



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

GILDASIO SOUZA PEREIRA

ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA NOS CUIDADOS PALIATIVOS
EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: TEORIA FINAL DE VIDA PACÍFICO

SALVADOR

2020

GILDASIO SOUZA PEREIRA

**ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA NOS CUIDADOS PALIATIVOS
EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: TEORIA FINAL DE VIDA PACÍFICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal da Bahia, como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestre em Enfermagem e Saúde na 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.

Orientadora: Profa. Dra. Tânia Maria de Oliva Menezes
Coorientador: Prof. Dr. Raul Fernando Guerrero Castañeda

SALVADOR

2020

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA),
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Pereira, Gildasio Souza

Atuação da enfermeira nos cuidados paliativos em unidades de
terapia intensiva: teoria final de vida pacífico/ Gildasio Souza
Pereira-- Salvador, 2020.
80f.

Orientadora: Tânia Maria de Oliva Menezes

Coorientador: Raul Fernando Guerrero Castañeda

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem e Saúde) -- Universidade Federal da Bahia, Escola
de Enfermagem, 2020.

1. Enfermeira. 2. Cuidados Paliativos. 3. Unidades de Terapia
Intensiva. 4. Cuidados de Enfermagem. 5. Teoria de Enfermagem
I. Menezes, Tânia Maria de Oliva. II. Título.

GILDASIO SOUZA PEREIRA

ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA NOS CUIDADOS PALIATIVOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: TEORIA FINAL DE VIDA PACÍFICO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal da Bahia, como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestre em Enfermagem e Saúde na 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.

Aprovado em 28 de agosto de 2020.

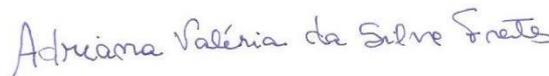
BANCA EXAMINADORA

Tânia Maria de Oliva Menezes



Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Adriana Valéria da Silva Freitas



Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Cláudia Feio da Maia Lima



Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Juliana Bezerra do Amaral

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

Aos alicerces de minha existência,
meus queridos e amados pais, **Edna Souza Pereira e Jerônimo Pereira**(*In memoriam*).O
saudosismo que ora subsiste intenso em face de vossas ausências, é tão somente o reflexo
do amor compartilhado e bem vivido. Contudo, sei que Deus sempre nos oportuniza
suavidade e paz, ao tempo em que tudo faz passar. Aos meus **irmãos, sobrinhos e**
amigos de fé, pelo amor incondicional a mim proporcionado ao longo da vida, me
fortalecendo e assegurando **suporte emocional** durante a árdua jornada do mestrado.
Tudo valeu a pena!

AGRADECIMENTOS

A **TODOS** que estiveram ao meu lado, permitindo saber que não estive sozinho nessa jornada, mas sempre acompanhado de pessoas que me acolheram, expressaram apoio e estímulo durante esse período.

A **Dimensão Espiritual e Família de Axé**, que me amparou a cada tropeço durante a minha inclusão no mestrado e a construção da dissertação. A conclusão desta foi uma tarefa intensa, exigindo abdicção profissional e pessoal, demandando muito esforço e levando-me a um crescimento imensurável. Contudo, sabia que ao final daria certo, pois Deus (*Olódùmarè*) e eu Orixá *Lógunède*, sempre serão minhas fortalezas.

A Professora Dr.^a **Tânia Maria de Oliva Menezes**, minha orientadora, por ter me acolhido na EEUFBA, no grupo de pesquisa sobre sua liderança e ter compartilhado, generosamente, seu conhecimento para a realização desta dissertação.

Ao Professor Dr. **Raul Fernando Guerrero Castaña**, meu coorientador, pelo apoio acadêmico para a conclusão dessa dissertação.

Às **Enfermeiras** que participaram do estudo, gratidão pelas informações relevantes fornecidas durante depoimentos e que contribuíram para construção dessa dissertação.

Aos **amigos** que me foram presenteados neste convívio na EEUFBA, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, ao longo do mestrado. Em especial a Nildete Pereira Gomes; Isabella Batista Pires; Mateus Viera Soares; Fabiana Araújo Moreira; Rebeca Santos de Albuquerque e Verônica Matos Batista que oportunizaram o compartilhamento dos ensinamentos-aprendizados e risos, além do sempre encorajamento, não me deixando desestimular e repassando energias renováveis com intuito do triunfo.

A todo corpo docente e funcionários do **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFBA**, pelo apoio e pelo incentivo e, principalmente, por acreditarem na construção de um mundo melhor através da educação.

Aos membros do Núcleo de Estudos e Pesquisa do Idoso (**NESPI**) pela receptividade, construção de conhecimento e pelas atividades desenvolvidas juntas.

Aos **membros das bancas examinadoras** pela disponibilidade e para avaliarem esse trabalho de pesquisa

Às vezes, não conseguimos o que queremos, mas
Deus sempre nos dá aquilo que precisamos.
(KÜBLER-ROSS, 2017)

RESUMO

PEREIRA, Gildasio Souza. **Atuação da enfermeira nos cuidados paliativos em unidade de terapia intensiva: Teoria Final de Vida Pacífico**. 2020. 80f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador.

As enfermeiras vivenciam, no cotidiano, o cuidado às pessoas que estão fora de possibilidade de cura e que se situam na fase de terminalidade. Este estudo teve como objetivo geral, apreender a atuação da enfermeira nos cuidados paliativos em Unidade de Terapia Intensiva e como objetivos específicos: 1. Identificar o conhecimento da enfermeira acerca dos Cuidados Paliativos; 2. Conhecer as facilidades e dificuldades da enfermeira no cuidar dos pacientes em palição na Unidade de Terapia Intensiva; 3. Identificar como a enfermeira proporciona conforto e bem-estar aos pacientes em palição na Unidade de Terapia Intensiva; 4. Identificar como a enfermeira cuida dos aspectos emocionais do paciente em palição na Unidade de Terapia Intensiva. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, caracterizado como descritivo e exploratório, realizado com a participação de 14 enfermeiras intensivistas de uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital privado, na cidade de Salvador, Bahia. A coleta dos depoimentos ocorreu por meio de entrevista semiestruturada, gravada no *Smartphone*, no período que compreende o mês de novembro de 2018 ao mês de maio de 2019. Os depoimentos foram apurados por meio da Análise de Conteúdo temática e posteriormente discutidos à luz da Teoria Final da Vida Pacífico e literatura sobre Cuidados Paliativos. Foram apreendidas as seguintes categorias: 1. Compreensão de enfermeiras sobre Cuidados Paliativos na Unidade de Terapia Intensiva; 2. Percepção de enfermeiras sobre conforto ao paciente em Cuidados Paliativos; 3. A enfermeira possibilita proximidade do paciente em palição com a família na unidade de terapia intensiva; 4. A enfermeira proporciona ao paciente estar em paz; 5. Facilidades e dificuldades da enfermeira no cuidado ao paciente em Cuidados Paliativos na Unidade de Terapia Intensiva. Conclui-se que as enfermeiras direcionam suas ações para a integralidade do cuidado, contemplando as dimensões que compõe o Ser. As prioridades da atuação são conforto e bem-estar, com propósito de reduzir os incômodos provocados pela progressão da patologia. Também, facilitam a proximidade de familiares, com o intuito de proporcionar tranquilidade e compaixão junto ao seu ente querido.

Palavras-chave: Enfermeira. Cuidados Paliativos. Unidades de Terapia Intensiva. Cuidados de Enfermagem. Teoria de Enfermagem.

ABSTRACT

PEREIRA, Gildasio Souza. **The nurse's performance in palliative care in an intensive care unit: Theory of the End of Peaceful Life.** 2020. 81f. Dissertation (Master in Nursing) - Graduate Nursing Program at the Federal University of Bahia, Salvador.

Nurses experience daily care for people who are out of the possibility of cure and who are in the terminal phase. This study had as a general objective, to apprehend the nurse's performance in palliative care in the Intensive Care Unit and as specific objectives: 1. Identify the nurse's knowledge about Palliative Care; 2. Know the nurse's facilities and difficulties in caring for palliative patients in the Intensive Care Unit; 3. Identify how the nurse provides comfort and well-being to palliative patients in the Intensive Care Unit; 4. Identify how the nurse takes care of the emotional aspects of the patient under palliation in the Intensive Care Unit. This is a study with a qualitative approach, characterized as descriptive and exploratory, carried out with the participation of 14 intensive care nurses from an Intensive Care Unit of a private hospital, in the city of Salvador, Bahia. The testimonies were collected through a semi-structured interview, recorded on the Smartphone, from November 2018 to May 2019. The testimonies were verified through thematic Content Analysis and later discussed in the light of the Theory Peaceful End of Life and Palliative Care literature. The following categories were apprehended: 1. Nurses' understanding of Palliative Care in the Intensive Care Unit; 2. Nurses' perception of patient comfort in Palliative Care; 3. The nurse allows proximity of the patient in palliation with the family in the intensive care unit; 4. The nurse allows the patient to be at peace; 5. Facilities and difficulties of nurses in patient care in Palliative Care in the Intensive Care Unit. It is concluded that nurses direct their actions towards the integrality of care, considering the dimensions that make up the Being. The priorities of the work are comfort and well-being, with the purpose of reducing the discomfort caused by the progression of the pathology. They also facilitate the proximity of family members, in order to provide tranquility and compassion to your loved one..

Keywords: Nurse. Palliative care. Intensive Care Units. Nursing care. Nursing Theory.

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CP	Cuidados Paliativos
DCNT	Doença Crônica não transmissível
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
MS	Ministério da Saúde
NESPI	Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre Saúde do Idoso
OMS	Organização Mundial de Saúde
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SUS	Sistema Único de Saúde
TFVP	Teoria do Final da Vida Pacífico
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	18
2.1 A MORTE/O MORRER NA UTI.....	18
2.2 A ENFERMEIRANOCUIDADO AO PACIENTE EM PALIAÇÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	21
2.3 TEORIA FINAL DE VIDA PACÍFICO.....	25
3 METODOLOGIA.....	27
3.1 TIPO DA PESQUISA	27
3.2 LÓCUS DA PESQUISA	28
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	28
3.4 INSTRUMENTO E COLETA DE DEPOIMENTOS.....	29
3.5 ANÁLISES DOS DEPOIMENTOS.....	30
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	31
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	32
4.2 CATEGORIA 1: COMPREENSÃO DE ENFERMEIROS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	34
4.3 CATEGORIA 2: PERCEPÇÃO DE ENFERMEIRAS SOBRE CONFORTO A PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS.....	38
4.4 CATEGORIA 3: A ENFERMEIRA POSSIBILITA PROXIMIDADE COM A FAMÍLIA	43
4.5 CATEGORIA 4: A ENFERMEIRA PROPORCIONA AO PACIENTE ESTAR EM PAZ	47
4.6 CATEGORIA 5: FACILIDADES E DIFICULDADES DA ENFERMEIRA NO CUIDADO A PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.....	52
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61

REFERÊNCIAS	63
APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido (tcle)	72
APÊNDICE B – Roteiro para entrevista individual	75
ANEXO A – Parecer do comitê de ética e pesquisa	77

1 INTRODUÇÃO

Os profissionais que integram a equipe da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) prestam assistência à saúde dos pacientes gravemente enfermos, seja em cuidados complexos com demanda de decisões frente ao plano terapêutico, seja em casos de possibilidade de evolução clínica instável ou irreversível. Em alguns casos, esse processo de prolongamento devida pode ocorrer com elevados custos psicológicos, sociais e financeiros (PEGORARO; PAGANINI, 2019) dos envolvidos no processo saúde/doença. Nesse aspecto, esses profissionais, em um determinado momento, perceberão o esgotamento das possibilidades terapêuticas, o que poderá ocasionar mudanças no foco de tratamento com associações de terapias curativas e ações paliativistas.

Cuidado Paliativo (CP), de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), é uma assistência à saúde do indivíduo, executada por uma equipe multidisciplinar. Tais cuidados ancoram-se no aspecto de melhora da Qualidade de Vida (QV) dos pacientes e de seus familiares frente aos problemas associados à doença que ameaça a vida, por intermédio da prevenção e alívio do sofrimento, identificando, avaliando e tratando a dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (WHO, 2017). Estima-se que 40 milhões de pessoas necessitem anualmente de CP; 78% deles vivem em países de baixa e média renda, porém, apenas 14% das pessoas que necessitam de CP a recebem (WHO, 2018). Queiroz *et al.* (2018) relatam que os CP devem ser proporcionados ao paciente fora da possibilidade de cura.

Diante de tal situação, o processo de finitude se dá com frequência nas UTI, e os pacientes elegíveis à modalidade da assistência paliativa, apresentam-se nesses locais em elevado quantitativo. Essas unidades caracterizam-se como o setor hospitalar que dispõe de grande arsenal tecnológico o qual possibilita à realização de procedimentos com alta complexidade, bem como a presença de profissionais de saúde capacitados para atender, durante as 24 horas, aqueles pacientes gravemente enfermos, com potencial risco de morte (BONILHA *et al.*, 2015).

Portanto, os profissionais que atuam em UTI vivenciam frequentemente o processo de finitude de vida, cabendo à equipe fornecer cuidados integrais e adequados que contemplem as diversas dimensões constituintes do ser humano (ASLAKSON *et al.*, 2014). Nesse sentido, a Teoria do Final de Vida Pacífico (TFVP), desenvolvida pelas enfermeiras Ruland e Moore (1998), apresentam aspectos relevantes a serem observados no cuidado às pessoas em palição e, por isso, foram essenciais na fundamentação dos achados nesta pesquisa.

A enfermeira¹, que é integrante da equipe multidisciplinar, tem como essência de trabalho o cuidar e o norrear a equipe na promoção do cuidado integral. Nessa conjuntura, os profissionais que atuam em CP precisam estar sempre aspirando à QV, o conforto, o bem-estar e suporte espiritual das pessoas (CERVELIN; KRUSE, 2014). Contudo, as mudanças de paradigmas relacionadas ao manejo do paciente, pautadas no modelo biomédico, ainda se apresentam de forma incipiente nas UTI, com relação ao enfoque no cuidado e no alívio do sofrimento do ser humano. Diante desse aspecto, o papel do profissional de enfermagem e de demais especialistas que assistem nas UTI precisa sofrer transformações, para que se possam reduzir intervenções agressivas, tratamentos onerosos, dando espaço aos cuidados de final de vida, norteados pelos princípios dos CP (BALIZA *et al.*, 2015; ASLAKSON; CURTIS; NELSON, 2014).

À vista disso, é fundamental a integração dos CP como filosofia no ambiente hospitalar, sobretudo em UTI, sustentada como direito do usuário e dever da equipe multiprofissional de saúde em ofertar-lhe respeito e dignidade, garantindo, assim, um cuidado de qualidade e favorecendo o bem-estar (SILVA, 2013; PICANÇO; SADIGURSKY, 2014). Sobre esse aspecto, a TFVP traz entre seus princípios, a valorização do conforto, da ausência de dor, do respeito à dignidade, do estar em paz, além da proximidade com a família, fato indispensável a quem vivencia o final da vida (RULAND; MOORE, 1998). Souza *et al.* (2016) evidenciaram uma fragilidade em publicações nacionais que mensuram as iniciativas de integração de CP em UTI. Infelizmente, com relação à TFVP, esses estudos ainda são incipientes.

As poucas referências sobre esse assunto e também o fato de ter uma trajetória profissional como enfermeiro em UTI, foram os elementos motivadores para a imersão na investigação sobre esta temática. A convivência em situações relativas à finitude de vida de pacientes hospitalizados em instituições do Sistema Único de Saúde (SUS) e da rede privada, foi relevante para evidenciar a complexidade dessa dimensão do cuidar. A partir disso, pode-se perceber o despreparo desses profissionais diante dessa demanda. No entanto, esta inquietação tornou-se mais evidente após participação como aluno especial da Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde na Universidade Federal da Bahia, principalmente nos períodos 2016.1 e 2017.1, quando foram ofertadas e cursadas as disciplinas Cuidados Paliativos e Tanatologia em, e Espiritualidade e Saúde, respectivamente.

¹Neste estudo, utilizou-se o termo “enfermeira”, tanto para a flexão do gênero masculino, quanto feminino. Tal escolha linguística deve-se ao fato de que há, no Brasil, maior contingente de profissionais do sexo feminino nessa profissão. Além, da amostra estuda foi composta pela maior quantidade de mulheres.

Neste período, foi possível se ter a certeza de que havia a necessidade de buscar novos caminhos para assistir àqueles sob os cuidados de um enfermeiro, principalmente os que estavam no final do ciclo do processo de morte. Ademais, como integrante do Núcleo de Estudo e Pesquisas do Idoso (NESPI/UFBA), pode-se refletir quanto à complexidade do CP e ações do profissional de enfermagem neste contexto. Nas discussões, percebeu-se que há uma importante lacuna no tocante à assistência de enfermagem de forma holística e integral voltada aos pacientes em palição internados na UTI.

Dessa forma, realizou-se um levantamento sobre o estado da arte na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), por meio das bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), Índice Bibliográfico *Español em Ciencias de La Salud* (IBECS), utilizando os descritores: “Cuidados de Enfermagem”, “Cuidados Paliativos” e “Unidades de Terapia Intensiva”, associados ao operador booleano AND. Após utilizar os critérios de inclusão: artigos disponíveis na íntegra, no período entre 2013 a 2017, nos idiomas português, inglês e espanhol, limite adulto e idoso, e exclusão: monografias, dissertações, teses, artigos de revisão, reflexão e opinião, resultou em 164 produções e na pré-seleção de 59 artigos.

Na leitura flutuante do material excluíram-se 39 artigos. Os 20 artigos selecionados abordavam em suas temáticas: O processo de cuidado aos pacientes em palição em Unidade de Cuidados Críticos (UCC); atuação da equipe multiprofissional nessas unidades; entraves da palição em UTI e percepções dos profissionais de enfermagem. Assim, apesar do destaque da enfermagem nessa temática, o número de publicações na área relacionada à atuação da enfermeira nos CP nas UTI ainda é incipiente, sendo necessárias mais pesquisas neste contexto.

Nesta perspectiva, o estudo teve a seguinte questão norteadora de pesquisa: Como se dá a atuação da enfermeira referente aos cuidados paliativos na UTI? A partir desse propósito, buscou-se, como objetivo geral, apreender a atuação da enfermeira em cuidados paliativos na UTI. Para isso, foi necessário tecer os seguintes objetivos específicos: 1. Identificar o conhecimento da enfermeira acerca dos CP; 2. Conhecer as facilidades e dificuldades da enfermeira no cuidar dos pacientes em palição na UTI; 3. Identificar como a enfermeira proporciona conforto e bem-estar aos pacientes em palição na UTI; 4. Identificar como a enfermeira cuida dos aspectos emocionais dos pacientes em palição na UTI.

Em geral, essa pesquisa direcionou para um novo olhar diante da necessidade de mudança do paradigma no processo de cuidar/cuidado às pessoas em palição nas UTI e para

apercepção de instrumentos facilitadores, que poderão proporcionar o fortalecimento da atuação das enfermeiras neste cenário. Além disso, colaborou também para o desenvolvimento de intervenções que proporcionem qualidade no atendimento das reais necessidades dos pacientes em palição nas UTI. Entre estas necessidades, têm-se como determinantes a redução da dor e do sofrimento em seu processo de morte, como também, a contribuição para a melhora no conforto e facilitação para o estado de paz ao estar próximo à sua família.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Apresenta-se, nesta seção, acerca da morte/o morrer na UTI e sobre o cuidado ao paciente em palição na UTI, pelas enfermeiras.

