Paliativos são os cuidados prestados de forma integralizada ao paciente que se encontra no processo de morte e morrer com a finalidade de proporcionar uma melhor qualidade de vida; bem como ofertar apoio emocional à família durante o processo de luto (COMBINATO, 2012).

Nessa perspectiva, os participantes da pesquisa expuseram sua percepção acerca dos cuidados paliativos, que estão destacados nas falas abaixo:

*Cuidados Paliativos são os cuidados voltados pra melhoria da qualidade de vida de um paciente que recebeu um diagnóstico que ameaça a continuidade de sua vida. São todos os cuidados que não visam à cura, mas que visam melhorar a qualidade de vida: seja para aliviar a dor, não só no aspecto físico, mas também dar um suporte espiritual, emocional e psicológico.* Borboleta Coruja

*São cuidados direcionados a pacientes, principalmente àqueles terminais e aqueles que têm um problema de saúde irreversível que, com o tempo vai só se agravando.* Borboleta Zebra

*Cuidado paliativo é aquele que promove maior conforto pra um paciente que já não tem mais um tratamento curativo.* Borboleta Esmeralda Cauda-fina

*São cuidados que podem ser utilizados pra aliviar os sintomas, mas não tratar necessariamente a doença em si.* Borboleta Azul

*É uma assistência multiprofissional a pacientes que precisam ter uma qualidade de vida, aliviando os sinais e sintomas de uma determinada patologia que não tem cura.* Borboleta Flambeau

*É o cuidado que tenta resguardar a qualidade de vida que ainda resta do paciente.* Borboleta Rainha Alexandra

Nos relatos dos participantes foram destacados alguns dos objetivos dos cuidados paliativos, tais como: atuação multidisciplinar direcionada à promoção do



conforto, melhoria da qualidade de vida. Nesse contexto, constata-se que os enfermeiros compreendem o sentido amplo do termo cuidado paliativo.

No que se refere aos objetivos dos cuidados paliativos, um deles é proporcionar um cuidado integral ao paciente e a sua família, de modo a entender a morte como parte natural da vida e promover a ortotanásia, ou seja, oferecer uma morte com dignidade ao paciente. Nesse sentido, o ideal seria que os Cuidados Paliativos fossem ofertados desde o diagnóstico da doença com prognóstico terminal, onde os mesmos fossem adaptados para as sucessivas necessidades do paciente e da sua família conforme a progressão da doença (COMBINATO, 2011).

Nos relatos apresentados pelas enfermeiras destacaram-se o conforto e o alívio de sinais e sintomas no que se refere à dor. Entretanto, não foram mencionados outros sinais e sintomas tão importantes quanto à dor e que precisam ser controlados também, a saber: sintomas respiratórios (dispneia); gastrintestinais (diarreia, náuseas, constipação) e psíquicos (ansiedade) (SILVA FILHO et al.; 2010).

Estudos realizados com enfermeiros ressaltaram que os mesmos compreendem o real significado dos cuidados paliativos e relataram a promoção do conforto como a ação mais realizada em suas práticas assistenciais para a melhoria da qualidade de vida do paciente, corroborando, dessa forma, com a pesquisa em tela (QUEIROZ et al.; 2013).

No estudo de Waterkemper; Reibnitz (2010), os enfermeiros compreenderam que devem atuar de forma holística diante de pacientes em cuidados paliativos, e evidenciaram a avaliação e o tratamento da dor, de forma singular, como o primeiro objetivo a ser cumprido dentro da dinâmica dos cuidados paliativos; ou seja, outro estudo que corrobora com as falas dos participantes desta pesquisa.

Entretanto, no estudo de Barros et al. (2012), os enfermeiros apresentaram uma compreensão fragilizada sobre os cuidados paliativos, uma vez que não mencionaram nenhuma abordagem ao paciente e família sobre a morte, terminalidade e luto.

Vale ressaltar que os cuidados paliativos abrangem muito mais do que o controle de sinais e sintomas; uma vez que também tem como meta oferecer assistência ao paciente durante o processo de morte e morrer e cuidar da família, durante o processo de doença e no luto do ente querido.

Infere-se que os enfermeiros só compreendam o controle dos sinais e sintomas como objetivo prioritário dos cuidados paliativos, pois é, a priori, uma atribuição da enfermagem (administração de medicamentos) ou, por os cuidados paliativos

constituírem-se de uma nova modalidade de assistência na prática da atenção básica ou, provavelmente, porque temáticas como morte, processo de morte e morrer e luto e cuidados paliativos não sejam discutidas nas disciplinas do curso de graduação em enfermagem.

## **Categoria Temática II- Entendendo as Modalidades Terapêuticas Paliativas**

Dentro dos Cuidados Paliativos existem diversas modalidades terapêuticas que podem ser utilizadas, dentre elas: a farmacológica, a não farmacológica e a cirúrgica. A terapêutica farmacológica envolve o uso de vários medicamentos, que têm como finalidade controlar os sinais e sintomas; já a terapêutica não farmacológica envolve os cuidados específicos de cada profissão e/ou especificidades próprias da assistência paliativa, dentre as quais, destacam-se: religiosidade, espiritualidade, musicalidade, ludoterapia, terapia ocupacional, acupuntura dentre outros. Já a modalidade cirúrgica envolve tipos específicos de procedimentos, que vão desde a cirurgia curativa e reparadora a paliativa.

De acordo com Florentino et al. (2012) as modalidades terapêuticas paliativas visam diminuir o impacto físico, psicológico, social e espiritual causado pela doença sobre o paciente, buscando amenizar os seus sintomas e favorecer condições para que o paciente possa realizar as suas atividades funcionais e até mesmo inseri-lo na participação de seu tratamento, cabendo ao profissional respeitar os limites do mesmo.

Nesse sentido, os participantes da pesquisa enfatizaram as modalidades terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas, esta última, com ênfase no aspecto psicológico e nos cuidados específicos de enfermagem.

### **Subcategoria 1 – Medidas farmacológicas**

No tratamento dos pacientes em cuidados paliativos, muitas medidas terapêuticas podem ser utilizadas, no entanto, a mais utilizada é a medicamentosa, cujo objetivo é diminuir os sinais e sintomas da patologia, melhorando, dessa forma, sua qualidade de vida.

Nesta perspectiva, as enfermeiras participantes da pesquisa especificaram apenas uma categoria de medicamentos para o controle da dor, evidenciadas nas falas a seguir:

*Analgésicos e anti-inflamatórios para alívio das dores.*  
Borboleta Transparente

*Medicamentosa, que é pra o alívio da dor.* Borboleta Esmeralda  
Cauda-fina

Para o efetivo controle da dor, se faz mister que a equipe multidisciplinar proceda conforme o protocolo proposto pela OMS, utilizando fármacos por via oral de acordo com a Escada Analgésica da Dor. No entanto, para que haja exequibilidade deste processo, e a dor seja efetivamente aliviada, é imprescindível que a equipe multiprofissional lance mão de métodos avaliativos da dor. Nesse sentido, a equipe de enfermagem é uma das mais indicadas para realizar esta avaliação, pois encontra-se presente diariamente na assistência ao paciente; muito embora, esse processo, infelizmente, é realizado por um número exíguo de enfermeiros entretanto, esporadicamente esta avaliação é realizada (RABELO; BORELLA, 2013).

A Escada Analgésica foi criada pela OMS, em 1986, e se tornou um padrão universal para avaliação e tratamento eficaz da dor. A escada apresenta cinco princípios básicos que devem ser seguidos, são eles: 1) A medicação deve ser administrada preferencialmente por via oral; 2) O relógio deve respeitar o intervalo da administração de cada medicação de acordo com a meia vida da droga; 3) a escada deve ser Individualizada para cada paciente; e diariamente deve ser realizada uma avaliação, observando os efeitos colaterais e ajustando as doses quando necessário, lembrando-se que a troca de uma medicação analgésica opioide só deve ser realizada quando uma analgésica não opioide não fizer mais efeito; 4) A escada deve ser seguida prioritariamente; 5) A realização de avaliações frequentes permite maior eficiência na troca de dosagens, bem como, diagnósticos mais precisos (RANGEL; TELLES, 2012).

A escada analgésica da dor apresenta três degraus, os quais norteiam a terapia medicamentosa: o primeiro degrau se incluem os analgésicos não opioides e os Anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), que são utilizados para dores leves. Quando a dor leve não é cessada, o profissional deve associar aos anti-inflamatórios e analgésicos não opioides, os opioides fracos, que estão ineridos no degrau dois, que é específico para dores moderadas, e AINEs. Nos pacientes que apresentam dores intensas, faz-se necessário à utilização dos fármacos do terceiro degrau da escada, sendo eles: opioides fortes associados aos analgésicos não opioides e AINEs. Vale ressaltar, que se houver insucesso terapêutico nos três degraus, a equipe de cuidados paliativos ainda pode

lançar mão da modalidade cirúrgica, que é contemplada na escada, por procedimentos mais específicos, tais como: bloqueios nervosos e neurólises (OMS, 2002).

Estudos realizados por Pereira et al (2015) evidenciou que os enfermeiros participantes da pesquisa apontaram a utilização da terapia farmacológica como a mais utilizada no tratamento da dor oncológica para a obtenção do alívio da dor, o que corrobora com as informações relatadas pelos enfermeiros participantes desta pesquisa.

Nessa mesma conjuntura, os estudos de Nogueira et al (2013) e Silva et al (2013) mostram que a utilização de analgésicos pelos enfermeiros para a promoção do alívio da dor está relacionada a dificuldade encontrada pelos profissionais buscarem e implementarem outras técnicas que proporcionem o alívio da dor ao paciente, sem necessariamente recorrer ao uso da terapia farmacológica.

É imperioso destacar que as medidas farmacológicas abrangem várias classes de medicamentos, não se restringindo aos analgésicos não opioides, opioides e anti-inflamatórios, uma vez que nos cuidados paliativos, o paciente é assistido de forma holística.

Inferese que a classe medicamentosa dos analgésicos seja a mais ressaltada, pois é o primeiro objetivo da assistência paliativa.

### **Subcategoria 2 – Medidas não farmacológicas**

Segundo Pilatto (2011) as medidas não farmacológicas abrangem um conjunto de medidas de ordem educacional, física, emocional, comportamental e espiritual, de baixo custo, de fácil aplicação e que apresentam menores efeitos indesejáveis e podem ser ensinadas tanto aos pacientes quanto aos familiares ou cuidadores para serem realizadas diariamente, cuja finalidade é aliviar os sinais e sintomas da patologia.

