



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

VERÔNICA MATOS BATISTA

**CUIDADOS PRESTADOS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM
PALIAÇÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UM OLHAR SOBRE A
TEORIA FINAL DE VIDA PACÍFICO**

SALVADOR - BA

2021

VERÔNICA MATOS BATISTA

**CUIDADOS PRESTADOS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM
PALIAÇÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UM OLHAR SOBRE A
TEORIA FINAL DE VIDA PACÍFICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção de título de mestra em Enfermagem e Saúde, na área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, na linha de pesquisa cuidados na promoção à saúde, prevenção, controle e reabilitação de agravos em grupos humanos.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª. Tânia Maria de Oliva Menezes

SALVADOR – BA

2021

B333 Batista, Verônica Matos.

Cuidados prestados pela equipe de enfermagem ao paciente em palição na unidade de terapia intensiva: um olhar sobre a Teoria Final de Vida Pacífico/ Verônica Matos Batista. – Salvador, 2021.

82 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Tânia Maria de Oliva Menezes.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, 2021.

Inclui referências.

1. Equipe de enfermagem. 2. Cuidados paliativos. 3. Unidade de terapia intensiva. 4. Teorias de enfermagem. I. Menezes, Tânia Maria de Oliva. II. Universidade Federal da Bahia. III. Título.

CDU 616-083-089

VERÔNICA MATOS BATISTA

**CUIDADOS PRESTADOS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM
PALIAÇÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UM OLHAR SOBRE A
TEORIA FINAL DE VIDA PACÍFICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, na linha de pesquisa “Cuidado na promoção à saúde, prevenção, controle e reabilitação de agravos em grupos humanos”.

Salvador, 17 de dezembro de 2021

BANCA EXAMINADORA



Tânia Maria de Oliva Menezes

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia



Raul Fernando Guerrero Castañeda

Doutor em Enfermagem



Larissa Chaves Pedreira Silva

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia



Jorgas Marques Rodrigues

Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

Dedico essa dissertação a minha força maior, meu **DEUS**, minha nossa **SENHORA APARECIDA**, por sido para mim toda “fonte de amor e luz”, e a minha **FAMÍLIA** pela base forte e acolhimento nos momentos de fraqueza.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus** minha força e luz, por possibilitar a realização desse sonho e projeto de vida.

Aos meus pais **Belarmina e Manoel**, pelo incentivo ao estudo e por ter me mostrado que a fé e a força de vontade nos proporcionam conquistas inimagináveis.

À meu irmão **Vital**, pela força, amor, companheirismo e ajuda para realização desse sonho.

À meu namorado **Michael** pelo amor, cuidado, compreensão, dedicação e apoio nessa minha jornada.

À minha Orientadora **Dr^a Tânia Menezes** pela paciência, compreensão, ensinamentos, amizade e cuidado, sempre sensível e atenta às minhas necessidades. Serei eternamente grata a Deus por ter me presenteado com uma pessoa de luz nessa caminhada. Gratidão!

À minha família, meu avô, tios, primos, madrinha, pelas bênçãos, palavras de conforto e incentivo a seguir em frente.

Às minhas amigas do interior **Talita e Maria**, pelo apoio, carinho e amizade. Sinto mesmo que distante essa torcida por meu sucesso, essa vitória também é de vocês.

Às minhas amigas e colegas de plantão, em especial a **Luziângela, Sueli e Elisângela**, pelo apoio, carinho e ajuda durante os plantões, para que eu pudesse assistir minhas aulas.

Às minhas amigas **Rebeca e Alinne**, pelo incentivo, parceira e amizade. Nesses dois anos de mestrado, vocês foram essenciais nessa minha caminhada. As levarei para sempre.

À **Isabela Pires**, por possibilitar a participação na coleta de dados do projeto maior, de forma maneira que abriu as portas para que eu pudesse colher um fruto desse trabalho. Gratidão!

À **Emanuela Oliveira, Nildete Gomes e Raniele Freitas**, pela ajuda, paciência e disponibilidade sempre que necessitei de um suporte nessa caminhada.

Aos **Enfermeiros e técnicos de enfermagem**, pela paciência e disponibilidade para contribuir com belíssimos depoimentos durante as entrevistas.

Ao **Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFBA** pela oportunidade de poder fazer parte dessa família que tanto acrescentou em minha vida.

Aos **professores do PPGENF**, pela partilha dos seus conhecimentos, compreensão e empatia com nossas dores, em um momento em que o mundo estava modificado devido a pandemia e necessitávamos de acolhimento. Vocês foram sensíveis e solidários conosco. Gratidão!

“Entrega teu caminho ao senhor; confia nele e tudo ele fará”.

Salmos 37:5

RESUMO

BATISTA, Verônica Matos. **Cuidados prestados pela equipe enfermagem ao paciente em palição na unidade de terapia intensiva: um olhar sobre a Teoria Final de Vida Pacífico**. 81 f. 2021. Tese de dissertação de mestrado. Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2021.

Com o aumento da expectativa de vida nos últimos anos, houve o surgimento de doenças crônicas e fora das possibilidades terapêuticas, que acarretaram um crescimento no número de admissões nas Unidades de Terapia Intensiva. Porém, mesmo com tanto arsenal tecnológico nesta unidade, a cura em determinados momentos se torna impossível, e nesse cenário surge à filosofia dos Cuidados Paliativos, que por meio das ações de uma equipe multiprofissional, busca ofertar a esse paciente qualidade de vida, alívio do sofrimento e um cuidado digno até o momento da sua morte. Diante desses acontecimentos, os profissionais de enfermagem se deparam com uma realidade distinta do habitual, onde o cuidar de forma mais sensível se torna primordial para que os momentos vividos pelo paciente em palição se tornem confortável em todas as suas dimensões. Neste contexto, a pesquisa tem como objetivo geral: Apreender os cuidados prestados pela equipe de enfermagem ao paciente em palição na Unidade de Terapia Intensiva. Objetivos específicos: 1. Identificar o conhecimento da equipe de enfermagem acerca dos cuidados paliativos; 2. Descrever ações que a equipe de enfermagem executa e considera como pertencentes aos cuidados paliativos na terapia intensiva; 3. Descrever ações da equipe de enfermagem para que os pacientes em cuidados paliativos tenham maior proximidade com seus familiares, amigos e/ou pessoas que o cuidam; 4. Conhecer as facilidades e dificuldades da equipe de enfermagem no cuidar dos pacientes em palição na Unidade de Terapia Intensiva. Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa, realizada em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital filantrópico de grande porte da cidade de Salvador, Bahia. Os participantes foram 14 enfermeiras e 21 técnicas de enfermagem que atuam nesse setor. A coleta dos dados ocorreu após a aprovação pelo Comitê de Ética. Os dados foram obtidos por meio de questionário de caracterização sociodemográfica e entrevista com roteiro semi-estruturado. Após a entrevista, os depoimentos foram analisados através da técnica de análise de conteúdo de Bardin e os resultados discutidos a luz da Teoria Final de Vida Pacífico. Emergiram as seguintes categorias: 1. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre Cuidados Paliativos, 2. Ações promovidas pela equipe de enfermagem para promover conforto ao paciente em palição; 3. Ações promovidas pela equipe de enfermagem para facilitar a proximidade da família; 4. Dificuldades e facilidades no cuidado de enfermagem ao paciente em palição na UTI; 5. Cuidados espirituais aos pacientes em palição; 6. Despreparo da equipe de enfermagem para oferta dos cuidados emocionais. Observou-se um conhecimento insipiente da equipe de enfermagem sobre Cuidados Paliativos. Destaca-se nas entrevistas que enfermeiras e técnicas de enfermagem proporcionam conforto biopsicossocial e espiritual ao paciente durante o cuidado, acolhem familiares e pacientes nos momentos de medo e ansiedade, porém a falta de compreensão familiar, a comunicação frágil, dificuldade de lidar com a morte e o despreparo na oferta dos cuidados emocionais dificulta a execução dos Cuidados Paliativos. A equipe de enfermagem necessita de capacitação desde sua formação para que o cuidado prestado ao familiar e paciente promova qualidade de vida em todas as dimensões.

Descritores: Equipe de enfermagem. Cuidados Paliativos. Unidade de Terapia Intensiva. Teorias de Enfermagem.

ABSTRACT

BATISTA, Verônica Matos. **Care provided by the nursing team to patients undergoing palliation in the intensive care unit: a look at the Peaceful End-of-life Theory.** 81 f. 2021 Master's thesis. Postgraduate in Nursing and Health. Federal University of Bahia. Salvador, 2021.

With the increase in life expectancy in recent years, there was the emergence of chronic diseases and out of therapeutic possibilities, which resulted in an increase in the number of admissions to the Intensive Care Units. However, even with so much technological arsenal in this unit, the cure at certain times becomes impossible, and in this scenario the philosophy of Palliative Care emerges, which through the actions of a multidisciplinary team, seeks to offer quality of life to this patient, relief from suffering and dignified care until the moment of his death. In view of these events, nursing professionals are faced with a reality that is different from the usual one, where care in a more sensitive way becomes essential so that the moments experienced by the patient in palliation become comfortable in all its dimensions. In this context, the research has as general objective: To apprehend the care provided by the nursing team to patients undergoing palliative care in the Intensive Care Unit. Specific objectives: 1. Identify the knowledge of the nursing team about palliative care; 2. Describe actions that the nursing team performs and considers as belonging to palliative care in intensive care; 3. Describe the actions of the nursing team so that patients in palliative care have greater proximity to their family, friends and/or people who care for them; 4. Know the facilities and difficulties of the nursing staff in caring for patients undergoing palliative care in the Intensive Care Unit. This is an exploratory descriptive research with a qualitative approach, carried out in an Intensive Care Unit of a large philanthropic hospital in the city of Salvador, Bahia. The participants were 14 nurses and 21 nursing technicians who work in this sector. Data collection took place after approval by the Ethics Committee. Data were obtained through a sociodemographic questionnaire and an interview with a semi-structured script. After the interview, the testimonies were analyzed using Bardin's content analysis technique and the results discussed in the light of the Final Theory of Peaceful Life. The following categories emerged: 1. Knowledge of the nursing team about Palliative Care, 2. Actions promoted by the nursing team to promote comfort to patients undergoing palliative care; 3. Actions promoted by the nursing team to facilitate family proximity; 4. Difficulties and facilities in nursing care for patients undergoing palliation in the ICU; 5. Spiritual care for patients undergoing palliation; 6. Unpreparedness of the nursing team to offer emotional care. There was an incipient knowledge of the nursing team about Palliative Care. It is highlighted in the interviews that nurses and nursing technicians provide biopsychosocial and spiritual comfort to the patient during care, they welcome family members and patients in times of fear and anxiety, but lack of family understanding, fragile communication, difficulty in dealing with death and the lack of preparation in the provision of emotional care makes it difficult to carry out Palliative Care. The nursing team needs training since its formation so that the care provided to family and patients promotes quality of life in all dimensions.

Descriptors: Nursing team. Palliative care. Intensive care unit. Nursing Theories.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização das enfermeiras.....	39
Quadro 2 – Caracterização das Técnicas de enfermagem.....	40
Quadro 3 - Categorias apreendidas e participantes.	42

LISTA DE ABREVIATURAS

ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

BDENF- Base de dados da Enfermagem

BVS- Biblioteca Virtual em Saúde

CP- Cuidados Paliativos

EUA – Estados Unidos da América

LILACS- Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde.

NESPI- Núcleo de Estudo e Pesquisa do Idoso

OMS- Organização Mundial de Saúde

QV- Qualidade de vida

SUS- Sistema único de Saúde

TFVP- Teoria Final de Vida Pacífico

UTI- Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	22
2.1 A MORTE E O MORRER NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	22
2.2 A EQUIPE DE ENFERMAGEM E O CUIDADO PRESTADO AO PACIENTE EM PALIAÇÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.....	26
3 TEORIA FINAL DE VIDA PACÍFICO	30
4 METODOLOGIA.....	33
4.1 TIPO DE ESTUDO	33
4.2 LOCUS DA PESQUISA	33
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	34
4.4 INSTRUMENTO E COLETA DE DEPOIMENTOS	35
4.5 ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS.....	35
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	36
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES	39
5.2 CATEGORIAS APREENDIDAS.....	41
CATEGORIA 1. CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS.....	42
CATEGORIA 2. AÇÕES EXECUTADAS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM PARA PROMOÇÃO DO CONFORTO AO PACIENTE EM PALIAÇÃO	44
CATEGORIA 3. AÇÕES PROMOVIDAS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM PARA FACILITAR A PROXIMIDADE DA FAMÍLIA.....	48
CATEGORIA 4. DIFICULDADES E FACILIDADES NO CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM PALIAÇÃO NA UTI.....	51
CATEGORIA 5. CUIDADO ESPIRITUAL AOS PACIENTES EM PALIAÇÃO	55
CATEGORIA 6. DESPEPARO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM PARA OFERTA DOS CUIDADOS EMOCIONAIS	57
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
REFERÊNCIAS	64
APÊNDICE A – OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO E LIBERAÇÃO DE CAMPO	71

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	72
APENDICE C – ROTEIRO PARA ENTREVISTA INDIVIDUAL.....	75
ANEXO A – PROTOCOLO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	77

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação discute sobre os cuidados prestados pela equipe de enfermagem aos pacientes em palição na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), utilizando a Teoria Final de Vida Pacífico (TFVP) como arcabouço teórico para a discussão.

O avanço tecnológico nas últimas décadas possibilitou o aumento da expectativa de vida da população, por consequência, pessoas convivendo com alguma condição crônica devido à redução da letalidade de algumas doenças, aumentando de forma exponencial esse perfil de pacientes na UTI (CAMARGOS; GONZAGA, 2015). Nesse contexto, o trabalho da equipe de enfermagem se faz presente, com ações que são capazes de promover qualidade de vida (QV) ao indivíduo. Em meio a esse conjunto de atividades encontram-se os Cuidados Paliativos (CP), que corresponde a uma série ações realizadas por uma equipe multidisciplinar, capazes de promover a QV ao paciente com doenças crônicas e fora das possibilidades terapêuticas (MANSO *et al.*, 2017).

Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que em 2050 a população maior que 60 anos passará da cifra de bilhões de pessoas, e a idade estimada para a sobrevivência estará em 81 anos. Esse aumento acontecerá de forma rápida, e a velocidade desse crescimento será maior em países em desenvolvimento, o que significa aumento das doenças crônicas. Sendo assim, os profissionais de saúde precisam estar preparados para essa realidade, que impõe um domínio das habilidades para cuidar, confortar e aliviar o sofrimento de um enorme contingente de pessoas. Nesse cenário, os CP ganham visibilidade por sua assistência humanística e integral (LORENZETTI, 2020).

Os CP podem ser ofertados a todos os pacientes fora das possibilidades terapêuticas, desde o estágio inicial ao final do ciclo da doença. Em qualquer setor do ambiente hospitalar, seja na enfermaria ou dentro de uma UTI, o cuidado ao paciente em todas as dimensões acontece de forma ininterrupta pelos profissionais de saúde (COELHO; YANKASKAS, 2017).

Segundo a resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018, os CP devem ser ofertados no âmbito do SUS, dentro da rede de atenção à saúde desde a atenção básica à terciária, e na atenção domiciliar. A resolução defende, também, em seu artigo 7º, o acesso aos medicamentos, conforme acordado com o gestor de saúde daquele determinado local. Sendo assim, busca-se, através desta portaria, atingir os princípios do SUS: equidade, integralidade e humanização no cuidado ao paciente em palição (BRASIL, 2018).

É relevante salientar que a rede de atenção à saúde deve estar integrada e articulada para assegurar ao paciente a assistência completa e a internação numa unidade de CP, acesso

aos exames de investigação diagnóstica e o seu acompanhamento, proporcionando segurança ao mesmo e aos seus familiares, compartilhando as decisões para o final da vida. A falta de integração dos CP na rede de saúde contribui para a fragilidade do acesso equitativo desse cuidado, comprometendo a integralidade da assistência. Quando há falha ou falta de integralidade na rede, esse paciente busca um atendimento em unidade hospitalar, devido ao quadro de agudização da sua doença crônica; muitas vezes, necessita de apoio de uma unidade de alta complexidade, a UTI, para alívio do seu sintoma, e assim, o paciente passa a ser paliado dentro do contexto hospitalar (BRASIL, 2006).

A UTI é um ambiente destinado à recuperação, configurando-se como um dos últimos recursos a ser utilizada para se prevenir a morte, chegando a ser considerada como um dos espaços mais agressivos e tensos da organização de saúde, porém, há momentos em que as intervenções e o aporte tecnológico não possibilita a cura e nem o conforto do paciente; nesse momento, a prática dos CP pelos profissionais de saúde se torna a escolha mais assertiva, para promoção do bem estar do paciente (VICENSI, 2016).

A UTI é importante recurso para o tratamento de pacientes graves ou potencialmente graves, que necessitam de cuidados contínuos e especializados, em consequência de uma ampla variedade de alterações fisiopatológicas, porém são unidades que também acomodam pacientes crônicos e fora de possibilidade terapêutica. Nos casos em que a doença passa a ser maior que a medicina, a busca pelo conforto, a proximidade do profissional com o paciente se torna mais importante que o uso das tecnologias duras disponíveis (CORADAZZI; SANTANA; CAPONERO, 2019).

A oferta dos cuidados intensivos é caracterizada pelo uso de muitos recursos tecnológicos e tratamentos específicos, que, por vezes, ultrapassam o desejo e a decisão de pacientes e seus familiares. Em muitos casos, a complexidade e gravidade da doença podem ser desanimadoras, sendo inevitável o processo de morte (PEGORARO; PAGANINI, 2020). Prestar cuidados aos pacientes críticos pode ter dois desfechos: em um deles, o quadro clínico melhora com tratamento bem-sucedido e recuperação da saúde, e no outro, não sendo o paciente considerado fora das possibilidades terapêuticas. Nesse contexto, os CP buscam humanizar a assistência, ofertando ao paciente em palição QV até o momento da sua morte. (CORADAZZI; SANTANA; CAPONERO, 2019).

Segundo a OMS, no conceito definido em 1990, e atualizado em 2002, CP consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da QV do paciente e seus familiares diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, identificação precoce, avaliação impecável e tratamento da dor e demais

sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais, buscando promover conforto em todas as dimensões do ser humano (WHO, 2018).

Dados do Global Atlas of Palliative Care mostram que, no mundo em 2011, quase 30 milhões de pessoas morreram acometidas por doenças com demanda por CP, sendo 69% dos indivíduos com idade acima de 60 anos e 25% entre 15 e 59 anos de idade. Estes dados apontam a importância dos CP como um problema de saúde pública, pois acomete pessoas de diferentes faixas etárias, sendo imprescindível a execução desse cuidado dentro da unidade hospitalar, com uma equipe preparada para assistir esses pacientes (WHO, 2014).

As práticas dos CP no cenário nacional ainda são incipientes, sendo área de atuação médica reconhecida em 2011. A partir dessa data, as práticas paliativas passaram a ganhar destaque (MALAGUTTI; ROEHRS, 2019).

No Brasil, a legislação e os códigos de ética sofreram alterações. A constituição brasileira declara que a dignidade humana na morte é um direito primário, o que se alinha com a retirada do suporte de vida. A interpretação da lei assume que ninguém, mesmo em uma situação que ameace a vida, pode ser forçado a aceitar um tratamento médico ou cirúrgico. A autonomia do paciente deve ser preservada (DADALTO; TUPINAMBÁS; GRECO, 2013).

Na área da Enfermagem, em 2017 o Conselho Federal de Enfermagem aprova a resolução nº 0564/2017, que revisa o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. No seu capítulo II, em parágrafo único: “Respeitar as diretivas antecipadas da pessoa no que concerne às decisões sobre os cuidados e tratamentos que deseja ou não receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, suas vontades” e “Nos casos de doenças graves incuráveis e terminais com risco iminente de morte, em consonância com a equipe multiprofissional, oferecer todos os CP disponíveis para assegurar o conforto físico, psíquico, social e espiritual, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal”. É a oferta do cuidado ao paciente em todas as suas dimensões do viver, com respeito a sua autonomia. (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

Segundo Hermes e Lamarca (2013), os profissionais de enfermagem são de extrema importância dentro de uma equipe de CP, pela essência de sua formação que se baseia na arte do cuidar. Isso se observou desde os primórdios da ideologia, partindo do princípio que essa maneira de cuidar do paciente oferecendo QV nos seus últimos dias teve origem a partir do conhecimento da enfermeira Cicely Saunders, que depois cursou medicina e serviço social.

