

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ-
FACENE/RN

FLÁVIA SONÁRIA DA SILVA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES FORA DE POSSIBILIDADES
DE CURA**

MOSSORÓ
2013

FLÁVIA SONÁRIA DA SILVA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES FORA DE POSSIBILIDADES
DE CURA**

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADOR: Prof. Esp. Lucidio Clebeson de Oliveira.

MOSSORÓ
2013

FLÁVIA SONÁRIA DA SILVA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES FORA DE POSSIBILIDADES
DE CURA**

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró pela aluna Flávia Sonária da Silva, como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, tendo obtido o conceito _____, conforme a apreciação da Banca examinadora constituída pelos professores:

Aprovado (a) em: ____ de _____ de 2013.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Esp. Lucidio Clebeson de Oliveira (FACENE/RN)
Orientador

Prof^a. Esp. Ana Cristina Arrais (FACENE/RN)
Membro

Prof^o. MS. Thiago Enggle de Araújo Alves (FACENE/RN)
Membro

A Deus, por ter me dado forças para realizar esse sonho, a minha família por ter me apoiado nos momentos mais difíceis e em especial a minha amada MÃE, por ter me mostrado que, embora as adversidades da vida tentem nos derrubar, DEUS se faz de escudo para que possamos seguir em frente.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer a DEUS por me ajudar a chegar aonde cheguei, por não permitir que na etapa final a dor me fizesse desistir de um sonho. Obrigada, Senhor, por me fazer forte diante das adversidades da vida, pois foi através do seu infinito amor que consegui forças para levantar a cabeça e seguir em frente.

Ao meu pai, por me dar uma oportunidade de realizar meu sonho. Aos meus irmãos Vera, Kleber, Raimundo e Abraão; obrigada por fazerem parte da minha vida por me ajudarem de forma direta, sou e sempre serei grata por tudo que vocês fizeram e fazem por mim, obrigada, por na ausência de nossa mãe vocês se dedicarem por completo, me amarem mais do que nunca, por se tornarem mais que irmãos para mim, meu amor por vocês torna-se infinito a cada dia que passa. Meus lindos e amados sobrinhos Samara, Isabel, Iasmim e Ismael, amo muito vocês, meus anjos vocês fazem parte da minha vitória e são essenciais para minha vida.

O meu maior agradecimento vai para uma pessoa que foi, é e sempre será um exemplo de vida e um exemplo de mulher, é a pessoa que eu amei, amo e sempre amarei, dedico à senhora, minha mãezinha, que hoje infelizmente não se faz mais presente fisicamente entre nós, mas espiritualmente está guiando cada um de nós para o caminho da felicidade. Minha rainha, se hoje eu cheguei até aqui devo tudo à senhora, se não desisti, foi porque a senhora me pediu, se não cansei de lutar, foi porque me inspirei na senhora que mesmo com tantos motivos para desistir, lutou até o final, a senhora foi e sempre será a minha maior fonte de inspiração e de admiração. Infelizmente, hoje não tenho mais a sua presença física ao meu lado, mas pelos caminhos onde andar, terei a senhora em meu coração. És o meu amor eterno, te amo MÃE.

À professora Michelline Maciel, obrigada pelas oportunidades, por acreditar em mim e por sempre está ao meu lado, te levarei para sempre em meu coração, que Deus a abençoe.

À professora Ivone Borges, obrigada pela ajuda que nos deu, por se colocar disponível a qualquer hora, por ter oferecido um ombro amigo no momento em que eu mais precisei, te agradeço de coração por cada palavra dita e por cada abraço verdadeiro. Que Deus continue te abençoando, gosto muito de ti.

À professora Patrícia Helena, minha querida, obrigada pelos conselhos, pela disponibilização do seu tempo, pelo ombro amigo, pelos abraços, enfim, obrigada por tudo que você fez por mim, não tenho palavras para agradecer. Tenho um enorme carinho por você, que Deus lhe abençoe hoje e sempre.

Ao membro da minha banca, professor Thiago Enggle, obrigada por aceitar fazer parte do meu trabalho, você não é só o meu professor, é um amigo que eu respeito, admiro e gosto muito. Agradeço por ter me ajudado quando eu mais precisei, você é uma pessoa especial pra mim.

Ao membro da minha banca, professora Ana Cristina, gostaria de agradecer por você ter aceitado fazer parte da construção do meu trabalho. Aninha te agradeço de coração por suas palavras, por você estar do meu lado quando eu mais precisei, como eu te falei antes e continuarei falando sempre, você é uma pessoa muito especial pra mim. Que Deus continue lhe iluminando, adoro-lhe muito.

Ao meu querido orientador, professor Lucidio Clebeson, obrigada por aceitar ser meu orientador. Agradeço-te pela paciência que teve comigo, por me apoiar nos momentos difíceis, por sempre me falar palavra animadoras, por ao invés de me repreender me passar tranquilidade falando que iria dar tudo certo. Só tenho a te agradecer por essa conquista, que Deus te abençoe hoje e sempre.

Dona Ângela, obrigada por me ajudar nos momentos em que precisei. Que Deus continue iluminando seus caminhos.

Aos meus queridos e amados professores da FACENE/RN que com paciência me ajudaram e me deram um ombro amigo; Tatiana Oliveira, Fausto Pierdona, Verusa Duarte, Wesley Adson, Thibério Castelo, Samara, Raquel Mirtes, Joseline, Karla Cartaxo, Rafael Soares, Gisele Santos, Cássia Guerra, Ananka.

Eguimara (Guigui), fomos inseparáveis nesses quatro anos de faculdade e tenho certeza de que nossa amizade continuará, levarei seu carinho e sua atenção para sempre em meu coração. Marcilene e Leyla, obrigada pelo carinho e pela ajuda que me deram, por se disponibilizarem para ajudar a mim e a minha mãe. Que Deus abençoe vocês. Franciêda, obrigada pelas palavras. Liz, meu amor, obrigada pelo carinho que você tem por mim, saiba que tudo isso é recíproco e nossa amizade será para sempre. Priscila, obrigada pelas inúmeras vezes que vocês me ajudou, que Deus continue te abençoando. Elianna, Fernanda Lima, Natália, Bruno, Camila, Jackson, Elizabeth, Debora, Mikaele, Ivo, Paula, Fernanda, Isabel, Railda, Ednaldo, Dayara, Francisca, Fredyana, Patricia e Fabrícia, agradeço a todos vocês por se

colocarem à disposição, obrigada pelas orações, pela força e pela ajuda que deram para mim e para minha mãezinha, só Deus para retribuir tudo o que vocês fizeram por nós. Levarei vocês para sempre em meu coração, amo todos vocês.

Aos funcionários da Facene, Raimundo, Vanessa, Gabriela, Maria José, Natalia, Leidivan, Ligia, Alizangela, Priscila, Maycon, Deyse e Elan; o meu agradecimento eterno.

A minha preceptora e amiga Amanda Morais, obrigada pelo carinho, pela atenção e por acreditar que sou capaz, que Deus continue abençoando e iluminando seus caminhos, serei sempre grata a você.

As minhas amigas e preceptoras Lisandra Mende e Renata Góes obrigado por contribuírem para o meu crescimento. Adoro vocês, que Deus as abençoe hoje e sempre.

À Família FACENE/RN obrigado por tudo!

Meu Muito Obrigada.

RESUMO

A realização de cuidado paliativo envolve um cuidar diferenciado, que tem como objetivo promover a manutenção da qualidade de vida, o conforto do paciente e a dignidade humana diante de seu sofrimento. Os cuidados paliativos são assistências prestadas a pacientes fora de possibilidades de cura para obter uma qualidade de vida digna cujo curar passa a dar espaço para o cuidar. Embora a cura desses pacientes não seja possível, o cuidado de enfermagem torna-se essencial para amenizar os sintomas e proporcionar um conforto adequado. A humanização voltada para pacientes fora de possibilidades de cura busca acima de tudo minimizar o seu sofrimento e garantir um conforto satisfatório, proporcionando uma melhor qualidade de vida aos seus dias. Para isso, o objetivo do trabalho consistiu-se em analisar como se dá a assistência de enfermagem a pacientes fora de possibilidades de cura. Trata-se de uma pesquisa exploratória, de caráter descritivo e abordagem qualitativa, realizada no Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRTVM), especificamente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) composta por 09 profissionais de enfermagem (6 técnicos de enfermagem e 3 enfermeiros). Os dados foram coletados através de um roteiro de entrevista semiestruturado, contendo perguntas abertas e fechadas, analisada através da análise de conteúdo proposta por Bardin. Em relação aos aspectos éticos, por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, o trabalho foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE/FAMENE e aprovado sob o protocolo n°. 206/13/13 e CAAE: 20854513.3.0000.5179. A assistência prestada aos pacientes objetiva atender suas necessidades frente a uma patologia instalada, buscando em sua maior totalidade proporcionar um atendimento respeitoso e humanizado, sem que haja desrespeito à vida. Lamentavelmente, vemos entraves para a implantação de uma assistência humanizada que busca ir além da administração de medicações e do uso tecnológico, o que implica em maiores dificuldades para a superação desses. Os profissionais que lidam com esses pacientes devem ter uma capacitação ou pelo menos uma noção do cuidado apropriado para eles, pois o grau de cuidados necessários não se dá com tecnologias avançadas, e sim com o contato e o cuidado adequado. Com base no que foi exposto, podemos observar a necessidade de aperfeiçoamento no cuidar, visto que há um conhecimento por parte dos entrevistados, porém, não há a prática. No entanto, o intuito maior reside em buscar orientar os profissionais de enfermagem para que os mesmos possam refletir sobre o dia a dia de suas práticas cotidianas em saúde.

Palavras-chave – Enfermagem. Cuidados Paliativos. Pacientes Fora de Possibilidade de Cura.

ABSTRACT

Performing palliative care involves a differentiated care, which aims to promote the maintenance of quality of life, patient comfort and dignity facing his/her suffering. Palliative care is the assistance provided to patients outside of healing possibilities for a worthy quality of life in which healing gives room for carrying. Humanization focused on patients out of healing possibilities seeks above all to minimize their suffering and a satisfactory comfort, providing a better quality of life to their days. For this, the aim of this work consisted in analyzing how the nursing care to patients outside of healing possibilities takes place. This is a descriptive and exploratory research with qualitative approach Held at the Tarcisio de Vasconcelos Maia Regional Hospital(TVMRH), specifically in the Intensive Care Unit (ICU) composed of 09 nursing professionals (6 nursing technicians and 3 nurses). Data were collected using a semi-structured interview script, with open and closed questions, analyzed through content analysis proposed by Bardin. Regarding ethical issues, since this is a research involving human subjects, this work was submitted to the Ethics Committee in Research of FACENE/FAMENE and approved under protocol nº 206/13/13 and CAAE: 20854513.3.0000.5179. The assistance given to the patients aimed at meeting their needs against an installed pathology, searching mostly for providing a respectful and humane care, without any disrespect for life. Unfortunately, we see barriers to the deployment of humanized care that seeks to go beyond the administration of medications and technological use, implying greater difficulties to overcome them. Professionals who deal with these patients should have training or at least a notion of the proper care for them, since the degree of required care does not happen with advanced technologies, but with the contact and proper care. Based on the above, we can see the need for improvement in care, since there is knowledge on the part of respondents; however, there is no practice. However, the major purpose is to seek guidance to nurses so that they can reflect on the daily life of their health practices.

