

**A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE TERAPIA  
INTENSIVA SOBRE PACIENTES EM CUIDADOS  
PALIATIVOS INTERNADOS EM UNIDADE DE  
TERAPIA INTENSIVA**

**TATIANE TIENGO**

**Dissertação apresentada à Fundação Antônio  
Prudente para obtenção do título de Mestre  
em Ciências**

**Área de Concentração: Oncologia**

**Orientador: Dra. Diana Lima Villela de Castro**

**São Paulo  
2017**

## FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca da Fundação Antônio Prudente

Tiengo, Tatiane

**A percepção dos profissionais de terapia intensiva sobre o manejo de sintomas em pacientes sob cuidados paliativos internados em Unidade de Terapia Intensiva** / Tatiane Tiengo – São Paulo, 2017.

55p.

Dissertação (Mestrado)-Fundação Antônio Prudente.

Curso de Pós-Graduação em Ciências - Área de concentração: Oncologia.

Orientadora: Diana Lima Villela de Castro

Descritores: 1. Cuidados Paliativos/Palliative Care. 2. Unidades de Terapia Intensiva/Intensive Care Units. 3. Sinais e Sintomas/Signs and Symptoms. 4. Comunicação/Communication. 5. Pessoal de Saúde/Health Personnel

## **DEDICATÓRIA**

Aos pacientes e suas famílias.

## AGRADECIMENTOS

À Dr<sup>a</sup> Diana Lima Villela de Castro pela formação, orientação e incentivo.

Às amigas Ligia Midori Muramaki Remuska e Ana Paula Agnolon Praça que se fizeram presente e apoiaram a execução deste projeto oferecendo apoio nos momentos de precisão.

À Dr<sup>a</sup> Pauliane Vieira Santana pelo aconselhamento e apoio durante todas as etapas do estudo.

À supervisão de enfermagem do A.C.Camargo Cancer Center, em especial à supervisora Fabiana Plaza, coordenadora Patricia Marques e enfermeira sênior Marli de Fátima Alonso por todo o apoio e flexibilidade permitindo esta conquista possível.

Aos funcionários da pós graduação, especialmente à Luciana, Carla, Cassia, Ana Maria Kurinari e à bibliotecária Suely pela dedicação e profissionalismo. A todos os colegas (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) das Unidades de Terapia Intensiva pela colaboração e apoio, em especial aos que se dispuseram a participar da pesquisa.

Às amigas de todos os momentos Carla A. S. Rossetto, Fernanda Chapochnick, Letícia Vicentin Finêncio Archanjo, Lilian Guardian, Mariana Henriques, Rebeca M. P. Proiete, Silmara Delgado Gonçalves e Victória Bottino que me acompanham durante esta jornada pela compreensão nos momentos de ausência, companheirismo e força nos momentos de preocupação e insegurança.

Aos meus avós Luiz, Esther e Terezina.

Aos meus pais Pedro e Suzeli pela dedicação com a qual me educaram, pelo carinho, companheirismo e por todos os esforços que realizaram para que eu pudesse completar a minha formação.

À minha irmã Priscila companheira de todos os momentos, que me ajudou de todas as formas até este momento e grande confidente.

Ao meu marido Victor, meu grande amor, por todo carinho, amizade, paciência, companheirismo e dedicação ao longo desta jornada.

A Deus que dá sentido a todas as coisas.

## RESUMO

Tiengo T. **A percepção dos profissionais de terapia intensiva sobre o manejo de sintomas em pacientes sob cuidados paliativos internados em Unidade de Terapia Intensiva.** São Paulo; 2017. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente].

Nas últimas décadas encontra-se um aumento na expectativa de vida e com ela o aumento das doenças crônicas, fazendo com que a discussão em adotar medidas paliativas seja inevitável, em contra partida com o avanço da medicina e da tecnologia, pacientes já sob diretiva de cuidados paliativos em fase final de vida, são encaminhados à unidade de terapia intensiva (UTI), onde podem receber certas medidas consideradas fúteis. A instituição de cuidados paliativos na UTI tem como interesse primário o bem-estar do paciente, permitindo-lhe morte digna e tranquila. A promoção da melhor comunicação entre os membros da equipe multiprofissional e do melhor conhecimento sobre cuidados paliativos nas UTIs pode prevenir conflitos e melhorar o tratamento evitando sofrimentos desnecessários sejam de ordem física, psicológica ou espiritual. Objetivamos estudar a percepção dos profissionais trabalhadores em UTI, quanto aos cuidados prestados ao paciente oncológico em cuidados paliativos em fase final de vida. Realizamos estudo qualitativo, com a técnica de grupo focal, no qual participaram 18 profissionais com pelo menos um ano de atuação na instituição (seis médicos, seis enfermeiros e seis técnicos de enfermagem em três grupos distintos). A análise de conteúdo das entrevistas sobre a percepção dos profissionais frente aos cuidados prestados aos pacientes sob diretiva de cuidados paliativos internados em UTI e suas limitações gerou 14 categorias: O cuidado paliativo como especialidade médica em conjunto ao tratamento curativo; Cuidados paliativos é garantir conforto e controle de sintomas; Cuidados paliativos é garantir conforto e qualidade de vida; Cuidados paliativos vistos com desânimo e falta de cuidados da

equipe; O controle de sintomas como necessidade de foco institucional; Sintomas psicológicos e espirituais são vivenciados com maior frequência do que sintomas físicos; A efetividade do controle de sintomas é diretamente dependente dos atores envolvidos na assistência ao paciente; A eficácia no controle de sintomas é uma responsabilidade de toda a equipe; O controle de sintomas requer treinamento; Controlar sintomas é uma atividade conjunta com outras equipes especialistas; Controlar sintomas depende de recursos humanos suficientes; Para controlar sintomas é necessário acompanhamento; A qualidade na comunicação é dependente dos atores; A comunicação é dependente do turno. Os depoimentos evidenciaram que a formação dos profissionais não os prepara para o tratamento de pacientes em final de vida e que todos os profissionais que prestam assistência direta ao paciente se beneficiariam de treinamentos.

Tiengo T. **[The sense of professional of intensive care about management of symptoms in patients under palliative care interned in Intensive Care Unit]**. São Paulo, 2017. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente].

In the last decades there is an increase in life expectancy and with it the increase of chronic diseases, that makes the discussion of adopting palliative measures inevitable, in contrast the advance of medicine and technology, patients under palliative care in the final stage of life, are referred to the intensive care unit (ICU), where they can receive some futile measures. The institution of palliative care in ICU has as primary interest the wellbeing of the patient, allowing him a dignified and quiet death. Promoting better communication among members of the multiprofessional team and better knowledge about palliative care in ICUs can prevent conflicts and improve treatment avoiding unnecessary suffering, whether physical, psychological or spiritual. We aim to study the perception of workers in ICU regarding the care given to cancer patients in end-of-life palliative care. We performed a qualitative study using the focal group technique, in which 18 professionals with at least one year of work in the institution participated (six physicians, six nurses and six nursing technicians in three different groups). The content analysis of the interviews about the professionals' perception regarding the care provided to patients under the palliative care directive and their limitations generated 14 categories: palliative care as a medical specialty in conjunction with curative treatment; Palliative care is to ensure comfort and symptom control; Palliative care is ensuring comfort and quality of life; Palliative care seen with dismay and lack of care of the team; The control of symptoms as a need for institutional focus; Psychological and spiritual symptoms are experienced more often than physical symptoms; The effectiveness of symptom control is directly dependent on the actors involved in patient care; Effectiveness in symptom control is a responsibility of the entire team; Symptom control requires training; Controlling symptoms is a joint activity with other specialist teams; Controlling symptoms depends on

sufficient human resources; To control symptoms, follow-up is necessary; The quality of communication is dependent on the actors; Communication is dependent on the shift. The testimonies showed that the training of professionals does not prepare them for the treatment of patients at the end of life and that all professionals who provide direct assistance to the patient would benefit from training.



## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b>	Identificação dos técnicos de enfermagem pesquisados.....	17
<b>Quadro 2</b>	Identificação dos enfermeiros pesquisados.....	18
<b>Quadro 3</b>	Identificação dos médicos pesquisados.....	18
<b>Quadro 4</b>	Categoria resultante da compreensão dos médicos sobre cuidados paliativos em UTI.....	20
<b>Quadro 5</b>	Categoria resultante da compreensão dos enfermeiros sobre cuidados paliativos em UTI.....	21
<b>Quadro 6</b>	Categorias resultantes da compreensão dos técnicos de enfermagem sobre cuidados paliativos em UTI.....	22
<b>Quadro 7</b>	Categoria resultante da percepção dos médicos e enfermeiros sobre os sintomas presenciados em UTI.....	23
<b>Quadro 8</b>	Categoria resultante da percepção dos técnicos de enfermagem sobre os sintomas presenciados em UTI.....	24
<b>Quadro 9</b>	Categoria resultante da percepção dos médicos a respeito do grau de eficiência autoatribuído no controle de sintomas.	25
<b>Quadro 10</b>	Categoria resultante da percepção dos enfermeiros a respeito do grau de eficiência autoatribuído no controle de sintomas.....	26

<b>Quadro 11</b>	Categoria resultante da percepção dos técnicos de enfermagem a respeito do grau de eficiência autoatribuído no controle de sintomas.....	26
<b>Quadro 12</b>	Categorias resultantes das dificuldades percebidas pelos médicos para um melhor controle de sintomas.....	28
<b>Quadro 13</b>	Categorias resultantes das dificuldades percebidas pelos enfermeiros para um melhor controle de sintomas.....	29
<b>Quadro 14</b>	Categorias resultantes das dificuldades percebidas pelos técnicos de enfermagem para um melhor controle de sintomas.....	31
<b>Quadro 15</b>	Categorias resultantes da qualidade na comunicação percebida pelos médicos para um melhor controle de sintomas.....	32
<b>Quadro 16</b>	Categorias resultantes da qualidade na comunicação percebida pelos enfermeiros para um melhor controle de sintomas.....	33
<b>Quadro 17</b>	Categorias resultantes da qualidade na comunicação percebida pelos técnicos de enfermagem para um melhor controle de sintomas.....	34

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

<b>ABCP</b>	Associação Brasileira de Cuidados Paliativos
<b>ANCP</b>	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
<b>CFM</b>	Conselho Federal de Medicina
<b>INCA</b>	Instituto Nacional do Câncer
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>SUPPORT</b>	Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>TMO</b>	Transplante de Medula Óssea
<b>UTI</b>	Unidade de Terapia Intensiva

# ÍNDICE

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
1.1	Os Cuidados Paliativos no Brasil.....	3
1.2	Cuidados Paliativos em UTI .....	4
1.3	Sintomas em pacientes sob cuidados paliativos .....	7
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>9</b>
2.1	Objetivo Geral.....	9
2.2	Objetivos Específicos .....	9
<b>3</b>	<b>MATERIAL E MÉTODOS.....</b>	<b>10</b>
3.1	Tipo de estudo.....	10
3.2	Local do estudo .....	10
3.3	Amostra .....	10
3.3.1	Critérios de inclusão .....	11
3.3.2	Critérios de exclusão .....	11
3.4	Coleta de dados .....	11
3.5	Análise dos dados .....	15
<b>4</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>17</b>
4.1	Conceituando cuidados paliativos em UTI.....	19
4.2	Principais sintomas identificados pelos profissionais .....	23
4.3	Grau de eficiência autoatribuído no controle de sintomas .....	24
4.4	Dificuldades Relatadas.....	27
4.5	A qualidade na comunicação percebida pelos profissionais.....	31
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>35</b>
5.1	Conceituando cuidados paliativos em UTI.....	35
5.2	Principais sintomas identificados pelos profissionais .....	36
5.3	Grau de eficiência autoatribuído no controle de sintomas .....	37

5.4	Dificuldades Relatadas.....	39
5.5	A qualidade na comunicação percebida pelos profissionais.....	45
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>49</b>
<b>7</b>	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>51</b>

### **ANEXO**

**Anexo 1** Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa-CEP

### **APÊNDICE**

Apêndice 1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (versão 3)

## 1 INTRODUÇÃO

Na Idade Média a morte era vista como parte do ciclo da vida, sendo justa e natural. Nesse momento era essencial que se estivesse entre amigos e familiares, inclusive crianças. Com a Revolução Industrial no século XVII, houve uma grande transformação econômica com surgimento da burguesia. Nesse período surgiram os hospitais modernos e a morte passou a ser vista como uma inimiga, assim como a violação do direito de estar junto aos familiares (HÉLIDA e LAMARCA 2013).