Os Enfermeiros e técnicos de enfermagem dentro da UTI são os profissionais que tem a possibilidade de permanecer mais próximo do paciente e família, devido ao cuidado

beira leito 24 horas de forma ininterrupta. Sendo assim, tem a oportunidade de identificar sinais verbais e não verbais que lhes são mostrados, podendo observar e apontar a necessidade do ser, e assim, utilizar a compreensão desses sinais para a promoção de um cuidado completo de qualidade, com a oferta da dignidade para o paciente em todo o seu processo de terminalidade (BIONDO; TROVO; SILVA, 2019).

No contexto da promoção de cuidado que oferte QV ao paciente e bem-estar em todas as suas dimensões, destaca-se a TFVP, que propõe o alívio dos medos e ansiedade, reais e/ou percebidos para o paciente e sua família. Cornelia Ruland e Shirley Moore, ambas enfermeiras, cria em 1998 a teoria que permite que o profissional de enfermagem conheça a complexidade do cuidar de um doente terminal e como contribuir para o fim de vida tranquilo, subsidiando sua prática à luz dos CP (RULAND; MOORE, 1998).

A motivação da escolha do tema originou-se a partir da experiência profissional vivenciada ao longo dos seis anos de assistência em uma unidade crítica, onde observei profissionais de enfermagem pouco ou quase nunca preparados para lidar com a finitude, promovendo uma assistência incompleta, pautada somente no físico do paciente, não observando as outras dimensões como psicológicas e espirituais, que também fazem parte do cuidado.

Pude vivenciar, também, profissionais que se afastavam no momento do óbito por falta de preparo para lidar com uma parte do ciclo da vida tão importante quanto o nascimento. Durante minha prática, observo que a equipe de enfermagem pode fazer mais, como proporcionar uma escuta atenta no momento da dor, o suporte para os familiares, ser a diferença no processo do cuidar, pois a nossa assistência também existe após o óbito do paciente, e para que esse cuidado ocorra, há necessidade do entendimento sobre CP pela equipe de enfermagem.

Somando-se a isso, participei de três disciplinas oferecidas pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia: Espiritualidade e Saúde, que cursei como ouvinte; Saúde do idoso e Tanatologia e Cuidados Paliativos, como aluna especial da Pós Graduação, onde aconteceram encontros semanais que possibilitou boas leituras e reflexões sobre o tema, através de artigos científicos e apresentações. A participação no Núcleo de Estudo e Pesquisa do Idoso - NESPI também foi importante, pois aconteceram momentos de discussões sobre a temática, culminando em inquietações e, por fim, a escolha do tema para buscar aprofundamento sobre o assunto.

É notória a relevância da atuação da equipe de saúde, valorizando e acompanhando os últimos momentos de vida de uma pessoa com uma doença fora da possibilidade de cura, para

que o paciente se sinta acolhido e dentro do processo do cuidar. Nesse sentido, a equipe de enfermagem necessita ter um olhar mais humano e sensível ao histórico daquele que está sendo cuidado (BIONDO; TROVO; SILVA, 2019).

Para ampliar o conhecimento sobre a temática foram consultadas as bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS): MEDLINE; LILACS e BDEF. Os descritores selecionados em português e inglês foram: “Cuidados Paliativos (Palliative Care)” AND “Unidade de Terapia Intensiva (Intensive Care Unit)” AND “Equipe de Enfermagem (Nursing Team)”. Estabeleceram-se como critérios de inclusão: artigos publicados entre 2015 a 2020, disponíveis na íntegra e gratuitamente, nos idiomas português, inglês ou espanhol, e com enfoque em adultos, idosos e humanos.

Os critérios de exclusão foram: editoriais, monografias, dissertações, teses. Estudos repetidos nas bases de dados foram considerados apenas uma vez. Utilizando os três descritores selecionei inicialmente oito artigos. Destes, após leitura, um artigo foi excluído por duplicidade e três por não terem aderência a temática, resultando quatro artigos que atenderam ao objeto de estudo. Para aumentar a busca das publicações, houve o cruzamento entre Cuidados Paliativos AND Equipe de enfermagem, sendo encontrados 129 artigos. Após a utilização dos filtros ficaram 28 artigos, sendo três duplicados, restando 25 artigos para análise. Após leitura, evidenciou-se que 21 não correspondiam ao objeto de estudo, sendo selecionado quatro para análise.

Ao realizar o cruzamento Cuidados paliativos AND Unidade de Terapia intensiva, foram evidenciados 901 artigos. Após uso de filtros ficaram 323 para análise. Depois da leitura, quatro artigos correspondiam à temática, porém um já constava em seleções anteriores. Destes três artigos, um engloba a equipe multidisciplinar e ressalta a equipe de enfermagem em uma das suas categorias, sendo acrescentando ao estudo. Após os levantamentos realizados nas bases de dados totalizou oito artigos relacionados ao objeto de estudo, que foram selecionados.

Os estudos analisados durante a pesquisa salientaram a percepção da equipe de enfermagem sobre o cuidado ao paciente em palição, elucidando o quanto esse tema ainda é pouco integrado nas ações de enfermagem, devido a falta de conhecimento sobre o tema; a necessidade de conscientização para a promoção de uma boa morte ao paciente com a promoção do conforto durante o cuidado. Dois estudos evidenciaram o reconhecimento da equipe que atua na UTI sobre a importância dos CP na unidade, porém apontam a necessidade de serem capacitados para trabalhar com esses pacientes. Evidenciam também as dificuldades para exercer o CP dentro da UTI, devido a falta de compreensão familiar sobre palição,

fragilidade na comunicação entre equipes ou ruídos na comunicação, o que retarda a execução dos CP.

Durante a pesquisa nas bases de dados observei crescente aumento de publicações internacionais e nacionais de artigos sobre a temática dos CP na UTI, mostrando sua relevância para o estudo, porém, publicações ainda muito tímidas relacionadas a atuação da equipe de enfermagem, o que justifica a realização desse estudo. Profissionais de enfermagem que atuam em UTI precisam conhecer os CP e prestar assistência em todas as suas dimensões, proporcionando um bem estar ao paciente no momento mais delicado da sua existência.

Segundo Sousa, Silva e Paiva (2019), novas pesquisas são necessárias, com a finalidade de buscar as melhores evidências em todas as áreas no desenvolvimento dos CP com um olhar atento a todas as necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais, para que a enfermagem possa sistematizar os CP com a prática baseada em evidências e, com isso, melhorar a assistência prestada e trazer mais visibilidade a profissão.

Desse modo, a realização dessa pesquisa leva em consideração a equipe de enfermagem, sua prática assistencial e seu conhecimento sobre o tema e a necessidade de compreensão sobre ações da equipe de enfermagem que sustentam a TFVP, sendo definido como **objeto** de estudo: Cuidados prestados pela equipe enfermagem ao paciente em palição na Unidade de Terapia Intensiva. Como pergunta norteadora: Como a equipe enfermagem presta cuidados ao paciente em palição na Unidade de Terapia Intensiva? **O objetivo geral:** Aprender os cuidados prestados pela equipe de enfermagem ao paciente em palição na Unidade de Terapia Intensiva. **Objetivos específicos:** 1. Identificar o conhecimento da equipe de enfermagem acerca dos CP; 2. Descrever as ações que a equipe de enfermagem executa e considera como pertencentes aos CP na UTI; 3. Descrever as ações da equipe de enfermagem para que os pacientes em CP tenham maior proximidade com seus familiares, amigos e/ou pessoas que o cuidam; 4. Conhecer as facilidades e dificuldades da equipe de enfermagem no cuidar dos pacientes em palição na UTI.

Estudos apontam a deficiência na formação acadêmica dos profissionais, quanto a abordagem suficiente relacionada à temática dos CP, sendo necessária a inserção deste conhecimento através de treinamentos e capacitação, para fornecer uma assistência eficiente. Nessa perspectiva, a instituição, por ser formadora de conhecimento pode, através desse estudo, respaldar a formulação de estratégias mediante as necessidades dos profissionais, contribuindo para o fortalecimento dos CP (SILVA, *et al.*, 2019).

O estudo contribuirá para ampliar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre o tema, proporcionando aos mesmos subsídios científicos, de maneira a colocar em

prática o cuidado ao paciente em palição na UTI com mais cientificidade, promovendo ao paciente mais conforto e QV, além de reflexões e mudanças sobre as práticas assistenciais na UTI.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A MORTE E O MORRER NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

A morte e o morrer são temas que impactam a quase totalidade das pessoas, incluindo profissionais de saúde. A grande maioria dos indivíduos se questiona sobre a perspectiva de um fim inevitável. Quando essa possibilidade advém de doença ou acidente, em que o indivíduo permanece horas, dias ou até meses à mercê de medicações e atendimento contínuo, a proximidade ou possibilidade da morte reverbera de forma ainda mais complexa, mesmo entre os profissionais de saúde, aqueles experientes ou que se preparam para lidar em esses eventos. Dentro do setor hospitalar, a UTI corresponde ao local em que mais se torna perceptível o processo de morrer e suas implicações na relação entre profissional de saúde, paciente e familiar (VICENSI, 2016).

A morte é um dos fenômenos existenciais mais complexos, universais e sofríveis para o ser humano, não havendo nenhum outro evento capaz de suscitar mais pensamentos e reações dirigidos pela emoção do que ela, seja no indivíduo que está morrendo, seja naqueles à sua volta (LIMA *et al.*, 2016). A palavra morrer, de acordo com o dicionário Aurélio, significa perder a vida, exalar o último suspiro, falecer. Já o termo morte, é caracterizado como um substantivo feminino que está atrelado ao ato de morrer, destruição, dor e pesar profundo (FERRIRA, 2010).

Segundo Vicensi (2016), a morte é tema paradoxal, que pode ser vista de diversas formas, por diferentes culturas. Se por um lado, seduz e serve de inspiração a artistas, transparecendo em todas as linguagens artísticas, por outro, pode provocar medo, fuga e terror. De acordo com a percepção individual, pode significar ausência ou permanência, finitude ou eternidade.

A forma de encarar a morte modificou-se completamente com o passar dos anos. Durante muito tempo, esse processo durava dias, hoje dura anos; era um acontecimento vivenciado em família, com parentes, amigos, e até mesmo, por estranhos que auxiliavam nos ritos derradeiros. A morte era considerada familiar, fenômeno inevitável da vida, e assim, deveria ser tratada, vivenciada conforme cada cultura; era a celebração de uma passagem. O medo, portanto, era da aproximação com os mortos, e não da morte (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2007).

Aries (2012), em seu livro *História da Morte Ocidental*, demonstra que a morte antes do século XVII era designada de morte domada, e após a Idade Média, como morte interdita,

que se iniciou com o desenvolvimento industrial e a urbanização das cidades. Antes do século XVII, a morte era vista como algo natural, simples, esperada no leito, em uma cerimônia pública e organizada, sem dramatismo ou gestos excessivos de emoção; estavam presentes seus familiares, parentes, amigos e vizinhos, além das crianças. A aproximação e familiaridade com a morte era uma maneira de consentimento da ordem da natureza. A morte era o fechamento de mais um ciclo que acontecia de maneira respeitosa e natural.

Entretanto, na segunda metade do século XX, deixa de ser um evento familiar e passa a ser um acontecimento solitário. Um fator material importante que impulsionou esta transformação foi à transferência do local da morte. Já não se morre em seu domicílio, junto com pessoas importantes para a história do indivíduo, mas sozinho, em um leito de hospital. O ato de velar o corpo também deixa de ser realizado na casa da família, pois cada vez menos é tolerada a presença do morto no ambiente doméstico, tanto em função de questões de higiene, quanto por falta de preparo psicológico dos familiares para vivenciar esta situação. A morte, então, passa a ganhar o cenário hospitalar, ocorrendo com frequência nas UTIs (CAPUTO, 2008).

A resolução-RDC da Anvisa nº 7, de 2010, evidencia que a UTI deve ser uma “área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, além de materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia” (ANVISA, 2010). Tem como objetivo reestabelecer a hemodinâmica do indivíduo, oferecer monitorização constante aos pacientes em estado grave e com doenças crônicas fora das possibilidades terapêuticas. (OUCHI *et al.*, 2018).

Mesmo com os avanços da medicina de cuidados críticos, ou medicina científica, a UTI ainda permanece como a unidade em que muitos pacientes morrem. Entre os pacientes com doenças crônicas que morrem no hospital, aproximadamente metade são cuidados em UTIs nos três dias antes de sua morte, e um terço passa pelo menos 10 dias na UTI durante o período final de sua hospitalização (PESSINI, 2016).

As doenças crônicas não transmissíveis, ou fora da possibilidade terapêutica são responsáveis por 72% das causas de morte no Brasil, e atingem pessoas de todas as faixas etárias e classe social (MALTA, 2019). Os dados evidenciam que a ocupação de doentes fora das possibilidades terapêuticas na UTI é verídica, pois são pacientes graves com uma doença incurável, e que algumas vezes precisa de uma unidade especializada para controle dos sintomas da doença, não sendo possível sua alta devido a complicações do quadro clínico, evoluído a óbito em uma unidade crítica (RODRIGUEZ, 2016).

Corroborando com o estudo acima, Vieira *et al* (2019), demonstra que, um estudo realizado no hospital Geral de Fortaleza no período de janeiro a novembro de 2016 mostrou que a maior mortalidade em pacientes internados em UTI ocorria na faixa etária entre 60 a 79 anos, e houve mudança no perfil de mortes, que aconteciam por doenças infecciosas e transmissíveis, e com o passar dos anos, o óbito passa a decorrer de doenças crônicas e degenerativas, fora das possibilidades terapêuticas.

Dados reforçam que a UTI é uma unidade onde a morte se faz presente, e para que esse processo ocorra da forma mais tranquila possível, os profissionais de saúde, principalmente de enfermagem, necessitam estar preparados e munidos de conhecimento para enfrentar esse desafio diário, e promover ao paciente morrer com dignidade (PESSINI, 2016).

A definição de “morrer com dignidade” refere-se à qualidade intrínseca do valor inerente ao ser humano, e também, qualidades externas de conforto físico, autonomia, significado, espiritualidade e relacionamento interpessoal. Preservar a dignidade, evitar danos e prevenir ou resolver conflitos são condições que devem fazer parte do cuidado aos pacientes no final da vida em todos os setores hospitalares (LIMA; NOGUEIRA; WERNECK- LEITE, 2019).

O estudo multicêntrico SUPPORT (Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment) colheu informações de familiares e pacientes idosos gravemente enfermos e concluiu que 55% dos mesmos estiveram conscientes nos últimos três dias que antecederam sua morte; 40% sofreram dores insuportáveis; 80% fadiga extrema, e 63% extrema dificuldade para tolerar o sofrimento físico e emocional. Mesmo nas UTIs, onde as intervenções são menos temidas, há o relato de muito sofrimento. Em decorrência dessa realidade, é importante os CP na UTI e preparo dos profissionais de enfermagem para cuidar destes pacientes (MORTIZ; ROSSINI; DEICAS, 2012).

Na UTI, para a promoção da assistência os profissionais necessitam de habilidades e conhecimentos tecnológicos específicos, precisam saber lidar com o conceito de finitude, com o medo dos pacientes, bem como dos familiares. O grande desafio é aliar os valores humanitários aos recursos tecnológicos que são usualmente utilizados para manutenção da vida (PASSOS *et al.*, 2015).

Durante muitos anos, quando o tratamento proposto para o paciente não surtia o efeito esperado, o mesmo era mantido até a morte, incluindo terapias adicionais para novos diagnósticos e manobras de ressuscitação, em caso de parada cardíaca. Atualmente, pode-se proceder com limitação de suporte de vida, respeitando a vontade de paciente e família, como apresentado no Código de Ética Médica de 2009, e no Código de Ética dos Profissionais de

Enfermagem de 2017 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017). Esse respeito ao paciente e familiar proporciona uma morte digna ao paciente.

Estudo quantitativo realizado com pacientes americanos afirma que a utilização da medicina intensiva e CP no final da vida continuam a aumentar, porém, falta treinamento e conhecimento dos profissionais atuantes para a realização desse cuidado. Em situações de fim de vida, principalmente aquelas em que o paciente é considerado fora de possibilidades de cura, o papel dos profissionais da UTI é de implementar cuidados menos agressivos, em busca da QV ou de morte, se empenhar para que a assistência seja menos tecnicista e promova conforto ao paciente (WESSMAN; SONA; SCHALLOM, 2015).

Os profissionais de enfermagem e demais categorias, devem aceitar que a morte é inelutável e inevitável, reconhecer os limites humanos e saber que, independente do que se faça ou deixe de fazer, nada poderá impedir a finitude. É um saber considerar que a morte faz parte do ciclo da vida, integrante da mesma e não como algo a ser combatido, mas algo a ser respeitado e vivenciado dia após dia (BARBOSA; MASSARONI, 2016).

A morte não deve ser considerada uma doença e não pode ser tratada como tal. A visão equivocada sobre a morte e sua associação com CP é considerada como algo de conotação negativa e ultrapassada, pois os CP fornecem cuidado, vida, até o momento da morte, sendo esse processo o ciclo natural do ser humano, porém compete ressaltar que decisões terapêuticas a respeito de se investir ou não em tratamentos curativos, são decisões complexas frente ao ambiente de UTI e que dependem de uma concepção, técnica e científica, atualizada do que é tratamento paliativo (PESSINI, 2016).

A literatura registra que 68% dos médicos relataram estar inadequadamente treinados para discutir o cuidado ao fim da vida com seus pacientes. Este número expressivo indica possíveis falhas na formação dos profissionais, ou, ainda, a existência de barreiras sociais e culturais na abordagem da finitude, tornando a morte um tema de difícil discussão para toda equipe que atua no cuidado ao paciente (LIMA; NOGUEIRA; WERNECK- LEITE, 2019).

Ao abordar o tema morte com os profissionais de enfermagem, observa-se o receio de enfrentar essa fase da vida, o que pode trazer malefícios individuais e, também, ao ambiente de trabalho como um todo. Durante a assistência, acredita-se que estes profissionais são capacitados para lidar com o processo de morte dos pacientes, porém, na prática diária, vê-se a dificuldade de enfrentamento, uma falha que se inicia na graduação, bem antes da prática profissional, visto que o tema morte e morrer é pouco abordado em sua formação na academia (BALDISSERA *et al.*, 2018).

Mesmo que o contexto atual seja um tempo de grandes progressos e avanços na área da saúde, percebe-se que a valorização da tecnologia não torna as pessoas fortes diante da vida ou da morte, ou seja, mesmo com a existência de uma tecnologia de ponta que a terapia intensiva possui, ainda assim, não é possível que o profissional de enfermagem consiga evitar a morte de um paciente. Por tal, entende-se que, quanto mais amplos forem os conhecimentos sobre a morte, além dos seus aspectos clínicos e legais, melhor será a assistência prestada pelo profissional de saúde aos pacientes em processo de morrer, com oferta de cuidados e dignidade (SALUM *et al.*, 2017).

2.2 A EQUIPE DE ENFERMAGEM E O CUIDADO PRESTADO AO PACIENTE EM PALIAÇÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

O desenvolvimento da medicina intensiva e dos avanços farmacológicos e biotecnológicos permitiu a recuperação e cura de muitos pacientes, porém esse processo também tem prolongado a vida das pessoas acometidas por doenças fora de possibilidade terapêutica, onde as mesmas ficam conectadas a aparelhos 24 horas por dia, tornando-as dependentes e sem QV. Muitas vezes, esse processo vem acompanhado de sofrimento, dor e solidão. Diante do exposto, observa-se a necessidade de se promover um fim de vida digno e confortável, surge o CP na UTI, e a equipe de enfermagem passa a fazer parte desse cenário, com a oferta de cuidados beira leito dia após dia (LUFCHITZ *et al.*, 2016).

A história dos CP se inicia na década de 1960, no Reino Unido, tendo como pioneira a médica, enfermeira e assistente social Cicely Saunders, com a criação do St. Christophers Hospice em 1967, na cidade de Londres. Em 1970, Elisabeth Kubler-Ross, médica psiquiatra, após contato com Cicely e sua forma de assistir os pacientes, trouxe os CP para América, fundando um *Hospice* nos Estados Unidos. A partir desse marco, os CP disseminam sua ideologia mundialmente, sendo inserida sua filosofia de cuidado dentro dos hospitais e em ambientes extra-hospitalares (GOMES; OTHERO, 2016).