Dentre as medidas não farmacológicas empregadas nos cuidados paliativos, dentre as terapias alternativas mais enfatizadas, o apoio psicológico foi a que teve maior destaque entre os enfermeiros participantes da pesquisa:

*Terapias alternativas, tais como: fitoterápicos, alongamento, compressas de chá de camomila e banhos termais para aliviar as dores.* Borboleta Transparente

*Exercícios, lazer e terapia ocupacional.* Borboleta Zebra

*Atendimento com psicólogo.* Borboleta Esmeralda Cauda-fina

*São pacientes que precisam de apoio psicológico muito grande.* Borboleta Flambeau

Nesta direção, Amaral; Silva (2013) mostram que o uso destas terapias têm se tornado cada vez mais frequentes em pacientes em cuidados paliativos. No entanto, as terapias complementares atuam como método terapêutico complementar do tratamento convencional, cuja finalidade é melhorar a qualidade de vida do paciente. Diante disto, é necessário lembrar que tais terapias não devem ser de uso exclusivo nem excludente, mas integrador, pois as mesmas apresentam princípios voltados para a filosofia dos cuidados paliativos.

Dentre as terapias complementares, o apoio psicológico foi a modalidade mais enfatizada pelos participantes da pesquisa. Nesta perspectiva, vale ressaltar que o apoio psicológico deve ser realizado não só ao paciente sem possibilidades terapêuticas de cura, mas também para os familiares envolvidos e aos profissionais que assistem ao paciente e a família.

Nesta perspectiva, Silva (2010) ressalta que o apoio psicológico é de fundamental importância para o paciente, cabendo ao profissional de saúde identificar meios que possibilite ao paciente reforçar o seu suporte emocional e retomar o sentido à vida esquecido ou fragilizado devido ao processo de adoecimento.

O foco principal do apoio psicológico é tentar mostrar ao paciente que o momento em que ele se encontra pode ser compartilhado, com o intuito de amenizar os sentimentos de solidão, e buscar trabalhar com o paciente formas de minimizar o sofrimento psíquico (que inclui ansiedade, depressão, seus medos), através do compartilhamento destes sentimentos entre paciente e profissional (FERREIRA; LOPES; MELO, 2011).

De acordo com Guimarães; Lipp (2011) o apoio psicológico ao familiar é de suma importância, uma vez que, o núcleo familiar é o principal responsável pelo cuidado prestado ao paciente. Se faz mister cuidar da saúde do cuidador, para que ambos, paciente e ente familiar, estejam em sincronia durante o processo de adoecimento e morte, evitando, desta forma, que o sofrimento psíquico de ambos não piore a condição clínica do paciente.

Estudos realizados por Caires et al (2014) verificou que profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas) aplicaram, em suas práticas assistenciais as seguintes terapias complementares: musicoterapia, acupuntura e massoterapia. Este mesmo estudo destacou que os profissionais mencionaram o uso de tais terapias como complemento no tratamento clínico de sinais e sintomas, tais como o alívio da

ansiedade, que era o sintoma mais presente dentre os pacientes em cuidados paliativos. Deste resultado contradiz as falas dos participantes da pesquisa em tela.

Infere-se que os enfermeiros da atenção primária desconhecem algumas terapias complementares utilizadas no âmbito de cuidados paliativos e por esse motivo, não as utilize; ou a secretaria municipal de saúde não tenha disponibilidade de outros profissionais que se direcionem, de acordo com a sua formação acadêmica de origem, a assistir aos pacientes em cuidado paliativos.

### **Subcategoria 3 – Cuidados paliativos de enfermagem**

Para Fernandes et al. (2013) o ato de cuidar é uma ação humana que visa promover o bem-estar a uma pessoa debilitada e o cuidado é uma relação de afetividade entre o cuidador e o ser cuidado. O enfermeiro que assiste a um paciente sem possibilidades de cura deve direcionar o seu cuidado para os aspectos físicos, psíquicos, sociais e espirituais. Nesta conjuntura, o enfermeiro é responsável pelas seguintes atribuições: proporcionar uma assistência voltada ao respeito, à humanização e ao acolhimento; ouvir o paciente sempre que possível, de forma que o cliente possa entender e aceitar a situação pela qual estar vivendo; ser capaz de compreender não somente a linguagem verbal, mas também as expressões através de gestos e olhares; demonstrar carinho, respeito e companheirismo; só assim o paciente será capaz de ter uma morte, realmente, digna.

Neste contexto, as falas que se seguem destacam que o conforto e o apoio emocional aos pacientes e aos familiares são, a priori, os cuidados de enfermagem realizados pelos participantes da pesquisa:

*Condutas terapêuticas, tais como: ajudá-lo no conforto e proporcionar luz ambiente para favorecer o cuidado. Borboleta Azul*

*Você pode proporcionar conforto; fazer com que ele entenda a fase que está passando. Você pode conversar com a família, pra poder aliviar essa fase difícil, porque não é só o paciente que precisa, mas a família também; porque você tem que trabalhar de forma integralizada. Borboleta Flambeau*

*Muitas vezes, o paciente não está precisando de uma medicação, está precisando de uma conversa, de ser olhado de uma forma diferente. Nós tivemos um caso de uma paciente terminal de câncer em que a assistência prestada era diariamente no domicílio dela, pra que ela tivesse os últimos dias de vida de forma digna, tanto a questão da assistência*

*através de curativo, como da parte psicológica.* Borboleta Rainha Alexandra

Conforme Silva et al. (2013), a promoção do conforto ao enfermo em cuidados paliativos não requer muitos recursos tecnológicos e pode ser direcionado no manejo da dor e em outros sinais e sintomas apresentados pelo paciente, dentre eles: dispneia; náuseas e vômitos, tosse, prurido dentre outros.

Em estudos realizados por Franks (2010) apontam que o toque afetivo e a presença frequente foram as estratégias mais destacadas pelos profissionais envolvidos no cuidado aos pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura, indicando sua importância para o apoio emocional dos pacientes em cuidados paliativos, o que corrobora com as falas dos participantes desta pesquisa.

No entanto, estudos realizados por Araújo e Silva (2012) evidenciou que profissionais de saúde apresentaram carência no conhecimento e prática de promoções de habilidades comunicativas com pacientes fora de possibilidades terapêuticas, relatando apenas descrições ou denominações de sentimentos e não formas de comunicação para promover o apoio emocional.

Diante desta perspectiva, é essencial que o profissional envolvido no cuidado ao paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura tenha a sensibilidade e empatia em prestar suporte emocional ao cliente desde o momento da descoberta da doença até o seu último momento de vida, bem como ofertar este suporte a família durante todo o processo de morte e morrer até o luto, garantindo, assim, uma melhor qualidade de vida a ambos.

### **Categoria Temática III- Entendendo os pacientes que necessitam de cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde**

Os cuidados paliativos são cuidados prestados a pacientes que não apresentam um prognóstico favorável de cura de uma determinada patologia. Entretanto, de acordo com Silva Filho; Lôbo; Lima et al. (2010), mesmo não havendo cura da doença, os cuidados paliativos promovem uma assistência com ênfase no atendimento mais humano, ou seja, com foco na qualidade de vida do paciente, através de uma assistência interdisciplinar voltada não só para o paciente, como também para a família que compartilha do processo de morte e morrer e da fase do luto.

Nesta perspectiva, de acordo com Abreu e Lonardoni (2014) os cuidados paliativos devem ser prestados a pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura, em todas as fases de seu tratamento, desde o momento do diagnóstico até as horas finais de vida.

Assim, a assistência em cuidados paliativos quando prestada desde o início do diagnóstico agindo em conjunto com as demais terapias promove um cuidado integral ao paciente e respectivamente, a sua família nas diversas fases da patologia. Dessa forma, Matsumoto (2012) afirma que os cuidados paliativos ganham exclusividade durante os momentos finais do paciente, estendendo-se de forma individualizada até o processo de luto vivido pela família do paciente (RODRIGUES, 2012).

Nesse sentido, para os enfermeiros participantes deste estudo, os pacientes que necessitam de cuidados paliativos são aqueles que apresentam doenças crônicas e/ou degenerativas, assim como aqueles que estão em processo de terminalidade.

*Com certeza, quem tá em câncer, câncer terminal, principalmente quando tem metástase, por exemplo, uma pessoa que teve AVC, que está acamada e não tem condições mais de andar; a gente pode melhorar a qualidade de vida dessa pessoa.*  
Borboleta Transparente

*Acredito que todos pacientes, não só com câncer, mas pacientes que estão em processo de terminalidade, e aqueles que têm um diagnóstico que leva ao óbito.* Borboleta Coruja

*Acho que está mais para pacientes crônicos e também para aqueles que têm câncer. Um paciente idoso que esteja acamado e que não tenha mais condições de sair de casa.* Borboleta Zebra

*Eu acho os cuidados paliativos deveriam estar dirigidos a pessoas que estão acamadas, que não podem vir até a unidade, idosos, principalmente sequelados de AVC, pessoas com câncer.*  
Borboleta Esmeralda Cauda-fina

*Para todos os grupos de usuários, tanto crianças, recém-nascidas, como qualquer idoso ou pacientes crônicos, desde que tenham diagnóstico de uma doença que não tenha cura.*  
Borboleta Azul



De acordo com Arrieira, Thofehn e Porto et al (2011) e Fripp, Facchini e Silva (2012) os cuidados paliativos que são realizados no domicílio são direcionados a pacientes com doença oncológica avançada advindos de encaminhamentos de diversos setores de saúde que prestam assistência a pacientes com câncer.

Diante disto, os estudos supracitados corroboram com as falas apresentadas pelas enfermeiras participantes deste estudo, as quais enfatizaram que a prestação dos cuidados paliativos deveriam ser direcionadas aos pacientes com câncer.

De acordo com Sanchez; Ferreira; Dupas et al (2010) os pacientes com doenças crônicas avançadas deveriam realizar o tratamento e cuidados de saúde em âmbito hospitalar, e no domicílio do cliente, pois é o melhor ambiente para a prestação do conforto, proteção e onde o mesmo pode sentir-se acolhido e mais próximo de sua identidade e de seus familiares e amigos, facilitando assim a sua terapêutica (SANCHEZ ET AL., 2010).

Seguindo esta perspectiva, Queiroz et al (2013) ressaltam que a assistência domiciliar pode trazer inúmeros benefícios ao paciente em fase terminal, dentre as quais a redução das complicações hospitalares decorrentes de inúmeras internações e os custos elevados com a tecnologia proporcionada pela terapêutica hospitalar.

Estudo realizado por Portela e Galheigo (2015) enfatizou que os participantes destacaram que essa assistência deveria ser direcionada para pacientes sem possibilidades terapêuticas de cura a partir do diagnóstico médico até a terminalidade. No entanto, outros participantes enfatizaram a importância desta nova modalidade de cuidado a pacientes com doenças crônicas, o que corrobora com as falas dos participantes deste estudo.