No século XX a morte é percebida como uma interrupção que tira o indivíduo do cotidiano, se tornando um evento escondido no qual o luto deve ser discreto e as formalidades, rápidas. Nesse momento as mortes já não mais acontecem no seio familiar, mas em centros médicos, compreendidos como o local mais apropriado (HÉLIDA e LAMARCA 2013).

Nas últimas décadas encontra-se um aumento na expectativa de vida e com ela o aumento das doenças crônicas, entre elas o câncer, fazendo com que a discussão em adotar medidas paliativas a fim de garantir conforto e qualidade de vida seja inevitável. A priorização de ações paliativas visa implementar medidas terapêuticas sem intenção curativa, a fim de diminuir as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar do paciente garantindo cuidados adequados (MORITZ et al. 2008).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em conceito definido em 1990 e atualizado em 2002, "cuidados paliativos consistem na

assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais" (CARVALHO e PARSONS 2012).

Para melhor assistência a pacientes em final de vida propôs-se a criação de *hospices*, instituições de saúde com equipe multiprofissional especializada no cuidado desse paciente e de seus familiares (OLIVEIRA 2008). No final da década de 60 a enfermeira e assistente social inglesa Cicely Saunders fundou o "St. Christopher's Hospice" na Inglaterra, e que, até os dias atuais, permite não apenas a assistência a doentes terminais, bem como dedica-se ao ensino e pesquisa, recebendo alunos de vários países (FLORIANI e SCHRAMM 2010).

No início da década de 70, Cicely Saunders se encontrou com a psiquiatra norte-americana Elizabeth Klüber-Ross, nos Estados Unidos, o que fez crescer o movimento *hospice*. O primeiro *hospice* americano foi fundado em 1975, e em 1982 o estabelecimento passou a se chamar "Hospice Care", promovendo também ações de cuidado domiciliar (KÜBLER-ROSS 2008).

Cicely Saunders descreveu cuidados paliativos como sendo uma filosofia não baseada em instalações físicas, mas em atitudes e habilidades. Um dos grandes objetivos dessa nova abordagem é acrescentar qualidade de vida aos dias e não dias à vida (KÜBLER-ROSS 2008).

Atualmente, com o avanço da medicina e da tecnologia, encontram-se pacientes já sob diretiva de cuidados paliativos em fase final de vida, sendo encaminhados à unidade de terapia intensiva (UTI), onde podem receber certas medidas consideradas fúteis, como nutrição parenteral ou enteral, administração de drogas vasoativas, terapia renal substitutiva, instituição ou manutenção de ventilação mecânica invasiva e, inclusive, a própria internação e permanência na UTI (MORITZ et al. 2008).

Encontra-se, porém, a instituição de cuidados paliativos na UTI, nesta situação o interesse primário é o bem-estar do paciente, permitindo-lhe morte digna e tranquila (MORITZ et al. 2008).

## **1.1 OS CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL**

No Brasil a história dos cuidados paliativos inicia-se em 1983, com o primeiro serviço de cuidados paliativos sendo fundado no Estado do Rio Grande do Sul, seguido da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo em 1986. Um dos serviços de destaque é o Instituto Nacional do Câncer (INCA), que inaugurou em 1998 uma unidade dedicada à realização dos cuidados paliativos (HÉLIDA et al. 2013).

Em 1997 foi fundada a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP) e em 2005, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), sendo discutido e votado um estatuto que está de acordo com as exigências do novo Código Civil Brasileiro, e apenas em 2009 os cuidados paliativos



foram incluídos no código de ética médica do Conselho Federal de Medicina como um princípio fundamental (MATSUMOTO 2009).

No Brasil, há relação de um serviço de cuidados paliativos para cada 13.315.000 habitantes, diferente do Reino Unido, que se destaca como a melhor relação de todo o continente europeu, com relação de 1 serviço de cuidados paliativos para cada 40.000 habitantes. Na América Latina, a melhor relação de serviços é a da Costa Rica, com 1 serviço para cada 166.000 habitantes (COSTA FILHO et al. 2008).

## **1.2 CUIDADOS PALIATIVOS EM UTI**

Nos Estados Unidos estima-se que 20% dos pacientes falecem nas Unidades de Terapia Intensiva. Quando se trata de pacientes com doença terminal, há a necessidade de estabelecer limites entre a melhor qualidade possível de vida e o prolongamento desta. Verifica-se, então, que a consolidação dos cuidados paliativos como uma filosofia de cuidado também no ambiente da UTI é fundamental e objetiva assistir o paciente com doença terminal em todas suas dimensões, garantindo o bem-estar e respeitando sua dignidade (COSTA FILHO et al. 2008).

Um estudo qualitativo realizado no Brasil em 2011, a respeito da compreensão dos enfermeiros que trabalham em UTI frente aos cuidados paliativos, mostra que em alguns casos os enfermeiros não conseguem compreender o conceito e, em outros, que o conceito é definido de forma

adequada, a atribuição não é definida à assistência, fugindo totalmente do contexto (BARROS et al. 2013).

A experiência do profissional de enfermagem no cuidado do paciente oncológico sem proposta oncológica curativa evidencia que os profissionais entendem que o trabalho com o paciente oncológico sem proposta oncológica curativa é mais do que o cuidado físico, mas não estão preparados para o cuidado emocional. Outras dificuldades fazem menção à estrutura física inadequada para o convívio do paciente com a família (PINTO et al. 2011).

Em outro estudo, SILVA et al. (2013) mostra que a dor é o principal sintoma e considerado o mais dramático, evidencia também que os membros da equipe multiprofissional, ao serem questionados sobre as medidas de promoção do conforto implementadas ao paciente com doença terminal, relataram a mecanização da assistência e a ênfase nos cuidados higiênicos e estéticos, em detrimento da assistência psicológica, espiritual e social ao binômio indivíduo-família. O cuidado aos familiares do paciente com doença terminal foi pontualmente citado por apenas um sujeito entrevistado no estudo, não sendo ressaltado pela equipe como integrante da proposta de cuidados paliativos.

No estudo *Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment-SUPPORT*, realizado com 9105 pacientes adultos em cinco hospitais de ensino americanos, observou-se que 50% dos pacientes que morreram apresentavam dores de grau moderado a grave nos últimos três dias de vida. Somente 41% conversaram com seus médicos

sobre prognóstico e prescrições de “não reanimar” em caso de parada cardiorrespiratória. A maioria dos médicos (80%) não compreendeu as preferências destes pacientes, pois, quando os pacientes desejavam que as manobras de reanimação realmente fossem suspensas, elas não foram acatadas ou comunicadas à equipe de cuidados diretos (COSTA FILHO 2008).

Segundo AZOULAY et al. (2000) o problema referente à falha de comunicação mostra-se evidente em 54% dos pacientes internados em UTI, os quais não compreendem seu diagnóstico, prognóstico ou tratamento, mostrando que as necessidades dos familiares e pacientes internados nas UTIs não estão sendo atendidas.

Conforme demonstrado por BRAGA et al. (2010), a promoção da melhor comunicação e do melhor conhecimento sobre cuidados paliativos nas UTIs pode prevenir conflitos e melhorar o tratamento do paciente crítico, reduzindo o tempo de internação e garantindo melhor qualidade do atendimento às necessidades reais do paciente e seus familiares. Muitos pacientes sofrem desnecessariamente quando não recebem a atenção adequada para os sintomas que acompanham sua doença, e a avaliação cuidadosa da equipe de enfermagem não deveria incluir apenas problemas físicos, mas também as dimensões psicossociais e espirituais da existência da doença grave por parte do enfermo e da família.

### 1.3 SINTOMAS EM PACIENTES SOB CUIDADOS PALIATIVOS

Pacientes com câncer avançado frequentemente sofrem com sintomas que decorrem da interação de fatores físicos, psicológicos e sociais. Em estudo exploratório realizado na unidade de internação de um hospital universitário no Sul do Brasil com seis profissionais da equipe multidisciplinar, observou-se que existe preocupação principal com o alívio dos sintomas físicos, especialmente o controle algico, não havendo relatos dos participantes da pesquisa acerca de preocupações que levassem em consideração a questão espiritual (CARDOSO et al. 2013). O que corrobora com dados de outro estudo, realizado na Espanha em 2011, que mostrou que o principal sintoma evidenciado na primeira consulta do paciente com a equipe dos cuidados paliativos foi a dor, chegando a atingir 92,6% dos pacientes (DURILLO et al. 2011).

Uma revisão sistemática sobre a prevalência dos sintomas em pacientes com câncer incurável, com 46 artigos incluídos, identificou prevalência de fadiga em 74% dos pacientes, de dor em 71%, falta de energia em 69%, fraqueza em 60% e perda de apetite em 53% (TEUNISSEN et al. 2007).

Outra revisão que incluiu 17 artigos elenca 32 sintomas, sendo os principais: fadiga (prevalência de 77,8%), sintomas do trato geniturinário (prevalência de 75%, sendo o principal incontinência urinária, com 71% das queixas), astenia (prevalência de 66,7%), dor (prevalência 66,3%), constipação (prevalência 52,5%) e ansiedade (prevalência 50%). Não foi

identificada prevalência sobre sintomas espirituais ou sociais (LANCKER et al. 2014).

