

PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM ACERCA DA IMPLEMENTAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS

PERCEPTION OF WORKERS OF NURSING ON THE IMPLEMENTATION OF PALLIATIVE

PERCEPCIÓN DE LOS TRABAJADORES DE ENFERMERÍA SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Tânia Cristina Schäfer Vasques^I
Valéria Lerch Lunardi^{II}
Rosemary Silva da Silveira^{III}
Giovana Calcagno Gomes^{IV}
Wilson Danilo Lunardi Filho^V
Aline Campelo Pintanel^{VI}

RESUMO: Objetivou-se conhecer como trabalhadores de enfermagem que atendem pacientes fora da possibilidade de cura e com risco de morte, percebem a implementação dos cuidados paliativos no seu cotidiano de trabalho. Realizou-se pesquisa qualitativa com 23 trabalhadores de enfermagem de um hospital público do sul do Brasil, no decorrer de 2011, mediante entrevista semiestruturada. Utilizou-se a análise textual discursiva, emergindo duas categorias: - *implementação de cuidados paliativos: decisão de quem?*, evidenciando-se a importância das tomadas de decisões, acerca do cuidado a esses pacientes, envolvendo a equipe de enfermagem, os pacientes e seus familiares; - *implementação dos cuidados paliativos no cotidiano de trabalho*, enfocando os cuidados diários a esses pacientes. Faz-se necessário capacitar e orientar trabalhadores que cuidam de pacientes que necessitem de cuidados paliativos, assegurando melhores condições de qualidade de vida aos trabalhadores e aos pacientes e seus familiares para receberem um cuidado mais especializado nessa fase de finitude de vida.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; futilidade terapêutica; enfermagem; ética.

ABSTRACT: We aimed at learning how nursing workers who care for patients with no healing possibility and life-threatening realize the implementation of palliative care in their daily work. Qualitative research was conducted with 23 nursing workers of a public hospital in southern Brazil, during 2011, through semistructured interview. We used the discursive textual analysis, emerging two categories: - *implementation of palliative care: whose decision?*, highlighting the importance of decision making, regarding the care of these patients, involving the nursing staff, patients and their families; - *implementation of palliative care in daily work*, focusing on the daily care to these patients. It is necessary to train and advise workers who care for patients who require palliative care, ensuring better life quality conditions for the workers and for the patients and their families to receive a more specialized care in this finiteness phase of life.

Keywords: Hospice; futility therapy; nursing; ethics.

RESUMEN: Se objetivó conocer como trabajadores que atienden pacientes sin posibilidad de curación y con riesgo de morir perciben la implementación de los cuidados paliativos en su cotidiano de trabajo. La investigación cualitativa se llevó a cabo con 23 trabajadores de enfermería de un hospital público en el sur de Brasil, en 2011, a través de entrevistas semiestructuradas. Se utilizó el análisis del discurso textual, emergiendo dos categorías: - *aplicación de los cuidados paliativos: ¿decisión de quién?* destacando la importancia de la toma de decisiones respecto al cuidado de estos pacientes, con la participación del personal de enfermería, los pacientes y sus familias; - *aplicación de los cuidados paliativos en el trabajo diario*, centrándose en el cuidado diario de estos pacientes. Es necesario formar y asesorar a los trabajadores que cuidan a los pacientes que requieren cuidados paliativos, lo que garantiza una mejor calidad de vida para los trabajadores y los pacientes y sus familias que reciben una atención más especializada en esta fase de la finitud de la vida.

Palabras clave: Cuidados paliativos; futilidad terapéutica; enfermería; ética.

^IEnfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: taniacristina9@yahoo.com.br

^{II}Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Pesquisadora do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Líder do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: vlunardi@terra.com.br

^{III}Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Pesquisadora do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Líder do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: anacarol@mikrus.com.br

^{IV}Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde da Criança e do Adolescente. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: giovanacalcagno@furg.br

^VEnfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor Associado IV da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Pesquisador do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: lunardifilho@terra.com.br

^{VI}Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde da Criança e do Adolescente. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: acpintanel@hotmail.com

^{VII}Extraído da dissertação *Percepção acerca dos cuidados paliativos e de sua implementação*. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande do Sul, Brasil.