Os CP evoluíram de forma rápida, com avanços farmacológicos e não farmacológicos, na busca do controle da dor e dos sintomas que angustiam o paciente no processo saúde e doença. O cuidado ao paciente em palição pela enfermagem já é considerado uma especialidade internacionalmente e nacionalmente, o que contribui para uma boa assistência ao indivíduo, ofertando, assim, QV para o doente e a família (SILVA; SILVA, 2019).

Os CP tem sido um abordado em diversos campos de atuação em saúde, especialmente na área de enfermagem, em que a assistência se destaca com o sentido prioritário de cuidar, e

não sucumbe à necessidade de cura, a partir da experiência do encontro, da presença, do chamado e da resposta (ZACCARA, 2020).

Durante toda a história da enfermagem, o cuidado foi considerado como a essência da profissão, e muito importante em todas as fases da doença de um indivíduo, porém, durante a fase terminal, essa assistência requer habilidades e competências específicas da equipe de saúde e, especialmente da enfermagem, que visa à promoção dos cuidados em todas as etapas evolutivas da doença até o processo de final de vida, ou seja, terminalidade e morte (GOI; OLIVEIRA, 2018).

O trabalho da equipe de enfermagem na UTI é complexo, e demanda inúmeras necessidades para o desenvolvimento desse cuidado. A dinâmica entre os profissionais, a condição crítica dos pacientes e a utilização de inúmeras tecnologias necessitam de conhecimentos técnicos e científicos, potencializando a assistência prestada e maximizando processos efetivos de trabalho, principalmente ao que diz respeito ao paciente em palição, onde o saber se completa ao cuidar humano e individual, pautado em todas as dimensões do ser (MASSAROLI *et al.*, 2015).

A UTI é formada por um conjunto de elementos funcionalmente agrupados, que se destina ao atendimento de pacientes graves ou de riscos que necessitam de assistência médica e de enfermagem continuamente, além de equipamentos e recursos humanos especializados. Na UTI, as questões éticas que rondam os profissionais da saúde são inúmeras: decisões de investir ou não no tratamento do paciente; a reversibilidade ou não do estado de saúde; participação dos familiares no processo de decisão do paciente; decisões judiciais para admissão do paciente na UTI, entre outras. São posicionamentos importantes, que exigem dos profissionais de enfermagem uma segurança e conhecimento para a execução dos cuidados (FREITAS; CARNEIRO, 2018).

Além das questões éticas, os profissionais de enfermagem precisam estar munidos de informações para identificar sintomas que estejam provocando desconforto ao paciente dentro da UTI, como dor, dispneia, angústias físicas e espirituais. Independente do motivo que ocasionou a estadia do paciente na UTI, seu internamento precisa ser pautado no cuidado e atenção a esse doente (PIRES, 2020).

De modo geral, existem cinco situações mais recorrentes que ocasionam a internação desse paciente na UTI, são elas: Piora clínica não ligada à doença de base, que necessita de cuidados intensivos; Paciente em CP parciais, com terapêuticas associadas e necessidade de intervenções específicas; Utilização de recursos para conforto, não disponíveis nas enfermarias; Paciente terminal cuja situação real não foi abordada com familiares; Paciente

com CP exclusivos implementados, cujos familiares não apresentam condições emocionais de acompanhar os momentos finais da doença (LELES, 2018). A UTI, mesmo com as tecnologias duras existente para salvar e recuperar vidas, também se faz importante nesse cenário do cuidado, pois através de uma equipe coesa oferta ao paciente em palição o alívio dos seus sintomas.

Estudos realizados por Goi e Oliveira (2018) apontam que os profissionais de enfermagem são componentes primordiais ao sucesso dos CP, uma vez que são os maiores responsáveis pelo monitoramento da situação clínica do paciente, ou seja, são eles que avaliam constantemente a dor, os resultados obtidos com o tratamento terapêutico e a presença de efeitos colaterais, coletando informações pertinentes, a reorganização do processo analgésico e demais ações não farmacológicas, quando constatada a necessidade, além de ser a categoria que mais se dedica ao paciente beira leito vinte e quatro horas por dia, ofertando seus cuidados.

A equipe de enfermagem, juntamente com a equipe multidisciplinar, tem a função de prover o bem-estar dos pacientes em palição. A prática cotidiana oferta conforto, atenção básica e fisiopatológica ao paciente, além de proporcionar aos familiares e cuidadores todo o apoio necessário durante o processo hospitalização, fortalecendo com isso os vínculos e melhorando a QV de ambos (BRANDÃO *et al.*, 2017).

Um dos cuidados da equipe de enfermagem ao paciente em palição é proporcioná-lo estar em paz, utilizando recursos como a música, oração, meditação, presença do líder religioso (MENEZES, 2019), ainda não comum na prática, mas, com resultados positivos não só para os pacientes, como também para os seus familiares.

Para que esse cuidado ocorra de forma completa e concisa, os profissionais de enfermagem dentro da UTI necessitam estar preparados para lidarem com os desafios durante esse processo de cuidar, que podem provocar desconforto em toda a equipe, como as falhas de comunicação, as visões diferentes e não compartilhadas sobre a elaboração do cuidado para aquele determinado paciente, o que pode provocar erros durante a prestação da assistência, e uma falta de participação da enfermagem no processo de tomada de decisão, o que afeta a prestação de cuidado completo (GULINI *et al.*, 2017).

A deficiência na comunicação da equipe multiprofissional dentro da UTI, seja por falha na expressão da mensagem por parte das demais categorias, ou a demora em um prognóstico do paciente, pode levar a dificuldade no planejamento dos CP e, conseqüentemente, o atraso do início de sua execução. Essa situação é apontada como um dos desafios da enfermagem, pois sem a uniformidade dos cuidados, a equipe não consegue

oferecer o atendimento adequado ao paciente, o que pode gerar sentimentos de incapacidade, angústia, principalmente pelo fato de ser uma categoria mais próxima ao doente, e vivenciar as dores e anseios diariamente (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Administrar os sentimentos despertados pela exposição ao sofrimento dos pacientes é uma dificuldade apontada no âmbito pessoal e profissional dessa categoria, que também são elementos capazes de interferir na assistência ofertada. Essas emoções têm o poder de despertar sensações de fracasso e frustração, que acabam desestimulando o profissional (MORAIS *et al.*, 2018). Durante o processo assistencial, lidar com perdas como a morte do paciente, se configura como um dos maiores desafios encontrados pela equipe de enfermagem, pois os mesmos foram preparados para salvar vidas, e não para perdê-la, ou ser vencido pelo ciclo natural do processo da existência humana, a morte, principalmente dentro de uma UTI, onde todo aparato tecnológico foi pensado para manter a hemodinâmica do paciente, dando suporte para a sobrevivência (MARKUS *et al.*, 2017).

Estudos evidenciam que os profissionais que trabalham em UTIs apresentam dificuldade em lidar com o paciente em palição, devido à falta de conhecimento, formação adequada e envolvimento com a equipe multiprofissional. Ainda que estas unidades lidem constantemente com o processo de morte, observa-se que os profissionais não estão adequadamente treinados ou qualificados para o atendimento ao paciente em palição, devido a sua formação estar voltada para o modelo biomédico, voltado para o corpo e patologia do paciente, muitas vezes esquecendo-se de aspectos que também compõem e interferem no processo da doença (GULINI *et al.*, 2017).

Observa-se uma carência educacional acerca do tema, na qual a ausência de disciplinas que envolvam o CP nas instituições de ensino para enfermeiros e técnicos de enfermagem acarreta a falta de preparo para lidar com as demandas enfrentadas pela equipe de enfermagem (MARKUS *et al.*, 2017). Sendo assim, mesmo diante dos avanços ocorridos na área dos CP, muito ainda precisa ser feito, para que se supere o ensino fragmentado, reducionista e biomédico, que acaba limitando o conhecimento acerca de algumas áreas (CRUZ *et al.*, 2016).

Para alcançar, é necessária uma educação completa e constante, que instrumentalize os profissionais a pensarem cientificamente, serem humanos em seus atos e que saibam lidar com o processo natural da vida, reconhecendo que no processo de palição, a QV é respeitar o ser humano em todas as suas dimensões biopsicossocial e espiritual, promovendo o cuidado integral.

3 TEORIA FINAL DE VIDA PACÍFICO

As Teorias de Enfermagem consistem em um conjunto de conceitos que projetam a visão sistêmica do fenômeno, servem para descrever, explicar, diagnosticar e/ou prescrever medidas para a prática assistencial, oferecendo respaldo científico para suas ações, pautadas no bem estar do paciente (BOUSSO; POLES; CRUZ, 2014).

O surgimento sobre as Teorias de Enfermagem se deu por volta de 1952 nos EUA, com a publicação do livro *Interpersonal Relations in Nursing*, da Dr^a Hildegard Elizabeth Peplarell, obra que revolucionou de muitas formas o ensino e a prática da enfermagem psiquiátrica nos Estados Unidos. A partir desse fato surgiram novas teorias, e as enfermeiras norte-americanas passaram a desenvolver e publicar, sob diferentes pontos de vistas filosóficos, Teorias de Enfermagem. A divulgação e a utilização dessas ciências romperam fronteiras, estimularam e influenciaram a formulação de teorias de enfermagem em outros países, como por exemplo, o Brasil (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

Na década de 1970 começaram a surgir grandes reflexões sobre o assunto, mas foi a partir dos anos de 1980 e 1990 que aumentam pesquisas e surgiram outras perspectivas teóricas sobre o cuidado humano em enfermagem. O processo de enfermagem, subsidiado pelas teorias de enfermagem, proporciona a adaptação de intervenções às necessidades individuais dos pacientes, o que proporciona uma assistência mais efetiva, com condições de participação do paciente no planejamento do cuidado (SAMPAIO *et al.*, 2008)

As teorias de enfermagem surgiram para fundamentar a assistência, pois inclui a teoria e prática no seu processo de assistência, sendo assim, o uso da teoria de médio alcance se faz importante para o desenvolvimento de novos conhecimentos, pois podem explicar e prever vínculos entre intervenções de enfermagem e os resultados do paciente (FAWCETT, 1995). Se baseiam em teorias maiores, ou parte de uma teoria e seguem relações para que na prática a junção do conhecimento científico e empírico se torne um modelo de assistência, sendo visto com frequência no modelo de cuidado da enfermagem em todas as situações (LEANDRO *et al.*, 2020).

Para conduzir a prática da equipe de enfermagem frente aos CP, e ofertar ao paciente QV até o momento da sua morte, encontra-se a TFVP, publicada em 1998, pelas enfermeiras Cornelia Ruland e Shirley Moore, que tem como objetivo promover QV aos pacientes em fase terminal, propondo alívio da dor, desconforto e angústia; manutenção de esperança e significado; estabelecimento de confiança entre o paciente/família/enfermeiro; respeito pela integridade do paciente e a família, enfatizando seu direito a tomada de decisão; orientação

prática das questões que possam surgir com base na situação em que engloba a morte do paciente envolvido (RULAND; MOORE, 1998).

Nesse contexto, a TFVP se torna importante, pois reúne requisitos como: ser mensurável, ter a capacidade de produzir hipóteses testáveis e ser um guia para prática (RULAND; MOORE, 1998).

A TVFP surgiu de uma extensa revisão de literatura e experiência de enfermeiras em um hospital universitário na cidade da Noruega, quando um grupo desta categoria especializados em cirurgia, de uma unidade de Gastroenterologia, perceberam que metade dos pacientes admitidos na unidade tinha o diagnóstico de câncer, e não havia diretrizes clínicas para realizar o atendimento a esse perfil de pacientes em estado terminal, o que dificultava o cuidado da equipe de enfermagem (RULAND; MOORE, 1998).

Sendo assim, enfermeiras que atuavam nesse local tiveram a iniciativa de desenvolver um padrão de cuidados para o fim de vida pacífico dos pacientes. Participaram do estudo enfermeiras com cinco anos ou mais de experiência no cuidado aos pacientes terminais, além de especialização na área. A construção de um padrão de cuidados a esses pacientes fora da possibilidade terapêutica se baseava em contribuir para a melhoria da QV e bem estar, permitindo ficar com seus parentes e familiares. O padrão formulado não estava relacionado somente ao processo de morrer, mas ofertar QV aos seus dias (RULAND; MOORE, 1998).

O processo de desenvolvimento do padrão desses cuidados incluiu esclarecimentos e definições dos componentes relevantes envolvidos, e uma revisão completa da literatura sobre gestão da dor, conforto, nutrição, relaxamento e outros aspectos importantes para o atendimento de pacientes terminais (RULAND; MOORE, 1998).

O padrão final consistiu de um documento de 16 páginas, com 16 resultados para os critérios estruturais e mais de 100 critérios de processo de intervenções de enfermagem delineadas e fatores estruturais para facilitar os resultados. Os 16 critérios de resultado do padrão do fim da vida pacífica são: o alívio da dor, desconforto e angústia; manutenção da esperança e significado da vida para o paciente; estabelecimento de elo entre familiares, enfermeira e pacientes; respeito pela integridade do paciente e sua família; direito da tomada de decisão, além da orientação e abordagem de social a família, que porventura vier a perder seu ente querido. Esses critérios formulados abrangem o paciente em todas as suas dimensões, além do acolhimento e apoio familiar no processo da perda desse ente querido, completando o ciclo da assistência em todas as suas fases (RULAND; MOORE, 1998).

Foram derivados cinco resultados dos 16 critérios de cuidados padrões, que constituíram os elementos para a proposta da TFVP: 1- Não sentir dor, pois foi definida como

desagradável, sensorial e emocional, associada com o potencial real e potencial dano tecidual ou descrito em termos de tal dano; 2. A experiência de conforto como alívio do desconforto, o estado de facilidade e contentamento pacífico, e o que torna a vida fácil ou prazerosa; 3. A experiência de dignidade, como respeito e valorização do ser humano (RULAND; MOORE, 1998).

A noção de valor é um atributo importante do conceito. Para um paciente terminal, envolve ser reconhecido e respeitado como igual, e não sendo exposto a nada que viole a integridade do paciente e seus valores; 4. Estar em paz envolve o sentimento de calma, harmonia e contentamento. Isso significa não estar preocupado, estar com ausência de sentimentos como, ansiedade, inquietação, e medo na busca pelo equilíbrio interior; 5. Proximidade de entes queridos, como a sensação de conexão com outros seres humanos que se importam (RULAND; MOORE, 1998). Os resultados obtidos se correlacionam com a filosofia dos CP, que busca em sua essência a promoção da QV do paciente fora da possibilidade terapêutica, envolvendo todas as dimensões do cuidado.

A TFVP baseia-se na Teoria do Conforto de Kocalba. O conforto define-se como uma é a experiência holística, imediata de ser atendida em todas as dimensões do ser humano, físico, mental, espiritual, social. Na Teoria do Conforto, as ações são realizadas para aumentar o nível de conforto do paciente, e na TFVP, as ações realizadas objetivam ao paciente /família alcançar uma morte pacífica (ZACCARA *et al.*, 2017).

Para que uma teoria seja considerada útil, ela necessita ser aplicada, dando assim, sustentabilidade a mesma, definindo assim o conceito de testabilidade (ZACCARA *et al.*, 2017). Através das pesquisas realizadas sobre o tema, observa-se pouco estudo sobre a teoria, e a mesma na prática clínica tem a possibilidade de nortear o trabalho da equipe de enfermagem, com criação de diagnósticos de enfermagem, para que o conforto seja proporcionado ao paciente em fim de vida, ofertando um cuidado digno e respeitoso, baseado na ciência. Dessa forma, a aplicabilidade dessa teoria na prática assistencial pela equipe de enfermagem visa contribuir para o aumento do conhecimento sobre intervenções de enfermagem, para que o paciente alcance um fim de vida tranquilo (ZACCARA *et al.*, 2020).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa, desenvolvida com a equipe de enfermagem que atua em UTI. Esse estudo faz parte do projeto matriz intitulado: “Atuação da equipe multiprofissional em cuidados paliativos na UTI: Teoria Final de Vida Pacífico”. A pesquisa exploratória tem como finalidade aproximar o pesquisado ao problema, com vistas a torná-lo mais claro para construção de hipóteses. Seu planejamento tende a ser flexível, pois interessa considerar os aspectos mais variados durante o seu estudo. Na coleta de dados, há levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que podem contribuir com o assunto e análise de exemplos que estimulem a compreensão (GIL, 2019).

Para Minayo (2007), a fase exploratória da pesquisa é o tempo que se dedica a estudarmos sobre o objeto, as teorias que são mais pertinentes para serem aplicadas, o método mais apropriado para aquele estudo e as questões operacionais mais adequadas para que a pesquisa elaborada possa ser levada a campo. Nesse contexto, seu foco principal é a construção do projeto de investigação pautado na ciência. Essa fase é relevante, pois a pesquisa é capaz de superar o empirismo nas abordagens relacionadas às questões sociais.

A pesquisa qualitativa permite compreender o significado das relações humanas, permeadas pelas emoções e sentimentos vivenciados no dia a dia, por meio da percepção, intuição e subjetividade. Na pesquisa qualitativa, o pesquisador não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização. Nesse tipo de estudo, o cientista é, ao mesmo tempo, o sujeito e o objeto de suas pesquisas. O conhecimento do pesquisador é parcial e limitado. O objetivo da amostra é de produzir informações aprofundadas e ilustrativas. Seja ela pequena ou grande, o que importa é que ela seja capaz de produzir novas informações (CAMARA, 2012).

4.2 LOCUS DA PESQUISA

A pesquisa ocorreu em uma UTI Imunológica adulta de um hospital privado, localizada no município de Salvador, Bahia, que oferece serviços especializados de média e alta complexidade, em várias especialidades: oncologia, neurologia, nefrologia, transplante de medula óssea, pesquisa com células-tronco, entre outras, após envio de solicitação para liberação do campo (APÊNDICE A).

O Hospital possui atualmente 356 leitos totais, com 68 leitos de terapia intensiva e semi-intensiva e 12 salas de cirurgia. Inaugurado em meados dos anos 90 na capital baiana e considerado uma das mais importantes instituições de saúde do Norte-Nordeste no Brasil (REDE D'OR, 2021)

A UTI é composta por 17 leitos privativos, direcionados, principalmente, para assistência a pacientes imunossuprimidos, mas também sépticos e crônicos. Por serem leitos privativos, é disponibilizada para alguns pacientes a presença de um familiar 24 horas. De acordo com critérios de avaliação da equipe multiprofissional, cada leito possui uma cadeira reclinável para melhor conforto do familiar, não há banheiro nos quartos.

Neste setor, o dimensionamento da equipe enfermagem corresponde a quatro enfermeiras e oito técnicos por plantão, além de uma enfermeira diarista, com a finalidade de prestarem assistência ininterrupta aos pacientes e apoio aos familiares

A escolha do local se deu pela grande concentração da população alvo para o estudo, viabilidade da investigação e possibilidade de acesso. Esse Hospital contribui, também, para promoção de pesquisas e formação de diversas especialidades médicas.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo 14 enfermeiras e 21 técnicos de enfermagem. A escolha dessa categoria profissional se deu por ser a mais próxima ao paciente durante a abordagem dos CP. Os critérios de inclusão para o estudo foram os profissionais de enfermagem que: 1. Possuíam experiência no cuidado ao paciente em palição na UTI; 2. Possuíam tempo de experiência em CP na UTI maior que um ano; 3. Pertencentes ao quadro permanente da unidade. Os critérios para exclusão foram os profissionais que estavam afastados por licença médica, caracterizados pela previdência social, ou maternidade e férias.

As entrevistas foram realizadas após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), até atingirem a saturação dos dados. A saturação da coleta de dados ocorre quando nenhum novo elemento é encontrado e o acréscimo de novas informações deixa de ser necessário, pois a compreensão do objeto estudado não será alterada, e a aplicação da entrevista semiestruturada de forma sequencial e em aberto é a forma mais comum para se aplicar o critério de saturação (NASCIMENTO *et al.*, 2018).

4.4 INSTRUMENTO E COLETA DE DEPOIMENTOS

A coleta de dados ocorreu entre janeiro e maio de 2019, mediante a entrevista, que usou como instrumento um roteiro semiestruturado com questões, composto de duas partes (APÊNDICE C). A primeira, com dados de caracterização dos participantes, e a segunda, com questões abertas, visando alcançar o objetivo proposto. Os depoimentos dos participantes foram coletados no local de trabalho dos mesmos, em uma sala reservada. Para preservação do anonimato do participante durante as entrevistas, as falas foram registradas mediante a utilização de um gravador de áudio digital, e posteriormente, transcrita na íntegra. Foi apresentada ao entrevistado a gravação, para seu conhecimento e aprovação. Após os esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa, foi apresentado o TCLE, para autorização formal da sua participação.