Keywords: Nursing. Palliative Care. Patients Outside Chance of Healing.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO	10
1.2 JUSTIFICATIVA	12
1.3 HIPÓTESE	13
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL	14
2.2 OBJETOS ESPECÍFICOS.....	14
3 REFERENCIAL TEÓRICO	15
3.1 CUIDADOS PALIATIVOS.....	15
3.2 PACIENTES FORA DE POSSIBILIDADES DE CURA	16
3.3 AÇÕES DE ENFERMAGEM NO CUIDADO PALIATIVO	17
3.4 CUIDADO HUMANIZADO X BIOLOGICISMO	19
3.5 HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	20
4 METODOLOGIA	22
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	22
4.2 LOCAL DA PESQUISA	22
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	22
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	23
4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	23
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	24
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	24
4.8 FINANCIAMENTO.....	25
5 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	26
5.1 COMPREENSÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS.....	31
5.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE AOS PACIENTES FORA DE POSSIBILIDADES DE CURA.....	33
5.3 AS MEDIDAS TERAPÊUTICAS UTILIZADAS PARA ESSES PACIENTES ..	35
5.4 ESTRATÉGIA VOLTADA PARA OS FAMILIARES DOS PACIENTES FORA DE POSSIBILIDADES DE CURA.....	37
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS	43
APÊNDICE	47
ANEXO	51

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO

Os pacientes fora de possibilidades de cura são pacientes cujo tratamento não tem eficácia diante de sua patologia. São pessoas que necessitam de uma atenção diferenciada, no qual o objetivo é buscar o alívio da dor, uma qualidade de vida digna respeitando seus desejos e vontades enquanto ser humano. A assistência deve ter uma visão ampla quanto às necessidades do paciente, de modo que venha aliviar o seu sofrimento (SILVA et al, 2012).

Embora a cura desses pacientes não seja possível, o cuidado de enfermagem torna-se essencial para amenizar os sintomas e proporcionar um conforto adequado. O contato direto e a comunicação do profissional com o doente, objetiva entender melhor às necessidades e proporcionar uma melhor qualidade de vida (ARAÚJO; SILVA, 2007). Bushatsky et al (2012) corrobora ao falar que o reconhecimento e a interpretação da comunicação verbal e principalmente da comunicação não verbal, é essencial para o entendimento das necessidades do paciente.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cuidados paliativos são assistências ativas prestadas a pacientes cujo tratamento não exerce mais efeito sobre sua doença. Trata-se de um cuidado individualizado que visa melhorar a qualidade de vida do paciente através de medidas que minimizem seu sofrimento (ARAÚJO; SILVA, 2007).

A realização de cuidado paliativo envolve um cuidar diferenciado, que tem como objetivo promover a manutenção da qualidade de vida, o conforto do paciente e a dignidade humana diante de seu sofrimento. Tendo em vista os princípios da bioética, os cuidados tornam-se amplos envolvendo uma atenção integral às necessidades dos familiares (SILVA; CAMPOS; PEREIRA, 2011).

Falco et al (2012), ressalta que os cuidados paliativos são assistências prestadas a pacientes fora de possibilidades de cura para obter uma qualidade de vida digna cujo o curar passa a dar espaço para o cuidar. Os profissionais devem estar capacitados para ofertar ao paciente e seus familiares suporte psicológico e emocional.

Santana et al (2009) ressalta que uma das finalidades dessa abordagem é adicionar qualidade de vida aos dias e não dias à vida, onde o cuidar é um papel

essencial não só da enfermagem como também de toda a equipe. Frente a pacientes fora de possibilidades de cura, o cuidar deve se sobrepor o curar, uma vez que o enfoque principal é proporcionar um cuidado humanístico adequado.

Diante desses pacientes, há uma busca incansável pela cura, onde se busca manter a vida a todo o custo desviando o olhar da qualidade adequada. Dessa forma, faz-se necessário o uso tecnológico, no qual acaba por limitar o contato e distanciar ainda mais o profissional do paciente (SANTANA, 2008).

Os avanços tecnológicos passaram a prolongar o tempo de vida de pacientes fora de possibilidades de cura, aumentando assim o sofrimento do doente e de seus familiares. O prolongamento da vida através dos aparatos tecnológicos torna o atendimento menos humanizado, tendo em vista que as máquinas proporcionam um tempo de “sobrevida” maior esquecendo-se da qualidade de vida necessária (FALCO et al, 2012).

Indiscutivelmente, as tecnologias são aparatos importantes para o aumento da sobrevida, e em algumas vezes até necessários para promover o alívio da dor. Entretanto, no cuidar deve-se ter uma visão voltada para a dignidade humana, e não voltar as atenções apenas para o manejo das máquinas (SANTANA, 2008).

A assistência deve ser prestada através da articulação de dois cuidados, o trabalho morto, que é o uso de máquinas que permitem o prolongamento da vida e muitas vezes o alívio da dor; e o trabalho vivo que permite ao profissional a prestação de uma assistência humanizada, proporcionando o contato direto e a valorização do ser. Os dois trabalhos andam juntos e articulados, porém, o trabalho vivo deve se sobrepor ao trabalho morto (MERHY; FRANCO, [2003]).

Ainda segundo os autores acima citados, associação dos dois trabalhos busca prestar uma assistência mais qualificada de modo que haja uma sintonia no cuidado visto que, um permite a aproximação do profissional com o paciente (trabalho vivo) e o outro permite um maior tempo de vida (trabalho morto). A equipe deve estar atenta para o cuidar do paciente e não para o curar da doença.

Com o olhar voltado apenas para a cura da doença e para uma maior longevidade do doente, os profissionais passam a dedicar seu tempo ao manejo do instrumental, esquecendo-se da qualidade de vida necessária que o paciente precisa. O uso das tecnologias e de procedimentos invasivos é muitas vezes necessário para manter o cuidado e o alívio da dor, mas o atendimento humanizado

voltado para a atenção e o contato, torna-se extremamente necessário para ter uma assistência eficiente e adequada (FERRAI et al, 2008).

O atendimento humanizado busca compreender e entender o significado da vida, voltar o olhar para o entendimento do ser como único buscando entender a suas necessidades diante de sua fragilidade. A humanização voltada para pacientes fora de possibilidades de cura busca acima de tudo minimizar o seu sofrimento e garantir um conforto satisfatório, proporcionando uma melhor qualidade de vida a seus dias (PESSINI; BERTACHINI, 2009).

Diante de pacientes fora de possibilidades de cura, a morte torna-se algo inevitável o que traz ao profissional uma sensação de impotência diante de tal situação (SILVA et al, 2012). O olhar humano deve prevalecer na assistência ao paciente fora de possibilidade de cura, o olhar sensível deve estar situado na essência do sujeito buscando compreendê-lo como único (SANTANA, 2008).

O objetivo principal do cuidado paliativo a pacientes fora de possibilidades de cura é proporcionar aos pacientes e seus familiares um atendimento humanizado com suporte emocional e psicológico adequado, minimizando seu sofrimento e proporcionando uma morte digna (MACIEL et al, 2006).

Assim, levantou-se a seguinte questão: O profissional de enfermagem realiza um cuidado humanizado em relação à qualidade de vida dos pacientes fora de possibilidades de cura e de seus familiares?

1.2 JUSTIFICATIVA

O convívio com um paciente fora de possibilidades de cura despertou o interesse sobre a necessidade de apoio psicológico e emocional que os mesmos e seus familiares anseiam, a busca incansável por respostas e a espera da cura. Os cuidados paliativos devem ser prestados por uma equipe multidisciplinar, portanto, o profissional de enfermagem mantém um contato mais próximo com o paciente, o que o deixa mais à parte da situação.

Diante de pacientes fora de possibilidades de cura, torna-se essencial um atendimento diferencial e satisfatório. A enfermagem possui um contato direto com esses pacientes, o que lhe proporciona entender melhor suas necessidades e angústias frente à doença.

A pesquisa busca conhecer se os profissionais da saúde prestam um cuidado humanizado para o paciente e seus familiares, principalmente para a assistência voltada aos pacientes com patologias avançadas cuja cura não é mais possível. A enfermagem possui um conhecimento empírico quanto ao cuidado humanizado, conhecimento esse que permite atuar de forma ampla atendendo aos anseios do paciente e de seus familiares.

O estudo será de grande relevância para a enfermagem por trazer informações acerca da importância do cuidado humanizado, objetivando ampliar o seu conhecimento sobre os cuidados a pacientes fora de possibilidades de cura.

1.3 HIPÓTESE

O uso excessivo da tecnologia acaba por afastar o profissional do paciente, o que torna o atendimento mecanicista e desumanizado. Diante do pouco contato com o doente e seus familiares, os mesmos passam a ter em sua cabeça perguntas inacabáveis e respostas inexistentes.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a assistência de enfermagem a pacientes fora de possibilidades de cura.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar a concepção dos profissionais de enfermagem acerca dos cuidados paliativos;
- Identificar as estratégias terapêuticas utilizadas pelos profissionais de enfermagem aos pacientes fora de possibilidades de cura;
- Verificar as estratégias utilizadas pelos profissionais de enfermagem para atender as necessidades dos familiares.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 CUIDADOS PALIATIVOS

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu os cuidados paliativos em 2002 como uma assistência humanitária prestada a pacientes fora de possibilidades de cura com intuito de proporcionar uma qualidade de vida adequada para os pacientes e seus familiares, buscando atuar na detecção precoce de sinais e sintomas que provocam um desequilíbrio psicológico e emocional (PESSINI; BERTACHINI, 2009).

Os cuidados paliativos tiveram origem nos movimentos criados por Cecily Saunders, e outros colaboradores, que espalhou pelo mundo um novo método de cuidar objetivando o controle da dor e de diversos sintomas em pacientes cuja doença encontrava-se em fase avançada, no qual se buscava atender às necessidades psicológicas, espirituais e sociais de pacientes e de seus familiares (MELO, 2009).