INTRODUÇÃO

Falar em diagnóstico de uma doença sem perspectiva de cura e que ameaça a vida, comumente, remete à sensação de morte^{VII}. A finitude ainda é considerada um dos eventos vitais capazes de suscitar diversos pensamentos dirigidos pelas emoções, seja no ser que está morrendo, seja nos que se encontram em seu entorno, podendo ocorrer o afastamento físico e emocional desse indivíduo, provocando-lhe maior sofrimento e solidão nesse momento particular de sua vida.

Assim, pela necessidade de um cuidado mais específico e humanizado aos pacientes fora da possibilidade de cura e com risco de vida, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1990, definiu cuidados paliativos (CP) como o cuidado ativo e total dos pacientes, cuja enfermidade não responde mais aos tratamentos curativos¹. Em 2002, reformulou essa definição, identificando CP como uma abordagem que promove a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a vida, mediante a prevenção e alívio do sofrimento².

Nos últimos tempos, observa-se uma maior sensibilização, por parte dos profissionais de saúde, principalmente dos enfermeiros, quanto à necessidade de implementação da filosofia dos CP no cuidado a pacientes terminais. Apesar do número de serviços em CP serem escassos, muitos profissionais adotam seus princípios isoladamente, humanizando seu cuidado e, simultaneamente, beneficiando com maior qualidade de vida aos pacientes em seu processo de morrer³.

Assim, diante do exposto, este estudo teve por objetivo conhecer como trabalhadores de enfermagem, que atendem pacientes com essas características, percebem a implementação dos CP no seu cotidiano de trabalho.

REVISÃO DE LITERATURA

Princípios em CP foram definidos pela OMS, podendo ser resumidos como: - promover o alívio da dor e de outros sintomas desconfortáveis ao paciente; - afirmar a vida, considerando o processo de morrer como normal ou natural, sem apressar ou adiar a morte; - integrar aspectos psicológicos e espirituais da assistência ao paciente, oferecendo-lhe apoio para viver tão ativamente quanto for possível até à morte; - oferecer apoio à família durante a doença, procurando atender as suas necessidades e as dos pacientes, incluindo aconselhamento no luto, se indicado; - melhorar a qualidade de vida, podendo influenciar positivamente o curso da doença, sendo aplicável no seu início com outras terapias destinadas para prolongar a vida; e incluir investigações necessárias para compreender melhor e gerir angustiantes complicações clínicas².

Ainda, na relação entre profissional e paciente, o estar junto com a pessoa em desconforto e buscar meios para auxiliá-la torna-se uma experiência gratificante. Ao se dedicar a esse cuidado, o trabalhador poderá sofrer, ao vivenciar o sofrimento do outro; contudo, poderá aprender a priorizar o que é essencial na vida, respeitando ainda mais a condição humana, tão frágil e finita, acrescentando-se o fato de poder compartilhar, com os demais membros da equipe, habilidades e experiências únicas⁴.

Nas unidades que praticam CP, é preconizado que esse cuidado seja efetuado por uma equipe multidisciplinar, que trabalhe em conjunto, permitindo uma visão ampliada da situação do paciente e um melhor planejamento dos cuidados. Assim, geralmente envolve médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionista e um conselheiro espiritual, incluindo-se a família também⁵.

Entretanto, segundo a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), em 2011, o Brasil contava apenas com 64 locais com serviços de dor e CP; desses, 43 na Região Sudeste; a Região Sul e Nordeste, com nove serviços em cada e dois serviços em cada uma das demais regiões do país⁶. Apesar dessas iniciativas, no Brasil, ainda há entraves a serem transpostos para sua consolidação, como o difícil acesso aos serviços de assistência, falhas nas diretrizes das políticas de saúde, deficiências na formação profissional e o desconhecimento dessa temática pela população em geral⁷.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, qualitativo, que pretende oportunizar uma maior compreensão sobre a implementação dos CP, bem como a reconstrução de conhecimentos já existentes⁸.