2.1 A MORTE/O MORRER NA UTI

A morte é condição natural do ser vivo. É um tema que pode ser conceituado através do aspecto biológico, social e cultural. Alguns significados que estão associados ao processo traduzem a ideia de morte, tais como: fatalidade inevitável, desilusão, desprendimento, pessimismo (GUERREIRO, 2014).

No Brasil, nas últimas décadas, a questão da morte tem estimulado diversos estudos sobre a temática, de modo a contribuir para o desenvolvimento do conhecimento na área da Tanatologia (SILVA; PEREIRA; MUSSI, 2015). Apesar disso, o tema ainda é tratado com estranheza, pois a morte no Ocidente gera aversão nas pessoas; elas preferem não se aproximarem desse assunto, evitam até falar seu nome nas rodas de conversa, estigmatizando os estudiosos sobre a temática (MENEZES; BARBOSA, 2013).

Kübler-Ross, (2017), em sua obra *A roda da vida* traz uma passagem relevante sobre a reflexão do processo assistencial aos pacientes, ou seja, sobre acontecimentos ocorridos – com certa frequência –, em tempos passados que podem ser percebidos nos dias atuais:

[...] aquelas pessoas que estavam nos últimos estágios de alguma doença, os que estavam morrendo – eram os que recebiam o pior tratamento. Eram colocados nos quartos mais distantes dos postos de enfermagem (KÜBLER-ROSS, 2017, p. 129).

Quanto mais a ciência avança, parece que a humanidade tende a negar e a temer a realidade da morte (KÜBLER-ROSS, 2017). Entretanto, nota-se que a morte e o processo de morrer têm sofrido modificações ao longo dos anos, sendo, pois, caracterizado conforme as interações sociais e culturais de cada civilização, ou melhor, trata-se de um processo construído segundo o momento histórico e o contexto sociocultural no qual o indivíduo está inserido. Na Idade Média, por exemplo, a morte era cercada de rituais e compartilhada socialmente. Nesse contexto, era comum ao moribundo despedir-se da família e dos amigos, arrumar as pendências antes de sua morte (PEREIRA; LOPES, 2014; IVO; PEDROSO, 2017).

Entretanto, a reflexão sobre a morte, na própria morte ou na morte dos entes queridos poderá ocasionar, na contemporaneidade, aparecimentos de diversos sentimentos negativos,

tais como: culpa; raiva pelo adoecimento; tristeza ocasionada pela separação; reflexão e questionamentos do plano espiritual, com evolução ressignificações existenciais.

Com a institucionalização do processo de morte, morrer muitas vezes tornou-se um ato solitário e impessoal. Nesse contexto, os pacientes são retirados dos seus ambientes domésticos, ocorrendo, assim, quebra do vínculo da família, o que de certa forma pode provocar modificação na estrutura das mesmas. Silva *et al* (2015) salientam que as famílias deixam seus entes queridos adoecidos sobre a responsabilidade da equipe de saúde, por considerarem que este local é o melhor espaço para ocorrer a morte, pois acreditam que haverá suporte durante todo o processo do avanço da doença e reduzindo os incômodos dos seus entes queridos no decorrer do processo de finitude. Assim sendo, a exclusão da morte e daquele que está morrendo são características principais da modernidade, se fazendo presentes na contemporaneidade.

Kübler-Ross(2017),também conhecida como a “Dama da morte”, propôs um modelo da vivência do processo da morte. Tal modelo é descrito em cinco estágios, a seguir: negação/isolamento (1), raiva (2), negociação (3), depressão (4) e aceitação (5). Salienta que, pelo menos dois desses estágios serão experienciados pelos pacientes que estejam no processo da morte (KÜBLER-ROSS, 2017). Essas reações poderão ser percebidas facilmente pelos funcionários das instituições hospitalares, ambientes aos quais os pacientes são removidos às pressas para uma sala de emergência, seguindo para unidade de internação ou UTI.

Esse local, aUTI, é onde se destinam pessoas em estado grave de saúde, aquelas que se encontram em instabilidade hemodinâmica com risco iminente de morte, e/ou com possibilidades de recuperação. Dessa forma, esta unidade requer do profissional atenção contínua e especialização dos mesmos, bem como tecnologias e materiais específicos para fins de diagnóstico, de monitoramento e de tratamento (BRASIL, 2010).

Diante desse contexto, o desenvolvimento da tecnologia médica fez com que os hospitais se tornassem instituições para cura. Nessa situação, cabe o seguinte questionamento se o papel fundamental das UTI é salvar vidas, ou estender mortes (KÓVACS, 2008). Para refletir sobre isso, tomemos primeiramente, as palavras de Capra (2006), na qual afirma que o modelo de assistência à saúde da contemporaneidade é baseado em modelo biomédico, modalidade de assistência cartesiana, onde idealiza o corpo humano como uma máquina que pode ser considerada em termos de peças. Em outras palavras, a enfermidade é compreendida como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, que são analisados do ponto de vista da biologia celular e molecular, e nesse sentido o papel dos médicos, juntamente aos demais profissionais de saúde, é intervir física ou quimicamente, para reparar o defeito no

funcionamento. Ao concentrar-se em pequenas partes do corpo do paciente, a medicina moderna afasta-se, cada vez mais, do paciente como ser humano (CAPRA, 2006).

Nesse sentido, os profissionais de saúde, em especial as enfermeiras, que assistem a estes pacientes nas 24 horas, vivenciam constantemente situações de morte e morrer nas UTI. No cuidado ao paciente em processo de morte, a enfermeira e demais profissionais que participam diretamente do processo de cuidado àqueles que se encontram no processo de fim de vida, experimentam situações traumáticas, que provocam sofrimento, angústia, medo e que também são vivenciadas pelo paciente e por seus familiares (ALMEIDA; SALES; MARCON, 2014; BANDEIRA *et al.*, 2014; MOREIRA; SOUSA; RIBEIRO, 2013). Assim, elas, enquanto sujeitos biossociais sofrem influências socioculturais, considerando que são, também, possuidoras de valores e de crenças particulares em refletir e em sentir, de formas diferentes, estas situações parecidas.

Pesquisa realizada com enfermeiras de UTI em um hospital de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, revelou que a morte é permeada de sentimentos como: impotência, angústia, sofrimento e medo, os quais influem na assistência prestada ao enfermo e sua família (SOUZA; BARILLI; AZEREDO, 2014). Além disso, o profissional de saúde durante a atuação assistencial, poderá apresentar um intenso desgaste emocional, durante o cuidar dos pacientes que estão em processo de morte e morrer. Sendo assim, a falta de mecanismos nas instituições de saúde que o auxiliem nesse processo para a redução de tensão podem gerar fatores que interferem diretamente na qualidade da assistência prestada, provocando, assim, variadas situações e resultados negativos (SANTOS; HORMANEZ, 2013; PEREIRA; LOPES, 2014).

Outro fator que vale ressaltar é a despersonalização do paciente, que, por muitas vezes, é iniciada em sua admissão, onde são orientados a substituir suas vestimentas pela roupa privativa do hospital, transformando em passivo de ações e não poder decidir sobre o tratamento a ser adotado pela equipe de saúde ou andamento processual de sua vida (LEITE *et al.*, 2014). Diante disso, pode-se afirmar que alguns aspectos psicossociais podem sofrer alterações quando se faz necessário a utilização dos serviços hospitalares pelos familiares do paciente, uma vez que a maior parte deles considera os hospitais como locais frios, inóspitos para acolher seu ente querido, pois irá provocar o distanciamento e a privação da rede social.

É por esses motivos que a assistência a uma morte digna deve ocorrer, inicialmente, na mudança dos paradigmas de cura e valorização de modelos que possibilite as relações humanas e o alívio do sofrimento, respeitando as necessidades dos pacientes, buscando sancioná-las e colaborando para o seu bem-estar e sua qualidade de vida. É importante que o

profissional de saúde saiba respeitar a autonomia do paciente e, quando este estiver impossibilitado de decidir, realizar uma escuta qualificada diante da família que o acompanha, promovendo uma integralidade e humanização na assistência prestada.

2.2 A ENFERMEIRA NO CUIDADO AO PACIENTE EM PALIAÇÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

O ato de cuidar, especificamente daqueles pacientes acometidos por uma doença em estágio avançado e sem perspectivas de cura, tem como prioridade uma assistência que esteja direcionada às necessidades do paciente. Nesse contexto, a filosofia dos CP tem, cada dia mais, crescido por todo o mundo, inclusive em terras brasileiras. Tal filosofia visa proporcionar um processo de cuidar/cuidado diferenciado ao paciente e seus familiares que o acompanham durante todo o processo de progressão da patologia, com intuito de proporcionar redução do sofrimento, ausência de dor, priorizar conforto e assegurar um final de vida em paz (SILVA; AMARAL; SILVA, 2020). Nessa ótica, a equipe de enfermagem desenvolve um importante papel à frente dessa modalidade assistencial, produzindo conhecimento e permitindo o estudo de suas práticas em relação à sua atuação juntos aos pacientes em CP, principalmente, aqueles que se situam em fase de terminalidade; conhecimento que proporciona melhora das práticas baseadas nos princípios de humanização e sensibilidade (FARIA *et al.*, 2017).

As UTI, por exemplo, setores hospitalares com arsenal tecnológico, são capazes de garantir uma assistência diferenciada. Porém, percebe-se que a cada dia um elevado número de pacientes com instabilidade e com alterações de um ou mais sistemas orgânicos, inicialmente conduzidos em seus tratamentos na modalidade curativista. Contudo, grande número destes pacientes têm progressão de suas patologias, ocorrendo o esgotamento das possibilidades de cura, além de requerer da equipe, associação de medidas curativistas e assistência paliativista direcionada ao paciente e família (FARIA *et al.*, 2017). Mesmo assim, infelizmente é nesses ambientes cercados de aparato tecnológico, normas e rotinas bem definidas, que acontece cerca de 70% das mortes institucionalizadas (BACKES; ERDMANN; BÜSCHER, 2015, SOUZA, 2019).

Por estes caminhos é que se deve considerar a enfermagem como uma das áreas de maior relevância no contexto da saúde, seja ela pública ou privada. Assim, a enfermeira tem um papel relevante ao assistir o paciente nas UTI em CP e aqueles que se situam em fase de

terminalidade, por intermédio da função de liderança inerente ao seu cargo, sendo capaz de desempenhar as funções gerenciais e nortear as práticas de sua equipe composta de técnicos de enfermagem, durante o processo de cuidar. Além disso, a equipe de enfermagem é, também, responsável pela execução de um número elevado de procedimentos e de atividades nas instituições hospitalares, sendo, pois, incumbida pela responsabilidade de aproximadamente 60% de todas as ações direcionadas a clientela de um hospital (MORAIS *et al.*, 2018). Importante salientar que estas atuações deverão ser sustentadas na integralidade do cuidar, altruísmo e compaixão.

Nesta perspectiva, uma assistência baseada na filosofia dos CP objetiva um cuidado integral e humanizado, o conforto e o resgate da dignidade diante da morte, tornando a situação vivenciada menos desgastante (COELHO, 2017). Por isso, cuidar de pacientes com humanização, empatia e compaixão ao outro é um dos caminhos mais viáveis para os profissionais de saúde, em especial para a equipe de enfermagem que atua nas UTI, considerando que há crescente percentual de pessoas que passam pelo processo de morte, como também de seus familiares, em instituições hospitalares. Assim, cabe a essa equipe oportunizar segurança e suporte emocional aos envolvidos no processo de adoecimento e àqueles que se mantêm na fase de finitude, pois os mesmos carecerão de atenção especial durante esse processo tão doloroso, para que consigam perpassar por essa etapa da vida.

No entanto, ao estudarmos historicamente sobre a assistência à saúde especializada e institucionalizada dos CP, nota-se que tal amparo decorreu durante o século XX. Em 1967, na Inglaterra, por exemplo, ocorreu a fundação do primeiro *hospice* de pesquisa e ensino pela extraordinária Cicely Saunders, que possui formação em Serviço Social, Enfermagem, Capelania Hospitalar e Medicina. Considerada pioneira em palição, responsável pela disseminação da filosofia dos CP no mundo, durante sua vida laboral como enfermeira no cuidado aos pacientes em terminalidade, identificou algumas necessidades dos pacientes em processo de morte e morrer, particularmente no controle da dor (SANTOS, 2018; SOUZA, 2019).

Cicely Saunders, durante sua vivência na assistência de enfermagem e de sua concepção relacionada à importância da Fé na saúde, concebeu o diagnóstico da dor total, quereunia quatro dimensões relacionadas à vida do paciente. A soma dessas quatro dimensões, tais como dores físicas, psicológicas, sociais e espirituais devem ser tratadas com igual relevância no cuidado daqueles que estão em palição, buscando proporcionar aos mesmos, dias de vida menos amargurados, sem dor ou outros sintomas que geram desagrado (PAIVA; JÚNIOR; DAMÁSIO, 2014; SANTOS, 2018; SOUZA, 2019). Nesse aspecto, percebe-se a

sensibilidade dessa grandiosa mulher que entendia diversas áreas profissionais e, com isso, favorecia a assistência aos pacientes que se encontravam em processo de terminalidade. Conforme citou Santos (2018), sua atuação sempre foi marcada pela Fé e pela compaixão aos seus pacientes:

Cicely Saunders: “Você é importante porque você é você. Importante até o fim de sua vida. Faremos tudo que estiver ao nosso alcance, não somente para ajudá-lo a morrer em paz, mas também, para você viver até o dia da morte” (SANTOS, 2018, p. 94).

Além de Cicely Saunders, outro nome em destaque é de Florence Nightingale. Nascida em Florença em 12 de maio de 1820, Nightingale é considerada a fundadora da enfermagem moderna, sendo, pois, uma das pioneiras no tratamento de feridos em guerras durante a Guerra da Crimeia. A trajetória dessa grande enfermeira teve fim no dia 13 de agosto de 1910, em Londres, aos 90 anos (MEDEIROS; ENDERS; LIRA, 2015).

Esses breves exemplos mostram que o cuidar e a enfermagem possuem uma íntima relação histórica com CP e cuidado de fim de vida. Por esses caminhos que a OMS, em 1990, definiu os CP, com redefinição em 2002 e modificação em 2017, do modo que se refere a uma abordagem que visa promover a qualidade aos dias de vida dos pacientes (adultos e crianças) e suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças que ameacem a vida. O objetivo é a prevenção e o alívio do sofrimento, pelo meio da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas, sejam eles físicos, psicossociais ou espirituais (WHO, 2017).

Neste âmbito, a enfermagem, no cenário dos CP, integra a equipe multidisciplinar que assiste o paciente. Normalmente, este processo de trabalho de enfermagem é marcado pelo processo comunicacional, melhor modo de envolvimento entre a equipe, o paciente e a família (SILVA, 2019). Enfim esse é o mais adequado processo para implementação de todas as etapas das medidas terapêuticas que irão ser desenvolvidas no paciente. Ainda assim, vale ressaltar que os CP não se abstêm das vantagens proporcionadas pelo progresso da biotecnologia, valem-se destes avanços e buscam um equilíbrio na proporcionalidade entre os avanços da ciência e ações que valorizem o humanismo.

Em outras palavras, os CP permitem ao profissional, uma ressignificação do cuidar da mesma maneira que conhecer as possibilidades de intervenção (BURLÁ, 2014). A enfermeira, nesse contexto, é compreendida pelo seu poder de autonomia, e, assim, poderá atenuar os conflitos que, eventualmente, aparecerão entre paciente, família e colaboradores assistenciais da UTI. Ela também possibilita suporte ao paciente e seus parentes em relação à ressignificação diante do processo de adoecimento, das possibilidades dos possíveis

prognósticos desfavoráveis para cura e a inevitável presença da morte (LIMA, 2017; SILVA, 2019).

Desta maneira, a enfermeira deve ter uma boa interação com os demais membros da equipe multiprofissional, aguçando a sensibilidade na identificação dos entraves, tais como: fragilidade ou ausência dos registros nos prontuários a respeito de consenso dos cuidados adotados; compreensão equivocada por parte de algum membro da equipe das reais necessidades apresentadas pelo paciente assistido, atitudes que possibilitam redução de possível obstinação terapêutica, além da fragilidade no processo de comunicação entre esses membros que compõe a equipe (SILVA *et al.*, 2016). Nesta ótica, a enfermeira e sua equipe irão facilitar ações para uma assistência que contemple todas as dimensões do processo de cuidar que compõe a existência do ser, possibilitando QV até os últimos momentos, conforme preconizado na filosofia e definição dos CP e conceituado na TFVP.

Por fim, o processo de cuidar/cuidado sempre foi considerado a essência do fazer da enfermagem, primordial em todas as fases da doença de um indivíduo. No entanto, durante atuação ao paciente em CP, ou àqueles que se encontram na fase da finitude, requer da equipe multiprofissional, em especial da enfermeira, desenvolvimento de competências específicas, com intuito de oportunizar a promoção dos cuidados em todas as fases da vida, durante o aparecimento e evolução do processo de adoecimento, progredindo a assistência até o processo de fim de vida. Nesta ótica, garante a redução do sofrimento, permitindo, assim, aproximação dos entes queridos e promovendo QV em qualquer etapa que o ser humano se encontra (PAIVA; ALMEIDA JUNIOR; DAMASIO, 2014; FARIA; CARBOGIM; ALVES *et al.*, 2017).

2.3 TEORIA FINAL DE VIDA PACÍFICO²

A Teoria do Final de Vida Pacífica (TFVP) foi desenvolvida em 1998 pelas enfermeiras Cornelia M. Ruland e Shirley M. Moore. Essas enfermeiras atuavam em unidade gastroenterológica de um hospital universitário da Noruega; em ambiente cercado de pessoas com patologias gastrointestinais e grande parte delas era acometida por neoplasia maligna na qual o cuidar na terminalidade era comum. A falta de definições claras acerca das ações a serem prestadas provocaram inquietações na equipe de enfermagem norueguesa (RULAND; MOORE, 1998) e, por conta disso, surge a necessidade de criação da TFVP. Salienta-se que as autoras não tiveram como principal foco o instante final de morrer, mas sim, como a enfermagem poderia contribuir para que a paz e a vida expressiva percorressem o tempo de assistência aos pacientes juntamente aos seus familiares (RULAND; MOORE, 1998).

Ao propor a atenuação dos medos e da ansiedade, reais e/ou percebidos dos envolvidos no processo de morte, Ruland e Moore (1998) dão o enfoque para a tríade: “pessoa”, “saúde” e “meio ambiente”. Considera-se “pessoa” como ser exclusivo que os acontecimentos e os sentimentos durante o processo do final da vida ocorreram de modos diferentes. Por outro lado, “saúde” é a busca da redução da dor e ausência de desconforto sofrido pelo paciente em processo de morte. Por fim, “meio ambiente” é o local que proporciona o melhor estado de harmonia e calma, oportunizando proximidade de familiares e pessoas estimadas, para dar-lhe uma companhia efetiva (RULAND; MOORE, 1998).

Esses conceitos – achados de forma clara no escopo dessa teoria – podem ser associados para analisar na prática os conceitos de metaparadigma da enfermagem (ser humano, ambiente, saúde, enfermagem), mesmo não havendo uma diretriz que fornecesse orientações de como deveria ser o cuidado. Assim, tal teoria trouxe aos profissionais da enfermagem a possibilidade de refletir sobre a assistência qualificada à saúde, ao planejamento e à execução baseada no referencial teórico.