Bushatsky et al (2011), conceitua cuidados paliativos como a melhora na qualidade de vida através da adoção de medidas que minimize o sofrimento, proporcionando qualidade de vida aos dias e não dias à vida sem qualidade.

Os cuidados paliativos são medidas que objetivam proporcionar ao paciente momentos de bem estar, conforto, dedicação e atenção. É um cuidado que exige saber escutar, saber falar e saber ser sensível: escutar suas lamentações, falar dando apoio emocional e psicológico e ser sensível ao deixar-se tocar pela situação (ARAUJO; SILVA, 2007).

A assistência prestada aos pacientes fora de possibilidades de cura deve objetivar a promoção da qualidade de vida adequada, visando diminuir o seu sofrimento físico e psicológico frente à doença. Frente à busca por um cuidado adequado, a assistência deve ser ampla buscando atender de forma integral às necessidades dos familiares (SILVA et al, 2012).

Segundo Oliveira e Silva (2010), a ideologia dos cuidados paliativos é acompanhar os pacientes fora de possibilidades de cura, buscando amparar e conscientizar o mesmo sobre sua situação diante da finitude. Essa ideologia busca diminuir o sofrimento e proporcionar uma melhor qualidade de vida para o paciente e seus familiares. Silva e Sudigursky (2008) corroboram ao dizer que os cuidados

paliativos são abordagens holísticas e humanísticas que buscam atender e proporcionar um atendimento voltado para o indivíduo e seus familiares através de uma equipe multidisciplinar, não apenas para alívio da dor física, mas também para um apoio psicológico e espiritual.

3.2 PACIENTES FORA DE POSSIBILIDADES DE CURA

Pacientes fora de possibilidades de cura são aqueles cujo tratamento não exerce mais eficácia sobre sua patologia, onde o curar passa a dar espaço para o cuidar através da adoção de medidas que buscam diminuir a dor e seu sofrimento físico, psicológico e emocional (CASARINI; BASILE-FILHO, 2005).

As condutas adotadas para os pacientes fora de possibilidades de cura tornam-se diferenciadas pelo fato da cura ser impossível devido o avanço da doença, de tal forma que o tratamento terá um direcionamento focado para o paciente como 'o ser que necessita de ajuda' e não para 'a doença que precisa da cura' (SILVA; CAMPOS; PEREIRA, 2010).

Várias são as doenças que levam a impossibilidade de cura, entre elas: portadores câncer, AIDS, insuficiência cardíaca congestiva, insuficiência renal crônica, idosos portadores de graves sequelas causadas por diversas doenças, pacientes com doenças neurológicas dentre outras. Embora não haja a cura para essas doenças, os pacientes devem ter uma assistência satisfatória que busque lhes proporcionar conforto e dignidade, pois, o evoluir da patologia traz alterações hemodinâmicas que interferem no dia a dia de sua vida (OLIVEIRA, 2013).

Moraes (2009) diz que no decorrer da evolução da doença, esses pacientes passam por várias alterações em seu organismo como: inapetência, náuseas, hêmese, mialgia, fadiga, caquexia, susceptibilidade a infecções, anemia, icterícia, comprometimento psicológico e emocional, sinais e sintomas que deixam o indivíduo mais debilitado e desacreditado quanto a sua recuperação.

Diante da impossibilidade de cura, são adotadas medidas para que melhorem a qualidade de vida dos pacientes como o alívio da dor e o apoio psicológico, buscando também oferecer apoio aos seus entes queridos que se encontram envolvidos diretamente no processo do cuidar (SANTANA et al, 2009).

A assistência prestada a esses pacientes deve ter uma abordagem geral e uma visão ampliada, uma vez que o intuito do tratamento para pacientes fora de

possibilidades de cura é manter uma qualidade de vida satisfatória buscando atender suas necessidades como ser humano (SILVA; CAMPOS; PEREIRA, 2011).

Ainda segundo o autor supracitado, esses pacientes necessitam de um atendimento diferencial já que o intuito do tratamento sai do foco curativista e passa a ser voltado para um atendimento humanizado.

A assistência humanizada prestada a esses pacientes tem como objetivo principal acrescentar qualidade de vida aos dias e não dias à vida, no qual o cuidado torna-se uma atividade que envolve toda a equipe. Diante desses pacientes, o cuidar deve estar sempre à frente do curar, visto que o enfoque principal é realizar um cuidado humanizado, digno e satisfatório (SANTANA et al, 2009).

3.3 AÇÕES DE ENFERMAGEM NO CUIDADO PALIATIVO

A equipe de enfermagem mantém a assistência e um contato direto com o paciente fora de possibilidade de cura, contato esse que objetiva atender melhor as necessidades do mesmo voltando sua atenção para o conforto, o apoio psicológico e emocional proporcionando também o alívio da dor através de técnicas não medicamentosas (MONTEIRO; OLIVEIRA; VALL, 2010).

A enfermagem deve ter uma atuação ampla para proporcionar um alívio satisfatório, buscando intervir de forma que venha a prevenir danos aos pacientes como: mudança de decúbito para prevenção de úlceras por pressão, alívio da dor pela administração de medicamentos e a adoção de técnicas não medicamentosas (massagens), diálogo com o intuito de aliviar suas angústias, zelo na higienização para prevenção de possíveis infecções e inserir o paciente no meio social junto com seus familiares para proporcionar a valorização do seu eu, e ainda manter um diálogo aberto para que se tenha uma assistência adequada (FIRMINO, 2009).

Frente a esse contato direto com o paciente, a enfermagem deve saber lidar com a situação, uma vez que o intuito do cuidado paliativo está voltado para a busca do conforto e não para a cura da doença. Diante dessa interação, deve-se procurar a busca por um diálogo com o mesmo buscando manter um elo com seus familiares, tendo em vista que os mesmos anseiam por respostas (SILVA; CAMPOS; PEREIRA, 2011).

Segundo Pessini e Bertachini (2009, p.4), para que ocorra o cuidado humanizado o profissional deve atuar com o falar, o ouvir e o sentir, e diz que:

Humanizar o cuidar é dar qualidade à relação profissional da saúde-paciente. É acolher as angústias do ser humano diante da fragilidade de corpo, mente e espírito. [...] Diante de um cotidiano desafiador pela indiferença crescente, a solidariedade e o atendimento digno com calor humano são imprescindíveis. Ser sensível à situação do outro, criando um vínculo, graças a uma relação dialogal, para perceber o querer ser atendido com respeito, numa ligação de diálogo e de necessidades compartilhadas.

Araújo e Silva (2007) enfatizam que o diálogo é uma forma eficaz de contribuir com os pacientes fora de possibilidades de cura, uma vez que a conversa envolve uma troca de ouvir e falar, dando oportunidade para o paciente expressar seus sentimentos e o profissional sanar sua angústia através de palavras simples, porém satisfatórias e oportunas.

Ainda segundo os autores acima citados, a comunicação não verbal também é um método importante e eficaz de se direcionar ao paciente, visto que a forma de direcionamento do profissional para o paciente irá proporcionar um vínculo de confiança.

O diálogo é uma forma de trabalho que busca conhecer o paciente e intervir de acordo com a sua subjetividade. A aproximação através da fala objetiva atuar de forma que venha a valorizar o doente e transmitir segurança, aumentando assim a autoestima e a alegria de viver (MERHY; FRANCO, [2003]).

Segundo os autores acima citados, conhecer o paciente proporciona uma troca de saber e de agir diante da situação de adoecimento, visto que o mesmo não tem apenas uma doença, e que acima de tudo tem convívio social e familiar, os quais devem ser observados e respeitados.

Diante da importância do diálogo, a enfermagem deve estar atenta à prestação de assistência e informação para os familiares, tendo em vista que os mesmos sofrem por ter de ver um ente querido em situação de finitude. A assistência deve abarcar os familiares de forma geral, buscando deixá-los cientes da situação sem que ocorra omissão de informação (BUSHATSKY et al, 2012).

O apoio e a assistência da equipe de profissionais para a família é essencial, uma vez que em meio ao sofrimento do paciente a família sofre junto, o que vem a comprometer a qualidade da assistência (SILVA et al, 2012).

A visão dos profissionais de enfermagem e da equipe que cuida de pacientes em sua finitude deve objetivar uma visão ampla, buscar visualizar o indivíduo como

único, entendendo que antes de ser um “ser doente” ele tinha uma vida normal, uma rotina diária e uma família, portanto, a dignidade deve prevalecer independente de seu estado de saúde (SANTANA; BARBOSA; DUTRA, 2012).

3.4 CUIDADO HUMANIZADO X BIOLOGICISMO

Os profissionais que cuidam de pacientes em sua finitude passam a ver a morte como sua inimiga, já que a morte traz à equipe uma sensação de impotência e fragilidade, o que os fazem pensar em ineficiência do seu trabalho. Diante do medo desse mal irremediável, os profissionais passam a ampliar sua dedicação ao trabalho morto, adotando a mecanização e o prolongamento da vida a todo custo (CASARINI; BASILE-FILHO, 2005).

Segundo Ferrai et al (2008, p.101),

Os avanços tecnológicos permitiram o desenvolvimento de novas drogas, vacinas, aparelhos e técnicas, possibilitando diagnósticos e tratamentos precoces, aumentando a sobrevida de pacientes com doenças incuráveis. Porém, acredita-se que de nada adianta ciência e tecnologias sofisticadas se não forem praticadas por profissionais que as conheçam e saibam integrá-las a uma assistência que reconhece o paciente como um sujeito, permeada pela humanização.

Com os avanços tecnológicos, os profissionais passaram a voltar suas atenções para o manejo das máquinas para as informações nela presentes, visando através delas aumentar o tempo de vida dos pacientes tornando o contato escasso e o atendimento frio e desumano (FALCO et al, 2012).

Segundo Merhy e Franco ([2003]), o processo de trabalho passou a ser classificado em trabalho morto e trabalho vivo. O trabalho morto é o manejo da atenção que o profissional volta para a tecnologia. O trabalho vivo é a atenção voltada para o paciente, é uma atuação capaz de intervir na necessidade do mesmo.

Ainda segundo os mesmos autores, a tecnologia é importante para proporcionar conforto ao paciente, mas a hegemonia do trabalho vivo deve se sobrepor ao trabalho morto. É evidente e claro que o uso das tecnologias traz benefícios para pacientes fora de possibilidades de cura, mas o contato físico proporciona a valorização do indivíduo aumentando assim a sua autoestima e a alegria de viver.