Os principais sintomas apresentados por pacientes em fase terminal são: dor (prevalência 72%) (CARDOSO 2012), dispnéia (prevalência 21 a 90%), tosse (prevalência 37%), (CARVALHO 2012) náuseas e vômitos (até 60%) (MACIEL e BETTEGA 2012), e constipação (prevalência 50%) (HATANAKA 2012)

Após revisão bibliográfica, evidenciou-se a dificuldade pelos membros das equipes médicas e de enfermagem em referir e implementar cuidados relacionados à atenção paliativa nos pacientes internados em UTI. Objetivou-se, então, caracterizar a percepção dos profissionais trabalhadores em UTI, quanto aos cuidados prestados ao paciente oncológico em cuidados paliativos em fase final de vida.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Caracterizar a percepção de profissionais trabalhadores em UTI, quanto aos cuidados prestados ao paciente oncológico em cuidados paliativos em fase final de vida.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ✓ Identificar o conceito de cuidados paliativos, comparando-o entre os grupos constituídos por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem;
- ✓ Comparar os principais sintomas identificados por estes profissionais como prevalentes;
- ✓ Elencar as dificuldades relatadas pelos grupos de profissionais para o manejo de sintomas destes pacientes;
- ✓ Identificar as percepções dos profissionais quanto à qualidade da comunicação entre estes.

### **3 MATERIAL E MÉTODOS**

#### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de um estudo descritivo, prospectivo, com abordagem qualitativa, por meio de entrevista na técnica de grupo focal. A questão que norteou o estudo foi: Qual a percepção dos profissionais frente aos cuidados prestados aos pacientes com indicação de cuidados paliativos internados em UTI e suas limitações.

#### **3.2 LOCAL DE ESTUDO**

O estudo foi realizado na Unidade de Terapia Intensiva - Adulto do A.C.Camargo Cancer Center, na sala de reuniões do prédio Hilda Jacob.

#### **3.3 AMOSTRA**

Para a realização de entrevista no modelo de grupo focal, recomenda-se um número de participantes variando entre seis e 15 (quinze) pessoas, sendo que, quanto menor o número de pessoa, mais profunda é a discussão (TURATO 2003). Definiu-se então a realização de três grupos com seis pessoas cada, sendo um grupo focal para abordagem da equipe médica, um grupo com enfermeiros e um com técnicos de enfermagem – totalizando 18 profissionais entrevistados. Não foi realizado um grupo misto (médicos,

enfermeiros e técnicos de enfermagem), pois poderia acarretar em constrangimento de algum dos membros das equipes, uma vez que foi questionada a qualidade da comunicação entre os membros da equipe multidisciplinar. As sessões ocorreram entre os dias 06 de abril de 2017 e 05 de maio de 2017, respeitando o prazo máximo de 1 (um) mês.

#### **1.1.1 Critérios de inclusão**

Os critérios de inclusão dos sujeitos da pesquisa foram:

- Ser médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem colaborador da UTI com pelo menos 1 ano de atuação na instituição;
- Aceitar participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice 1);
- Prestar assistência direta ao paciente.

#### **1.1.2 Critérios de exclusão**

Os critérios de exclusão dos sujeitos da pesquisa são:

- Desistir da participação do estudo a qualquer momento do desenvolvimento do trabalho.

### **3.4 COLETA DE DADOS**

A coleta de dados foi realizada após a aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa da Fundação Antônio Prudente (n° 2273/16) Anexo 1.



Para a seleção dos sujeitos, a pesquisadora solicitou uma lista à coordenação de enfermagem com o nome de todos os colaboradores de enfermagem que atuavam na assistência direta ao paciente. Após, foram pré-selecionados aqueles que trabalhavam no período da manhã, por ser o turno em que acredita-se que haja o melhor acompanhamento dos pacientes devido à existência da visita multiprofissional, e de enfermeiros e médicos na condição de “diaristas”.

A visita multiprofissional caracteriza-se por um instrumento utilizado na instituição a fim de discutir a clínica do paciente e alinhar objetivos diários e condutas do paciente. Esta é realizada diariamente (de segunda a sexta) entre membros das equipes de enfermagem, médica (da UTI), farmacêutica e de fisioterapia, além de contar com equipes convidadas, como a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e equipes médicas assistentes (oncologia clínica, onco-hematologia e equipes de oncologia cirúrgica). “Diarista” é o termo que designa os profissionais que acompanham os pacientes diariamente, de segunda a sexta-feira.

Com a lista em mãos, a pesquisadora realizou um sorteio a fim de selecionar os sujeitos a serem convidados para as entrevistas. Quando o número de aceites entre os enfermeiros e os técnicos de enfermagem totalizou seis em cada grupo, a pesquisadora finalizou esta etapa.

Para a seleção dos membros da equipe médica foram abordados todos os médicos diaristas por meio de contato pessoal com cada participante, explicando o objetivo do estudo e sua metodologia, a fim de

identificar aqueles com interesse e disponibilidade. Dos 12 sujeitos abordados, seis aceitaram participar do estudo.

As entrevistas ocorreram fora do período de trabalho, em horário pré-definido pela pesquisadora e acordado com os sujeitos objeto da pesquisa. Estas foram realizadas na sala de reuniões da UTI do prédio Hilda Jacob, devido a caracterizar ambiente neutro e de fácil acesso aos participantes.

Para a coleta dos dados, as entrevistas foram realizadas em três momentos, e cada entrevista teve a participação de seis sujeitos e duração média de 1 hora. Foram utilizados dois gravadores (para o caso de algum apresentar falha durante a entrevista), com posterior transcrição.

O grupo focal estimula o debate entre os participantes, permitindo que os temas abordados sejam mais problematizados do que em uma situação de entrevista individual, podendo ser usado para examinar não somente o que as pessoas pensam, mas como elas pensam e por que pensam (BACKES 2011).

Podemos citar, então, como vantagens do uso da coleta de dados por meio de grupo focal, as maiores chances de os sujeitos entrevistados elaborarem suas colocações, evitando respostas “prontas”, além do fato de haver maior flexibilidade no formato, podendo explorar perguntas não previstas e incentivar a participação de todos os integrantes, contando com baixo custo e rapidez no fornecimento de resultados. Em contrapartida, há maior dificuldade em garantir total anonimato, quando comparado à aplicação de uma entrevista individual ou questionário, susceptibilidade de inferência quanto aos juízos de valores do moderador, o risco de que as

discussões sejam desviadas ou dominadas por poucas pessoas, enviesando os resultados (BOMFIM 2009).

Os entrevistados reuniram-se na sala com o coordenador da pesquisa, que direcionou e organizou o diálogo seguindo o roteiro:

- a) Esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa;
- b) Aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- c) Início da entrevista com uso de um questionário semi-estruturado contendo cinco questões norteadoras: O que você entende por cuidados paliativos? Na sua opinião, quais são os principais sintomas dos pacientes em cuidados paliativos exclusivos na UTI? Em que grau você acredita que haja controle de cada um dos três principais sintomas mencionados acima (75%, 50% 25%, 0%)? Você acredita que a comunicação é efetiva entre os membros da equipe multidisciplinar da UTI? Quais as dificuldades que você observa no manejo dos sintomas do paciente sob cuidados paliativos exclusivos?

Nesta pesquisa optou-se por utilizar a terminologia coloquial ao referir-se aos cuidados paliativos de final de vida. Assim, ao ler-se cuidados paliativos exclusivos, refere-se a cuidados paliativos de final de vida. Esta opção foi em decorrência da utilização corriqueira dessa terminologia entre os profissionais da instituição.

Para responder às questões foi solicitado que o entrevistado se apoiasse na sua vivência com base na assistência prestada aos pacientes com indicação de cuidados paliativos internados na UTI nos últimos três meses, sendo estes caracterizados como aqueles pacientes que não são

mais elegíveis a escalonamento de medidas de suporte.

### **3.5 ANÁLISE DOS DADOS**

Os dados foram analisados por meio da metodologia de análise de conteúdo de Bardin. A análise de conteúdo pode ser quantitativa ou qualitativa; na abordagem quantitativa se traça uma frequência de características que se repetem ao longo do texto, enquanto que na qualitativa se considera a presença ou ausência de dada característica de conteúdo ou conjunto de características num determinado fragmento da mensagem (CAREGNATO e MUTTI 2006). A análise de conteúdo proposta por Bardin é caracterizada por um conjunto de técnicas de análise que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição das mensagens (BOMFIM 2009).

Os resultados foram analisados respeitando três grandes etapas descritas na metodologia escolhida:

- a) Pré-análise: Corresponde à fase de organização propriamente dita, tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais. Esta primeira fase possui três missões: a escolha dos documentos, a formulação das hipóteses e dos objetivos e elaboração dos indicadores (BARDIN 2016).
- b) Exploração do material: Consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração (BARDIN 2016).

- c) Tratamento dos resultados e interpretação: O analista pode propor inferências e realizar interpretações (BARDIN 2016).

Os depoimentos e as discussões geradas nos grupos focais foram agrupados, considerando o tema central e as questões norteadoras. As categorias resultaram da frequência de aparições dos conteúdos, bem como da capacidade de explicar ou predizer as questões vinculadas aos significados da realização da tarefa de avaliação.

## 4 RESULTADOS

O grupo focal iniciou-se com a solicitação de que cada participante identificasse o ano em que se formou, o ano em que iniciou suas atividades na instituição e sua experiência profissional.

Entre os técnicos de enfermagem, o tempo médio de formação foi de 8 anos (3-16 anos) e o tempo médio de atuação na instituição foi de 2,8 anos (1-4 anos) (Quadro 1).

**Quadro 1** - Características dos técnicos de enfermagem

Técnico	Sexo	Ano/tempo de	Ano ingresso	Especialidade
1	Masculino	2012	2013	Técnico
2	Feminino	2001	2015	Técnico
3	Feminino	2010	2013	Técnico
4	Feminino	2007	2016	Técnico
5	Masculino	2014	2015	Técnico
6	Feminino	2010	2013	Técnico

Entre os enfermeiros, o tempo médio de formação foi de 6,5 anos (2-12 anos) e o tempo médio de atuação na instituição foi de 4,6 anos (2-13 anos) (Quadro 2).

**Quadro 2 - Características dos enfermeiros**

Enfermeiro	Sexo	Ano/tempo de	Ano ingresso	Especialidade
1	Feminino	2015	2004	Enfermeira
2	Feminino	2005	2015	Enfermeira
3	Feminino	2008	2015	Enfermeira
4	Feminino	2010	2014	Enfermeira
5	Feminino	2010	2013	Enfermeira
6	Feminino	2010	2013	Transplante

Entre os médicos, o tempo médio de formação foi de 19,8 anos (9-28 anos) e o tempo médio de atuação na instituição foi de 13 anos (5-21 anos) (Quadro 3).

**Quadro 3 – Características dos médicos**

Médico	Sexo	Ano/tempo de	Ano ingresso	Especialidade
1	Feminino	1993	2003	Pneumologia
2	Masculino	2008	2012	Medicina Intensiva
3	Masculino	1997	2007	Pneumologia
4	Feminino	1993	1998	Pneumologia
5	Masculino	2003	2008	Medicina Intensiva
6	Masculino	1989	1996	Pneumologia

Os dados coletados na entrevista foram agrupados em categorias de análise, sendo:

- Conceituando cuidados paliativos em UTI;
- Principais sintomas identificados pelos profissionais;
- Grau de eficiência autoatribuído no controle dos sintomas;
- Dificuldades relatadas;
- A qualidade da comunicação percebida pelos profissionais.