A participação na pesquisa não ofereceu riscos à integridade física dos participantes, contudo, poderia provocar um desconforto, pela disponibilidade prévia que o participante deveria ter para a realização da entrevista e o possível constrangimento manifesto, devido ao uso do gravador de áudio, porém não foi relatado qualquer desconforto durante a entrevista.

Foi preservado o anonimato e a confidencialidade das informações recebidas. E na publicação dos resultados, foi utilizada a letra "E", relativo à enfermeira e "TE" relativo à Técnica de Enfermagem, enumerados na sequência da entrevista de cada categoria profissional, respeitando o anonimato.

4.5 ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS

Para análise das entrevistas, após transcrições na íntegra, foi utilizado os pressupostos teóricos metodológicos da Análise de Conteúdo de Laurence Bardin, definida como técnica de análise de comunicação das falas dos entrevistados, unificando às palavras expressas diretamente, mas, também, àquelas que estão subentendidas no discurso, fala ou resposta de um respondente, estabelecendo categorias para sua interpretação, mediante a análise do discurso da equipe de enfermagem (BARDIN, 2016).

A análise de conteúdo é vantajosa para este estudo, por se tratar de uma avaliação da fala desses profissionais, e a partir disso, seremos capazes de identificar significados que estão subjetivados em seu discurso, o que possibilita maior liberdade nas respostas dos entrevistados e, conseqüentemente, maior volume e, possivelmente, qualidade de informações para a pesquisa (CÂMARA, 2012).

Segundo Bardin (2016), para a realização da Análise de Conteúdo indica-se 3 etapas fundamentais, sendo elas:

1. Pré - análise: tem como finalidade sistematizar as ideias propostas a partir do referencial teórico e definir precursores para a interpretação dos dados coletados. A princípio envolverá uma leitura “flutuante” do material, a fim de conhecer a fundo todos os documentos e estabelecer hipóteses e objetivos que nortearão a interpretação e preparação final dos dados. A partir da transcrição das falas, para se definir o escopo da pesquisa, devem ser seguidas as regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade e persistência.
2. Exploração do material: são estabelecidas unidades de transformação por meio de recorte, agregação e enumeração, com base em regras precisas sobre as informações textuais, representativas das características do conteúdo. O ponto chave nessa etapa é a categorização, que favorece a agregação de informações através de uma esquematização e assim comparar as falas e ordena-las.
3. Tratamento dos resultados: em tal etapa ocorrerá a inferência e a interpretação os resultados, serão obtidas as informações explícitas e subentendidas na entrevista sendo um momento de análises críticas e reflexivas. A análise comparativa será realizada através da composição das diversas categorias existentes em cada análise, evidenciando os aspectos análogos e distintos de cada fala.

A pesquisa será fundamentada à luz da TFVP, com o objetivo de correlacionar as categorias e responder os objetivos traçados. A TFVP é considerada uma teoria de médio alcance, de caráter qualitativo, que visa promover o conforto ao paciente em todas as suas dimensões (ZACCARA *et al.*, 2017).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme indicação do Conselho Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP), aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do hospital lócus em setembro de 2018, conforme regulação, com o número do processo CEP 2.890.509 e CAAE 93808218.9.0000.0048 (ANEXO A).

Foram respeitados, em todas as fases, os aspectos éticos em pesquisa com seres humanos recomendados pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, e a Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde. Foram cumpridas às diretrizes e normas a autonomia do sujeito, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outras, visando a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado, pautado no

respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida; ponderando entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; e ressaltando a relevância social deste estudo, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, e solicitada a leitura e assinatura do TCLE.

Para o aceite do participante foi garantido o direito ao anonimato, exposição, e quebra do sigilo, podendo estes contactarem os pesquisadores por telefone para esclarecimento ou dúvidas que surgissem. Os participantes foram informados do não recebimento de recursos financeiros pela participação da pesquisa; a seguridade, confiabilidade, o anonimato e a privacidade dos dados coletados.

Os riscos são a probabilidade da ocorrência de um fato negativo (inconveniente ou desconfortável), podendo esse termo ser aplicado durante a participação de um indivíduo em uma determinada pesquisa (HOUAISS, 2009). Tais riscos baseiam-se em julgamentos subjetivos previamente analisados. Já a palavra benefício diz respeito a circunstâncias positivas relacionadas ao futuro bem-estar do entrevistado (AARONS, 2017).

Existem alguns riscos mínimos que podem acontecer ao longo da pesquisa, como: o desconforto ou constrangimento durante as gravações de áudio; estresse; insegurança ao responder aos questionamentos, por vergonha ou medo de responder o “certo”; exigir parte do tempo do sujeito ao responder ao questionário/entrevista e a quebra de sigilo (RATES; COSTA; PESSALACIA; 2014).

A fim de evitar essas adversidades, medidas foram tomadas, conforme já citadas, a exemplo de realização da entrevista em um local reservado, conforme a disponibilidade do participante, direito a não responder o questionário, desistindo a qualquer momento, não havendo prejuízo para o mesmo, sendo excluídas todas as suas informações, bem como o seu anonimato e confidencialidade preservados, respeitando, dessa maneira, os direitos do participante da pesquisa em todas as situações.

Quantos aos benefícios obtidos pela pesquisa, após a obtenção dos resultados, os mesmos serão compartilhados com os setores cabíveis da instituição hospitalar, a fim de possibilitar conhecimento sobre a pesquisa e fornecimento de informações que contribuam para melhoria da assistência em enfermagem, visando à promoção da QV do paciente em palição.

Outro possível ganho será no âmbito acadêmico, pois que através dos resultados e conclusões obtidos, poderão subsidiar o desenvolvimento de novas pesquisas sobre o tema, além da publicação de artigos em periódicos nacionais e internacionais, apresentações em congressos e reflexões sobre a importância da temática.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES

A seguir, serão apresentadas as características dos participantes do estudo. O Quadro 1, mostra as características das enfermeiras:

Quadro 1 – Caracterização das enfermeiras. Salvador, 2021.

COD	SEXO	IDADE	RELIGIÃO	TEMPO DE FORMAÇÃO (ANOS)	EXP. UTI (ANOS)	ESP.	ABORDAGEM SOBRE CP NA FORMAÇÃO	CUIDOU DE PACIENTES EM PALIAÇÃO
E01	F	53	CATÓLICA	29	28	UTI	NÃO	SIM
E02	M	36	NÃO POSSUI	13	2	UTI	SIM	SIM
E03	F	45	CATÓLICA	24	22	UTI	NÃO	SIM
E04	M	38	CATÓLICA	15	12	UTI	NÃO	SIM
E05	F	28	CATÓLICA	5	3	UTI	NÃO	SIM
E06	F	29	CATÓLICA	5	2	UTI	SIM	SIM
E07	F	37	ESPÍRITA	16	14	UTI	NÃO	SIM
E08	F	38	ESPÍRITA	14	13	UTI	NÃO	SIM
E09	F	38	CATÓLICA	8	8	UTI	SIM	SIM
E10	F	39	CATÓLICA	7	12	UTI	SIM	SIM
E11	F	41	ESPÍRITA	19	18	UTI	SIM	SIM
E12	F	28	CATÓLICA	5	4	ONCO	SIM	SIM
E13	F	28	CATÓLICA	3	2	UTI	NÃO	SIM
E14	F	30	CRISTÃ	8	8	UTI	NÃO	SIM

Fonte: Elaboração da autora.

*COD: Codinome; EXP: Experiência; ESP: Especialização.

O Quadro 2, apresentado a seguir, traz a caracterização das Técnicas de enfermagem:

Quadro 2 – Caracterização das Técnicas de enfermagem. Salvador, 2021.

COD	SEXO	IDADE	RELIGIÃO	TEMPO DE FORMAÇÃO (ANOS)	EXP. UTI (ANOS)	ESP.	ABORDAGEM SOBRE CP NA FORMAÇÃO	CUIDOU DE PACIENTES EM PALIAÇÃO
TE01	F	39	CRISTÃ	20	18	NÃO	NÃO	SIM
TE02	F	37	CATÓLICA	18	12	NÃO	NÃO	SIM
TE03	F	41	CATÓLICA	16	8	NÃO	NÃO	SIM
TE04	M	32	CATÓLICA	11	4	NÃO	NÃO	SIM
TE05	M	45	CATÓLICA	22	14	NÃO	NÃO	SIM
TE06	F	50	CATÓLICA	26	19	NÃO	NÃO	SIM
TE07	F	27	CATÓLICA	6	2	NÃO	NÃO	SIM
TE08	M	41	CATÓLICA	16	9	NÃO	NÃO	SIM
TE09	F	38	CRISTÃ	8	4	NÃO	NÃO	SIM
TE10	F	33	CATÓLICA	18	9	NÃO	NÃO	SIM
TE11	F	43	CRISTÃ	19	10	NÃO	NÃO	SIM
TE12	M	47	CRISTÃ	22	14	NÃO	NÃO	SIM
TE13	F	36	T. DE JEOVÁ	10	9	NÃO	NÃO	SIM
TE14	F	37	NÃO POSSUI	7	6	NÃO	NÃO	SIM
TE15	F	36	CATÓLICA	14	13	NÃO	NÃO	SIM
TE16	F	38	CRISTÃ	16	11	NÃO	NÃO	SIM
TE17	F	23	CRISTÃ	21	4	NÃO	NÃO	SIM
TE18	F	43	NÃO POSSUI	18	17	NÃO	NÃO	SIM
TE19	M	41	CATÓLICA	19	8	NÃO	NÃO	SIM
TE20	F	37	CRISTÃ	16	10	NÃO	NÃO	SIM
TE21	M	48	CATÓLICA	22	12	NÃO	NÃO	SIM

Fonte: Elaboração da autora.

*COD: Codinome; EXP: Experiência; ESP: Especialização.

Participaram do estudo 14 enfermeiras e 21 técnicas de enfermagem. Do total de participantes, 27 eram do sexo feminino e 08 eram do sexo masculino. A faixa etária variou de 23 a 53 anos. Esses dados vão ao encontro de resultados obtidos em estudo desenvolvido em hospital filantrópico de Minas Gerais, no qual prevaleceu o sexo feminino, com idade de 26 a 46 anos, que trabalhavam na assistência no período diurno (BARBOSA *et al.*, 2020).

Também se observou que 13 enfermeiras possuíam especialização em cuidados intensivos, 1 possuía residência em oncologia. Vale ressaltar que todos os entrevistados já haviam trabalhado com pacientes críticos e em palição. Nenhum técnico de enfermagem possuía curso de atualização ou extensão.

Quanto a religião, 20 informaram ser católicos, oito cristãos, três espíritas, um testemunha de Jeová, três informaram não ter nenhuma religião. Observa-se a ainda a predominância da religião católica, mesmo com estudos apontando a queda dos fiéis, como

evidencia o estudo realizado. Segundo os dados do IBGE o Brasil ainda é a maior nação católica do mundo, porém, na última década a igreja teve uma redução no número de fiéis de 12,2%, o que pode ser explicado pelo número de outras igrejas protestantes (IBGE, 2010). Porém, vale ressaltar que 32 participantes possuíam um vínculo religioso, o que influencia de forma positiva nos cuidados aos pacientes em palição, pois há um desenvolvimento de um olhar mais atento para as demandas espirituais dos mesmos e familiares.

Pesquisa realizada nas bases de dados LILACS e a BDEnf entre 2010 a 2015 sobre religião, espiritualidade e enfermagem, validam esse resultado, ao evidenciar que, para os profissionais de enfermagem, a religião e espiritualidade é vivenciada na fé, altruísmo, solidariedade, empatia, amor e cuidado, aceitando a finitude da vida como uma experiência que propicia o sensibilizar-se com o outro e encontrar um significado para a sua própria existência (ABDALA et al., 2017).

O tempo de atuação na terapia intensiva variou de 02 a 28 anos. Esses achados demonstram uma boa experiência adquirida por parte da equipe de enfermagem no cuidado ao paciente crítico, apesar de evidente que técnicas de enfermagem e enfermeiras estão no início do exercício profissional já em contato com pacientes em palição na UTI, o que demonstra a necessidade de um olhar mais atento para a capacitação dos profissionais novos e experientes.

A participação da equipe de enfermagem na assistência aos pacientes em palição requer uma sistematização eficaz do cuidado, bem como o planejamento e a implantação de ações que visem promover a autonomia do paciente junto à família sobre sua própria doença (MEIRELES *et al.*, 2020). Além disso, a sensibilidade dos profissionais em analisar as necessidades e avaliar como o paciente e família estão vivendo perante a situação, são fatores primordiais na construção de um cuidado com qualidade (SANTOS *et al.*, 2020).

5.2 CATEGORIAS APREENDIDAS

Após a realização da análise entrevistas dos participantes, emergiram seis categorias frente ao cuidado da equipe de enfermagem ao paciente em palição na UTI. O Quadro 3, apresentado abaixo mostra as categorias apreendidas e os participantes presentes em cada categoria:

Quadro 3 - Categorias apreendidas e participantes. Salvador, 2021.

CATEGORIAS		PARTICIPANTES
1	Conhecimento da equipe de enfermagem sobre cuidados paliativos	E01, E11, E06, T07, T10, T19
2	Ações executadas pela equipe de enfermagem para promoção do conforto ao paciente em palição	E04, E07, E12, TE03, TE17, TE19
3	Ações promovidas pela equipe de enfermagem para facilitar a proximidade da família	E09, E14, TC03, TE15, TE20
4	Dificuldades e facilidades no cuidado de enfermagem ao paciente em palição na UTI	E04, E05, E09, E13, TE01, TE03, TE10, TE15
5	Cuidado espiritual aos pacientes em palição	E01, E06, E11, TE01, TE03, TE09, TE11
6	Despreparo da equipe de enfermagem para oferta dos cuidados emocionais	E05, E07, E08, E12, TE08, TE10, TE 20

Fonte: Elaboração da autora

CATEGORIA 1. CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS

O conhecimento da equipe de enfermagem sobre CP pode ser considerado ainda insipiente. A grande maioria afirma que a temática corresponde a promoção do conforto, enfatizando esse cuidado quando não há mais nada a ser feito pelo paciente, sempre associando os CP ao final de vida, fragilidade observada também pela a falta de conhecimento teórico e aproximação com o tema, lacuna apontada pelos profissionais quando se referem à sua formação, seja no curso técnico ou graduação, conforme relatos abaixo:

É... Que já foi tentado todas as formas de tratamento, e a equipe chega a uma conclusão que não tem mais tratamento para aquela enfermidade **(E1)**.

É difícil definir os CP, porque eu acho que se mistura muito com o conforto. O que eu sempre ouvir falar, pacientes que entram em cuidados paliativos e medidas de conforto. E o conforto, para mim, já é o cuidado inerente a prática de enfermagem, então, dizer especificamente assim o que eu possuo conhecimento nessa área, eu acho que é complicado, mas o pouco que eu posso dizer é que seria medidas em prol para trazer o máximo de conforto para o paciente terminal **(E11)**.

Tem muito tempo que foi abordado esse tema, realmente foi mais explanado na época da faculdade, mas seria mais a questão de dar o conforto do paciente na fase terminal, da maneira bem generalizada **(E6)**.

Meu conhecimento é que os CP é uma forma de minimizar o sofrimento do paciente que normalmente só é decretado para o paciente CP quando ele não tem mais nenhuma perspectiva de cura de qualquer doença que seja e tentar minimizar o sofrimento dele (TE07).

Aprendi sobre CP aqui na UTI, pois antes só ouvia as pessoas falarem assim: "aquele paciente se parar parou, não vai fazer mais nada' [...] ficava sem entender (TE10).

Durante o curso técnico, o tema CP foi passado de forma bem superficial. Com a minha atuação em terapia intensiva tive maior contato com os cuidados paliativos e aprendi também com os cursos de atualização aqui do hospital (TE19).

Apesar da fragilidade na demonstração do conhecimento sobre o que são CP trazidos pela equipe de enfermagem E11, E06 e TE07, quando referem que os CP são utilizados somente no final de vida, na qual não há mais perspectiva de cura, ou quando dizem que já foi tentado de tudo, é importante salientar que nos relatos a palavra conforto foi citada na prática assistencial como uma definição dos CP, o que corrobora com a TFVP, que busca dentro dos seus princípios promover um cuidado diferenciado ao paciente, na oferta do conforto, demandando uma assistência pautada em práticas humanísticas direcionadas a pessoa e sua família de forma integral, visando o alívio de desconforto, valorização do sujeito, proximidade com familiares e estar em paz (RULAND; MOORE, 1998).

Estudo realizado com uma equipe multidisciplinar em uma UTI de Salvador, Bahia reforça os achados desta pesquisa, evidenciando que o conforto foi citado pelos profissionais como prioridade nos CP, sendo essa proposta um dos elementos da TFVP; quando os participantes referem prática que evidenciam a promoção do conforto em todas as dimensões humanas (PIRES *et al.*, 2020).

Entretanto, a fragilidade no conhecimento sobre os CP apontada pelos entrevistados confirma os achados de um estudo realizado em 2017 no Hospital da universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), com 37 profissionais, 12 enfermeiros, 11 técnicos de enfermagem, cinco fisioterapeutas e nove médicos, mostrando que o conhecimento dos profissionais foi insuficiente quando questionados sobre CP. Durante o estudo doze entrevistados (30,77%) definiram que o CP é o cuidado ao paciente sem possibilidades de cura, mostrando somente o cuidado no fim da vida. Isso aponta que os profissionais, inclusive enfermeiros e técnicos de enfermagem possuem uma visão limitada desse cuidado, haja vista que não deve ser apenas uma abordagem de cuidado para quem está próximo à morte (GULINI *et al.*, 2017).

A falta de compreensão sobre o tema CP associa-se a deficiência na formação destes profissionais, como evidenciado na fala **E06**, **TE19** e **TE10**, ao sinalizarem a escassez deste assunto durante a sua formação, com pontuações superficiais, e aproximação do tema durante a prática assistencial na UTI, o que aponta para novas reflexões sobre a importância de se trabalhar a temática CP em sala de aula e nos ambientes laborais, para que os futuros profissionais e trabalhadores atuantes saibam se desvincular do modelo biomédico pautado somente na cura, e passe a valorizar a autonomia do sujeito com oferta de QV até o momento da sua morte, através de um conhecimento sólido sobre a filosofia dos CP.

É importante ressaltar que os profissionais citados acima possuíam o tempo de formação entre 2 a 19 anos e o acesso a temática CP em sua graduação ou curso técnico foi apontado como superficial. Deste modo, o conhecimento insuficiente reflete em profissionais inseguros para a execução de um cuidado integral ao paciente em palição. Diante deste dado verifica a necessidade urgente de reformulação de grades curriculares dos cursos de graduação e técnico de enfermagem, além de apoio das instituições, com ofertas de palestras para munir de conhecimento e segurança na prática assistencial os trabalhadores de enfermagem.

Markus *et al* (2017), ressalta em seu estudo a necessidade de maior número de publicações sobre o tema, a fim de que a comunidade acadêmica e profissionais atuantes em campo amplie seus conhecimentos, visto a importância da presença dos profissionais de enfermagem especializados na área. Sendo assim, novos estudos se fazem necessários, além treinamentos por parte dos serviços de saúde, com ênfase em aprimorar o saber dos enfermeiros e técnicos de enfermagem sobre palição, e assim, contribuir para a melhoria no atendimento a esses pacientes.

Nesse contexto, a discussão de conceitos básicos em CP, bem como suas diferentes formas de abordagem, torna-se relevantes não apenas nas instituições de ensino, mas também nos locais de trabalho. No âmbito de uma UTI, local onde geralmente se privilegiam a técnica e os procedimentos, também deve haver espaços para significar o cuidado na terminalidade, disseminando nos intensivistas os ideais do paliativismo (FARIA *et al.*, 2017).

CATEGORIA 2. AÇÕES EXECUTADAS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM PARA PROMOÇÃO DO CONFORTO AO PACIENTE EM PALIAÇÃO

Promover cuidados de enfermagem é uma ação importante, que visa recuperar a saúde e proporcionar alívio a todos os pacientes, inclusive para aqueles sem perspectivas de cura e de sobrevida. A equipe de enfermagem está diretamente ligada aos pacientes em palição,

devendo compreender as suas necessidades, dando apoio e assistência, visando à manutenção da QV.