O estudo foi desenvolvido em um hospital público com 183 leitos, localizado no extremo sul do Brasil. Considerando que essa instituição não possui uma unidade de CP, os dados foram colhidos em uma unidade de clínica médica (UCM), que dispõe de 49 leitos, disponibilizados para atender um número expressivo de pacientes crônicos e muitos sem perspectiva de cura com risco de vida, decorrentes de diagnósticos do vírus da imunodeficiência humana (HIV), neoplasias, cardiopatias, endocrinopatias, pneumopatias, entre outras. Nela, atua uma equipe de enfermagem composta por oito enfermeiros, 33 trabalhadores de nível médio (17 auxiliares de enfermagem e 16 técnicos de enfermagem), além de substitutos de folga.

A coleta dos dados ocorreu em 2011, mediante entrevistas semiestruturadas, gravadas, com duração média de 25 minutos, orientadas por um roteiro. Inicialmente, abordou-se uma caracterização dos sujei-

tos e, a seguir, o cuidado com pacientes fora de possibilidade de cura e com risco de morte, suas necessidades, processo de decisão, implementação dos cuidados e sentimentos do trabalhador. Aos entrevistados que manifestaram desconhecimento do significado de CP, foi apresentado um conceito de CP², logo após prosseguia-se a entrevista.

Foram sujeitos deste estudo, 23 trabalhadores de enfermagem, ou seja, seis enfermeiros, seis técnicos de enfermagem e 11 auxiliares de enfermagem, identificados como: enfermeira (E), auxiliar de enfermagem (AE) e técnico de enfermagem (TE), seguidos de um número de ordenação das entrevistas. Como critérios de inclusão, selecionaram-se trabalhadores que atuassem na UCM por um período superior a seis meses e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os sujeitos apresentavam as seguintes características: suas idades variavam de 28 a 64 anos, com tempo de formação entre 5 e 30 anos e o tempo de atuação na referida unidade entre 2 e 19 anos. Todos os respondentes referiram não ter recebido qualquer orientação anterior quanto ao tema CP.

Os dados foram submetidos à análise textual discursiva⁸, mediante sua leitura rigorosa e aprofundada, ocorrendo sua desconstrução, destacando-se as unidades de análise. Em seguida, estabeleceram-se relações entre as unidades de análise, agrupadas por similaridade, originando duas categorias: *A implementação de cuidados paliativos: decisão de quem?*; *Implementação dos cuidados paliativos no cotidiano de trabalho*. Como última etapa da análise, ocorreu a descrição e interpretação dos significados obtidos a partir do texto, por meio dos significados construídos⁸.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (Parecer nº 43/2011).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Implementação de cuidados paliativos: decisão de quem?

Os CP ainda são uma especialidade desconhecida na sociedade em geral e por muitos trabalhadores entrevistados; todavia, após a apresentação de uma definição de CP, e o que era priorizado na assistência, muitos reconheceram que efetuavam alguns cuidados preconizados em CP, apesar do desconhecimento de sua denominação.

Assim, trabalhadores de enfermagem percebem que CP são implementados no seu cotidiano de trabalho, especialmente, a partir de uma prévia avaliação diária desses pacientes pela enfermeira, o que se constitui em importante ferramenta na identificação das necessidades dos pacientes com diagnósticos sem perspectiva de cura. Eis um depoimento:

[...] é no dia a dia e visitando cada paciente para saber, porque são necessidades específicas, então, cada paciente tem suas particularidades... Eu consigo avaliar conversando todo dia com ele, vendo o que a gente pode fazer para melhorar... Ah! Pelo menos, tendo um pouco de qualidade dentro do ambiente hospitalar e isso a gente faz dentro das visitas mesmo [...] (E1).

Essa atenção diária faz com que os profissionais envolvidos no cuidado possam entender as dimensões complexas do ser: o escutar, o perceber e o compreender, reconhecidas como imprescindíveis a fim de identificar suas reais necessidades para, assim, planejar ações paliativas⁹.

