

**COMPREENSÃO DA EQUIPE DE  
ENFERMAGEM DO HOSPITAL DE CÂNCER DE  
MATO GROSSO ACERCA DOS CUIDADOS  
PALIATIVOS**

**MARA RAFAELLE DE SOUZA MENEZES ROCHA**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interinstitucional (MINTER) em Oncologia da Fundação Antônio Prudente em Parceria com a Associação Matogrossense de Combate ao Câncer AMCC para obtenção do Título de Mestre em Ciências**

**Área de Concentração: Oncologia**

**Orientadora: Maria Angélica Ferreira Dias**

**Coorientadora: Andréa Georgia de Souza Frossard**

**São Paulo**

**2018**

**FICHA CATALOGRÁFICA**  
**Preparada pela Biblioteca da Fundação Antônio Prudente**

Rocha, Mara Rafaelle de Souza Menezes

**A compreensão da equipe de enfermagem do hospital de câncer de Mato Grosso acerca dos cuidados paliativos** / Mara Rafaelle de Souza Menezes Rocha - São Paulo; 2018.

61p.

Dissertação(Mestrado)-Fundação Antônio Prudente em Parceria com a Associação Matogrossense de Combate ao Câncer AMCC

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

Orientadora: Maria Angélica Ferreira Dias

Descritores: 1. Cuidados Paliativos/Palliative Care. 2. Neoplasias/Neoplasms. 3. Terapêutica/Therapeutics. 4. Equipe de Enfermagem/Nursing, Team. 5. Pesquisa Qualitativa/Qualitative Research.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este estudo:

A Deus por ter me presenteado com a paz que excede todo entendimento durante esses os anos de produção, mostrando-me que era Ele quem me sustentava.

À minha amiga Haracelli pela amizade incondicional.

Ao meu marido Glauber por me amar, me apoiar e me incentivar a ir cada vez mais longe.

E, por fim, a todos os profissionais de Enfermagem que, assim como eu, ainda acreditam na transformação do cuidado ao paciente.

## **AGRADECIMENTOS**

A meu Senhor e bom Deus, por ter me presenteado com o dom da vida, pela oportunidade de agradecer as coisas boas e pela força, garra e discernimento para enfrentar os desafios da vida.

À minha família, por acreditar no meu potencial.

Ao amor da minha vida, Glauber, que por muitas vezes me deu forças para continuar, sendo o maior incentivador desta conquista.

À minha orientadora e coorientadora Professoras Maria Angélica e Andrea, pela atenção, paciência e contribuição na construção desse trabalho.

À Suely Francisco do setor de Ensino-Biblioteca da Fundação Antônio Prudente, pela ajuda e colaboração na formatação do trabalho.

Aos companheiros de turma, pelo tempo que passamos juntos.

Ao Hospital de Câncer de Mato Grosso pela viabilização da pós- graduação.

Enfim... Que fique registrado o meu muito obrigada!

## RESUMO

Rocha MRSM. **A compreensão da equipe de enfermagem do hospital de câncer de Mato Grosso acerca dos cuidados paliativos.** São Paulo; 2018. [Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interinstitucional (MINTER) em Oncologia da Fundação Antônio Prudente em Parceria com a Associação Matogrossense de Combate ao Câncer AMCC para obtenção do Título de Mestre em Ciências].

Nos Cuidados Paliativos o termo terminalidade deu lugar à doença que ameaça à vida, onde o término de uma terapia curativa para a doença não significa o final de um tratamento ativo, mas mudanças em focos de tratamento. Esse estudo teve como fio condutor os seguintes objetivos: compreender os sentidos atribuídos a cuidados paliativos pelos Enfermeiros do Hospital de Câncer de Mato Grosso; gerar subsídios para um planejamento de educação permanente para os enfermeiros que atuam no Hospital do Câncer de Mato Grosso; auxiliar na promoção de uma postura reflexiva acerca da interferência no cuidado relacionada aos sentidos de cuidados paliativos produzidos pelos profissionais participantes. A investigação visa à compreensão das práticas discursivas tendo como base a proposta teórico-metodológica de estudo da produção dos sentidos, a partir do Construcionismo Social. Trata-se de pesquisa de tipo descritiva e exploratória de abordagem qualitativa, com ênfase nos estudos de Mary Jane Spink, desenvolvida com a amostra de nove enfermeiros do Hospital de Câncer de Mato Grosso, localizado na cidade de Cuiabá-MT. A coleta de dados foi efetuada por meio uma entrevista em profundidade, individual, semiestruturada, permitindo maior flexibilidade e abrangência com os participantes. O conteúdo discursivo foi analisado qualitativamente com base na estratégia de construção de Mapas Dialógicos. Da análise qualitativa emergiram os seguintes tópicos: A compreensão acerca dos cuidados paliativos; O cuidar de pacientes em cuidados paliativos; O cuidado com quem cuida; A formação dos enfermeiros que atuam no cuidado ao paciente paliativo. O estudo revela que a compreensão acerca dos cuidados paliativos de enfermeiros do Hospital de Câncer de Mato Grosso, quando

associado ao hospital como ambiente de cura, adquire um sentido de consolo. Surge ainda, em outros discursos, como um cuidado fundamental, de importância reconhecida pelos profissionais que o descrevem. A ênfase na terminalidade pôde ser percebida – por vezes, sendo os Cuidados Paliativos compreendidos como equivalentes a Cuidados de Fim de Vida. Revela-se uma demanda dos profissionais por melhor formação na área de Cuidados Paliativos. Uma maior inserção do tema na formação dos profissionais, bem como a educação permanente nesse campo são importantes e podem auxiliar neste contexto.

## SUMMARY

Rocha MRSM. [**The understanding of the nursing team of the hospital de cancer of Mato Grosso about palliative care**]. São Paulo; 2018. [Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interinstitucional (MINTER) em Oncologia da Fundação Antônio Prudente em Parceria com a Associação Matogrossense de Combate ao Câncer AMCC para obtenção do Título de Mestre em Ciências].

In palliative care the term termination has come to be understood as life-threatening disease, where ending a curative therapy for the disease does not mean the end of an active treatment, but changes in treatment focuses. This study had as its guiding principle the following objectives: to understand the meanings attributed to palliative care by the Nurses of the Cancer Hospital of Mato Grosso; to generate subsidies for permanent education planning for the nurses who work at the Cancer Hospital of Mato Grosso; assisting in the promotion of a reflexive posture about the interference in the care related to the senses of palliative care produced by the participating professionals. The research aims at understanding the discursive practices based on the theoretical-methodological proposal to study the production of the senses, starting with Social Constructionism. This is a descriptive and exploratory qualitative research, with emphasis in the studies of Mary Jane Spink, developed with the sample of nine nurses from the Hospital of Cancer of Mato Grosso, located in the city of Cuiabá-MT. Data collection was performed through an individual, semi-structured, in-depth interview, allowing greater flexibility and comprehensiveness with the participants. The discursive content was qualitatively analyzed based on the strategy of building Dialogical Maps. From the qualitative analysis emerged the following topics: The understanding about palliative care; The care of patients in palliative care; Care with the caretaker; The training of nurses who work in palliative care. The study reveals that the understanding about the palliative care of nurses at the Hospital de Mato Grosso, when associated with the hospital as a healing environment, acquires a sense of comfort. It also appears, in other discourses, as a fundamental care, of importance recognized by the professionals who describe it.

The emphasis on terminality could be perceived - sometimes, palliative care being understood as equivalent to End of Life Care. It is revealed a demand of professionals for better training in the area of Palliative Care. Greater inclusion of the theme in the training of professionals as well as continuing education in this field are important and may help in this context.

## LISTA DE FIGURAS E QUADROS

<b>Figura 1</b>	Pirâmides Etárias Absolutas .....	3
<b>Figura 2</b>	Mapa da estruturação de Cuidados Paliativos no Mundo .....	5
<b>Figura 3</b>	Mapa com quantidade de municípios por estado onde o câncer é a principal causa de morte .....	19
<b>Quadro 1</b>	Lista de participantes .....	28
<b>Quadro 2</b>	Transcrição Sequencial – Rosa.....	29
<b>Quadro 3</b>	Mapa Dialógico - Margarida .....	30
<b>Quadro 4</b>	Mapa Sombreado – Astromélia.....	38
<b>Quadro 5</b>	Mapa Sombreado – Rosa.....	49
<b>Quadro 6</b>	Mapa Sombreado – Hortência.....	49

# ÍNDICE

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>8</b>
2.1	Cuidados Paliativos: sua História e Definição.....	8
2.2	Cuidados Paliativos na Formação do Enfermeiro.....	11
2.3	A Enfermagem Frente aos Cuidados Paliativos.....	15
2.4	Cuidados Paliativos e os Cuidados no Fim da Vida .....	18
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>23</b>
3.1	Objetivo Geral.....	23
3.2	Objetivos Específicos.....	23
<b>4</b>	<b>MÉTODO .....</b>	<b>24</b>
4.1	Tipo do Estudo .....	24
4.2	Campo de Estudo .....	24
4.3	Participantes do Estudo.....	25
4.3.1	Critério de Inclusão.....	25
4.3.2	Crítérios de Exclusão .....	25
4.4	Coleta de Dados .....	26
4.5	Aspectos Éticos .....	26
4.6	Análise dos Dados.....	27
<b>5</b>	<b>A COMPREENSÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL DE CÂNCER DE MATO GROSSO ACERCA DOS CUIDADOS PALIATIVOS - RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>31</b>
5.1	A Compreensão Acerca dos Cuidados Paliativos.....	32
5.2	O Cuidar de Pacientes em Cuidados Paliativos .....	39
5.3	O Cuidado com Quem Cuida.....	43
5.4	A Formação dos Enfermeiros que Atuam no Cuidado ao Paciente Paliativo.....	45

<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>51</b>
<b>7</b>	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>53</b>

### **APÊNDICES**

- Apêndice 1** Entrevista Semi-Estruturada com Enfermeiros
- Apêndice 2** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)
- Apêndice 3** Mapas Sombreados

### **ANEXOS**

- Anexo 1** Definição da OMS de Cuidados Paliativos (2002)
- Anexo 2** Parecer Consubstanciado do CEP

# 1 INTRODUÇÃO

A palavra câncer vem do grego *Karkínos*, e quer dizer “caranguejo”, sendo utilizada pela primeira vez por Hipócrates, conhecido como pai da medicina. Alguns dados demonstram ter sido detectada em múmias egípcias, isto é, há mais de três mil anos antes de Cristo. Fato este que comprova que o câncer não se trata de uma doença nova.

Atualmente, segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS, a definição de câncer se dá por um conjunto de mais de 100 doenças, que têm em comum o crescimento desordenado de células, que tendem a invadir tecidos e órgãos vizinhos. Sendo assim, o crescimento das células cancerosas é diferente do crescimento das células normais que crescem, multiplicam-se e morrem de maneira ordenada. As células cancerosas, em vez de morrerem, continuam crescendo demasiadamente, formando novas células anormais.

De acordo com as estimativas de incidência de câncer da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (International Agency for Research on Cancer-IARC), apresentou-se, em 2012 14,1 milhões de novos casos de câncer e um total de 8,2 milhões de mortes em âmbito mundial. Sendo o câncer, segundo a OMS, apresentando-se como relevante problema de saúde coletiva.

Desse modo, verificou-se nas últimas décadas um aumento progressivo de casos de câncer, sendo a segunda causa de morte no mundo, responsável por mais de 70% dos casos com ocorrência nos países em desenvolvimento e no Brasil o câncer já é a principal causa de morte em quase 10% das cidades brasileiras, sendo, 516 do

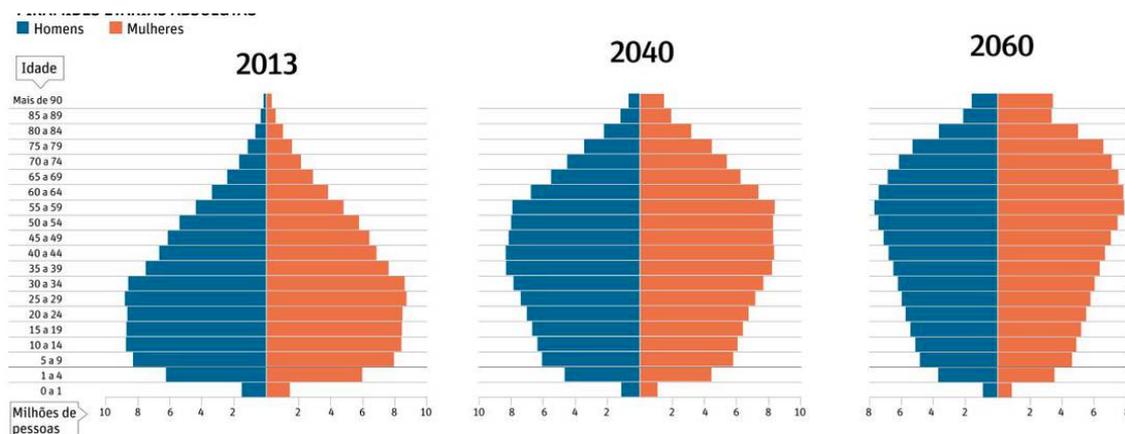
total de 5.570 municípios do país, levantamento feito com base nos números oficiais mais recentes do Sistema de Informações de Mortalidade (PAINS 2018). Diante destes apontamentos, ainda podemos citar o ranking de qualidade de morte, *Commissioned by Lien Foundation-The Economist* (2010), que aloca o Brasil como o terceiro pior país para se morrer.

O Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA, como órgão responsável pelo desenvolvimento da política integrada de controle e prevenção do câncer, havia projetado para o biênio 2016/2017 aproximadamente 596 mil casos novos de câncer, sendo esperado entre os homens 295 mil novos casos, e entre as mulheres, 300 mil (Ministério da Saúde 2015). Atualmente, para o biênio 2018/2019 foi projetada a ocorrência de 600 mil novos casos de câncer para cada ano, esperando 324 mil novos casos em homens, e 310 mil nas mulheres, incluindo casos de pele não melanoma, tipo mais incidente para ambos os sexos, seguido de próstata 68 mil, mama feminina 59 mil, cólon e reto 36 mil, estômago 21 mil e colo de útero 16 mil (Ministério da Saúde 2018).

Consideradas as expectativas do aumento demográfico, mesmo com a maior eficiência do tratamento e com o prolongamento do período de sobrevivência de pacientes, a OMS prevê que a incidência de câncer aumentará 100% dentro dos primeiros 20 anos do século XXI, principalmente nos países em desenvolvimento. Seguindo essa tendência mundial, é possível afirmar que a taxa de mortalidade por câncer está crescendo consideravelmente no Brasil e no mundo.

Atualmente, a população mundial passa por um novo momento, o da longevidade, popularmente denominada de “envelhecimento” da população, expressando a realidade brasileira. A população idosa é cada vez maior (Figura 1), e

consequentemente a pluralidade das patologias, dentre elas, as doenças crônicas degenerativas, doenças que ameaçam a vida. Em que perdure esse comportamento sociodemográfico, em 2050 o percentual de idosos no Brasil irá ultrapassar 22% e a expectativa de vida média será de 82 anos (Brasil 2008).



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE (2013)

**Figura 1** - Pirâmides Etárias Absolutas

Com o aumento da longevidade populacional e das doenças crônicas degenerativas, ressalte-se que o câncer e suas possibilidades de tratamento - como quimioterapia e radioterapia - constituem uma fonte de estresse decorrente do longo tempo de tratamento e dos efeitos a eles relacionados, capazes de desencadear vários sentimentos como os de angústia e medo da morte (FLORIANI e SCHARAMM 2008; GOMES et al. 2011).

Os Cuidados Paliativos foram definidos pela OMS em 1990. Eles foram considerados como cuidados ativos e totais aos pacientes quando a doença não responde aos tratamentos curativos, cujos controle da dor e de outros sintomas (psicológicos, sociais e espirituais) são prioridades. O objetivo é alcançar uma adequada qualidade de vida para pacientes e familiares. Essa definição foi revisada

em 2002 (Anexo 1), passando os Cuidados Paliativos, então, a serem compreendidos como “uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento”.