Os profissionais da saúde passam a trabalhar com as máquinas visando à cura da doença, buscando uma maior longevidade para o doente, esquecendo-se do bem estar e da qualidade de vida necessária (SILVA et al, 2012). Os aparatos tecnológicos são alternativas eficazes para manter o cuidado, mas o suporte humanizado, que prioriza o contato, a atenção e o conforto, torna-se uma alternativa essencial para se ter uma assistência adequada (SANTANA, 2008).

3.5 HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

De acordo com o ministério da saúde, a Política Nacional de Humanização (PNH) surgiu no ano de 2003 para nortear os princípios embasados do SUS, efetivando, assim, no cotidiano as práticas de atenção e gestão. A política busca então qualificar a saúde no Brasil, incentivando trocas solidárias entre trabalhadores, usuários e gestores (PORTAL..., 2013).

Se por um lado há avanços na descentralização e na regionalização da atenção e da gestão da saúde, com ampliações dos níveis de universalidade, equidade e integralidade, por outro, a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho esgarçam as relações entre os diferentes profissionais de saúde e os usuários. O trabalho em equipe, assim como o preparo para lidar com as dimensões seja subjetivas ou sociais, fica fragilizado (BRASIL, 2004).

Dessa forma a humanização é entendida como uma assistência que busca atender o doente de forma ampla e satisfatória, utilizando como ferramenta o uso do diálogo para que assim possa atuar sobre suas necessidades. A humanização da assistência deve ser exercida por toda a equipe, visto que no atendimento ao paciente não deve existir a fragmentação do cuidado (SANTOS-FILHO; BARROS; GOMES, 2009).

Diante de pacientes fora de possibilidades de cura, a equipe de profissionais deve atentar para a aplicação de um cuidado humanizado satisfatório, que venha a diminuir seu sofrimento através de uma escuta satisfatória e solidária (SANTANA et al, 2009).

Ainda segundo o autor supracitado, o cuidado humanizado por parte da equipe em especial da enfermagem é fundamental, visto que o mesmo está fragilizado e desacreditado. O carinho e a atenção prestada pela equipe proporciona

ao paciente alegria, uma esperança por ver que por um momento o olharam como pessoa, o que torna o atendimento respeitoso e solidário.

O cuidado humanizado é um ato de compaixão com o próximo, é uma assistência que demonstra o interesse não apenas de ajudar, mas a satisfação de cuidar do próximo. No entanto, o aumento do uso tecnológico acaba por diminuir essa assistência (ARAÚJO et al, 2010).

Devido o grande avanço tecnológico, a prestação de assistência adequada e humanizada passa a ser colocada em segundo plano pelos profissionais, que volta suas atenções para a cura da doença deixando de lado o ser fragilizado, passando por cima da dignidade humana (BACKES; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2006).

Os profissionais têm um grande domínio com os aparatos tecnológicos para o aumento do tempo de vida, no entanto têm deficiência na prestação do cuidado humanizado. A humanização não deve ser voltada apenas para o alívio da dor, deve ser direcionado também para proporcionar um maior conforto e uma maior qualidade de vida tanto ao paciente quanto a seus familiares (MACHADO; PESSINI; HOSSNE, 2007).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa exploratória, de caráter descritivo e abordagem qualitativa. Em relação ao aspecto exploratório, tem por desígnio proporcionar uma visão ampla, com intuito de familiarizar-se com um assunto que é pouco discutido ou o conhecimento sobre o mesmo é escasso (GIL, 2008).

A pesquisa descritiva tem como objetivo principal descrever as características de uma determinada população ou fenômeno (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A pesquisa qualitativa envolve uma ação de edificação de um fato no qual o conjunto de acontecimentos inerentes aos seres humanos é percebido como parte da realidade social, onde dificilmente poderá ser explicada através de dados numéricos e indicadores quantitativos, tendo em vista que a mesma “se ocupa nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou deveria ser quantificado” (MINAYO, 2010, p.21).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRTVM), especificamente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Este localizando-se na Rua Projetada, S/N- Bairro: Aeroporto/ Mossoró- RN.

O HRTVM é um Hospital de Urgência e Emergência que atende pacientes residentes na cidade e nas regiões circunvizinhas. Por ser um Hospital referência possui uma UTI destinada a pacientes críticos e semicríticos.

A escolha do local se deu pelo fato da UTI ser o setor mais propício ao contato com o público alvo desta pesquisa.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

De acordo com Marconi e Lakatos (2007, p.225) “amostra é ser uma porção ou parcela, convenientemente selecionada do universo (população) é um subconjunto do universo”.

A população escolhida corresponde à equipe de enfermagem (técnicos de enfermagem e enfermeiros) referido hospital. A amostra seria composta por dez profissionais de enfermagem, porém um enfermeiro recusou-se a participar da pesquisa. Assim, a amostra foi composta por seis técnicos de enfermagem e três enfermeiros, que trabalham na UTI do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia.

A seleção da amostra ocorreu de forma aleatória, onde os profissionais pesquisados correspondem a 30% da equipe de enfermagem deste setor, o que torna a amostra significativa.

Como critérios de inclusão utilizou-se o fato dos profissionais estarem atuando diretamente na assistência ao paciente e atuarem no referido serviço a pelo menos um ano.

Como critério de exclusão utilizou-se os profissionais que trabalhavam a menos de um ano na UTI, os que estavam de férias, licença médica ou em atividade de gestão.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi utilizado como instrumento para coleta de dados um roteiro de entrevista semiestruturado, que conteve perguntas abertas e fechadas, onde foram utilizadas perguntas elaboradas pelo pesquisador (MINAYO, 2010).

4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Após a aprovação do CEP (Comitê de Ética e Pesquisa FACENE/FAMENE), foi levado para os participantes da pesquisa o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) no qual houve a explicação dos objetivos e finalidades do estudo, esclarecendo para os participantes que os mesmos poderiam deixar de participar da pesquisa em qualquer etapa (início, meio e fim) sem que fossem sofrer prejuízos.

A entrevista foi gravada em áudio com um aparelho de MP4 e logo após transcrita, respeitando os princípios éticos e resguardando os entrevistados no anonimato.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta, os dados foram analisados a partir da metodologia da Análise de Conteúdo proposta por Bardin, que buscou observar e organizar a fala do sujeito com o objetivo de descrever o teor das palavras permitindo “a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas)” (BARDIN, 2009, p.44).

Após a coleta de dados foi realizada a categorização proposta por Bardin, na qual se buscou classificar e separar os elementos por grupos, para que assim houvesse um melhor entendimento sobre os dados coletados. O agrupamento dos dados permitiu a organização do conteúdo dos elementos colhidos na pesquisa (BARDIN, 2009).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi norteado pelos princípios da Resolução CNS 466/12, que regulamenta pesquisas envolvendo os seres humanos. Os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual foi garantido o sigilo dos dados coletados e a liberdade para desistir de participar da pesquisa em qualquer fase, sem que o mesmo fosse sofrer qualquer tipo de prejuízo respeitando os princípios da ética tendo em vista a autonomia, beneficência, não maleficência e equidade (BRASIL, 2012).

Foi atendida a regulamentação da Resolução COFEN 311/07, que enfoca o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem no qual se permite aos profissionais a realização de pesquisas, respeitando as normas ético-legais (COFEN, 2007).

Por se tratar de uma pesquisa com seres humanos, este estudo foi enviado e submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa da FACENE/FAMENE e aprovado sob o protocolo n°. 206/13/13 e CAAE: 20854513.3.0000.5179, onde seguiu os trâmites legais, orientações e normas para que assim fosse realizada a coleta dos dados.

Apesar de não trabalhar com experimentos, a pesquisa apresentou riscos mínimos devido ao fato de que as entrevistas poderiam apresentar riscos psicológicos e morais, porém tais riscos são superados pelos benefícios.

Os benefícios vão desde a construção de um conhecimento que servirá de subsídio para pesquisas futuras, trará elementos para a elaboração de estratégias pelos gestores para a melhoria da realidade posta, até o fato de a pesquisa proporcionar uma reflexão aos profissionais envolvidos na mesma.

4.8 FINANCIAMENTO

Todas as despesas que envolveram a realização desta pesquisa foram de responsabilidade da pesquisadora associada. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE disponibilizou a biblioteca, bem como orientador e banca examinadora.

5 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

De acordo com os dados de identificação fornecidos pelos profissionais participantes da pesquisa, foi possível verificar os seguintes aspectos: sexo, idade, estado civil, tipo de formação, tempo de formação e tempo de trabalho na instituição.

Foi realizada uma análise qualitativa utilizando a metodologia da análise de conteúdo e categorização proposta por Bardin, com o objetivo de proporcionar um melhor entendimento sobre os dados coletados. A análise foi dividida em quatro categorias citadas a seguir.

A primeira categoria trata-se da compreensão dos profissionais de enfermagem sobre cuidados paliativos, buscando entender o conhecimento que os mesmo têm sobre essa temática.

A segunda categoria buscou compreender a assistência de enfermagem frente aos pacientes fora de possibilidades de cura, analisando os cuidados prestados pelos os profissionais para melhora na qualidade de vida do paciente.

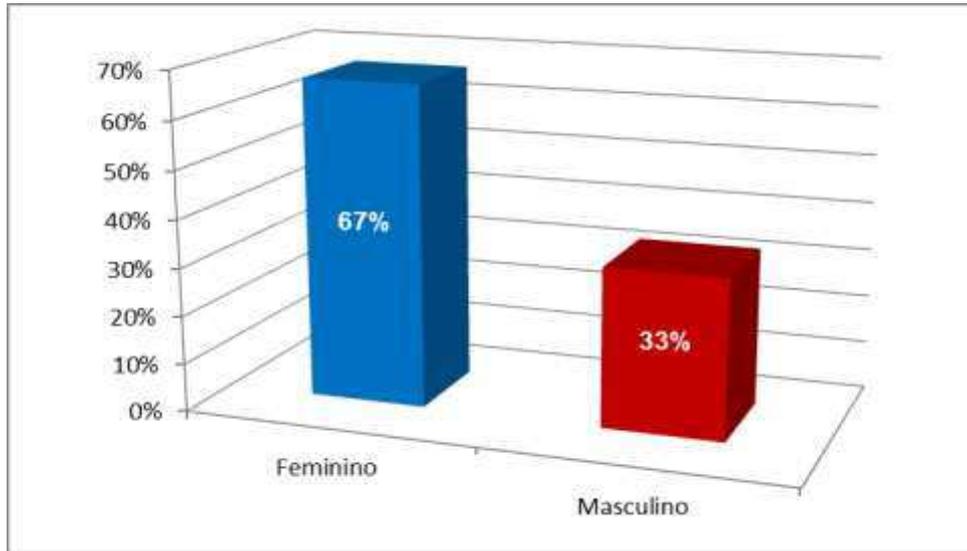
A terceira categoria aborda as medidas terapêuticas utilizadas para esses pacientes, na qual se busca entender a qualidade da assistência prestada pelos profissionais.