A progressão da doença, com a decorrente debilitação do estado físico do paciente, justifica a necessidade de sua avaliação sistemática e contínua, com uma visão abrangente e integral, para identificar precocemente possíveis agravos mais complexos e incapacidades que possam prejudicar o exercício de sua autonomia para, assim, poder proporcionar melhores escolhas participativas sobre o seu cuidado. Especialmente em unidades que não tenham um serviço de CP implementado, a enfermeira como administradora global da assistência em saúde¹⁰ pode e deve utilizar a visita diária para subsidiar-se, junto aos doentes com diagnósticos sem perspectiva de cura e aos seus familiares, quanto à tomada de decisões relacionadas ao cuidado. A efetividade do CP embasa-se também no grau de participação do ser assistido e de sua família na tomada de decisão¹¹.

O cuidado de enfermagem aos pacientes fora da possibilidade de cura e com risco de morte, deve abranger também a assistência aos seus familiares. Esses vivenciam um momento permeado por medo, incertezas, angústias e insegurança e, apesar das suas necessidades, nem sempre são devidamente apoiados em relação a suas fragilidades e orientados acerca dos cuidados a serem prestados, os quais são assumidos exclusivamente pelos trabalhadores de enfermagem. Segue um dos relatos:

[...] tem famílias que interagem... Tem outros que não [...], que ficam meio que chocados, assim... [...] Eu respeito sempre, [...] se quer participar eu deixo... Se não quer, eu vou lá e faço... Eu procuro sempre adaptar [...] (AE8).

Na visão de alguns desses trabalhadores, é importante respeitar a autonomia dos pacientes e familiares, o que implica habilitá-los a superar o senso de dependência, participando das ações de cuidado e da tomada de decisão acerca dos cuidados que serão realizados. É o que expõem os sujeitos:

[...] pacientes e seus familiares participam nesses cuidados... Geralmente, tu tens a sensibilidade de não passar por cima do familiar... Eu respeito [...] (AE3)

[...] tem um familiar... Ele é dez com ela (paciente). E eles dão opinião... Eu acho até válido isso... quando

ocorre alguma solicitação quanto a horários de preferência dos procedimentos, costume aderir. (AE9)

Os trabalhadores de enfermagem podem contribuir, promovendo ações de CP, capacitando os pacientes e familiares para o exercício de sua autonomia e, quando possível, permitindo que os familiares prestem os cuidados mais íntimos, como higiene pessoal, oral, troca de fraldas e mobilização dos pacientes no leito, entre outros. O fato dos familiares assumirem a realização dos CP não os isenta de vivenciarem aflições e conflitos e, pode, a longo prazo, fragilizá-los, ocasionando prejuízos tanto a sua saúde quanto a sua qualidade de vida¹², dificultando assim, sua participação no processo de cuidar desse paciente¹³. Para tanto, é essencial, também, fornecer suporte aos familiares, instrumentalizando-os com informações sobre o que pode ocorrer no decurso da doença e, capacitando-os para que participem das tomadas de decisões acerca da implementação dos CP necessários, buscando respeitar suas crenças e valores individuais¹⁴. Salienta-se, ainda, que os trabalhadores de enfermagem precisam conhecer as reais necessidades das famílias, no intuito de auxiliá-los a estabelecer soluções para os problemas que vão surgindo com o decorrer do progresso da doença¹³.

Logo, o trabalhador de enfermagem possui um papel importante, respeitando e estimulando tal participação, atento à experiência e ao preparo desse familiar para o cuidado. Nessa relação de proximidade, mostra-se oportuna uma conversa aberta, reforçando as vantagens dessa participação também nas decisões quanto aos cuidados a serem prestados¹⁵. No entanto, na percepção dos entrevistados, geralmente os médicos parecem assumir, sem a participação do paciente, de seus familiares e dos demais profissionais da equipe, o processo de decisão acerca do tratamento e dos cuidados a serem dispensados ao paciente fora de possibilidade de cura e com risco de vida¹⁶, conforme repetiram diferentes sujeitos:

[...] é uma coisa que o médico estabelece. (AE5)

[...] ocorre a discussão da equipe médica e eles repassam para as enfermeiras e elas passam a decisão para os técnicos. (TE7)