É oportuno destacar que os cuidados paliativos vão além da assistência ao paciente sem possibilidades terapêuticas de cura, em terminalidade ou com doenças crônicas e degenerativas tais como os enfermeiros desta pesquisa ressaltaram. Os cuidados paliativos abrangem também o cuidado com a família durante o processo de adoecimento, de morte e de luto do seu ente querido.

#### **Categoria Temática IV- Percebendo a equipe multiprofissional como parte integrante dos Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde**

Para a prestação de uma assistência de qualidade aos pacientes em cuidados paliativos, faz-se necessário o acompanhamento de uma equipe multiprofissional, que segundo Werle (2010) cada profissional exerce seu papel específico, porém, age de

maneira integrada com os demais profissionais envolvidos, através da comunicação e discussões de caso, da identificação de problemas e das decisões realizadas em equipe. A equipe multiprofissional é composta pelas seguintes classes profissionais: medicina, enfermagem, nutrição, fisioterapia, psicologia, assistência social, fonoaudiologia, terapia ocupacional e outras áreas que não fazem parte da saúde.

Dessa forma, as enfermeiras participantes deste estudo enfatizaram que os pacientes em cuidados paliativos necessitam do acompanhamento de diversos profissionais para uma assistência que promova a qualidade de vida:

*Todos profissionais podem participar ativamente na questão dos cuidados paliativos, com certeza, exemplo, dentista, nutricionista, agente de saúde, técnico de enfermagem.* Borboleta Transparente

*Os cuidados paliativos têm que acontecer a partir de uma equipe multiprofissional: médico, enfermeira, técnico de enfermagem. E se tiver uma rede estruturada, como o NASF, também entram o psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista. Acredito que toda uma equipe multidisciplinar deva participar dos cuidados.* Borboleta Coruja

*Acho que psicólogo, o médico e o enfermeiro, desde que tenha capacitação, e perfil, até porque não é qualquer pessoa que tem esse perfil.* Borboleta Zebra

*Toda equipe deve trabalhar junto, deve ser um trabalho multiprofissional: o psicólogo, o enfermeiro, o médico que entra com a terapia medicamentosa pra o alívio da dor e o conforto do paciente, o técnico de enfermagem, um nutricionista, que é pra melhorar a nutrição do paciente, um assistente social, pra ver se está precisando de algum benefício.* Borboleta Esmeralda Cauda-fina

*Eu acredito que todos: desde o médico, o enfermeiro, o técnico, os agentes de saúde, todos devem ter esse conhecimento.* Borboleta Azul

*Deve ser uma assistência integralizada e multiprofissional, ou seja, são vários profissionais em conjunto que podem estar trabalhando para proporcionar a esse paciente uma melhor qualidade de vida: o médico, o enfermeiro, o fisioterapeuta, o psicólogo. Tem ainda o NASF, que oferece apoio a saúde da família.* Borboleta Flambeau

Estudos realizados por Higginson e Evans (2010) evidenciaram que para um serviço adequado é essencial que os profissionais da equipe multiprofissional envolvida na prestação de tais cuidados sejam especializados ou pelo menos treinados, para que ao final os mesmos apresentem resultados satisfatórios no controle dos sinais e sintomas apresentados pelo cliente, tais como o alívio da dor, e do sofrimento psicossocial. Para que haja essa equipe qualificada é necessário que os serviços de saúde invistam no preparo e qualificação de seus profissionais, para que assim prestem uma assistência adequada ao paciente em cuidados paliativos.

Sendo assim, é de suma importância que a equipe multiprofissional esteja apta a identificar e atender as necessidades do cliente fora da possibilidade terapêutica de cura de maneira holística, atentando para a promoção de ações que proporcionem ao cliente uma sobrevida de qualidade, controlando os principais sinais e sintomas, sejam eles de origem física, psicológica ou espiritual conforme preconiza a filosofia paliativa, estendendo tais cuidados para a família do paciente, a qual deve ser acompanhada até a fase de luto (CARDOSO; MUNIZ; SCHWARTZ et al, 2013).

Nesta perspectiva, os participantes da pesquisa destacaram os aspectos fundamentais para a implementação dos cuidados paliativos, corroborando, dessa forma, com os estudos supracitados.

### **Categoria Temática V-- Compreendendo os aspectos relacionados à implantação dos cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde**

O Ministério da Saúde (2002) sugere que as ações de atenção em cuidados paliativos e controle da dor crônica no Brasil, sejam prestados nos três níveis de atenção a saúde do SUS, sendo eles: atenção primária, secundária e terciária. Ainda de acordo com as diretrizes criadas pelo Ministério da Saúde, cabe a Atenção Básica prestar os cuidados paliativos no domicílio do cliente fora de possibilidade terapêutica de cura através das equipes de Saúde da Família de forma holística. Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde acredita que a prestação de tais serviços pela atenção básica, acarreta na diminuição das hospitalizações, com isso a diminuição de problemas decorrentes das internações de longo prazo, além da redução dos custos que estão envolvidos no processo de hospitalização, daí a importância da implementação dos cuidados paliativos na atenção básica. Entretanto, para uma prestação de cuidados de qualidade é essencial que os profissionais envolvidos em tais cuidados apresentem uma

capacitação e uma educação permanente, garantindo assim uma assistência de qualidade ao paciente em cuidados paliativos.

De acordo com Santos, Mattos (2011) os cuidados paliativos podem ser inseridos na atenção básica, pois, acreditam que os profissionais da Estratégia Saúde da Família estão preparados para ofertar tais cuidados, uma vez que, tal equipe apresenta um foco na saúde da família a qual a unidade está inserida.

Neste sentido, as enfermeiras participantes da pesquisa relataram nas suas respectivas falas a importância, as dificuldades e os requisitos para a implantação dos cuidados paliativos na atenção básica, acarretando assim na construção de três subcategorias para o estudo em tela.

### **Subcategoria 1 – Percebendo a importância da implantação de cuidados paliativos**

Nos dias atuais diversas portarias vêm sendo criadas para a implantação dos cuidados paliativos em todos os serviços de saúde, entretanto, faz-se lembrar que essa implantação vem ganhando força aqui no Brasil desde a década de 80, principalmente no início do século XXI, com a criação de programas que visam o controle da dor, onde tais serviços estão sendo inseridos nos hospitais gerais, e nos serviços que prestam atendimento a domicílio, como é o caso do Melhor em Casa (PORTELA; GALHEIGO, 2015).

Neste contexto, as enfermeiras participantes da pesquisa evidenciaram em suas falas a abrangência e importância na implantação dos cuidados paliativos na atenção básica:

*Eu acho que é uma coisa imprescindível, até porque nesse nível de atenção existem pacientes que estão num processo de terminalidade e que precisam de cuidados paliativos. Borboleta Coruja*

*Seria muito bom e eu acredito que seja fácil ter uma equipe só voltada para os cuidados paliativos. Borboleta Zebra*

*Seria interessante, porque a gente tem contato direto com o paciente [...] a gente trabalha dentro da comunidade [...] a gente sabe as deficiências e dos problemas. Seria bem interessante que a gente também pudesse promover essa melhoria da qualidade de vida do paciente e [...] eu acho que seria bastante interessante e importante também pra família. Borboleta Esmeralda Cauda-fina*

*Eu acho importante, principalmente na atenção básica, até porque é um cuidado que a gente pode desenvolver. É importante que se tenha essa implementação, essa orientação e essa busca de conhecimento dos profissionais para informar aos usuários. Borboleta Azul*

*Importantíssimo, porque tem muito paciente na área que precisa desses cuidados paliativos e que precisam ser assistidos de forma integralizada e continuada. Borboleta Flambeau*

Para as participantes da pesquisa, os cuidados paliativos devem ser realizados no âmbito da atenção básica, uma vez que os enfermeiros e a equipe de saúde conhecem a realidade sociodemográfica, clínica e terapêutica do paciente e de sua família e isso facilitaria a implementação desta nova modalidade. No entanto, destacam que para a prática diária dos cuidados paliativos, se faz mister a qualificação da equipe multiprofissional, tendo em vista a melhor condução nas intervenções.

Nesse sentido, Waidman, Benedetti, Oliveira et al (2013) ressaltam que devido ao crescente número de casos de doenças crônicas a nível mundial, sobretudo o câncer, acarretando um impacto na vida do paciente e de sua família torna-se imprescindível a necessidade da prestação de serviços de cuidados paliativos na rede de atenção básica de saúde, sobretudo no domicílio do cliente. Entretanto, há uma preocupação em saber se os profissionais da ESF estão aptos a ofertar tal assistência.

Nesta perspectiva, em um estudo realizado por Falco; Soares; Nascimento et al (2012) em uma Unidade de Terapia Intensiva com profissionais de saúde de diversas áreas evidenciou-se que para a implantação dos cuidados paliativos neste setor é importante que os profissionais priorizem os aspectos fundamentais dos cuidados paliativos, onde os envolvidos no cuidado ao paciente perceberam a importância de levar em consideração o bem-estar do paciente e de sua família, respeitando a vontade do cliente e de sua família, através de uma boa articulação de comunicação entre equipe, paciente e família.

Segundo um estudo realizado por Nascimento (2011) observou-se que ainda falta muito para que os cuidados paliativos sejam implementados em todo território nacional, uma vez que, a prática de tais cuidados ainda é bastante recente em nosso país. Entretanto, é importante destacar que com o passar do tempo têm-se aumentado o interesse dos profissionais de saúde em buscarem maiores conhecimentos sobre a temática e assim realizando especializações nesta área e tornando-se provedores de assistência paliativa.

## Subcategoria 2 – Percebendo as dificuldades na implantação dos cuidados paliativos

Assim como evidenciaram a importância da implantação dos cuidados paliativos na atenção básica, as enfermeiras participantes do estudo destacaram as dificuldades para a implementação desta nova modalidade terapêutica.