Atualmente os Cuidados Paliativos são definidos pela OMS (2017) como:

“Uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes (adultos ou crianças) e de seus familiares que enfrentam problemas associados a doenças que ameacem a vida. Previne e alivia sofrimento por meio da investigação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais ou espirituais”.

Nesta perspectiva, entende-se que os Cuidados Paliativos afirmam a vida e tratam a finitude como um processo natural. Esses cuidados devem ser ofertados no momento do diagnóstico, intensificando-se na medida da necessidade. Em 1986, a OMS publicou os princípios que regem a atuação da equipe multiprofissional de Cuidados Paliativos, sendo estes revistos e reafirmados em 2002, são eles:

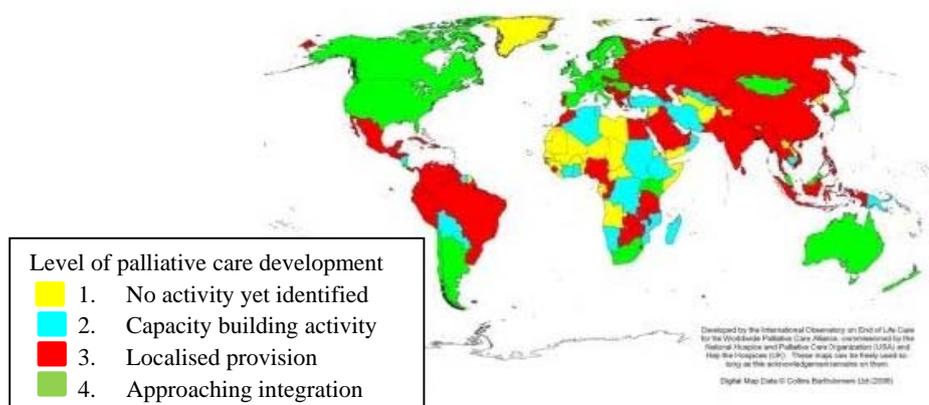
"Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis; afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida; não acelerar nem adiar a morte; integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente; oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte; oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto; ter uma abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto; melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença; iniciar o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia e incluir todas as investigações necessárias para uma adequada compreensão e controle de situações clínicas estressantes”.

Desse modo, no Cuidado Paliativo o termo terminalidade cede espaço para doença que ameaça a vida. Assim, o término de uma terapia curativa não significa o final de um tratamento ativo, mas mudanças em focos de tratamento. Desse modo, a “terminalidade” ou os “Cuidados no fim da vida” compõe os Cuidados Paliativos, mas não se equivale, na medida em que os Cuidados Paliativos devem se iniciar já no

diagnóstico, sempre que estamos diante de uma doença que ameaça a vida. (MATSUMOTO 2009).

Diante da importância dos Cuidados Paliativos e emergente necessidade de investimento no Brasil, movimentos compostos por profissionais da área da saúde estão buscando ganhar força política (SILVA et al. 2015). Pois, ainda que os Cuidados Paliativos sejam abordados pela política oncológica- Portaria nº 876 do Ministério da Saúde, lançada em maio de 2013, que garante a pessoas com diagnóstico de câncer acesso aos cuidados paliativos-, não há uma política de saúde específica direcionada ao campo em questão (Brasil 2013).

Segundo a OMS (2017), o Brasil tem um longo caminho a percorrer para aperfeiçoar a assistência nos Cuidados Paliativos, com amplo espaço de crescimento. A afirmativa se dá por meio de levantamento da qualidade do serviço de cuidados paliativos no Mundo, bem como, pelo Observatório Internacional sobre Cuidados de Final da Vida (IOELC), quando apresenta o Mapa da Situação dos Cuidados Paliativos no Mundo (Figura 2) categorizando *hospices* e Cuidados Paliativos desenvolvidos em diversos países facilitando, assim, a comparação internacional.



Fonte: IOELC (2008)

**Figura 2** - Mapa da estruturação de Cuidados Paliativos no Mundo

A experiência prática em hospital credenciado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade (UNACON), estabelecida na Portaria n ° 62, de março de 2009, aliada a compreensão do atual cenário internacional e nacional, torna-se possível vislumbrar os obstáculos que o enfermeiro enfrenta para o manejo dos cuidados nesse âmbito. Sabe-se que a filosofia dos Cuidados Paliativos não está incorporada ao cotidiano de cuidados de muitos profissionais. Destaca-se ainda que, no universo da equipe multiprofissional em saúde, é o Enfermeiro que permanece junto ao paciente em Cuidados Paliativos ao longo das 24 horas do dia e, nem sempre, esta equipe encontra-se preparada para atendê-los (BRITO et al. 2014).

Acrescente-se ao exposto que proporcionar o alívio de sintomas em pacientes em Cuidados Paliativos não é uma tarefa fácil. A dor é um dos sinais/sintomas que o paciente oncológico relata de forma recorrente. Cabe ao enfermeiro avaliar a dor oncológica e programar a terapêutica (SILVA e ZANGO 2001). Portanto, a assistência de enfermagem é fundamental para o desfecho das intervenções prestadas, uma vez que os cuidados devem ser integrais, centrados nas necessidades do paciente, com ações eficazes, respeitando a sua autonomia e preparada para enfrentar os medos, angústias e sofrimento do indivíduo e seus familiares. Assim posto, chama-se a atenção para o processo de formação acadêmica dos profissionais, que carece de abordagens teóricas profundas e direcionadas para os Cuidados Paliativos.

Para BRITO et al. 2014, p.1066:

[ ] Cuidados Paliativos não são empregados na maioria das vezes da maneira correta, pois não necessariamente ele determina o insucesso das intervenções em saúde, mas constituem abordagem de cuidado diferente, que visa melhorar a qualidade de vida do paciente e familiar, por meio do alívio da dor e do sofrimento, controle de sintomas, aliados ao suporte psicossocial e espiritual.

Os estudos de SOUZA et al. (2009, 2013) e SILVA et al. (2012) sobre a temática em foco sinalizam que o profissional de enfermagem apresenta dificuldades em conviver com o paciente em fase de finitude, por experimentar de maneiras potencializadas estes sentimentos conflitantes provenientes do despreparo, ocasionando um distanciamento entre o profissional e o paciente, bem como de suas famílias, o que não condiz com o cuidado humanizado.

De acordo com o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem (CEPE) a “enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e qualidade de vida de pessoa, família e coletividade”. É definida por MATOS e MORAES (2006), como a arte e a ciência de assistir o doente em suas necessidades básicas, e quando em Cuidados Paliativos, devendo-se acrescentar em contribuir para uma vida digna e uma morte tranquila.

Arremate-se a explanação destacando a importância do profissional de enfermagem nos Cuidados Paliativos. Para tal, se abre uma discussão teórica que visa a responder ao seguinte questionamento: que sentidos os enfermeiros do Hospital de Câncer de Mato Grosso atribuem aos Cuidados Paliativos?

Por fim, registra-se que o resultado deste estudo subsidiará uma discussão reflexiva acerca da interferência no cuidado relacionada aos sentidos de cuidados paliativos produzidos pelos profissionais enfermeiros, que pode gerar propostas para um programa de educação permanente no campo em questão.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 CUIDADOS PALIATIVOS: HISTÓRIA E DEFINIÇÃO

A palavra “paliativo” tem origem do latim *pallium*, que significa, de forma mais abrangente, proteger, cobrir, amparar ou abrigar. Assim, os Cuidados Paliativos pressupõem a proposta de cuidar do indivíduo em diferentes aspectos: físico, mental, espiritual e social.

Os Cuidados Paliativos oficialmente surgiram como prática distinta na área da atenção em saúde no Reino Unido, na década de 1960, tendo como pioneira a inglesa Cicely Saunders. Com formação humanística, o trabalho dessa médica, que também era enfermeira e assistente social, inicia o movimento dos Cuidados Paliativos com a fundação, em 1967, do St. Christopher’s Hospice, em Londres, cuja estrutura não só permitiu a assistência aos doentes, mas o desenvolvimento de ensino e pesquisa (DU BOULAY 2007).

Na década de 1970, o movimento foi conduzido para a América, através do encontro de Cicely Saunders e a psiquiatra suíça radicada nos Estados Unidos, Elisabeth Kübler-Ross. Fundando entre os anos de 1974 e 1975 um *hospice* na cidade de Connecticut, disseminando o movimento em diversos países (MATSUMOTO 2012).

No Brasil, os Cuidados Paliativos são ascendentes desde o final da década de 1990 e vem se apresentando como uma forma inovadora de assistência na área da saúde. Diferencia-se da medicina exclusivamente curativa por focar no cuidado

integral, por meio da prevenção e controle dos sintomas, para todos os pacientes que enfrentem doenças ameaçadoras da vida (MATSUMOTO 2012).

Como já explicitado, os Cuidados Paliativos foram definidos pela OMS em 1990. Essa definição foi revisada em 2002 (Anexo 1) e atualizada em 2017. Nessa direção, vale enfatizar o clássico trabalho de Byock (2009), citado por GOMES e OTHERO (2016, p.158), que elencou os princípios dos Cuidados Paliativos:

- A morte deve ser compreendida como um processo natural, parte da vida, e a qualidade de vida é o principal objetivo clínico;
- Os Cuidados Paliativos não antecipam a morte, nem prolongam o processo de morrer;
- A família deve ser cuidada com tanto empenho como o doente. Paciente e familiares formam a chamada unidade de cuidado;
- O controle de sintomas é um objetivo fundamental da assistência. Os sintomas devem ser rotineiramente avaliados e efetivamente gerenciados;
- As decisões sobre os tratamentos médicos devem ser feitas de maneira ética. Pacientes e familiares têm direito a informações acuradas sobre sua condição e opção de tratamento; as decisões devem ser tomadas de maneira compartilhada, respeitando-se valores étnicos e culturais;
- Cuidados Paliativos são necessariamente providos por uma equipe interdisciplinar;
- A fragmentação da saúde tem sido uma consequência da sofisticação da medicina moderna. Em contraposição, os Cuidados Paliativos englobam, ainda, a coordenação dos cuidados e provêm a continuidade da assistência;

- A experiência do adoecimento deve ser compreendida de uma maneira global e, portanto, os aspectos espirituais também são incorporados na promoção do cuidado;
- A assistência não se encerra com a morte do paciente, mas se estende no apoio ao luto da família, pelo período que for necessário.

Diante do exposto em epígrafe, se enfatiza que os Cuidados Paliativos afirmam a vida e tratam a finitude como um processo natural. Esses cuidados devem ser ofertados no momento do diagnóstico, intensificando-se na medida da necessidade. Em 1986, a OMS publicou os princípios que regem a atuação da equipe multiprofissional de Cuidados Paliativos, sendo estes revistos e reafirmados em 2002, são eles:

Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis; afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida; não acelerar nem adiar a morte; integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente; oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte; oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto; ter uma abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto; melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença; iniciar o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia e incluir todas as investigações necessárias para uma adequada compreensão e controle de situações clínicas estressantes.

Para FROSSARD (2016), os Cuidados Paliativos constituem uma área do conhecimento baseado na reumanização do processo de cuidar. Sendo o ato de cuidar compreendido como resultado de uma combinação de responsabilidade e ética. O foco da atenção do cuidado é deslocado da doença para a pessoa doente, sua história de vida e contexto familiar, proporcionando conforto a todos os envolvidos.

A OMS (2007), afirma que o tratamento paliativo deve ser iniciado o mais precocemente possível, utilizando-se todos os esforços necessários para melhorar a

compreensão e controle dos sintomas. E pontua que ao buscar o conforto e a qualidade de vida por meio do controle de sintomas, pode-se também possibilitar mais dias de vida ao paciente.

Desse modo, a abordagem deve ser voltada para o ser humano em sua integralidade e a necessidade de intervenção de seus sintomas, transformando a prática dos Cuidados Paliativos em um trabalho de equipe multiprofissional (MACIEL 2008). São cuidados integrais, preocupados com as necessidades dos pacientes e não com o seu diagnóstico, devendo ser oferecido concomitantemente aos cuidados curativos (MORITZ et al. 2008).

## **2.2 CUIDADOS PALIATIVOS NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO**

Os Cuidados Paliativos vêm se apresentando como uma forma inovadora da assistência prestada aos pacientes. Tendo a sua abordagem direcionada ao ser humano em sua integralidade, assim como, com suas intervenções voltadas aos sintomas de natureza física, social, emocional e espiritual (GOMES e OTHERO 2016).

Na perspectiva de promover a assistência supracitada e, conseqüentemente, contribuir para uma adequada qualidade de vida para os pacientes em Cuidados Paliativos, o enfermeiro deverá estar apto para exercer sua prática de forma sistematizada por meio da aplicação do processo de enfermagem. A aplicação da assistência de enfermagem de forma sistematizada garante a identificação das necessidades de cuidado dos pacientes e seus familiares (SILVA e MOREIRA 2011).

A tarefa de cuidar de pessoas que tenham uma doença que ameace sua vida não é nada fácil, e requer preparo profissional para garantir que o paciente e sua família tenham qualidade de vida desde o diagnóstico até o momento do óbito, e seus familiares obtenham suporte para o luto (BRAGA e QUEIROZ 2013).

Para Galriça Neto (2010), citado por GOMES e OTHERO (2016, p.156) a tarefa suprarreferida se torna mais difícil quando os profissionais traçam uma luta incessante pela cura das doenças - transformam a morte em uma derrota, fracasso ou frustração. Portanto, tem-se como consequência uma cultura de negação da morte, cujas intervenções de saúde que promovem um final de vida digno não são uma prioridade, em contraponto com o salvar vidas.

Atualmente, as dificuldades supracitadas podem ser evidenciadas como fruto da formação acadêmica que prioriza a qualidade do aprendizado técnico-científico, desconsiderando os aspectos humanos e integrais do cuidado e não contemplando abordagens aprofundadas e direcionadas para o cuidado ao paciente em cuidados paliativos, essencialmente relacionados à morte e o morrer (MACHADO et al. 2007). Com isso, tal priorização leva ao despreparo dos profissionais para lidar com as questões emocionais, espirituais e sociais, devido à evidência concedida à formação técnico-científica (KOVÁSC 2005).

Nessa direção, a literatura corrente sinaliza alguns requisitos básicos para um adequado processo de formação profissional em Cuidados Paliativos, como: a fisiopatologia das doenças malignas degenerativas, anatomia e fisiologia humana, farmacologia dos medicamentos utilizados no controle dos sintomas e habilidades de comunicação, o trabalho em equipe, técnicas de conforto, a competência na condução diante da doença em estágio terminal, além das técnicas de suporte de

enfrentamento da morte e do luto (MATOS e MORAES 2006; FONSECA e GEOVANINI 2013; SANTOS et al. 2016). Dessa forma, o enfermeiro irá garantir o bem estar dos pacientes e seus familiares, e estará sempre preparado para elucidar dúvidas sobre as medicações e os procedimentos a serem realizados de forma clara e objetiva.

De acordo com a Aliança Mundial de Cuidados Paliativos (Worldwide Palliative Care Alliance, a formação em Cuidados Paliativos é raramente incluída no currículo educacional dos profissionais da saúde (WHO 2014). Segundo FIGUEIREDO (2006), as universidades, cursos de graduação e pós-graduação, deveriam ter em suas grades de disciplinas onde o tema cuidados paliativos fossem abordados, pois ainda que de forma lenta, há um crescimento expressivo desses pacientes no Brasil. No entanto, infelizmente isso não acontece, e na maioria das vezes a experiência se dará apenas na prática.

A educação na saúde deve se propor a acompanhar as mudanças na intenção de formar profissionais com fundamento técnico-científico e humanitário condizente com a realidade atual, considerando que atuar no campo dos cuidados paliativos proporciona um constante enfrentamento da morte e de suas implicações no processo de morrer, fazendo com que os profissionais necessitem desenvolver habilidades emocionais e humanitárias, ressaltando o aprendizado nas questões da finitude da vida, pouco trabalhadas na formação (FONSECA e GEOVANINI 2013).