#### **4.1 CONCEITUANDO CUIDADOS PALIATIVOS EM UTI**

O grupo focal iniciou-se com a solicitação do coordenador de que, após a autoapresentação de cada entrevistado nos três grupos, fossem conceituados, segundo a compreensão dos profissionais, cuidados paliativos e o paciente internado com a indicação de cuidados paliativos em UTI. As categorias resultantes foram diferentes para cada grupo, conforme pode ser observado nos quadros:



**Quadro 4** - Categoria resultante da compreensão dos médicos sobre cuidados paliativos em UTI

Relatos/ Falas/ Citações	Frequência de ocorrência	Análise Inferencial	Categorização
<p>"(..) cuidado paliativo e cuidado com curativo eles caminham juntos, mas tem um momento que, o cuidado paliativo, ele vai ser maior ou exclusivo, então, assim, esse lance de o paciente vai ser cuidado paliativo não vai ser paliativo, a gente categorizar isso é um pouco complicado." (M2).</p> <p>"Paliar é cuidar, talvez seja até uma redundância usar cuidado paliativo. Tanto é que o paciente tem que ser bem cuidado, tanto é que tem colegas nossos que acham que essa especialidade não devesse existir, porque todo mundo deveria fazer um bom cuidado e, se todo mundo fizesse um bom cuidado, não haveria necessidade. Eu discordo dessa visão no sentido de que existe talvez uma necessidade de um conhecimento até mais específico, especialmente aos pacientes que estão com uma fase mais avançada de doença, próximo, às vezes, de uma fase final de vida, e que exige um conhecimento que é mais de quem faz essa prática diária mesmo, às vezes até pesquisa mais sobre isso, que tem essa lida." (M3).</p>	n: 3	Os conceitos expressos pelos médicos remetem à dificuldade em definir um ponto que separe o doente crítico do paliativo.	O cuidado paliativo como especialidade médica em conjunto ao tratamento curativo.

**Quadro 5** - Categoria resultante da compreensão dos enfermeiros sobre cuidados paliativos em UTI

Relatos/ Falas/ Citações	Frequência de ocorrência	Análise Inferencial	Categorização
<p>“(..) é proporcionar, conforme o possível, uma qualidade no tempo de vida que ele ainda vai ter, porque, como a gente fica em UTI, a gente acaba vendo os casos piores. Mas existem pacientes paliativos que ainda vão ter um tempo. Aí, né, a doença deles não tem proposta de cura, mas não necessariamente eles vão morrer amanhã. Então, esse tempo eu entendo como cuidado paliativo, promover o máximo de qualidade de vida possível pra ele.” (E4).</p> <p>"(..) acho que dentro da UTI o que a gente pode oferecer de melhor é um controle de sintomas e diminuir o número de procedimentos dolorosos (..)" (E3).</p> <p>"Eu entendo o controle de sintomas, seja o sintoma dor, que geralmente é o sintoma que a gente mais vê, ou seja, outros, enfim.. dispnéia.. enfim.. eu entendo isso" (E5).</p>	n: 5	Os enfermeiros expressaram o controle de sintomas e oferta de qualidade de vida na conceituação de cuidados paliativos.	Cuidados paliativos é garantir conforto e controle de sintomas.

**Quadro 6** - Categorias resultantes da compreensão dos técnicos de enfermagem sobre cuidados paliativos em UTI

Relatos/ Falas/ Citações	Frequência de ocorrência	Análise Inferencial	Categorização
<p>“(..) depois de todas as propostas que a medicina pode trazer para um paciente e o corpo não reage mais, aí eles entra nessa medida do paliativo, que é uma medida de conforto que é para que ele possa ter aí.. seguir o restante que ele tem de vida de uma forma mais tranquila, né, sem dor, sem sofrimento (..)” (T1).</p> <p>“(..) eu sempre achei que pra mim fosse o paciente terminal, não tem o que fazer e entrou o cuidados paliativos e ele vai morrer, ponto. Mas de um tempo pra cá eu tenho visto que não é assim, o cuidado paliativo é pra dar qualidade de vida pro paciente, então não é necessariamente quando tá no final, que não tem mais o que se fazer, não, é pra dar qualidade de vida pro paciente, então não é só o paciente com câncer que entra no cuidado paliativo (..)” (T2).</p>	n: 4	Os técnicos de enfermagem discorreram a respeito da garantia de conforto e qualidade de vida.	Cuidados paliativos é garantir conforto e qualidade de vida.
<p>“(..) ao meu ver, no paliativo a gente fica um pouco desanimado, porque dá essa impressão mesmo: ‘ah vai morrer’, aí acaba.. eu acredito que acaba deixando de lado. Não é o mesmo cuidado de um paciente que você sabe que vai sair, não tô falando, não é que a gente não presta o cuidado. Eu acho que é meio largado, é o meu ponto de vista (..)” (T6).</p>	n: 1	Há a apresentação da temática de falta de cuidados quando o paciente é paliativo por parte da equipe.	Cuidados paliativos vistos com desânimo e falta de cuidados da equipe.

## 4.2 PRINCIPAIS SINTOMAS IDENTIFICADOS PELOS PROFISSIONAIS

Na continuidade, os entrevistados foram estimulados a discursar a respeito dos principais sintomas presenciados. Identificou-se que, enquanto enfermeiros e médicos discorreram a respeito de sintomas físicos, para os técnicos de enfermagem os mais expressivos foram os sintomas psicológicos.

**Quadro 7** - Categoria resultante da percepção dos médicos e enfermeiros sobre os sintomas presenciados em UTI

Relatos/ Falas/ Citações	Frequência de ocorrência	Análise Inferencial	Categorização
<p>“(..) eu acho que o sintoma mais frustrante é a dispnéia (..)” (M2).</p> <p>“(..) vários sintomas podem ser melhor controlado, dor é um deles (..) (..) dor tem que ser um foco essencial pra ser bem estudado e bem definido (..)” (M3).</p> <p>“Acho que vários, náusea, dispnéia, e não é uma coisa assim, como vocês estão usando essa expressão ‘o paliativo’ é o cuidado (..) o pós-operatório, você saber que, então, ‘legal, gastroduodenopancreatectomia, qual vai ser meu escalonamento de analgésico, qual vai ser meu protocolo de antiemético, qual vai ser..’ sabe?” (M3).</p> <p>“o sintoma dor, que geralmente é o sintoma que a gente mais vê..” (E5).</p> <p>“Insuficiência respiratória!” (E4).</p>	<p>n: 4</p>       <p>n: 3</p>	<p>Os sintomas expressos pelos médicos remetem a outros descritos por diversos estudos publicados a respeito de sintomas identificados em pacientes paliativos.</p>	<p>O controle de sintomas como necessidade de foco institucional.</p>

**Quadro 8** - Categoria resultante da percepção dos técnicos de enfermagem sobre os sintomas presenciados em UTI

Relatos/ Falas/ Citações	Frequência de ocorrência	Análise Inferencial	Categorização
<p>“Depressão, eles ficam bem depressivos..” (T5).</p> <p>“É uma agonia, né?! Eles ficam angustiados, eles sabem que tem alguma coisa que tá incomodando, mas não sabe o que é.” (T1).</p>	n: 5	Os sintomas destacados com maior ênfase foram sintomas psicológicos e espirituais.	Sintomas psicológicos e espirituais são vivenciados com maior frequência do que sintomas físicos.
<p>“Recentemente teve um rapaz que foi na UTI 4 e ele tava.. Eu falei assim: Você tá com dor? Porque a pressão tava alta. Ele disse assim: ‘Eu estou com muita dor!’. Eu disse assim: Mas você tem que falar. E ele disse: ‘Não adianta, não vai passar!’.” (T6).</p>	n: 3	Os sintomas físicos também foram lembrados.	

### 4.3 GRAU DE EFICIÊNCIA AUTOATRIBUÍDO NO CONTROLE DE SINTOMAS

Em seguida foi incentivada a reflexão quanto ao grau de eficiência autoatribuído para o controle dos sintomas vivenciados.

**Quadro 9** - Categoria resultante da percepção dos médicos a respeito do grau de eficiência autoatribuído no controle de sintomas

Relatos/ Falas/ Citações	Frequência de ocorrência	Análise Inferencial	Categorização
<p>"(..) tudo é muito variável e flutua também. Vai depender do plantonista, da enfermeira, tem várias coisas que flutuam, acho que não tem um padrão aí definido, às vezes depende muito da cabeça do médico fazer, vou tratar esse paciente adequadamente, às vezes até da própria enfermeira e do técnico avisar que o paciente tá sofrendo, elas que ficam ali do lado do cara, né?! A gente vê o doente uma vez só, eu acho que o cuidado é superflutuante, tem dias que pode ser ótimo mas tem dias que é horrível." (M6).</p>	<p>n: 3</p>	<p>O controle de sintomas depende, entre outros fatores, da qualidade da comunicação.</p>	<p>A efetividade do controle de sintomas é diretamente dependente dos atores envolvidos na assistência ao paciente.</p>

**Quadro 10** - Categoria resultante da percepção dos enfermeiros a respeito do grau de eficiência autoatribuído no controle de sintomas

Relatos/ Falas/ Citações	Frequência de ocorrência	Análise inferencial	Categorização
"Não é muito bem controlado porque não tem, falta um pouco dessa cultura que as pessoas parece que não têm o preparo de paliar um paciente. Alguns poucos médicos, como já citado, têm o esclarecimento e faz uma prescrição mais voltada para conforto, uma analgesia adequada, avalia sinais de desconforto no paciente, outros não têm.. Não têm muita noção, fica só uma dipirona lá (..)" (E4).	n: 6	Os sintomas não são bem controlados - ausência de prescrição focada no conforto e conhecimento do técnico.	A eficiência no controle de sintomas é uma responsabilidade e de toda a equipe.
"Eu ainda vejo, por exemplo, às vezes sai sem querer uma glicemia capilar de 4/4 h, às vezes o técnico faz.." (E5).			

**Quadro 11** - Categoria resultante da percepção dos técnicos de enfermagem a respeito do grau de eficiência autoatribuído no controle de sintomas

Relatos/ Falas/ Citações	Frequência de ocorrência	Análise inferencial	Categorização
"Eu acho que a gente não consegue ajudar eles de uma forma adequada porque engloba muita coisa, então, por mais que eu tenha muita boa vontade, eu vou lá, ele me chama a cada cinco minutos, eu vou lá, eu mudo a cada cinco minutos, eu converso com o enfermeiro, a gente fala com o médico, faz uma medicação.. Mas eu acho que, mesmo os médicos, mesmo enfermeiros, mesmo aqui dentro que tem o cuidados paliativos, não existe uma engrenagem, essa engrenagem não existe" (T2). "50% do sintoma.." (T3, T4).	n: 4	Os sintomas são reduzidos em 50% - ausência de prescrição focada no conforto e falhas na comunicação.	A eficácia no controle de sintomas é uma responsabilidade de toda a equipe.

#### **4.4 DIFICULDADES RELATADAS**

Durante todas as entrevistas foram relatadas diversas limitações para que um melhor controle de sintomas fosse atingido. As categorias resultantes foram: 1. O controle de sintomas requer treinamento; 2. Controlar sintomas é uma atividade conjunta com outras equipes especialistas; 3. Controlar sintomas depende de recursos humanos suficiente; 4. Para controlar sintomas é necessário acompanhamento (Quadros 12 a 14).