Ao serem questionados sobre as ações que executavam em seu dia a dia como pertencentes aos CP na UTI, técnicos de enfermagem e enfermeiras referiram a promoção do conforto a estes pacientes em todas as suas dimensões, como o alívio da dor, alívio do desconforto respiratório, apoio espiritual, contato com os familiares através da extensão do tempo de visita, enfatizando, também, a importância de um cuidado integral pela equipe de enfermagem.

As ações são cuidados que oferecem conforto, como massagem de conforto, mudança de decúbito e administração de medicações para dor **(TE03)**.

As ações de enfermagem são todos os cuidados prestados, não é? Desde você chegar, se identificar, você se identifica para a paciente, você leva o apoio emocional, você mantém as condutas de prescrição, de medicação, de curativos, todas essas condutas **(E04)**.

[...] A gente direcionar o cuidado para o conforto do paciente, então, as vezes é, disponibilizar um horário de visita maior, as vezes é manter o paciente mais em contato coma família. Às vezes é um paciente que tem milhões de dias internados na UTI e nunca mais foi do lado de fora ver o sol, então, as vezes a gente pode botar na cadeira, avalia com a equipe, não é? Tudo que a gente possa fazer que deixe ele mais tranquilo, que ele sofra menos, eu acho que é valido, não é? **(E07)**.

Alívio de dor, manter o paciente confortável, suporte de QV mesmo **(E12)**.

Eu me preocupo muito com a dor, sempre procuro observar sinais clínicos de desconforto, observo o posicionamento para evitar desconforto respiratório e realizo observação da face para sinais de dor. Sempre fico atenta a esses sinais **(TE17)**.

Eu procuro cuidar respeitando aquele ser humano, que ali é um ser humano. Eu procuro dá meu melhor para que ele se sinta confortável entendeu?! Muitas vezes, você tem que passar para seu paciente uma paz de espírito, conversar com ele de Deus, pois, não necessariamente precisa ser católico, religioso para falar de Deus, entendeu? A fé está dentro de cada um de nós, basta você ter e crer. Eu procuro fazer dessa forma **(TE19)**.

As falas demonstram um olhar integral para as necessidades do paciente em palição, que vão desde o alívio da dor física, à promoção do conforto familiar e espiritual, corroborando com a filosofia dos CP e com os preceitos da TFVP.

As entrevistas evidenciaram que o conforto e alívio da dor foram às principais medidas aludidas por **E12**, **E04**, **TE03**, **TE17**, sempre na busca de promover o bem estar ao paciente em CP, através de administração de medicamentos. A dor é considerada o quinto dos sinais vitais, sendo descrita como um processo fisiológico associado a uma experiência

impertinente, adjunta a lesões reais ou potenciais que interfere na QV do paciente, consistindo em uma das maiores causas de sofrimento humano, provocando reflexões sobre seu estado físico e psicossocial (SOUSA & NUNES, 2019).

Segundo Campbell (2015), os cinco sintomas mais frequentes nos pacientes críticos que estão morrendo na UTI são dor, dispneia, ansiedade, delirium e respiração ruidosa, porém outros sintomas podem estar presentes, como fraqueza, fadiga, anorexia, constipação, náusea, tosse e secreção, depressão, agitação, sede e alterações do sono. Nos CP, a ênfase do cuidado é a avaliação e alívio dos sintomas. Independentemente do mecanismo utilizado, o controle adequado de qualquer sintoma inclui avaliação periódica, intervenção quando necessário e reavaliação sempre após cada intervenção,

Em 1980, a OMS posicionou-se frente aos pacientes em CP, elencando a dor como uma emergência médica mundial (ALMEIDA; GAMA; ESPEJO; PEDROSO, 2018). Nessa perspectiva, promover o alívio da dor e proporcionar conforto para os pacientes em CP é uma intervenção da prática de enfermagem, a qual exige não só conhecimento científico, mas humanização e ética, além da habilidade técnica (NASCIMENTO, 2017). Por estarem 24 horas beira-leito, a equipe de enfermagem necessita estar capacitada para avaliar e identificar as possíveis causas que estejam provocando dor no paciente, para assim realizarem as condutas necessárias (REIS & REIS; 2017).

Para o alívio da dor, há duas possibilidades: as intervenções farmacológicas e não farmacológicas. Faz-se uso de analgésicos, sendo os mais utilizados os opioides, os não opioides e os sedativos para o alívio do sintoma e conforto (ANDRADE *et al.*, 2018). Já a segunda é muito utilizada em associação à primeira, sendo caracterizada por procedimentos como: mudança de decúbito, menor manuseio do paciente, musicoterapia, criação de vínculo entre paciente, família e profissional (SILVA; BRAGA; SENA; DUARTE & SENA, 2019). Ações realizadas e que podem ser observadas nas falas das **TE 03**, **E12** e **E04**, quando relatam a administração de medicamentos, conforme a prescrição e mudança de decúbito executada pela TE na busca de alívio para dores promovendo o conforto ao paciente, o que evidencia uma sensibilidade da equipe em buscar outras formas de promover QV ao paciente conforme sua filosofia de cuidado.

Durante a assistência de enfermagem, o profissional se depara com situações simples que ocasionam desconforto ao paciente, muitas vezes, um posicionamento inadequado em leito é capaz de provocar um desconforto respiratório e dor. O profissional, atento a esses sinais, tem capacidade de ofertar um bem estar ao paciente com ações simples em sua

assistência. O **TE17** evidencia esse olhar humano para cuidado ao paciente e promoção da QV.

A busca pelo alívio da dor, com técnicas farmacológicas e não farmacológicas, apoio emocional, promoção do conforto, com técnicas como mudança de decúbito, promoção da tranquilidade, dignidade e estado de paz para o paciente através de cuidados espirituais ofertados pelos profissionais corrobora com a TFVP, que fundamenta as intervenções de enfermagem com os resultados específicos para os pacientes em terminalidade. Em relação ao conforto, apoia-se em três pilares: alívio do desconforto, relaxamento e satisfação, com intuito de melhorar a QV, e não sentir dor (RULAND; MOORE, 1998).

O depoimento do **TE19** evidencia o conforto através do respeito ao ser humano, a sua religião, onde a mesma conforta o paciente através da fé, promovendo o estar em paz espiritual, exercendo a sua espiritualidade e a do paciente com a oferta de uma assistência à dimensão humana, que transcende o físico, e permitindo o equilíbrio e alívio de dores espirituais.

Além das dores físicas, há uma soma de sintomatologias que Cicely Saunders aplica à dor uma visão multidimensional, o conceito de Dor Total, na qual o componente físico da dor pode se modificar sob a influência de fatores emocionais, sociais e também espirituais. Nesse contexto, a equipe de enfermagem necessita estar atenta para cuidar das dores apresentadas pelo paciente e ofertar o conforto (HENNEMANN-KRAUSE, 2012)

O propositivo dos CP é oferecer uma assistência e melhoria na QV do paciente, sendo indicado para todas as faixas etárias, e tem como objetivo valorizar a vida, torando a morte como um processo natural, considerando o ser humano em todos os seus aspectos biopsicossociais e espirituais (SILVA *et al.*, 2020). Além disso, esse cuidado é incorporado a práticas que amenizam a dor, de sintomas que podem ser físicos, espirituais, sociais ou psicológicos, sendo aplicado desde o diagnóstico ao luto (PAIVA, 2019).

Corroborando com as falas das entrevistadas, Farias (2017) evidencia que, aplicar o CP consiste, entre outras coisas, em prestar os cuidados básicos ao paciente como alimentação, hidratação, higiene, conforto e alívio da dor. Além de manter sempre um diálogo, mesmo que o paciente esteja inconsciente e, sempre que possível, atender os seus desejos e necessidades pessoais.

O estudo de Pires *et al* (2020) também enfatiza a promoção do conforto direcionado às necessidades físicas para alívio de sintomatologias comuns ao paciente em CP, como dispneia e náuseas, terapia nutricional adequada, auxílio respiratório e uso de sedação para desconfortos ventilatórios difíceis de controlar.

As ações da equipe de enfermagem desta pesquisa transcendem o físico, objetivando proporcionar aos pacientes o conforto em todas as suas dimensões, o que corrobora com as propostas da TFVP, que destaca não sentir dor e experimentar o conforto, como alívio do desconforto (RULAND; MOORE, 1998).

Ações que favoreçam o cuidado de enfermagem digno, respeitoso e humano devem estar presentes em todas as unidades hospitalares, principalmente em uma UTI, local em que o aparato tecnológico torna a assistência endurecida, além da presença de uma equipe conhecedora sobre importância de se executar os CP.

Outro aspecto relevante que pode proporcionar conforto ao paciente em palição é quando a equipe de enfermagem facilita a proximidade da família para além do horário previsto, que será discutida na categoria seguinte.

CATEGORIA 3. AÇÕES PROMOVIDAS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM PARA FACILITAR A PROXIMIDADE DA FAMÍLIA

Durante a assistência, a equipe de enfermagem oportuniza esse elo, com extensão do tempo de visitas, flexibilização das mesmas, evita executar procedimentos quando os familiares estão com o paciente, respeito aos familiares e orientação sobre importância das visitas, expresso nas falas a seguir:

[...] Tenho o habito de sempre está estendendo visita para esse paciente, não é? Inclusive em número de familiares ao mesmo tempo **(E02)**.

As medidas que a gente pode fazer em relação a isso é a flexibilização de horário em da visita **(E09)**.

A gente aumenta os horários de visitas, flexiona os horários às pessoas que trabalham nesse horário de visita, então eu posso estar flexibilizando os horários da noite, a depender da demanda da família também **(E14)**.

Procuro não fazer nenhum procedimento durante o horário de visita, se tiver que fazer alguma medicação, faço rápido e saio, para não atrapalhar **(TE03)**.

Nós tentamos conversar com a família, não é? Informar o quanto é importante ele está presente ali, junto do familiar dele, o quanto é importante aquele carinho e atenção nesse processo que o paciente, que ele se sinta amado, que ele se sinta importante **(TE15)**.

Se eu estiver fazendo um procedimento que é de urgência, e o familiar não pode entrar, depois eu converso com o enfermeiro para liberar maior tempo de visita, para que eles possam ficar mais próximos do paciente **(TE20)**.

Os entrevistados evidenciam que ações como extensão e flexibilização dos horários de visitas, promovidas durante a prática assistencial por **E09**, **E14**, **TE20**, são atitudes que

permitem ao paciente estar próximo a pessoas queridas, que muitas vezes são suporte para o enfrentamento de suas inquietações e dores. Esta atitude valoriza a família no cuidado ao paciente em palição. O estudo de Pires *et al* (2020) coaduna com os participantes deste estudo, ao revelarem que valorizam a aproximação da família durante a fase terminal, representado pela extensão da visita em tempo integral.

A **TEC20**, ao referir que, durante o tempo da visita, só adentra o quarto do paciente quando há a necessidade de fazer medicação ou procedimento, evidencia o respeito ao momento do paciente e família. E que ao sair do leito, solicita a enfermeira uma extensão do tempo da visita, também deixa evidente que, além da valorização deste momento, sabe dos benefícios trazidos pela presença do familiar no ambiente hospitalar, sendo peça fundamental para o equilíbrio do paciente em CP.

A empatia também esteve presente na fala do **TE08**:

Às vezes, a gente deixa a higiene para outro momento, para que eles fiquem mais tempo. Eu costumo atender bastante isso, porque se fosse um familiar meu eu gostaria de estar perto dele, não é? (**TE08**)

O **TE08** refere deixar de dar o banho, para que a família fique mais tempo, inclusive, se colocando no lugar do outro. Saviato e Leão (2016) referem que estamos presentes onde está nossa atenção. Se ao cuidarmos estivermos preocupados com outras questões e ou situações não relacionadas ao outro que está a nossa frente, dificilmente conseguiremos desenvolver e demonstrar empatia.

Corroborando com as falas dos participantes Martins *et al.*, (2020), afirmam que a adesão da família no cuidado ao paciente em palição é fundamental, para que o paciente consiga enfrentar a doença e as próximas decisões que serão tomadas acerca de seu tratamento, pois nessa fase, o mesmo passa por uma mistura de sentimentos, como aceitação, negação, raiva e frustrações. Por isso, é importante a presença do familiar para prestar-lhe apoio. Para Matos e Borges (2018), a companhia do familiar faz parte do processo de melhora do paciente e imprescindível que a equipe se atenha também às suas necessidades e proporcione um cuidado sensível e humano.

Estudo realizado no Hospital de Apoio de Brasília (HAB), na ala de CP, no período de janeiro a março de 2015, com enfermeiros sobre a percepção dos mesmos quanto ao acompanhamento familiar aos pacientes em palição, evidenciou que a família é um dos eixos estruturantes da assistência a pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura, ocupando um lugar de protagonista e sendo ainda integrada à equipe de cuidados. Enquanto a sua

atitude colaborativa favorece o cuidado do paciente, também ajuda a mantê-la como objeto de cuidado (MATOS; BORGES; 2018)

O depoimento da **TE15** demonstra sua consciência sobre a importância do apoio familiar ao paciente, quando afirma que faz uma educação continuada ao familiar ao sinalizar beira-leito sobre a importância da sua visita, a fim de promover um estado de paz e tranquilidade ao paciente. Estudo realizado no INCA em 2014, com 17 enfermeiros sobre a participação dos familiares nos cuidados ao paciente em palição em um ambiente hospitalar demonstrou que, dentre os aspectos positivos apontados para a valorização da presença do familiar no contexto destacaram-se: comprometimento, participação no cuidado, orientação com relação aos CP bom relacionamento com a própria pessoa hospitalizada, bem como com a equipe de enfermagem, além da promoção de uma relação de segurança que a pessoa no processo de hospitalização passa a sentir por estar próximo a seu familiar, a QV passa a existir para esse paciente e a família deve permanecer sempre presente (SILVA; LIMA, 2014). A equipe de enfermagem deve promover encontros e reencontros dentro das possibilidades de cada setor.

A OMS, ao definir o que são os CP, buscou incluir a família como parte do processo de cuidar, ao afirmar que tais cuidados devem seguir uma abordagem e prática interdisciplinar na qual se propõe a melhorar a QV dos pacientes e familiares na condição de terminalidade de uma pessoa, em busca de aliviar o sofrimento e a dor diante de problemas físicos, psicossociais, culturais e espirituais, a fim de proporcionar uma morte digna, livre de aflição e agonia. E, entre os seus princípios filosóficos, reafirma que a equipe deve oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com o processo de adoecimento do paciente, assim como com o seu próprio luto (SILVA *et al*, 2016). Além de possibilitar o acesso da família ao paciente, a equipe de enfermagem necessita também estar preparada para cuidar da família, pois a mesma faz parte desse ciclo de cuidado.

No depoimento de **E14**, a flexibilização de horário também é possibilitada durante o período noturno, fato que demonstra a compreensão das necessidades trazidas pelos familiares, pois muitas vezes não conseguem visitar seus entes queridos durante o dia, e a empatia da equipe nesse momento faz-se necessário para o fortalecimento do elo familiares e paciente

A família tem papel importante no contexto do internamento do paciente em palição, conforme falas das participantes, corroborando com a TFVP, quando em um dos seus princípios há busca pelo fortalecimento desse elo, com vistas a possibilitar encontros e fortalecer a aproximação de alguém que o mesmo sente falta/saudade para, enfim alcançar o seu completo bem-estar.

CATEGORIA 4. DIFICULDADES E FACILIDADES NO CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM PALIAÇÃO NA UTI

Ao executar o cuidado ao paciente em palição, a equipe de enfermagem se depara com histórias de vidas diferentes e vivenciam diversos sentimentos no processo do cuidar. As dificuldades apontadas pelos profissionais, como a não aceitação do processo de morte e morrer, dificuldade da aceitação familiar ao processo de morte do paciente, falta de preparo profissional, sentimento de impotência, falta de comunicação entre equipes são dificuldades sinalizadas a seguir:

A dificuldade, às vezes, é saber que nós temos um paciente jovem, não é? Uma paciente jovem que é mãe, que tem filhos pequenos, essa é a minha dificuldade. É do ponto de vista de saber que, em algum momento, aquela paciente vai nos deixar, então sou eu que não estou muito preparada ainda para isso, mas de qualquer forma a gente leva, não é? A gente conduz da forma que deve ser **(E04)**.

Nossas maiores dificuldades são, de fechar o real conceito do que são CP, fechar assim uma questão de critérios em relação aquele pacientes que ele não vai ser mais invadido, que ele é paciente de CP, e essa mudança na prescrição diária, isso nos deixa um pouco inseguro, se aquele paciente[...] **(E09)**.

[...] sinto mais dificuldade na aceitação da família em compreender o processo de morte, que para o paciente seria melhor proporcionar cuidados paliativos **(E13)**.

Saber que está morrendo, não é fácil lidar com isso, mesmo nós que passamos por isso todo dia, mas sentimos, dá tristeza **(TE01)**.

[...] naquele momento, sabendo que aquela pessoa vai morrer, então realmente isso toca na gente, porque somos seres humanos e você, às vezes, se coloca no lugar da pessoa **(TE 15)**

Trabalhar a parte espiritual foi destacada pela **E05** como uma das dificuldades do cuidado nesse cenário:

[...] a gente não sabe, a equipe como todo. A equipe multi, ela não está preparada para cuidar do paciente em CP. Na nossa formação, ela foi toda voltada para o modelo curativista, então, a gente acha que o paciente tem que sair daqui bem, curado daquilo que ele entrou. Hoje em dia, depois de estudar um pouco mais, para mim a grande dificuldade é trabalhar a parte espiritual do paciente **(E05)**.

Quando questionados sobre as facilidades encontradas para se prestar assistência a estes pacientes, se apresentaram as seguintes falas.

As facilidades, quando está tranquilo, posso fazer uma higiene melhor, dá um banho mais demorado, conversar, fazer ele rir. (TE03).

[...] o aporte da equipe e da tecnologia da UTI facilita muito naquilo que ele precisar durante o tratamento e quando é definido palição, podemos proporcionar conforto (E13).

Depois que entendi mais sobre CP percebi que não é difícil cuidar destes pacientes, é necessário ter atenção e pensar sempre que o mais importante para ele é não sofrer. (TE10)

Mesmo com a difusão de informações sobre a filosofia dos CP, sendo este importantíssimo para manutenção do bem estar do paciente, ainda existem alguns desafios a serem enfrentados diariamente pela equipe de enfermagem, para que esse cuidado tão primordial garanta QV ao indivíduo.

No contexto hospitalar em uma UTI, a equipe de saúde mantém uma relação diferenciada com os pacientes que estão vivendo o processo de terminalidade de vida. Trata-se de profissionais que mantêm contato direto e prolongado com esses pacientes sendo, portanto, via de regra, quem acolhe e faz a escuta das necessidades do enfermo, criando assim, um vínculo afetivo, e muitas vezes lidar com a perda desse paciente é um desafio para a equipe. Os trabalhadores da área da saúde, especialmente os que compõem a enfermagem, estão expostos cotidianamente ao sofrimento de seus pacientes, situação essa que desperta sensações de fracasso e frustração, devido à impotência diante de fatos que são naturais ao clico da vida, porém não aceitáveis, ou não trabalhados internamente por esses trabalhadores de saúde (MORAIS *et al.*, 2018).

Nas falas das participantes, uma das dificuldades apontadas nos cuidados aos pacientes em palição é vivenciar o processo de morte e morrer, principalmente quando esta ocorre em pacientes jovens, como apontado por E04, quando há uma reflexão sobre a vida daquele paciente, que deixa filhos e família, o profissional se sente despreparado para se despedir de pacientes com uma faixa etária menor.

Corroborando com esta fala, o estudo de Siqueira, Zilli e Griebeler (2018) evidenciou que, embora a morte faça parte da rotina do hospital, ainda existe uma resistência em falar do assunto por parte dos profissionais de saúde. Dessa maneira, usam como mecanismo de defesa a negação, o que conseqüentemente pode influenciar nos trabalhos prestados ao paciente. Já outros se mantêm neutros, permitindo dessa forma viver os sentimentos que envolvem a

situação de maneira mais humanizada, na qual acreditam que a cada vivência se fortalecem, sofrendo menos.

Um estudo realizado em um Hospital da Polônia com 160 enfermeiras, de quatro departamentos hospitalares, unidade de cirurgia, clínica médica, pronto-socorro e UTI, evidenciaram os sentimentos mais prevalentes perante a morte de um paciente foram: Compaixão, tristeza e desamparo, independentemente do tempo de serviço do enfermeiro e do local de trabalho (KOSTKA; BORODZICZ; KRZEMIŃSKA, 2021). As **TE01**, **TE15** e **E04**, quando relatam que a tristeza e o desamparo por uma partida, são sentimentos que os acometem no processo de morte de um paciente.