A problemática que envolve a deficiência no ensino dos cuidados paliativos nos cursos de graduação da área da saúde, especialmente da enfermagem, vem sendo discutida nos últimos anos em decorrência do crescente número de casos novos de

câncer e, conseqüentemente, de pacientes em cuidados paliativos (SILVA et al. 2015). Sendo que a MACIEL et al. (2006. p.22), afirma que:

A educação é uma das melhores formas de dar base e criar a cultura necessária para a difusão do conceito do cuidado paliativo e de todas as características que lhe são inerentes.

Acredita-se que por meio de contínuo processo educativo se possibilita o engajamento de profissionais preparados para atuar diante de um paciente cuja doença ameace a vida. Como afirma FROSSARD (2015), a educação no campo do cuidado paliativo, implica não somente na obtenção de resultados positivos para organização, mas, sobretudo, para a sociedade.

Nessa perspectiva, a educação é ferramenta para a qualidade da assistência prestada pelos profissionais de saúde. Assim, entende-se a Educação Permanente como um:

[ ] conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde (Brasil 2007, p.1).

A Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, ciente das deficiências na formação dos profissionais de saúde, sugeriu, ainda na década de 1970, uma conferência para a construção de novo modelo pedagógico que melhorasse as práticas na saúde (LOPES et al. 2007). Em 2004, o assunto ganha maior destaque em cenário nacional por meio da Portaria 198 de 13/02/2004, que instituiu a Política de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da

problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (Brasil 2007, p.20).

Para o Ministério da Saúde (2005), fazem-se necessárias profundas transformações na formação e no desenvolvimento dos profissionais da área da saúde, mudando a forma de cuidar e acompanhar a saúde através da mudança do modo de ensinar e aprender. Para isso, a implantação da política de educação permanente é um grande avanço, sendo um caminho promissor a curto, médio e longo prazos, que contribui significativamente para a formação pessoal, profissional e para o melhor desempenho institucional, conseqüentemente para a sociedade (SARRETA 2009, p.169).

A educação permanente vem auxiliando na transformação da formação e na qualificação profissional, pois, garante a continuidade do conhecimento adquirido na formação de base após a graduação. A garantia da qualificação profissional visa o melhor aproveitamento no exercício do trabalho, proporcionando aos profissionais adquirir conhecimentos distintos que o habitam para o desempenho da função (Ministério da Saúde 2005).

### **2.3 A ENFERMAGEM FRENTE AOS CUIDADOS PALIATIVOS**

“Quase todo mundo pensa que a norma é fugir da realidade da morte. Mas a verdade é que a morte é uma ponte para a vida” (ARANTES 2016, p.12)

Para um cuidado de qualidade ao paciente em Cuidados Paliativos é imprescindível a presença de uma equipe multidisciplinar qualificada para prestar um

atendimento integral e humanizado. Segundo FONSECA e GEOVANINI (2013), no universo da equipe multiprofissional em saúde, o Enfermeiro é o profissional que permanece junto ao paciente e seus familiares ao longo das 24 horas do dia, e nem sempre, encontra-se apropriadamente qualificado para atendê-los (BRITO et al. 2014), mesmo que esse cuidado traga um forte conteúdo efetivo-emocional, desencadeado pelas situações limítrofes de vida e morte enfrentados pelos pacientes e seus familiares.

Para SANCHES et al. (2014), a assistência deve focar nos aspectos físicos e emocionais, aos valores culturais, religiosos e éticos, como também, nos materiais e humanos, sempre visando à qualidade de vida com foco no bem-estar e respeito. Entre os aspectos físicos, a principal ação do enfermeiro para o cuidado paliativo é o controle da dor, e o mesmo deve reunir suas habilidades para ajudar o paciente a adaptar-se às mudanças impostas pela doença pela qual a sua vida é ameaçada (FIRMINO 2009).

De acordo com a literatura corrente (SOUZA et al. 2009, 2013; SILVA et al. 2012), o profissional de enfermagem deve ter conhecimento aprofundado sobre a temática em questão, pois a essência do cuidado e precipuamente o cuidar do paciente cuja doença ameaça a vida, necessita que o mesmo possua conhecimento específico sobre o controle dos sinais e sintomas e discernimento sobre o processo de finitude da vida (Rodrigues 2003, citado por FREITAS e PEREIRA 2013, p.451). Para COSTA e OTHERO (2014), o controle e prevenção dos sintomas se constituem em um “núcleo duro” da assistência em Cuidados Paliativos.

Sabe-se que uma significativa porcentagem de pacientes com câncer não alcançam a cura, afetando sua qualidade de vida, originando, assim, a procura dos

hospitais para minimizar os sintomas ocasionados pela doença. Devido a tal fato, faz-se necessária a intervenção da equipe de enfermagem.

Nesse contexto, o profissional de enfermagem que trabalha com Cuidado Paliativo maneja prognósticos que indicam incurabilidade, além de estarem presentes no processo de morte e luto dos pacientes (podendo o sofrimento presente nos pacientes e seus familiares os afetarem). Segundo SILVA et al. (2014), a natureza do processo de trabalho pode influenciar a atuação da equipe, comprometendo os cuidados prestados ao paciente e conduzir o profissional a adquirir problemas como depressão, insatisfação e estresse. O adoecimento oriundo do exercício laboral do corpo de enfermagem é sinalizado por SANTOS et al. (2017, p.7):

O trabalho executado por enfermeiros em unidades de saúde normalmente se caracteriza pelo contato com situações estressantes. Essas situações podem ser mais frequentes em especialidades cujos profissionais assistem pacientes com doenças crônico-degenerativas, como câncer. Esses profissionais estão expostos em seu cotidiano de trabalho a situações geradoras de conflitos, como o convívio com pacientes com doença avançada, que apresentam limitações físicas, sociais, alguns com curativos extensos e odor desagradável, dor crônica, pacientes em fim de vida, e convívio com os familiares que estão em momento de perda.

Diante da realidade triste e desgastante, o profissional de enfermagem necessita ter uma atenção especial sobre a dimensão emocional, visando um exercício profissional cuidadoso consigo mesmo, por ser uma das categorias da saúde com mais desgaste emocional, devido ao constante acompanhamento do sofrimento e a morte do ser cuidado (HERMES e LAMARCA 2013).

O acompanhamento citado anteriormente conduz a outro pilar de extrema importância quando se aborda os Cuidados Paliativos, ou seja, a comunicação aberta e ativa entre o profissional, o paciente e seus familiares, especialmente as notícias difíceis, estabelecendo um processo de vínculo e confiança (GOMES e OTHERO 2016). Para FONSECA e GEOVANINI (2013), a comunicação em Cuidados

Paliativos é permeada por notícias de caráter negativo, tornando o seu gerenciamento complicado, tanto para quem transmite quanto para o seu receptor.

Segundo BARROS et al. (2012), a prática assistencial da enfermagem tem se destacado como uma relação entre o paciente, os familiares e a equipe multiprofissional. Para GOMES e OTHERO (2016), a prática assistencial dos Cuidados Paliativos deve ter a sua abordagem voltada para o ser humano em sua integralidade, realizando um trabalho indispensavelmente em equipe, de caráter multiprofissional e interdisciplinar.

A enfermagem, mesmo sendo a arte e a ciência de assistir o doente, está treinada para manter a vida. E quando se atua junto a pacientes em cuidados paliativos, o dever da enfermagem é cuidar do paciente, independente do sucesso ou insucesso do tratamento (FIRMINO 2009). Contudo, sabe-se que não é fácil lidar com pacientes em determinada condição de saúde. Tal fato desperta a consciência de que as pessoas amadas também irão passar por isso um dia (SILVA et al. 2014).

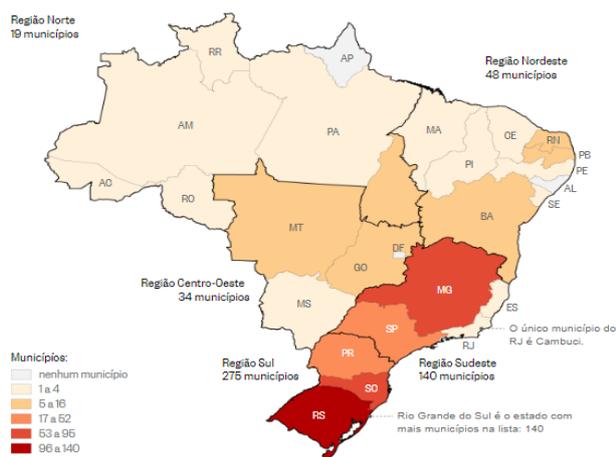
Desta forma, é essencial manter e aprimorar a saúde mental dos trabalhadores, não só para os profissionais envolvidos com os cuidados em cuidados paliativos, mas também para a qualidade dos cuidados oferecidos aos pacientes.

## **2.4 CUIDADOS PALIATIVOS E OS CUIDADOS NO FIM DA VIDA**

Os Cuidados Paliativos nasceram, primitivamente, com o objetivo de atender aos pacientes oncológicos, cuja doença se encontrava em estágio avançado. No entanto, hoje se estendem a todos aqueles que tenham alguma doença pela qual a sua vida seja ameaçada. (SILVA et al. 2015).

Cuidados Paliativos é uma abordagem que proporciona a melhor qualidade de vida possível aos doentes e às suas famílias, com elementos essenciais dos cuidados à pessoa doente, constituindo uma resposta organizada à necessidade de tratar, cuidar e apoiar ativamente das pessoas cuja doença ameaça a vida ou em sua fase final de vida e de seus familiares, inclusive a fase do luto (MACIEL et al. 2006).

Hoje uma grande parcela da população mundial morre de doenças crônicas, apresentando curtos períodos terminais, de meses ou semanas, sendo a principal delas o câncer, que já é o responsável por 10% das causas de morte das cidades brasileiras, 516 do total de 5.570 municípios do país (Figura 3) (PAINS 2018).



Fonte: PAINS (2018)

**Figura 3** - Mapa com quantidade de municípios por estado onde o câncer é a principal causa de morte

Diante da realidade apresentada, faz-se necessário aprender a lidar com as perdas dentro do ambiente hospitalar, principalmente, quando neste predomina o caráter premente da cura, tornando difícil o tratamento e o acompanhamento global dos doentes em sua fase final da vida (MACIEL et al. 2006).

Logo, a OMS considera os cuidados paliativos como “uma prioridade da política de saúde, recomendando sua abordagem de maneira programada e planejada, numa perspectiva de apoio global aos múltiplos problemas das pessoas doentes que se encontram em fase avançada da doença e no final da vida”, sendo os cuidados ao final de vida prestados aos pacientes e seus familiares em uma fase de intenso sofrimento, em período que pode preceder horas ou dias o óbito (MACIEL et al. 2006. p.14).

“Todo ser humano tem direito à vida e a vivê-la em plenitude e com dignidade, desde o momento do seu nascimento até a sua morte”

Para que tal princípio seja aplicado, MACIEL et al. (2006) elencou que se faz ao paciente em fase final de vida o direito:

- À informação: é fundamental que o doente conheça sua doença, sua forma de progressão, seu estágio de evolução e seu prognóstico de vida para que possa exercer o direito às escolhas necessárias com relação aos tratamentos que irá receber. A informação deve ser clara e precisa, porém ser administrada com respeito e atenção aos limites da compreensão e da tolerância emocional do doente;
- À autonomia: decisões fundamentais devem ser discutidas com o doente ou seu representante legal, e sua vontade, sempre respeitada. Para que esse princípio se exerça adequadamente é necessário o respeito ao direito à informação descrito no item anterior;
- Assistência integral: todo doente deve ter acesso à assistência por uma equipe de vários profissionais, adequadamente treinados para a execução dos princípios dos cuidados paliativos, e receber assistência capaz de suprir suas

necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais durante todo o período de sua doença. Os serviços devem abranger níveis hierarquizados de assistência e ser integrados a tal ponto de o doente não se sentir abandonado em nenhum momento de sua evolução clínica;

- Ao alívio do sofrimento: nenhum ser humano pode morrer em condição de sofrimento insuportável, seja ele de natureza física, psicológica ou espiritual. A terapêutica de alívio de sintomas e todas as demais medidas precisam ser administradas em nível de excelência, em todos os momentos e em particular nos últimos dias de vida, prevenindo situações de extremada agonia para o doente e seus familiares;
- A intimidade e privacidade: durante internações hospitalares para seguimento da fase final da vida, todo doente deverá ter o direito de ser acompanhado por familiar ou outra pessoa de sua eleição, respeitada a privacidade necessária para a resolução de seus conflitos mais íntimos, perdões e despedidas;
- À vida: não obstante seja portador de doença avançada e terminal, não se usará nenhuma terapêutica que possa abreviar-lhe a vida. Doentes comatosos devem ser tratados com dignidade e respeito, como se a tudo pudessem ouvir e sentir. Nesses casos, o tratamento da dor não será interrompido abruptamente por suposições de que ela não mais exista;
- Aos cuidados imediatos após a morte: terminada a vida, o corpo deve ser cuidado com o absoluto respeito e privacidade. Devem ser permitidas as manifestações imediatas de despedidas e dor dos familiares, acolhendo o seu sofrimento. A família precisa receber todas as orientações necessárias para os

rituais de funeral, direitos sociais responsabilidades com papéis e documentos;

- À assistência ao luto: familiares devem ter acesso ao contato com a equipe cuidadora no período de luto. Nessa fase deve ser auxiliada a compreender o processo da doença, a evolução para a fase final, o tratamento recebido e os últimos eventos.

Desta forma, os cuidados para uma morte com dignidade devem ser baseados em princípios de dignidade, respeito e solidariedade, sendo assegurada a vontade e autonomia dos pacientes no curso de seu tratamento (SILVA e SILVA 2013). Tendo como foco o ser humano, a pessoa como um todo e não apenas a sua doença, tornando errado supor que nada mais pode ser feito pelos pacientes sem prognóstico terapêutico. Enquanto houver vida, haverá a indispensabilidade do cuidado (SOARES et al. 2013).

A evolução da doença deve ser acompanhada, assim como compreender quando a mesma é incurável, pois é neste momento que a modalidade de assistência deverá ser voltada para a qualidade de vida, e não mais para o aumento da sobrevida, e os profissionais devem entender que há um limite para a cura e o tratamento, porém, não o há para os cuidados (MACIEL et al. 2006).

Morte, você é valente, O seu poder é profundo, Quando eu cheguei neste mundo, Você já matava gente. Eu guardei na minha mente, Este seu grande rigor, Porém lhe peço um favor, Para ir ao campo santo, Não me faça sofrer tanto, Morte, me mate sem dor!” (Patativa do Assaré)

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Compreender os sentidos atribuídos aos Cuidados Paliativos pelos Enfermeiros do Hospital de Câncer de Mato Grosso.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Gerar subsídios para um planejamento de educação permanente para os enfermeiros que atuam no Hospital do Câncer de Mato Grosso.
- Contribuir para a promoção de uma postura reflexiva sobre a interferência do cuidado relacionada aos sentidos de Cuidados Paliativos produzidos pelos profissionais participantes.

## **4 MÉTODO**

### **4.1 TIPO DO ESTUDO**

O estudo proposto visa à compreensão das práticas discursivas tendo como base a proposta teórico-metodológica de estudo da produção dos sentidos a partir do Construcionismo Social. Pretendeu-se desenvolver estudo do tipo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, com ênfase nos estudos de Mary Jane Spink. Para MINAYO (2012, p.623)

O verbo principal da análise qualitativa é compreender.

### **4.2 CAMPO DE ESTUDO**

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital de Câncer de Mato Grosso, localizado na cidade de Cuiabá-MT, Brasil, no período de outubro de 2017 a julho de 2018.