A quarta categoria trata-se da estratégia voltada para os familiares dos pacientes fora de possibilidades de cura, tendo como intuito analisar a ampliação do cuidado, incluindo a família no processo do cuidar.

Para que sucedesse a realização desse estudo, foi entregue um questionário para seis técnicos de enfermagem e quatro enfermeiros atuantes na UTI, desses dez profissionais, um enfermeiro recusou-se a participar da pesquisa, o que não veio a interferir na análise. Nas categorias, os profissionais foram identificados como Tec e Enf. Sendo; Enf 1, Tec., Enf. 2, Tec. Enf. 3 Tec. Enf. 4, Tec. Enf. 5, Tec. Enf. 6, Enf. 1, Enf. 2 e Enf. 3.

A apresentação dos dados de identificação será feita através de gráficos.

Gráfico 1- Quanto ao gênero dos entrevistados.



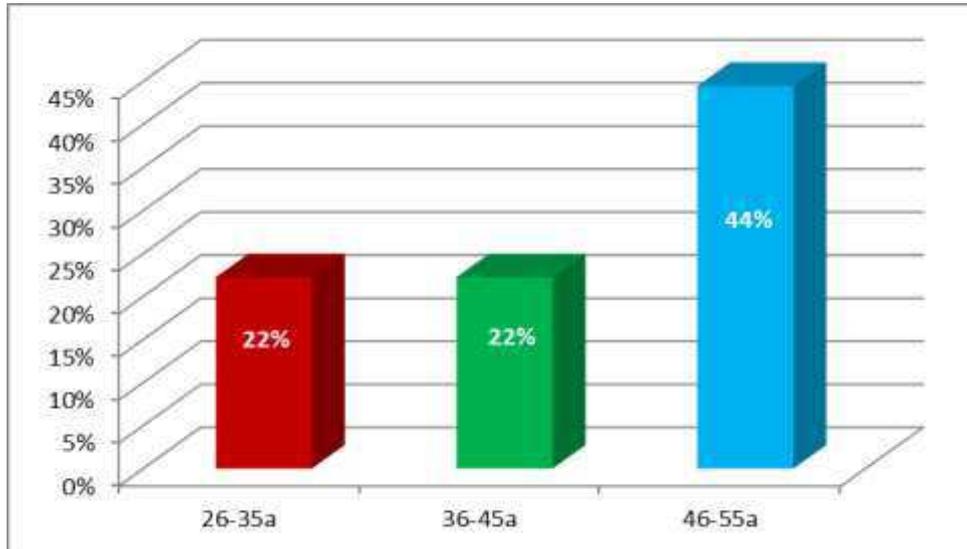
Fonte: Pesquisa de campo (2013).

De acordo com o gráfico 1, podemos observar que a pesquisa foi realizada com nove participantes sendo a maioria dos entrevistados do sexo feminino seis, os quais representam 67% da amostra e do sexo masculino três, sendo responsável por 33% da amostra. Observa-se a prevalência do sexo feminino na entrevista, o que nos mostra que tanto nos tempos remotos quanto nos tempos atuais, a maioria dos profissionais de enfermagem ainda é composta por mulheres.

Apesar do aumento significativo de homens atuantes na profissão, a enfermagem ainda é vista como uma profissão direcionada para o sexo feminino, já que as mulheres são vistas como figuras cuidadoras.

Segundo Lopes e Leal (2005), Florence Nightingale via a enfermagem como uma profissão direcionada para mulheres na qual a figura de mulher-mãe as deixava preparadas para cuidar do próximo. A imagem de mulher cuidadora se perpetuou com o passar dos anos, fato esse que a predominância do sexo feminino se dá tanto no nível superior quanto no nível técnico.

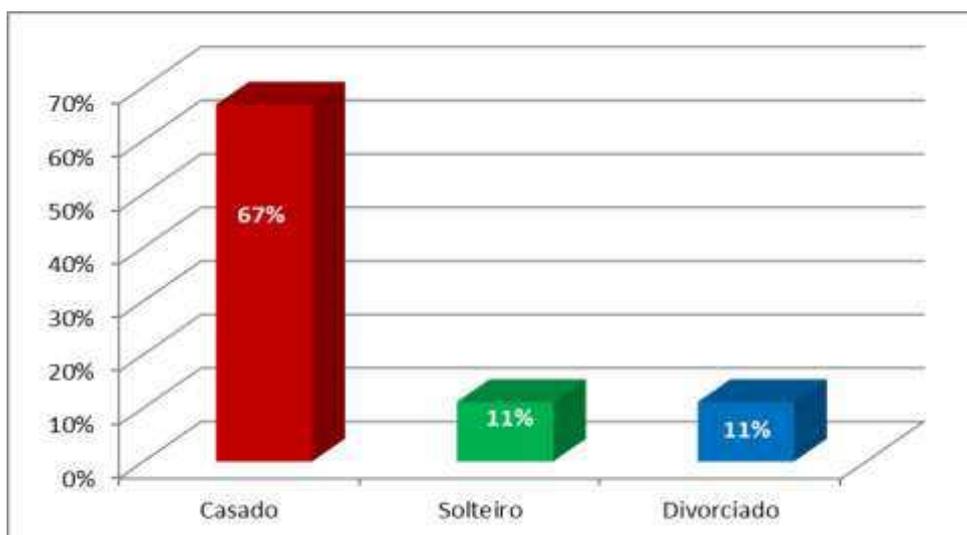
Gráfico 2 – Quanto à faixa etária dos enfermeiros.



Fonte: Pesquisa de campo (2013).

Os dados acima mostram a faixa etária dos profissionais entrevistados, vemos que 22% têm entre 26 e 35 anos, outros 22% tem entre 36 e 45 anos e os demais 44% dos entrevistados tem entre 46 e 55 anos. Podemos observar que a maioria dos entrevistados tem entre 46 e 55 anos, o que não significa que os mesmos possuam mais experiências que o demais profissionais.

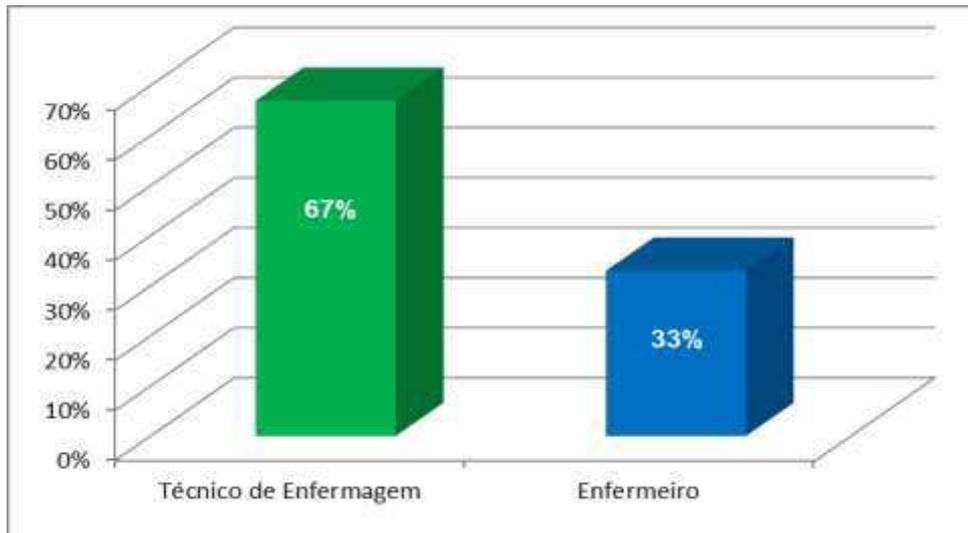
Gráfico 3 – Quanto ao estado civil dos enfermeiros.



Fonte: Pesquisa de campo (2013).

Os dados contidos no gráfico acima revelam que 67% dos entrevistados são casados, 11% solteiros e 11% divorciados.

Gráfico 4 – Quanto ao grau de instrução.



Fonte: Pesquisa de campo (2013).

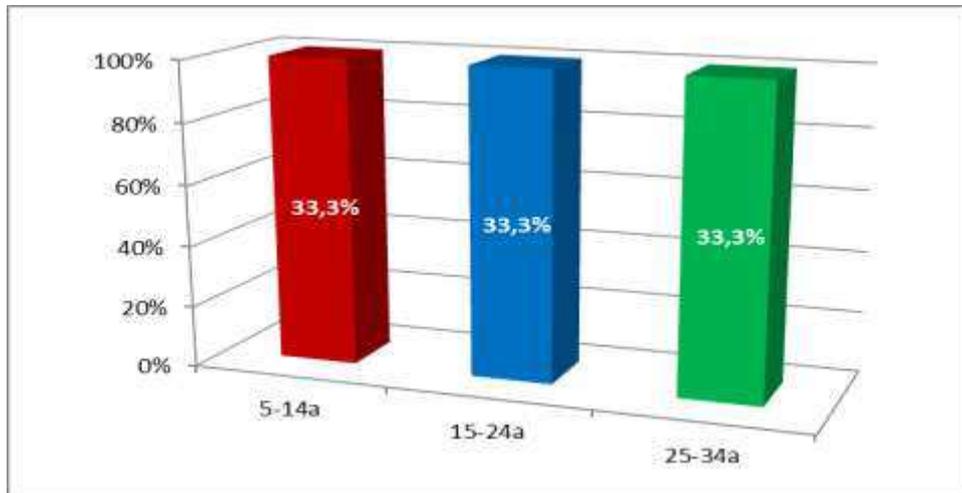
O gráfico 4 nos mostra que a maior quantidade de entrevistados são técnicos de enfermagem tendo em sua totalidade 67%, e os enfermeiros somando 33%.

Essa diferenciação se dá pelo dimensionamento de profissionais disponível no setor, uma vez que o número de técnico é superior ao dos profissionais de enfermagem.

Dessa forma, o trabalho da enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) caracteriza-se por assistência técnica e científica, permitindo-lhe abordagem que culmine na adoção de medidas direcionadas para o bem estar do paciente. Para que se tenha uma assistência adequada e satisfatória, torna-se necessário uma distribuição de profissionais suficiente para que não ocorra estresse e sobrecarga de trabalho (INOUE; MATSUDA, 2010).

Ainda segundo o autor acima citado, a distribuição satisfatória dá-se pelo dimensionamento de profissionais que buscam atuar de forma sistemática, com a finalidade de propor a previsão na quantidade de profissionais (enfermeiros e técnicos) para que venham a atender de forma eficaz às necessidades dos pacientes.