Além das emoções vivenciadas pelos profissionais, outra pesquisa com enfermeiros nigerianos confirmou que a morte de um paciente é uma das situações mais estressantes no trabalho, logo após a escassez de pessoal e equipamentos (FAREMI *et al.*, 2019).

O controle dos sentimentos é um dos maiores desafios da equipe de enfermagem, isso por que, lidar com a perda de paciente traz consigo uma alta carga emocional, composta por sensações díspares, como raiva, frustração, impotência, entre outras. Muitas vezes, os profissionais da área acabam sentindo-se culpados por uma situação considerada irreversível (FRANCO *et al.*, 2017).

Nesse sentido, é fundamental que os profissionais de saúde recebam instrumentalizações ao longo de sua graduação, para enfrentar o processo da morte e do morrer. Para isso, é imprescindível que considerações acerca da temática sejam colocadas em pauta na academia, a fim de sensibilizar os educadores para o aprimoramento do assunto, visando a uma melhor abordagem no que concerne à educação para a morte (FAREMI *et al.*, 2019).

Outro ponto abordado nas falas de **E05** e **E09** é a fragilidade na comunicação entre equipes quando apontam uma falta de consenso entre profissionais durante a definição do tratamento, havendo mudanças de condutas após troca da equipe médica; enfatizam também o conhecimento frágil da equipe multiprofissional sobre o cuidado do paciente em palição. Esses fatos são prejudiciais ao paciente, pois pode retardar o início dos CP ou até a condução do cuidado. A comunicação é imprescindível para um bom cuidado ao paciente.

Um estudo realizado no hospital de saúde pública da cidade de Suzano, no estado de São Paulo, que objetivou avaliar a comunicação na assistência paliativa e sua influência na relação entre equipe, paciente e família evidenciou que diálogo adequado é estratégia relevante para estabelecer boa relação entre as três partes, sendo, no entanto, necessário identificar outros fenômenos que estão além das habilidades comunicativas dos profissionais.

Na perspectiva da bioética, a comunicação se destaca na assistência e cria vínculo que possibilita decisões compartilhadas (CAMPOS; SILVA; SILVA, 2019).

A comunicação eficaz faz parte do cuidado, serve como elo para o estabelecimento de confiança e empatia entre equipe, paciente e família. Portanto, é essencial que a equipe de enfermagem esteja atenta as necessidades que o paciente apresenta, identificando-as, seja de forma verbal, ou não verbal, suprindo-as da melhor maneira possível, e quando não lhe couber, tendo voz e auxílio de uma equipe multiprofissional. Porém, para que isso aconteça é necessário que os profissionais conheçam os princípios dos CP que irá nortear sua assistência, diferenciando de um cuidado comum, intervencionista e curativo e que esse cuidado seja compartilhado por todos os integrantes da equipe de saúde (CAMPOS; SILVA; SILVA, 2019).

A dificuldade de compreensão do familiar sobre aceitação do processo de morte e morrer e a execução dos CP foi um desafio evidenciado por **E13**. Nesse contexto, a profissional tenta mostrar para o familiar que os CP é a promoção de uma vida com qualidade até o momento da morte, e que esta passa a ser mais tranquila por estar no processo de cuidado pautado no alívio das dores e quaisquer desconfortos que possam existir, acolher e educar a família no processo de enlutamento é desafiador para o profissional.

Ao saber que o seu ente querido está com uma doença fora das possibilidades de cura, a equipe precisa ter um olhar sensível para além de cuidar do paciente também e prestar assistência para a família dos pacientes, pois estes podem se encontrar em sofrimento, desespero, ansiedade, pois sabem que podem ter a perda do seu familiar, nesse processo de angústia querem respostas, curas, esperança de um bom prognóstico (MACHADO *et al.*, 2019). Nesse contexto uma boa comunicação entre equipes e familiares promove um bom entendimento entre familiar, equipe de saúde e pacientes.

Apesar das dificuldades encontradas para a promoção dos CP em UTI, as **E13** e **TE03** demonstram que trabalhar em um ambiente onde o aparato tecnológico se faz presente promove uma segurança para a equipe e até para o próprio paciente, pois muitos adentram na UTI em busca de melhorias para os seus sintomas que exacerbam ao longo do tempo, e as tecnologias duras podem possibilitar esse conforto. Além a condição ofertada a esse profissional de estar mais em contato com esse paciente, podendo prestar seus cuidados, e nesse contexto possibilitar prazeres ao indivíduo durante um banho por exemplo, fazendo o sorrir e ouvindo suas histórias.

Atualmente, a Terapia Intensiva de qualidade deve ser e estar equilibrada entre medidas paliativas e curativas. Quando as intervenções da Terapia Intensiva falham no

reestabelecimento da funcionalidade do paciente ou da qualidade de vida, o Cuidado Paliativo substitui as terapias curativas e de prolongamento da vida. (MUN *et al.*, 2017).

Diante as dificuldades apontadas, observam-se a necessidade de profissionais preparados para estar em uma unidade de alta complexidade e serem reflexivos, por entenderem que os CP e UTI podem se complementar quando o conforto ao paciente passa a ser objetivo primordial do cuidado.

CATEGORIA 5. CUIDADO ESPIRITUAL AOS PACIENTES EM PALIAÇÃO

Quando questionados sobre as ações que os profissionais executavam para amenizar medos e /ou ansiedade aos pacientes e familiares, os mesmos referiam utilizar-se da fé, religiosidade, espiritualidade, acolhimento, ouvido atento, ações para proporcionar um estado de paz e harmonia, como pode ser observado nos depoimentos a seguir:

Eu tento levar para a parte religiosa, é o que eu faço, não é? Eu tento abraçar aquela pessoa que está se mostrando com medo e tento levar para a parte religiosa, sempre pergunto, em que eles acreditam independente da sua religião: candomblé, católico, apostólico, mas se ele crê em Deus nós vamos pensar juntos aqui e vamos não é? Torcer para que seja o melhor para o paciente **(E01)**.

[...] Eu acolho toda família, se a família quer fazer uma oração, uma despedida, já passei por vários momentos assim, acolho no momento, converso, ofereço meu ouvido é, a gente escuta bastante, escutar mais do que falar nesse momento..." **(E06)**.

Assisto a família com uma palavra de apoio e permito-me a participar quando eles querem fazer uma oração, então, eu tento suprir isso, aí acho que consigo atender os aspectos emocionais [...] **(E11)**.

[...] Eu procuro conversar, não é? Do meu jeito como profissional, procuro passar para ele algo de mensagem que ele tenha fé, que não esqueça que Deus existe, não é? **(TE01)**.

Procuro dar apoio, falo para acreditar em Deus e passo para o médico a enfermeira para conversarem melhor. **(TE03)**.

Eu digo para ficar tranquilo, confiar em Deus porque só ele sabe de todas as coisas então vai fazer o que achar melhor **(TE09)**.

Eu falo de Deus, digo para entregar a ele e esperar, ter fé, se gostar de rezar, rezo com eles também, sempre procuro falar coisas positivas, acho que ajuda **(TE11)**.

Durante o cuidado ao paciente em palição, diversas necessidades carecem ser atendidas, porém a espiritualidade é relevante para estes pacientes, devido à fragilidade em

que se encontram. Pesquisas realizadas com indivíduos em uma unidade de CP, evidenciou que a adequada atenção espiritual influencia positivamente o paciente e os familiares na vivência do processo terminal da vida e os auxilia a enfrentar o processo de terminalidade (CRIZE *et al.*, 2018).

As falas acima refletem que os profissionais de saúde utilizam-se da religiosidade, da espiritualidade e da fé para promover conforto aos pacientes e familiares, atitudes estas que corroboram com a TFVP quando em um dos seus conceitos busca o estar em paz, que é proporcionar ao indivíduo maior tranquilidade nos aspectos físicos, psicológicos e espirituais (ZACCARA *et al.*, 2017) , nesse aspecto o cuidado da equipe de enfermagem a estes indivíduos acalentam suas aflições e fornece apoio para que o momento vivenciado por familiares e pacientes se tornem menos dolorosos.

Sobre a dimensão espiritual, a maioria dos entrevistados aponta que um dos sinais e sintomas mais prevalentes é a utilização da fé como ancora para o suporte a estes indivíduos, como pode ser observado nas falas de **E01**, **E06**, **TE01**, **TE03**, **TE09**, **TE11**, que ao transmitirem em seus depoimentos mensagens para ter fé, apontam a escuta atenta aos familiares e pacientes, incentivam a espiritualidade, porém não induzindo a uma religião, mas, a acreditar em algo superior para que a paz espiritual prevaleça para aquele indivíduo, transcendendo dessa forma o cuidado, confortando a alma e promovendo o estar em paz .

Na análise feita sobre a caracterização dos profissionais quanto a religião, verificou-se que as enfermeiras e técnicas de enfermagem que prestam cuidado espiritual com o incremento da fé em suas ações, possuem uma religião praticante, seja católica, espírita ou cristã. Nesse contexto, o cuidado espiritual é realizado de forma mais sensível pelos profissionais praticantes de uma religião.

Segundo Silva (2020), é necessário considerar a pessoa como ser holístico, para se entender a espiritualidade como um aspecto importante no processo terapêutico e essencial para o bem-estar. O profissional de saúde pode ajudar o paciente ouvindo-o, estando atento às suas emoções e aos seus sentimentos, muitas vezes, isso é mais importante que qualquer terapêutica.

Arrieira *et al.* (2018), evidencia em sua pesquisa que os profissionais da saúde mencionaram que, por meio da espiritualidade, é possível oferecer conforto aos pacientes. Também foi relatada no depoimento do **TE11** a relevância e a força do pensamento positivo num exercício de transcendência, ou seja, de buscar algo fora de si, que, segundo o participante, traz resultados e benéficos.

As necessidades espirituais possuem valor de destaque no atendimento a pacientes sob CP, visto que sua identificação possibilita aos profissionais da saúde auxiliá-los a enfrentar o processo de enlutamento e luto (CRIZE *et al.*, 2018). A enfermagem tem potencial para ofertar o cuidado espiritual, mas precisa incluir tal abordagem em sua prática cotidiana, principalmente quando esse cuidado é direcionado a pessoas em CP. Para isso, é preciso preparar os profissionais para um cuidado integral, uma vez que o ser humano é biopsicosocial e espiritual.

A inserção da dimensão espiritual na prática assistencial ainda é um desafio para a enfermagem, devido às interferências em sua execução relacionadas às crenças pessoais ou descrenças acadêmicas, proveniente da sua formação biomédica de caráter curativista, além da falta de estímulo das organizações hospitalares, em implementar e discutir o cuidado espiritual na prática assistencial destes profissionais (SILVA *et al.*, 2015).

Para que haja uma assistência espiritual de qualidade é necessário que as instituições promovam capacitações, reavaliem dimensionamento dos profissionais durante a assistência, de forma a colocar profissionais mais experientes com profissionais que estão iniciando a carreira, para que os conhecimentos sejam compartilhados e, desta forma, promover ao paciente qualidade de vida até o momento da morte.

CATEGORIA 6. DESPREPARO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM PARA OFERTA DOS CUIDADOS EMOCIONAIS

Apesar do uso da fé como um suporte para a equipe de enfermagem, promover os cuidados diante a exteriorização do medo e ansiedade pelos familiares e pacientes, os depoimentos evidenciaram um despreparo para ofertar essa assistência que vai além do cuidado físico, e diz respeito aos aspectos emocionais. Nas entrevistas essa fragilidade fica evidente quando pedem ajuda ao psicólogo e demais membros da equipe para exercer o cuidado emocional, quando se afastam dos familiares e pacientes para se protegerem, mesmo apontando a fé como um ponto de apoio, como pode ser observado nos depoimentos a seguir:

Eu oriento a conversar com a psicóloga ou então chamo a enfermeira e ela passa as orientações para família porque não somos orientados a falar detalhes para família (TE08).

É muito comum os pacientes e familiares ficarem ansiosos, tem familiares que ficam chorosos, ou ficam pedindo explicação para tudo, sem entender o que está acontecendo, tento acalmá-los, mas na maioria das vezes chamo a enfermeira para ela conversar ou pedir o apoio da psicóloga (TE10).

Eu tento passar confiança, digo para ter fé em Deus, mas não posso conversar muito não é? Não é meu papel, passo para enfermeira e ai ela ver com a psicóloga (TE20).

Eu acho que é a parte mais difícil, a gente tende a se afastar, a gente não sabe o que falar nesse momento, porque não dá, hoje em dia não dá para se utilizar daquelas mentiras piedosas, para poder dizer que não, que ele vai ficar bem. Para mim, é um desafio que eu venho tentando enfrentar (E05).

Passo para ele que vamos fazer o melhor possível, mas logo comunico a psicologia para conversar e tentar amenizar a situação dele (E07).

Geralmente eu converso com o familiar, converso com o paciente, tento atender a demanda necessária dele, no momento, e ai a gente passa essa demanda para a psicologia [...] (E08).

A gente brinca que enfermeiro é de tudo, psicólogo, nutricionista, a gente tenta suprir, mas a gente sempre lembra da figura da psicóloga, a gente sempre chama, infelizmente ela não está o tempo inteiro aqui [...] (E12).

Atuar com paciente com uma doença ameaçadora da vida requer da equipe de enfermagem um preparo para lidar como os medos, angústias e sofrimentos frente à realidade da finitude. O cuidar de pacientes em situações com proximidade da morte exige mais que um conhecimento científico e técnico; requer, também, a compreensão dos aspectos de singularidade do indivíduo, consideração de questões subjetivas, éticas, sociais e culturais de cada ser (KUSTE; BISOGNO, 2016).

As falas das TE10, TE20 e E07 evidenciam que a equipe enfermagem não se sente preparada para lidar com as emoções advindas de pacientes e familiares, quando estes reportam medo e ansiedade, pois há busca de apoio com outras categorias profissionais para a promoção desse cuidado, existe o acolhimento, porém lidar com emoções ainda é visto como atividade pertencente ao psicólogo, fato que ocorre devido ao despreparo da equipe. Segundo Farias e Figueiredo (2017), assistir pessoas em processo de morte mobiliza emoções na equipe de saúde, anseios e conflitos existenciais, estes aspectos produzem necessidade de reflexão das práticas e concepções pessoais, interferindo assim no cuidado prestado ao paciente.

Ao observar a postura das técnicas enfermagem quando se direcionam a enfermeira para levar uma demanda emocional do paciente, fica visível este despreparo, porém vale ressaltar que, mesmo com longos anos de experiência, de 7 a 10 anos, a falta de aprimoramento ou saber lidar com o tema ainda se faz presente, mesmo todos possuindo uma religião. Cuidar da dimensão emocional destes pacientes é um desafio diário enfrentado por

muitos trabalhadores. Muitas vezes, esse cuidado não é priorizado pelo profissional por falta de preparo.

Henoch *et al.* (2013) evidenciaram que muitos profissionais, mesmo com anos de profissão e idade mais avançada, possuem anseios e medos ao falar com os pacientes sobre o fim da vida, e principalmente sobre o processo de morte e morrer, seus anseios e fragilidades, com a defesa que não faz parte das atribuições discutir e ouvir as preocupações dos pacientes. Esse estudo também reflete a fala do **TE08**, quando o mesmo refere “não ser orientado a falar sobre detalhes do assunto” referente ao paciente. Essa fuga evidencia a fragilidade da formação destes profissionais para acolher os sentimentos, delegando atribuições desse cuidado a outros profissionais, e também pode ser apontada pela falta de discussão sobre a temática CP e morte no ambiente de cuidado, sendo a morte vista como um fracasso na prestação do cuidado.

A **E05** enfatiza que se afasta do paciente e família por não se sentir preparada para exercer esse cuidado com maestria, gerando assim um sofrimento mútuo. A **E08** e **TE10** vivenciam sentimentos de tristeza e angústias, e diante dessas emoções pedem ajuda a outras categorias. Santana, Pessini e Sá (2018) apontam que os profissionais de saúde vivenciam grande desgaste emocional ao conviver diariamente com o sofrimento dos pacientes e seus familiares. Essa frieza e distanciamento na assistência a pacientes em UTI na prática acontece cotidianamente; porém, no íntimo de cada profissional, os sentimentos se acumulam, como insatisfação, culpa e negação.

As pesquisas realizadas por Kübler-Ross (2008) demonstram que os profissionais de saúde também sofrem ao acompanhar a pessoa em processo de morrer e tendem a ter muitas dificuldades em falar sobre o assunto e em buscar ajuda para a resolução de seus sentimentos controversos. Esse despreparo trazido nas falas dos depoentes e pesquisadores evidenciam uma necessidade urgente de se voltar atenção para os cuidados emocionais dos profissionais e pacientes, para que os CP possam existir de fato na prática assistencial, pois o paciente é um ser multidimensional e os profissionais necessitam estar munidos de conhecimento e preparo para acolher toda demanda do paciente em palição.

Em virtude disso, há uma necessidade de se investir em educação com reformas curriculares que abordem o tema na graduação e em formações técnicas. Os profissionais que atuam com CP também precisam ser cuidados, os locais de trabalho necessitam criar programas destinados a promoção de saúde desses trabalhadores, além de proporcionar uma carga horária menos intensa, apoio psicológico e espiritual e ainda, momentos de descontração. Estas ações possibilitarão que a equipe de enfermagem se sinta preparada para

acolher as demandas emocionais do paciente e familiares, promover o cuidado em todas as dimensões, possibilitar o fortalecimento do elo entre as famílias e seus entes queridos, ofertar o estado de estar em paz e dessa forma, colocar em pratica a TFVP, com pacientes que se sentam realizados e felizes por pertencerem e vivenciarem a execução da filosofia dos CP com profissionais capacitados e sadios para exercerem esse cuidado.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo demonstrou que o conhecimento da equipe de enfermagem sobre CP ainda é considerado incipiente. Os profissionais necessitam ter um maior conhecimento sobre o tema, sua filosofia, indicação e momentos a ofertar. Que a equipe entenda que é um cuidado a ser disponibilizado no momento da descoberta da doença fora da possibilidade terapêutica, e não somente no final da vida do paciente, como apontado pela grande maioria dos entrevistados no estudo.

Observou-se que as ações promovidas pela equipe de enfermagem como pertencentes ao paciente em palição ultrapassam o cuidado físico, sendo apontado o cuidado espiritual como importantes e essenciais para a promoção do bem estar e QV para familiares e pacientes em CP.

Quanto à relação dos profissionais de enfermagem e os familiares, a resposta foi satisfatória, sendo demonstrado por meio do apoio a permanência por mais tempo com seus parentes através da liberação de visitas, flexibilização das mesmas, disponibilização de mais tempo quando o paciente necessitava ser submetido a algum procedimento durante a visita familiar, o que demonstrou empatia e solidariedade da equipe em um ambiente de tecnologias tão duras e corrido como UTI.

Diante das dificuldades apontadas pela equipe de enfermagem, recomenda-se a criação de espaços, seja na formação destes profissionais, ou em instituições hospitalares, com programas educacionais permanentes que tratem do assunto, além de discussões e reflexões centradas na preparação emocional e nas relações interpessoais que emergem na prática de cuidar, para que esses profissionais tenham a possibilidade de expressar suas angústias, desejos, medos e satisfações durante o acompanhamento do processo de morte e morrer dos pacientes, bem como o desenvolvimento de habilidades e atitudes de forma a facilitar as intervenções junto ao paciente, família e equipe, e assim qualificar a assistência profissional prestada.

Quanto ao cuidado espiritual proporcionado pela equipe de enfermagem aos pacientes e familiares no momento da ansiedade e/ou medo, o estudo evidencia que a espiritualidade é utilizada pelos profissionais para ofertar o conforto a esse paciente e familiares, e um estado de paz para aqueles que estão passando por um momento difícil, porém se reconhece que esse assunto é desafiador, devido a pouca abordagem do tema na graduação, nos cursos técnicos e dessa forma, se deparam com uma falta de preparo e segurança para lidar com essa temática.

O estudo também evidenciou que além do cuidado espiritual a equipe de enfermagem busca apoio de outros profissionais como o psicólogo, para ajudar os pacientes e familiares no

controle de suas angústias, porém houve também o afastamento desses profissionais durante a oferta do cuidado, pois não se sentiam preparados para lidar com esses sentimentos, o que demonstra uma fragilidade na assistência que deve ser analisada com muita cautela, pois esse processo de distanciamento pode gerar um cuidado frágil além de adoecimento de profissionais que estão na linha de frente do cuidado.