Com relação à teoria, pode-se dizer que a TFVP é classificada como de médio alcance (*middle-range theories* ou *mid-range theories*) e preditiva. A teoria de médio alcance concentra-se em sua área de aplicação, executando um papel teórico intermediário entre as hipóteses do serviço especializado e todas as considerações que compreendam um esquema conceitual mais abrangente (DAVIDOFF *et al.*, 2015).

² Adverte-se que a Teoria do Final de Vida Pacífica (TFVP) é uma teoria nova com poucas referências bibliográficas de consulta tanto Brasil quanto em plataformas internacionais e, por isso, o conteúdo se torna limitado.

A complexidade do cuidado ao paciente em processo de morte, discutida na TFVP, não deve ser refletida como dificuldade, e sim, como um novo ponto de partida. A consistência estrutural à TFVP está inter-relacionados a cinco conceitos que dão sustentabilidade a teoria; são eles: (1) ausência de dor, pois esta é considerada uma experiência desagradável; (2) experiência de conforto, o que evitará situações que gere desconforto e sempre proporcionar o bem-estar do paciente; (3) experiência de dignidade/respeito, pois todos os seres humanos merecem respeito, independente de qual momento esteja vivendo, suas vontades devem ser valorizadas; (4) estar em paz, ou seja, proporcionar a assistência espiritual quando solicitado; (5) proximidade com pessoas importantes, como por exemplo a presença de familiares, amigos e/ou pessoas que o cuidam poderá permitir maior confiança, apoio social e compaixão aos pacientes (RULAND; MOORE, 1998). A reflexão e a prática real desses conceitos no ambiente de enfermagem podese um caminho para uma visão unificada para a prática da enfermagem, permitindo a caracterização de teoria parcimoniosa.

No entanto, essa teoria que vem sendo utilizada em diversos países de culturas ocidental e não ocidental, no panorama brasileiro sua testabilidade ainda apresenta fragilidade (ZACCARA *et al.*, 2017), pois no atual cenário brasileiro as enfermeiras, que trabalham em unidades hospitalares, atuam no domínio da prática, muitas vezes baseado em evidência, tecnicista, sob outra perspectiva (HANNA, 2016). A falta de valorização de práticas de enfermagem fundamentada na teoria, infelizmente é fato corriqueiro no Brasil, e isso deve ser modificado para se possa desenvolver um cuidado com qualidade e eficácia na saúde brasileira.

Diante desse contexto, torna-se relevante a realização de novas pesquisas nos serviços de CP à luz da teoria em tela, visto que a mesma apresenta conceitos e proposições que coadunam com a filosofia de palição. Dessa forma, tais estudos não somente permitirão o suporte necessário diante da complexidade do cuidado ao paciente em terminalidade, mas também proporcionarão subsídios para as práticas do profissional de saúde à luz dos CP (ZACCARA *et al.*, 2017). Dessa maneira, poderá ocorrer a modificação no paradigma do cuidado, oportunizando ao profissional enfermeiro condições para conceder um final de vida mais brande e não simplesmente preenchimento dos afazeres cotidianos junto ao paciente (ZACCARA *et al.*, 2017).

3 METODOLOGIA

Apresenta-se, nessa seção, a direção metodológica percorrida durante a pesquisa. Inicialmente, realizou-se a caracterização da abordagem de pesquisa escolhida, para em seguida a realização do estudo e da estratégia de estudo, a escolha do local de realização da pesquisa e seu delineamento. Posteriormente, descreveu-se a seleção dos participantes do estudo e dos parâmetros utilizados para sua escolha. Ao fim, tem-se, expostos os instrumentos de coleta de depoimentos e as análises destes, descritos de acordo com os aspectos éticos que perpassaram o estudo.

3.1 TIPO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, que esteve inserido no projeto matriz intitulado: “Atuação da equipe multiprofissional em CP na UTI: Teoria do Final de Vida Pacífico”, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do hospital em tela, sob nº de CAAE 93808218.9.0000.0048 e parecer de aprovação do CEP nº 2.890.509, de 12 de setembro de 2018 (Cf. ANEXO), vinculado ao Núcleo de Estudo e Pesquisa do Idoso (NESPI).

O estudo descritivo possibilitou a identificação, a descrição e a análise detalhada das características do objeto de pesquisa, proporcionando, dessa forma, a familiaridade com uma população ou fenômeno, bem como o planejamento flexível, para possibilitar a consideração dos mais diversos aspectos de um problema ou situação (PEROVANO, 2014).

O estudo exploratório possibilitou a análise e a interpretação do problema da pesquisa, bem como permitiu a identificação das suas causas, dos registros dos fatos. Segundo Marconi; Lakatos (2010) essa ação, na pesquisa exploratória, visa correlacionar hipóteses e gerar ideias, por força, para a dedução lógica.

Por fim, a pesquisa é marcada pela abordagem qualitativa que, de certa forma, permitiu a compreensão e a interpretação de determinado comportamento, apropriando-se, assim, do universo de significações, de crenças, de aspirações, de representações, de relações e de ações humanas e sociais (MINAYO, 2013).

3.2 LÓCUS DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em uma UTI de um hospital privado de grande porte do município de Salvador, Bahia, Brasil. Esse Hospital possui, atualmente, dois prédios sendo cada um com 10 andares, 12 salas cirúrgicas, 356 leitos totais, com 68 leitos de unidades fechadas, distribuídos entre UTI e SEMI-UTI, além de um centro médico diagnóstico, com 88 consultórios médicos (REDE D'OR SÃO LUIZ, 2019). Trata-se de 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. É hospital que vem, ao longo, contribuindo para a formação de recursos humanos em diversas especialidades da área de Saúde desde a sua fundação, mantendo convênio com instituições de ensino e pesquisa universitária (REDE D'OR SÃO LUIZ, 2019).

Assim, o presente estudo foi realizado na UTI Imunológica, visto que é neste local onde se prioriza o internamento de pacientes imunossuprimidos, principalmente oncológicos epós-operatório de transplante de medula óssea. A unidade possui 12 leitos privativos, sendo que alguns desses podem ser utilizados também como leitos de semi-UTI. A equipe é composta por 18 enfermeiras assistenciais. Outros fatores que possibilitaram a escolha do local de estudo foram à viabilidade da investigação e acessibilidade a Instituição de Saúde. Dessa forma, um dos motivos para escolha do local ocorreu pela grande concentração da população alvo, visto que a instituição é referência no atendimento a pacientes em tratamento para neoplasia e os para os imunodeprimidos.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Inicialmente, foi solicitada ao setor de Recursos Humanos da Instituição de Saúde a relação dos nomes das enfermeiras vinculados a essa UTI. A aproximação com as participantes deu-se em um primeiro contato com a enfermeira coordenadora e enfermeira líder do setor. Neste momento, o pesquisador teve a oportunidade de realizar uma apresentação sobre a pesquisa e os objetivos propostos, esclarecendo as possíveis dúvidas das participantes e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa. Aquelas que aceitaram participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias (APÊNDICE A), conforme regulamento da pesquisa.

Neste estudo foram incluídos os profissionais que: já cuidaram e/ou cuidam de paciente em CP (1); possuem tempo de experiência maior que um ano em UTI, por proporcionar tempo suficiente de contato com a rotina de pacientes com necessidades de CP (2); e serem do quadro permanente da unidade estudada (3). Ressalta-se que, no critério de exclusão, foram isentos os profissionais que estavam de licença de qualquer natureza durante a coleta do estudo.

Cada turno é coberto por seis enfermeiras. Foram agendados, de forma prévia, os horários mais adequados para realização das entrevistas, considerando que a carga horária delas é distribuída em 44 horas semanais, sendo serviço diurno (SD) e serviço noturno (SN). Nesse sentido, a coleta de depoimentos ocorreu no período da tarde e SN. No turno da manhã não foi possível agendamento, devido à rotina ser bastante intensa no setor. Dessa forma, a coleta de depoimentos encerrou após a 14ª entrevista, momento em que houve a saturação dos depoimentos.

No período da coleta foram identificadas 18 enfermeiras que faziam parte do quadro permanente desta UTI e que tinham como tempo de atuação em UTI de um a 28 anos. Ressalta-se que apenas uma participante recusou fazer parte do estudo, pois relatou que estava com sobrecarga de atividades e haveria necessidade de permanecer no período posterior ao seu turno de trabalho, diante da necessidade de cobertura de escala de serviço. Assim, constituiu-se como participantes do estudo, 13 (treze) mulheres e 1 (um) homem.

Salienta-se que a escolha da enfermeira se justifica por ser o profissional que norteia a equipe de enfermagem e permanece a maior parte do tempo em contato com paciente e seus familiares, principalmente, quando a abordagem é em CP.

3.4 INSTRUMENTO E COLETA DE DEPOIMENTOS

A coleta de depoimentos ocorreu através de entrevista semiestruturada, guiada por roteiro contendo a caracterização sociodemográfica e questões norteadoras relacionadas ao objeto de estudo (Cf. APÊNDICE B). A escolha da entrevista semiestruturada foi motivada por permitir ao participante, a possibilidade de contribuir no processo de investigação com liberdade e com espontaneidade (OLTMANN, 2016; ROULSTON, 2016).

As entrevistas foram agendadas previamente pelo pesquisador, de acordo com a disponibilidade das participantes, sem interferir em sua jornada de trabalho. Foram realizadas no referido hospital, em sala reservada, disponibilizada pela Instituição de Saúde, para

garantir a privacidade das participantes. As informações foram gravadas em um aparelho de *smartphone*, transcritas na íntegra, e, posteriormente, analisadas.

O pesquisador realizou oito visitas à UTI, sendo entrevistadas duas enfermeiras em cada encontro. A duração da entrevista variou entre 20 minutos e 30 minutos. Contudo, devido à modificação e agitação do setor, algumas entrevistas tiveram de ser reagendadas para o turno noturno, após as 19h, levando em conta a permanência na unidade até as 21 horas.

3.5 ANÁLISES DOS DEPOIMENTOS

Os depoimentos foram analisados por meio da técnica de análise temática de conteúdo, proposta por Bardin (2016). Essa técnica tem como proposta, apreender as categorias temáticas a partir da identificação da similaridade dos discursos, possibilitando a compreensão dos sentidos oriundos do processo de comunicação, condensando os elementos fundamentais de uma mensagem. Ressalta-se que esses elementos estão relacionados ao objeto de investigação dessa pesquisa, mediante três etapas, a saber: pré-análise, exploração do material e tratamento das inferências e interpretação dos resultados (BARDIN, 2016).

A primeira etapa, denominada de pré-análise, compõe a organização dos dados e os objetivos da pesquisa frente ao material coletado. Neste momento, os depoimentos foram transcritos na íntegra. Após isso, foi feita uma leitura superficial das mesmas, para conhecer o conteúdo de cada uma.

A segunda etapa, nomeada de exploração do material, tem o intuito de obter a compreensão do texto. Para isso, foram realizadas leituras exaustivas das falas, identificando, assim, as expressões-chave de cada resposta contida nas mesmas, bem como os pontos semelhantes e os divergentes, o que possibilita transformar os achados em categorias de análise.

A terceira e última etapa, intitulada de tratamento e interpretação dos resultados, tem como propósito realizar a inferência dos depoimentos em torno das dimensões sugeridas. Após os destaques de trechos dos depoimentos nas categorias, a discussão foi norteada à luz da TFVP, bem como autores que tratam de CP e UTI.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa respeitou 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 (BRASIL, 2012), a qual aprovou as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Tal resolução visa – com base nos referenciais básicos da bioética, como autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade –, assegurar os direitos e os deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

Além desta, toma-se, também como prioridade a resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016), que dispõe as normas aplicáveis às pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Entre os procedimentos metodológicos, dispostos nessa resolução, cita-se a utilização de dados obtidos com os participantes ou informações identificáveis, ou que possam acarretar riscos maiores que os existentes na vida cotidiana;

Por fim, destaca-se a Resolução nº 554, de 15 de setembro de 2017, do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, que estabelece os critérios norteadores das práticas de uso de comportamento dos profissionais de enfermagem, em meio de comunicação de massa, na mídia impressa, em peças publicitárias de mobiliários urbanos e nas mídias sociais (BRASIL, 2017).

Diante desse embasamento, foram preservados os princípios éticos da autonomia. Após apresentação dos objetivos, relevância e riscos, as participantes foram informadas sobre o seu direito de participar ou não do estudo, bem como de desistir em qualquer fase. Salienta-se que as participantes poderiam expressar esta intenção ao pesquisador a qualquer momento da pesquisa.

Enfim, após o recebimento de informações sobre os objetivos da pesquisa, os riscos e os benefícios, as enfermeiras aceitaram participar do estudo com ausência de ônus e participação voluntária. Em seguida, assinaram o TCLE em duas vias: uma em poder do participante e a outra com o pesquisador. Para manutenção do anonimato, os participantes foram identificados por ENF, seguido do número de sequência da realização da entrevista. Tudo isso para garantir o respeito e o sigilo das informações.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentam-se, nessa seção, os resultados e a discussão da pesquisa. Entretanto, adverte-se para a questão de que tais resultados e discussões foram apresentados em duas etapas. Na primeira são descritas a caracterização dos participantes, e na segunda, os conteúdos das entrevistas categorizados por unidades temáticas.

3.7 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Para a caracterização dos participantes, foram selecionadas as seguintes categorias: profissionais, sexo, idade, religião, ano de graduação e tempo de graduação, conforme descrito e apresentado no quadro 1.

Quadro 1 – Caracterização dos participantes do estudo

PROFISSIONAIS	SEXO	IDADE	RELIGIÃO	ANO DE GRADUAÇÃO	TEMPO DE ATUAÇÃO
ENF01	F	53	Católica	1990	28
ENF02	M	36	Não tem	2006	01
ENF03	F	45	Católica	1995	22
ENF04	F	38	Católica	2004	12
ENF05	F	28	Católica / Espírita	2014	03
ENF06	F	29	Católica	2014	01
ENF07	F	37	Espírita	2003	14
ENF08	F	36	Espírita	2003	13
ENF09	F	31	Católica	2011	08
ENF10	F	39	Católica	2002	12
ENF11	F	41	Católica	2000	18
ENF12	F	28	Católica	2014	04
ENF13	F	28	Católica	2016	02
ENF14	F	30	Cristianismo	2011	08

Fonte: Elaboração própria. Dados referentes à pesquisa: Atuação da enfermeira nos cuidados paliativos em unidade de terapia intensiva: teoria do final da vida pacífico. Salvador, Bahia, 2019.

Conforme descrito no quadro 01, com relação ao sexo dos participantes, tem-se 13 mulheres e 1 homem. Tal dado está intrinsecamente associado às questões históricas, considerando que a profissão de enfermagem esteve associada à figura da mulher, em

consonância com os cuidados realizados pelas mães e, posteriormente, pelas esposas ou pelas ações das missionárias religiosas, que assistiam e aparavam as pessoas doentes e em situações de vulnerabilidade (LOMBARDI; CAMPOS, 2018).

Tais dados, encontrados nesta pesquisa, corroboram com os dados divulgados pelo IBGE, pela FIOCRUZ e por um estudo feito na UTI de Campinas em São Paulo e o Estudo realizado em um centro de oncologia em Caruaru (PE), Brasil, (2016),

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a área de saúde compõe-se de um contingente de 3,5 milhões de trabalhadores, dos quais cerca 50% atuam na enfermagem (cerca de 1,7 milhão), e mais da metade são de profissionais enfermeiros (53,9%). Nas pesquisas da Fiocruz, evidenciou que 86% dos trabalhadores na área eram então do sexo feminino e esse traço esteve presente desde a formação da área profissional (FIOCRUZ, 2015). Por outro lado, o estudo quanti-qualitativo desenvolvido em uma UTI de Campinas, São Paulo, com oito enfermeiros, possui resultados que corroboram com os encontrados ora em tela, na qual as autoras concluíram que a presença da mulher no campo da enfermagem é relevante, sendo 75% dos participantes do sexo feminino (FREITAS; PEREIRA, 2013). Por fim, cita-se o estudo realizado em um centro de oncologia em Caruaru (PE), Brasil, (2016), com relação à predominância da mulher na assistência de enfermagem, sendo as seis participantes do estudo do sexo feminino (GARCES et al., 2016).

No entanto, mesmo as pesquisas apresentando a hegemonia feminina nessa profissão, é importante salientar que a participação masculina encontra-se em crescimento nos últimos anos, e atualmente corresponde a 15% do total de profissionais habilitados juntos aos conselhos de classe (FIOCRUZ, 2015).

Outro dado relevante na pesquisa é a faixa etária dos participantes. Nota-se no quadro 1 que há uma variação entre 28 anos e 53 anos, com idade média de 47,1 anos.

Em relação ao aspecto religioso, nove relataram serem católicos, três espíritas, uma informou não ser adepta a nenhuma religião e uma demonstrou tendência ao cristianismo, afirmando, pois, não ser tão praticante. Sobre esse aspecto, Garces, Moreira, Sousa *et al.*, (2018) ressaltaram a importância da valorização do campo à dimensão espiritual no trabalho em saúde, em virtude dela se apresentar como forte aliada no enfrentamento biológico, social e emocional de momentos difíceis, como é o caso de uma enfermidade.

Entretanto, estudo produzido por Cervelin, Lucee Kruse (2014) afirmou que o aprofundamento literário sobre aspectos religiosos e espiritualidade proporciona aporte no desenvolvimento dos CP aos profissionais de saúde, oportunizando melhor qualidade

assistencial aos pacientes que estão sendo assistidos. Para as autoras, a espiritualidade e a religiosidade vêm ganhando relevância na assistência à saúde, pois consiste em importantes estratégias de enfrentamento diante de situações que causam impacto na vida das pessoas (CERVELIN; LUCE KRUSE, 2015).

Ainda no campo da espiritualidade, pesquisa realizada com seis profissionais de enfermagem de um centro de oncologia, localizado no município de Caruaru, Brasil, concluiu que ocorre interferência do campo espiritual no processo de cuidar/cuidado (GARCES; MOREIRA; SOUSA *et al.* 2018). Nessa perspectiva, saber lidar nesse campo poderá oportunizar ao profissional de saúde, em especial as enfermeiras, condições de uma assistência diferenciada priorizando a QV do paciente, conforme definido na TFVP.

Outro dado em destaque é a média de tempo de formação. Neste pode-se notar que a média foi de 9,5 anos, visto que há profissionais graduados entre 1990 a 2016. O tempo de atuação dos profissionais na UTI variou entre um a 28 anos, sendo que quatro enfermeiras atuam entre um a quatro anos; duas entre quatro e oito anos; três entre oito a 12 anos; cinco entre 12 a 28 anos. Apenas uma participante não possui curso de pós-graduação *latu sensu*, e entre aquelas que possuem 12 têm especialização em UTI. Uma participante possui residência em oncologia. Todas as participantes já prestaram assistência à pacientes que foram elegíveis a CP e em processo de morte.

Assim, após a análise dos dados e dos depoimentos, as categorias que emergiram foram:

1. Compreensão de enfermeiros sobre cuidados paliativos na UTI;
2. Percepção das enfermeiras da UTI sobre conforto em paciente em CP;
3. A enfermeira possibilita proximidade com a família;
4. A enfermeira proporciona ao paciente estar em Paz; Categoria
5. Facilidades e dificuldades da enfermeira no cuidado a pacientes em cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva, que serão apresentadas a seguir.