[...] seria muito bom, se essa decisão fosse compartilhada com a enfermagem. (E9)

Alguns profissionais da enfermagem, geralmente enfermeiros, questionam condutas que não consideram benéficas aos pacientes:

[...] eu questiono o porquê a gente vai ter aquela conduta... Às vezes, o questionamento é aceito e é discutido com o preceptor... porque a gente trabalha com os residentes... Então, a conduta muitas vezes, não é do residente. É do preceptor. (E21)

A implementação de CP exige que os profissionais de saúde reconheçam sua responsabilidade pela

articulação das relações na tríade profissionais, família, paciente, a fim de garantir o exercício da autonomia do paciente frente a sua condição de impossibilidade de cura¹⁷. À medida que essa autonomia não é respeitada, o profissional, numa atitude paternalista, pode estar tentando proteger o paciente e seu familiar do conhecimento do prognóstico, negando, entretanto, a individualização do cuidado, a condição do doente como sujeito, refletindo-se em obstáculos à operacionalização dos CP.

Um diálogo franco e aberto, com o paciente e seu familiar, é necessário, a fim de conhecer suas preferências e, assim, respeitá-las, bem como o trabalho em equipe, de modo a tornar seu atendimento mais adequado, favorecendo a tomada de decisões importantes relacionadas ao tratamento, a possibilidade da indicação de CP, evitando a sujeição de pacientes a futilidade terapêutica¹⁶.

A relação paciente-cuidador formal¹⁷ deve se embasar num cuidado ético, de permanente respeito e consideração ao ser objeto e, simultaneamente, sujeito do cuidado. No entanto, a responsabilidade da decisão acerca da melhor conduta a ser adotada, a partir do conhecimento do diagnóstico, pode desencadear um sofrimento ainda maior a esses pacientes e seus familiares, com possível diminuição da sua qualidade de vida, apesar da sua condição de sujeito estar sendo assegurada. Em relação a esse aspecto, o enfermeiro tem buscado afirmar seu espaço, procurando destacar-se na produção de conhecimento científico relacionado ao cuidado, de modo a ampliar a autonomia profissional do enfermeiro e da equipe de enfermagem e fornecer o suporte necessário à sistematização da assistência de enfermagem e às ações no cotidiano de trabalho¹⁸, especialmente as referentes a tomadas de decisão que extrapolam a dimensão do trabalho da enfermagem.

Implementação dos cuidados paliativos no cotidiano de trabalho

A enfermagem domina a arte do cuidar, sob a visão de uma ampla compreensão da vida, vislumbrando o desenvolvimento, de forma autônoma ou em equipe, de atividades de promoção e proteção da saúde e prevenção e recuperação de doenças¹⁹. Entretanto, quando não é mais possível a cura de um paciente, que evolui para um processo de morte, vivenciando, de forma direta e ininterrupta, dor, sofrimento, desespero, incompreensão, irritabilidade e outros sentimentos¹⁹, os profissionais de enfermagem necessitam estar preparados para o enfrentamento da situação de morte iminente, para estabelecer ações e estratégias que minimizem o sofrimento e proporcionem um morrer com dignidade²⁰.

Percebeu-se que os trabalhadores com maior tempo de experiência na UCM parecem ter mais fa-

cidade para evidenciar as necessidades dos pacientes com impossibilidade de cura, pois esse reconhecimento lhes exige um olhar atento. Assim, enfatizam que é fundamental implementar a realização de cuidados, especialmente, relacionados ao:

[...] *controle da dor* [...]. (E1)

A dor física representa um dos maiores medos e dificuldades enfrentadas pelo paciente fora da possibilidade de cura e com risco de vida²¹. Apesar do controle da dor ser uma prioridade nos cuidados básicos de enfermagem, em CP, é relevante que os trabalhadores resgatem sua sensibilidade e mostrem-se disponíveis para evidenciar necessidades diante do sofrimento dos pacientes sem possibilidade de cura e com risco de vida, abrangendo, além do controle da dor, aspectos físicos, mentais, sociais e espirituais. Os CP, ainda, possuem, como bases fundamentais, o alívio da dor e de outros sintomas e não prioritariamente o possível encurtamento ou prolongamento do processo de morrer²².