Gráfico 5 – Quanto ao tempo de formação.

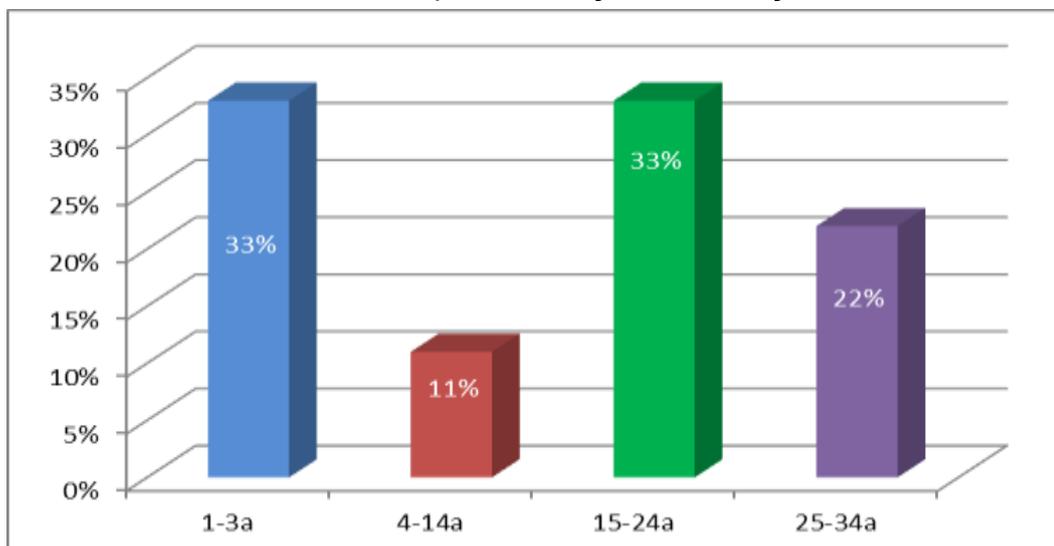


Fonte: Pesquisa de campo (2013).

No gráfico 5 podemos ver o tempo de formação dos profissionais onde vemos que de 5-14 anos corresponde a 33%, de 15-24 anos corresponde a 33% e de 25-34 anos corresponde a 33%. Observou-se que, quanto ao tempo de formação, existem profissionais com um maior tempo de atuação no trabalho o que pode significar uma maior experiência no trabalho, entretanto, a formação passada não tinha uma visão ampliada sobre o assunto abordado.

“O tempo de formado pode ser um indicativo de tempo de experiência do enfermeiro no mercado de trabalho e de relativa maturidade” (MARTINS et al, 2006, p. 474).

Gráfico 6 – Quanto ao tempo de serviço na instituição.



Fonte: Pesquisa de campo (2013).

Quanto ao tempo de atuação no serviço, 33% dos entrevistados possui um tempo inferior a 5 anos. Apenas 22% dos entrevistados possui 25-34 anos de experiência. No entanto, 11% possui 4-14 anos de atuação e os demais 33% dos entrevistados possui um tempo de atuação de 15-24 anos.

O tempo de atuação permite que os profissionais vivenciem diversos tipos de experiência, e é sem dúvida um fator determinante para uma boa assistência. No entanto, o nível de formação passada não contempla os requisitos exigidos na assistência atual, uma vez que os cuidados paliativos são métodos inovadores no processo do cuidar.

5.1 COMPREENSÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua cuidados paliativos como uma assistência humanizada voltada ao paciente, cuja doença torna irresponsável ao tratamento curativo. São ações ativas e individualizadas prestadas por uma equipe multidisciplinar, que tem como objetivo proporcionar suporte e conforto, como o alívio dos sintomas, buscando melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares (SILVA; SUDIGURSKY, 2008).

De acordo com Santana, Barbosa e Dutra (2012), os cuidados paliativos são assistências que visam manter a vida do paciente sem possibilidades de cura, buscando para o enfermo; conforto e alívio diante do sofrimento. Esse procedimento não visa à cura da doença, mas a dignidade de viver bem o tempo que lhe resta.

A morte eminente causa ao paciente um sentimento de frustração e medo do desconhecido, a fragilidade e a vulnerabilidade que o cerca acaba por afastá-lo do convívio social e familiar. Os profissionais que atuam com esses pacientes, em especial os da área de enfermagem, devem proporcionar uma assistência de forma ampla, que busque proporcionar um alívio satisfatório e eficaz da dor física, mental e espiritual, incluindo a família no processo do cuidar humanizado (BUSHATSKY et al, 2011).

Tec. Enf. 1 “São medidas que você é... um exemplo, chega um paciente é com certo sintoma chega no caso, na dor, faz uma medicaçãozinha pra dor, dor no estômago vamos dizer, faz uma medicaçãozinha um analgésicozinho melhorou pra casa ou outra

coisa assim. É o paliativo é porque nesse caso teria que esse paciente ir procurar uma assistência médica no posto de saúde pra investigar porque dessa dor, e aí não, o paliativo é você cobrir o sol com a peneira (...)."

Em um certo momento da entrevista o Tec. Enf. 1 diz que: "o paliativo é você cobrir o sol com a peneira", mostrando que há uma compreensão errônea quanto ao significado do cuidado paliativo, visto que o cuidado paliativo vai além da administração de uma medicação, ele exige uma ampla adoção de medidas que busque diminuir o sofrimento proporcionando assim um melhor conforto.

Tec. Enf. 2 "Entendo que tem que ser uma assistência, uma boa assistência que vise o conforto do paciente, que vise o bem estar do paciente mesmo estando fora de possibilidade. Acho que é isso".

Enf. 1 "Pronto, cuidados paliativos seriam esse só os cuidados para da o conforto no final da vida dele higienização, mudança de decúbito para ele ficar pelo menos mais confortável, se ele tiver algum nível de consciência que tenha a presença da família, cuidados que ele tenha um final mais digno (...) sem investir com recursos altos que sabe que ele não tem mais probabilidade de cura né daquele problema".

Tec. Enf. 5 "Pronto os cuidados paliativos que eu entendo é o seguinte, que são os cuidados que venham ser feitos para o cliente, sabendo assim que aqueles cuidados são para a manutenção deles diária mesmo, e não para a recuperação".

Enf. 2 "Cuidados paliativos eu entendo que são aqueles cuidados mínimos para se manter uma boa qualidade de vida. (...) são cuidados mínimos de controle de dor, até mesmo de sinais vitais mesmo né, de pressão de tudo. Seria uma assistência mesmo de controlar os sinais e sintomas que aquela doença tá manifestando, mas de forma que ele suporte até seus últimos momentos de forma mais confortável possível. É assim que eu entendo".

Ao questionar aos entrevistados sobre os cuidados paliativos, podemos ver que existem muitas lacunas nas respostas, o que deixa evidente o vago conhecimento sobre o assunto abordado. Observou-se que eles enfatizam quanto ao controle da dor, higienização, manter o conforto, dentre outros cuidados, mas observa-se também que em nenhum momento eles falam sobre a importância do diálogo.

A assistência relatada por eles é essencial no cuidado paliativo, entretanto, o diálogo e o apoio psicológico para esses pacientes tornam-se indispensáveis, haja

vista que o comprometimento mental e emocional ocasiona para o paciente uma sensação de desânimo e entrega.

Nas falas acima, observou-se que os profissionais não têm a total compreensão do que realmente são os cuidados paliativos, visto que, nas entrevistas, os mesmos relatam que não existe diferenciação no cuidar. Todos os pacientes necessitam de um cuidado humanizado, mas, o paciente cuja doença não tem mais cura precisa de uma assistência diferenciada que busque proporcionar uma melhor qualidade de vida.

5.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE AOS PACIENTES FORA DE POSSIBILIDADES DE CURA.

A equipe que trabalha com os pacientes fora de possibilidades de cura, luta diariamente contra um mal irremediável que é a morte. A perda de um paciente traz muitas vezes para a equipe uma sensação de fracasso, uma vez que os profissionais que trabalham na saúde têm em mente que o objetivo principal é de salvar vidas. Portanto, embora a cura não seja possível, a equipe deve ter um olhar diferenciado e humanizado para esses pacientes, buscando proporcionar uma qualidade de vida digna (COSTA et al, 2008).

Ainda segundo o autor acima citado, a assistência de enfermagem prestada a esses pacientes deve buscar entendê-lo como um todo, com o objetivo de aliviar suas angústias presentes no momento, aliviar a dor, inserir a família no contexto do cuidar, oferecer palavras de conforto, ouvir e sanar suas dúvidas. Frente a esses pacientes, a atenção e o respeito da equipe são essenciais para que o mesmo sintasse valorizado como ser.

Tec. Enf. 2 “(...) ele é assim é muito precário, certo, e pelo que eu vejo é mecanizado, entendeu, assim, é uma assistência ‘meia’ que continuada, mas assim, sem visar muito o lado humano. A assistência que eu vejo lá é essa, isso claro que eu não vejo toda a equipe, mas 80 por cento hoje dos profissionais são visto por esse lado entendeu, meio mecanizado e meio assim, eu não sei quem é você então eu faço só o que tem”.

Enf. 1 “(...) e aqui em Mossoró a gente trata igual os outros (...) ele não tem mais condições de ficar curado, ele não tem mais risco de voltar ao trabalho produtivo, mas a gente ainda continua investindo como os outros pacientes, quer dizer hoje tem muitos cuidados que a

gente podia estar fazendo só os cuidados paliativos mesmo, mas não, a gente trata como outro (...) infelizmente a gente ainda trata dele como se fosse um paciente que tivesse chances de cura investindo de todos os jeitos com todos os recursos, certo”.

O entrevistado Tec. Enf. 2 questiona sobre a mecanização do cuidado, deixando o atendimento menos humanizado. O Enf. 1 corrobora quando diz que, utiliza-se de vários recursos para mantê-los deixando de lado os cuidados paliativos, e completa dizendo que esses pacientes são vistos pela equipe como recuperáveis.

O cuidado humanizado deve ser oferecido a todos os pacientes, seja ele com possibilidade de recuperação ou não, uma vez que, todos os pacientes que passam por um comprometimento em sua saúde, têm a necessidade de atenção e acima de tudo respeito, pois no cuidar do próximo a dignidade humana deve prevalecer.

O atendimento a um paciente cuja cura não é mais possível deve ir além do conforto físico e dos aparatos tecnológicos, visto que o prolongamento da vida a todo custo acaba por aumentar o sofrimento tanto do paciente quanto de seus familiares.