3.8 CATEGORIA 1: COMPREENSÃO DE ENFERMEIROS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Inicialmente, com intuito de identificar o seu entendimento sobre a modalidade assistencial de cuidado, as participantes foram questionadas sobre qual a compreensão acerca dos CP na UTI, considerando que esse serviço, e em especial na terapia intensiva, apresenta uma demanda crescente de pacientes em palição. Desta forma, este estudo evidenciou que os participantes acreditam que os CP na UTI são direcionados àqueles pacientes críticos que se

encontram em terminalidade, conforme as falas abaixo:

[...] dar medidas de conforto ao paciente, com que ele tenha uma forma digna estar convivendo os últimos momentos da vida dele. (ENF02)

Quando o paciente já não tem mais o prognóstico, já não tem mais possibilidade terapêutica e você dá um conforto para o paciente, você faz com que o final de vida dele seja o mais confortável possível. (ENF08)

[...] proporcionar à paciente qualidade de vida, ou melhor, amenizar a dor e o sofrimento no processo pré-morte. (ENF09)

Assistência integral, com a humanização, atenção aos pacientes durante todo período até o fim da vida dele. (ENF13)

Conforto de dor para todos os pacientes, conforto espiritual, suporte familiar. Evidencio que esse cuidado se torna mais identificado para o paciente em fase terminalidade. (ENF14)

Os depoimentos revelaram que a percepção das enfermeiras sobre CP na UTI indica uma assistência atuante na promoção de conforto do paciente terminal e reconhecem a necessidade de garantir dignidade e respeito no processo de morte e morrer, conforme **ENF02**, **ENF08** e **ENF13**. As declarações de **ENF09** e **ENF14** ainda destacaram que os participantes direcionam sua assistência aos cuidados físicos, com intuito de proporcionar redução dos desconfortos da dor e do sofrimento causados pelo agravamento da doença e proximidade da finitude. O testemunho de **ENF14** revelou o cuidado espiritual e suporte familiar.

Importante estabelecer as diferenças entre os termos CP e Cuidados ao fim da vida. CP é uma modalidade assistencial, com filosofia diferenciada e própria durante o processo de cuidar e devem ser iniciadas desde a definição de uma doença incurável e progressiva, em simultaneidade a outros tratamentos apropriados. Cuidado ao fim da vida se refere à assistência que a pessoa deve receber durante a última etapa de sua vida, a partir do momento em que fica claro que ela se encontra em estado de declínio progressivo e inexorável, aproximando-se da morte (SBGG, 2015).

O processo de cuidar na UTI de quem se encontra fora das possibilidades de cura, demandada enfermeira atitudes e atuações com maior sensibilidade, visto que é o elemento da equipe de saúde que assiste aos pacientes durante as 24 horas e que compartilha com eles, e seus familiares, as emoções, os sentimentos e as necessidades sejam físicas, psicológicas, emocionais e espirituais.

A equipe de enfermagem, nesse sentido, em sua atuação profissional, deve estar preparada para lidar com a dicotomia entre vida e morte, visto que estes profissionais encontram-se envolvidos em todos os ciclos vitais, do nascimento até os últimos suspiros dos

pacientes. Diante disso, é relevante a inclusão de componentes acadêmicos que contemple o processo de morte/morrer, e as instituições de saúde, através da educação permanente possam estar contemplando a temática durante atualização de sua equipe (FERNANDES e KOMESSU, 2013, CEZAR; CASTILHO; REYS *et al.*, 2019).

Por meio desse embasamento, acredita-se que a qualidade assistencial em CP nas UTI poderá atingir, efetivamente, os efeitos desejáveis. Nota-se, atualmente, que a modalidade de CP na UTI encontra-se incipiente em diversas instituições brasileiras, uma vez que estes pacientes já chegam em estado bastante instável e praticamente na fase final do processo de morte e morrer. Ainda assim, os CP devem ser ofertados a todos os pacientes, favorecendo, dessa forma, sua QV, objetivando a redução do sofrimento (GARCIA, *et al.*, 2014, GOMES; OTHERO, 2016).

Sabe-se que a TFVP apresenta elementos que proporciona as pessoas em palição, benefícios essenciais para uma boa morte, dentre eles se destaca o conforto (RULAND; MOORE, 1998). Diante disso, acredita-se que a partir do conhecimento inicial dos participantes sobre assistência ao paciente em palição, ou seja, ao se compreender sobre o conforto em CP, poder-se-á: diminuir a dor; dar apoio psicológico e espiritual; aproximar a família, tudo isso como estratégia para a redução do sofrimento.

Sobre o apoio psicológico e espiritual e a respeito da dignidade humana, destacam-se nos depoimentos os seguintes trechos:

Conheço como CP dar medidas de conforto ao paciente, não é? Com que ele tenha uma forma digna de estar convivendo os últimos momentos da vida dele. (ENF02)

Prezando, principalmente, a humanização da assistência em termos de analgesia, que é o principal. É proximidade com a família, controle de dor, não é? Eu falei analgesia e minimizar tudo aquilo que causa um certo estresse e sofrimento a ele. (ENF03)

Manter o paciente o mais confortável possível é tentar evitar que ele sinta dores, dar o apoio psicológico que ele precisa, apoio emocional. (ENF04)

A **ENF02** revelou que o processo de cuidar/cuidado em relação ao conforto é compreendido como expressão de cuidado que respeita a dignidade humana. Para **ENF03**, a compreensão da assistência ao conforto está na proximidade da família, com estratégia da redução do sofrimento. Nesse sentido, oferecer recursos que permitam a diminuição da dor e apoio psicológico e espiritual é outra forma de conforto, conforme o depoimento de **ENF04**.

Ruland e Moore (1998) salientam que propiciar a dignidade e o respeito aos pacientes com doença incurável em processo de progressão ou que está em estágio final da vida é incentivar sua autonomia, proporcionando a ele e aos seus familiares a compreensão e a

garantia dos seus direitos. É, diante disso, considerar suas vontades e suas escolhas no momento de decisão, mesmo quando este esteja dependente.

Estudo realizado com profissionais em um hospital geral, público da Zona da Mata Mineira, evidenciou que os mesmos direcionam atenção especial para o cuidado, abrangendo a dimensão física. Contudo, outros fatores são importantes diante da reflexão acerca das prioridades no cuidado à pessoa em terminalidade. Considera-se, assim, que o cuidado com o corpo do paciente é muito importante, mas nem sempre é o mais necessário ou urgente. Uma escuta qualificada, juntamente com um olhar diferenciado e atento para as reais demandas sinalizadas pelo paciente deverá ser reconhecida pelos profissionais (CARVALHO *et al.*, 2016), e, provavelmente proporcionará QV àqueles envolvidos no processo.

Kovács (2014) ressalta a importância para uma equipe de saúde conseguir proporcionar uma boa qualidade de morte, sendo imprescindível: a manutenção da dignidade do paciente, a possibilidade de conforto para sintomas incapacitantes; a permissão de que o mesmo possa definir o local do término do processo de finitude; a disponibilização de informações claras e de fácil compreensão; o apoio emocional e espiritual; a garantia de acesso de pessoas entes queridos ou àqueles que cuidam e, se possível, o compartilhamento deste momento juntos aos mesmos (KOVÁCS, 2014).

No Brasil, segundo a ANCP (2017), as atividades relacionadas à CP infelizmente ainda precisam ser regularizadas na forma de lei. Predominam, nesse aspecto, o desconhecimento, além do despreparo do profissional relacionado a esses cuidados, principalmente entre profissionais de saúde, gestores hospitalares e poder judiciário (ALVES, 2019). Nas UTI, por exemplo, esse reflexo é também percebido. Nota-se, nesse local, que embora a modalidade de CP seja uma atividade que se encontra crescente, contudo, é necessário ainda que se definam padrões assistenciais os quais possibilitarão QV. Tais padrões são definidos uma vez que muitos desses pacientes já são internados em estado crítico e muitos deles progredem para a fase final de vida nesses ambientes.

Estudo qualitativo realizado em uma UTI do Hospital da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) corrobora com os resultados desta pesquisa, ao evidenciar que 37 profissionais de enfermagem, que participaram dos estudos, entenderam que o CP é apropriado na fase terminal da vida, sem necessidade de medidas fúteis de tratamento e com cuidado de conforto ao paciente e aos seus familiares (GULINI *et al.*, 2017).

Neste mesmo estudo, de Gulini *et al.* (2017), esses autores expuseram, evidentemente, as fragilidades nos profissionais atuantes no cenário que foi realizado a pesquisa. Desta forma, evidenciaram que tais profissionais não estão preparados para lidar com o paciente em

CP, seja por falta de conhecimento ou de formação adequada de todos os integrantes da equipe multiprofissional. Logo, apesar de a UTI ser um local em que a morte está sempre presente, os profissionais que prestam os cuidados intensivos necessitam, urgentemente, de treinamentos e de suporte científico, qualificando-os para o atendimento de fim de vida.

Assim, essa pesquisa alerta para o fato de que os CP devem ser ofertados a todos os pacientes, pois, mesmo com o destaque da falta de preparo, de conhecimento e de formação adequada dos profissionais para lidar com o paciente em palição na UTI, os participantes entendem que CP favorece a redução do sofrimento e, com isso, possibilita QV até os últimos dias do ciclo vital. Enfim, essa assistência, ancorada nas reais necessidades do paciente e proporcionando o conforto ao mesmo, será discutido na categoria a seguir.

3.9 CATEGORIA 2: PERCEPÇÃO DE ENFERMEIRAS SOBRE CONFORTO A PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

No que se refere à experienciar conforto, os aspectos físicos foram os mais citados pelos participantes da pesquisa. Em outras palavras, o alívio ou a ausência da dor foi considerado como o aspecto fundamental no cuidado ao paciente em palição. Além disso, notou-se também que a percepção das participantes, sobre conforto, envolve redução de procedimentos invasivos, conforme depoimentos abaixo:

A parte de conforto, principalmente no que diz respeito à dor, ao desconforto respiratório, sempre atento a esses sinais, que a gente vem observando que incomoda realmente os pacientes. **(ENF02)**

[...] e atentar para a questão de realmente evitar todo tipo de estresse a esse paciente, questão de glicemias, não é? Ver a parte de antieméticos, evitar glicemias constantes. Então, que são coisas que são rotinas de UTI, mas que a gente pode minimizar. **(ENF03)**

A gente tenta priorizar o que realmente traz o conforto, reduzindo inclusive aquilo que traz incômodo. **(ENF11)**

Eu vou tentar minimizar todos os processos de dor, de desconforto. **(ENF14)**

Como se observa, as participantes salientaram que o conforto físico deve ser considerado como prioritário na assistência aos pacientes em palição, principalmente em relação a minimizar a dor, conforme os depoimentos das **ENF02** e **ENF14**. Perante isso, ao prestar assistência, deve-se evitar ao máximo que o paciente sinta dor e desconforto físico. Neste aspecto, as **ENF03** e **ENF11** relataram que o conforto para os pacientes em CP deve estar relacionado à redução do incômodo, que pode ser provocado por procedimentos invasivos. Com isso, atitudes que oportunizem o bem-estar físico do paciente devem sempre

estar presentes na assistência de enfermeiros.

A manifestação de dor – dos pacientes em palição e dos que se encontram em terminalidade – gera incômodo nos profissionais de saúde. Diante desse ponto de vista, as participantes revelaram que o alívio da dor deve ser a prioridade da equipe de enfermagem. Infelizmente, as teóricas da TFVP não definem o conceito de dor, uma vez que tem sido bem descrita na literatura, traz, no entanto, somente a descrição de dor informada pela taxonomia da Associação Internacional para o Estudo da Dor (ZACCARA et al., 2017).

Prado *et al.* (2018) ressaltam que, apesar da relevância do alívio da dor aos assistidos através da filosofia dos CP e àqueles pacientes que se encontram em terminalidade, nem sempre o profissional de saúde consegue aliviá-la, efetivamente. Essas falhas acontecem por diversos fatores, tais como: prescrição de analgesia que não atendem as reais classificações emitidas e notificadas pelas enfermeiras; muitos prescritores não levam em consideração às características da dor apresentada pelo paciente; e, devido a questões culturais, como, por exemplo, a falta de prescrição de analgésicos potentes, como os casos dos opióides. Diante disso, cabe a enfermeira que atua junto ao paciente, desenvolver um olhar diferenciado para com os sinais emitidos pelo próprio paciente. Isso pode ser feito, seja por intermédio de ações assistenciais, bem como pelo tempo de permanência diferenciado dos demais profissionais da equipe multiprofissional. Dessa forma, com o auxílio do preditivo validado para avaliação da dor, a mesma poderá apontar medidas para garantir ausência de algia, princípios defendidos pela OMS dos CP e também na TVFP.

Sabe-se que o CP na UTI está, diretamente, ligado à promoção do conforto. A TFVP denomina a experiência de conforto como alívio do desconforto, o estado de facilidade e de contentamento pacífico, nesse sentido, é o que torna a vida mais fácil ou prazerosa. Segundo as enfermeiras Ruland e Moore (1998), a teoria em tela refere sobre a fundamentação das intervenções de enfermagem com os resultados específicos para os pacientes em terminalidade. Em relação ao conforto, elas se apoiam em três pilares: alívio do desconforto (1), relaxamento (2) e satisfação (3); tudo isso com intuito de melhorar a QV e de fazer com que o paciente não sinta tanta dor.

Estudo realizado em uma UTI especializada em oncologia na cidade de Salvador/Bahia/Brasil, comprovou que para promover o CP, faz-se necessário conciliar racionalidade e sensibilidade durante a atuação, (SILVA *et al.*, 2015). Essa prática de cuidar em enfermagem, – realizada com 10 profissionais de enfermagem que vivenciavam o cuidado à pessoa em processo de terminalidade –, corrobora com os achados deste estudo, pois, sabe-se que é essa conciliação é essencial para assegurar a dignidade do paciente durante todo processo

assistencial. Dessa forma, é fundamental que o paciente, aquele que esteja fora de possibilidades terapêuticas de cura, esteja bem familiarizado com seus reais problemas, para que se possa auxiliá-lo e, assim, contribuir para sua melhora, seu conforto.

Os achados desta pesquisa revelaram que o conforto em CP corrobora com os conceitos da TFVP, sendo, pois, recomendando a identificação das necessidades básicas de cada paciente e a realização de planos de cuidados individualizados, que devem ser pautados em evidências científicas, assim como direcionados para a promoção do conforto e do bem-estar (RULAND; MOORE,1998).Diante desse aspecto, as participantes revelaram a importância de atender às questões, subjetivas aquelas que são apresentadas pelos pacientes, tais como: apoio psicológico, apoio emocional e apoio espiritual, conforme depoimentos abaixo:

Manter o paciente mais confortável possível é tentar evitar que ele sinta dores, dar o apoio psicológico que ele precisa, apoio emocional. (ENF04)

Direcionar o cuidado para o conforto do paciente, às vezes, é disponibilizar um horário de visita maior. É um paciente que tem milhões de dias internados na UTI e nunca mais foi do lado de fora ver o sol, então, a gente pode botar na cadeira, avaliar com a equipe. Tudo que possa fazer que deixe ele mais tranquilo, que ele sofra menos, eu acho que é válido. (ENF07)

Conforto para alívio da dor a todos os pacientes, conforto espiritual. (ENF14)

Além disso, percebe-se também que o apoio psicológico e o apoio emocional são outras formas perceptivas de conforto, conforme o depoimento de ENF04. Em realidade, o que existe é uma atenção prestada pelas enfermeiras em assistir integralmente o paciente. Essa atenção prestada consiste em respeitar a autonomia desse paciente, com propósito de alcançar o conforto e o bem-estar, que pode ser feito a partir da realização de atividades de lazer, conforme o depoimento de ENF07.

Entretanto, para ENF14, a dimensão espiritual é considerada como uma forma de cuidar. Sabe-se que o ser humano é composto por dimensões biopsicossocial e espiritual, que devem estar em equilíbrio. No entanto, aos pacientes que se encontram em CP ou em processo de finitude, por exemplo, é imprescindível que os profissionais de saúde envolvidos no processo de cuidar não se limitem somente as necessidades físicas, mas, com os domínios espiritual, psicológico e social.

Tais assertivas podem ser confirmadas a partir do estudo realizado em uma UTI clínica de um hospital público cardiológico, o qual evidenciou as principais competências na realização dos CP. Entre as 46 competências, destacaram-se a promoção de ambiente privativo e seguro, bem como o reconhecimento e o apoio das necessidades familiares e do

conforto físico. Por fim, apenas uma citação estava relacionada às necessidades espirituais (BRABO; LAPRANO,2018), o que de certa forma corrobora com os achados das autoras acima, no qual as participantes enfatizaram medidas para proporcionar conforto, através do apoio psicológico, emocional e espiritual.

Outro estudo realizado com 13 enfermeiros no Rio de Janeiro, Brasil, constatou que o alívio da dor e a promoção de conforto estabeleceram relação no âmbito dos CP. Contudo, compreender que a promoção do bem-estar não se limita ao controle da dor é essencial para alcançar a plenitude da assistência e integralidade do ser, e somente assim a equipe poderá possibilitar o cuidado multidimensional (MORAIS; CONRAD; MATTOS *et al.*, 2018).

Em todas as pesquisas, notou-se que a percepção das participantes sobre o conforto aos pacientes em CP na UTI está, essencialmente, relacionada à questão de ausência de dor, ou seja, desse ponto de vista é necessário evitar que o paciente passe pela experiência do sofrimento ou do desconforto. Contudo, além da resolução da dor como conforto, o presente estudo trouxe o apoio espiritual como forma de dar conforto aos pacientes. Além desses aspectos, verificou-se que, para proporcionar conforto, outros aspectos deverão ser contemplados, conforme depoimentos abaixo:

Conforto é fundamental, tanto o conforto físico, analgesia, mas assim, tentar trazer um conforto, tornar o ambiente o mais harmônico possível. (ENF05)

Acho que todas as ações que mediam a interface do cuidar do paciente, então, é um paciente que vai ficar muito tempo no leito, debilitado, então fazer mudança de decúbito, uma massagem de conforto, manter a via respiratória de maneira mais confortável possível. (ENF06)

Um paciente que tem milhões de dias internados na UTI e nunca mais foi do lado de fora ver o sol, então, a gente pode botar na cadeira, avaliar com a equipe. Sempre procuro observar sinais clínicos de desconforto, observo o posicionamento, para evitar desconforto respiratório e realizo observação da face para sinais de dor. (ENF07)

A ENF05 sinalizou a harmonia do ambiente no qual o paciente está internado, revelando atitudes que poderão trazer recordações positivas do lar ao paciente, permitindo, assim, um espaço acolhedor e, dessa forma, reduzindo o sofrimento decorrente do distanciamento domiciliar. Ao enfatizar a importância do ambiente, a ENF 07 traz a possibilidade de colocar o paciente para tomar sol, uma forma de proporcionar conforto e de amenizar os vários dias de internação. Além disso, através de uma abordagem dos aspectos clínicos, poder-se-á traduzir informações relevantes em relação à presença de fatores que acarretam incômodos. Entre os fatores, destaca-se o mau posicionamento – que poderá ocasionar desconfortos respiratórios –, além da dor que pode ser identificada a partir dos sinais subjetivos, como representação facial perceptível. Desta forma, fica em evidência que a

manipulação do paciente, um cuidado prestado pela enfermeira, é uma medida de conforto, visto que existe atenção para mudança de decúbito e a massagem, conforme descreveu **ENF06**.