É essencial a participação da equipe multiprofissional, que atenda as necessidades analgésicas do ser em CP, com o intuito de humanizar ao máximo o momento de morte²². Torna-se imprescindível que tais profissionais de saúde saibam como controlar a dor de pacientes com câncer avançado, por exemplo, que reajam contra mitos e conceitos, principalmente, sobre as drogas disponíveis, mantendo-se atualizados²³, o que requer permanente qualificação profissional.

Destaca-se a opção da sedação paliativa, autorizada pelo paciente ou por seu familiar, que reduz o nível de consciência do paciente, tendo por objetivo aliviar sintomas decorrentes da doença de base em seu estágio avançado²⁴. A cirurgia paliativa pode ocorrer, também, com a intenção de proporcionar alívio da dor e de outros sintomas, ou para facilitar outras formas de tratamento, sem o intuito de atingir a cura definitiva²⁵.

Cabe considerar que, em CP, se deve utilizar outras medidas não farmacológicas relevantes à manutenção da qualidade de vida do paciente, como massagens terapêuticas, mudanças de decúbito, para evitar possíveis escaras. Salienta-se, ainda, a utilização da administração de medicamentos parenterais analgésicos por via subcutânea, hipodermóclise, causando um menor sofrimento a esses pacientes, cujas veias comumente estão colapsadas, finas e frágeis, rompendo-se facilmente²⁶.

Os trabalhadores referiram a implementação de outros cuidados básicos de enfermagem identificados também como CP, tais como:

Higiene [...] (TE4)

Mudança de decúbito [...] (E1)

Conforto. (AE3)

Assim, CP envolvem a minimização de sintomas, com ausência de função curativa, buscando a

preservação da qualidade de vida do indivíduo, enfocando a promoção de seu conforto, higiene, integridade cutâneo-mucosa e analgesia, observando-se, também, a necessidade de diminuição de sofrimento²⁷. Em se tratando de CP, essas ações são priorizadas, realizadas atentamente, visando identificar agravos mais complexos à integridade física dos mais vulneráveis. Com o avanço da doença, o paciente torna-se, progressivamente, mais dependente, podendo requerer cuidados como banho, higiene do couro cabeludo, oral e íntima, transferência e mobilização no leito e higiene do ambiente, entre outros, visualizando seu conforto físico e a preservação da sua dignidade²⁸.

Ressalta-se, ainda, que uma das maiores gratificações, ao se trabalhar com paciente terminal, é auxiliá-lo a se sentir mais confortável, sem aparelhos ou grandes tecnologias, apenas utilizando a mente, o coração e as mãos³, o que foi observado na fala a seguir:

[...] *atenção... parar para tocar um paciente...* (TE7)

Desse modo, a valorização do cuidado emocional pode promover conforto e bem-estar, tanto do paciente como do familiar, proporcionando-lhes a minimização do sofrimento nos momentos finais da vida do ser assistido²⁹. Assim, o parar para tocar o paciente, de forma terapêutica, pode proporcionar um conforto maior a esse paciente e seu familiar, que poderão se sentir solitários e inseguros, no decorrer do enfrentamento do diagnóstico de uma doença sem perspectiva de cura.

Destaca-se, ainda, que alguns entrevistados, apesar de considerarem importante a utilização dos CP, manifestaram dificuldades no seu cotidiano de trabalho para implementar tais cuidados:

[...] *a gente fica com muitos pacientes. Não é possível ficar do lado cuidando...* (AE5)

[...] *porque tem muitos pacientes para atender...* (AE2)

Dessa forma, os trabalhadores de enfermagem referem sua sobrecarga, tanto física quanto emocional, salientando aspectos quantitativos do trabalho, como carga horária, excesso de pacientes sob sua responsabilidade e o estado de saúde de cada paciente. Ainda, destacam a questão qualitativa, associada ao contato direto com sofrimento e morte como contribuintes para sua exaustão e má atuação profissional³⁰.