Diante do exposto sugere-se promover o diálogo entre os sujeitos, um olhar atento da instituição, a fim de possibilitar que o profissional compartilhe suas experiências, sendo estratégias que auxiliam na superação do sofrimento pelos que cuidam, tornando mais fácil o lidar profissional diante do sofrimento humano. Também se espera que haja uma capacitação para que os mesmos possam conhecer sobre a temática e junto com esse aprendizado ser capaz de superar os desafios do dia a dia, além do apoio psicológico para que o trabalhador se sinta acolhido no seu ambiente de trabalho.

Os CP abrangem grandes dimensões frente aos serviços de saúde, e se torna imprescindível em todas as unidades hospitalares, carecendo assim de profissionais preparados para a execução desse cuidado, principalmente na UTI, onde o aparato tecnológico e o modelo curativista é predominante. Dessa forma, esse estudo evidencia a importância do aprofundamento dos conhecimentos sobre CP aos profissionais de enfermagem, a fim de sensibilizar e melhorar suas práticas assistenciais.

Salienta-se assim a necessidade de investimento na formação e capacitação da equipe de enfermagem quanto aos CP seja na graduação, curso técnico, área hospitalar, para que a formação desses profissionais seja completa, com o estudo sobre a vida, mas também o processo de morte e morrer e a oferta de qualidade de vida até o momento da morte.

Diante do exposto, destaca-se a importância de novas pesquisas relacionadas aos cuidados da equipe de enfermagem ao paciente em CP, com destaque para a UTI, uma vez que a população mundial está em um processo de envelhecimento acelerado, com um aumento do surgimento de doenças crônicas fora das possibilidades terapêuticas que carecem de profissionais capacitados para promover QV aos pacientes até o momento da morte, na busca pelo conforto, por estar em paz, ter apoio e companhia familiar sendo direito de todo cidadão, colocando em prática a TVFP em prol do bem-estar do paciente.

Uma limitação do estudo está na realização da pesquisa em apenas uma UTI, de um hospital privado, fato que pode não corresponder a todas as realidades, não sendo possível, desta forma, generalizar os dados.

Esse estudo contribuirá para aprimorar o conhecimento dos profissionais de enfermagem e modificar sua percepção frente ao paciente terminal e sua família, a

compreensão dos múltiplos fatores que envolvem o adoecimento, direcionando novos rumos do cuidado como um olhar mais atento as necessidades do paciente e família. Irá contribuir para elucidar as instituições as necessidades advindas dos profissionais como capacitação continuada, formação de grupos para conversação e apoio psicológico para os profissionais que estão prestando cuidado ao paciente beira leito. Ademais irá contribuir para novos estudos sobre a temática.

REFERÊNCIAS

- AARONS, D. E. Explorando o balanceamento entre riscos e benefícios em pesquisa biomédica: algumas considerações. **Rev. bioét. (Impr.)**. v.25, n. 2, p.320-7, 2017.
- ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução-RDC** n. 7, de 24 de fevereiro de 2010. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html> Acesso em: 18 out 2020.
- ALMEIDA, V. C.; *et al.* A singularidade da dor de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **Mudanças Psicologia da Saúde**, v.26, n. 1, p.75-83, 2018.
- ANDRADE, F. L. M.; *et al.* Dor oncológica: manejo clínico realizado por enfermeiros. **Revista de Iniciação científica da Universidade Vale do Rio Verde**. v.8, n.1, p.1-13, 2018.
- ARRIEIRA, I. C. O.; *et al.* Espiritualidade nos cuidados paliativos: experiência vivida de uma equipe interdisciplinar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v.52, 2018.
- ARIES, P. (1977). **História da morte no Ocidente**: da Idade Média aos nossos dias. Tradução Priscila Viana Siqueira, Ed. Especial Rio de Janeiro; Nova fronteira, 2012.
- BALDISSERA, A. E.; *et al.* Perspective of nursing Professionals on death in the emergency. *Rev enferm UFPE online*. Recife, v.12, n.5, p.1317-24, 2018.
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. [Tradução de] Luís Augusto Pinheiro, São Paulo: Edições 70; 2016.
- BARBOSA, A. M. G. C.; MASSARONI, L. Living with death and dying. *Rev.Enferm UFPE [Internet]*. Recife, v. 2, n.10, p.457-63, 2016.
- BARBOSA, R. P. S.; *et al.* Paciente com câncer na fase terminal de vida em cuidado paliativo: vivência do cuidador familiar. **Revista online de pesquisa Cuidado é fundamental**. 696-702.5, 2020.
- BIONDO, A. C.; TROVO. M.M.; SILVA, P. J. M Cuidados Paliativos em terapia intensiva: Diretrizes para atenção. **Enfermagem em cuidados paliativos**: cuidando para uma boa morte. São Paulo: Martinari, p. 71, 2019.
- BRANDÃO.; M. C. P.; *et al.* Cuidados Paliativos do enfermeiro ao paciente oncológico, **Revista Brasileira de Saúde Funcional**. v. 1, n. 2, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. **Resolução** n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre normas e diretrizes de pesquisas envolvendo seres humanos [online]. Brasília; 2012. Disponível em:
<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 01 nov 2020
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política nacional de atenção às urgências / Ministério da Saúde. – 3. ed. ampl. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BOUSSO, R. S.; POLES, K. CRUZ, D. A. L. M. Conceitos e Teorias na Enfermagem. **Rev. Esc. Enferm USP**. São Paulo, v. 48, n. 1, p. 144-148, 2014.

CAMARA, H. R. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Empresa brasileira de pesquisa agropecuária**. 2012.

CAMARGOS, S.C.M.; GONZAGA, R.M. Viver mais e melhor? Estimativas de expectativa de vida saudável para a população brasileira. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 31, n.7, p. 1460-1472, jul 2015.

CAMPBELL, M.L. Caring for Dying Patients in the Intensive Care Unit: Managing Pain, Dyspnea, Anxiety, Delirium, and Death Rattle. **AACN Advanced Critical Care**. v.26, n.2, p.110-120, 2015.

CAMPOS, V.F.; SILVA, M.J.; SILVA, J.J. Comunicação em cuidados paliativos: equipe, paciente e família. **Rev. bioét. (Impr.)**. v. 27, n.4, p. 711-8, 2019.

CAPUTO, R.F. o homem e suas representações sobre a morte e o morrer: um percurso histórico. **Revista multidisciplinar da uniesp**. n. 6, dezembro.2008.

COLEHO, T.B.C.; Yankaskas, R. New concepts in palliative care in the intensive care unit. **Rev. Bras.Ter. Intensiva**. v. 29, n. 2, p. 222-230, 2017.

COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE. **Resolução Nº 41, de 31 de outubro de 2018**. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em : https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710. Acesso em 02 maio 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº 0564/2017** de 06 de novembro de 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em 26 de set 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de ética médica: Resolução CFMNº 1.931/09**. Brasília: CFM 2010. Disponível em: <https://bit.ly/2gyRqtD>. Acesso em 19 fev 2021.

CORADAZZI, L.A.; SANTANA, A.E.T.M.; CAPONERO, R. Cuidados Paliativos: Diretrizes para melhores práticas. Editora Mg. São Paulo, 2019.

CRIZE, L. B.; *et al.* Spirituality in the nursing care to oncological patient in palliative care. **SALUSVITA**, Bauru, v. 37, n. 3, p. 577-597, 2018.

CRUZ, R. A. O.; *et al.* Reflexões acerca dos Cuidados Paliativos no contexto da formação em enfermagem. **Rev. Enferm. UFPE online**. Recife, v.10, n.8, p: 3101-7, ago. 2016.

DADALTO, L.; TUPINAMBÁS U.; GRECO, D.B. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. **Rev Bioética**, v. 21, n.3, p. 463-76, 2013.

FARIAS, T.N.T.; *et al.* Palliative Care in an intensive therapy unit: perceptions of nursing professionals. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, v.11, Supl. 5, mai. 2017.

FARIA, S.S.; FIGUEREIDO, J. S. Aspectos emocionais do luto e da morte em profissionais da equipe de saúde no contexto hospitalar. **Psicol. hosp. (São Paulo)**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 44-66, jan. 2017.

FAREMI, F.A.; *et al.* Avaliação do estresse ocupacional entre enfermeiras em dois hospitais selecionados em uma cidade no sudoeste da Nigéria. **Int J Africa Nurs Sci**, v. 10, p. 68–73, 2019.

FAWCETT, J. The family as a living open system. An emerging conceptual framework for nursing. **Int Nurs Rev**, v. 22, n. 4, p. 113-6, 1995.

FRANCO, H.C.P.; *et al.* Papel da enfermagem na equipe de cuidados paliativos: a humanização no processo da morte e morrer. **RGS**. v.17, n.2, p.48-61, 2017.

FREITAS, C. C. G.; CARNEIRO, A.M. Palliative cares in the unit of intensive therapy: the ethics in the assistance of the intensive nurse. **Revista Pró-univerSUS**. v. 9, n.1, p. 86-92, 2018.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. Nursing Process: from theory to the practice of care and research. Esc Anna Nery. **RevEnferm**, v.13, n.1, p.188-193, 2009.

GOI, M. G.; OLIVEIRA, D. R. Produção do Conhecimento de Enfermagem acerca de Cuidados Paliativos: Revisão Narrativa. **Revista Contexto & Saúde**. v.18, n.34, jan./jun. 2018.

GOMES, A. L.Z.; OTHERO, M. B. Cuidados paliativos. **Estud. Av.** São Paulo. v. 30, n. 88, p. 155-166, dezembro. 2016.

GULINI, B.M. H. E. J.; *et al.* Intensive care unit team perception of palliative care: the discourse of the collective subject. **Rev. esc. enferm. USP**. São Paulo. v. 51, 2017.

HERMES, H.R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro. v. 18, n. 9, p. 2577-88, Set.2013.

HENNEMANN-KRAUSE, L. Dor no Fim da Vida: Avaliar para tratar. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ**. Ano 11, Abr./ Jun 2012.

HENOCH, I.; DANIELSON, E.; STRANG, S.; BROWALL, M.; MELIN-JOHANSSON, C. Training intervention for health care staff in the provision of existential support to patients with cancer: a randomized, controlled study. **Journal of pain and symptom management**. v.46, n.6, p. 785-794, 2013.

HOUAISS, A. V. M. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA (IBGE). Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro: IBGE 2021.

KOSTKA, A.M.; BORODZICZ, A.; KRZEMIŃSKA, S.A. Feelings and Emotions of Nurses Related to Dying and Death of Patients - A Pilot Study. **Psychol Res Behav Manag**, v.4, n.14, p.705-717, jun. 2021.

KUSTER, D. K.; BISOGNO, S. B. C. A percepção do enfermeiro diante da morte dos pacientes. **Disciplinarum Scientia Saúde**. v. 11, n. 1, p. 9-24, 2016.

KLÜBER-ROSS, E. Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 9ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2008.

LEANDRO, T. A.; *et al.* Desenvolvimento das teorias de médio alcance na enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.73, n.1, 2020.

LELES, M.B.L. Cuidados paliativos na UTI: atenção ao ‘sofrimento total’. **Portal Pubmed**. 2018.

LIMA, A.B.S.; *et al.* Sentimentos e percepções da enfermagem frente ao processo de morte e morrer: revisão integrativa. **Rev. Pesq. Saúde**. v. 17 n. 2, p.116-21, 2016.

LIMA, A. S. S.; NOGUEIRA, G. S.; WERNECK-LEITE, C. D.S. Cuidados paliativos em terapia intensiva: a ótica da equipe multiprofissional. **Rev. SBPH**. São Paulo v. 22, n. 1, p. 91-106, jun. 2019.

LORENZETTI, M. E. Percepção dos idosos internados em Unidades de Terapia Intensiva. **Rev. Longeiver**. São Paulo. n. 7, Ano II, Jul/Ago/Set. 2020.

LUFCHITZ, G. H. M.; *et al.* Consultorias em Cuidados Paliativos em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Arq. Catarin. Med**. 2016.

MACHADO, E. R.; SOARES, N. V. Humanização em UTI: sentidos e significados sob a ótica da equipe de saúde. **Rev. Enferm. Cent. O. Min**. 2016.

MALAGUTTI, W.; ROEHRS, H. A Legislação e os cuidados Paliativos no Brasil. **Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte**. São Paulo: Martinari; p 101. 2019

MALTA, C.D.; *et al.* Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. **Rev. Bras. Epidemiol**. v.22, e190030, 2019.

MANSO, M. E. G.; *et al.* Cuidados Paliativos para o portador de câncer. **Revista Portal de Divulgação**. n.52, Ano VII Abr/ Mai/ Jun, 2017.

MARKUS, L. A.; *et al.* A atuação do enfermeiro na assistência ao paciente em cuidados paliativo. **Revista Gestão & Saúde**. v. 17 Supl .1, p.71-81, 2017.

- MARTINS, J. C.; *et al.* Família e câncer: considerações acerca do diagnóstico, tratamento e terminalidade. **Salão do Conhecimento, Unijuc.** p.1-6, 2020.
- MASSAROLI, R.; *et al.* Trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva e sua interface com a sistematização da assistência. **Esc. Anna Nery.** Rio de Janeiro. v. 19, n. 2, p. 252-258, Jun. 2015.
- MATOS, J.C.; BORGES, M.S. The family as a member of palliative care assistance. **Rev enferm UFPE on line.** Recife. v. 12, n. 92, p. 399-406, set. 2018.
- MENEZES, T. M. O. Diagnósticos e intervenções de enfermagem relacionados à dimensão espiritual aplicados em Cuidados Paliativos. In: Associação Brasileira de Enfermagem, 2019.
- MINAYO, M. C.S. (org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 26ª edição. Petrópolis: Vozes, 2007.
- MEIRELES, D. S.; *et al.* Assistência de enfermagem ao idoso em cuidados paliativos: um relato de experiência. **Brazilian Journal of Development.** v.6, n.6, 2020.
- MORAIS, E. N.; *et al.* Cuidados paliativos: enfrentamento dos enfermeiros de um hospital privado na cidade do Rio de Janeiro – RJ. **Res. Fundam. Care. Online.** 2018.
- MORTIZ, R.D.; ROSSINI, P. J.; DEICA, S.A. Cuidados Paliativos na UTI: definições e aspectos éticos-legais. **Cuidados Paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva.** Editora Atheneu 2012; p.19-31.
- MUN, E.; *et al.* Use of Improving Palliative Care in the ICU (Intensive Care Unit) Guidelines for a Palliative Care Initiative in an ICU. **The Permanent Journal (Perm J),** v.21, p.16-037, 2017.
- NASCIMENTO, J. C. C. Avaliação da dor em paciente com câncer em cuidado paliativo, a luz da literatura. **Revista Acadêmica do Instituto de Ciências da Saúde.** v.3, n. 1, p.1-16, 2017.
- NASCIMENTO, N. C. L.; *et al.* Saturação teórica em pesquisa qualitativa: relato de experiência na entrevista com escolares. **Rev. Bras. Enfermagem,** v. 1, n.71, p. 243-8, 2018
- OUCHI, D. J.; *et al.* O papel do enfermeiro na unidade de terapia intensiva diante de novas tecnologias em saúde. **Revista Saúde em Foco,** Ed. 10, 2018.
- OLIVEIRA, M. C. *et al.* Cuidados Paliativos: visão de enfermeiros de um hospital de ensino. **Revista COFEN.** v. 7, n.1, 2016.
- PEGORARO, M. M.O.; PAGANINI, M. C. Cuidados paliativos e limitação de suporte de vida em terapia intensiva. **Rev. Bioét.** Brasília. v. 27, n. 4, p.699-710, 2020.
- PASSOS, S. S. S.; *et al.* User embracement in care for families at an intensive care unit. **Rev. Enferm UERJ [Internet].** Rio de Janeiro. v. 23, n. 3, p. 368-74, mai/jun, 2015.

PAIVA, C. F. *et al.* Reconfiguração dos cuidados paliativos de enfermagem oncológica: contribuições da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.73, n.6, p: 1-8, 2019.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. Problemas atuais de bioética. 8ª ed. rev. ampl. São Paulo: Loyola; 2007

PESSINI, L. Vida e morte na UTI: a ética no fio da navalha. **Revista Bioética**, v. 24 n.1, p.54-63, 2016.

PIRES, I. B. *et al.* Conforto no final de vida na terapia intensiva: percepção da equipe multiprofissional. **Acta paul. Enferm.** São Paulo. v. 33, eAPE20190148, 2020.

RATES, P. M. C.; COSTA, R. M.; PESSALACIA, R. D. J. Caracterização de riscos em protocolos submetidos a um comitê de ética em pesquisa: análise bioética. **Rev. bioét.** (Impr.). v. 22, n. 3, p. 493-9, 2014.

RULAND, C. M.; MOORE, S. M. Theory Construction based on standards of care: a proposed theory of the peaceful end of life. **Nurs Outlook**. v. 46, n. 4, p.169-75, 1998.

RODRIGUEZ, H.A.; *et al.* Características epidemiológicas e causas de óbitos em pacientes internados em terapia intensiva. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 69, n. 2, 2016.

Salmo 37, A.T. Salmos. Português. In: A Bíblia sagrada: Antigo e novo testamento. Tradução: Storniolo, I, Balancin, M.E. São Paulo: Paulus, p. 672.

SALUM, M. E. G. *et al.* Processo de morte e morrer: desafios no cuidado de enfermagem ao paciente e família. **Rev Rene [Internet]**. v.18, n.4, p. 528-35, 2017.

SAMPAIO, F.A.A.; *et al.* Assistência de enfermagem a paciente com colostomia: aplicação da teoria de Orem. **Acta Paul Enferm**. v. 2, n. 1, p. 94-100, 2008.

SANTANA, J. C. B.; PESSINI, L.; SÁ, A. C. Vivências de profissionais da saúde frente ao cuidado de pacientes terminais. **Enfermagem Revista**, Belo Horizonte. v. 20, n. 1, p. 1-12, fev. 2018.

SAVIETO, R. M.; LEÃO, E. R. Assistência de Enfermagem e Jean Watson: uma reflexão sobre a empatia. **Esc. Anna Nery**, v. 20, n. 1, Jan-Mar. 2016.

SILVA, S. O.; *et al.* Conhecimento, atitudes e práticas dos profissionais de saúde sobre os cuidados paliativos a pacientes oncológicos. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. v.11, n.9, 2019.

SILVA, A. E.; *et al.* Cuidados paliativos domiciliares: revisão integrativa. **Ciência Cuidado e Saúde**, v.1, n.8, p.1-7, 2020.

SILVA, D. A. O paciente com câncer e a espiritualidade: revisão integrativa. **Revista Cuidarte**. v. 11, n. 3, 2020.

SILVA, M. M.; LIMA, L.S. Participação do familiar nos cuidados paliativos oncológicos no contexto hospitalar: perspectiva de enfermeiros. **Rev Gaúcha Enferm.** v.35,n.4, p.14-9, dez/2014.

SIQUEIRA, J.; ZILLI, F.; GRIEBELER S. Profissionais de saúde e o processo de morte e morrer dos pacientes: uma revisão integrativa. **Pers. Bioét.** v.22, n.2, p. 288-302, 2018.

SILVA, S. R. *et al.* Nursing team actions from the perspective of families of patients under palliative care. **Rev Min Enferm.** v. 20, e983, 2016.

SOUSA, A. D. R. S.; SILVA, L. F.; PAIVA, E. D. Intervenções de enfermagem nos cuidados paliativos em Oncologia Pediátrica: revisão integrativa. **Rev Bras. Enferm.** v.2, n.72, p. 556-66, 2019.

SANTOS, J. P. R.; *et al.* Cuidados paliativos em neonatologia: uma revisão narrativa. **Brazilian Journal of health review.** v.3, n.5, p. 14589-14601, 2020.

SOUSA, A. D. P.; NUNES, N. A. H. Assistência do profissional enfermeiro no manejo da dor de pacientes sem possibilidades terapêuticas de cura. **Revista de Enfermagem UFPI,** v.8, n.4, p. 96-101, 2019.

VICENSI, M. C. Reflexão sobre a morte e o morrer na UTI: a perspectiva do profissional. **Rev. bioét. (Impr.).** v. 24, n.1, p. 64-72, 2016.

VIEIRA, M.A.; *et al.* Characteristics of deaths of hospitalized patients in Intensive Care Unit of a tertiary hospital. **Health Biol.Sci.** v.7, n.1, p.26-31, 2019.