Nesta perspectiva, os enfermeiros apontam as principais dificuldades encontradas por eles para que os cuidados paliativos venham a se fazer presentes nos serviços de saúde do município de origem:

*Quando é uma equipe que conversa, que se reúne e que entra num consenso, tudo bem! Mas, nem sempre isso acontece; esse é um ponto negativo: a gente não se comunica! Outro ponto é que nós não temos um protocolo a seguir com relação aos paliativos; cada um faz do jeito que quer e acha que está certo. É muito disperso!* Borboleta Transparente

*Já faz dois anos que eu estou aqui e nunca recebi nenhum treinamento ou formação com relação aos cuidados paliativos na atenção básica. Eu acredito que seja a política de educação permanente que não existe nesse serviço.* Borboleta Coruja

*Eu acho que é algo bem inviável, quando se pensa em questão de custo. Os gestores dizem que é difícil manter uma equipe de saúde com outros profissionais.* Borboleta Zebra

*Falta de tempo, porque a gente vive sobrecarregada em ter que realizar palestras, ter que realizar saúde na escola, ter que fazer dia de gestante, ter que fazer visita domiciliar. O enfermeiro comanda toda a responsabilidade da unidade. É muito difícil a implementação dos cuidados paliativos, mas se tivesse uma equipe extra pra realizar essa terapia com êxito, seria ótimo.* Borboleta Esmeralda Cauda-fina

*O que me preocupa, hoje, é que tem muitos PSFs em que a demanda é tão grande que acaba prejudicando o nosso trabalho e a gente acaba, muitas vezes, desenvolvendo o cuidado curativo.* Borboleta Rainha Alexandra

Em um estudo realizado por Barros; Oliveira; Alves et al (2012) evidenciou-se que a ausência de profissionais preparados e de um protocolo específico para a prestação de cuidados paliativos foram as dificuldades encontradas pelos enfermeiros na implementação dos cuidados paliativos em uma UTI.

Segundo Sousa, Alves (2015) outra dificuldade encontrada para a implementação de Cuidados Paliativos no nosso país é a carência de diretrizes que visem à organização e provisão de serviços de cuidados paliativos voltados não somente para a questão oncológica, mas também para aquelas que possam dar apoio e responder às demandas da atenção básica e da atenção especializada de média e alta complexidade.

Nesta perspectiva, em estudo realizado por Portela, Galheigo (2015) a maioria dos profissionais de saúde apontou a desqualificação e o despreparo dos profissionais envolvidos nos cuidados paliativos de clientes sem possibilidades de cura como uma das dificuldades encontradas por eles no serviço de prestação de tais cuidados. Como também a necessidade da ampliação de políticas públicas que implementem de fato os cuidados paliativos na rede domiciliar, através dos diversos programas criados pelo governo, os quais porém não chegam a ser implementados como deveriam, corroborando assim com as falas das enfermeiras participantes deste estudo em tela que relataram em suas falas o despreparo das equipes em prestar os cuidados paliativos em sua prática assistencial.

Ainda de acordo com o autor acima citado, os participantes do estudo evidenciaram a necessidade de se investir na educação dos profissionais que prestam atendimento no domicílio do paciente sob cuidados paliativos a fim de prestarem uma assistência de qualidade como preconiza a OMS.

Corroborando com estudo de Cardoso; Muniz; Schwartz et al (2013) com profissionais de diferentes áreas atuantes em cuidados paliativos, apontaram as dificuldades como a desqualificação da equipe prestadora dos cuidados e a dificuldade em lidar com pacientes em fase terminal ocasionando conflitos entre a equipe.

Outro ponto negativo apontado no estudo dos autores acima citados foi à dificuldade em entrar em consenso na hora da tomada de decisões, para uma prestação de serviços de qualidade ao cliente em processo de morte e morrer faz-se necessário a equipe multiprofissional estar unida para que possam tomar decisões democráticas em favor do paciente com aprovação do mesmo e familiares (CARDOSO; MUNIZ; SCHWARTZ et al, 2013).

Neste sentido, estudo realizado por Silva; Souza; Pedreira et al (2013) com profissionais multidisciplinares de uma unidade de terapia intensiva apontaram o despreparo da equipe em praticar a nova abordagem, corroborando assim com o estudo em tela.

Em estudo realizado por Costa (2011) com profissionais de saúde da atenção básica, destacou a falta de preparo da equipe da Estratégia Saúde da Família para a prestação dos cuidados paliativos com qualidade, referindo ser necessária a qualificação destes profissionais através de capacitações para que assim possam prestar uma assistência holística ao cliente e sua família respectivamente, confirmando assim com as falas apresentadas pelas enfermeiras participantes deste estudo.

### **Subcategoria 3 – Percebendo os requisitos para a implantação dos cuidados paliativos**

Para a implantação dos cuidados paliativos, a OMS criou diretrizes que são consideradas condições *sine qua non* para o funcionamento dos cuidados paliativos na atenção básica, a saber: uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, compreendendo diversos profissionais de saúde para melhor atender o cliente fora de possibilidade terapêutica de cura bem como a sua família (BRASIL, 2012). Entretanto faz-se necessário também a qualificação dos profissionais da atenção básica, uma vez que, os mesmos não tem a experiência de lidar com tais pacientes; bem como recursos necessários para que a equipe possa ofertar os cuidados paliativos de forma adequada; e sobretudo o interesse destes profissionais em realmente prestarem esta assistência de forma humanitária como exige os cuidados paliativos.

Nesta perspectiva, os enfermeiros participantes da pesquisa apontaram quais os critérios essenciais para que os cuidados paliativos fossem realmente estabelecidos no serviço como mostra as falas a seguir:

*Primeiro, uma capacitação de todos profissionais pra gente ter um olhar multidisciplinar com relação à questão paliativa.*  
Borboleta Transparente

*Para viabilizar esta implantação, acho importante uma rede de assistência de saúde estruturada, por exemplo, unidade saúde da família, no nível de atenção básica, com a articulação dos profissionais do NASF, do Melhor em Casa. O grande desafio para se implantar os cuidados paliativos na atenção básica é a questão da interdisciplinaridade.* Borboleta Coruja

*Acho que profissionais capacitados, porque não é todo profissional que tem essa disponibilidade. Você precisa ter um perfil mais direcionado, mais psicológico mesmo, um tato pra tá cuidando desse paciente. E também o aspecto financeiro mesmo, até porque todos esses programas que são implantados*



*vêm a nível de ministério e a gente sabe que o governo disponibiliza recursos pra tal equipe. Borboleta Zebra*

*Eu acho que seria uma melhor capacitação dos profissionais e também uma melhor troca de saberes da gestão com os profissionais também. Borboleta Azul*

*Bom, na minha concepção, o que é necessário para viabilizar essa implantação dos cuidados paliativos é a boa vontade do profissional, até porque esses cuidados são cuidados que o profissional sabe proporcionar. Borboleta Flambeau*

Para que haja a implementação dos Cuidados Paliativos em qualquer setor, é necessário que além de ações de cunho político os profissionais envolvidos em tais cuidados apresentem em sua essência a cultura paliativista, para que assim, a mesma seja inserida nos ambientes em que essa nova modalidade terapêutica seja ofertada.

Entretanto, para que isso ocorra é imprescindível que os profissionais envolvidos busquem a teoria como norte para a prática profissional, de forma a melhor atender ao paciente fora de possibilidade terapêutica de cura e a sua família. Todos esses requisitos podem ser viabilizados por meio de programas e cursos que visem uma educação permanente, bem como a construção de unidades de cuidados paliativos nas redes de saúde pública, fazendo assim com que os cuidados paliativos realmente sejam inseridos nos serviços de saúde garantindo qualidade de vida ao cliente e a sua família, respectivamente (NASCIMENTO, 2011).

Para que os cuidados paliativos sejam inseridos na atenção básica de saúde é primordial que os profissionais de saúde envolvidos neste tipo de assistência conheçam e dominem os conhecimentos clássicos dos cuidados paliativos, como também saibam identificar as fases da doença apresentada pelo cliente, sobretudo a fase terminal. Tal desconhecimento científico é motivo de desconforto e mal entendidos entre a equipe, causando, sobretudo insegurança a família e ao paciente (COSTA, 2011).

Dessa maneira, Mello; Caponero (2011) evidenciam que o Ministério da Saúde alerta para a implantação dos cuidados paliativos no Brasil se tornar efetiva, é essencial que haja uma disseminação do conhecimento sobre a temática, despertando o interesse e a sensibilidade das pessoas em geral, bem como dos profissionais de saúde, pois, a intenção do Ministério é implementar os Cuidados Paliativos em todos os níveis de atenção a saúde.

Floriani (2011) acredita que a implantação dos cuidados paliativos em qualquer setor de atenção a saúde no Brasil é uma medida desafiadora aos gestores de saúde, acontecendo de forma lenta e desarticulada, apontando a precariedade dos recursos humanos, o desinteresse dos próprios gestores envolvidos no processo de implantação de tais cuidados e a dificuldade de acesso a alguns medicamentos, principalmente os opioides. Este aspecto também corrobora com as falas das enfermeiras participantes do estudo em tela, que identificaram o despreparo dos profissionais como um dos desafios a serem enfrentados na implementação dos cuidados paliativos.

No estudo realizado por Costa (2011) com profissionais de saúde da atenção básica de saúde, evidenciou que é de suma importância que os profissionais atuantes neste setor tenham consigo o significado filosófico dos cuidados paliativos, promovendo nas suas ações a valorização do ser humano cuidado durante o processo de saúde e doença, bem como a prestação de uma assistência de qualidade ao cliente e sua família durante o processo de morte e morrer, corroborando assim com as falas dos enfermeiros participantes deste estudo que evidenciam a importância do conhecimento científico para a prática dos cuidados paliativos ao paciente fora de possibilidade terapêutica de cura.

### **Categoria Temática VI- Percebendo a incipiência de paliar**

O cuidar é uma essência que o ser humano apresenta em suas raízes. É mais do que um ato, ou uma atitude, abrange preocupação, zelo, responsabilidade e envolvimento com o outro (BOFF, 2000). Já Silva; Lacava (2010) diz que o cuidado é a prática existencial mais antiga do mundo, onde tem como função garantir ao outro a sua continuidade, através da manutenção de suas funções vitais.

A profissão de enfermagem atua no cuidado voltado a promover ações que visam proporcionar ao paciente uma vida saudável; para isso o enfermeiro diagnostica, implementa e avalia medidas a serem executadas a fim de proporcionar uma assistência de qualidade. Desta forma, é necessário que os enfermeiros reflitam sobre a essência do cuidar, despertando o compromisso com o conhecimento científico para todas as formas de cuidar. Dessa forma, cabe ao profissional de enfermagem ser competente, sensível, capaz de conviver com as diferenças existentes, tornando-se um profissional responsável no cuidado ao cliente (SILVA; LACAVA, 2010).

Neste sentido, dentre os diversos modelos de cuidados, existe o paliativo, que Pampolha (2013) define como aquele cuidado onde o enfermeiro proporcionará ao paciente medidas que não têm o objetivo de prevenir, curar ou reparar, mas intervenções que proporcionarão alívio do sofrimento, controle dos sintomas e dignidade durante o processo de terminalidade.