O Hospital de Câncer de Mato Grosso foi fundado em 1999 e atende os pacientes com forte suspeita ou diagnóstico de câncer no estado de Mato Grosso, classificado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade (UNACON), possui 110 leitos e conta com uma equipe de enfermagem “assistencial” de 26 Enfermeiros e 126 Técnicos de Enfermagem.

A escolha pelo Hospital deu-se por conter enfermeiros que lidam diariamente com pacientes cuja doença ameaça a vida, e que poderiam, assim, estar indicados para cuidados paliativos.

### **4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO**

Inicialmente participaram deste estudo 12 enfermeiros assistenciais, sendo eles: enfermeiros do Hospital de Câncer de Mato Grosso que atuam nas unidades de internação e tratamento. Ao longo da pesquisa, dos 12 participantes iniciais, 3 interromperam sua participação na pesquisa ao romperem o vínculo com a instituição, ou devido à insatisfação com o ambiente de trabalho, de modo a restarem 9 participantes. Esse quantitativo foi considerado suficiente por se tratar de um estudo de natureza qualitativa, uma vez que, nesse tipo de estudo não é valorizado o quantitativo numérico, mas sim o aprofundamento do tema escolhido (MINAYO 2010).

#### **4.3.1 Critério de Inclusão**

Enfermeiros que atuam nas unidades de internação e tratamento do Hospital de Câncer de Mato Grosso, e aceitaram o convite a participar da pesquisa, consentindo a sua participação por meio da assinatura do TCLE.

#### **4.3.2 Critérios de Exclusão**

- Enfermeiros que atuassem na área administrativa;

- Profissionais cuja disponibilidade de horário para a realização da entrevista atrapalhe a rotina da instituição;
- Enfermeiros que durante o convite relataram nunca ter tido contato com pacientes em cuidados paliativos.

#### **4.4 COLETA DE DADOS**

A coleta de dados foi efetuada por meio uma entrevista em profundidade, individual, semiestruturada (apêndice I) com perguntas abertas, permitindo maior flexibilidade e abrangência da coleta dos dados com os participantes. A mesma foi realizada em ambiente calmo e reservado, com duração média de 20 a 39 minutos, sempre respeitando a rotina da instituição e dos participantes, sendo as entrevistas gravadas mediante autorização para posterior transcrição.

O processo de aproximação com os participantes do estudo deu-se, inicialmente, mediante contato prévio com a Gerente de Enfermagem do referido hospital, sendo informada sobre a proposta da pesquisa e sua importância para a enfermagem. Assim, após o referido contato, foi realizado o convite a todos os enfermeiros da instituição e posteriormente o agendamento de encontros individuais com os participantes que aceitaram participar da pesquisa.

#### **4.5 ASPECTOS ÉTICOS**

Na ocasião da entrevista, a pesquisadora apresentou a proposta de pesquisa, ressaltando a sua relevância e em seguida apresentou o Termo de Consentimento

Livre e esclarecido (TCLE) (APÊNCIDE II), solicitando-lhes que assinassem o referido termo em duas vias (uma do participante e a outra da pesquisadora). Houve os esclarecimentos acerca do respeito à sua decisão em participar da pesquisa como também de desistir da mesma em qualquer momento, e sobre os objetivos do estudo, meios e métodos a serem empregados, riscos e benefícios, assim como a garantia do seu anonimato.

É oportuno destacar que a coleta de dados iniciou-se somente após parecer favorável de aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEP) UFMT - Hospital Universitário Júlio Muller, no dia 23 de março de 2017, com registro CAAE sob nº 65274717.7.0000.5541 (Anexo 2).

Sendo assim, o estudo foi realizado respeitando os preceitos éticos contidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (Brasil 2012).

Consideraram-se, também, as observações éticas contidas na Resolução Conselho Federal de Enfermagem-COFEN nº 311/2007, que institui o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, em especial o Capítulo III, das responsabilidades, dos deveres e das proibições concernentes ao ensino, à pesquisa e à produção técnico-científica (COFEN 2007).

#### **4.6 ANÁLISE DOS DADOS**

Sabe-se que a entrevista permite ao pesquisador a exploração do problema por meio do modo como as pessoas contextualizam o objeto. A entrevista

semiestruturada foi escolhida por nosso desejo de trabalhar com as percepções dos participantes sobre o tema.

Assim, o conteúdo discursivo foi analisado com base na estratégia de construção de Mapas Dialógicos, por ser um recurso que permite dar visibilidade à maneira como a pesquisa foi construída e à forma dialógica das entrevistas analisadas (NASCIMENTO et al. 2014).

De acordo com NASCIMENTO et al. (2014), o mapa dialógico “é um instrumento a ser usado na análise; constitui um dos passos iniciais da análise e pode auxiliar pesquisadores/as em uma aproximação com o material, na organização dos discursos e no norteamento da discussão”.

O material das entrevistas com os enfermeiros foi codificado, a fim de assegurar o anonimato dos profissionais participantes. Devido à prevalência do sexo feminino, optou-se pela transcrição das entrevistas conjugadas no gênero feminino e identificação baseada em tipos de flores não ocorrendo assim a distinção de gênero.

**Quadro 1** - Lista de participantes.

<b>Participante</b>	<b>Identificação</b>	<b>Cod. De identificação</b>
<b>Enfermeiro 1</b>	Rosa	P1
<b>Enfermeiro 2</b>	Margarida	P2
<b>Enfermeiro 3</b>	Hortência	P3
<b>Enfermeiro 4</b>	Cravo	P4
<b>Enfermeiro 5</b>	Lírio	P5
<b>Enfermeiro 6</b>	Astromélia	P6
<b>Enfermeiro 7</b>	Tulipa	P7
<b>Enfermeiro 8</b>	Iris	P8
<b>Enfermeiro 9</b>	Orquídea	P9

Para a elaboração dos Mapas Dialógicos, foram seguidos os passos propostos por Mary Jane Spink e colaboradores em seu livro: *A Produção de Informação na Pesquisa Social* (NASCIMENTO et al. 2014): transcrição sequencial (TS) e transcrição integral (TI).

Primeiramente realizou-se a TS (Quadro 2), pela capacidade de auxiliar na definição dos temas. Nessa fase identifica-se quem é o locutor (quem fala) e o sobre o que se fala, acarretando na categorização das falas por temas abordados. Logo, não será uma transcrição completa da fala, mas sim uma análise de como a conversa flui e o que é abordado. Durante essa fase, foram destacados a usualidades de sete temas, sendo eles: Cuidados Paliativos, O Paciente, A Família, Enfermagem e a Prática, Enfermagem e a Formação, A Instituição e Outro, utilizados para todas as entrevistas, criando expressões com sentidos semelhantes contidas no discurso de cada participante do estudo.

**Quadro 2 - Transcrição Sequencial – Rosa (P1) / Pesquisador (P)**

<b>Quem fala Interlocutores</b>	<b>Sobre o que fala</b>	<b>Tema</b>
<b>P</b>	Inicia a entrevista solicitando que a participante apresente-se.	Outros/Apresentação
<b>P1</b>	Participante apresenta-se.	Outros/Apresentação
<b>P</b>	Pergunta se a participante aprendeu sobre cuidados paliativos na graduação.	Enfermagem e a Formação
<b>P1</b>	Fala que aprendeu “pouco”.	Enfermagem e a Formação

Após a TS foi realizada a TI do áudio, utilizando todas as falas e expressões, preservando o discurso original do áudio. Com isso, realizando uma transcrição completa da entrevista e tudo que nela foi abordado.

**Quadro 3 - Mapa Dialógico - Margarida (P2) / Pesquisador (P)**

Linhas	TEMAS						
	Cuidados Paliativos	O Paciente	A Família	Enfermagem e a Prática	Enfermagem e a Formação	A Instituição	Outros
21	P: É, o que você compreende sobre cuidados paliativos então?						
22-23	P2: ... Tá, o cuidado paliativo não é só é, por exemplo, a pessoa fala assim, (eu falo baixo né? (risos).						
24							P: Posso colocar o celular aqui?
25							P2: Pode, pode sim.

Após a fase de transcrição e elaboração dos Mapas Dialógicos com falas (Quadro 3), e como forma de transcorrer mais facilmente os temas no qual as falas percorriam, utilizou-se outro passo proposto por SPINK et al. (2005), contido no artigo: Da Exacerbação dos Sentidos no Encontro com a Natureza: Contrastando Esportes Radicais e Turismo de Aventura – a construção do Mapa Sombreado (Apêndice 3). O mesmo consiste na substituição, nos Mapas Dialógicos, das falas por sombras, facilitando-se, assim, a observação das relações entre os temas abordados, por meio da visualização de sua sequência.

Por meio dos passos citados acima foi possível a compreensão e a construção de reflexões acerca dos sentidos produzidos.

## **5 A COMPREENSÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL DE CÂNCER DE MATO GROSSO ACERCA DOS CUIDADOS PALIATIVOS - RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Neste espaço, objetivou-se apresentar os resultados sobre as entrevistas realizadas com os participantes inseridos na pesquisa e as categorias temáticas fruto do material utilizado no estudo mediante a técnica de análise proposta por Mary Jane Spink (NASCIMENTO et al. 2014).

Dos nove enfermeiros que permaneceram na pesquisa, a relação entre os gêneros corresponde à estatística divulgada pelo COFEN (2018), onde os profissionais do sexo feminino da categoria representam mais de 80% do total de 2.066,302 profissionais no Brasil.

Os dados de pesquisa foram obtidos a partir das seguintes questões norteadoras: Você aprendeu sobre Cuidados Paliativos em sua graduação? Pode relatar como foi? O que você compreende sobre Cuidados Paliativos? Conte um pouco da sua experiência no cuidado ao paciente em Cuidados Paliativos? Qual a sua ideia do sofrimento frente aos Cuidados Paliativos? Qual sentido você atribui aos Cuidados Paliativos? Como você avalia seu interesse em trabalhar com paciente em Cuidados Paliativos? Fique à vontade para fazer quaisquer observações que julgue relevante ao tema dessa pesquisa, caso queira.

Após ter sido submetido à técnica de análise proposta, o referido material viabilizou a construção da sua compreensão, a partir dos temas encontrados na construção dos mapas dialógicos – “Cuidados Paliativos”; “O Paciente”; “A

Família”; “Enfermagem e a Prática”; “Enfermagem e a Formação”; “A Instituição” e “Outros” - cuja análise será apresentada a seguir:

## 5.1 COMPREENSÕES ACERCA DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Um dos objetivos dos Cuidados Paliativos é proporcionar uma adequada qualidade de vida visando oferecer condições que viabilizem e incentivem o paciente a viver de forma produtiva todos os seus dias (BARROS et al. 2012). De acordo com ANDRADE et al. (2013), o paciente em Cuidados Paliativos deve ser compreendido como um ser que está passando por conflitos, sofrimento e que tem necessidades que vão além do que as medicações e tecnologias que podem prover.

Nos discursos dos entrevistados quanto aos Cuidados Paliativos duas formas de compressão se evidenciam, no que diz respeito à finitude, ora apresentando-se como um cuidado que se restringe a ela (marcada, assim, por termos/expressões que destacamos, como “morte digna”, “já tá nos últimos [dias] dele”); ora sendo compreendido como cabendo não só aos pacientes em fase de terminalidade (“não é o prognóstico de morte que determina o cuidado paliativo”, “Cuidados Paliativos Exclusivos”; “E também não é só relacionado à morte”). A primeira delas se sobressaiu na maior parte dos entrevistados:

*Pra mim, cuidados paliativos éééé a condição em que... o paciente já passou por todo um tratamento, né? No exemplo aqui no hospital, de câncer, paciente que já entrou em tratamento de químio, de radioterapia ou braquiterapia, e já não tem mais condição de, de fazer nenhum outro tratamento, então **a gente acaba dando uma qualidade de vida, pra esse paciente, pra ele ter uma morte digna, né? Junto com a sua família ou mesmo no âmbito hospitalar.** (Rosa)*

*Eu compreendo, eu compreendo assim que é um paciente que não tem mais é, tipo assim, **já tá nos últimos dele né? é uns cuidados que só em casa, que prolongar a vida dele, que a gente vai prolongar nos cuidados que ele for, que o médico for passar, tipo assim, os medicamentos, os cuidados com alimentação, os cuidados com a família, tipo assim, o amor, o carinho né? Compreensão é isso que eu tenho né? Mas é o básico que você pode deixar ele mais tranquilo, sem dor né?** (Lírio)*

Os Cuidados Paliativos, restritos à finitude, adquirem um sentido de “consolo”, “de função secundária”, que parece trazer implícito um lamento, na fala de Rosa, perceptível na expressão “**a gente acaba dando** uma qualidade de vida”; “Junto com sua família **ou mesmo** no âmbito hospitalar”. Já um sentido de importância/relevância deste tipo de cuidado se expressa na percepção de que o mesmo pode “prolongar a vida”, por meio de um posicionamento ativo da equipe de que o enfermeiro faz parte, assegurando cuidados, ainda que, na percepção de Lírio, neste trecho, desconectada do ambiente hospitalar - “só em casa”: “A gente vai prolongar [a vida dele] nos cuidados”. O cuidado, aqui descrito como “básico” – mas não menos importante, parece – inclui, ao lado de “medicação” e “alimentos”, “amor” e “carinho”. Evidencia-se, assim, uma dimensão emocional associada ao cuidado, como uma tarefa do profissional. Há a percepção de que o cuidado se destina ao paciente e também à família, e promove tranquilidade e ausência de dor.

Assim, observa-se por meio das falas que a compreensão dos enfermeiros apresenta os cuidados paliativos como aquele que ameniza a dor e proporciona conforto, medidas essas que fazem parte da essência do cuidado. Observa-se uma visão dos Cuidados Paliativos tendo como centro do cuidado promover conforto ao paciente e proporcionar qualidade de vida. Deixando a cura dar lugar a qualidade de vida aos pacientes (FAITH e HANCOCK 2012). Porém, nos trechos das entrevistas destacados acima, esse é oferecido apenas ao paciente que se encontra em fase final da vida.

Recorde-se que os Cuidados Paliativos oferecem cuidado integral e individualizado, aplicando intervenções que proporcionem o alívio da dor e

sofrimento dos pacientes não apenas em sua terminalidade, tornando o cuidar mais humanizado e atento às necessidades (BOTTEGA e FONTANA 2010).

Os trechos a seguir exemplificam uma compreensão mais ampla de Cuidados Paliativos, ou seja, aquela em que os considera não restritos à fase de terminalidade da vida:

*Bom, cuidado paliativo, ééé, eu acredito que seja assim das minhas leituras, que seja sobre propor medida de conforto pro paciente né? Não ‘Ah, o paciente vai morrer’ ou ‘o paciente...’, não é o prognóstico de morte que determina o cuidado paliativo, cuidado paliativo é você promover medida de conforto né? Alívio, alívio da dor, promover apoio psicológico, esse tipo de cuidado que eu acredito que seja. (Iris)*  
*Ah é paliativo, acho que assim, não tem o que fazer, não, o paliativo que eu compreendo, é aquele onde você vai tentar aliviar todo e qualquer sofrimento que o paciente possa estar passando, bem como né?, colocar pra ele um ambiente um cuidado, assim, o melhor possível pra que ele tenha um, uma morte tranquila né? Na verdade. E também não é só relacionado à morte (...) (Margarida)*  
*Cuidados paliativos exclusivos, o que você faz com o paciente de cuidados paliativos exclusivos, você mantém ele sem dor, limpo e é na medida do possível alimentar ele da forma que ele consegue, ou por sonda ou pela boca mesmo, (...) (Orquídea)*

Ainda quando a descrição é restrita aos cuidados em fase de terminalidade (Orquídea), a compreensão de que os Cuidados Paliativos podem ser oferecidos em outros momentos da assistência é pontuada pelo uso do termo “exclusivos”.

Na fala de Margarida, como vemos, é primeiro oferecida uma descrição relacionada à finitude, marcada por termos como “não tem o que fazer”, “morte tranquila”, mas a noção mais ampla surge, ainda que como uma lembrança, ao final: “E também não é só relacionado à morte (...)”