**Quadro 12** - Categorias resultantes das dificuldades percebidas pelos médicos para um melhor controle de sintomas

Relatos/ Falas/ Citações	Frequência de ocorrência	Análise inferencial	Categorização
<p>"(..) os técnicos fazem a linha de frente, a gente vê os técnicos fazendo n cursos de n bobagens, mas a gente não vê eles fazendo curso de abordagem de sintomas (..)" (M2).</p> <p>"(..) eu sinto falta de um papel mais educador da equipe de cuidados paliativos em relação a nós e em relação aos residentes. Eu acho que, por serem poucos, provavelmente não têm pernas pra isso. Mas a gente não conseguiu estabelecer uma relação com eles em que eles nos ensinassem e quando não dá certo isso aqui. Pra dor, bastante, que é bastante comum. Eu acho que o sintoma mais frustrante é a dispnéia, e nesse sentido seria legal se a equipe de cuidados paliativos nos educasse, a gente acaba buscando isso fora." (M4).</p>	n: 4	Os treinamentos se fazem necessários com todos os membros da equipe a fim de garantir avaliação e intervenção adequadas.	O controle de sintomas requer treinamento.
<p>"(..) foi usado o exemplo da dor, eu tenho a minha intenção de como tratar a dor assim, de como manejar o medicamento e tal. Eu gostaria de ter a equipe de paliativo passando pra fazer o papel de cuidado paliativo. Então a gente chega no esquema de deixar metadona, fentanil transdérmico, coisas desse tipo, mas e depois?" (M2).</p>	n: 3	A necessidade de acompanhamento com o especialista em cuidados paliativos se mostra essencial.	Controlar sintomas é uma atividade conjunta com outras equipes especialistas.
<p>"Insuficiente" (quando questionado quanto ao acompanhamento psicológico) (M1, M4).</p> <p>"Isso acaba sendo porque não é o valor do hospital mesmo, porque oncologista tem quantos? 50 e poucos oncologistas, quantos paliativos são? Meia dúzia?" (M2).</p> <p>"(..) como esse manejo vai ser bem feito se o número de profissionais técnicos é escasso, se o número de médicos que faz a palição é escasso, se tem três psicólogos contratadas (..)" (M3).</p> <p>"(..) concordo que pro tamanho da nossa instituição a nossa equipe de cuidados paliativos é muito subdimensionada, muito pouco numerosos, não dá conta do que seria necessário pra um hospital desse porte e dessa rotação" (M4).</p>	n: 6	O número de profissionais dedicados ao acompanhamento dos pacientes sob cuidados paliativos interfere diretamente na qualidade	Controlar sintomas depende de recursos humanos suficientes.

**Cont/ Quadro 12**

Relatos/ Falas/ Citações	Frequência de ocorrência	Análise inferencial	Categorização
<p>"(..) eu normalmente pergunto pro doente: Aonde é que você quer ficar? Porque teve uma vez que eu via nesse contexto, e falei: Dá pro senhor ir pro quarto, ficar com sua família, sua família é superpresente e tal. Depois eu soube que o paciente já tava com morfina 5 mg/h e de fato os sintomas dele estavam bem controlados, ele falava que estava bem melhor. Foi pro quarto, no outro dia era feriado, passou um médico lá, residente, achou que ele tava superbem, reduziu a morfina pra 2 mg/h e ele mudou e foi embora.. Então ele ficou desconfortável e me falaram que ele morreu desconfortável e mal (..) " (M5).</p> <p>"(..) as equipes em geral vêem as coisas muito pontuais dentro da sua especialidade mesmo. Então assim, o dreno tá ok, a quimioterapia não funcionou, mas sem conseguir enxergar o todo.. Por mais que seja um jargão, pra mim é muito fácil ver um paciente que a doença progride, que ele tá perdendo performance, que ele tem outras comorbidades, que ele não tá conseguindo cuidar de si, que ele vai morrer. Eu não consigo entender como as pessoas não conseguem enxergar isso ou, se elas enxergam, por que elas não conseguem agir em relação a isso" (M2).</p>	<p>n: 4</p>	<p>O paciente paliativo necessita de acompanhamento contínuo dos profissionais para controle de sintomas.</p>	<p>Para controlar sintomas é necessário acompanhamento.</p>

**Quadro 13 - Categorias resultantes das dificuldades percebidas pelos enfermeiros para um melhor controle de sintomas**

Relatos/ Falas/ Citações	Frequência de ocorrência	Análise inferencial	Categorização
<p>"(..) a equipe também não tá preparada referente a isso, nós não estamos, nós somos enfermeiras de UTI, todo mundo aqui, nós também não estamos, né, preparados." (E6).</p> <p>"Dentro do contexto hospital oncológico é focar mesmo em palestras, cursos, pra cuidado paliativo." (E1).</p>	n: 5	Treinamentos se fazem necessários com todos os membros da equipe a fim de garantir avaliação e intervenção adequadas.	O controle de sintomas requer treinamento.
<p>"(..) eu acho que num hospital oncológico, onde muitas pessoas tão fazendo quimioterapia paliativa, tratamento paliativo, enfim, é muito pouco! Tinha que ter um acompanhamento diário pelo menos assim, a equipe do paliativo avaliar: 'Olha, esse paciente é elegível, esse não é, vou abordar a família..'" (E5).</p> <p>"(..) teve um caso aqui no Hilda, não faz nem muito tempo, o paciente, a família já tava, né, ciente da palição, da gravidade do quadro. E aí a oncologista tava passando visita bem no momento que a paciente entrou em parada. E ela entrou no posto de enfermagem e falou para a gente se a gente não ia lá reanimar a paciente (pausa 5 segundos). Isso deve ter mais ou menos 1 mês, porque eu ainda tava aqui no Hilda de manhã. Então assim, é bizarro isso, né?!" (E4).</p>	n: 4	A necessidade de acompanhamento com o especialista em cuidados paliativos se mostra essencial.	Controlar sintomas é uma atividade conjunta com outras equipes especialistas.
<p>"Às vezes é insegurança da própria família, vai pro quarto e, qualquer coisa que acontecer, quem vai ajudar? Porque lá o paciente tá com dor, tem uma morfina a critério, é no mínimo uma hora pra chegar a morfina" (E5).</p> <p>"(..) para a gente, enfermeiros, impacta muito na nossa assistência, inclusive com o paciente paliativo na UTI, porque tem dias que a gente não tem tempo de dar para aquele paciente a atenção que ele merece. Você tem um paciente grave ali, se tem uma prisma alarmando ali, você tem uma intubação rolando ali, se tem cursos.." (E2).</p>	n: 5	O número de profissionais dedicados ao acompanhamento dos pacientes sob cuidados paliativo interfere diretamente na qualidade.	Controlar sintomas depende de recursos humanos suficientes.
<p>"(..) acho que tem que ser levado em consideração é que tem que ser uma abordagem diária, tem que ser uma abordagem diária, tanto com o familiar, quanto com o paciente (..)" (E1).</p>	n: 3	O paciente paliativo necessita de acompanhamento contínuo dos profissionais para controle de sintomas.	Para controlar sintomas é necessário acompanhamento.

**Quadro 14** - Categorias resultantes das dificuldades percebidas pelos técnicos de enfermagem para um melhor controle de sintomas

Relatos/ Falas/ Citações	Frequência de ocorrência	Análise inferencial	Categorização
"(..) o quão preparados os funcionários estão pra lidar com isso? Os próprios funcionários não estão. Eu já cansei de receber paciente em plantão de gente que fala assim: 'Eu não mexi não, tá! Porque é paliativo, né, se eu mexer, ele vai morrer!'" (T2). "Eu acho que tudo isso ainda cai na mesma coisa, todo mundo é muito despreparado pro paliativo." (T2).	n: 5	Os treinamentos se fazem necessários com todos os membros da equipe a fim de garantir avaliação e intervenção adequadas.	O controle de sintomas requer treinamento.
"(..) deveria ter um lugar só de paliativo, pessoas preparada pra aquilo, né?! Uma equipe própria, médico, enfermeiro, técnico." (T6).			

#### **4.5 A QUALIDADE NA COMUNICAÇÃO PERCEBIDA PELOS PROFISSIONAIS**

Num último momento os profissionais discutiram a comunicação no ambiente de terapia intensiva. As categorias levantadas com base nesta problemática foram: 1. A qualidade na comunicação é dependente dos atores; 2. A comunicação é dependente do turno (Quadros 15 a 17).

**Quadro 15** - Categorias resultantes da qualidade na comunicação perbida pelos médicos para um melhor controle de sintomas

Relatos/ Falas/ Citações	Frequência de ocorrência	Análise inferencial	Categorização
<p>"Esse cara, eu digo, ele é o cara que executa, eu acho que é o cara mais mal treinado que tem, é o cara que menos se dialoga, né?! Tudo bem, eu acho que a gente se comunica, como a gente é um ambiente fechado, a gente se comunica mais aqui que num andar. Mas eu acho que é muito precário a conversa com o técnico, eu acho que às vezes não é bom, porque também não tá institucionalizado essas coisas como deve ser.." (M6).</p> <p>"(..) quando o paciente está muito sintomático, eu tento ir mais vezes no box pra tentar intermediar, mas eu acho que a equipe multi podia trabalhar mais sincronizado." (M5).</p>	n: 4	Há pouca quantidade de diálogo direto entre o técnico de enfermagem e o médico.	A qualidade na comunicação é dependente dos atores.
<p>"o comum é o técnico estar na linha de frente e ele abordar o enfermeiro pra chegar na gente, é o mais comum. Não é incomum o técnico abordar a gente diretamente, mas eu acho que nisso a gente coloca mais uma barreira. E o trabalho do enfermeiro nessa instituição é extremamente burocrático e pouco assistencial, então as pessoas que estão realmente mais mobilizadas acaba sendo o técnico e o médico.." (M2).</p>			
<p>"Eu acho que isso (comunicação) varia bastante durante a semana e os finais de semana." (M1).</p>	n: 2	Na comunicação há interferência da presença de diaristas ou plantonistas.	A comunicação é dependente do turno.

**Quadro 16** - Categorias resultantes da qualidade na comunicação perbida pelos enfermeiros para um melhor controle de sintomas

Relatos/ Falas/ Citações	Frequência de ocorrência	Análise inferencial	Categorização
<p>"Eu acho que depende do plantão, depende das pessoas que tão no plantão." (E3).</p> <p>"Eu acho que isso é uma escala, tem que vir do medico, tem que ser uma coisa muito clara entre os médicos, para passar essa clareza para os enfermeiros e a gente passar essa clareza para os técnicos." (E6).</p>	n: 6	A clareza na comunicação é influenciada pelo fluxo da informação	A qualidade na comunicação é dependente dos atores.
<p>"(..) eu pegando plantão da enfermeira da manhã e ela passando.. Olha, né, fechou o quadro, e a gente vendo que o paciente.. Eu era nova aqui, o paciente bradicardizando, família no box e eu.. e aí? Acho que não vai, vou só lá avisar que já tá, né, bradicardizando. De repente veio todo mundo assim, veio cinco médicos, abre carrinho e ficou eu e ela assim com aquela cara.." (E2).</p> <p>"(...) O noturno eu acho que a comunicação é aonde falha mais... é à noite. E muitas vezes você pergunta coisas à noite e o plantonista não sabe te dizer, não dá para saber se é porque o colega não passou, se ele não prestou atenção.." (E4).</p>		Na comunicação há interferência dos períodos e passagem de plantão.	A comunicação é dependente do turno.