CONCLUSÃO

Neste estudo, evidenciou-se a importância das visitas diárias das enfermeiras aos pacientes fora da possibilidade de cura e com risco de morte, a fim de conhecer e avaliar a evolução de suas necessidades tanto físicas quanto emocionais, sociais e espirituais, de modo a planejar e lhes implementar um cuidado atento e específico. Para tanto, mostrou-se necessá-

rio o desenvolvimento, por parte dos trabalhadores de enfermagem, de uma escuta atenta, no intuito de auxiliar esses pacientes e também seus familiares nesse processo de finitude.

A decisão conjunta acerca dos cuidados a serem implementados em situações de impossibilidade de cura foi destacada, com ênfase a uma maior abertura do médico para a discussão com a equipe de enfermagem, os pacientes e seus familiares. Dessa forma, com um poder maior do enfermeiro e de toda a equipe de enfermagem, assim como dos pacientes e de seus familiares, ocorrerá uma maior autonomia para enfrentar as tomadas de decisões acerca do cuidado desses pacientes, que também serão beneficiados.

A implementação de CP é efetuada por alguns trabalhadores, principalmente, os referentes ao cuidado na dor, higiene e conforto, apesar do desconhecimento dessa terminologia, o que demonstra a necessidade permanente de capacitação, especialmente a partir da problematização das dificuldades vivenciadas quanto à terminalidade no ambiente de trabalho, como o preconizado pela educação permanente. Destaca-se a relevância de se dirigir uma atenção maior à família nesse processo de morte, ofertando cuidado, apoio e orientações para seu fortalecimento no cuidado de seus familiares doentes.

A principal limitação deste estudo, decorre da coleta de dados não ter sido efetuada em uma unidade de CP, pela sua inexistência tanto na instituição quanto no município. Recomenda-se, portanto, que os trabalhadores da saúde, especialmente os de enfermagem, que cuidam continuamente de pacientes fora de possibilidade de cura, sejam reconhecidos, investindo-se em sua capacitação para o cuidado na terminalidade e em CP, de modo a lhes garantir maior qualidade de vida no trabalho, assim como uma maior qualidade no cuidado oferecida aos pacientes e seus familiares, nessa fase de finitude de vida.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Cancer pain palliative care: Report of a WHO Expert Committee, TB 804; 1990.
2. World Health Organization (WHO). Who definition of palliative care [Internet]. 2012. [citado em 18 abr 2012] Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
3. Araújo MMT. Quando uma palavra de carinho conforta mais que um medicamento: necessidades e expectativas de pacientes sob cuidados paliativos [dissertação de mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2006.
4. Pessini L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. In: Pessini L, Bertachini L, organizadores. Humanização e cuidados paliativos. 4ª ed. São Paulo: Edições Loyola; 2009. p.181-204.
5. McCoughlan M. A necessidade de cuidados paliativos. In: Pessini L, Bertachini L, organizadores. Humanização e cuidados paliativos. 4ª ed. São Paulo: Edições Loyola; 2009. p.167-79.
6. Associação Brasileira de Cuidados Paliativos. O que é a ABCP? [Internet]. 2011. [citado em 8 ago 2011]. Disponível em: <http://abcpaliativos.wordpress.com>.
7. Maciel MGS. Organização de serviços de cuidados paliativos: manual de cuidados paliativos Rio de Janeiro: Diagraphic; 2009. p. 72-85.
8. Moraes R, Galiazi MC. Análise textual discursiva. 2ª ed. revisada. Ijuí (RS): Ed. Unijuí; 2011.
9. Araújo MMT, Silva MJP. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. Rev esc enferm USP. 2007; 41:668-74.
10. Lunardi Filho WD. O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem a medicina. Florianópolis (SC): Editoras Universitárias UFSC/UFPeL; 2000.
11. Silva MM, Moreira MC. Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros. Acta Paul Enferm. 2011; 24:172-8.
12. Stuart B. The nature of heart failure as a challenge to the integration of palliative care services. Curr Opin Support Palliat Care. 2007; 1:249-54.
13. Nunes MGS, Rodrigues BMRD. Tratamento paliativo: perspectiva da família. Rev enferm UERJ. 2012; 20:338-43.
14. Bekelman DB, Hutt E, Masoudi F, Kutner JS, Rumsfeld JS. Defining the role of palliative care in older adults with heart failure. Int J Cardiol. 2008; 125:183-90.
15. Oliveira AC, Silva MJP. Autonomia em cuidados paliativos: conceitos e percepções de uma equipe de saúde. Acta Paul Enferm. 2010; 23:212-7.
16. Menezes RA. Etnografia de um hospital de cuidados paliativos. Tanatologia e subjetividades. Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Tanatologia e Subjetividades da Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2006; 1:1. [online] [citado em 2 jan 2013]. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/editora/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=284&sid=48>.
17. Oliveira AC, Sá L, Silva MJP. O posicionamento do enfermeiro frente à autonomia do paciente terminal. Rev Bras Enferm. 2007; 60:286-90.
18. Tessmann M, Romagna I, Ceretta LB, Santos RM dos, Zanini MT, Correia SM. Autonomia profissional: um estudo de caso comparativo entre a percepção de um enfermeiro da rede pública versus rede hospitalar. Trabalho & Educação. 2011; 20:11-8.
19. Salomé GM, Martins MFMS, Espósito VHC. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de emergência. Rev Bras Enferm. 2009; 62:856-62.
20. Santana JC B, Barbosa NS, Dutra BS. Representatividade dos cuidados paliativos aos pacientes terminais para o enfermeiro. Enfermagem Revista. 2011; 20(2). [citado 15 jan 2012]. Disponível em: <http://www.portal.fae.ufmg.br/ceer/index.php/trabedu/article/view/600>.
21. Araújo D, Linch GFC. Cuidados paliativos oncológicos: tendências da produção científica. Revista da Enfermagem da UFSM. 2011; 1:238-45.
22. Salamonde GLF, Verçosa N, Barrucand L, Costa AFC. Análise clínica e terapêutica dos pacientes oncológicos atendidos no programa de dor e cuidados paliativos do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho no ano de 2003. Rev Bras Anestesiol. 2006; 56:602-18.
23. Ministério da Saúde (Br). Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor. Rio de