Na descrição do cuidado, nessa compreensão mais ampla, o mesmo não aparece atrelado a um local específico, nem se marca uma distinção quanto ao local em que deva ocorrer (casa/hospital). Fala-se de modo mais amplo em “ambiente de cuidado”. Considera-se alívio de sofrimento, respeito aos limites/possibilidades (“alimentar ele da forma que ele consegue”).

Nos trechos destacados, chama a atenção o sujeito da ação nos discursos que descrevem/explicam/definem Cuidados Paliativos. Parece haver um predomínio de expressões que incluem o sujeito nos trechos do grupo que enfatizou a finitude: “a gente acaba dando”; “a gente vai prolongar”... em oposição a um predomínio de uma fala mais distanciada (teórica?), em que prevalece a terceira pessoa: “você vai”; “você faz”, “você mantém”, “você promover”, ficando o “eu” para marcar ações que antecipam as definições (“eu compreendo”; “eu acredito”).

Quando abordado assim, diretamente, solicitando uma definição/a compreensão dos Cuidados Paliativos, a integralidade não é unânime, aparecendo espontaneamente nesse momento apenas nos discursos de alguns dos participantes.

Observamos em um dos trechos o surgimento do profissional psicólogo para a promoção do apoio psicológico ao paciente, que associamos ao conhecimento da necessidade do trabalho multiprofissional para com os pacientes em cuidados paliativos. Entretanto, as dimensões do ser humano incluindo, além do alívio da dor, o conforto psicológico, social e espiritual foram pouco abordados ou ausentes, neste momento de definição.

A metodologia aplicada permitiu liberdade de expressão aos enfermeiros quando questionados sobre o seu entendimento acerca dos cuidados paliativos.

Como descrevemos nos capítulos iniciais, a compreensão de Cuidados Paliativos se modifica ao longo da história, sofrendo alterações/modificações/ajustes em seu conceito, ao longo dos anos. A partir de 2002 foi considerado indicado a pacientes com doenças que ameaçam a vida, não destinando-se exclusivamente aos pacientes cuja doença não mais responde aos tratamentos curativos.

Para SILVA e SUDIGURSKY (2008), os cuidados paliativos consistem em aliviar o sofrimento dos pacientes não somente na fase terminal, mas em todo o percurso, tendo início no diagnóstico da doença e prossegue por toda a linha de cuidado do paciente.

Conforme a OMS (2017), a definição de cuidados paliativos integra o alívio e prevenção dos sintomas e sofrimento, na perspectiva de uma abordagem que melhore a qualidade de vida do paciente e de seus familiares. Para isso, os cuidados devem ser iniciados concomitantes ao diagnóstico cuja doença ameace a vida, estando este em fase terminal ou não (BARROS et al. 2012).

Nesse contexto, a atualização profissional, por meio da formação continuada e permanente, por exemplo, poderia contribuir para a ampliação da prática dos Cuidados Paliativos com os pacientes em outros momentos da doença, para além da fase terminal.

Ao longo da entrevista é possível perceber a importância e cuidado dos profissionais para com os pacientes, sejam os Paliativos considerados um cuidado “a mais”, sejam considerados praticamente indistintos dos cuidados a outros pacientes que não estejam em Cuidados Paliativos.

*(...) Para o paciente, porque esses pacientes oncológicos, eu acho que por conta da doença né? Tipo é uma sentença de morte pra eles, eles são muito depressivos, eles precisam de atenção, eles precisam **desse cuidado a mais**. (Margarida)*

*(...) ele não deixou de ter sentimento, de ter dor, de ter tudo porque ele entrou no tratamento paliativo entendeu? Até porque eu não sei até onde vai a vida dele, pode ser que ele entrou em tratamento paliativo hoje e amanhã ele não acorde, dormiu e não vai tá aqui mais, mas pode ser que não, então eu acho que o sentido de eu cuidar é porque eu não posso deixar de saber que ele tem sentimento, que tem dor, que tem tudo e que é um momento, é um momento complicado né? (...) (Hortência)*

*(...) Ao paciente, que éééé, diminuir a dor, é não deixa-lo molhado, tá sempre fazendo mudança de decúbito mesmo, **os mesmos cuidados né com com um paciente que não é paliativo**, mas assim, principalmente com questão de dor né? A gente tá bem atenta com questão de dor, pra não deixar o paciente sofrer, (...) (Astromélia)*

As falas mostram um cuidar fundamentado em valores humanísticos, em compreender o paciente em sua integralidade (por vezes) e promover o conforto ao paciente por meio do controle dos sintomas, em especial a dor. O cuidar referenciado nas falas traz consigo alguns elementos elencados por Byaock (2009) como clarificadores do conceito, sendo o controle dos sintomas como objetivo fundamental.

Um outro aspecto ressaltado durante as entrevistas é o conhecimento da importância em prestar atenção, suporte e auxílio aos familiares durante o acompanhamento ao paciente, como evidenciado nas três falas seguintes:

*(...) a família as vezes acaba gerando problemas de ordem psiquiátrica, depressões, (...)*  
(Cravo)

*(...) porque não é somente o paciente quem sofre, quem sofre também é a família né?*

*(...) (Astromélia)*

*(...) porque ele [familiares]s tão num momento assim que eles tão tão frágeis naquela situação, tão frágeis que eles ficam tão é, vulnerável, que é por isso que eu falo que a gente tem que ter um cuidado(...)* (Tulipa)

O desafio primordial nos cuidados paliativos é garantir qualidade de vida ao paciente diante da ameaça da própria morte, e para isso, se faz necessário conhecer os princípios que norteiam esse cuidado. Tal conhecimento é imprescindível para ultrapassar a visão restrita à cura da doença (FROSSARD 2016).

*(...) é bom à equipe saber o que é um cuidado paliativo, que daí eles começam a entender, a compreender melhor o paciente né?*(Hortência)

As entrevistas sugerem que os Cuidados Paliativos, são oferecidos a pacientes fora de possibilidades de cura, e não para aqueles cuja doença ameace a vida, tendo como objetivo garantir uma morte digna. Com isso, tem-se favorecida a compreensão, entre os enfermeiros, do conceito ainda como definido em 1990, ou seja, como cuidado ativo e total aos pacientes quando a doença não responde aos

tratamentos curativos e o objetivo é contribuir para uma adequada qualidade de vida para pacientes e familiares (OMS 1990).

Percebe-se ainda, nas entrevistas, uma preocupação em olhar para o paciente em Cuidados Paliativos como um ser biográfico, ou seja, alguém que tem uma história, além de uma doença. Assim, destaca-se a importância de olhar para a pessoa doente, e não apenas para a doença, reafirmando, mais uma vez, a integralidade destacada nos Cuidados Paliativos. Revela-se, ainda, uma preocupação em evitar ações de abandono aos pacientes indicados aos Cuidados Paliativos, diante da finitude – abandono esse já observado historicamente em outros momentos e que, inclusive, motivou o surgimento dos Cuidados Paliativos:

*Pra mim é dignidade, dar um descanso digno né? Pra pessoa, porque independente do que ela está passando aqui dentro, a gente não sabe qual foi o antepassado dela né?(Rosa)*

*(...) tratar ele é porque ele não deixou de ser um ser humano, ele não deixou de ter sentimento, de ter dor, de ter tudo porque ele entrou no tratamento paliativo entendeu?(Hortência)*

*Medida de conforto, muita medida de conforto pra ele. (Astromélia)*

*Eu acho que humanidade (...) (Iris)*

Cabe ressaltar ainda a compreensão dos profissionais acerca da importância do cuidado para com o paciente ser extensiva aos familiares, como pode ser observada quando se avalia o transcorrer da fala nos mapas sombreados, como no exemplo:

**Quadro 4** - Mapa Sombreado - Astromélia

Linhas	TEMAS						
	Cuidados Paliativos	O Paciente	A Família	Enfermagem e a Prática	Enfermagem e a Formação	A Instituição	Outros
18-21							
21-25							
25-26							

No Quadro 4 se pode observar que ao ser questionado sobre a sua compreensão acerca dos cuidados paliativos, o entrevistado faz uma ligação entre o paciente e a família. Demonstra um entendimento do papel do paciente e da família dentro dos cuidados.

## **5.2 O CUIDAR DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Sabe-se, que o cuidar, mesmo que em situações complexas, é uma arte, pois é através do cuidar que garantimos a qualidade de vida, em especial dos que estão em Cuidados Paliativos (SILVA et al. 2014). São cuidados integrais, que planeja diminuir o sofrimento e conseqüentemente proporcionar qualidade de vida ao paciente e seus familiares.

Em pesquisa realizada por SILVA e MOREIRA (2011), com os profissionais de enfermagem, ressalta a importância do papel do enfermeiro na implementação dos cuidados paliativos, pois são os profissionais que permanecem em tempo integral com pacientes e seus familiares buscando promover uma assistência humanizada.

A seguir serão destacados trechos das falas dos enfermeiros acerca da sua vivência no cuidar de pacientes em Cuidados Paliativos e suas dificuldades diante da assistência prestada.

Os relatos retratam uma assistência pautada na forma do cuidar do paciente de maneira especial, com carinho e com um olhar diferenciado para o paciente em Cuidados Paliativos.

*Ah, era um pouquinho mais especial né? Porque era um paciente que já tava mais tempo com a gente, a gente já conhecia a família.(...) (Rosa)*  
*(...)Com responsabilidade e tudo mais, eu acho que a pessoa, que tá cuidando de quem tem câncer deve ser no mínimo carinhoso, atencioso, sabe? Mostrar que você tá fazendo com amor o que você tá fazendo, né? (Margarida)*

*(...) o cuidado e a atenção não é que é maior, mas é um olhar diferente, querendo ou não querendo vira um olhar diferente né? Por mais que a gente tenha um olhar humano pra todo mundo, mas é um olhar tipo assim, o que você pode proporcionar pra aquela pessoa naquele momento né? Ter uma uma, algo bom né? Algo que tire esse peso né? (...)* (Hortência)

*É o amor o carinho que a gente dá né? O modo como a gente conversa com a família, porque não é só conversar com a família, é conversar com o paciente, se você for fazer um procedimento no paciente, por mais que esteja já nesse grau, você tem que tá informando pra ele o que você faz(...)* (Astromélia)

Esses trechos dos informantes demonstram a relevância atribuída por esses profissionais, na promoção de uma assistência humanizada, considerando o paciente como ser humano que precisa ser valorizado e receber um cuidado digno até a morte (FELIX 2014).

Em consequência ao cuidado “mais especial”, surge o apego ao paciente e seus familiares. O apego está ligado ao relacionamento próximo e duradouro, por se tratar de um paciente com internações mais prolongadas, passando o profissional a fazer parte da rotina dos envolvidos no cuidado (CARMO e OLIVEIRA 2015). Esse envolvimento para além do profissional englobando sentimento entre os pacientes, a família e os enfermeiros.

Na sequência, os relatos retratam o apego supradito pautado no surgimento de um sentimento pela família e o paciente, favorecido pela participação constante na vida deles.

*(...) porque eu peguei um amor nele tão grande, mas tão grande que olha, eu fiquei extremamente chateada* (Tulipa)

*Eu acompanhei todo o processo, me marcou bastante a vida daquela paciente, as vezes eu vejo foto assim, nossa, foi uma paciente que me, ne nem por ser apegar, mas assim, porque se apegar a gente se apega com todo mundo, eu particularmente, mais por ter acompanhado, e ter visto que os últimos dias dela (...)* (Hortência)

*(...) assim, a gente se apegou bastante à família, essa semana ainda eu encontrei [um parente] dele lá no shopping, ela me abraçoooo (...)* (Rosa)

As dificuldades encontradas no cotidiano dos enfermeiros em relação ao cuidado revelam deficiências na formação, e evidenciam a necessidade de reflexão sobre a prática, no que diz respeito ao que se entende por cuidado, pelas expectativas

que se tem, e passam ainda pela identidade profissional dos participantes (o que é ser enfermeiro, para ele?).

*(...) eu desde quando comecei a fazer faculdade, eu sempre tive uma visão de que eu sou enfermeira porque eu quero ajudar a salvar uma vida ou eu sou enfermeira porque eu vou ajudar a manter uma pessoa viva, (...) (Hortência)*

A fala acima mostra apropriação do conhecimento científico oriundo de um processo de ensino direcionado para a cura.

Nesse sentido, a deficiência da formação pode acarretar situações de estresse, sendo mais frequentes entre os profissionais que assistem pacientes com doenças crônico-degenerativas (CARMO e OLIVEIRA 2015).

Outro aspecto de dificuldade ressaltado pelos enfermeiros durante a entrevista, é a comunicação - tema de relevância no processo de cuidar. A comunicação, nesse contexto, é um processo que envolve os pacientes, familiares e a equipe multiprofissional, envolvendo interação verbal e não verbal (MORITZ et al. 2008).

Desse modo, a comunicação deveria ser um instrumento básico na vivência dos profissionais de enfermagem, pois é ela que mantém a equipe interligada com o paciente e seus familiares e, no entanto, foram descritas situações em que os profissionais sentiram/revelam falhas nesse processo:

*Isso, isso, não havia sido comunicado e também nada escrito no prontuário do paciente, mas assim, entre conversas entre médico e enfermeiro a gente tinha essa noção já, de que ele não, o prognóstico seria ruim, entendeu?(Cravo)*

*(...) mas só que não orienta a família por exemplo, né? Às vezes, nem sempre orienta a família, há a gente não vai entrar com medidas invasivas por isso, isso e isso, que é necessário, tem que conversar, (...) (Iris)*

*Sim! Bastante, porque eu fiquei na [setor] né? E aqui mesmo no [outro setor] também chega os pacientes que a gente sabe que não têm mais tratamento, né? De quimio, de radio e o paciente, a família né? Ainda acredita que tem uma possibilidade de cura, mas a gente sabe que não tem. Então a gente acaba confortando além do paciente né? Dando assistência digna pra ele, confortando a família também. (Rosa)*

*(...) porque assim, eu vejo pelo (médico), eu eu já cansei de presenciar ele dar essa notícia pra família, aí ele fala assim numa de delicadeza num jeitinho, que a família não consegue entender(...) (Orquídea)*

As falas mencionadas expressam a percepção de deficiência no diálogo entre os profissionais que formam a equipe do cuidado, e entre os mesmos com os familiares e pacientes. Assim, o processo de comunicação é quebrado, dificultando uma vivência de confiança e vínculo entre os envolvidos e a não promoção do apoio e conforto nesse momento difícil.

É oportuno acrescentar que o paciente e a família devem fazer parte da tomada de decisões acerca dos cuidados, e para isso a comunicação é extremamente importante, pois possibilita a correta orientação, auxiliando nas tomadas de decisões.

Vale salientar que a família tem papel fundamental na tomada de decisões diante do paciente em cuidados paliativos. E para isso se faz necessário uma comunicação clara e objetiva no que diz respeito às possibilidades de cuidado. Sabemos que a iniciativa quanto a conversa com os familiares costuma partir do médico, porém, a verbalização entre equipe-paciente-família deve ser preservada a fim de garantir a chance de fazer escolhas mais ponderadas e conscientes (SANCHEZ y SANCHEZ e SEIDL 2013).

Outro fator que corrobora com as dificuldades na vivência está relacionado com a instituição, fator de grande importância para garantia da qualidade do meio onde o cuidado é prestado, evidenciado nos trechos:

*(...) só por sobrecarga, do dimensionamento incorreto é, e outros demais fatores assim da correria do dia a dia, da sobrecarga de serviço (...)(Iris)*

*A gente pode melhorar porque, como você falou, tá crescendo muito né? Os pacientes paliativos, que até então, é uma clínica com [número] leitos não é o suficiente pra tantos pacientes(...)(Rosa)*

*(...) a gente, a gente como funcionário não recebe um suporte do hospital quanto à psicologia, que é muito necessário, (...)(Iris)*

Identifica-se nas falas que entre os fatores que envolve a instituição, encontra-se a carência de recursos humanos gerando a sobrecarga de trabalho, a ausência de

uma estrutura física adequada, e a falta de suporte psicológico aos profissionais de forma a dificultar o favorecimento dos cuidados com qualidade, individualizado e humanizado (SILVA et al. 2015).