**Quadro 17** - Categorias resultantes da qualidade na comunicação peribida pelos técnicos de enfermagem para um melhor controle de sintomas

Relatos/ Falas/ Citações	Frequência de ocorrência	Análise inferencial	Categorização
<p>“Na verdade o que mais.. a falha maior é quando chega o fim de semana, às vezes, que muda algumas coisas ou não muda.. para você conseguir que mude.. pelo menos é meu ponto de vista..” (T6).</p>	n: 6	Na comunicação há interferência dos períodos e passagem de plantão.	A comunicação é dependente do turno.
<p>“(..) já fiquei com uma paciente de manhã e a médica não mudou conduta nenhuma. Quando foi à tarde, que eu tava de 12 horas, o médico fez punção no tórax no paciente, colocou duas bolsas de concentrado de hemácia, entendeu? Daí chega a noite, chega outro médico que muda totalmente a conduta de novo. Aí chega de manhã, a médica vem e: ‘Nossa!, mas fluiu dois concentrados e puncionou o tórax por quê? Eu não tinha te falado que não era (..)” (T3).</p>			

## 5 DISCUSSÃO

### 5.1 CONCEITUANDO CUIDADOS PALIATIVOS EM UTI

Segundo o dicionário MICHAELIS (2017) o termo “paliar”, originado do latim *palliare*, é um verbo transitivo direto com significado de deixar mais suportável, atenuar, remediar de forma provisória. Estes cuidados consistem basicamente em uma filosofia que pode ser utilizada em diversos contextos, se destacando o alívio de sintomas, da dor e do sofrimento nos pacientes que sofrem de enfermidades crônico-degenerativas ou estão em fase final, e tratam o paciente em sua totalidade, buscando melhorar sua qualidade de vida (PESSINI e BERTACHINI 2006).

Durante as entrevistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos, cada um empoderado de seus conhecimentos e linguajar, associaram cuidados paliativos a controle de sintomas.

Os técnicos de enfermagem descreveram os cuidados paliativos como a oferta de qualidade de vida, exceto por um entrevistado que referiu “desânimo” ao cuidar de pacientes sob a diretiva de cuidados paliativos exclusivos:

“(..) ao meu ver, no paliativo a gente fica um pouco desanimado, porque dá essa impressão mesmo ‘ah vai morrer’, aí acaba.. eu acredito que acaba deixando de lado. Não é o mesmo cuidado de um paciente que você sabe que vai sair, não tô falando, não é que a gente não presta o cuidado. Eu acho que é meio largado, é o meu ponto de vista (..)” (T6).



Por fim, os médicos descreveram o cuidado paliativo como exercer o bom cuidado, falaram sobre um ponto importante, a existência do cuidado desde o início, se tornando em um dado momento mais relevante do que o cuidado com objetivo curativo.

Doença e sofrimento andam sempre juntos, quando a doença é grave exige tratamento intensivo. Do mesmo modo, quando o sofrimento é intenso, os cuidados paliativos proporcionam tratamento intensivo. Objetiva-se então que, ao passo em que há progressão da doença, o tratamento do paciente com objetivo curativo possa ser reduzido na mesma intensidade em que há aumento de medidas com objetivo paliativo (CARVALHO e ARANTES 2008).

## **5.2 PRINCIPAIS SINTOMAS IDENTIFICADOS PELOS PROFISSIONAIS**

A dor é o sintoma mais frequente em pacientes recebendo cuidados paliativos exclusivos e pode atingir até 45% dos pacientes com câncer no últimos mês que precede a morte (SMITH et al. 2010). Outro sintoma muito frequente é a dispneia, que acomete de 21 a 90% dos pacientes com câncer com ou sem envolvimento pulmonar, além de alterações do trato gastrintestinal, sendo o mais comum a obstipação (até 50% dos pacientes) (CARVALHO e PARSONS 2012).

Os profissionais enfermeiros e médicos entrevistados entenderam como os principais sintomas dor e dispneia, o que corrobora com estudo

realizado em 2013 por CARDOSO et al. acerca da vivência de uma equipe multiprofissional no cuidado paliativo no contexto hospitalar (unidade de internação), onde também foi verificada maior preocupação com o alívio dos sintomas físicos, em especial o controle algico.

Já os técnicos de enfermagem, embora tenham citado estes mesmos sintomas, deram maior ênfase a sintomas psicológicos, referidos em diversos momentos como depressão, angústia e um “incômodo”, conforme pode ser identificado nos trechos abaixo de diversos entrevistados:

“Depressão, eles ficam bem depressivos..” (T5).

“É uma agonia, né?! Eles ficam angustiados, eles sabem que tem alguma coisa que tá incomodando, mas não sabe o que é.” (T1).

Este resultado provavelmente seja reflexo do tempo despendido para a assistência dos pacientes. Médicos e enfermeiros possuem atividades menos relacionadas ao cuidado direto, enquanto que os técnicos de enfermagem permanecem a maior parte do tempo à beira leito.

### **5.3 GRAU DE EFICIÊNCIA AUTOATRIBUÍDO NO CONTROLE DE SINTOMAS**

Segundo CARVALHO e PARSONS (2012) ações objetivas de cunho pragmático, como o controle da dor, domínio da técnica de hipodermóclise, curativos nas lesões malignas cutâneas, técnicas de comunicação terapêutica, cuidados espirituais, zelo pela manutenção do asseio, da higiene, medidas de conforto, gerenciamento da equipe de enfermagem, e o

trabalho junto às famílias e a comunicação com a equipe multidisciplinar, são medidas fundamentais para a melhor atuação do enfermeiro em cuidados paliativos.

Os enfermeiros atribuíram a ineficiência no controle de sintomas à falta de conhecimento médico, falhando na elaboração de uma prescrição médica que possa suprir essa necessidade:

"Não é muito bem controlado porque não tem, falta um pouco dessa cultura que as pessoas parece que não têm o preparo de paliar um paciente. Alguns poucos médicos, como já citado, têm o esclarecimento e faz uma prescrição mais voltada para conforto, uma analgesia adequada, avalia sinais de desconforto no paciente, outros não têm.. Não têm muita noção, fica só uma dipirona lá (..)" (E4).

E para os técnicos há falta de conhecimento para a realização de atividades voltadas ao conforto:

"Eu ainda vejo, por exemplo, às vezes sai sem querer uma glicemia capilar de 4/4 h, às vezes o técnico faz.." (E5).

Segundo o Decreto n. 94.406/87 – art. 8º, é atribuição privativa do enfermeiro a elaboração das fases do Processo de Enfermagem: histórico de enfermagem e planejamento da assistência, que compreende também as prescrições de enfermagem e a evolução de enfermagem (Brasil 1986). Assim sendo, cabe ao enfermeiro responsável o planejamento da assistência a ser prestada e ao técnico de enfermagem, apenas a implementação dos cuidados planejados e prescritos pelo enfermeiro.

Os técnicos de enfermagem exemplificaram que, segundo sua ótica, o controle de sintomas é ineficiente, uma vez que reduz os sintomas em cerca de 50%. Atribuíram esta ineficiência à ausência de uma prescrição médica mais focada:

"Eu acho que a gente não consegue ajudar eles de uma forma adequada porque engloba muita coisa, então, por mais que eu tenha muita boa vontade, eu vou lá, ele me chama a cada cinco minutos, eu vou lá, eu mudo a cada cinco minutos, eu converso com o enfermeiro, a gente fala com o médico, faz uma medicação.. Mas eu acho que, mesmo os médicos, mesmo enfermeiros, mesmo aqui dentro que tem o cuidados paliativos, não existe uma engrenagem, essa engrenagem não existe" (T2).

#### **5.4 DIFICULDADES RELATADAS**

Na UTI, a integração entre os cuidados paliativos e curativos desde o momento da admissão vem sendo ressaltada cada vez com maior importância, na busca de um atendimento de qualidade (BARROS et al. 2013).

Durante todas as entrevistas, em diversos momentos foram mencionados o despreparo de toda a equipe de terapia intensiva na sua formação para o cuidado dos pacientes sob a diretiva de cuidados paliativos e a necessidade de treinamentos:

"(..) eu sinto falta de um papel mais educador da equipe de cuidados paliativos em relação a nós e em relação aos residentes. Eu acho que, por

serem poucos, provavelmente não têm pernas pra isso. Mas a gente não conseguiu estabelecer uma relação com eles em que eles nos ensinassem e quando não dá certo isso aqui. Pra dor, bastante, que é bastante comum. Eu acho que o sintoma mais frustrante é a dispnéia, e nesse sentido seria legal se a equipe de cuidados paliativos nos educasse, a gente acaba buscando isso fora" (M4).

"(..) a equipe também não tá preparada referente a isso, nós não estamos, nós somos enfermeiras de UTI, todo mundo aqui, nós também não estamos, né, preparados" (E6).

"(..) o quão preparados os funcionários estão pra lidar com isso? Os próprios funcionários não estão. Eu já cansei de receber paciente em plantão de gente que fala assim: 'Eu não mexi não, tá! Porque é paliativo, né, se eu mexer, ele vai morrer'" (T2).

Segundo BIFULCO E IOSHIDA (2009), uma das causas do despreparo dos profissionais para lidar com a morte é que o ensino nos cursos da área da saúde enfatiza a formação técnico-científica dos futuros profissionais, propiciando pouco espaço para a abordagem dos aspectos emocionais, espirituais e sociais do ser humano; o modelo de atenção à saúde ensinado nas escolas se baseia em prevenção, diagnóstico, tratamento efetivo e cura de doenças.

O despreparo dos profissionais para lidar com a morte transcende a prática clínica. BLASCO (2016) explica: "o que nos preocupava era o conhecimento. Embora soubéssemos como demonstrar compaixão, não podíamos ter certeza de que saberíamos diagnosticar e tratar nossos futuros

pacientes de maneira adequada. Pagávamos a mensalidade da faculdade para aprender sobre os processos internos do corpo, os complexos mecanismos de suas patologias e a ampla gama de descobertas e tecnologias acumuladas ao longo da história para impedi-las. Não imaginávamos que precisaríamos pensar mais do que isso”.

Entretanto, chega um momento em que manter o tratamento curativo agressivo pode fazer mais mal do que bem. Uma abordagem paliativa deve ser gradualmente adotada à medida que a doença progride, o que pode ser um grande desafio. SCHOFIELD et al. (2006) sugere recomendações a fim de facilitar essa transição: preparação para a discussão; o ambiente e as circunstâncias da consulta; iniciar a discussão; identificação das informações a fornecer; responder à reação emocional da pessoa; introdução de serviços de cuidados paliativos; continuidade dos cuidados; preocupações familiares; diversidade cultural e linguística; e concluir a discussão.

Em estudo realizado acerca dos fatores predisponentes para a instituição e manutenção de medidas fúteis em pacientes terminais, verificou-se a falta de uma atitude pró-ativa ao considerar a morte como possível resultado de internação hospitalar e, conseqüentemente, a comunicação insuficiente com as famílias e o não envolvimento de um especialista em medicina paliativa (CRUZ et al. 2014).