Assim, as enfermeiras participantes da pesquisa evidenciaram em suas falas a inexperiência acadêmica e a incipiência em paliar:

*É uma coisa muito individual, mas não tive um treinamento, uma capacitação, uma vivência pra fazer isso. A gente aprende na profissão. Eu acho que eu tenho muito a aprender.* Borboleta Transparente

*Eu, particularmente, não me considero preparada, porque, primeiro, vem a formação: a gente vê muito por cima e outra: eu nunca recebi nenhuma capacitação relacionada aos cuidados paliativos. Eu pratico cuidados paliativos, porque existem pacientes que estão no estágio de terminalidade, mas eu acredito que se eu recebesse treinamento, se eu fosse melhor direcionada nesse sentido, eu poderia cuidar melhor.* Borboleta Coruja

*Eu te digo que não acredito que eu esteja não preparada. Eu precisaria muito me auto reavaliar, teria que ter um treinamento, teria que ter algo que eu. Hoje, se dissesse tem eu tenho que fazer, eu acredito que eu não esteja apta não. Faria, mas acho que não seria da forma necessária.* Borboleta Zebra

*Na realidade, eu não me sinto preparada, porque você tem que ter um conhecimento mais abrangente sobre o assunto, tem que ter uma capacitação, uma qualificação; porque não é qualquer cuidado! Você vai lidar com pessoas que estão fragilizadas, então você tem que saber como proceder.* Borboleta Esmeralda Cauda-fina

*Eu estou, porque terminei a graduação a pouco tempo e, eu acredito que os profissionais que já tem uma formação de anos, deveriam ter uma capacitação pra que eles vejam a importância dos cuidados paliativos na atenção básica, porque a necessidade e a demanda da população que precisa desses cuidados é enorme.* Borboleta Flambeau

Estudo realizado por Waidman, Benedetti, Oliveira et al (2013) com enfermeiros da atenção básica de saúde evidenciaram o despreparo dos mesmos em proporcionar os cuidados paliativos, uma vez que, não tiveram oportunidade durante a academia de

estudar assuntos, temáticas ou disciplinas voltadas aos cuidados paliativos, ao processo de morte e morrer e ao luto. Este aspecto foi contundente nas falas dos participantes da pesquisa, que ressaltaram veementemente a incipiência em paliar, uma vez que na universidade, as disciplinas tinham enfoque biomédico, hospitalocêntrico e curativo.

Corroborando com Santos, Hormanez (2013) e Jardim et al (2010) afirmam que os profissionais de saúde, sobretudo os de enfermagem são educados a lidarem com a vida, tornando o processo de morte um obstáculo a ser superado por tais profissionais. Estes mesmos autores atribuem a culpa do pouco conhecimento da temática à academia, que pouco aborda a temática morte em suas disciplinas.

Outro estudo realizado por Alves (2012) verificou que os enfermeiros paliativistas de um hospital enfatizaram que uma das dificuldades encontradas pelos mesmos no início da carreira profissional em lidar com pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura foi o déficit dos conhecimentos repassados durante a vida acadêmica.

Diante desta perspectiva, fica evidente a necessidade das academias abordarem esta nova forma de cuidar, para que assim seus alunos saiam profissionais capacitados a prestarem uma assistência paliativa de qualidade, não só na teoria, como também na prática, uma vez que é desvendado o despreparo destes profissionais em prestar este tipo de cuidado, pois, é algo pouco abordado pelas instituições de ensino superior no currículo da graduação para o curso de enfermagem.

Nesse contexto, estudo realizado por Lima (2013) com docentes da área de enfermagem evidenciaram que é de suma importância abordar a temática “morte” e “cuidados paliativos” durante a vida acadêmica, uma vez que, proporciona aos alunos a oportunidade da construção de sua identidade enquanto profissional de saúde, e com isso a responsabilidade da prestação de uma assistência humanizada e integral ao paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura e durante o processo de morte e morrer e de luto. O autor evidenciou também a necessidade de trabalhar a temática morte durante a academia devido, nos dias de hoje, os jovens estarem ingressando nas universidades muito cedo e com eles a imaturidade e inexperiência de lidar com a temática durante a vida profissional.

### **Categoria Temática VII- Praticando Cuidados Paliativos**

A morte é um processo natural da vida. Fazendo-se necessário que todos tenham o entendimento de que algumas doenças avançam até certo ponto onde não há mais

nada a ser feito, cabendo lembrar que isto não é um erro, incompetência, irresponsabilidade da equipe, mas sim o curso natural de determinadas patologias. Quando isto ocorre é indispensável que todos aceitem a condição da natureza humana e respeitem a mesma através da prestação de uma assistência que vise aliviar o sofrimento do cliente até o seu último momento (KRAUSE, 2012).

Portanto, os Cuidados Paliativos surgiram no Brasil na década de 80 como uma nova forma de cuidado, ou seja, um cuidado diferenciado de todos os demais, uma vez que, este não visa promover a cura do paciente, mas sim tornar digno e de qualidade os dias ainda restantes ao paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura durante o processo de morte e morrer e durante o processo de luto à família. Desta forma, os cuidados paliativos têm se mostrado de grande valia, uma vez que, aumenta todos os dias os casos de doenças crônicas no Brasil e com isso a necessidade desses pacientes precisarem deste tipo de cuidado.

Neste sentido, apenas uma enfermeira participante do estudo em tela relatou sentir-se apta a prestar este tipo de cuidado aos pacientes em cuidados paliativos, como evidencia a fala a seguir:

*Uma das estratégias é a visita domiciliar. Enquanto estou fazendo a visita domiciliar, converso com os familiares pra ver a necessidade do paciente e em que ponto eu, enquanto enfermeira posso estar aliviando o sofrimento dele. Borboleta Flambeau*

Os cuidados paliativos foram desenvolvidos há quase 50 anos por Cicely Saunders. Entretanto, este ainda é um assunto pouco abordado nas disciplinas dos cursos de saúde das instituições de ensino superior, uma vez que, as mesmas apresentam em sua grade curricular disciplinas que priorizam a saúde, e não a morte, uma vez que, a mesma é parte do processo natural da vida do ser humano. Percebe-se então que os cuidados paliativos ainda não apresentam uma participação significativa nos conteúdos presentes nas grades das profissões de saúde, acarretando assim em uma das dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde ao tratarem de um paciente fora de possibilidade terapêutica de cura, corroborando com as falas das enfermeiras participantes desta pesquisa apresentadas ao longo deste estudo em tela.

Entretanto, é primordial salientar que mesmo que o profissional de saúde não tenha visto na graduação a temática morte ou processo de morte e morrer de forma bem

explanada, é de responsabilidade sua buscar este tipo de conhecimento, uma vez que, os cuidados paliativos são uma nova forma de cuidados, tornando-se cada vez mais presentes nas vidas destes profissionais e cabe a tais profissionais saberem prestarem esta assistência, uma vez que, são prestadores de cuidados.

Nesta perspectiva, Vasconcelos; Oliveira; Silva et al(2010), em seus estudos apontam que a carência de informações acerca dos cuidados paliativos na vida de um profissional de saúde reflete nas suas ações de cuidado a um paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura acarretando assim na sua dificuldade de execução de tal cuidado. Sendo assim, corroborando com um estudo realizado por Toledo, Martinelo e Priolli (2010), que discutem a necessidade da implantação de um ensino sobre morte e morrer entre os estudantes e profissionais de medicina.

Nascimento (2011) acredita que para que os cuidados paliativos sejam implantados em todo território nacional é primordial que tal temática seja inserida na educação das graduações e pós-graduações, bem como investir na capacitação daqueles profissionais que já se encontram no mercado de trabalho e que não tiveram a oportunidade de ver em sua grade curricular a temática dos cuidados paliativos. Concordando assim com as falas das enfermeiras participantes deste estudo que acreditam que a solução para a prestação de uma assistência de qualidade como preconiza a OMS é investir na educação das universidades e na capacitação dos profissionais já atuantes nesta área, disseminando assim a prática dos cuidados paliativos em todo território e garantindo aos pacientes e sua família uma morte digna através de uma assistência humanizada.

Neste contexto, evidencia-se a necessidade da mudança no plano pedagógico dos cursos de saúde, sobretudo o de Enfermagem, por serem os profissionais mais envolvidos com o paciente em cuidados paliativos, adotando em sua grade curricular uma disciplina direcionada aos cuidados paliativos ou abordando a temática nas disciplinas já ofertadas pelo curso, como o caso de Semiologia, Oncologia, Cuidados Críticos e Saúde coletiva, uma vez que, os cuidados paliativos também estão sendo inseridos na atenção básica, por isso a necessidade da exploração da temática nos cursos de graduação da saúde, para que estes profissionais sejam propagadores de uma assistência de qualidade a aqueles que tanto necessitam de um cuidado especial, corroborando assim com as falas das enfermeiras participantes do estudo em tela que mostram a necessidade da inserção de tal cuidado nas disciplinas dos cursos de saúde, sobretudo, na enfermagem.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cuidados paliativos são cuidados direcionados aos pacientes que não apresentam possibilidades terapêuticas de cura, com o intuito de proporcionar uma qualidade de vida durante a fase do processo de morte e morrer, como também ofertar apoio emocional à família durante o processo de luto, garantindo assim uma assistência efetiva e uma morte digna ao paciente.

Neste sentido, o enfermeiro como um dos membros da equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família precisa exercer papel primordial na assistência direcionada a esses pacientes, uma vez que, é o ator social que permanece em maior contato com o paciente. Desta maneira, é imprescindível deter conhecimento técnico-científico e prático, a fim de promover uma assistência holística, proporcionando alívio do sofrimento ao paciente e sua família, nos âmbitos físico, psicológico, espiritual e social.

Este estudo permitiu construir categorias temáticas, as quais revelaram a compreensão das participantes da pesquisa acerca da temática investigada de forma ampla, o que indica a abertura pelos mesmos para a prática desta nova modalidade de cuidar.

As participantes do estudo também destacaram veementemente que os cuidados paliativos ainda não são viabilizados na região onde exercem atividades laborais, em decorrência da desarticulação política local.

Outro aspecto fortemente mencionado pelos participantes diz respeito às dificuldades e limitações encontradas nas ações preventivas e curativas específicas dos programas para com o paciente, em decorrência de falta de insumos e carência de recursos humanos e que a associação deste programa, como o caso dos cuidados paliativos, iria aumentar a condição humana de trabalho.

Urge destacar que as participantes da pesquisa referiram a incipiência em exercer os cuidados paliativos no seu exercício laboral, uma vez que não tiveram conhecimento técnico-científico na academia, além da ausência de educação permanente no serviço público; aspectos esses considerados pelas enfermeiras, imprescindíveis para a prática dos cuidados paliativos.