Entretanto, há, ainda, a preocupação relacionada ao ambiente em relação ao conforto conforme foi destacado no depoimento do **ENF05**. Sobre isso, meio ambiente, Ruland e Moore (1998), na TFVP, definem como um espaço que deverá proporcionar o melhor estado de harmonia e calma a pessoa. É necessário destacar que essas teóricas compreendem o paciente em terminalidade como ser único, cujos acontecimentos, sentimentos e posturas no processo do final da vida serão percebidos e manifestados de diferentes maneiras, pois, cada ser vivo apresenta reações distintas diante de determinada situação de crise.

Ao se destacar essa compreensão da necessidade da individualização do plano de cuidado, as enfermeiras têm um relevante papel em proporcionar o melhor cuidado possível, que pode ser auxiliado por intermédio de tecnologias e por medidas de bem-estar, com a finalidade de melhorar a QV assim como de alcançar uma morte tranquila (RULAND;MOORE, 1998). Por esse viés, algumas alternativas são possíveis para construção de um ambiente mais confortável e mais humanizado, tais como: criação de rede de apoio para paciente/família, usando ações simples como acolhimento, escuta sensível e ambiência. Sendo assim, no ambiente de cuidados intensivos, a enfermeira deve priorizar conforto aos pacientes em palição, a partir de uma assistência capaz de zelar com atitudes humanizadas, com dignidade e com respeito.

Entretanto, ainda é possível observar que há ausência de desconforto no processo de finitude, conforme depoimentos abaixo:

[...] continuar a vida dele, sem que a gente prolongue sofrimento, ou que a gente ofereça medidas que vão é desgastar mais o paciente e que não trazem mais nenhum tipo de melhoria para o quadro clínico dele. (**ENF07**)

Eu tento atender a todas as demandas necessárias do paciente, dando conforto para ele, para que ele se sinta mais e mais confortável possível. (**ENF08**)

Ao analisar esses depoimentos, nota-se que há uma preocupação com a redução do sofrimento com a proximidade e evolução do processo de finitude, essencialmente atendendo as reais necessidades dos pacientes. Nesse ínterim, existe a procura em proporcionar conforto e bem-estar nesse momento difícil e muitas vezes de ressignificação para ele, conforme os depoimentos de **ENF07** e **ENF08**. As participantes, embora tenham exposto a necessidade de desenvolver uma assistência holística, valorizando as diversas dimensões constituintes do ser humano, o conforto proporcionado por meio do alívio da dor e de sintomas físicos foi o mais

citado, evidenciando a necessidade de capacitação que valorize a promoção do conforto de forma multidimensional.

Estudo realizado por Coelho e Yankaskas (2017) salienta a necessidade de preparação das equipes de saúde. Entre as discussões, que devem ser feitas em conjunto com os pacientes e suas famílias, esses autores destacam às limitações da tecnologia para o processo de cura, bem como se podem proporcionar cuidados de conforto àqueles que permanecem sobreassistência paliativista na UTI. À luz da TFVP, observa-se que o conforto foi associado aos conceitos de abrangência para promoção do fim de vida pacífico, intensificando a perspectiva de uma assistência pautada em teorias. Para Zacarra *et al.* (2017):

“[...] como os cuidadores mais consistentes, os enfermeiros avaliam, reconhecem e validam essas experiências para ajudar os pacientes a encontrar significado, conforto e um fim de vida pacífico”. (ZACARRA *et al.*, 2017 p. 5),

Outro recurso importante na atuação da enfermeira para proporcionar conforto aos pacientes em palição na UTI é a presença da família, que será discutida na categoria a seguir.

3.10 CATEGORIA 3: A ENFERMEIRA POSSIBILITA PROXIMIDADE COM A FAMÍLIA

As participantes destacaram priorizar a presença da família como um dos aspectos relevantes para o cuidado aos pacientes em palição na UTI:

Que possa ficar na presença de familiares **(ENF03)**.
Priorizar a presença da família com esse paciente é bem importante **(ENF07)**.

Como destacado pelas participantes, a presença da família é fato relevante, pois facilitar a aproximação entre o paciente e as pessoas que cuidam dele durante todo o período da internação na UTI. Trata-se, em realidade, da representação da extensão da visita em tempo integral, proporcionando redução de desgaste e de sofrimento durante a hospitalização, conforme depoimentos abaixo:

Facilitar o acesso à família com a extensão de visita **(ENF03)**.

Eu tento o máximo deixar o paciente próximo do familiar em todas as situações, seja durante o dia, seja durante a noite. Se houver possibilidade disso, eu vou estar buscando a família. **(ENF04)**

Libero logo a visita 24 horas, para a familiar ter a livre entrada e saída da UTI. Busco aumentar, muitas vezes. A gente tem o número de visitas limitadas, mas a gente tem, graças a Deus, a equipe de enfermagem, tem autonomia para estar aumentando a quantidade de visitas, então, eu tento na medida do possível. **(ENF05)**

Vamos proporcionar entrar dois, três familiares por vez. Vamos acolher, tentar fazer com que esteja mais quantidade de gente durante a fase terminal,

proporcionar isso a família, estender a visita, permitir que dois, três familiares e amigos entre por vez, estender mesmo. (ENF13)

Ao analisar os depoimentos, pode-se notar que há uma preocupação com a permanência dos familiares durante a internação, pois isso acarretará a permanência de familiares ou amigos junto ao paciente, conforme asseverou ENF13. Além disso, algumas participantes percebem essa proximidade como mecanismo de redução de fatores ambientais hostis que permeiam a UTI.

É notório que a equipe de enfermagem dispõe de posição privilegiada na identificação precoce de sofrimento dos pacientes e seus familiares. Isso pode ser verificado a partir de observações percebidas nos sinais verbais e não verbais apresentados por eles, que podem ser vistos devido ao tempo de permanência ao lado deles. Nesta perspectiva, Silva *et al.* (2016) evidenciaram que a proximidade da equipe possibilita uma assistência segura aos pacientes, garantindo, dessa forma, a redução de riscos e a ausência de eventos adversos. Além disso, poderá atingir marcas importantes na prestação da assistência com qualidade e eficiência aos pacientes e aos familiares que estão sobre seus cuidados.

Durante a internação hospitalar, principalmente quando estão internados seus entes queridos nas UTI, alguns familiares poderão apresentar alteração comportamental e emocional, tais como: medo do prognóstico; incerteza do que poderá acontecer durante o tratamento; estresse causado por prolongamento da internação; ansiedade e desconforto (LANA *et al.*, 2018). Nessa ótica, Monteiro *et al.* (2017) ressaltam a importância de atenção a essas alterações, possibilitando não somente o suporte aos mesmos, como também reduzindo os desgastes para que eles possam desenvolver seu papel de relevância em proporcionar apoio aos seus parentes. Dessa forma, pode-se demonstrar carinho e compaixão durante o acompanhamento.

Andrade, Pedroso, Weykamp *et al.* (2019) afirmaram a importância da enfermeira na promoção dos CP, com relação à prestação de uma assistência integral ao paciente e àqueles envolvidos no processo saúde/doença. Por intermédio da escuta qualificada, o mesmo poderá oportunizar a redução da ansiedade provocada pelo medo da patologia e do prognóstico. Neste sentido, é necessário que a enfermeira auxilie a família a reconhecer seus problemas e, caso possível, encontrar soluções, mediante uma comunicação sincera entre os profissionais, os familiares e o usuário.

A família poderá, diante disso, experienciar segurança quando a equipe possibilitar suporte e atendimento às suas necessidades. Ao utilizar técnicas de comunicação de fácil entendimento deve-se obter a certeza de que elas compreenderam com clareza as informações

prestadas referentes ao tratamento ofertado, que deverá ser especializado, com qualidade e eficiência, do ponto de vista farmacológico, tecnológico e humano. Essa assistência diferenciada, baseada em evidências científicas, deverá ser valorizada com atuações que exercite a benevolência, empatia e compaixão, associada à racionalidade durante o período de permanência na UTI (HIGGINSON *et al.*, 2016, KARNIK; KANEKAR, 2016).

Em outro estudo realizado na Suécia, com 174 pacientes adultos (65% dos elegíveis), evidenciou que pacientes em palição que tinham o apoio da família apresentavam um menor índice de estresse, de ansiedade e de alívio do sofrimento (MILBERG; WAHLBERG; KREVERS, 2014). Ruland e Moore (1998), por exemplo, salientam que os profissionais de saúde devem propiciar condições favoráveis à permanência da família e das pessoas queridas do paciente no percurso do tratamento, a fim de proporcioná-los uma atenção efetiva.

Ainda relativo às questões de proximidade dos familiares e das pessoas queridas, as participantes ressaltam a importância dos aspectos de acolhimento e de humanização no ambiente da UTI, conforme depoimentos abaixo:

Tem que fazer o acolhimento mesmo, tem que chamar a família, fazer esse acolhimento e mostrar para ela a realidade, não é? Tentar mostrar para ela que aquilo que estamos fazendo não é acelerar o processo de morte, e sim, dar uma morte digna para eles. (ENF02)

[...] que não prolongue o sofrimento e que a família também participe desse processo, não só daqueles que já estão em processo de fim de vida, mas também, aqueles que a gente sabe que são doenças que não tem mais recuperação. (ENF07)

Isso inclui a presença da família a beira leito, e um olhar atento às questões que ele venha apresentar e a questão da própria humanização, que está no nosso cuidado dia a dia. (ENF09)

A UTI já está propiciando a questão mais humanizada de liberar a família, [...] a gente aumenta os horários de visitas, flexiona os horários às pessoas que trabalham nesse horário de visita, [...] está flexibilizando os horários da noite, a depender da demanda da família. (ENF14)

Nota-se, na análise das citações, que as participantes ressaltam a importância da família na assistência beira leito. A ENF02, por exemplo, sinalizou que é a partir do acolhimento e da atuação pautada em compaixão e em empatia, que se poderá demonstrar a qualidade assistencial que está sendo dispensada aos seus parentes, esclarecendo, dessa forma, para a família, a necessidade de proporcionar QV durante toda vida e garantir uma morte digna. As ENF07 e ENF09 relataram que os familiares poderão ser inclusos no processo assistencial beira leito, através da humanização das ações, que já são práticas inseridas na atuação da equipe e poderá proporcionar um ambiente mais agradável, eficiente e seguro para o paciente e familiar. Por outro lado, o ENF14 também ressaltou a importância da

humanização da assistência no CP nas UTI. Em outras palavras, deve-se estreitar a relação entre equipe e familiares de modo que seja ser favorável a uma experiência de cuidado positiva (FARIA *et al.*, 2017).

No processo de cuidar, os participantes compreendem a necessidade de modificação no paradigma desse processo e, dessa forma, mesmo discretamente, pode-se observar as questões referentes ao processo de humanização do cuidado na assistência ao paciente terminal. Essa dificuldade, evidenciada, é reflexo da formação acadêmica, que prioriza a qualidade do ensino técnico-científico, desvalorizando, assim, os aspectos humanistas do cuidado, principalmente relacionados à terminalidade.

Outros estudos que podem ser associados aos achados desta pesquisa revelam que o cuidado integral e humanizado nas UTI requer a inserção dos familiares. A participação dos mesmos em CP é, dessa forma, fundamental, pois ajudam as enfermeiras no levantamento de informações relacionadas ao paciente. Além disso, eles podem colaborar para operacionalização do processo de enfermagem, garantindo a ininterruptão no suporte assistencial ao cuidado, além de verificar as demandas reais de suporte familiar (SILVA; LIMA, 2014, VICENSI, 2016, TIMMINS, *et al.*, 2018).

Diante da preocupação com todas essas questões relacionadas ao atendimento ao paciente, objetivando a melhoria na qualidade da assistência com um olhar humanista foi lançada em 2003, pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Humanização (PNH). A PNH propõe um atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o acolhimento, promovendo, assim, a melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2010).

De acordo com Sanches *et al.* (2016), compreender a humanização em ambientes de cuidados complexos significa acolher a dinamicidade da organização deste enquanto unidade, gestão, trabalho dos profissionais e usuários. Nesse ponto de vista, a humanização é realizada de forma distinta e individualizada pela equipe multiprofissional, recuperando o direito dos pacientes e familiares em preservar a dignidade de seus entes queridos, compreendendo a importância de sua participação, responsabilização e autonomia diante do tratamento.

Os participantes expuseram a importância da aproximação entre a família e as pessoas queridas, pois, dessa forma, poder-se-á favorecer a inserção deles durante a assistência e, assim, garantir ambiente o mais agradável possível, com objetos que favoreçam lembranças de sua residência. Além disso, há ainda a possibilidade de criar condições favoráveis para que os pacientes, sempre tenham a presença de pessoas queridas, conforme depoimentos abaixo:

Acho que a inserção da família nesse momento é muito importante, tentar

trazer um pouco, se é que é possível, um pouco do ambiente familiar para dentro da UTI. (ENF05)

Eu libero visita estendida, deixo que os familiares tragam fotos, objetos pessoais, para se tornar um ambiente mais familiar possível para aquele paciente, e aí se tiver filhos, a gente libera para que os filhos venham depois que passar por uma avaliação psicológica. A gente libera que eles venham para se despedir. (ENF08)

[...] aumentar os horários de visita na medida do possível, de acordo com o quadro clínico do paciente, de acordo com a estrutura familiar também, que às vezes, a depender da situação da gravidade do paciente, não é toda família que tem condição de permanecer no leito por mais tempo. (ENF10)

Então, a gente deixa o familiar ficar mais tempo, se possível nas 24 horas, para o paciente não ficar sozinho. (ENF12)

Ao analisar as citações dos participantes acima, nota-se que, há a evidência de que a permanência dos familiares e aproximação de pessoas que cuidam é essencial na assistência em CP. Nesse âmbito, proporcionar um ambiente familiar é benéfico àquele que está sendo assistido, conforme os depoimentos das ENF05 e ENF08. Além disso, percebe-se que a ENF08 salienta que, através de alguns objetos pessoais, a exemplo de fotos, traz sensação de bem-estar.

A atenção em prestar uma assistência familiar mais integral está presente ao compreender rotinas e permitir visitas em horários fora das normas institucionais, conforme relatado nas falas das enfermeiras ENF10 e ENF12. Atitudes adotadas pela equipe de saúde, com intuito de possibilitar companhia aos pacientes, podem garantir momentos de descontração, de permanência maior parte do tempo em companhia deles e, assim, permitir aos familiares conversas que envolvem amor e compaixão para o paciente.

Enfim, à luz da TFVP, a proximidade da família e pessoa querida pode contribuir para uma assistência efetiva, além de proporcionar ao paciente um fim de vida tranquilo, bem como estar em paz, conforme discutido na categoria a seguir.

3.11 CATEGORIA 4: A ENFERMEIRA PROPORCIONA AO PACIENTE ESTAR EM PAZ

A TFVP, em sua teoria, traz cinco conceitos essenciais no cuidado ao paciente terminal com relação à experiência de estar em paz. De acordo com Ruland e Moore (1998), para oportunizar a sensação de estar em paz, a equipe multidisciplinar e em especial de enfermagem, deverá propiciar maior tranquilidade nos aspectos físicos, psicológicos e espirituais. Para Zaccara *et al.* (2017, p. 5), “[...] as últimas horas da vida são sagradas e os enfermeiros devem permanecer abertos a experiências que não são facilmente explicadas

dentro de um modelo médico tradicional”.

Nessa pesquisa, as participantes expuseram que, durante a assistência, algumas medidas assistenciais são adotadas, tais como apoio psicológico e suporte emocional como forma de tentar reduzir o sofrimento. Essa tentativa de controle da aflição e da agonia tem o intuito não somente de proporcionar o cuidado sensível, como, principalmente, tentar permitir aos pacientes em palição na UTI, a experimentar a paz, conforme se vê nos depoimentos a seguir:

Tratar o emocional do paciente lúcido em CP, eu acho que ele é mais difícil tratamento, mas nós temos apoio do psicólogo daqui que ajuda bastante. **(ENF01)**

Geralmente converso com o paciente e familiares, tento atender a demanda necessária deles, dando apoio emocional. Inicialmente, proporciono o apoio psicológico; caso necessário, solicito acompanhamento com psicóloga da instituição. **(ENF08)**

[...] dar o conforto naquele momento de dificuldade, tanto para o paciente quanto para a família. Você tentar diminuir a angústia. **(ENF10)**

Os participantes acima salientaram acerca da importância do cuidado integral, destacando a respeito da valorização das sensações e das reações do campo da subjetividade. Nesse aspecto, os depoimentos das **ENF01** e **ENF08** enfatizam a importância do suporte emocional e psicológico, que é dado pela equipe. Para a **ENF10**, por exemplo, esse tipo de apoio pode reduzir a angústia, proporcionando tranquilidade ao paciente em CP na UTI, e isso possibilita o estar em paz, como discutido na TFVP. Ressalta-se, nesse sentido, que a UTI, setor hospitalar que dispõe de alta complexidade, exige o desempenho criterioso do enfermeiro, pois trata-se de um local de vida, de morte, de cura e de óbito. Dessa forma, aos profissionais de saúde cabe não somente conhecimento técnico e científico, disponibilidade física, emocional, psicológica e respeito pela vida humana, (OUCHI, *et al.*, 2018).

Assim, como desenvolver suas práticas ancoradas no cuidado integral e na compaixão àqueles que estão sobre sua assistência? Nesta ótica, desempenhar um cuidado sensível e humanizado ao paciente em palição, ou em fase de terminalidade, requer do profissional de enfermagem o domínio dos procedimentos técnicos, as atividades administrativas e burocráticas, a habilidade em identificação das respostas do campo da subjetividade, além das possíveis alterações em relação aos aspectos emocionais, psíquicos e espirituais. Enfim, é necessário que se tenha um equilíbrio entre a utilização da tecnologia e a essência do cuidar com excelência, e dessa forma, possa não somente atender às demandas psicológicas e emocionais dos pacientes no decorrer do processo de adoecimento, como também favorecer a

criação de estratégias de enfrentamento da situação vivenciada (FERNANDES *et al.*, 2013; MARTINS *et al.*, 2015; SANTOS *et al.*, 2017).

O que se nota é que a integralidade da assistência em CP deverá contemplar todas as dimensões, incluindo a espiritualidade que, durante o processo de crise, tende a permanecer mais sensibilizada. Por esse viés, nota-se, ressaltadas nas falas das participantes, que esse cuidado poderá suavizar e, com isso, encontrar respostas existenciais para o processo de finitude, conforme as falas:

Eu tento abraçar aquela pessoa que está se mostrando com medo e tentolevar para a parte religiosa. Sempre pergunto em que eles acreditam, independente do seguimento religioso. Poderá ser do candomblé, ser católico ou apostólico, mas, se ele crê em Deus! (ENF01)

Tem de aproveitar realmente aquele momento de vida dele com a família e pessoas queridas, reconciliar-se com as pessoas. É o momento do perdão, preparar o caminho para uma passagem melhor, fazer com que ele passe por todas essas etapas da melhor forma possível. (ENF03)

A gente pode estar promovendo mais conforto, trabalhando bastante, não só a parte física do paciente, mas a questão social, espiritual. (ENF05)

Focamos em um tratamento melhor ao paciente, que propicie conforto e bem-estar. Adotamos posturas mais tolerantes e agimos com gentileza, sendo focada a questão da espiritualidade. (ENF11)

Assim, as participantes expuseram que a integralidade assistencial em CP na UTI perpassa da esfera biológica e prova que o cuidado deverá ser percebido em todas as dimensões, atendendo, dessa forma, às necessidades da dimensão espiritual, conforme depoimento da ENF01, que revela a importância da religiosidade e do respeito à pluralidade dos credos religiosos. Por outro lado, enquanto ENF05 e ENF11 focalizam atenção no campo da espiritualidade, a ENF03 sinaliza a ressignificação existencial e a reconciliação com as pendências.