A obstinação terapêutica associada ao despreparo destes profissionais pode causar dificuldades do manejo do paciente terminal, conforme fica exemplificado nos trechos das entrevistas abaixo:

"(..) as equipes em geral vêem as coisas muito pontuais dentro da sua especialidade mesmo. Então assim, o dreno tá ok, a quimioterapia não funcionou, mas sem conseguir enxergar o todo. Por mais que seja um jargão, pra mim é muito fácil ver um paciente que a doença progride, que ele tá perdendo performance, que ele tem outras comorbidades, que ele não tá conseguindo cuidar de si, que ele vai morrer. Eu não consigo entender como as pessoas não conseguem enxergar isso ou, se elas enxergam, por que elas não conseguem agir em relação a isso" (M2).

"(..) eu normalmente pergunto pro doente: Aonde é que você quer ficar? Porque teve uma vez que eu via nesse contexto, e falei: Dá pro senhor ir pro quarto, ficar com sua família, sua família é superpresente e tal. Depois eu soube que o paciente já tava com morfina 5 mg/h e de fato os sintomas dele estavam bem controlados, ele falava que estava bem melhor. Foi pro quarto, no outro dia era feriado, passou um médico lá, residente, achou que ele tava superbem, reduziu a morfina pra 2 mg/h e ele mudou e foi embora.. Então ele ficou desconfortável e me falaram que ele morreu desconfortável e mal (..)" (M5).

"(..) teve um caso aqui no Hilda, não faz nem muito tempo, o paciente, a família já tava, né, ciente da palição, da gravidade do quadro. E aí a oncologista tava passando visita bem no momento que a paciente entrou em parada. E ela entrou no posto de enfermagem e falou para a gente se a gente não ia lá reanimar a paciente (pausa 5 segundos). Isso deve ter mais ou menos 1 mês, porque eu ainda tava aqui no Hilda de manhã. Então assim, é bizarro isso, né?!" (E4).

O tema cuidados paliativos no Brasil é bastante novo, sendo que, apenas em 2009, o Conselho Federal de Medicina incluiu, em seu novo Código de Ética Médica, os Cuidados Paliativos como princípio fundamental. Em 2011, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou no *Diário Oficial* resolução em que reconhece a Medicina Paliativa como especialidade, assim como a Medicina da Dor, do Sono e Tropical. O reconhecimento da medicina paliativa aconteceu menos de um ano depois de a Justiça reconhecer a prática da ortotanásia, a suspensão do tratamento para prolongar a vida de pacientes em fase terminal de doenças incuráveis, desde que autorizada pelo próprio paciente ou seu responsável. Atualmente, o conselho reconhece um total de 53 especialidades e outras 53 áreas de atuação (Ministério da Saúde 2011).

A criação do serviço de cuidados paliativos na instituição data de 2004. Para realizar o atendimento interdisciplinar, o serviço conta com o apoio de diversas especialidades, como médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistente social, psicólogos, psiquiatras, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, voluntariado e representantes religiosos (A.C.Camargo Cancer Center).

Esse serviço, bem como o serviço de apoio psicológico ao paciente, no A.C.Camargo Cancer Center iniciaram suas atividades em 1997 e atualmente contam com 18 profissionais dedicados ao atendimento do doente oncológico (A.C.Camargo Cancer Center). Os entrevistados consideraram que ainda contam com número insuficiente de funcionários para atender as demandas institucionais, bem como a dinâmica de trabalho:



"Isso acaba sendo porque não é o valor do hospital mesmo, porque oncologista tem quantos? 50 e poucos oncologistas, quantos paliativos são? Meia dúzia?" (M2).

"Insuficiente" (quando questionado quanto ao acompanhamento psicológico) (M1, M4).

"(..) concordo que pro tamanho da nossa instituição a nossa equipe de cuidados paliativos é muito subdimensionada, muito pouco numerosos, não dá conta do que seria necessário pra um hospital desse porte e dessa rotação." (M4).

"(..) eu acho que num hospital oncológico, onde muitas pessoas tão fazendo quimioterapia paliativa, tratamento paliativo, enfim, é muito pouco! Tinha que ter um acompanhamento diário pelo menos assim, a equipe do paliativo avaliar: "Olha, esse paciente é elegível, esse não é, vou abordar a família.." (E5).

"(..) foi usado o exemplo da dor, eu tenho a minha intenção de como tratar a dor assim, de como manejar o medicamento e tal. Eu gostaria de ter a equipe de paliativo passando pra fazer o papel de cuidado paliativo. Então a gente chega no esquema de deixar metadona, fentanil transdérmico, coisas desse tipo, mas e depois?" (M2).

Os recursos humanos insuficientes em outras unidades também são lembrados neste relato como motivação para que pacientes sob cuidados paliativos permaneçam internados em UTI, impactando na assistência prestada nesta unidade:

"Às vezes é insegurança da própria família, vai pro quarto e, qualquer coisa que acontecer, quem vai ajudar? Porque lá o paciente tá com dor, tem uma morfina a critério, é no mínimo uma hora pra chegar a morfina" (E5).

"(..) para a gente, enfermeiros, impacta muito na nossa assistência, inclusive com o paciente paliativo na UTI, porque tem dias que a gente não tem tempo de dar para aquele paciente a atenção que ele merece. Você tem um paciente grave ali, se tem uma prisma alarmando ali, você tem uma intubação rolando ali, se tem cursos" (E2).

## **5.5 A QUALIDADE NA COMUNICAÇÃO PERCEBIDA PELOS PROFISSIONAIS**

A promoção da melhor comunicação e do melhor conhecimento sobre cuidados paliativos nas UTIs pode prevenir conflitos e melhorar o tratamento do paciente crítico (BARROS et al. 2013). Para que haja comunicação é necessário que o destinatário da informação a receba e a compreenda. Na UTI é um processo que envolve comunicação não verbal da equipe multiprofissional, estando envolvidos pacientes, familiares ou qualquer pessoa com proximidade afetiva, médicos, enfermeiros, psicólogos, religiosos e demais membros da equipe multiprofissional (MORITZ et al. 2008).

Nas falas fica claro que a dificuldade de comunicação varia dependendo dos atores envolvidos:

"Esse cara, eu digo, ele é o cara que executa, eu acho que é o cara mais mal treinado que tem, é o cara que menos se dialoga, né?! Tudo bem, eu acho que a gente se comunica, como a gente é um ambiente fechado, a gente se comunica mais aqui que num andar. Mas eu acho que é muito precário a conversa com o técnico, eu acho que às vezes não é bom, porque também não tá institucionalizado essas coisas como deve ser.." (M6).

"o comum é o técnico estar na linha de frente e ele abordar o enfermeiro pra chegar na gente, é o mais comum. Não é incomum o técnico abordar a gente diretamente, mas eu acho que nisso a gente coloca mais uma barreira. E o trabalho do enfermeiro nessa instituição é extremamente burocrático e pouco assistencial, então as pessoas que estão realmente mais mobilizadas acaba sendo o técnico e o médico.." (M2).

"Eu acho que depende do plantão, depende das pessoas que tã no plantão." (E3).

"Eu acho que isso é uma escala, tem que vir do medico, tem que ser uma coisa muito clara entre os médicos, para passar essa clareza para os enfermeiros e a gente passar essa clareza para os técnicos." (E6).

Conforme descrito por MORITZ et al. (2008), existem algumas barreiras de comunicação em unidades de terapia intensiva, sendo elas a atitude corporal, ideias preconcebidas, percepções e interpretações, grau de escolaridade, significados pessoais, motivação e interesse, ausência de habilidade de comunicação, emoções e estado de ânimo, entre outras. Existem ainda dois pontos críticos no processo da comunicação, como omissão (pode ocorrer quando os receptores não têm capacidade para

captar o conteúdo inteiro da mensagem e/ou somente recebem ou passam o que podem captar) e sobrecarga (quando os canais de comunicação conduzem a um volume de informação maior do que sua capacidade de processá-la).

Momentos de passagem de plantão, finais de semana e presença de plantonistas são interferências comumente vivenciadas:

“Eu acho que isso (comunicação) varia bastante durante a semana e os finais de semana” (M1).

“(…) O noturno eu acho que a comunicação é aonde falha mais... é à noite. E muitas vezes você pergunta coisas à noite e o plantonista não sabe te dizer, não dá para saber se é porque o colega não passou, se ele não prestou atenção..”(E4).

"(..) eu pegando plantão da enfermeira da manhã e ela passando.. Olha, né, fechou o quadro, e a gente vendo que o paciente.. Eu era nova aqui, o paciente bradicardizando, família no box e eu.. e aí? Acho que não vai, vou só lá avisar que já tá, né, bradicardizando. De repente veio todo mundo assim, veio cinco médicos, abre carrinho e ficou eu e ela assim com aquela cara.." (E2).

“Na verdade o que mais.. a falha maior é quando chega o fim de semana, às vezes, que muda algumas coisas ou não muda.. para você conseguir que mude.. pelo menos é meu ponto de vista..” (T6).

“(..) já fiquei com uma paciente de manhã e a médica não mudou conduta nenhuma. Quando foi à tarde, que eu tava de 12 horas, o médico fez punção no tórax no paciente, colocou duas bolsas de concentrado de

hemácia, entendeu? Daí chega a noite, chega outro médico que muda totalmente a conduta de novo. Aí chega de manhã, a médica vem e: ‘Nossa!, mas fluiu dois concentrados e puncionou o tórax por quê?’. Eu não tinha te falado que não era (..)” (T3).

## 6 CONCLUSÃO

Identificou-se que enfermeiros e técnicos de enfermagem conceituaram o cuidado paliativo aplicado à UTI como sendo o controle de sintomas. Os técnicos fizeram melhor inferência, ao mencionarem o paciente como ser holístico e apontarem sintomas psicológicos de sofrimento como sintomas frequentemente identificados nestes pacientes.

Os sintomas referidos como mais prevalentes por médicos e enfermeiros foram dispneia e dor, técnicos de enfermagem descreveram com maior ênfase sintomas psicológicos como ansiedade, depressão e angústia, mas também se lembraram de sintomas físicos como dor. Todos os entrevistados apontaram como fragilidade a prescrição médica. E os enfermeiros entrevistados apontaram como falhas no controle de sintomas por parte dos técnicos de enfermagem dificuldades que podem estar relacionadas ao planejamento inadequado da assistência.

Evidenciou-se que estes profissionais realizam grande número de atividades administrativas, distanciando-se do cuidado direto ao paciente.

O fator educacional atinge todas as classes profissionais, tratando-se de uma fragilidade há muito discutida em todas as esferas da educação em saúde a nível nacional.

Limitações extrínsecas à equipe de terapia intensiva estão diretamente relacionadas às equipes que a permeia, como equipes assistentes e equipe de cuidados paliativos. Na segunda, a fragilidade mais

uma vez remonta à questão educacional, enquanto que, quando se trata da terceira, o limitante foi o subdimensionamento da equipe, quando comparado às necessidades institucionais.

Todas as equipes sugeriram o investimento em treinamentos, demonstrando interesse por parte destas no assunto e disponibilidade para o aprimoramento.