Tec. Enf. 4 “(...) a assistência é geralmente a pacientes graves, que entram lá na possibilidade de ser recuperáveis, então raramente entra pacientes nesse quadro aí que sejam pacientes que não tenha possibilidades de cura, mas entra. Mas a assistência lá é igual a qualquer outro que esta lá dentro”.

Enf. 2 “A assistência de enfermagem é realizada como se ele tivesse é, não existisse essa palavra fora de possibilidade de cura, aqui infelizmente ainda se é tratado como um paciente normal recuperável, embora saibamos que, embora saibamos da doença base, do prognóstico, mas ele é tratado à assistência é voltada como um paciente recuperável, não existe é nada específico para um paciente fora de possibilidade terapêutica.

Ao observarmos as fala dos entrevistados, podemos confirmar o que os entrevistados acima falam quanto a não diferenciação da assistência, mas, podemos observar também que os mesmos têm conhecimento e que o cuidado que se é prestado para os pacientes fora de possibilidades de cura não é o cuidado adequado para eles.

Percebemos que não há uma assistência específica voltada para esses pacientes, uma vez que há um tratamento igualitário para todos. Nas falas dos

entrevistados, podemos ver que há uma lamentação por essa estratégia diferenciada não existir em seu setor de trabalho.

5.3 AS MEDIDAS TERAPÊUTICAS UTILIZADAS PARA ESSES PACIENTES.

Os pacientes que são diagnosticados com doenças incuráveis sofrem mudanças significativas em sua vida, que variam desde alterações físicas até alteração psicológicas e emocionais. Frente a esses pacientes a equipe deve atuar de forma que venha a suprir as necessidades humanas, visto que não é apenas o corpo que adoce e sim a pessoa em sua totalidade, portanto é indispensável oferecer a esses pacientes um conforto satisfatório e humanizado (ARAÚJO et al, 2010).

Os cuidados paliativos surgiram para melhorar a vida dos pacientes cujo avanço tecnológico não exerce mais resultado curativo sobre a patologia instalada. Os profissionais que lidam com esses pacientes devem proporcionar um conforto amplo, como alívio e controle dos sinais e sintomas físicos e psicológicos, realizar mudança de decúbito para prevenção de lesões, estimular a comunicação verbal e observar a comunicação não verbal, manter a higienização adequada, entre outros. A valorização da vida deve estar presente durante toda assistência (SILVA; SUDIGURSKY, 2008).

Enf. 1 “(...) medicamento só sintomático mesmo e os cuidados de enfermagem geral para manter o conforto dele certo, sem grandes aparelhos, sem grandes cateteres, sem grandes drenos sem grandes investimentos”.

Tec. Enf. 4 “Medicações que são utilizadas lá para amenizar o sofrimento, a dor e só”.

Os entrevistados entram em concordância quando relatam que a terapia utilizada para esses pacientes é o uso das medicações prescritas para aliviar a dor, porém, vale salientar que só o uso da medicação não sacia a necessidade do paciente, que para ter um atendimento e uma terapia adequada torna-se necessário ter a associação de outros cuidados.

Indiscutivelmente, a analgesia é uma terapia indispensável, no entanto os profissionais devem ter em mente que o paciente que ali está não precisa apenas de

uma medicação para o alívio da dor física, acima de tudo ele tem a necessidade de medidas que vão além e busque atingir a dor que atinge o seu eu.

Tec. Enf. 5 “Pronto, as medidas terapêuticas é as mesmas lá de sempre, é os cuidados de enfermagem em relação à higienização, a medicação, certo, administração de medicação prescrita para o cliente né, e pronto. E também tem assim, tem, claro que a gente tem que tratar o cliente com um tratamento humanizado certo, por que mesmo que ele esteja fora de condições terapêuticas de recuperação, mas ele continua sendo um ser humano”.

Tec. Enf. 6 “(...) além das medicações né que são as normas, existe as aspirações quando necessário mesmo que se ele não for intubado né, existe as aspirações orais, as massagens para desenvolver o pulmão, o banho no leito que o quê, você hidrata o paciente né, ali você já está massageando”.

Enf. 2 “(...) Assim, medida terapêutica, eu particularmente tento agregar muito a família junto a esse paciente sabe, um ambiente agradável, eu priorizo mais a aproximação da família sabe nesse momento assim. E terapia mesmo, acho que o toque da família, o contato, essa questão da fisioterapia eu acho muito importante pra manter é de certa forma ele, tentar mantê-lo um pouco ativo na medida do possível (...)”.

Na entrevista do Enf. 2 podemos ver que existe um pensamento diversificado dos demais entrevistados, uma vez que, o mesmo expõe com sua particularidade o envolvimento da família no contexto do cuidar, afirmando ser de suma importância o contato e o toque familiar.

Muitas são as terapias que podem e devem ser implantadas para cuidar dos pacientes fora de possibilidades de cura, entretanto observou-se que os profissionais deixam a desejar quando não trazem o diálogo como forma de terapia.

Anteriormente, abordou-se que os pacientes sentem-se angustiados e aflitos por conta do comprometimento do seu estado de saúde. Esse abalo traz desconfortos que vão além da dor física, dor essa que os levam a desistir de lutar e de viver.

A associação das terapias são medidas que devem ser adotadas para proporcionar um atendimento eficaz e satisfatório, visto que ali não tem apenas um corpo doente, ali está presente uma pessoa que tem valor como ser e acima de tudo, é uma vida que merece ser respeitada. O cuidar precisa ir além do

conhecimento técnico-científico, deve buscar compreender a individualidade do paciente como pessoa humana.

5. 4 ESTRATÉGIA VOLTADA PARA OS FAMILIARES DOS PACIENTES FORA DE POSSIBILIDADES DE CURA.

O diagnóstico de uma doença incurável afeta não somente a pessoa acometida, abala emocionalmente e psicologicamente os familiares que se tornam os cuidadores. Na prestação da assistência, a família deve estar inserida, uma vez que a notícia de uma doença crônica causa aos entes sentimentos como medos, incertezas, angústia, sensação de incapacidade e inutilidade. O medo do amanhã interfere no dia a dia de quem cuida, causando muitas vezes o afastamento do convívio social e familiar (FONSECA; REBELO, 2011).

A família que cuida desse paciente passa por um sofrimento intenso, que muitas vezes acaba por esconder, tentando fingir que está bem para evitar desanimar seu ente. Esses sentimentos ocultos dos familiares acabam por intimidar o doente, levando-o a esconder seus sentimentos e angústia para evitar trazer mais preocupações ao seu cuidador (MORAES, 2009).

Ainda segundo o autor acima citado, a equipe deve conversar com a família sobre a situação do paciente e evitar omitir informações, visto que, esse paciente está recebendo um cuidado paliativo com o intuito de melhorar a qualidade de vida e não com o objetivo de proporcionar a cura.

Neste momento é de grande importância ter uma assistência voltada para os familiares fornecendo um apoio psicológico, espiritual, emocional e mantendo um diálogo aberto que venha a atender suas necessidades. Os profissionais que lidam com o doente e seus familiares devem ter em mente que ninguém adoce sozinho, portanto a assistência e o tratamento devem ser de forma ampla e humanizada.

Tec. Enf. 2 “Não, nenhuma”.

Tec. Enf. 3 “Sim a parte psicológica é trabalhada, aqui no HRTM nós temos psicólogos, nós temos os próprios enfermeiros toda a equipe né, os médicos, assistentes sociais (...) enfatizando o trabalho dos psicólogos, dos médicos, dos enfermeiros, dos fisioterapeutas, dos técnicos, em fim, todos voltados para orientar a família, dar um suporte para quando o médico constatar o óbito essa família esteja mais ou menos estruturada e saber o que fazer”.

Enf. 1 “(...) aqui esse protocolo não é atuante, pelo menos aqui em Mossoró na UTI do HRTM não, talvez da Oncologia, não sei, porque não conheço o serviço de lá, mas a do HRTM ele não tem esse serviço (...) então a presença do psicólogo de instante em a gente tenta puxar alguma coisa assim, mas protocolos formais para isso não tem nenhuma estratégia formal sobre isso (...) para repassar isso para a família que ele não tem mais chance, tem que ter uma equipe preparada para isso, que tenha estudado que tenha sido treinada para isso, e isso não funciona aqui ainda, pelo menos na UTI do HRTM”.

O entrevistado Tec. Enf. 2 nos diz que não existe nenhuma estratégia voltada para a família desses pacientes. O Enf. 1 corrobora e diz que, no referido hospital não existe um protocolo que venha atuar para os familiares, e completa dizendo que para atuar de maneira que venha a atender satisfatoriamente, seria necessário que os profissionais fossem treinados e capacitados para atuar com os familiares. O que nos faz entender que a equipe não se encontra preparada para amparar a família.

Pode-se observar que há um déficit no cuidar, uma vez que a família é essencial no tratamento do paciente, pois quando um é acometido por uma doença todos adoecem. O comprometimento na saúde do paciente e de seus familiares acaba por alterar a forma de tratamento, passando de uma terapêutica individual para um tratamento coletivo.

O Tec. Enf. 3 diz que existe um cuidado voltado para a família, em sua conversa ele comenta que toda a equipe é envolvida na assistência, onde ele comenta que as orientações são dadas com o intuito de preparar a família para uma futura perda.

Tec. Enf. 6 “(...) o contato que a gente tem com a família é pouco, é mais assim, às vezes alguns perguntam como é que está (...) a gente às vezes não quer nem se envolver né, para não sofrer junto, mas na UTI não tem muito, tem mais a parte da assistente social (...)”.

O Tec. Enf. 6 nos diz que o contato com a família é escasso, e que quem mantém o contato mais próximo com os familiares é a Assistente Social. O entrevistado traz a questão do emocional, falando que busca não se envolver por acabar sofrendo junto com os familiares.

A falta de preparo adequado acaba por atrapalhar a assistência que deve ser prestada, a questão do cuidado envolve não somente um membro da equipe, ela

deve envolver a equipe de forma geral. A família sofre com a situação de seu ente, portanto há a necessidade de uma atenção que busque da resolutividade a suas angústias.

Torna-se praticamente impossível não se sensibilizar com a situação do outro, uma vez que não se envolver acaba por transparecer um atendimento pouco humanizado.

Enf. 2 “Não! Aqui em nosso ambiente de trabalho infelizmente, infelizmente aqui não existe protocolo, não existe uma organização (...). Acredito que um dia deva ter existido protocolo, regras, normas algumas coisas assim que, funcionaram, mas se perdeu ao longo desse tempo, não sei se foi cansaço dos profissionais, a sobrecarga de trabalho. Mas não existe nenhuma estratégia voltada para a família não! Eu crio a minha assim na medida do possível, converso com a família, aproximo dela, passo a situação, como é que tem que ser a questão do diálogo com o paciente (...)”.