A qualidade do cuidado da assistência prestada pela equipe está diretamente ligada com a adequada gestão de pessoas, considerando o dimensionamento de pessoal e a estrutura física oferecida (SILVA et al. 2015). A carência de profissionais, a sobrecarga de trabalho passa a ser uma consequência previsível, tal situação distancia o enfermeiro do cuidado direto, devido ao tempo que a atividade demanda e o perfil do paciente (GRAZZIANO e FERRAZ 2010).

Logo, o cuidar em enfermagem exige que o profissional tenha um olhar abrangente e humanizado com o intuito de assistir à pessoa em sua integralidade, respeitando-a nos aspectos biopsicossociais e nas suas particularidades. Entretanto, é preciso ter condições adequadas de trabalho, garantia do conhecimento desde o conceito até as formas de cuidados, trabalhar a comunicação entre a equipe multiprofissional e entre os pacientes e seus familiares, para que assim o comprimento do cuidado seja exequível, e não uma utopia.

### **5.3 O CUIDADO COM QUEM CUIDA**

O cotidiano dos profissionais de saúde, e especialmente dos enfermeiros como sendo os profissionais que permanecem junto ao paciente e seus familiares ao longo das 24 horas do dia, está rodeado de situações desgastantes como a sobrecarga de trabalho, má condições de trabalho, como também situações geradoras de conflitos como, por exemplo, o convívio com pacientes com doença em estágio

avançado, com limitações físicas, sociais, dor, pacientes em fim de vida e até o momento da perda e do luto dos familiares (SANTOS et al. 2017). Situações essas ainda mais frequentes quando nos referimos a um hospital oncológico referência no tratamento no estado.

Com isso, os profissionais estão expostos a um alto nível de desgaste físico e emocional, podendo evoluir para uma situação de estresse. O cuidado com quem cuida deve ser revisto, pois a saúde do trabalhador está diretamente ligada com a qualidade e a segurança do serviço oferecido aos nossos pacientes, como também aos riscos ocupacionais. Os profissionais, sendo este, a equipe multiprofissional, que convivem diariamente com pacientes cuja doença ameaça a vida, deveriam receber estímulo e auxílio para uma reflexão sobre o tema, a fim de os tornarem aptos a assumir suas responsabilidades diante do momento enfrentado pelo paciente (KUHL 2002).

Diante do exposto, evidenciamos a demanda por cuidado aos profissionais, identificada, por exemplo, na fala a seguir:

*(...) As vezes a gente chega em casa, como era quando eu trabalhava antes, tava tudo bem comigo sabe? Mas quando eu ia dormir eu chorava, chorava, chorava, chorava, chorava e eu não tinha motivo assim, pessoal pra isso. (Margarida)*

Nesse contexto, evidencia-se ser necessário um suporte para a equipe, afim de lidar com o desgaste emocional, bem como, no melhorar o preparo para a atuação, pois, em decorrência da fragilidade da formação é criada uma cultura de negação da morte, transformando a morte em uma derrota, fracasso ou frustração para os profissionais de saúde, pois o mesmo é formado apenas para salvar vidas (Galriça Neto 2010, citado por GOMES e OTHERO (2016, p.156).

*(...) cada um tem uma história, cada um marca a gente de uma forma, mas teve um paciente que, que foi, que mais me marcou, que eu fiquei extremamente chateada, eu*

*sabia que ele era paliativo, mas, eu sempre que eu vinha eu pedia pra que não fosse no meu dia, que eu não queria, que eu não queria ver, ele indo embora, tanto que Deus atendeu (...)* (Tulipa)

*(...) eu acho que todo mundo precisa de terapia, na minha opinião, e aqui também no hospital eu acho que seria necessário né? Mas a gente não tem, e eu acho que a gente não é preparado, não é, o hospital deveria ter, porque é um hospital de oncologia (...)* (Iris)

*É triste a gente ver, hoje faleceu uma paciente aqui com a gente, aquela que tava lá no fundo, que tava passando uma sonda.(...) (Rosa)*

Faz-se oportuno destacar que lidar com situações que envolvam a morte leva a intensificação da angústia e a dor dos profissionais, pois eles vivenciam as emoções experimentadas pelo próprio paciente (SANTOS et al. 2013)

Quando o cuidado com o profissional acontece, proporciona-se a obtenção de resultados mais positivos, ou seja, a manutenção de um ambiente humanizado dentro da instituição, pois, não é apenas cobrando que os resultados apareçam, eles são mais facilmente alcançados quando favorecemos o meio para que ele aconteça. Apesar dos relatos de falhas, houve também a expressão de satisfação com a atividade profissional:

*(...) Eu gosto de ser enfermeira, eu gosto do que eu faço [...] (Lírio)*

#### **5.4 A FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS QUE ATUAM NO CUIDADO AO PACIENTE PALIATIVO**

Atuar no campo de Cuidados Paliativos exige não apenas um profundo conhecimento técnico-científico acerca das possibilidades de tratamento, como também um constante enfrentamento da morte e de suas implicações do processo do adoecimento até a sua finitude, fazendo com que os profissionais necessitem desenvolver, também, habilidades humanísticas e emocionais, comumente pouco

trabalhadas durante a graduação (FONSECA e GEOVANINI 2013; SANTOS et al. 2016).

No entanto, para que os profissionais possam desenvolver tais habilidades, faz-se necessária a formação de uma equipe multiprofissional (BHATIA 2006), atuando de forma que possibilite abarcar o paciente e sua família na integralidade, e atuando de forma interdisciplinar.

Os relatos dos profissionais durante as entrevistas mostram deficiência na formação acadêmica dos enfermeiros, quanto aos Cuidados Paliativos, ou até mesmo a inexistência do tema em sua formação. A compreensão evidenciada em algumas falas acerca dos cuidados paliativos, e acima descrita, foi relacionada à questão do alívio do sofrimento físico mediante a utilização de conhecimentos técnicos, como higiene, medicação, prevenção de lesões entre outras, sendo, por vezes, pouco abordados os aspectos referentes à humanização do cuidado, bem como ao significado do cuidar de pacientes paliativos não apenas em seu final de vida.

Em concordância a essa realidade, a pesquisa realizada com acadêmicos de enfermagem, por SADALA e SILVA (2009), destaca o despreparo individual, a falta de preparo técnico-científico quanto ao processo de morte e morrer, ressaltando a importância da inserção de conteúdos curriculares com temas voltados para a finitude nos cursos de graduação.

Logo, a deficiência na formação acadêmica é facilmente observada nas falas a seguir, quando os participantes são questionados sobre o aprendizado durante a graduação.

*(...) o assunto cuidados paliativos, ..., não. (Margarida)*  
*Muito pouco, eu assim me lembro vagamente assim, momentos da grade curricular do curso de enfermagem que foi abordado sobre o assunto. (Cravo)*

A enfermagem é definida por MATOS e MORAES (2006) como a arte e a ciência de assistir o doente em suas necessidades básicas, e quando em cuidados paliativos, devendo-se acrescentar em contribuir para uma vida mais digna e uma morte tranquila, espera-se dele o conhecimento básico vindo da sua formação acadêmica.

*(...) acho que a faculdade ela peca nesse assunto, porque a gente precisa ser ensinada, porque existe cuidado paliativo, porque nós somos enfermeiras a gente detém o cuidado, nosso maior, nosso maior é tãss (som emitido pela participante) competência é o cuidado (Iris)*

A fala deste profissional mostra que mesmo tendo conhecimento do objetivo da enfermagem, ele sente que a formação não os prepara para as questões dos cuidados que cercam o paciente paliativo, comprometendo a qualidade da assistência dispensada. Além disso, quando perpassam pela vida acadêmica, os cuidados paliativos são ligados à morte e ao paciente em fase final de vida.

*A gente teve algumas aulas, mas assim, não foi, não teve uma matéria sobre oncologia, sobre, sobre os cuidados paliativos especificamente, a gente teve uma aula sobre morte, sobre morte e morrer no primeiro semestre, que falava sobre cuidado paliativo, mas foi muito assim por cima, superficial. (Iris)*

Em concordância à realidade apresentada quanto à formação acadêmica, a forma com que o tema é abordado como os futuros profissionais, sobretudo, da ausência da inserção de conteúdos curriculares com temas voltados para a finitude humana nos cursos de graduação, em especial, nos cursos de enfermagem que lidam diretamente com o cuidar, é facilmente percebida na fala a seguir:

*Éééé em aulas de bate papo, lembro que foi uma roda de conversas, não apostila. (...) E aí o professor fez algumas..., um questionário e a gente teve que responder e entregar no dia seguinte. (Rosa)*

Durante a formação acadêmica frequentemente o docente pode sentir-se inseguro ao abordar o tema, se privando de transmitir os ensinamentos que atendem

às necessidades emocional e espiritual dos pacientes, promovendo o distanciamento da reflexão do processo de terminalidade na vida acadêmica e, posteriormente, na vida profissional (FELIX 2014).

Tal esquecimento pode ocorrer devido a não existência no Brasil de uma Política Nacional de Cuidados Paliativos. Segundo SILVA (2015), diante da importância dos Cuidados Paliativos e emergente necessidade de investimento no Brasil, os movimentos compostos por profissionais da área da saúde estão buscando ganhar força política para a criação da mesma.

É oportuno acrescentar que, para os profissionais de enfermagem a necessidade de se ter uma Política Nacional de Cuidados Paliativos já está clara, sendo evidenciada na fala da entrevistada abaixo, quando a mesma compara a oncologia (Cuidados Paliativos) a outras disciplinas baseadas em políticas assistenciais.

*ela não não especifica tanto como é, pediatria, saúde do adulto, saúde do idoso né? E a saúde do idoso, do adulto e da criança não inclui oncologia, (...)(Iris)*

Diante da fragilidade apresentada, se evidencia a formação desses profissionais acerca dos cuidados paliativos no âmbito da prática, seja no período de estágio prático da formação ou no dia a dia como profissional de enfermagem, esse acontecendo com a rotina e vivência com os pacientes.

*(...) porque o que eu aprendi foi aqui no hospital, no quarto semestre da faculdade, que eu fiz estágio aqui, na clínica médica, que pra mim era a mais temível, mas aí a gente pode ter um contato, na verdade não foi nem com cuidados paliativos, que se falava pouco, falaram muito pouco, assim esse nome pra mim, mas, mas por se tratar da, como eu fiz estágio nessa ala que era, tem muito paciente paliativo, que agora eu sei o que é um paciente paliativo, assim, acho que sei o que é (...) (Hortência)  
Quando eu trabalhei aqui, e agora novamente. (risos) (Margarida)  
(...) eu aprendi no meu outro serviço como técnica de enfermagem. (Astromélia)  
Eu aprendi na prática (...) Aqui, como quando eu era técnica e depois como enfermeira. (Orquídea)*

As falas revelam a clareza da informação, sendo mais bem exemplificadas nos Quadros 5 e 6 que mostram o transcorrer das falas sobre os temas Enfermagem e a Formação e Enfermagem e a Prática estando ligados em seu processo de aprendizagem.

**Quadro 5 - Mapa Sombreado – Rosa**

Linhas	TEMAS						
	Cuidados Paliativos	O Paciente	A Família	Enfermagem e a Prática	Enfermagem e a Formação	A Instituição	Outros
10-11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

**Quadro 6 - Mapa Sombreado – Hortência**

Linhas	TEMAS						
	Cuidados Paliativos	O Paciente	A Família	Enfermagem e a Prática	Enfermagem e a Formação	A Instituição	Outros
8							
9							
9-16							
16-17							
18							
19-37							
38							
39-43							
43-51							
51							

Logo, é preciso uma melhor formação acadêmica no que se refere à preparação dos profissionais de enfermagem. Dessa forma, poderão sentir-se melhor

preparados para lidar com pacientes em cuidados paliativos, garantindo ações que dignifiquem a sua assistência e para que não sejam surpreendidos pela prática.

*E aí eu tive um choque muito grande, eu saí aqui do hospital e fui andando sozinha, eu falei pra professora, e não tenho condições de continuar e eu quero ir pra casa, e ela me liberou e eu fui andando, não consegui nem entrar no ônibus, então depois daquele momento eu precisei fazer uma breve (fez gesto de pausa) [...] (Hortência)*

Em decorrência da falta de incentivo na formação para o cuidar do paciente em cuidados paliativos durante a formação, fica a cargo da prática e conseqüentemente das instituições de saúde, desde a seleção até a formação.

A formação na prática, também conhecida como educação permanente, que segundo CECCIM e FERLA (2009) é a ‘prática de ensino-aprendizagem’, está relacionada à produção de conhecimentos no cotidiano, a partir da realidade vivida pelos envolvidos, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações.

*(...) gostei dessa palestra, mexeu muito comigo por ter visto “nossa realmente, é uma visão” é uma outra janela, é como você saísse e olhasse, estivesse olhando pra uma, pra uma passagem e você abrisse uma outra janela e visse aquela paisagem de uma outra maneira (...) (Hortência)*

Na fala nota-se a importância do conhecimento no cotidiano do âmbito profissional, permitindo um aprimoramento do conhecimento.

Nesse contexto, destaca-se a importância do desenvolvimento de programas de educação permanente em saúde que, inseridos nos cotidianos dos profissionais de enfermagem possam contribuir para o desenvolvimento das habilidades consideradas intrínsecas à atuação de qualidade dos enfermeiros da instituição, sendo sugestiva tanto o preparo técnico como emocional dos profissionais. Esse fato se torna especialmente importante quando se reflete sobre o perfil do serviço, um hospital oncológico.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu pesquisar a compreensão de enfermeiros do Hospital de Câncer de Mato Grosso sobre Cuidado Paliativo e o sentido a ele atribuído, sendo possível identificar a percepção e proporcionar a reflexão sobre a importância do campo em foco.

As falas são relevantes para demonstrar que existe, entre os profissionais pesquisados, uma demanda por um conhecimento mais amplo acerca dos Cuidados Paliativos. Os participantes puderam falar sobre sua compreensão do tema, suas experiências, sua prática, seus sentimentos e sobre formação.

Os sentidos produzidos nos discursos revelam que nem sempre há uma identificação clara dos Cuidados Paliativos com o ambiente hospitalar (como se este ainda de alguma maneira fosse identificado com a cura). Nesses casos, Cuidados Paliativos é conforto para o paciente, e parece adquirir sentido de “consolo” para o profissional. Do mesmo modo, ao contrário, também foi descrito como prática fundamental, em que as ações referidas - com destaque à promoção de qualidade de vida, de conforto, de tratamento da dor - revelam cuidado ao paciente, aos familiares e, por vezes, há o reconhecimento da multidisciplinaridade – ainda que com pouca ênfase. A importância dos Cuidados Paliativos é destacada, junto com o reconhecimento da necessidade de melhorias - na assistência, na formação e no que chamamos de cuidado ao cuidador.

No que tange ao cuidado ao paciente, revelaram como dificuldades a deficiência na formação, a falha de comunicação e problemas com a instituição,

problemas esses que devem ser revistos a fim de garantir um ambiente de trabalho adequado.

Em alguns dos discursos, a compreensão de Cuidados Paliativos esteve associada exclusivamente aos Cuidados de Fim de Vida, sendo identificados à finitude. Em discursos em que foram descritos de modo mais amplo, ou seja, em que foram reconhecidos como não se restringindo à terminalidade, no entanto, por vezes a descrição se deu com certo distanciamento, como se este fosse um saber teórico, conceitual. Essa mesma questão – o momento do início dos cuidados – encontra-se historicamente na evolução do conceito de Cuidados Paliativos pela OMS que, como abordado no início do trabalho, considera, desde 2002, que os Cuidados Paliativos são indicados para os pacientes diante de doenças que ameaçam a vida, desde o diagnóstico, e não apenas quando “a doença não responde aos tratamentos curativos”, como em 1990. Os Cuidados Paliativos, assim, incluem os Cuidados de Fim de Vida, mas não se restringem a eles.