O controle de sintomas em pacientes paliativos é um tema ainda a ser mais bem desenvolvido talvez não só nas UTIs, mas em todas as unidades assistenciais. Sugere-se a investigação da viabilidade de treinamento dos profissionais envolvidos nas práticas assistenciais não apenas em cuidados paliativos, mas também em comunicação efetiva, bem como a realização de novos estudos a fim de investigar a qualidade de vida no paciente oncológico e possíveis limitações que possam ser corrigidas.

## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A.C.Camargo Cancer Center. **Núcleo psico-oncologia**. Disponível em: <URL:<http://www.accamargo.org.br/especialidades/nucleo-psico-oncologia/30/>> [2017 jul 15]

A.C.Camargo Cancer Center. **Cuidados paliativos**. Disponível em: <URL:<http://www.accamargo.org.br/especialidades/cuidados-paliativos/13/>> [2017 jul 15]

Azoulay E, Chevret S, Leleu G, et al. Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. **Crit Care Med** 2000; 28:3044-9.

Backes DS. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **Mundo da Saúde** 2011; 35:438-42.

Bardin L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70; 2016.

Barros NCB, Alves ERP, Oliveira CDB, et al. Cuidados paliativos na UTI: compreensão dos enfermeiros. **Rev Pesqui Cuid Fundam (Online)** 2013; 5:3291-301.

Bifulco VA, Iochida LC. A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura. **Rev Bras Educação Médica** 2009; 33:92-100.

Blasco PG. A ordem dos fatores altera o produto: reflexões sobre educação médica e cuidados paliativos. **Educación Médica** 2016; doi: 10.1016/j.edumed.2016.07.010



Bomfim LA. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis: Rev Saúde Coletiva** 2009; 19:777-96.

Braga EM, Ferracioli KM, Carvalho RC, Figueiredo GLA. Cuidados paliativos: a enfermagem e o doente terminal. **Investigação** 2010; 10:26-31.

Brasil. Decreto nº 94.406/87, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <URL:[http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687\\_4173.html](http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html)> [2017 mar 20]

Cardoso DH, Muniz RM, Schwartz E, Arrieira ICO. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. **Texto Contexto Enfermagem** 2013; 22:1134-41.

Cardoso MGM. Classificação, fisiopatologia e avaliação da dor. In: Carvalho RT, Parsons HA, coordenadores. **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2ª ed. ampl. atual. São Paulo: ANAP; 2012. p.113-22.

Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enfermagem** 2006; 15:679-84.

Carvalho RT, Arantes ACLQ. UTI. In: Oliveira RA. **Cuidado paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2008. p.178-94.

Carvalho RT. Dispneia, tosse e hipersecreção de vias aéreas. In: Carvalho RT, Parsons HA, coordenadores. **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2ª ed. ampl. atual. São Paulo: ANAP; 2012. p.151-67.

Costa Filho RC, Costa JLF, Gutierrez FBR, Mesquita AF. Como implementar cuidados paliativos de qualidade na unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva** 2008; 20:88-92.

Cruz VM, Camaliente L, Caruso P. Factors associated with futile end-of-life intensive care in a cancer hospital. **Am J Hosp Palliat Care** 2014; 32: 329-34.

Dicionário Michaelis. **Paliar**. Disponível em: <URL:<http://michaelis.uol.com.br/busca?id=OKjWy>> [2017 jul 15]

Durillo FTP, Montalbán JAG, Castillo PJ. Análisis de la actividad de un equipo de soporte de cuidados paliativos. **Med Paliativa** 2011; 18:129-34.

Floriani CA, Schramm FR. Casas para os que morrem: a história do desenvolvimento dos hospices modernos. **Histol Cien Saúde** 2010; 17:165-80.

Hatanaka VMA. Obstipação e diarreia. In: Carvalho RT, Parsons HA, coordenadores. **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2ª ed. ampl. atual. São Paulo: ANAP; 2012. p.178-83.

Hélida RH, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Cien Saúde Colet** 2013; 18:2577-88.

Kübler-Ross E. **A roda da vida**. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2008.

Lancker AVL, Velghe A, Van Hecke A, et al. Prevalence of symptoms in older cancer patients receiving palliative care: a systematic review and a meta-analysis. **J Pain Symptom Manage** 2014; 47:90-104.

Maciel MGS, Betttega R. Náusea e vômito. In: Carvalho RT, Parsons HA, coordenadores. **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2ª ed. ampl. atual. São Paulo: ANAP; 2012. p.168-75.

Matsumoto dy. **Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios**. In: Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. p.14-9.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Medicina paliativa agora é especialidade, reconhece Conselho Federal**. 2011. Disponível em: <URL:[http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2011/medicina\\_paliativa\\_agora\\_e\\_especialidade\\_reconhece\\_conselho\\_federal](http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2011/medicina_paliativa_agora_e_especialidade_reconhece_conselho_federal)> [2017 jan 12]

Moritz RD, Lago PM, Souza RP, et al. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva** 2008; 20:422-28.

Pessini L, Bertachini L. Nuevas perspectivas en cuidados paliativos. **Acta Bioethica** 2006; 12:231-42.

Pinto MH, Cruz MF, Cesarino CB, et al. O cuidado de enfermagem ao paciente oncológico fora de possibilidade de cura: percepção de um grupo de profissionais. **Cogitare Enferm** 2011; 16:647-53.

Schofield P, Carey M, Love A, Nehill C, Wein S. 'Would you like to talk about your future treatment options'? Discussing the transition from curative cancer treatment to palliative care. **Palliat Med** 2006; 20:397-406

Silva CF, Souza DM, Pedreira LC, Santos MR, Faustino TN. Concepções da equipe multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Cien Saúde Colet** 2013; 18: 2597-2604.

Smith AK, Cenzer IS, Knight SJ. The epidemiology of pain during the last 2 years of life. **Ann Intern Med** 2010; 153:563-69.

Teunissen S, Wesker W, Kruitwagen C, Haes HC, Graeff A. Symptom prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review. **J Pain Symptom Manage** 2007; 34:94-104.

Turato ER. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 2003. Decidindo quais indivíduos estudar; p.351-68

**Anexo 1 - Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa-CEP**



**Comitê de Ética em  
Pesquisa - CEP**

## APROVAÇÃO

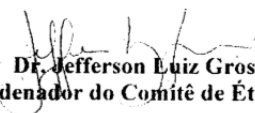
Os membros do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Fundação Antonio Prudente – A.C. Camargo Cancer Center, em sua última reunião de **07/03/2017**, após analisarem as respostas aos questionamentos realizados em reunião de **21/02/2017**, **aprovaram** a realização do projeto nº **2273/16** intitulado: **“A percepção sobre a efetividade do controle de sintomas em pacientes sob diretiva de cuidados paliativos em UTI”**.

**Pesquisador Responsável:** Diana Lima Villela de Castro.  
**Aluna:** Tatiane Tiengo (**Mestrado**).

**Informações a respeito do andamento do referido projeto deverão ser encaminhadas ao CEP dentro de 06 meses em relatório (modelo CEP).**

São Paulo, 15 de março de 2017.

Atenciosamente,

  
**Dr. Jefferson Luiz Gross**  
**1º. Vice-Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa**

1/1

## **Apêndice 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (versão 3).**

### **I. Dados sobre a pesquisa**

- Título da Pesquisa: A percepção sobre a efetividade do controle de sintomas em pacientes sob diretiva de cuidados paliativos em UTI

- **Orientadora:** Diana Lima Villela de Castro (COREN-SP 130127), Enfermeira da Educação Continuada do AC Camargo CancerCenter, tel. 970450264, email: diana.villela@hcancer.org.br

- **Pesquisador:** Tatiane Tiengo (COREN-SP 332201), Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva do AC Camargo CancerCenter, tel. 987736967, email: tatiengo@gmail.com

### **II. Registro das explicações do pesquisador ao participante sobre a pesquisa.**

O senhor(a). está sendo convidado(a). a participar do projeto de pesquisa intitulado “a percepção sobre a efetividade do controle de sintomas em pacientes sob diretiva de cuidados paliativos em UTI”, o presente estudo objetiva observar a percepção dos profissionais médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem frente ao controle de sintomas em pacientes sob diretiva de cuidados paliativos internados em UTI. O estudo será realizado através da realização de 03 grupos focais com 06 pessoas cada e com duração/tempo 1 hora e 30 minutos, será realizada uma discussão informal acerca da sua percepção sobre o controle de sintomas de pacientes sob diretiva de cuidados paliativos internados em UTI baseados nos três últimos pacientes que você cuidou. A discussão será guiada por um moderador que a guiará com base em um roteiro pré definido. Solicitamos que o senhor(a). nos permita contar com a sua presença em um dos grupos.

O senhor(a). é livre para expressar suas idéias. O senhor(a). poderá fazer qualquer questionamento acerca do estudo e sobre sua participação nele, se o senhor(a). tiver alguma dúvida procurarei esclarecê-lo em qualquer fase da pesquisa. Basta entrar em contato no telefones ou email do pesquisador já explicitado acima. A sua participação é voluntária e representa aprovação a partir da devolução deste documento.

O senhor (a). tem resguardado o direito de interromper a sua participação em qualquer fase do estudo, no momento em que julgar necessário, sem que lhe traga prejuízos. O senhor (a). fica ciente que o retorno dos resultados obtidos deste estudo será por meio da publicação de artigos em periódicos e participação do pesquisador em eventos científicos da área. A identidade e idade do senhor (a). permanecerão em sigilo. Os dados referentes à sua percepção frente ao controle de sintomas em pacientes sob diretiva de cuidados paliativos internados em UTI serão analisados e expostos, mas mantendo sua confidencialidade e anonimato.

Ao participar desta pesquisa, o senhor (a). não abre mão de nenhum direito legal.

O senhor (a). concordando em participar da pesquisa, assinará este documento em duas vias originais, uma ficando com o senhor (a). e a outra com o pesquisador. Caso os pesquisadores não lhe forneçam as informações necessárias, o senhor (a). poderá entrar em contato com a Secretária do Comitê de Ética do A.C.Camargo Cancer Center pelo Telefone 2189-5020 (de segunda a quinta-feira das 8h às 18h, e sexta-feira das 8h às 17h).

### **III. Esclarecimentos dados pelo pesquisador sobre garantias ao sujeito da pesquisa:**

1. Acesso, a qualquer tempo às informações sobre a pesquisa, inclusive para esclarecer eventuais dúvidas e conhecimento dos resultados obtidos quando solicitado pelo sujeito da pesquisa;
2. Liberdade para interromper a participação em qualquer fase do estudo, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo.
3. Proteção e sigilo da sua identidade e idade.
4. As respostas fornecidas, analisadas e expostas no estudo permanecerão sem identificação dos seus autores.
5. Mesmo com o seu anonimato, há um risco mínimo de perda de confidencialidade. A pesquisadora se compromete em tomar todos os cuidados necessários para minimizar esse risco.

### **IV . Consentimento Livre e Esclarecido:**

“Declaro que, após ler este consentimento livre eu concordo em participar deste estudo. Fico esclarecido que após assinar este documento, confirmo a minha

autorização voluntária para a participação na entrevista através da realização dos grupos focais.”

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome:

**Tatiane Tiengo**

**COREN-SP 332201**