É imperioso destacar que este estudo trouxe uma valiosa contribuição, uma vez que servirá de *feedback* para a academia científica, para a gestão pública de saúde da região e para os próprios enfermeiros, principais atores sociais deste estudo, com a

finalidade de (re)pensar o ensino e a prática da enfermagem e da saúde.

Nesse sentido, é evidente a importância do papel da academia na prática clínica, considerando a inclusão do conteúdo cuidados paliativos nos planos de aula e disciplinas específicas como forma de melhorar o ensino universitário, preparando o acadêmico de enfermagem para a compreensão do que seria paliar, quebrando o paradigma do modelo biomédico; propor projetos de extensão, a fim de viabilizar cursos para as equipes de saúde do Hospital Municipal, Programa Melhor em Casa e Estratégia Saúde da Família, proporcionando maior vínculo entre academia e gestão pública municipal, articulando alunos, professores e profissionais da saúde, com vistas a melhorar a oferta de cuidados preventivo, curativo e paliativo.

Uma limitação encontrada neste estudo foi à escassez de pesquisas atualizadas que fornecessem dados necessários para a construção de uma discussão comparativa com outras literaturas. No entanto, é possível constatar que o estudo teve os objetivos alcançados. Esta pesquisa traz contribuição na perspectiva de esclarecer a importância do aprimoramento técnico-científico do profissional de enfermagem no que diz respeito ao cuidado destinado a pacientes sem possibilidades terapêuticas de cura; bem como o despertar para a adoção de protocolos que direcionem a prestação dos cuidados paliativos de forma adequada segundo as diretrizes da OMS para ação do enfermeiro da atenção primária à saúde.



## REFERÊNCIAS

- ABREU, C. J.; LONARDONI, G. P. Cuidados Paliativos: assistência humanizada a pacientes com câncer em estágio terminal. **Revista Estação Científica**. n. 11, p. 1-22. jan/jun, 2014.
- AGUIAR, R. M.; SILVA, G. R. da. Os cuidados de enfermagem em feridas neoplásicas na assistência paliativa. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**. UERJ. Ano 11, Abril / Junho de 2012. Disponível em: < [file:///D:/Arquivos/Downloads/v11n2a12%20\(1\).pdf](file:///D:/Arquivos/Downloads/v11n2a12%20(1).pdf)> Acesso em 24 ago 2015.
- ALVES, F. I. C. **Cuidar o doente terminal em serviço de medicina interna: um olhar fenomenológico sobre as experiências dos enfermeiros**. 2012. 71 pag. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, 2012.
- ANDRADE, M. M. **Introdução à Metodologia do Trabalho Científico**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2006.
- ARANTES, A. C. L.Q.; MACIEL, M. G. S. **Avaliação e tratamento da dor**. In: OLIVEIRA, R. A. Cuidado paliativo. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CREMESP – São Paulo, 2008.
- ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. O conhecimento de estratégias de comunicação no atendimento à dimensão emocional em cuidados paliativos. **Texto Contexto Enfermagem**. v. 21, n. 1, p. 121-129. 2012. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000100014> >. Acesso em: 22 set 2014.
- ARRIEIRA, I. C. O. et al. Espiritualidade na equipe que atua com pessoas com câncer. **Cienc Cuid Saude**. v. 10, n. 2, p. 314-321, 2011.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3.<sup>a</sup> ed. Lisboa, 2004.
- BARBOSA, A.; GALRIÇA NETO, I. **Manual de Cuidados Paliativos**. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. 2010.
- BARROS, N. C. B. et al. Cuidados paliativos na uti: compreensão, limites e possibilidades por enfermeiros. **Revista de Enfermagem da UFSM**. v.2, n.3, p.630-640, 2012. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.5902/217976925857>> Acesso em: 22 jul 2015.
- BOFF, L. **Saber cuidar: Ética do Humano: compaixão pela terra**. 8 ed. São Paulo: Vozes, 2000.
- BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. **Revista Eletrônica dos pós-graduandos em Sociologia Política da UFSC**, Santa Catarina, v.2,n.1, p.68-80, 2005.

-----. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Melhor em casa – a segurança do hospital no conforto da sua casa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Caderno de Atenção Domiciliar, v. 1).

-----. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor.** - Rio de Janeiro: INCA, 2001. 124p.

-----. Secretaria de Gestão Participativa. **Saúde da Família: panorama, avaliação e desafios.** Brasília, DF, 2005.

-----. Portaria N° 2.029, de 24 de agosto de 2011. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029\\_24\\_08\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html).> Acesso em: 07 set 2014.

BRAGANÇA, J. F. **Enfermeiros de Cuidados Paliativos: Como despendem o seu tempo e qual a sua percepção em relação à qualidade dos seus cuidados.** 2011. 142 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Lisboa, 2011.

CAIRES, J. S. et al. A utilização das terapias complementares nos cuidados paliativos: benefícios e finalidades. **Cogitare Enfermagem.** v. 19, n. 3, p. 514-520, 2014. Disponível em: < <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/33861>> Acesso em 23 jul 2015.

CARDOSO, D. H. et al. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. **Texto contexto - enfermagem.** v.22, n.4, p. 1134-1141. Florianópolis, 2013. Disponível em: < [http://educacao.fau.com.br/site/arquivos/arquivo\\_20130625152817.pdf](http://educacao.fau.com.br/site/arquivos/arquivo_20130625152817.pdf) >. Acesso em: 30 jul 2015.

CARDOSO, M. G. M. **Classificação, fisiopatologia e avaliação da dor.** In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. F. Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Porto Alegre: Sulina, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/32.pdf> > Acesso em: 28 jul 2015.

CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. F. Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Porto Alegre: Sulina, 2012.

CARVALHO, R. T. **Dispneia, tosse e hipersecreção de vias aéreas.** In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. F. Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Porto Alegre: Sulina, 2012.

CHAVES, J. H. B. et al. Cuidados Paliativos na prática médica: contexto bioético. **Revista dor.** v.12, n.3, p.2, 2011.

COFEN. Resolução nº311/2007. **Aprova a reformulação do código de ética dos profissionais de enfermagem.** Brasília-DF, 2007.

COMBINATO, D. S., MARTINS, S. T. F. (Em defesa dos) Cuidados Paliativos na atenção primária à saúde. **O mundo da saúde**. v.36, n.3, p. 433-441. São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/73427>>. Acesso em: 7 ago 2015.

COMBINATO, D. S., MARTINS, S. T. F. Saúde mental e morte: subsídios para implantação dos cuidados paliativos na atenção básica. **Revista Bioéticos**. Centro Universitário de São Camilo. V.5, n.3, p328-332, 2011. Disponível em: <<http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/87/A8.pdf> > Acesso em 17 jul 2015.

COSTA, I. C. P. **Cuidados Paliativos na Atenção Básica**: depoimentos de profissionais da saúde. 2011. 120pag. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal da Paraíba, programa de pós-graduação em Enfermagem, João Pessoa-PB, 2011.

DUARTE, YA O. **O Cuidador no cenário assistencial**. O Mundo da Saúde. v.30, n.1, p. 37- 44, 2006.

FALCO, H. T. et al. Cuidados paliativos na Unidade de Terapia Intensiva: uma discussão. **Revista Enfermagem**. p. 91-201, 2012. Disponível em: [file:///D:/Arquivos/Downloads/4085-16145-1-SM%20\(3\).pdf](file:///D:/Arquivos/Downloads/4085-16145-1-SM%20(3).pdf)> Acesso em 18 jul 2015.

FERNANDES, M. A. et al. Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 18, n. 9, p. 2589-2596, 2013. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900013> > Acesso em 29 nov 2014.

FERREIRA, A. P. Q.; LOPES, L. Q. F.; MELO, M. C. B. O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer. **Revista SBPH**. v.14, n. 2. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: < [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582011000200007&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582011000200007&script=sci_arttext) > Acesso em 11 dez 2014.

FLORENTINO, D. M. et al. A fisioterapia no alívio da dor: uma visão reabilitadora em cuidados paliativos.v.11, n. 2, 2012.

FLORIANI, C. A. Cuidados paliativos no Brasil: desafios para sua inserção no sistema de saúde. In: SANTOS, F. S. (Org.). **Cuidados paliativos – diretrizes, humanização e alívio dos sintomas**. São Paulo: Atheneu, 2011. Cap. 12, p. 101-106.

FONSECA, J. V. C.; REBELO, T. Necessidades de cuidados de enfermagem do cuidador da pessoa sob cuidados paliativos. **Revista brasileira de enfermagem**. v.64, n.1,p. 180-4, 2011.

FORTUNATO, J.G.S. et al. Escalas de Dor no Paciente Crítico: Uma Revisão integrativa. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**. v.12, n.3, p. 110-117, 2013.

FRATEZI, F. R.; GUTIERREZ, B. A. O. Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, n.7, p. 3241-48, 2011.

FRIPP, J. C.; FACCHINI, L. A.; SILVA, S. M. Caracterização de um programa de internação domiciliar e cuidados paliativos no Município de Pelotas, Estado do Rio

Grande do Sul, Brasil: uma contribuição à atenção integral aos usuários com câncer no Sistema Único de Saúde, SUS. **Epidemiol. Serv. Saúde**. v.21, n.1, p.69-78. Brasília, 2012. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000100007> > Acesso em: 21 jul 2015.

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

GUIMARÃES, R. C. D. **Ansiedade e depressão em cuidados paliativos: como tratar**. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. F. Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Porto Alegre: Sulina, 2012.

GUIMARÃES, C. A.; LIPP, M. E. N. Um olhar sobre o cuidador de pacientes oncológicos recebendo cuidados paliativos. **Psicologia: Teoria e Prática**, v.13, n.2, p. 50-62, 2011.

HATANAKA, V. M. A. **Obstipação e diarreia**. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. F. Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Porto Alegre: Sulina, 2012.

HIGGINSON, I. J.; EVANS, C. J. What is the evidence that palliative care teams improve outcomes for cancer patients and their families. **Cancer J**. v.16, n.5, p. 423-435, 2010.

JACOB, A. P. P. **Etnografia em cuidados paliativos: experiências de profissionais de saúde**. 2014. 71 pag. Dissertação (Monografia) Centro Universitário de Brasília, programa de graduação em Psicologia, Brasília-DF, 2014.

JARDIM, D. M. B.; BERNARDES, R. M.; CAMPOS, A. C. V. et al. O cuidar de pacientes terminais: experiência de acadêmicos de enfermagem durante estágio curricular. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.34, n. 4, p. 796-809, 2010.

KRAUSE, L. H. Ainda que não se possa curar, sempre é possível cuidar. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ**. v. 11, n. 2, p. 18-25, 2012. Disponível em: < <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/8921/6831> > Acesso em 18 ago 2015.