Espera-se que os resultados deste estudo possam gerar subsídios para um planejamento de educação permanente no campo dos Cuidados Paliativos, visando a prestar um cuidado de excelência ao paciente e seus familiares, e a um suporte adequado aos profissionais que prestam este cuidado.

## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade CG, Costa SFG, Lopes MEL. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. **Ciência & Saúde Coletiva** 2013; 18:2523-30.

Arantes ACQ. **A morte é um dia que vale a pena viver**. Rio de Janeiro: Casa da Palavra; 2016.

Bhatia J. Palliative care in the fetus and newborn. **J Perinatol** 2006; 26:S24-S6.

Barros NCB, Oliveira CDB, Alves ERP, et al. Cuidados paliativos na UTI: compreensão, limites e possibilidades por enfermeiros. **Rev Enferm UFSM** 2012; 2:630-40.

Braga FC, Queiroz E. Cuidados paliativos: o desafio das equipes de saúde. **Psicol USP** 2013; 24:413-29.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**, Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. 2007. Disponível em: <URL:<http://www.saude.pb.gov.br/site/geab/portaria2007.pdf>> [2018 mai 25]

Brasil. Populações e políticas sociais no Brasil: os desafios de transição demográfica e das migrações internacionais. **Centro de Gestão e Estudos Estratégicos (CGEE) e Núcleo de Assuntos Estratégicos (NAE) da Presidência da República**: Brasília 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 junho 2013: Seção 1, nº 112, p.59.

Brasil. Portaria nº 876, de 16 de maio de 2013. Dispões sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília 22 maio 2013: Seção 1:1.

Brito S, Ramos R, Santos E, Veloso O, Silva M, Mariz R. Representação social dos enfermeiros sobre cuidados paliativos. **Rev Cuid** 2014; 6:1062-9.

Bottega FH, Fontana RT. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. **Texto Contexto Enferm** 2010; 19:283-90.

Commissioned by Lien Foundation. Economist Intelligence Unit. The Economist **The quality of death: ranking end-of-life care across the world**. 2010. Available from:

<URL:[http://www.virtualhospice.ca/Assets/Quality%20of%20Death%20Ranking%202010\\_20100915182153.pdf](http://www.virtualhospice.ca/Assets/Quality%20of%20Death%20Ranking%202010_20100915182153.pdf)> [2018 jul 12]

Costa APP, Othero MB. **Reabilitação em cuidados paliativos**. Loures: Lusodidacta; 2014. Conceitos, princípios e formação em cuidados paliativos; p.23-36.

Carmo AS, Oliveira ICS. Criança com câncer em processo de morrer e sua família: enfrentamento da equipe de enfermagem. **Rev Bras Cancerol** 2015; 61:131-8.

[CFE] Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 311/2007**. Disponível em: <URL:<http://site.portalcofen.gov.br/resolucao/2007>> [2018 jun 18]

[CFE] Conselho Federal de Enfermagem. **Enfermagem em números 2018**. Disponível em: <URL:<http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>> [2018 jun 18]

Ceccim RB, Ferla AA. **Educação permanente em saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009. Disponível em: <URL:<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>> [2018 jul 5]

Du Boulay S. **Changing the face of death: the story of Cicely Saunders**. 2<sup>nd</sup> ed. Great Britain: Brightsea Press; 2007. 24p.

Faith CF, Hancock LE. Pediatric palliative care: beyond the end of live. **Pediatr Nurs** 2012; 38:198-203,227, quiz 204.

Felix ZC. **Vivencia de enfermeiros no cuidar de pacientes na terminalidade: um enfoque bioético**. João Pessoa; 2014. [Dissertação de Mestrado-Universidade Federal da Paraíba]

Figueiredo MTA. Reflexões sobre os cuidados paliativos no Brasil. **Prática Hospitalar** 2006; 8:36-40.

Firmino F. Papel do enfermeiro. In: Pinto AC, Silva AMOP, Arantes ACLQ, et al. organizadores. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2009. p.216-7.

Floriani CA, Scharamm FR. Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. **Ciência & Saúde Coletiva** 2008; 13:2123-32.

Fonseca A, Geovanini F. Cuidados paliativos na formação do profissional da área de saúde. **Rev Bras Educação Médica** 2013; 37:120-5.

Freitas NO, Pereira MVG. Percepção dos enfermeiros sobre cuidados paliativos e o manejo da dor na UTI. **Mundo Saúde** 2013; 37:450-7.

Frossard A. Os cuidados paliativos como políticas públicas: notas introdutórias. **Cad EBAPE BR** 2016; 14(Edição Especial):640-55.

Frossard A. A formação profissional numa perspectiva interdisciplinar: os cuidados paliativos em foco. **Rev Magistro** 2015; 2:105-2.

Grazziano ES, Ferraz ERB. Impacto do stress ocupacional e Burnout para enfermeiros. **Enferm Glob** 2010; 18:1-20.

Gomes ALZ, Othero MB. Cuidados paliativos. **Estudos Avançados** 2016; 30:155-66.

Gomes AMT, Oliveira DC, Pontes APM, et al. Construção de um paradigma de cuidado de enfermagem pautado nas necessidades humanas e de saúde. **Rev Esc Enferm Anna Nery** 2011; 15:838-44.

[IBGE]. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Projetoção da População por Sexo e Idade para o Brasil. Grandes Regiões e Unidades da Federação. **Pirâmides etárias**. 2013. Disponível em: <URL:<http://cultura.culturamix.com/geral/piramides-etarias>> [2018 mai 12]

Kuhl D. **What dying people want: practical wisdom for the end od life**. New York: PublicAffairs; 2002. Introduction: facing death; p. xv.

Kovásc MJ. Educação para a morte. **Psicologia: Ciência e Profissão** Brasília 2005; 25:484-97.

Hermes HR, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** 2013; 18:2577-88.

[IOELC] Observatório Internacional sobre Cuidados de Final da Vida. **Global development**. 2008 Available from: <URL:<http://www.ioelc-observatory.net>> [2017 nov 5]

Lopes SRS, Piovesan ÉTA, Melo LO, et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Comun Ciênc Saúde** 2007; 18:147-55.

Maciel MGS. Cuidado paliativo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2008. Definição e princípios; p.15-32.

Maciel MGS, Rodrigues LF, Naylor C, et al. **Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil**. 2006. Disponível em: <URL:[https://dms.ufpel.edu.br/static/bib/cuidados\\_paliativos\\_criterios\\_de\\_qualidade.pdf](https://dms.ufpel.edu.br/static/bib/cuidados_paliativos_criterios_de_qualidade.pdf)> [2017 dez 12]

Machado KDG, Pessini L, Hossne WS. A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da bioética. **Rev Bioethikos** 2007; 1:34-42.

Matos FA, Moraes TM. A enfermagem nos cuidados paliativos. In: Figueiredo MTA, organizador. **Coletânea de textos sobre cuidados paliativos e tanatologia**. São Paulo: UNIFESP; 2006. p.49-62.

Matsumoto DY. Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: Pinto AC, Silva AMOP, Arantes ACLQ, et al. organizadores. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic. 2009. p.14-9.

Matsumoto DY. Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In: Carvalho RT, Parsons HA, organizadores. **Manual de cuidados paliativos**. 2ª ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p.23-30.

Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB) RH.SUS**. 3ª ed. rev e atual. 2005. (Série Cadernos Técnicos-CNS). Disponível em: <URL:[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/nob\\_rh\\_2005.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/nob_rh_2005.pdf)> [2018 jan 12]

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2015.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2018.

Minayo MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO; 2010. Introdução ao desafio do conhecimento, p.21-34.

Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva** 2012; 17:621-6.

Moritz RD, Lago PM, Souza RP, et al. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva** 2008; 20:422-8.

Nascimento VLV, Tavanti RM, Pereira CCQ. O uso de mapas dialógicos como recurso analítico em pesquisas científicas. In: Spink MJP, Brigagão JIM, Nascimento VLV, Cordeiro MP, organizadores. **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein; 2014. p.248-72.

[OMS] Organização Mundial de Saúde. **Carta de Ottawa: primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. 1986. Disponível em: <URL:[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf)> [2017 nov 12]

[OMS] Organização Mundial de Saúde. **Declaração de Caracas**. 1990. Disponível em: <URL:[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf)> [2017 nov 12]

[OMS] Organização Mundial de Saúde. **Cuidados paliativos**. 2017. Disponível em: <URL:<http://portalhospitaisbrasil.com.br/os-cuidados-paliativos-no-brasil/>> [2018 fev 2]

Pains C. Câncer é a principal causa de morte em quase 10% das cidades brasileiras. O Globo 2018. Disponível em: < <https://oglobo.globo.com/sociedade/saude/cancer-a-principal-cao-de-morte-em-quase-10-das-cidades-brasileiras-22595871>> [2018 mai 05]

Spink MJP, Aragaki SS, Alves MP. Da exacerbação dos sentidos no encontro com a natureza: contrastando esportes radicais e turismo de aventura. **Psicologia: Reflexão e Críticas** 2005; 18:26-38.

Sanches MVP, Nascimento LC, Lima RAG. Criança e adolescentes com câncer em cuidados paliativos: experiência de familiares. **Rev Bras Enferm** 2014; 67:28-35.

Sanchez y Sanches KM, Seidl EMF. Ortotanásia: uma decisão frente à terminalidade. **Interface** (Botucatu) 2013; 17:23-4.

Santos LRG, Menezes MP, Gradwohl SMO. Conhecimento, envolvimento e sentimentos de concluintes dos cursos de medicina, enfermagem e psicologia sobre ortotanásia. **Ciência & Saúde Coletiva** 2013; 18:2645-51.

Santos NAR, Gomes SV, Rodrigues CMA, et al. Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos enfermeiros em cuidados paliativos oncológicos: revisão integrativa [periódico on-line] **Cogitare Enferm** 2016; 21(3). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v2i3.45063>> [2018 fev 2].

Santos NAR, Santos J, Silva VR, et al. Estresse ocupacional na assistência de cuidados paliativos em oncologia. **Cogitare Enferm** 2017; 22:e50686.

Sadala MLA, Silva FM. Cuidando de pacientes em fase terminal: a perspectiva de alunos de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP** 2009; 43:87-294.

Silva EPS, Sudigursky D. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. **Acta Paul Enferm** 2008; 21:504-8.

Silva KCO, Quintana AM, Nietzsche EA. Obstinação terapêutica em unidade de terapia intensiva: perspectiva de médicos e enfermeiros. **Esc Anna Nery** 2012; 16:697703.

Silva LMH, Zango MMF. Cuidado do paciente oncológico com dor crônica na ótica do enfermeiro. **Rev Latino Am Enferm** 2001; 9:44-9.

Silva MM, Moreira MC. Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros. **Acta Paul Enferm** 2011; 24:172-8.

Silva MM, Santanda NGM, Santos MC, Cirilo JD, Barrocas DLR, Moreira MC. Cuidados paliativos na assistência de alta complexidade em oncologia: percepção de enfermeiros. **Esc Anna Nery Rev Enferm** 2015; 19:460-6.

Silva RS, Campos ERA, Pereira A. Cuidando do paciente no processo de morte na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Esc Enferm USP** 2011; 45:738-44.

Silva RS, Silva MJP. Enfermagem e os cuidados paliativos. In: Silva RS, Amaral JB, Malaguti W, organizadores. **Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte**. São Paulo: Martinari; 2013. p.335.

Silva RS, Pereira A, Mussi FC. Conforto para uma boa morte: perspectiva de uma equipe de enfermagem intensivista. **Esc Anna Nery** 2015; 19:40-6.

Silva WCBP, Rosa RMC, Silva RMCRA, et al. Percepção da equipe de enfermagem frente cuidados paliativos oncológicos: estudo fenomenológico. **Online Braz J Nurs** 2014; 13:78-81.

Sarreta FO. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. 2009. (Coleção PROPG Digital-UNESP). Disponível em: <URL:[http://www.cairu.br/portal/arquivos/biblioteca/EBOOKS/SS/Ed\\_permanente\\_em\\_saude\\_trab\\_SUS.pdf](http://www.cairu.br/portal/arquivos/biblioteca/EBOOKS/SS/Ed_permanente_em_saude_trab_SUS.pdf)> [2017 dez 20]

Soares MR, Rodrigues TG Nascimento DM, et al. Sentimentos, acolhimentos e humanização em cuidados paliativos às crianças portadoras de leucemia. **J Res Fundamental Care** 2013; 5:354-63.

Souza DM, Soares EO, Costa KMS, Pacífico ALC, Parente ACM. A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. **Texto & Contexto Enferm** 2009; 18:41-7.

Souza LF, Misko MD, Silva L, Poles K, Santos MR, Bousso RS. Dignified death for children: perceptions of nurses from an oncology unit. **Rev Esc Enferm USP** 2013; 47:30-7.

[WHO] Worldwide Palliative Care Alliance. **Global atlas of palliative care at the end of life**. 2014. Available from: <URL:[http://www.who.int/nmh/Global\\_Atlas\\_of\\_Palliative\\_Care.pdf](http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf)> [2018 abr 16].

## **Apêndice 1 – Entrevista Semi-Estruturada Com Enfermeiros**

Roteiro de Entrevista:

a) Nome:

b) Idade:

c) Tempo de formação:

Em relação ao seu processo de aprendizagem, por favor responda:

d) Você aprendeu sobre Cuidados Paliativos em sua graduação? Pode relatar como foi?

Em relação a sua compreensão sobre o assunto, por favor responda:

e) O que você compreende sobre Cuidados Paliativos?

Em relação a sua experiência profissional, por favor responda?

f) Conte um pouco da sua experiência no cuidado ao paciente em Cuidados Paliativos?

g) Qual a sua ideia do sofrimento frente aos Cuidados Paliativos?

h) Qual sentido você atribui aos Cuidados Paliativos?

Em relação a sua auto avaliação, por favor responda:

i) Como você avalia seu interesse em trabalhar com paciente em Cuidados Paliativos?

j) Fique à vontade para fazer quaisquer observações que julgue relevante ao tema dessa pesquisa, caso queira.

## **Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

### HOSPITAL DE CÂNCER DE MATO GROSSO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, da pesquisa **“A Compreensão da equipe de enfermagem do Hospital de Câncer de Mato Grosso acerca dos cuidados paliativos”**, sob a responsabilidade da pesquisadora Mara Rafaelle de Souza Menezes Rocha. O objetivo deste estudo é compreender os sentidos atribuídos a Cuidados Paliativos pelos Enfermeiros.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa ou desistência em continuar participando, você tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados você não terá nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que presta seus serviços. Sua participação nesta pesquisa é voluntária e consistirá em ser avaliado por uma por meio de uma entrevista com a pesquisadora acima relatado.

Esta pesquisa apresenta o risco mínimo de que as perguntas realizadas mobilizem sentimentos incômodos aos participantes. Caso o participante venha apresentar qualquer desconforto decorrentes da pesquisa, o pesquisador proporcionará assistência imediata, bem como responsabilizar-se pela assistência integral ao participante da pesquisa. Em relação ao benefício da pesquisa, pode-se incluir que os resultados da pesquisa serão divulgados à instituição proponente, o que poderá facilitar no planejamento de treinamentos em cuidados paliativos, uma vez que terá maior conhecimento de seus profissionais no que diz respeito ao tema pesquisado, proporcionando assim um treinamento mais eficaz e voltado para a sua realidade. Destaca-se ainda a possibilidade de contribuir para o desenvolvimento de sua área de atuação, por meio da produção de conhecimento acerca do tema pesquisado, que será divulgado por meio de artigo(s) científico(s) e em eventos acadêmicos- científicos.