World Health Organization.(WHO) Global atlas of palliative care at the end of life. London: **World wide Palliative Care Alliance;** 2014. [Internet] Disponível em: <http://www.thewpca.org/resources/global-atlas-of-palliative-care>

World Health Organization (WHO). Cuidados paliativos. WHO. [Internet]. 2018. Disponível em<<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>>

ZACCARA, A. A. L.; COSTA, S. F. G.; NOBREGA, M. M. L.; *et al.* Análise e avaliação da teoria final de vida pacífico segundo critérios de Fawcett. **Texto Contexto Enferm,** Paraíba, v. 26, n. 4, p.2-6, 2017.

ZACCARA, A. A. L.; BATISTA, P. S. S.; VASCONCELOS M. F.; *et al.* Contributions of the theory of the peaceful end of life to the nursing care for patients under palliative care. **Rev. pesq. Cuid. Fundam.** Online, v.12, p.1247- 1252, jan./dez.2020.

APÊNDICE A – OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO E LIBERAÇÃO DE CAMPO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Ofício S/N

À Gerência de Enfermagem do Hospital São Rafael,

Eu, VERÔNICA MATOS BATISTA pesquisadora responsável da pesquisa: “Cuidados de enfermagem a pacientes em palição na unidade de terapia intensiva: um olhar sobre a teoria final de vida pacífico, solicito autorização para realizar a coleta de dados desse projeto de pesquisa. Esclarecemos que esses dados servirão como veículo de aproximação com os participantes da pesquisa e nos comprometemos a apresentar a V. S. o parecer de aprovação do CEP para dar início à coleta. Certa do entendimento por parte de V.S., agradeço desde já a presteza no seu atendimento.

Cordialmente,

Pesquisadora – Verônica Matos Batista

Orientadora –Tânia Maria de Oliva Menezes

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde

CEPEE – UFBA Tel: (71) 3283-7615 / e-mail: cepee.ufba@ufba.br

O presente termo em atendimento à Resolução 466/12, destina-se a esclarecer ao participante da pesquisa intitulada: Cuidados de enfermagem a pacientes em palição na unidade de terapia intensiva: um olhar sobre a teoria final de vida pacífico, desenvolvida pela enfermeira mestranda do curso de Pós-graduação em Enfermagem da UFBA, Verônica Matos Batista sob orientação da Profa. Dra. Tânia Maria O. Menezes - os seguintes aspectos:

• INTRODUÇÃO:

Este documento fornece uma descrição do estudo do qual você está sendo convidado a participar. Também resume as informações atualmente disponíveis em relação às condutas a serem avaliadas. Será assinado em duas vias ficando uma via com o participante da pesquisa e a outra com a pesquisadora.

• **OBJETIVO DO ESTUDO:** Apreender os cuidados prestados pela equipe de enfermagem ao paciente em palição na Unidade de Terapia Intensiva

• **PROCEDIMENTOS DO ESTUDO:** Caso concorde em participar do estudo, você responderá um questionário sociodemográfico e será entrevistado com roteiro semiestruturado. Seu depoimento será gravado em gravador digital e depois transcrito na íntegra, com sua identidade preservada. As investigadoras não estão sendo remuneradas para a realização desse estudo, assim como as entrevistadas não receberão benefícios financeiros para a sua participação no mesmo.

• **PROVÁVEIS RISCOS:** O estudo não oferece riscos caso concorde em participar. Os pesquisadores irão respeitar sua vontade de deixar de fazer parte da pesquisa em qualquer momento da mesma.

Qualquer dúvida pode ser esclarecida com a pesquisador Verônica Matos Batista pelo telefone (71) 99683-2969 e/ou o Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital São Rafael – Av.

São Rafael, 2152 - São Marcos, Salvador - BA, 41253-190.

- **PROVÁVEIS BENEFÍCIOS:** Os resultados do estudo serão apresentados ao Hospital São Rafael e futuramente publicado em revistas da área de saúde/enfermagem, podendo assim, contribuir para a melhoria da assistência as pessoas sob cuidados paliativos. Seus resultados poderão se reverter em maior utilização de ferramentas leves de cuidado.
- **CONFIDENCIALIDADE:** Todos os dados obtidos durante o estudo, relacionados a você, serão tratados como confidenciais. Nenhuma informação envolvendo seu nome será fornecida a qualquer pessoa. Você não será identificado pessoalmente em nenhum momento da pesquisa. Os dados serão computadorizados e, anonimamente, utilizados em um relatório final da pesquisa, como preconiza a resolução 466/12.
- **PROTEÇÃO DO ENTREVISTADO:** Comitê de Ética. Este protocolo foi submetido à avaliação do Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital São Rafael cuja finalidade é verificar se as condições exigidas para sua proteção e o respeito aos seus direitos vêm sendo cumpridos. Os Comitês aprovaram o projeto antes de iniciar esta coleta.
- **SEUS DIREITOS:** Você tem toda a liberdade para decidir se quer ou não participar desta pesquisa. Poderá recusar e, se aceitar, poderá abandonar o estudo a qualquer momento sem ter que fornecer qualquer razão que justifique sua decisão. Se você tiver qualquer pergunta sobre este estudo, por favor, exponha-as.

CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO

Título: Cuidados de enfermagem a pacientes em palição na unidade de terapia intensiva: um olhar sobre a teoria do final de vida pacífico.

Pesquisador: Verônica Matos Batista

Tel: (71) 99683-2969 e-mail: veronicaenf@hotmail.com

Orientadora: Profa. Dra. Tânia Maria O. Menezes

E-mail: tomenezes50@gmail.com

Considerando que fui devidamente esclarecido (a), sobre o tema e objetivo da pesquisa, pela pesquisadora, e por se tratar da coleta de dados mediante entrevista semiestruturada gravada para fins acadêmicos e elaboração da dissertação de mestrado da pesquisadora, pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, eu _____

confirmando minha aceitação em participar da pesquisa, prestando as informações solicitadas. Declaro estar ciente de que estas serão utilizadas, somente, para fins científicos, sendo que

não terei meu nome divulgado na pesquisa, nem quaisquer outros dados que possam me identificar, como também tenho plena liberdade em retirar meu consentimento para participar da referida pesquisa, a qualquer momento, sem prejuízo financeiro, hierárquico ou de qualquer natureza.

Por estar de pleno acordo com o teor do presente termo, assino-o juntamente com o pesquisador. Declaro também que recebi de forma voluntária e apropriada o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deste entrevistado, para participação nesta Pesquisa.

Salvador, _____ de _____ 2021

Assinatura do participante

Ass. do Pesquisador

APENDICE C – ROTEIRO PARA ENTREVISTA INDIVIDUAL



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Programa de Pós-Graduação de Enfermagem

CEPEE – UFBA Tel.: (71) 3283-7615 / e-mail: cepee.ufba@ufba.br

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO

Data da Coleta: ___/___/___ Horário: _____ Nº: _____

Iniciais: _____

Sexo: F () M () Idade: _____

Categoria Profissional: _____

Especialização: () SIM () NÃO .

Caso afirmativo, em qual área? _____

Abordou cuidados paliativos na sua graduação? SIM () NÃO ()

Você já cuidou de algum paciente em fase terminal? SIM () NÃO ()

Ano de formação da graduação: _____

Tempo de atuação em UTI: _____

Religião: _____

QUESTÃO DE APROXIMAÇÃO

- Qual o seu conhecimento sobre cuidados paliativos?

QUESTÕES NORTEADORAS

1. Como você cuida do paciente em cuidados paliativos na UTI?
2. Você encontra facilidades e/ou dificuldades para cuidar do paciente em cuidados paliativos na UTI? () Sim () Não. Caso afirmativo, quais?
3. Que ações você executa e considera como pertencentes aos cuidados paliativos na UTI?
4. Na sua opinião, quais são as principais necessidades básicas do paciente em cuidado paliativo na UTI?
5. Quando o paciente e/ou família refere medo e/ou ansiedade, como você cuida dos aspectos emocionais?

6. Quais ações você desenvolve para que os pacientes em cuidados paliativos tenham maior proximidade com seus familiares, amigos e/ou pessoas que o cuidam? Exemplifique.

ANEXO A – PROTOCOLO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

HOSPITAL SÃO
RAFAEL/MONTE TABOR-BA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: TEORIA DO FINAL DE VIDA PACÍFICO

Pesquisador: Isabella Batista Pires

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 93808218.9.0000.0048

Instituição Proponente: Hospital São Rafael/Monte Tabor-BA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.890.509

Apresentação do Projeto:

A expectativa de vida dos pacientes com doenças crônicas que ameaçam a vida aumentou de forma exponencial nas últimas décadas, devido ao provento das tecnologias médicas avançadas e o surgimento das Unidades de Terapia Intensiva (UTI). O aumento da sobrevida dos pacientes sem possibilidades de cura levou ao aparecimento de conflitos importantes entre obstinação terapêutica e Cuidados Paliativos. Diante dessa realidade, a equipe multiprofissional da UTI vivencia uma mudança de paradigma do cuidado, onde o foco se torna aliviar o sofrimento e proporcionar uma morte digna, em vez da cura da doença. Os CP foram definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1990, redefinidos em 2002 e modificados em 2017, como sendo uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes (adultos e crianças) e suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças potencialmente fatais.

Previne e alivia o sofrimento, através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas, sejam eles físicos, psicossociais ou espirituais. No Brasil, o Conselho Federal de Medicina, por meio da resolução 1.805/2006, resolveu que é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal, respaldando, por conseguinte, a decisão médica na escolha pela filosofia dos CP.

Endereço: Av. São Rafael 2152, 6º andar
Bairro: São Marcos **CEP:** 41.256-900
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3281-6484 **Fax:** (71)3281-6855 **E-mail:** cep@hsr.com.br

HOSPITAL SÃO
RAFAEL/MONTE TABOR-BA



Continuação do Parecer: 2.890.509

A Teoria do Fim de Vida Pacífico (TFVP), das autoras Ruland e Moore (1998), descreve que, para promover a dignidade dos pacientes que se encontram na fase terminal da doença, é preciso garantir o alívio da dor, manutenção do conforto e respeito, priorizar o estado de paz e assegurar a presença dos familiares e amigos próximos. Apesar do aumento do número de estudos sobre o tema, e da quantidade de pacientes com necessidade de CP, observa-se que o profissional de saúde ainda encontra dificuldades na abordagem integral desses pacientes, levando a consequências negativas para a qualidade dos cuidados. A falta de preparo teórico e técnico dos profissionais é associada à carência de qualificação durante a formação acadêmica, justificado por poucas disciplinas relacionadas com CP e processo de morrer. Entre as principais dificuldades encontradas pela equipe multiprofissional da UTI durante a atuação em CP estão: prioridade apenas no controle dos sintomas físicos; distanciamento do profissional com o paciente e família, como forma de proteção inconsciente do sofrimento; despreparo para compreender a suspensão dos tratamentos fúteis; dificuldade

na abordagem inicial à família; falta de comunicação entre a equipe multiprofissional; ausência de registro nos prontuários sobre o consenso dos cuidados adotados, entre outras. Levando em consideração a importância da equipe multiprofissional nesses cuidados, definiu-se a seguinte questão norteadora: Qual a atuação dos profissionais das diferentes categorias em cuidados paliativos na Unidade de Terapia Intensiva? O Objetivo geral é apreender a atuação dos profissionais das diferentes categorias em cuidados paliativos na Unidade de

Terapia Intensiva.

Objetivo da Pesquisa:

O Objetivo geral é apreender a atuação dos profissionais das diferentes categorias em cuidados paliativos na Unidade de Terapia Intensiva. Os objetivos específicos são: 1. Identificar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre cuidados paliativos; 2. Conhecer como os profissionais de saúde cuidam de pacientes em cuidados paliativos na UTI; 3. Descrever como os profissionais de saúde se comunicam com os pacientes em cuidados paliativos na UTI.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Será conservado o princípio da beneficência, no que diz respeito às contribuições do estudo para prática profissional e subsídio para uma assistência de saúde baseada em evidências. Os benefícios aos participantes são exclusivamente indiretos, poderá estimular a reflexão do processo de trabalho de cada participante e, após conclusão dos resultados da pesquisa poderá fornecer subsídios para protocolos de implementação mais efetiva dos CP nas unidades da pesquisa.

Endereço: Av. São Rafael 2152, 6º andar
Bairro: São Marcos **CEP:** 41.256-900
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3281-6484 **Fax:** (71)3281-6855 **E-mail:** cep@hsr.com.br

HOSPITAL SÃO
RAFAEL/MONTE TABOR-BA



Continuação do Parecer: 2.890.509

Quanto aos princípios da não-maleficência e justiça será atentado para os riscos durante a participação da pesquisa. Os participantes poderão apresentar desgaste físico e constrangimento que poderá surgir durante as entrevistas, por se tratar de uma temática que remete a reflexões pessoais e da prática profissional. Será garantida interrupção da entrevista quando tais riscos forem notados, deixando claro o anonimato e a não pretensão de avaliação da prática profissional. Quanto ao desgaste físico, o agendamento das entrevistas ocorrerá respeitando a jornada de trabalho de cada profissional, bem como o recolhimento dos questionários. Caso o tempo das entrevistas seja percebido como exaustivo, será reagendada um segundo encontro para finalizar as perguntas do questionário semi-estruturado de acordo com o consentimento do participante. O Comitê de Ética e Pesquisa será informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo e dos efeitos adversos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa, a qual segundo Minayo tem o objetivo de compreender o sentido ou a lógica interna que os sujeitos atribuem a suas ações, representações, sentimentos, opiniões e crenças. Será solicitada ao setor de Recursos Humanos da instituição, a relação dos nomes de todos os profissionais de nível superior vinculados a essa UTI, após aprovação do Comitê de Ética. O primeiro contato será realizado com os profissionais em seu local de trabalho, onde a pesquisadora se apresentará informando os objetivos da pesquisa e fazendo o convite para participação do projeto. A coleta dos dados ocorrerá após a aprovação pelo Comitê de Ética. Os dados serão obtidos por meio de questionário de caracterização sociodemográfica, entrevista com roteiro semi-estruturado e questões relacionadas ao objeto de estudo. As entrevistas serão agendadas previamente pelos pesquisadores, de acordo com a disponibilidade do profissional e será realizada na própria instituição de coleta, em sala reservada. As entrevistas serão gravadas em gravador digital e transcritas para posterior análise. Será utilizada uma sala

Endereço: Av. São Rafael 2152, 6º andar
Bairro: São Marcos **CEP:** 41.256-900
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3281-6484 **Fax:** (71)3281-6855 **E-mail:** cep@hsr.com.br

HOSPITAL SÃO
RAFAEL/MONTE TABOR-BA



Continuação do Parecer: 2.890.509

privativa das unidades para realização da entrevista de forma que não seja interrompida por ruídos externos. Os depoimentos serão analisados através da técnica de análise de conteúdo de Bardin, que tem como objeto de estudo a linguagem, através da qual é possível a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo existente nos depoimentos escritos dos participantes. A pesquisa será realizada em duas UTIs Gerais de um hospital filantrópico de grande porte do município de Salvador, Bahia. É um hospital geral, que oferece serviços especializados de média e alta complexidade, em diversas especialidades, sendo referência em áreas como Oncologia, Neurologia, Nefrologia, Transplante de Medula Óssea, pesquisa com células-tronco, entre outras. O estudo será realizado em duas UTIs gerais de alta complexidade: UTI Geral 1, destinadas a pacientes em pós-operatório imediato de cirurgias de grande porte além de pacientes sépticos e crônicos; e UTI Geral 2, que é priorizado o internamento de pacientes imunossupressos, principalmente oncológicos e pós-operatório de transplante de medula óssea. Os sujeitos deste estudo serão todos os profissionais que participam da equipe dessas UTIs do hospital, quais sejam: médicos plantonistas e diarista, enfermeiros assistenciais, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas assistenciais e diarista, farmacêuticas, nutricionistas, psicóloga e assistentes sociais. A escolha das categorias profissionais se justifica por serem as mais próximas à abordagem dos cuidados paliativos, uma vez que estão em contato direto com os pacientes e

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Esta pesquisa respeitará todos os aspectos éticos, de acordo com as exigências dispostas na Resolução Nº 466, sancionada em 12 de dezembro de 2012, pelo Conselho Nacional de Saúde, a qual aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado, com base nos referenciais básicos da bioética, como autonomia, justiça, beneficência, não maleficência e equidade.

Endereço: Av. São Rafael 2152, 6º andar
Bairro: São Marcos **CEP:** 41.256-900
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3281-6484 **Fax:** (71)3281-6855 **E-mail:** cep@hsr.com.br

HOSPITAL SÃO
RAFAEL/MONTE TABOR-BA



Continuação do Parecer: 2.890.509

Além da resolução 510, de 07 de abril de 2016 e resolução 554, de 15 de setembro de 2017.

Serão preservados os princípios éticos da autonomia, sendo incluídos apenas os profissionais de saúde que aceitarem participar do estudo, após apresentação dos objetivos, relevância e riscos. Os participantes serão informados sobre o seu direito de participar ou não do estudo, bem como de desistir em qualquer fase, devendo os mesmos expressar esta intenção a pesquisadora a qualquer momento da pesquisa, ou através do telefone disponibilizado, sem que haja prejuízo na utilização do serviço.

Será submetida à aprovação pelo Comitê de Ética, antes da coleta de dados, conforme regulação. Para respeitar o direito dos participantes e garantir o sigilo das informações obtidas, suas identidades serão mantidas em anonimato, sendo os sujeitos identificados pelas três letras iniciais da categoria (Enf, Med, Fis, Far, Nut, Ass), seguida do número de ordem da entrega dos questionários (Enf1, Enf2, Med1, Med2, Fis1...)

Recomendações:

As recomendações sugeridas pelo Cep foram cumpridas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o Parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1139037.pdf	22/08/2018 16:05:17		Aceito
Brochura Pesquisa	Projeto de pesquisa modificado.doc	22/08/2018 16:03:23	Isabella Batista Pires	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmodificado.pdf	22/08/2018 13:38:06	Isabella Batista Pires	Aceito
Declaração de	declaracaoFabiana.jpg	22/08/2018	Isabella Batista	Aceito

Endereço: Av. São Rafael 2152, 6º andar
Bairro: São Marcos **CEP:** 41.256-900
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3281-6484 **Fax:** (71)3281-6855 **E-mail:** cep@hsr.com.br

HOSPITAL SÃO
RAFAEL/MONTE TABOR-BA



Continuação do Parecer: 2.890.509

Pesquisadores	declaracaoFabiana.jpg	13:37:11	Pires	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoJuliana.pdf	22/08/2018 13:36:55	Isabella Batista Pires	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoMateus.pdf	22/08/2018 13:36:41	Isabella Batista Pires	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoVeronica.pdf	22/08/2018 13:32:06	Isabella Batista Pires	Aceito
Outros	Roteiroparaentrevista.pdf	26/05/2018 18:49:02	Isabella Batista Pires	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCompleto.pdf	26/05/2018 18:46:39	Isabella Batista Pires	Aceito
Outros	Curriculolattespesquisadoralsabella.pdf	26/05/2018 18:44:13	Isabella Batista Pires	Aceito
Outros	CurriculolattespesquisadorGildasio.pdf	26/05/2018 18:43:56	Isabella Batista Pires	Aceito
Outros	Curriculodaorientadora.pdf	26/05/2018 18:43:30	Isabella Batista Pires	Aceito
Outros	Termodecompromissodecustos.pdf	26/05/2018 18:42:40	Isabella Batista Pires	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	26/05/2018 18:33:51	Isabella Batista Pires	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	26/05/2018 18:33:39	Isabella Batista Pires	Aceito
Outros	CadastradoprojetoHSR.pdf	26/05/2018 18:29:51	Isabella Batista Pires	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	26/05/2018 18:27:25	Isabella Batista Pires	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoGildasioPereira.pdf	26/05/2018 18:26:58	Isabella Batista Pires	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoIsabellaPires.pdf	26/05/2018 18:21:26	Isabella Batista Pires	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracaoorientadora.pdf	26/05/2018 18:08:49	Isabella Batista Pires	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	26/05/2018 18:05:10	Isabella Batista Pires	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. São Rafael 2152, 6º andar
Bairro: São Marcos **CEP:** 41.256-900
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3281-6484 **Fax:** (71)3281-6855 **E-mail:** cep@hsr.com.br

HOSPITAL SÃO
RAFAEL/MONTE TABOR-BA



Continuação do Parecer: 2.890.509

SALVADOR, 12 de Setembro de 2018

Assinado por:
Regina Maria Pereira Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Av. São Rafael 2152, 6º andar
Bairro: São Marcos **CEP:** 41.256-900
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3281-6484 **Fax:** (71)3281-6855 **E-mail:** cep@hsr.com.br