LAMARCA, I. C. A.; HERMES, H. R. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & saúde coletiva**. v.18, n.9, p. 2577-2588, 2013.

LICKISS, J. N. et al. **Oxford textbook of palliative medicine**. 3rd. Ed. Oxford: Oxford University Press; 2005. Chap. 25. pg.: 42-46.

LIMA, M. G. R. **Representações sociais sobre a morte para docentes enfermeiros e suas influências no ensino**. 2013. 104 pag. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de Santa Maria, programa de pós-graduação em Enfermagem, Santa Maria-RS, 2013. Disponível em: < [http://coral.ufsm.br/ppgenf/DISSERTACAO\\_Marcia%20Gabriela%20Rodrigues%20de%20Lima.pdf](http://coral.ufsm.br/ppgenf/DISSERTACAO_Marcia%20Gabriela%20Rodrigues%20de%20Lima.pdf) > Acesso em 9 set 2015.

MACIEL, M. G. S. **Definições e princípios**. In: OLIVEIRA, R. A. Cuidado paliativo. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CREMESP – São Paulo, 2008.

MACIEL, M. G. S.; BETTEGA, R. **Náusea e vômito**. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. F. Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Porto Alegre: Sulina, 2012.

MARTINEZ J.E.; GRASSI D.C., MARQUES L.G. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência. **Revista Brasileira de Reumatologia**. v.51, n.4, p. 299-308, 2011.

MATOS, F.A.; MORAES, T.M. **A Enfermagem nos cuidados paliativos**. In: Figueiredo MTA, organizadores. Coletânea de textos sobre cuidados paliativos e Tanatologia. São Paulo: Unifesp. p. 49-62, 2006.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados Paliativos: Conceito, fundamentos e princípios. In.: Carvalho, R. T., Parsons, H. A (org) Manual de Cuidados Paliativos. ANCP, Academia Nacional de Cuidados Paliativos. (pp. 23-30). Porto Alegre: Sulina. 2012.

MELLO, A. G. C.; CAPONERO, R. O futuro em cuidados paliativos. In: SANTOS, F. S. (Org.). **Cuidados paliativos** – diretrizes, humanização e alívio dos sintomas. São Paulo: Atheneu, 2011. Cap. 2, p. 17-24.

MELLO, A. G. C.; CAPONERO, V. R. **Cuidados Paliativos: abordagem contínua e integral**. In: SANTOS, F. S. (Org). **Cuidados Paliativos: discutindo a vida a morte e o morrer**. São Paulo: Atheneu, 2009. Cap. 18, p. 257-66.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária de saúde: o impacto da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília: Organização Pan América de Saúde, 2012. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf)> . Acesso em 20 jun 2014.

MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2007.

NASCIMENTO, M. R. B. M. **Os desafios na implementação dos cuidados paliativos no Brasil**. Faculdade de Educação e Saúde – FACES (Monografia). Brasília, 2011. Disponível em: <<http://repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/2719/2/20510570.pdf>> Acesso em 3 ago 2015.

NOGUEIRA, M. F. et al. Dor: identificando os métodos de avaliação e descrevendo o cuidado de enfermagem. **Rev. Enferm. UFPE online**. v.7, n.6, p. 1556-1565, 2013.

OLIVEIRA, R. A. **Cuidado Paliativo**. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CREMESP – São Paulo, 2008.

PAMPOLHA, S. S. A. **“CRIANÇA NÃO DEVERIA MORRER”**: significados atribuídos por profissionais de saúde ao paliar crianças em iminência de morte. 2013.

106 pag. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal do Pará, programa de pós-graduação em Psicologia, Belém, 2013.

PEREIRA, D. T. S. et al. Condutas terapêuticas utilizadas no manejo da dor em oncologia. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**. v.7,n.1, p. 1883-1890, 2015. Disponível em: < <file:///D:/Arquivos/Downloads/Dialnet-TherapeuticConductsUsedInPainManagementInOncology-5000774.pdf>> Acesso em 19 jul 2015.

PESSINI, L. **Morrer com dignidade: até quando manter a vida artificialmente?**. 4ed. Aparecida, Santuário, 1994.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (org.). **Humanização e Cuidados Paliativos**. 3 ed. São Paulo: Loyola, 2006.

PESSINI L.; BERTACHINI L. **Novas Perspectivas em Cuidados Paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade**. O Mundo da Saúde. v. 29, n. 4, p. 491-509, 2005.

PILATTO, M. T. S. **Medidas não farmacológicas possíveis de serem implementadas por enfermeiros para tratar de pacientes com dor oncológica**. Unijui-Universidade Regional do Noroeste do Rio Grande do Sul. DCVIDA-Departamento de Ciências da Vida. Curso de pós-graduação lato sensu em Oncologia. Ijuí-RS, 2011. Disponível em: <<http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/494/marisatrabalho.pdf?sequence=1>> Acesso em 4 ago 2015.

PORTELA, S. G.; GALHEIGO, S. M. Cuidados paliativos na atenção domiciliar: a perspectiva de terapeutas ocupacionais. **Caderno de Terapia Ocupacional da UFSCar**. v. 23, n. 1, p. 15-29, 2015. Disponível em: < [file:///D:/Arquivos/Downloads/859-3031-1-PB%20\(3\).pdf](file:///D:/Arquivos/Downloads/859-3031-1-PB%20(3).pdf)> Acesso em: 23 ago 2015.

QUEIROZ, A. H. A. B. et al. Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 18, n.9, p. 2615-2623. 2013.

QUEIROZ, A. H. A. B. et al. Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 18 n. 9, p., 2615-2623. 2013. Recuperado em 16 janeiro 2014: [www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a16.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a16.pdf)

RABELO, M. L.; BORELLA, M. L. L. Papel do farmacêutico no seguimento farmacoterapêutico para o controle da dor de origem oncológica. **Revista Dor**. v. 14, n. 1, p. 58-60, 2013. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-00132013000100014>> Acesso em 14 ago 2015.

RANGEL, O.; TELLES, C. Tratamento da dor oncológica em cuidados paliativos. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ**. Ano 11, Abril/Junho de 2012. Disponível em : < [file:///D:/Arquivos/Downloads/v11n2a05%20\(1\).pdf](file:///D:/Arquivos/Downloads/v11n2a05%20(1).pdf)> Acesso em 14 jul 2015.

RODRIGUES, L. F. Modalidades de Atuação e Modelos de Assistência em Cuidados Paliativos – In.: Carvalho, R. T., & Parsons, H. A.(Org) Manual de Cuidados Paliativos



– ANCP. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. p. 86-93, Porto Alegre: Sulina. 2012.

SANCHEZ, K. O. L. et al. Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 63, n. 2, 2010.

SANTOS, C. E.; MATTOS, L. F. C. Os cuidados paliativos e a medicina de família e comunidade. In SANTOS, S. F. (Org.). **Cuidados paliativos – diretrizes, humanização e alívio dos sintomas**. São Paulo: Atheneu, 2011. Cap. 2, p. 17-24.

SANTOS, M. A.; HORMANEZ, M. Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem: revisão da produção científica da última década. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.18, n. 9, p. 613-619, 2013.

SANTOS, F. S. **Cuidados Paliativos: Diretrizes, Humanização e Alívio de Sintomas**. São Paulo: Atheneu, 2011.

SERA, C. T. N.; TAQUEMORI, L. Y. **Interface intrínseca: equipe multiprofissional**. In: OLIVEIRA, R. A. Cuidado paliativo. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CREMESP – São Paulo, 2008.

SILVA, S. E. D.. et al. O processo morte/morrer de pacientes fora de possibilidades atuais de cura: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. v. 4, n. 2, p. 439-453. 2013.

SILVA, K. S. **Em defesa da sociedade: a invenção dos cuidados paliativos**. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

SILVA, C. F. et al. Concepções da equipe multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.18, n.9, p.2597-2604. 2013. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900014>. Acesso em: 13 ago 2014.

SILVA, M. E. A. et al. Atitudes dos profissionais de enfermagem frente a dor do paciente com ferida operatória. **Rev enferm UFPE online**. v.7, n. 7, p., 2013. online

SILVA FILHO, S. R. B. et al. Cuidados paliativos em enfermagem de clínica médica. **Medicina**. v.43, n. 2, p.126-33. 2010. Disponível em: < <http://www.fmrp.usp.br/revista> > Acesso em 18 ago 2015.

SILVA, E. M. F. ; LACAVA, S. Reflexão sobre o cuidado de enfermagem e sua aproximação com a prática social. **Revista de Enfermagem da UNISA**. v. 11, n. 1, p. 53-56, 2010. Disponível em: < <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2010-1-09.pdf> > Acesso em 24 ago 2015.

SILVA, M. L. S. R. O papel do Profissional da Atenção Primária à Saúde em Cuidados Paliativos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. v.9, n.30, p.45-53, 2014. Disponível em: < <http://rbmfc.org.br/rbmfc/article/viewFile/718/595> > Acesso em 15 jul 2015.

SOUSA, J. M.; ALVES, E. D. Cuidados Paliativos de enfermagem na atenção domiciliar. **Revista de Enfermagem UFPE on line**. v.9, n.2, p. 669-676, 2015. Disponível em: < <file:///D:/Arquivos/Downloads/6965-67911-1-PB.pdf>> Acesso em 13 jul 2015.

SUSAKI, T.T., SILVA, M.J.P., POSSARI, J.F. Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de Enfermagem. **Acta Paul Enferm**. v.19, n.2, p. 144-9, 2006.

TOLEDO, A. P.de; MARTINELO, L. Z.; PRIOLLI, D. G. (2010). **Ensino médico em terminalidade da vida: sua obrigatoriedade é válida?** In: IV Congresso Internacional de Cuidados Paliativos, Anais do IV Congresso Internacional de Cuidados Paliativos. São Paulo.

VASCONCELOS, M. F. et al. (2010). **Práxis dos profissionais de saúde no contexto dos Cuidados Paliativos: reflexões à luz da literatura**. In: IV Congresso Internacional de Cuidados Paliativos, Anais do IV Congresso Internacional de Cuidados Paliativos. São Paulo.

VARGAS-SCHAFFER, G. Is the who analgesic ladder still valid? Twenty-four years of experience. **Can Fam Physician**. v.56, n.6, p.514-517, 2010.

WAIDMAN, M. A. P. Relações de cuidado entre enfermeiros da atenção básica e cuidadores familiares de pessoas com câncer. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v.15, n.2, p.391-9, 2013. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.17380>> Acesso em 12 ao 2015.