De acordo com Copello, Pereira e Ferreira (2018), a espiritualidade é parte integrante do ser humano e poderá ser influenciada pelo modo de viver e pelos valores culturais. Nesse seguimento, quando identificada fragilidade ou sofrimento espiritual em relação aos problemas elencados pela enfermeira, a mesma deverá abranger em seu plano assistencial suporte para atender essa demanda, possibilitando a sensação de bem-estar pleno e experienciar estar em paz, conforme discutido por Ruland e Moore (1998) na TFVP.

No entanto, apesar de reconhecer a importância da integralidade na assistência, nem sempre as participantes conseguem atender:

A gente, por exemplo, não pergunta se tem necessidade de uma visita de um pastor ou da visita de um líder espiritual. Eu acho que isso acaba ficando realmente muito a desejar (ENF11).

A **ENF11**, por exemplo, percebe que sua atuação relativa à dimensão espiritual deixa a desejar, pois, sendo ela uma enfermeira que tem 41 anos de idade e atuando 18 anos em UTI, esperava-se, com esse tempo de prática, que tivesse mais segurança em assistir outras dimensões que não somente o biológico, mas que, principalmente em UTI, essa esfera da dimensão espiritual ainda se encontra tímida.

A aproximação com a espiritualidade, segundo Menezes (2017), ocorre quando o indivíduo é acometido por doença crônica e/ou venha a comprometer sua capacidade funcional e/ou encontra-se próximo a terminalidade da vida. Diante desse cenário, para atuar na dimensão espiritual no cuidado é relevante que o profissional de enfermagem compreenda o significado da religiosidade/espiritualidade para a pessoa, objetivando atuar nesse campo, ainda pouco explorado em diversos setores da saúde.

Atrela-se a esse fato, considerando que o ato de cuidar na UTI não pode ser associado somente há uma incumbência baseada apenas na visão biologicista, ou seja, vinculada ao ato em si, e sim, como um sentido de se localizar no mundo; faz-se, necessário, também associar a isso, a consciência ao resgate da verdadeira essência do ser, o sentido da vida centrado no alicerce a dimensão espiritual (ROCHA *et al.*, 2018). Através da integralidade e do equilíbrio que abrange todas as dimensões do ser, a enfermeira oportuniza, ao paciente em palição na UTI, vivenciar a paz conforme preconiza a TFVP.

Ao informarem como atuam na promoção da qualidade no cuidado ao paciente em terminalidade, as participantes reconhecem não somente a necessidade de garantir maior tranquilidade em relação aos aspectos físicos, mas, também, revelam a necessidade de acolhimento e de humanização durante as ações assistenciais, o que pode possibilitar o estreitamento de vínculo entre paciente, família e, assim, viabilizar uma postura de suavidade no processo de final de vida, conforme falas abaixo:

A humanização da assistência em termos de analgesia, que é o principal, e proximidade com a família. Eu falei analgesia e minimizar tudo aquilo que causa um certo estresse e sofrimento (**ENF03**)

Acolher a família junto com o paciente. Então é deixar alguns pertences, um terço que acha que é importante. Se a família achar importante, deixar um terço a beira leito, uma reza. Já vi colarem uma reza, familiar deixar um recado de carinho [...] (**ENF06**)

O que muda é o olhar, a questão da humanização, que acaba sendo um pouquinho maior, é uma vez que esse paciente está na fase terminal de vida, a gente acaba tendo um pouco mais de sensibilidade, e está atento as necessidades e demandas dele. (**ENF09**)

Nessas falas, percebem-se a ênfase das participantes com relação à essencialidade do acolhimento e humanização durante o cuidado aos pacientes em CP na UTI, atitudes

sustentadas na empatia e na compaixão. É notório que essas atitudes viabilizam a redução do estigma que permeia o setor da UTI e os profissionais atuantes e podem conduzir à mudança de paradigma no processo de cuidado.

Diante desse processo do cuidar, a Política Nacional de Humanização (PNH) tem por objetivo difundir a prática da humanização em todos os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de descrever as atuações dos trabalhadores frente ao sofrimento das pessoas, levando ao fim dos tratamentos desrespeitosos, do isolamento das pessoas de suas redes de apoio nos procedimentos, com o intuito de buscar melhorias nos ambientes de trabalho (BRASIL, 2010). Em consoante, Luiz *et al.* (2017) ressaltam a importância da utilização das recomendações norteadoras do PNH do MS durante as ações desenvolvidas, no qual traz preceitos e sugestões para a concretização da humanização, possibilitando, assim, aprimoramento nos tratamentos e nas relações entre paciente, família e funcionários.

Entre os resultados encontrados neste estudo, cita-se também aqueles que foram evidenciados por Reis *et al.* (2016), com relação à importância da assistência humanizada. Esses autores mostram que a humanização na UTI envolve o cuidado holístico ao paciente, o qual deve ser relacionado ao contexto familiar e social. A atuação desses trabalhadores, então, se estende para além das intervenções tecnológicas e farmacológicas focadas no paciente. A atuação da enfermeira intensivista, diante disso, necessitará ter um olhar sensível que deve valorizar a ausculta efetiva e o toque terapêutico, para que a complexidade do setor não descaracterize seu processo de trabalho (REIS *et al.*, 2016, ANDOLHE, *et al.*, 2015).

Nesse ponto de vista, a humanização na UTI tem sentido de compreensão do ser humano como um ser complexo, distinto, capaz de se resignificar e se adaptar, a depender não somente das condições e/ou do ambiente em que se encontra como, principalmente, das relações em que se constitui (SANTIAGO, 2015, MICHELAN; SPIRI, 2018). É, a partir de atitudes pautadas no acolhimento e na humanização que a equipe de enfermagem poderá viabilizar benefícios aos pacientes em palição na UTI, permitindo, dessa forma, maior tranquilidade, confiança e suavidade durante a permanência dos mesmos (RULAND e MOORE, 1998).

Por esse viés, algumas participantes salientaram que, para atingir essa plenitude do bem-estar, uma das necessidades a ser contemplada é a promoção de ações de modo que o paciente possa vivenciar a paz, como preconiza a TFVP. A equipe de saúde, diante disso, deve tentar oportunizar a assistência integral ao paciente em palição na UTI, ou seja, o atendimento ao paciente não deve estar apenas limitado às necessidades físicas, pois o processo de cuidar/cuidado perpassa pelas dimensões biopsicossocial e espiritual, conforme

as falas abaixo:

Continuar a vida dele sem que a gente prolongue sofrimento, ou que a gente ofereça medidas que vão é desgastar mais o paciente e que não trazem mais nenhum tipo de melhoria para o quadro clínico dele. **(ENF07)**

É direito dele a morte digna, é direito dele morrer entre os iguais, não ser mais um número, não ser um leito, é ser o pai, a mãe, o filho. **(ENF08)**

A gente entende que CP engloba você proporcionar à paciente QV, o melhor, amenizar a dor e o sofrimento no processo pré-morte. **(ENF09)**

Eu acho muito importante que o paciente não sinta dor, redução de toda forma de sofrimento, permanecer perto de quem ele deseja que esteja próximo, permitindo que tenha um fim de vida digno. **(ENF12)**

Observa-se, na leitura atenta dos relatos de **ENF 09** e **ENF12**, que amenizar a dor e o sofrimento pode levar o paciente à sensação de estar em paz. As participantes também expuseram que as medidas assistenciais promotoras de conforto poderão ser contempladas a partir da proximidade de familiares, o que pode reduzir qualquer tipo de estresse e, diante disso, possibilitar o sentimento de companhia efetiva e da manutenção do cuidado com compaixão. Dessa forma, é possível oportunizar, ao paciente em palição na UTI, a vivência da paz que tanto preconiza a TFVP.

3.12 CATEGORIA 5: FACILIDADES E DIFICULDADES DA ENFERMEIRA NO CUIDADO A PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Ao informarem como assistem aos pacientes em palição e que se encontram em processo de terminalidade na UTI, baseadas nos princípios do CP, as participantes reconhecem algumas facilidades para o desenvolvimento dessas ações. Dentre elas, destacam-se a seguir:

Nós temos apoio do psicólogo daqui que ajuda bastante **(ENF01)**.

Acho que, quando a equipe multiprofissional trabalha junto, quando a família tem suporte adequado e participa de todo processo, isso acaba facilitando a atuação da equipe **(ENF 12)**.

O suporte da equipe de CP na abordagem a família e aos pacientes são fatores cruciais para facilitar nossas ações. Contudo, o aporte da tecnologia da UTI facilita muito naquilo que ele precisar durante o tratamento, e quando é definido palição, podemos proporcionar conforto **(ENF 13)**.

Quando o paciente já tem cuidado fechado de palição, tem uma família bem consciente e tudo, não tenho dificuldade **(ENF 14)**.

Nota-se, no discurso das participantes, por exemplo, o destaque da **ENF 01** acerca do

apoio do psicólogo aos pacientes. Por outro lado, as **ENF12 e ENF13** destacam a importância de valorização e de sensibilização do trabalho multiprofissional. A partir desse ponto de vista, estudo qualitativo com 21 profissionais de saúde atuantes em UTI de um hospital Público do Distrito Federal, corrobora com os resultados deste estudo, apontando também para a questão sobre os benefícios da comunicação efetiva da equipe multidisciplinar. Contudo, ressalta a importância de investimento para qualificação da mesma, principalmente com relação à capacitação da equipe, sendo enfatizada a promoção de melhorias na comunicação (LIMA; NOGUEIRA; WERNECK-LEITE, 2019).

Sobre outra análise, a **ENF12** expõe, também, a diferença na assistência ao paciente em CP que são acompanhados e assistidos pelos seus familiares, achados que são priorizados no arcabouço da TVFP em relação à proximidade da família e na definição apresentada pela OMS (WHO, 2017). Salienta-se, diante desses achados, que a filosofia de CP tem orientações referentes ao processo de cuidar/cuidado, assim como tem a necessidade de inclusão dos familiares na assistência aos seus entes queridos. Sobre a importância do trabalho da equipe especializada em CP, sinaliza a **ENF13** sobre o suporte prestado pela mesma aos demais profissionais que executam a assistência paliativista. Nesse sentido, ela revela a valorização do aparato tecnológico que dispõe para assistir e para oportunizar conforto ao paciente. Por outro lado, a **ENF14** destaca que, quando a família está informada, facilita sua atuação diante do paciente em palição na UTI.

É notório que o processo de cuidado envolve uma situação relacional, inerente ao envolvimento emocional entre paciente, família e profissional de enfermagem. Com o auxílio da empatia resultante desse envolvimento, o atendimento às necessidades do paciente oportunizará grandes benefícios, permitindo maior compreensão por parte do profissional das necessidades do seu paciente (SANTANA *et al.*, 2015). Diante desses achados, a pesquisa qualitativa realizada em Santa Catarina, Brasil, com 30 enfermeiros, evidenciou que através da compreensão a respeito da fundamentação filosófica do CP e o entendimento da relevância da implementação desses cuidados na UTI, assim como o processo de finitude, possibilitaria aos enfermeiros uma melhor percepção dos seus valores e crenças diante desse processo, oportunizando, assim, facilidades na busca de preparo no momento em que atuassem, possibilitando melhorias na relação com pacientes e familiares que estariam experienciando a situação (SILVEIRA *et al.*, 2016).

O acolhimento, a humanização e a empatia também foram conceitos que emergiram nesse estudo, sendo possível identificar o discurso como instrumento facilitador durante a atuação das participantes em palição na UTI. Através das sensações experienciadas pelas

enfermeiras, é possível o estreitamento de vínculo; facilitar a relação de ajuda; proporcionar conforto e bem-estar ao paciente e seus familiares, uma vez que, para os familiares, fica confortável ao perceber a qualidade assistencial e visualizar a redução do sofrimento do seu ente querido. Essa mudança do paradigma sobre o processo de cuidar/cuidado nas UTI depende, essencialmente, dos profissionais atuantes nesse cenário e das instituições acadêmicas que são responsáveis pela formação dos futuros profissionais. Nessa ótica, o pensamento crítico-construtivo, bem como a compreensão da interface do cuidado é primordial ao paciente em CP (BALIZA, *et al.*, 2015), poderá facilitar a atuação dos profissionais nesse cenário, bem como proporcionar ambientes para fomentar discussão a respeito dos novos modelos assistenciais, garantindo, assim, uma assistência ancorada em teorias de enfermagem que contempla integralidade do ser.

Diante disso, algumas participantes revelaram que, para atingir uma boa qualidade na assistência prestada ao paciente em palição na UTI, elas precisaram ultrapassar as dificuldades pertinentes a modalidade assistencial, em tela nesse cenário, cercado de tecnologia e normas, conforme depoimentos:

Fico comovida em trabalhar com paciente jovem. Refletimos que ele teria todo tempo do mundo para realização dos seus sonhos e em um determinado momento tudo muda, ver aquelas pessoas com uma doença avassaladora que acaba levando a vida dele (ENF02).

Dificuldade, mas é difícil quando você vê uma pessoa jovem que não tem mais o que fazer, então isso é difícil, você 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 [...] (ENF03).

Encontro uma dificuldade quando eu vou lidar com paciente mais jovem, não é? Um paciente que está em sua melhor idade e momento de vida, e no momento de paliativo, nesse momento eu tenho dificuldade em cuidar [...]. Como nós temos um paciente, ou 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, (ENF04).

Eu encontro dificuldade, não é? Porque muitas das vezes, eles estão sofrendo de alguma forma que a gente não sabe o que realmente eles estão passando, então, eu tenho dificuldade em cuidar desses pacientes em palição (ENF05).

Ao assistir os jovens que se encontram em CP na UTI, as enfermeiras ressaltam sobre a fragilidade emocional. As ENF02, ENF03 e ENF04 relatam, sobre a relevância do suporte psicológico e emocional que carece na assistência aos pacientes que estão sobre CP e àqueles em fase de terminalidade. Além disso, as participantes revelam que, durante as ações assistenciais na UTI, elas experienciam um turbilhão de sensações, quer sejam benéficas, quer

sejam prejudiciais. À vista disso, é inevitável que, durante a atuação de enfermeiras, ao longo da trajetória profissional, se envolvam emocionalmente, experienciem insegurança e angústia, frustração e sensação de incapacidade diante do processo de finitude. Perante esse aspecto, Lana *et al.* (2018) revelaram que é notório que os fatores estressores são inerentes ao processo assistencial, tanto aos funcionários da assistência, quanto ao paciente e seus familiares. Nesse sentido, afirmaram que cabe à enfermagem diagnosticar, intervir e avaliar os pacientes, de modo que previnam e minimizem os fatores estressores durante a hospitalização na UTI.

Outra dificuldade apontada pelas participantes é quando não se tem fechado que o paciente é palição, conforme depoimento:

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 é ou não CP (**ENF 09**).

Além disso, a falta de entendimento da família sobre CP também foi evidenciada pelas participantes:

Essa questão mesmo familiar, do entendimento do CP que não é um abandono, e sim, de trazer mais conforto de medidas que tragam mais conforto para o paciente (**ENF06**).

Ao analisar a citação de **ENF06**, percebe-se que ela ressalta a importância da equipe em sanar as dúvidas na compressão familiar em relação à patologia e possibilidade assistencial proporcionada a seu ente querido, com prioridade no conforto. Diante desse aspecto, em outro estudo envolvendo 233 pacientes (idade média de 81,2 anos) e 205 membros da família (idade média de 60,2 anos), em nove hospitais canadenses –, evidenciou que a comunicação entre as equipes das UTI e pacientes/famíliares é inadequada, o que gera fragilidade no entendimento dos familiares e provoca entraves no processo de cuidar/cuidado na UTI. É por esse motivo que a equipe multiprofissional, em especial a enfermeira e demais membros da equipe de enfermagem, que tem suas atividades norteadas pela mesma, possui atuação importante em relação ao auxílio à família diante do reconhecimento dos problemas vivenciados.

Nesse cenário, destaca-se que, quando possível, todos os membros deverão juntos a esses parentes buscar as melhores ou as possíveis soluções para os entraves identificados, que deve ser feita a partir de uma boa comunicação, de maneira sincera entre os profissionais, familiares e pacientes. Em seguida, a equipe multifuncional deve compartilhar entre os mesmos as decisões, estimulando a verbalização dos seus anseios, preocupações e dúvidas, oportunizando o estreitamento de vínculo entre os que fornecem suporte ao paciente, proporcionando a tranquilidade (PAIVA; ALMEIDA JUNIOR; DAMASIO, 2014), sensação

defendida na TFVP como uma das prioridades na QV.

Importante ressaltar que a família deve ser contemplada nas ações de cuidado desempenhada pelos profissionais de saúde e receber assistência humanizada durante o percurso do acompanhamento do seu ente querido. Isso deve ser feito abrangendo todo o processo de adoecimento, morte e o período em que durar o luto, ações recomendadas na filosofia dos CP pela OMS e na TFVP. É por esse ponto de vista que em pesquisa qualitativa realizada em um hospital terciário na cidade de Fortaleza, Brasil, com acompanhantes familiares de pacientes internados, os autores concluíram que aos profissionais de saúde devem considerar a família como elemento de apoio entre o paciente e a instituição, capaz de manter vínculos e tornar o ambiente mais seguro e acolhedor. Além disso, como organismo em processo de sofrimento e adaptação, que precisam ser agregado na assistência humanizada (NEVES; GONDIM; SOARES *et al.*, 2018).

Outra dificuldade relatada pelas participantes foi à falta de preparo da equipe, conforme relatos:

[...] 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? (ENF04)

A equipe multiprofissional ainda não está preparada para cuidar do paciente em cuidados paliativos. A nossa formação foi toda voltada para o modelo curativista, então, a gente acha que o paciente tem que sair daqui bem (ENF05).

Quando a gente veio para cá abriu essa unidade. Nós viemos sem nenhuma, sem nenhum preparo, dizemos assim. Nós não éramos oncologistas, nós éramos intensivistas, e oncologista, ele trata muito do fim da vida, e terapia intensiva não, a gente luta até o final. Então, a gente [...] foi um choque grande, para mim foi uma dificuldade lidar com isso, precisei fazer terapia, porque isso me angustiava muito, hoje já lido com uma facilidade maior, uma convivência melhor (ENF08).

Eu acho que é uma modalidade de cuidado um pouco ainda longe aqui do estado da Bahia. Percebo fragilidade nos serviços e talvez em outros estados, isso talvez já esteja até mais evoluído (ENF12)

Nesse ínterim, a **ENF05** sinaliza a importância da busca por parte dos integrantes da equipe de aprofundamento em relação ao CP. Tal atitude traz a possibilidade de assistir àqueles que estão sobre o nosso cuidado. No entanto, a **ENF12** salienta que ainda existe falta de padronização na assistência paliativista no panorama brasileiro, o que nesse caso, tem proporcionado baixa qualidade nos serviços prestados.

A partir dessas observações pode-se afirmar que a compreensão de profissionais que compõe a equipe de CP se baseia em ações de enfermagem cotidianas, representando

minimamente esse cuidado e revelando a insuficiência de conhecimento sobre essa modalidade de cuidar e dos benefícios que poderão proporcionar aos pacientes através do arcabouço e conceitos preconizados na definição filosófica do CP (MACHADO *et al.*, 2015).