Os dados referentes à sua pessoa serão confidenciais e garantimos o sigilo de sua participação durante toda pesquisa, inclusive na divulgação da mesma. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, pois será analisado em conjunto com os dados dos demais participantes. Você receberá uma cópia desse termo onde tem o nome, telefone e endereço online do pesquisador responsável, para que você possa localizá-lo a qualquer tempo. Pesquisador e instituição envolvida, Mara Rafaelle de Souza Menezes

Rocha pelo telefone \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_ e Hospital de Câncer de Mato Grosso, localizada na Avenida Historiador Rubens de Mendonça, 5500, Bairro Morada da Serra, Cuiabá – MT, CEP 78055-500. Em caso de dúvida sobre questões éticas você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Julio Muller (CEP-HUJM) pelo telefone: 3615-7254.

Considerando os dados acima, **CONFIRMO** estar sendo informado por escrito e verbalmente dos objetivos desta pesquisa.

Eu.....

Idade:..... sexo:..... naturalidade:..... portador(a) do documento RG Nº:..... declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser.

.....

**Assinatura do participante**

.....

**Assinatura do pesquisador principal**

**Testemunha\***.....

\* Testemunha só é exigido caso o participante não possa por algum motivo, assinar o termo.

Cuiabá, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

**Apêndice 3 – Mapas Sombreados**

**Sombreado - Rosa (P1) / Pesquisador (P)**

Linhas	TEMAS						
	Cuidados Paliativos	O Paciente	A Família	Enfermagem e a Prática	Enfermagem e a Formação	A Instituição	Outros
1-2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11-12							
13							
14							
15							
16							
17							
18-19							
20							
21-22							
23-29							
30							
31-32							
33-37							
38-39							
40-43							

43-46							
47-48							
48-50							
51							
52-53							
53-58							
59							
60-62							
63-64							
65-69							
69-70							
70							
70-46							
75							
76							
77-78							
79-83							
84							
85							
86							
87-94							
95-97							
98-105							
105-106							
106-109							
110-111							
112							
113-114							
115-117							
118							
119							
120							
121-132							
133-134							

135-138							
139							
140-141							
141-149							
150-151							
152-158							
159-161							
162-170							
171							
172-174							
174-175							
176							
177-178							
179-180							
181							
182							
183-186							
187							
188-189							

**Sombreado - Margarida (P2) / Pesquisador (P)**

Linhas	TEMAS						
	Cuidados Paliativos	O Paciente	A Família	Enfermagem e a Prática	Enfermagem e a Formação	A Instituição	Outros
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10-11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22-23							
24							
25							
25-29							
29-33							
33-34							
35							
36							
37							

38-40							
40-42							
42-44							
45							
46							
47							
48-49							
50							
51-52							
52-54							
55							
56-57							
58							
59-61							
62							
63-68							
68-71							
72-73							
74							
75							
76							
76-77							
78-79							
80-81							
81-86							
86-89							
89-91							
91-93							
94							
95-103							
103-107							
107-110							
110-113							
114							

115							
116							
117-118							
118-121							
122							
123-137							
138							
139-141							
142-143							
144							
145							
156-151							
152-153							
154-159							
160							
161-164							
164-166							
167							
168							
169							
170-172							
172-179							
180-181							
182-183							
184							
185							
186							
187-188							
188-190							
190-191							
192							
193							
194							
195							

195-196							
196-197							
198-199							
200							
201							
202							
203							
204							
205							
206-210							
210-212							
212-214							
214-223							
224							
225							
226							

**Mapa Sombreado - Hortência (P3) / Pesquisador (P)**

Linhas	TEMAS						
	Cuidados Paliativos	O Paciente	A Família	Enfermagem e a Prática	Enfermagem e a Formação	A Instituição	Outros
1-2							
3-4							
5							
6-7							
8							
9							
9-16							
16-17							
18							
19-37							
38							
39-43							
43-51							
51							
52-53							
54-57							
57-65							
65-75							
75-93							
93-97							
98-99							
100							
101							
102-104							
104-108							
108-111							

111-116							
117-118							
119-132							
132-134							
134-139							
139-141							
141-145							
145-156							
156-160							
160-166							
166-168							
169							
170-179							
179-187							
187-198							
198-201							
202							
203							
204							
205							
205-206							
206-210							
210-225							
225-226							
226-228							
229-230							
231-244							
244-248							
248-251							
251-263							
264							
265-267							

267-276							
277-278							
278							
279-282							
282-287							
287-290							
290-297							
198							
299							
300-301							
302-303							
303-309							
309-301							
313-321							
323-323							
324							
325-330							
330-336							
337							
338-334							
344-359							
359-367							
367-370							
370-372							
372-379							
380							
381							
382							
383							
383-387							
387-392							
392-400							
401-402							
403							

403-408							
408-418							
419-420							
421-437							
438							
439-441							
441-445							
446							
447							
448							
449-450							
450-451							
541-456							
456-458							
459							
460							
461							

**Mapa Sombreado - Cravo (P4) / Pesquisador (P)**

Linhas	TEMAS						
	Cuidados Paliativos	O Paciente	A Família	Enfermagem e a Prática	Enfermagem e a Formação	A Instituição	Outros
1-2							
3-5							
6							
7-8							
8-10							
10-12							
13							
14-18							
18-19							
19-20							
20-21							
22							
23							
24							
25-26							
27-28							
29-38							
39							
40							
41							
42							
43							
44-53							
53-59							
59-63							
64							
65							
65-67							
67-72							

72-75							
76							
77-78							
78-85							
86							
87							
87-90							
91-92							
93							
94-95							
96							
97							
98							
99							
100-107							
108							
109							
110-111							
111-112							
112-114							
115-117							
118-124							
124- 127							
128							
129							
130-131							
132-134							
134-146							
147-148							
149							
150							
151-154							
155							
156							

157							
158							
159							
160-163							
163-165							
166							
167-173							
173-175							
175-182							
182-183							
183-187							
187-188							
189-190							
191							
192							
193							
194-196							
196-198							
198-199							
199-200							
200-204							
205							
206-211							
201-213							
213-217							
207-222							
223-224							
225-232							
332-335							
236-237							
238							
239							
240-247							
248							

249							
250							
251							
253-259							
259-261							
261-271							
272-276							
276-282							
283-284							
285-291							
291-292							
292-298							
299							
300-301							
302							
303-309							
310							
311-312							
313-317							
318							
319-321							
322							
323-326							
326-338							
339							
340							
341-342							
343							

**Mapa Sombreado – Lírio (P5) / Pesquisador (P)**

Linhas	TEMAS						
	Cuidados Paliativos	O Paciente	A Família	Enfermagem e a Prática	Enfermagem e a Formação	A Instituição	Outros
1-2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
8-9							
10							
10-12							
13							
14							
15							
16-17							
17							
17-21							
22							
23							
24							
25-30							
30-32							
33							
34							
35							
36-41							
42							
43-49							
50							
51-52							

52-54							
54-56							
57-58							
59-63							
64							
65-66							
67							
68-71							
71-73							
73-76							
76-78							
78-82							
83-84							
85-86							
87							
88-105							
106-107							
108							
109-111							
111-117							
117-129							
129-131							
132							
133							
134							
135-140							
140-153							
154							
155-158							
159							
160							
160-163							
164							
165-167							

168							
169-170							
171							
172							
173							
174-175							
176							
177							
178							
179-186							
186-190							
190-192							
193							
194-195							
195-198							
199							
200							
201							
202							
203							
204							
205							
206							
206-208							
208							
208-215							
215-216							
216-220							
220-227							
228							
229-234							
233-234							
235-240							
240-243							

244-245							
246							
247-248							
249							
250							
251-255							
256							
257-258							
258-261							
262-263							
264-268							
268-273							
274-275							
276-279							
279-282							
282-283							
284-285							
285-289							
290							
291-292							
293							
294							
295							
296-297							
298							
299-300							
302-307							
308							
309-311							
311							
312							
313							
314							
315-319							

319							
320							
321							
322							
323							
324							
325-326							
326-330							
331							
332-333							
334							
335							
336							
337-349							
349-356							
357							
358							
359							

**Mapa Sombreado - Astromélia (P6) / Pesquisador (P)**

Linhas	TEMAS						
	Cuidados Paliativos	O Paciente	A Família	Enfermagem e a Prática	Enfermagem e a Formação	A Instituição	Outros
1-2							
3							
4							
5							
6							
7-8							
9-10							
11							
12							
13							
14-15							
16							
17							
18-21							
21-25							
25-26							
26-27							
28							
29							
30							
31							
32							
33							
34							
35							
36-38							
39-42							
42-43							

44							
45							
46-47							
48-49							
50							
51-55							
56							
57							
58-60							
61-62							
63							
63-64							
64-65							
66-67							
68-69							
70							
71							
72							
73-75							
76-77							
78							
79-80							
81							
82							
83							
84							
85							
86							
87							
87-89							
90							
91-92							
93							
94-95							

96							
97							
98							
99-101							
102-103							
104							
105							
106-110							
111							
112-113							
114							
115-117							
118							
119-120							
121							
122							
123-125							
126-127							
128-130							
131-133							
134							
135-137							
138-140							
141							
142							
143							
143-144							
145							
146-149							
150							

**Mapa Sombreado -Tulipa (P7) / Pesquisador (P)**

Linhas	TEMAS						
	Cuidados Paliativos	O Paciente	A Família	Enfermagem e a Prática	Enfermagem e a Formação	A Instituição	Outros
1-2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13-14							
15-16							
17							
18							
19							
20-21							
22							
23							
24-29							
30							
31-34							
35-36							
37							
38							
39-40							
40-41							
41-43							

44							
45-51							
51-53							
53-56							
56-62							
62-68							
69							
70							
71							
72							
73							
74							
75-76							
75-80							
80-86							
87-88							
89-93							
93-94							
94-95							
96							
97-101							
101-104							
105							
106-110							
110-112							
112-114							
114-116							
117-118							
119-120							
121-122							
123							
124							
125							
126							

127-131							
131-134							
134-135							
136-138							
139-140							
141-142							
143							
144-149							
149-151							
152							
153							
153-154							
154-156							
158-161							
162-163							
164-168							
168-171							
172							
173-180							
180-182							
182-198							
193							
194							
195-196							
197							
197-199							
200							
201							
202							
203-206							
207							
208-209							
210-211							
212							

213							
214-218							
218-222							
223							
224							
225							
226-228							
229-230							
231							
232							
233-239							
239-242							
242-246							
247-249							
250							
251							
252-253							
254-255							
256							
256-258							
258-259							
260							

**Mapa Sombreado - Iris (P8) / Pesquisador (P)**

Linhas	TEMAS						
	Cuidados Paliativos	O Paciente	A Família	Enfermagem e a Prática	Enfermagem e a Formação	A Instituição	Outros
1-2							
3							
4							
5							

6							
7							
8							
9-12							
13							
14-15							
16							
17-18							
18-19							
20							
21-24							
25							
26-27							
28							
29-34							
35							
36-41							
41-42							
42-45							
46-47							
48							
49							
50							
51-52							
53-56							
56-58							
58-60							
60							
61-62							
62-64							
64-66							
66-69							
70-71							
72-76							

76-79							
79-80							
81							
82							
83							
84-103							
103-105							
150-108							
108-111							
111-113							
113-119							
120							
121							
122							
123-129							
129-132							
133-135							
136							
137							
138							
139							
140-143							
143-144							
144-145							
145-150							
150-151							
151-152							
152-153							
153-165							
165-166							
167-175							
175-177							
178-179							
180-182							

182-184							
184-185							
185-186							
186-189							
189-191							
191-193							
194-200							
200-205							
206-207							
208-212							
212-214							
214-220							
221-222							
223							
224							
225-233							
233-242							
242-244							
245-246							
247-251							
251-253							
254-255							
256-264							
264-269							
269-270							
270-275							
275-276							
276-289							
289-294							
294-297							
298							
299-303							
303-307							
308							

309-311							
312-313							
313-314							
315							
316							
317-321							
322							
323							
324							
325							
326							
327-328							
329							
330-334							
345							

**Mapa Sombreado - Orquídea (P9) / Pesquisador (P)**

Linhas	TEMAS						
	Cuidados Paliativos	O Paciente	A Família	Enfermagem e a Prática	Enfermagem e a Formação	A Instituição	Outros
1-2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9-11							
12							
13-14							
15-16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
27-30							
30-31							
31-32							
33							
34							
34-38							

38-41							
41-43							
44							
45							
46							
47-49							
49-52							
53							
54							
55							
56							
57							
58-59							
59-61							
61-63							
64-65							
66-67							
68							
69							
70-75							
76							
77-84							
85							
86							
87							
88-89							
89-90							
90-91							
92-93							
94							
95							
96-98							
98-102							
102-103							

103-106							
107							
108-112							
112-115							
115-127							
128-129							
130							
131							
132-135							
135-138							
139-143							
144-146							
146-148							
148-150							
150-151							
151-152							
152-153							
154-154							
154-155							
155-164							
164-168							
169-170							
171-173							
174-176							
177-185							
186-187							
188							
189							
190-193							
194							
195							
195-197							
198-199							
200							

201							
202							
202-204							
204-209							
210-211							
212-215							
216							
217							
218-219							
220-221							
222							
223							
224							
225-226							
226-227							
227-229							
230							
231							
232							
233-234							
235							
236-255							
256-257							
258							
259							
260							
260-262							
263-264							
265-273							
274-275							
276-278							
279							
280							
280-283							

284							
285							
285-287							
287-288							
288-292							
292-294							
295							
293-300							
301							
302-303							
303-306							
307							
308							
309-310							
311							
312							
313-320							
321							

## Anexo 1 – Definição da OMS de Cuidados Paliativos (2002)

15/03/2016

WHO | WHO Definition of Palliative Care



World Health  
Organization

### Cancer

#### WHO Definition of Palliative Care

Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual. Palliative care:

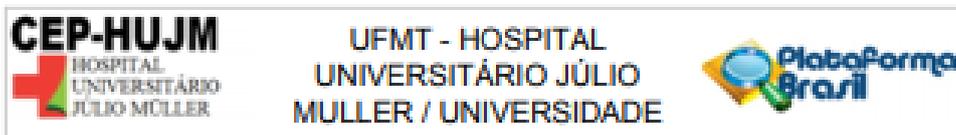
- provides relief from pain and other distressing symptoms;
- affirms life and regards dying as a normal process;
- intends neither to hasten or postpone death;
- integrates the psychological and spiritual aspects of patient care;
- offers a support system to help patients live as actively as possible until death;
- offers a support system to help the family cope during the patients illness and in their own bereavement;
- uses a team approach to address the needs of patients and their families, including bereavement counselling, if indicated;
- will enhance quality of life, and may also positively influence the course of illness;
- is applicable early in the course of illness, in conjunction with other therapies that are intended to prolong life, such as chemotherapy or radiation therapy, and includes those investigations needed to better understand and manage distressing clinical complications.

#### WHO Definition of Palliative Care for Children

Palliative care for children represents a special, albeit closely related field to adult palliative care. WHO's definition of palliative care appropriate for children and their families is as follows; the principles apply to other paediatric chronic disorders (WHO; 1998a):

- Palliative care for children is the active total care of the child's body, mind and spirit, and also involves giving support to the family.
- It begins when illness is diagnosed, and continues regardless of whether or not a child receives treatment directed at the disease.
- Health providers must evaluate and alleviate a child's physical, psychological, and social distress.
- Effective palliative care requires a broad multidisciplinary approach that includes the family and makes use of available community

## Anexo 2 - Parecer Consubstanciado do CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A Compreensão da Equipe de Enfermagem do Hospital de Câncer de Mato Grosso Acerca dos Cuidados Paliativos

**Pesquisador:** Mara Rafaelle de Souza Menezes Rocha

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 65274717.7.0000.5541

**Instituição Proponente:** ASSOCIACAO MATOGROSSENSE DE COMBATE AO CANCER

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.979.539

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CUIABA, 23 de Março de 2017

---

Assinado por:

**SHIRLEY FERREIRA PEREIRA**  
(Coordenador)

**Endereço:** Rua Luis Philippe Pereira Leite s/n  
**Bairro:** Alvorada **CEP:** 78.040-902  
**UF:** MT **Município:** CUIABA  
**Telefone:** (65)3615-7254 **E-mail:** shirleyfp@bol.com.br