WATERKEMPER, R., REIBNITZ, K. S. Cuidados paliativos: a avaliação da dor na percepção de enfermeiras. **Revista Gaúcha Enfermagem**. v.31, n.1, p. 84-91, 2010. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000100012> >. Acesso em: 16 set 2015.

WERLE, B. M. Cuidados paliativos. **Revista da AMRIGS**. v.54, n.4, p.493-494, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Palliative care for older people: better practices. Denmark: WHO; 2011. Disponível em: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0017/143153/e95052.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/143153/e95052.pdf)



## APÊNDICES

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa intitulada **“CUIDADOS PALIATIVOS: compreensão de enfermeiros da atenção básica do município de Cuité-PB**, está sendo desenvolvida por José Wágner Dantas da Silva, aluno do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, *Campus Cuité*, sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Ms. Glenda Agra, conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que norteia pesquisas envolvendo seres humanos.

Para a realização desta pesquisa 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. A entrevista constará de algumas perguntas sobre dados pessoais e outras questões voltadas aos objetivos da pesquisa. Comunicamos que as informações cedidas pelo senhor (a) serão guardadas em segredo pelos pesquisadores. Os dados coletados farão parte de um Trabalho de Conclusão de Curso podendo ser divulgados em eventos científicos, periódicos e outros tanto a nível nacional ou internacional, somente autorizado pelo senhor (a). Por ocasião da publicação dos resultados, o seu nome será mantido em sigilo.

Vale ressaltar, que essa entrevista será realizada em um local reservado, com a finalidade de garantir sua integridade física e psicológica. Caso o (a) senhor (a) apresente algum desconforto (inibição/constrangimento), o pesquisador suspenderá imediatamente a entrevista e somente retornará após sua autorização.

Esta pesquisa contribuirá para a melhor assistência de enfermagem ao paciente oncológico no que se refere ao controle dos sintomas oriundos da enfermidade, principalmente a dor.

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 da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir da mesma, não sofrerá nenhum dano. As pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Este documento será elaborado em duas vias, uma ficando com o senhor (a) e a outra fica retida com o pesquisador.

Para contatos que se façam necessários, informo-lhes meu nome e da minha orientadora, números de telefones, endereços postais e eletrônicos.

Diante do exposto, agradecemos a sua contribuição na realização deste estudo e para finalizar, precisamos que o (a) senhor (a) assine as duas vias no local assinalado e ainda rubrique em todas as páginas desse documento.

Cuité, \_\_\_/\_\_\_/2015

---

Pesquisador colaborador

---

Pesquisador responsável

---

Comitê de Ética em Pesquisa

**Pesquisador 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

**Pesquisador colaborador: José Wágner Dantas da Silva**

Endereço: Travessa Caetano Dantas, 31 - Cuité – PB CEP – 58175-000 Fone: (83) 99448029  
Endereço residencial: Rua Delmiro Fernandes Pimenta, 277 - Brejo do Cruz – PB CEP – 58890-000 Fone: (83) 99448029

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Comitê de Ética do Hospital Universitário Alcides Carneiro  
Rua: Carlos Chagas, SN  
São José  
Campina Grande – Paraíba  
CEP 58107-670  
Fone 2101-5545

**CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_, concordo em participar dessa pesquisa declarando que cedo os direitos do material coletado, 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 pelos pesquisadores.

Cuité, \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 2015

---

**José Wágner Dantas da Silva**

Pesquisador Colaborador

---

**Glenda Agra**

Pesquisadora Responsável

---

**Participante da pesquisa**

## APÊNDICE B - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

### I. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Sexo: Feminino ( <input type="checkbox"/> ) Masculino ( <input type="checkbox"/> )	
Idade:	Tempo de formação profissional:
Tempo de serviço:	
Pós-graduação: Especialização ( <input type="checkbox"/> ) Mestrado ( <input type="checkbox"/> ) Doutorado ( <input type="checkbox"/> )	
Estado civil: Solteiro (a) ( <input type="checkbox"/> ) Casado(a) ( <input type="checkbox"/> ) Viúvo(a) ( <input type="checkbox"/> ) União Estável ( <input type="checkbox"/> )	
Caso afirmativo: Instituição:	Local:
Carga Horária:	Ano:
Tempo de atuação na ESF:	

### II. DADOS RELACIONADOS AOS CUIDADOS PALIATIVOS

1. O que você entende por Cuidados Paliativos?

---



---



---



---



---

2. No seu entendimento, quais as modalidades terapêuticas empregadas nos Cuidados Paliativos?

---



---



---



---



---

3. Na sua opinião, os Cuidados Paliativos devem estar direcionados para que grupo de usuários assistidos na atenção básica?

---



---



---



---



---

4. Na sua visão, quais os profissionais que deverão participar da promoção de Cuidados Paliativos na atenção básica?

---

---

---

---

---

5. O que você acha da implantação de Cuidados Paliativos na atenção básica?

---

---

---

---

---

6. Na sua concepção, o que é necessário para viabilizar a implantação de Cuidados Paliativos na atenção básica?

---

---

---

---

---

7. No seu entendimento, quais são as possibilidades e limitações para a implantação de Cuidados Paliativos na atenção básica?

---

---

---

---

---

8. Você como profissional da ESF, está apto para promover os Cuidados Paliativos na sua prática assistencial?

---

---

---

---

---

9. Em caso afirmativo da questão anterior, quais as estratégias que você desenvolve para a prática de Cuidados Paliativos? Em caso negativo, justifique:

## **ANEXOS**

## ANEXO A- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
ALCIDES CARNEIRO /  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CUIDADOS PALIATIVOS: compreensão de enfermeiros da Atenção Básica em Saúde do município de Cuité -PB

**Pesquisador:** Glenda Agra

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 40113114.8.0000.5182

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.012.994

**Data da Relatoria:** 25/02/2015

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo exploratório, de natureza qualitativa que se realizará nas Unidades Básicas de Saúde do município de Cuité -PB. A população do estudo será composta por enfermeiros e amostra será composta por enfermeiros assistenciais das UBS desse município. O instrumento utilizado será um roteiro para uma entrevista semiestruturada e a análise dos dados será por meio da Técnica de Análise de Conteúdo Temática.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

-Investigar o entendimento de enfermeiros que atuam na ESF no que tange aos cuidados paliativos e as modalidades terapêuticas.

Objetivo Secundário:

-Identificar, na visão de enfermeiros, a constituição da equipe de cuidados paliativos para a Atenção Básica;  
-Verificar as possibilidades e limitações de implementação de cuidados paliativos na Atenção Básica, a partir dos discursos de enfermeiros.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

**Endereço:** Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n  
**Bairro:** São José **CEP:** 58.107-670  
**UF:** PB **Município:** CAMPINA GRANDE  
**Telefone:** (83)2101-5545 **Fax:** (83)2101-5523 **E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br

Página 01 de 03

*Sheila M. P. dos S. Fernandes*  
Docente UFCG/CCBS  
SIAPE 1544903



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
ALCIDES CARNEIRO /  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 1.012.994

Esta pesquisa não acarretará em nenhum risco aos participantes do estudo, exceto a inibição de responder às questões referentes aos objetivos

**Benefícios:**

Esta pesquisa possibilitará o desenvolvimento de estratégias úteis e adequadas pelos enfermeiros da ESF a fim de atender as necessidades biopsicossociais e espirituais de pacientes com doenças sem possibilidades terapêuticas de cura atendidos em domicílio.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O trabalho é relevante na medida em que contribui para avaliação da profissão de enfermagem, bem como na possibilidade de subsidiar maiores informações no sentido de propor melhorias e mudanças que visem beneficiar esses profissionais em sua prática profissional cotidiana.

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

Foram apresentados: declaração de divulgação dos resultados, folha de rosto, TCLE, termo de autorização institucional, termo de autorização da Unidade Acadêmica de Saúde e termo de compromisso do pesquisador, todos em consonância com a resolução 466/12 do CNS.

**Recomendações:**

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

Sou de parecer favorável, salvo melhor juízo deste CEP.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

A partir da análise da relatoria, o protocolo foi considerado aprovado ad referendum.

*Sheila M. P. dos S. Fernandes*  
Docente UFCG/CCBS  
SIAPE 1544903

**Endereço:** Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n  
**Bairro:** São José **CEP:** 58.107-670  
**UF:** PB **Município:** CAMPINA GRANDE  
**Telefone:** (83)2101-5545 **Fax:** (83)2101-5523 **E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
ALCIDES CARNEIRO /  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 1.012.994

CAMPINA GRANDE, 07 de Abril de 2015

Sheila M. P. dos S. Fernandes

Docente UFCG/CCBS

SIAPÉ 1544903

Assinado por:

**SHEILA MILENA PESSOA DOS SANTOS**  
(Coordenador)

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CUIDADOS PALATIVOS

Responsável: Genés Aguiar

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 40112144.4.0001.6102

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocínio(a) Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.012.994

Data de Relatoria: 25/04/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo exploratório, de natureza qualitativa, que se realizará nas Unidades Básicas de Saúde da comunidade de Grife - PB. A população do estudo será composta por enfermeiros e ampulhas de composição por enfermeiros assistenciais das UBS desse município. O instrumento utilizado será um formulário para uma entrevista semiestruturada e a análise dos dados será por meio da Técnica de Análise de Conteúdo Temática.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Investigar e compreender os enfermeiros que atuam na EBF no que tange aos cuidados paliativos e as necessidades terapêuticas.

Objetivo Secundário:

- Identificar, no nível de enfermeiros, a constituição da equipe de cuidados paliativos para a Atenção Básica.  
- Verificar as possibilidades e limitações de implementação de cuidados paliativos na Atenção Básica, a partir dos discursos de enfermeiros.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br


**ANEXO B- DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DE PROJETO**

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

**DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DE PROJETO**

Declaro para fins de comprovação que foi analisado e aprovado neste Comitê de Ética em Pesquisa – CEP o projeto de número CAAE: 40113114.8.0000.5182, Número do Parecer: 1.012.994 intitulado: **CUIDADOS PALIATIVOS: compreensão de enfermeiros da Atenção Básica em Saúde do município de Cuité - PB.**

Estando o (a) pesquisador (a) ciente de cumprir integralmente os itens da Resolução nº. 466/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, responsabilizando-se pelo andamento, realização e conclusão deste projeto, bem como comprometendo-se a enviar por meio da Plataforma Brasil no prazo de 30 dias relatório do presente projeto quando da sua conclusão, ou a qualquer momento, se o estudo for interrompido.

  
Sheila M. P. dos S. Fernandes  
Docente UFPG/CCBS  
SIAPE 1544903  
Coordenadora CEP/HUAC/UFPG

Campina Grande - PB, 13 de Abril de 2015.

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