Outro ponto de análise é percebido no fator idade, o qual pode interferir no processo de qualificação para atuação em UTI. Nesse aspecto, um estudo em tela com 12 participantes mostrou que as enfermeiras, entre 28 e 38 anos, por exemplo, ao formar, geralmente fazem uma especialização em UTI para atuar na área. Esse pouco tempo de experiência mostra que elas são consideradas relativamente jovens para lidar com variadas questões que envolvem pacientes em palição, conforme destacado pela **ENF04**, que tem 28 anos. Assim, essa pesquisa corrobora com esse estudo, pois também revela que as enfermeiras, especialmente as mais jovens, sentem-se despreparadas e incapazes de confortar a família, ou conversar sobre o processo de limitação do suporte de vida e do estágio final da doença (BALIZA *et al.* 2015).

Por outro lado, também foi relatada dificuldade em cuidar do emocional de paciente lúcido:

É tratar o emocional do paciente lúcido em CP. Acho que ele é mais difícil o tratamento (**ENF01**).

De acordo com Oliveira, Cavalcante e Carvalho (2019), a hospitalização, em especial para àqueles que vivenciam um adoecimento ameaçador da vida – como patologias fora de possibilidades de cura –, familiarizam-se com prejuízos diários como: a perda da saúde; da imagem corporal perfeita e das relações sociais com a aproximação do processo de morte. Diante desses aspectos, os autores concluíram que sentimentos como a raiva, a revolta e a evitação poderão surgir com grande intensidade.

Além disso, destaca-se, também nessa pesquisa, a questão da falta de tempo que foi apontada como dificuldade para o cuidado ao paciente em palição, conforme relato:

Acho que o ambiente da UTI, ela traz essa coisa da preferência em procedimentos invasivos, muitas rotinas a todo tempo, tem agitação todo período, que é inerente à terapia intensiva, [...]. O barulho do ambiente, as entradas dos profissionais em diversos momentos do dia e a falta de tempo para dá mais atenção a esse paciente. (**ENF 11**)

A **ENF11** destaca, acerca desse aspecto, que a falta de tempo em relação às outras atribuições inerentes ao cargo de enfermeira na UTI provoca redução e fragilidade na assistência dispensada aos pacientes sobre seus cuidados. Além disso, afirma que a falta de tempo em algumas situações pode gerar dificuldades na assistência, quando, por exemplo, a enfermeira precisa priorizar o conforto:

[...] priorizar o conforto para ele. Então, às vezes o curativo é algo que está causando dor, e você vai usar um material que vai melhorar a dor (**ENF07**).

Segundo Abrahão (2015), as Enfermeiras que atuam na UTI devem ter preparo para

lidar com pacientes graves, podendo apresentar alterações do nível de consciência ou até incapazes de se comunicar. Além do contato com os que estão em processo de finitude, percebe-se que as condições de trabalho da equipe de enfermagem nesses cenários, constantemente são caracterizadas pelo trabalho envolvendo força física e intelectual, gerando, muitas vezes, a sobrecarga de trabalho. Aliado a isso, destaca-se, também, a jornada em regime de plantões, somadas ao estresse intrínseco que percorre nas UTIs são fatores que poderão influenciar diretamente na assistência prestada (NOVARETTI; SANTOS; QUITERIO, et al, 2014).

Por conta disso, no cenário mundial e no panorama brasileiro, a adequação do número de profissionais de enfermagem de forma quantitativa e qualitativa para assistir os pacientes críticos, de forma segura e eficaz, tem se tornado um desafio. Contudo, o elevado custo dos cuidados em saúde continua exercendo forte influência na provisão desses profissionais, limitando as contratações, até mesmo na UTI, local que necessita de alta especificidade e requer números expressivos em relação a recursos humanos para atender as necessidades terapêuticas dos enfermos (VIEIRA; GARCIA; FUGULIN, 2016).

Essas necessidades terapêuticas dos enfermos são relatadas pelas participantes como algo que pode causar ansiedade, seja pela gravidade do paciente, seja pela falta de comunicação, conforme citam ENF03 e ENF14.

Da gente ficar questionando e ainda está em uso de certa invasão. (ENF03) Eu acho que, quando a gente entra no leito, que a família traz uma ansiedade quando o paciente está em um estado mais grave. Aqui na UTI, eu percebo que ainda existe uma falta de comunicação, que é imprescindível com os CP integrais. (ENF 14)

A ENF03, por exemplo, revela a dificuldade do paciente de estar em palição e ainda ser invadido. Isso reforça a falta e/ou fragilidade na comunicação com a equipe, pois, estando em CP, o paciente não deveria mais ser invadido. Ao estudar a teoria TFVP, percebe-se que ela reforça sobre as medidas de conforto, sendo, pois contrária à utilização de medidas invasivas.

Por outro lado, a ENF14 revela a fragilidade no processo de comunicação entre os envolvidos no cuidado na UTI. A compreensão das habilidades de se comunicar de forma clara é essencial ao trabalho multiprofissional, podendo ser uma ferramenta a ser utilizada para amenizar as dificuldades encontradas pelos integrantes da equipe, em especial pela enfermeira que assiste o paciente em CP, proporcionando entendimento na transmissão da informação ao paciente e seus familiares. Andrade, Pedroso, Weykamp *et al.* (2019) ressaltaram a importância da comunicação nos CP e salientaram que se deve ajudar aos pacientes e aos seus familiares durante as modificações físicas e psicológicas que ocorrerão nessa etapa da

vida, assim, possibilitá-los de forma adequada a lidar com esta situação.

A partir dessa análise, o estudo evidenciou a importância da transmissão de informações aos envolvidos no processo de cuidado, como sendo uma das estratégias para redução das dificuldades encontradas na assistência ao paciente em CP. Esse estudo sinalizou sobre a relevância do compartilhamento e da tomada de decisão. Assim, a tomada de decisão compartilhada apoia-se nas discussões abertas e honestas das razoáveis opções de tratamento, atitudes essas que oportunizam segurança pela equipe por parte do paciente e familiar. Por outra vertente, a comunicação tem que ser clara e contínua, com intenção de estabelecer relação de fé, especialmente com os familiares.

Nota-se, nesse aspecto, que a fragilidade no processo de transmissão das informações, assim sendo, viabiliza as falsas esperanças de cura, implicando, desse modo, na não aceitação dos limites terapêuticos e desencadeando processos de luto patológicos (PATTISON; O'GARA; WIGMORE, 2015, QUEIROZ *et al.*, 2018). Diante disso, resultados encontrados em estudo de pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, realizada na UTI adulto de um hospital de Câncer adulto no Rio de Janeiro/Brasil evidenciaram a fragilidade no compartilhamento das informações e nas tomadas de decisão entre equipe, além do *déficit* na formação do profissional sobre o tema, carências na comunicação entre os membros das equipes e para com os familiares, e opiniões divergentes em relação às condutas terapêuticas.

É evidente que o cenário da UTI é um ambiente complexo e temido. Nesse estudo, pode-se evidenciar que muitos profissionais trabalham alicerçados por sua subjetividade, pelos seus valores culturais e pela sua formação acadêmica. Entretanto, tudo isso ainda está voltado para cura de patologias, agravos ou traumas, sinalizando que pode ser reflexo das dificuldades relatadas. Para embasar tal afirmativa, tomam-se o resultado de estudo quantitativo com pacientes americanos, que declarou que a utilização da medicina intensiva no final da vida continua a aumentar.

Evidencia-se, também, que a internação ainda é associada a fatores negativos, destacando-se, nesse aspecto, as limitações físicas, a falta de privacidade, a iluminação incômoda, os ruídos constantes, a tecnologia dura com aparelhagens e o distanciamento familiar. A maior parte dos estressores é inalterável, pois representa estrutura de suporte tecnológicos necessária para recuperação dos pacientes que se encontram em possibilidade de cura. Uma alternativa possível para construção de um ambiente mais confortável para reduzir os fatores que causam dificuldades nas ações assistenciais é o investimento em treinamentos, com foco nas relações de apoio, confiança e ética entre os membros da equipe e pacientes e seus familiares, valorizando atitudes simples como escuta sensível, acolhimento e ambiência

(GOMES; CARVALHO, 2018, VALENTE, *et al.*, 2017).

Por fim, mesmo sabendo da relevância da TFVP que vem sendo comprovada como uma teoria que tem bom alcance em ambientes paliativos (ZACARA *et al.*, 2017), muitos desses profissionais atuantes em cuidados intensivos não são adequadamente capacitados ou qualificados para prestar uma assistência a esses pacientes (WESSMAN *et al.*, 2015). Dessa forma, cabe, diante desse cenário, compreender e utilizar teorias de enfermagem para nortear os cuidados ao paciente terminal na UTI, pois elas podem não somente facilitar a atuação da enfermeira como, principalmente, reduzir suas dificuldades encontradas diante do cenário do cuidar do outro de forma humanitária.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que a enfermeira é a profissional que, durante sua atuação na UTI, continuamente se depara com pacientes fora da possibilidade de cura, assistidos na modalidade paliativista, além daqueles que estão no fim de vida, acompanhando com frequência a pessoa e a família nesta fase. Cabe à referida categoria citada, tentar minimizar o sofrimento e auxiliar para um final de vida pacífico. Diante disso, este estudo possibilitou apreender o processo do cuidar/cuidado da enfermeira aos pacientes em palição na UTI. Como objetivo, buscou-se descrever e comprovar que, independentemente da sua experiência profissional e vivências, algumas vezes a atuação nesse cenário pode gerar sentimento de incerteza, desespero, ansiedade e angústia para esses profissionais.

Nesse sentido, os achados encontrados no estudo em tela demonstram que a TFVP transcende a lógica de uma teoria preditiva de médio alcance, visto que os profissionais operacionalizam suas práticas assistenciais para promoção de um fim de vida pacífico, nem sempre padronizados em protocolos institucionais. Em outras palavras, o estudo evidenciou que a percepção de algumas participantes a respeito dos CP corrobora com os conceitos da TFVP, sugerindo a identificação das necessidades básicas de cada paciente e seus familiares durante internação, na utilização da assistência multiprofissional para construção de um plano de cuidados holísticos, baseado em evidências científicas, discutido entre os profissionais e direcionado para a promoção do conforto e bem-estar pleno. Entretanto, algumas semelhanças podem ser encontradas nos conceitos da TFVP e pressupostos com os princípios de CP. Cita-se que ambos têm em comum oportunizar um processo de morte e morrer com qualidade.

Por outro véis, pode-se refletir que a morte digna e pacífica são conceitos pertencentes ao arcabouço da TFVP e, nesse sentido, respalda a enfermeira em suas ações diante do processo assistencial ao paciente em palição e os que se apresentam em fase de terminalidade; de modo que possa oportunizar os benefícios e as qualidades do cuidado e, assim, possibilitar um final de vida mais pacífico. Neste ponto de vista, é imprescindível que a equipe assistencial multiprofissional, em especial a de enfermagem, esteja preparada e fundamentada na filosofia do CP, no que tange a integridade no cuidar, atendendo as demandas apresentadas pelo paciente terminal em todas as dimensões; e com isso proporcionar a garantia de todos os seus direitos, assim como o bem-estar pleno e um ambiente que possibilite ao mesmo, experienciar estarem em paz, como preconiza a TFVP.

Entre os tópicos citados para a intervenção que busca a ausência ou redução da dor, foram citadas as seguintes estratégias: aproximação com entes queridos (1), oportunizar a

dignidade/respeito e experimentar a paz (2), reconhecimento da fé (3) e o cuidado que possibilite um final de vida pacífico (4).

Diante disso, nesse estudo emergiram cinco categorias: na primeira, as participantes expressaram que CP e para a terminalidade são tratados com a mesma relevância e na segunda, as participantes expuseram que priorizam medidas que ausente ou reduza qualquer tipo de desconforto. A terceira retratou a importância da proximidade com a família, com objetivo de suavizar o processo de cuidado na finitude. A quarta apresentou ações que proporcionam ao paciente experimentar a paz, valorização da dimensão espiritual e benefícios diante o processo de tensão. A quinta e última categoria evidenciou que, apesar das participantes relatarem que existem muitos entraves na assistência paliativista na UTI, há sim a necessidade de modificação no paradigma do processo de cuidar/cuidado por parte de alguns membros da equipe, pois compreendem os benefícios proporcionados aos pacientes e familiares assistidos na modalidade de CP.

Além disso, cita-se também a identificação de cinco elementos mais importantes a serem abordados e compartilhados: preferências da modalidade dos cuidados em caso de doença com risco de morte, valores, prognóstico, medos ou preocupações e perguntas sobre os objetivos do tratamento (YOU *et al.*, 2014). Entretanto, nesses cinco elementos, destaca-se que o papel da enfermeira no processo de cuidar/cuidado ao paciente em CP na UTI, contribui de forma essencial para a melhoria do seu bem-estar e qualidade de vida, quando assiste aos aspectos destacados na TFVP. Assim, a pesquisa recomenda a capacitação de enfermeiras que atuam em palição na UTI, tendo em vista a dificuldade relatada pelas participantes para assistir aos pacientes nesse cenário.

Por fim, ressalta-se que o estudo tem como entrave o cenário limitado, tratandose somente de uma UTI, diminuindo as possibilidades de análise e restringindo um universo que não representa a realidade de outras equipes distintas. Diante disso, recomenda-se a realização de mais pesquisas com essa temática, com a finalidade de auxiliar os profissionais de saúde a repensarem na assistência, além de proporcionar aprofundamento e pluralidade no campo dos CP e da TFVP. A partir disso, acredita-se que se possa refletir sobre os planejamentos assistenciais direcionados a essa população, com intuito de melhoria, de qualidade e de integralidade à assistência holística, oportunizando uma boa qualidade de vida até os últimos momentos de vida.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, Ana Lucia Capucho Lorena. **A Unidade de Terapia Intensiva**. In: CHEREGATTI, Aline Laurenti, AMORIM, Carolina Padrão (Organizadoras). *Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva*. São Paulo: Martinari, 2015, 2ª Edição. p. 15 - 39.
- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **ANCP e cuidados paliativos no Brasil**. 2017. Disponível em: <<http://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/cuidados-paliativos-no-brasil>>. Acesso em: 20 fev. 2018.
- ALVES, R. S. F.; CUNHA, E. C. N.; SANTOS, G. C. *et al.* Palliative Care: Alternative to Essential Care at the End of Life. **Psicol. cienc. prof.**, v. 39, p. e185734, 2019.
- ALMEIDA, C. S.; SALES, C. A.; MARCON, S. S. O existir da enfermagem cuidando na terminalidade da vida: um estudo fenomenológico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.48, n.1, p.34-40, 2014.
- ANDRADE, G. B.; PEDROSO, V. S. M.; WEYKAMP, J. M. *et al.* Palliative Care and the Importance of Communication Between Nurse and Patient, Family and Caregiver. **Rev Fund Care Online**. v. 11, n. 3, p. 713-717, 2019.
- ANDOLHE, R.; BARBOSA, R. L.; OLIVEIRA, E. M. *et al.* Stress, coping and burnout among intensive care unit nursing staff: associated factor. **Rev Esc Enferm USP**. v.49(esp), p.58-64, 2015.
- ASLAKSON, R. A; CURTIS, J. R; NELSON, J. E. The changing role of palliative care in the ICU. **Critical care medicine**, v. 42, n. 11, p. 2418–28, 2014.
- BACKES, M. T. S.; ERDMANN, A. L.; BÜSCHER, A. The Living, Dynamic and Complex Environment Care in Intensive Care Unit. **Rev. Latino-Am de Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 411–418, 2015.
- BALIZA, M. F.; BOUSSO, R. S.; POLES, K. *et al.* Factors influencing intensive care units nurses in end-of-life decisions. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 49, n. 4, p.572-9, 2015.
- BANDEIRA, D.; COGO, S. B.; HILDEBRANDT, L. M. *et al.* A morte e o morrer no processo de formação de enfermeiros sob a ótica de docentes de enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, v. 23, n. 2, p. 400-407, 2014.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Luís Augusto Pinheiro (tradução). São Paulo: Edições 70, 2016.
- BATISTA, V. C.; MONTESCHIO, L. V. C.; GODOY, F. J. *et al.* Necessidades de Familiares de Pacientes Internados m Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Fund Care Online**. v. 11, p. 540-546, 2019.
- BONILHA, L. G.; ZAMBERLAN, C.; ILHA, S. *et al.* Feelings and emotions experienced in intensive care unit: influence on clinical nurse care. **Journal of Nursing UFPE**, v. 9, n. 6, p. 8636–8642, 2015.

BRABO, B. C. F.; LAPRANO, M. G. G. Nurse's skills for cardiology palliative care. **J NursUFPEonline.**, v. 12, n. 9, p. 2341-8, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 7 de 24 de fevereiro de 2010.** Ministério da Saúde. Brasília: 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html>. Acesso em: 02 dez. 2018.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012.** Dispõe sobre normas e diretrizes de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília; 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em: 10 set. 2018.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016.** Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília; 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2020.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 554, de 15 de setembro de 2017.** Dispõe sobre normas e diretrizes de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília; 2017. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso554.pdf>. Acesso em: 10 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política de Humanização.** Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4ª Edição. Brasília: MS; 2010.

_____. Conselho Federal de Medicina – CFM. **Resolução n. 1.805/2006.** Diário Oficial da União: Brasília, seção I, p. 169, 2006.

_____. Conselho Federal de Medicina – CFM. **Resolução n. 1995/2012,** de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Brasília 2012. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf Acesso em: 20 ago. 2018.

_____. Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, **Resolução n. 554, DE 17 DE JULHO DE 2017.** Diário Oficial da União: Brasília, 2017.

BURLÁ, C.; PY, L. Palliative care: science and protection at the end of life. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 6, p. 1139–1141, 2014.

CAPRA, F. **O Ponto de mutação** [tradução Álvaro Cabral]. São Paulo: Cultrix, 2006, p. 119-157.

CARVALHO, K. K.; LUNARDI, V. L.; SILVA, P. A. *et al.* (Lack of) care in terminality, palliative care and the necessary reform of thought. **J Nurs UFPE.** v. 10, n.7, p. 2720-30, 2016.

CERVELIN, A. F.; LUCE; KRUSE, M. H. Spirituality and religiosity in palliative care: proposing a good death. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 9, n. (Supl.3), p.7615-24, 2015.

_____. Spirituality and religiosity in palliative care: learning to govern. **Esc. Anna Nery**, v. 18, n. 1, p. 136-142, 2014.

CEZAR; VS, CASTILHO; RK, REYS., KZ. *et al.* Continuous Education in Palliative Care: an Action Research Proposal. **J. res.: fundam. care.** online v. 11, (n. esp), p.324-332, 2019.

COELHO, C. B. T.; YANKASKAS, J. R. New concepts in palliative care in the intensive care unit. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 29, n. 2, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. **Enfermagem em números.** Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros> Acesso em: 18 mar. 2020.

COPELLO, L. E; PEREIRA, A. D.; FERREIRA, C. L. L. Spirituality and religiousness: Importance for the nursing care of a patient during sickness. **Disciplinarum Scientia.** Série:Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 19, n. 2, p. 183-199, 2018.

DAMÁSIO, G. S., FRANÇA, H. M., OLIVEIRA, I. C. M. *et al.* Social, clinical, and adherence factors in patients co-infected with HIV/Tuberculosis: a descriptive study. **Online braz j nurs.** 2016.