- Janeiro: INCA; 2001.
24. Ferreira SP. Sedação paliativa. In: Oliveira RA, coordenador. Cuidados Paliativos. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2008. p. 355-61. [citado em 08 out 2012]. Disponível em: www.saude.sp.gov.br/.../livro_cuidado_paliativo_crm_31_8_09.pdf.
25. Alcântara PSM. Cirurgia plástica. In: Oliveira RA, coordenador. Cuidados paliativos. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2008. p.309-36. [citado em 08 out 2012]. Disponível em: www.saude.sp.gov.br/.../livro_cuidado_paliativo_crm_31_8_09.pdf.
26. Pereira I. Hipodermóclise. In: Oliveira RA, coordenador. Cuidados paliativos. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2008. p. 259-72. [citado em 08 out. 2012]. Disponível em: www.saude.sp.gov.br/.../livro_cuidado_paliativo_crm_31_8_09.pdf.
27. Ministério da Saúde (Br). Instituto Nacional de Câncer- INCA. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 3ª ed. atual. amp. Rio de Janeiro: INCA; 2008.
28. Pereira I, Sera CTN, Caromano FA. Higiene e conforto. In: Oliveira RA, coordenador. Cuidados paliativos. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2008. p.195-20. [citado em 08 out 2012]. Disponível em: www.saude.sp.gov.br/.../livro_cuidado_paliativo_crm_31_8_09.pdf.
29. Pimenta CAM. Cuidados paliativos: uma nova especialidade do trabalho da enfermagem? Acta Paul Enferm. [online]. 2010 [citado em 08 jan 2012]; 23(3):5-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000300001
30. Batista PMPMM. *Stress e coping* nos enfermeiros dos cuidados paliativos em oncologia. [dissertação de mestrado]. Porto (Por): Universidade do Porto; 2008.