DAVIDOFF, F.; DIXON-WOODS, M.; LEVITON, L. *et al.* Demystifying theory and its use in improvement. **BMJ QualSaf**, v. 24, n. 3, p. 228- 38, 2015.

FARIA, T. N. T.; CARBOGIM, F. C.; ALVES, K. R. *et al.* Palliative care in an intensive therapy unit: perceptions of nursing professionals. **Rev enferm UFPE online**, v.11 (Supl. 5),p.1996-2002, 2017.

FERNANDES, M. A.; EVANGELISTA, C. B.; PLATEL, I. C. S. *et al.* Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2589-2596, 2013.

FERNANDES, M. F. P.; KOMESSU, J. H. Desafios do enfermeiro diante da dor e do sofrimento da família de pacientes fora de possibilidades terapêuticas. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 47, n. 1, p. 250-257, 2013.

FIOCRUZ. **Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem no Brasil.** 2015. Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem-no-brasil>>Acessoem: 18 mar. 2020.

FATEEL, E. E.; O'NEILL, C. S. Family members' involvement in the care of critically ill patients in two intensive care units in an acute hospital in Bahrain: The experiences and perspectives of family members' and nurses' - A qualitative study. **ClinicalNursStudies**, v. 4, n. 1, p. 57-69, 2016.

FREITAS, N.O; PEREIRA. M.V.G. Nurses' perception on palliative care and management of pain at the ICU **O Mundo da Saúde**, v. 37, n. 4, p.450-457, 2013.

GARCES, T. S.; MOREIRA, T. M. M.; SOUSA, G. J. B. *et al.* The condition of spirituality in oncological nursing care. **Rev enferm UFPE**, v. 12, n. 11, p. 3024-9, 2018.

GARCIA, J. B. S.; RODRIGUES, R. F. L.; FITERMAN, S. Structuring a palliative care

service in Brazil: experience report. **Rev. Bras. Anesthesiol.** v.64, n.4, p.286-291. 2014.

GUERREIRO, E. A Ideia de morte: do medo à libertação. **Diacrítica**, v. 28, n. 2, p. 169-197, 2014.

GOMES, A. G. A., CARVALHO, M. F. O. The patient's perspective regarding hospitalization experience in intensive care unit (ICU): integrative literature review. **Rev SBPH.** v.21, n.2, p.167-85, 2018.

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

GULINI, J. E. H. M. B.; NASCIMENTO, E. R. P.; MORITZ, R. D. *et al.* Intensive care unit team perception of palliative care: the discourse of the collective subject. **Rev Esc Enferm USP.** v.51, p. e03221, 2017.

HANNA, D. R. A Proposal for Certification in Nursing Theory. **Aquichan**, v.16, n.1, p.7-14, 2016.

HIGGINSON, I. J.; RUMBLE, C.; SHIPMAN, C. *et al.* The value of uncertainty in critical illness? An ethnographic study of patterns and conflicts in care and decision-making trajectories. **BMC Anesthesiol** v. 16, n. 11, 2016.

IVO, O.P; PEDROSO. K. O. O processo da morte e do morrer: uma visão dos acadêmicos de enfermagem. **Id on Line Rev. Psic.** v.11, n.34. 2017.

JO, K. H.; PARK, A. R.; LEE, J. J. *et al.* The effect of suffering experience, empathy ability, caring behaviors on terminal care performance of clinical nurses. **Korean J Hosp Palliat Care** [Internet]. v. 18, n. 4, p. 276-84, 2015.

KARNIK, S., KANEKAR, A. Ethical Issues Surrounding End-of-Life Care: A Narrative Review. **Healthcare**, v. 4, n. 2, p. 24, 2016.

KOVÁCS, M. J. Desenvolvimento da tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v.18, n.41, 2008.

_____. Towards death with dignity in the XXI Century. **Revista Bioética**, v. 22, n. 1, p. 94-104, 2014.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 2017.

LANA, L. D.; MITTMANN, P. S.; MOSZKOWICZ, C. I. *et al.* Los factores estresantes en pacientes adultos internados en una unidad de cuidados intensivos: una revisión integradora. **Enfermería Global**. n. 52, p. 591-601, 2018.

LEITE, R.A.F. *et al.* Acesso à informação em saúde e cuidado integral: percepção de usuários de um serviço público. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v. 18, n. 51, p. 661-672, 2014.

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

LIMA, M. J. de. **O que é enfermagem**. Coleção Primeiros Passos. Editora Brasiliense: São Paulo. 2017.

LOMBARDI, M. R.; CAMPOS, V. P. Nursing in Brazil: intersection of gender, race and social classes relations in the professional field **Revista da ABET**, v. 17, n. 1, p.28-46, 2018.

LUIZ, F. F.; CAREGNATO, R. C. A.; COSTA, M. R. Humanização na Terapia Intensiva: percepção do familiar e do profissional de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 70, n. 5, p. 1040-1047, 2017.

MACHADO, J. H.; SILVEIRA, R. S.; LUNARDI, V. L. et al. Patients requiring palliative care: nurses' perception. **Enferm Foco**. v. 4, n. 2, 2015.

MACHADO, M. H.; FILHO, W. A.; LACERDA, W. F. et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. **Enferm em Foco**. v. 6, n. (1/4), p.11-17, 2015.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARTINS, J. T.; GALDINO, M. J. Q.; GARANHANI, M. L. *et al.* Humanização no processo de trabalho na percepção de enfermeiros de unidade de terapia intensiva. **CogitareEnferm**, v. 20, n. 3, p.585–591, 2015.

MEDEIROS, A. B. A.; ENDERS, B. C.; LIRA, A. L. B. C. The Florence Nightingale's Environmental Theory: A Critical Analysis. **Esc Anna Nery**. V.19, n. 3, p.518-524, 2015.

MENEZES, R. A; BARBOSA, P. C. A construção da "boa morte" em diferentes etapas da vida: reflexões em torno do ideário paliativista para adultos e crianças. **Cienc. Saude colet.**, v.18, n. 9, p.2653-2662, 2013.

MENEZES.T.M.O. Spiritual dimension of care in health and nursing. **Rev. baiana enferm**. v.31, n. 2, p. e22522, 2017.

MICHELAN, V. C. A.; SPIRI, W. C. Perception of nursing workers humanization under intensive therapy. **RevBrasEnferm**. v.71, n.2, p.372-8, 2018.

MILBERG, A.; WÄHLBERG, R.; KREVERS, B. Patients' sense of support within the family in the palliative care context: what are the influencing factors? **Psychooncology**, v. 23, n. 12, p. 1340-1349, 2014. D

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13ª Ed. São Paulo: Hucitec; 2013.

MONTEIRO, M.C.; MAGALHAES, A.S.; MACHADO, R. N. A Morte em cena na UTI: a família diante da terminalidade. **Temas psicol.**, v. 25, n. 3, p. 1285-1299, 2017.

MOREIRA, A. O.; SOUSA, H. A.; RIBEIRO, J. A. Vivências e estratégias defensivas dos

enfermeiros frente ao cuidado em unidade de terapia intensiva. **Revista da Enfermagem UFSM**. v. 3, n. 1, p. 102-111, 2013.

MORAIS, E. N. et al. Palliative care: coping nurses in a private hospital in the city of Rio de Janeiro - RJ. **RevFundCare Online**, v. 10, n. 2, p. 318-325, 2018.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 2002.

NEVES, L. et al. The impact of the hospitalization process on the caregiver of a chronic critical patient hospitalized in a Semi-Intensive Care Unit **Esc Anna Nery** v.22, n. 2, p. e20170304, 2018.

NOVARETTI, M. C. Z. et al. Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Rev. bras. enferm.**, v.67, n.5, p.692-699, 2014.

OLIVEIRA, D. S. A.; CAVALCANTE, L. S. B.; CARVALHO, R. T. Sentimentos de Pacientes em Cuidados Paliativos sobre Modificações Corporais Ocasionadas pelo Câncer. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 39, e176879, p.1-13, 2019.

OLTMANN, S. M. Qualitative Interviews: A Methodological Discussion of the Interviewer and Respondent Contexts. **Forum: Qualitative Social Research**, v. 17, n. 2, p. 1-16, 2016.

OUCHI, J. D. et al. O papel do enfermeiro na unidade de terapia intensiva diante de novas tecnologias em saúde. **Revista Saúde em Foco**, n. 10, 2018.

PAIVA, F.C.L.; ALMEIDA JÚNIOR, J. J.; DAMÁSIO, A. C. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. **Rev. bioét.** v. 22, n. 3, p. 550-60, 2014.

PATTISON, N.; O'GARA, G.; WIGMORE, T. Negotiating transitions: involvement of critical care outreach teams in end-of-life decision making. **Am J Crit Care**. v. 24, n. 3, p. 232-40, 2015.

PEREIRA, C. P.; LOPES, S. R. A. The dying process into health professionals' daily life working in Intensive Care Units. **SBPH**, v. 17, n. 2, p. 49-61, 2014.

PEGORARO, M. M. O; PAGANINI, M. C. Cuidados paliativos e limitação de suporte de vida em terapia intensiva. **Rev. Bioét.**, v. 27, n. 4, p. 699-710, 2019.

PEROVANO, D. G. **Manual de Metodologia Científica Para a Segurança Pública e Defesa Social**. 1ª ed. Juruá, 2014.

PICANÇO, C. M.; SADIGURSKY, D. Nurses' view on artificial extension of life. **Rev. enferm UERJ**, v. 22, n. 5, p. 668-73, 2014.

PORTAL HSR. **Estrutura e Serviços**. s/a. Disponível em: <http://portalhsr.com.br/servicos-e-estrutura/>. Acesso em: 20 mar. 2019.

PRADO, R. T. *et al.* Desvelando os cuidados aos paciente em processo de morte/morrer e às suas famílias. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 39, p. e2017-0011, 2018.

QUEIROZ, T. A.; RIBEIRO, A. C. M.; GUEDES, M. V. C. *et al.* Palliative care to the elderly in intensive care: the perspective of the nursing team. **Texto contexto - enferm.**, v. 27, n. 1, e1420016, 2018.

REDE D'OR SÃO LUIZ. Histórico. 2019. Disponível em <<https://www.rededorsaoluiz.com.br/o-grupo/historico>> Acesso em: 09 mar. 2021.

REIS, C. C. A.; SENA, E. L. S.; FERNANDES, M. H. Humanization care in intensive care units: integrative review. **Rev Pesq Cuid Fundam.** v. 8, n. 2, p. 4212-22. 2016.

ROCHA, R. C. N. P.; PEREIRA, E. R.; SILVA, R. M. C. R. A. The spiritual dimension and the meaning of life in nursing care: phenomenological approach. **REME – Rev Min Enferm.** v. 22, p. e-1151, 2018.

ROULSTON, K. Issues involved in methodological analyses of research interviews. **Qualitative Research Journal**, v. 16, n. 1, p. 68-79, 2016.

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, p.169-75, 1988.

SANCHES, R. C. N.; GERHARDT, P. C.; RÊGO, A. S. *et al.* Perceptions of health professionals about humanization in intensive care unit adult. **Esc Anna Nery.** v. 20, n.1, p. 48-54, 2016.

SANTANA, J. C. B.; CALDEIRA, C. L. G.; MARTINS, F. P. L. *et al.* Experiences of caring for patients of life in terminal: perception of a group of students of nursing. **Enferm Rev.** v. 18, n. 2, 2015.

SANTIAGO, T. H. R.; TURRINI, R. N.T. Organizational culture and climate for patient safety in intensive care units. **RevEscEnferm USP.** v. 49, n. (esp), p. 123-30, 2015.

SANTOS, D. C. L.; SILVA, M. M.; MOREIRA, M. C. *et al.* Planejamento da assistência ao paciente em cuidados paliativos na terapia intensiva oncológica. **Acta paul. enferm.** v. 30, n. 3, p. 295-300, 2017.

SANTOS, M. A.; HORMANEZ, M. Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem: revisão da produção científica da última década. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2757-2768, 2013.

SANTOS, F. S. **Velai comigo:** inspiração para uma vida em cuidados paliativos – Cicely Saunders. Editor FSS, 2018.

SILVA, L. S. R.; SILVA, E. C.; SILVA, J. E. *et al.* Lifestyle and health of the nurse that Works the night shift. **J Nurs UFPE**, v. 11, n. 9, p. 3369-75, 2017.

SILVA, R. C.; FERREIRA, M. A.; APOSTOLIDIS, T. *et al.* Nursing care practices in intensive care: An analysis according to ethics of responsibility **Esc Anna Nery.** v. 20, n. 4,

p. e20160095, 2016.

SILVA, T. M. Cuidados Paliativos em UTI: elaboração de cartilha para a orientação para a prática de enfermeiros no cuidado a pacientes com doenças crônicas não-transmissíveis. **Repositório Institucional da UFSC**. 2016.

SILVA, R. S.; PEREIRA, A.; MUSSI, F. C. Comfort for a good death: perspective nursing staff's of intensive care. **Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery**, v. 19, n. 1, p. 40-46, 2015.

SILVA, R. S. P. **Enfermagem e os Cuidados Paliativos** - cuidando para uma boa morte / Rudval Souza da Silva, Juliana Bezerra do Amaral e William Malagitti, organizadores - São Paulo: Martinari, 2013.

SILVA, R. S. P. **Enfermagem e os Cuidados Paliativos** - cuidando para uma boa morte / I Rudval Souza da Silva. II Juliana Bezerra do Amaral. III William Malagitti. – 2ed. - São Paulo: Martinari, 2019.

SILVA, C.P.B.V.; AMARAL, T.S.A.; SILVA, V.A.S. Percepção da equipe de enfermagem sobre cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Enfermagem Brasil**. v. 19, n. 6, p. 484-91, 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. 14-19, 2014 .

SILVA, R. S.; EVANGELISTA, C. L. S.; SANTOS, R. D. *et al.* Perception of intensive care nurses in regional hospital on dysthanasia, euthanasia and orthothanasia. **Rev. Bioét.**, v. 24, n.3, p. 579-89, 2016.

SILVEIRA, M. H.; CIAMPONE, M. H. T.; GUTIERREZ, B. A. O. Perception of multiprofessional staff of palliative care. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 7-16, 2014.

SILVEIRA, N. R.; NASCIMENTO, E. R. P.; ROSA, L. M. *et al.* Palliative care and the intensive care nurses: feelings that endure. **RevBrasEnferm**. v. 69, n. 6, p. 1012-9, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA (SBGG). **Folder de Cuidados Paliativos**. Brasil, 1ª edição, 2015. Disponível em: https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/11/1421326099_Folder_Online_SBGG_.pdf. Acesso em: 21 dez. 2018.

SOUZA, P. N.; MIRANDA, E. J. P.; CRUZ, R. *et al.* Palliative care for patients with HIV/AIDS admitted to intensive care units. **Rev. bras. ter. intensiva**, v. 28, n. 3, p. 301-309, 2016.

SOUZA, T. L.; BARILLI, S.I L. S.; AZEREDO, N. S. G. Perspective of family members regarding the process of dying in the intensive care unit. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 751–757, 2014.

TIMMINS, F.; PARISSOPOULOS, S.; PLAKAS, S. *et al.* Privacy at end of life in ICU: A review of the literature. **J ClinNurs**. v.27, n.11-12, p. 2274–84, 2018.

VALENTE, C. O.; FONSECA, G. M.; FREITAS, K. S. *et al.* Family comfort to a relative in the intensive therapy unit. **Rev BaianaEnferm**. V.31, n. 2, p.1-9, 2017.

VICENSI, M. C. Reflection on death and dying in the ICU from a professional perspective in intensive care. **Rev. Bioét.**, vol.24, n. p.64-72, 2016.

VIEIRA, Fabiana Pereira das Chagas; GARCIA, Paulo Carlos; FUGULIN, Fernanda Maria Togeiro. Tempo de assistência de enfermagem e indicadores de qualidade em Unidade de Terapia Intensiva pediátrica e neonatal. **Acta paul. enferm.**, v. 29, n. 5, p. 558-564, 2016.

WESSMAN, B. T.; SONA, C.; SCHALLOM, M. Improving caregivers' perceptions regarding patient goals of care/end-of-life issues for the multidisciplinary critical care team. **J Intensive Care Med**. v. 32, p. 68-76, 2015.

World Health Organization (WHO). **Cuidados paliativos**. World Health Organization, 2018. Disponível em: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em: 14 mai. 2018.

_____. **Definition of palliative care**. Geneva (CH): WHO, 2017. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Acesso em: 09 abr. 2018.

_____. **Cancer Control Programmes: policies and managerial guidelines**. Geneva: WHO; 2002.

YOU, J.J. *et al.* What really matters in end-of-life discussions? Perspectives of patients in hospital with serious illness and their families. **CMAJ**. v. 186, n. 18, p. E679-87.

ZACCARA, A. A. L.; COSTA, S. F. G.; NÓBREGA, M. M. L. *et al.* Analysis and assessment of the peaceful end of life theory according to fawcett's criteria. **Texto contexto - enferm.**, v. 26, n. 4, e2920017, 2017.

APÊNDICE A – 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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O presente termo em atendimento à Resolução 466/12, destina-se a esclarecer ao participante da pesquisa intitulada: “Atuação da enfermeira nos cuidados paliativos em Unidades de Terapia Intensiva: Teoria final da vida pacífico” - desenvolvida pelo enfermeiro mestrando do curso de Pós-graduação em Enfermagem da UFBA, Gildásio Souza 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: Aprender a atuação da enfermeira nos cuidados paliativos 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 Gildasio Souza Pereira pelo telefone (71) 99142-4918 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: “Atuação da enfermeira nos cuidados paliativos em Unidade de Terapia Intensiva: Teoria Final de Vida Pacífico”.

Pesquisador: Gildasio Souza Pereira

Tel: (71) 99142-4918 e-mail: gilpereiraintensive@gmail.com

Endereço: Rua dos Bandeirantes, nº 720, apart.: 703, Matatu de Brotas. CEP: 40260-001

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 _____ 2019

Assinatura do participante

Ass. do Pesquisador

APÊNDICE B – Roteiro para entrevista individual

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde

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

ROTEIRO PARA ENTREVISTA**QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO**

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

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 – Parecer do comitê de ética e pesquisa

HOSPITAL SÃO
RAFAEL/MONTE TABOR-BA



Continuação do Parecer: 2.090.509

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.

HOSPITAL SÃO
RAFAEL/MONTE TABOR-BA



Continuação do Parecer: 2.090.509

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 imunossuprimidos, 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

HOSPITAL SÃO RAFAEL/MONTE TABOR-BA



Continuação do Parecer: 2.690.509

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 à 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	PE_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_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	TCLE modificado.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: 41.256-000

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3281-6484

Fax: (71)3281-6855

E-mail: cep@hr.com.br

HOSPITAL SÃO
RAFAEL/MONTE TABOR-BA



Continuação do Parecer: 2.890.529

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	CurriculolattespesquisadoraIsabella.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	Termodecompromissodecusitos.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	CadastroprojetoHSR.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	Folhaderoesto.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: 41.258-900

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3281-6484

Fax: (71)3281-6855

E-mail: cnp@hsr.com.br

HOSPITAL SÃO
RAFAEL/MONTE TABOR-BA



Continuação do Protocolo: 2.890.008

SALVADOR, 12 de Setembro de 2018

Assinado por:
Regina Maria Pereira Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Av. São Rafael 2152, 8º andar
Bairro: São Marcos CEP: 41.255-900
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3281-6484 Fax: (71)3281-6855 E-mail: osp@tsr.com.br