Na fala do Enf. 2 podemos ver que há um grau de concordância com o Enf. 1 quanto à questão da não existência de um protocolo institucional que venha a inserir a família no cuidar. O mesmo continua a falar de sua particularidade no cuidar, ao dizer que cria sua própria estratégia direcionada para a família.

Embora não haja um protocolo direcionado para a família, o profissional deve traçar uma estratégia para proporcionar o alívio do sofrimento de quem cuida. A família acaba por se tornar o alicerce do paciente naquele momento, portanto assim como o doente precisa de uma assistência, a família também tem a necessidade de ser amparada pela equipe.

Nas falas acima podemos ver que apenas o Tec. Enf. 3 falou que existe uma assistência para a família, havendo discordância dos demais entrevistados.

Podemos perceber que os profissionais sabem que a família tem a necessidade de uma assistência diferenciada, entretanto, essa assistência não acontece. Foi observado que a assistência prestada não atinge o ápice do cuidado necessário e satisfatório almejado por quem precisa, visto que, embora tenha conhecimento do cuidado adequado, a equipe não atua de forma eficaz.

Levando em conta o tamanho da importância da inserção da família no cuidado, cabe aos profissionais, em especial da enfermagem, procurar inserir estratégias tanto para o paciente quanto para a família, visto que nas referências

citadas existem concordância entre os autores quanto à melhora na qualidade de vida quando existe uma associação do cuidado.

A realidade encontrada no HRTM infelizmente não condiz com o discurso dos autores acima citados. Lamentavelmente, vemos entraves para a implantação de uma assistência humanizada que busque ir além da administração de medicações e do uso tecnológico, o que implica em maiores dificuldades para a superação desses.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou analisar a assistência de enfermagem prestada pelos profissionais que atuam na UTI do HTVM aos pacientes fora de possibilidades de cura.

No decorrer das entrevistas pudemos observar que os profissionais que atuam na UTI não têm o conhecimento adequado sobre o assunto abordado, visto que o ambiente de atuação desses profissionais exige que os mesmos sejam preparados para atuar com diversas situações, seja com pacientes recuperáveis ou não.

A assistência prestada aos pacientes objetiva atender suas necessidades frente a uma patologia instalada, buscando em sua maior totalidade proporcionar um atendimento respeitoso e humanizado, sem que haja desrespeito com a vida que ali está.

Todos os pacientes têm a necessidade de uma assistência humanizada, entretanto, os pacientes que não têm mais possibilidades de cura precisam de um atendimento diferenciado, pois o mesmo passa por incertezas e muitas vezes por submissões a tratamentos fúteis que acaba por prolongar o seu sofrimento e reduzir a qualidade de vida.

Muito se vê pessoas fora de possibilidades de cura submetidas a incansáveis procedimentos, aumentando assim a esperança de cura. Evidente que os profissionais não devem acabar com as esperanças existentes no paciente e em seus familiares, mas, a submissão a tecnologias avançadas acaba por diminuir a qualidade de vida necessária.

Poucos são aqueles que estão preparados para lidarem com a finitude humana, uma vez que a “função” dos profissionais que trabalham com vidas é salvá-la, o que acaba por apostarem em técnicas revolucionárias que acaba por manter o paciente vivo a todo custo.

Uma vez iniciado a assistência a esses pacientes, deve-se ter em mente que ele tem uma família que se apresenta aflita e esperançosa por uma melhora ou cura do seu ente. Aqueles familiares que passam a acompanhar dia após dia a evolução do paciente, seja com a melhora ou com a piora, têm direito a ter uma assistência que objetive prepará-los para uma possível perda.

O diálogo é uma ferramenta de suma importância, pois o falar na hora certa muitas vezes alivia o sofrimento mais que o agir, tendo em vista que muitos que ali estão têm a necessidade de uma palavra de conforto, que lhe diga que tudo irá sair bem.

Os profissionais que lidam com esses pacientes devem ter uma capacitação ou pelo menos uma noção do cuidado apropriado para eles, pois o grau de cuidados necessários não se dá com tecnologias avançadas, e sim com o contato e o cuidado adequado.

Com base no que foi exposto, podemos observar a necessidade de aperfeiçoamento no cuidar, visto que há um conhecimento por parte dos entrevistados, porém, não há a prática. É importante idealizar estratégias inovadoras que venham a proporcionar uma assistência qualificada que busque assistir não apenas o paciente, como também a família.

No entanto, o intuito maior reside em buscar orientar os profissionais de enfermagem para que os mesmos possam refletir sobre o dia a dia de suas práticas cotidianas em saúde, para que em seu espaço de atuação eles possam traçar estratégias para otimizar o trabalho e superar os problemas existentes.

A construção desse trabalho permitiu um maior embasamento sobre o assunto abordado, percebendo-se a importância do cuidado humanizado para pacientes cuja doença encontra-se em estágio avançado. Em virtude dos fatos relatados, espera-se que esse trabalho sirva de alicerce para futuras pesquisas que tenham como objetivo melhorar a assistência, para que os mesmos vejam que um paciente fora de possibilidade de cura deve ter uma assistência digna e de respeito, visto que o cuidar nem sempre sucede ao curar.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, D. F. et al. Cuidados paliativos: percepção dos enfermeiros do hospital das clínicas de Uberaba-mg. **Cienc Cuid Saude**, v.9, n.4, p.690-696, out./dez. 2010.
- ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n.4, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/17.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2013.
- BACKES, D. S.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Revista Latino-americana Enfermagem**, v.14, n.1, p.132-135, jan./fev. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a18.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2013.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Ed. rev. atual. Lisboa: edições 70, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CNS 466/12. **Sistema nacional de informações sobre ética em pesquisa envolvendo seres humanos**: diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos. 1996. Disponível em:<<http://conselho.saude.gov.br>>. Acesso em: 18 abr 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**: A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS. 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_2004.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2013.
- BUSHATSKY, M. et al. Cuidados paliativos em pacientes fora de possibilidades terapêutica. **Revista Bioethikos**, v.6, n.4, p.399-408, 2012. Disponível em: <<http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/98/04.pdf>>. Acesso em: 29 mar. 2013.
- BUSHATSKY, M. et al. Cuidados paliativos em pacientes fora de possibilidade terapêutica: um desafio para profissionais de saúde e cuidadores. **Revista Bioethikos**, v.5, n.3, p.309-316, 2011. Disponível em: <<http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/87/A6.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2013.
- CASARINI, K.; BASILE-FILHO, A. A relação com o doente sem possibilidade de manejo terapêutico. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.38, n.1, p.69-73, 2005. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2005/vol38n1/11_a_relacao_doente_sem_possibilidade_manejo_terapeutico.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2013.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. **Resolução COFEN 311/2007 – Código De Ética Dos Profissionais De Enfermagem**. Rio de Janeiro, 2007.
- COSTA, J. C. O enfermeiro frente ao paciente fora de possibilidades terapêutica oncológicas: uma revisão bibliográfica. **Vita et Sanitas**, v. 02, n. 2, p. 150-161, 2008.

Disponível em: < http://fug.edu.br/revista_2/pdf/artigo_10.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2013.

FALCO, H. T. et al. Cuidados paliativos na Unidade de Terapia Intensiva: uma discussão. **Enfermagem Revista**, v. 15, n. 2, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/viewFile/4085/4334>>. Acesso em: 21 abr. 2013.

FERRAI, C. M. M. et al. Uma leitura bioética sobre cuidados paliativos: caracterização da produção científica sobre o tema. **Bioethikos**, v.2, n.1, p.99-104, 2008. Disponível em: <<http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/60/11.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2013.

FIRMINO, F. Papel do enfermeiro na equipe de Cuidados Paliativos. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. Disponível em: <<http://www.nhu.ufms.br/Bioetica/Textos/Morte%20e%20o%20Morrer/MANUAL%20DE%20CUIDADOS%20PALIATIVOS.pdf>> Acesso em: 01 maio. 2013.

FONSECA, J. V. C.; REBELO, T. Necessidades de cuidados de enfermagem do cuidador da pessoa sob cuidados paliativos. **Rev Bras Enferm.** v. 64, n. 1, p. 180-184, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a26.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2013.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

INOUE, K. C.; MATSUDA, L. M. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva para adultos. **Acta Paul Enferm.** v. 23, n. 3, p. 379-384, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n3/v23n3a11.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2013.

LOPES, M. J. M; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**, v. 24, p.105-125, jan/jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a06.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2013.

MACHADO, K. D. G.; PESSINI, L.; HOSSNE, W. S. A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da bioética. **Bioethikos**, v.1, n,1, p.34-42, 2007. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/54/A_cuidados_paliativos.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2013.

MACIEL, M. G. S. et al. **Crítérios de Qualidade para os Cuidados Paliativos no Brasil**: Documento elaborado pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006. Disponível em: <www.paliativo.org.br/dl.php?bid=28>. Acesso em: 20 abr. 2013.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas S.A, 2007.

MARTINS, C. et al. Perfil do Enfermeiro e Necessidades de Desenvolvimento de Competência Profissional. **Texto & Contexto Enferm.** v. 15, n. 3, p. 472-478, 2006.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a12.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2013.

MELO, A. G. C. Os cuidados paliativos no Brasil. In: PESSINE, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos**. 4.ed. São Paulo; Loyola, 2009.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Por uma Composição Técnica do Trabalho em Saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves**: Apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. [2003].

MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa social**: Teoria, método e criatividade. Petrópolis: vozes, 2010.

MONTEIRO, F. F.; OLIVEIRA, M.; VALL, J. A importância dos cuidados paliativos na enfermagem. **Revista Dor**, São Paulo, v.11, n.3, jul./set. 2010. Disponível em: <http://www.dor.org.br/revistador/Dor/2010/volume_11/n%C3%BAmero_3/pdf/volume_11_n_3_pags_242_a_248.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2013.

MORAES, T. M. Como cuidar de um doente em fase avançada de doença. **O Mundo da Saúde São Paulo**, v. 33, n. 2, p. 231-238, 2009. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/67/231a238.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2013.

OLIVEIRA, I. E. **Opinião dos profissionais de saúde sobre admissão de pacientes fora de possibilidades de cura em unidade de terapia intensiva**. 51f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró, Mossoró, 2013.

OLIVEIRA, A. C.; SILVA, M. J. P. Autonomia em cuidados paliativos: conceitos e percepções de uma equipe de saúde. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, v.23, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/10.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2013.

PESSINE, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos**. 4.ed. São Paulo; Loyola, 2009.

POLIT, D. F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: Métodos, avaliação e utilização. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTAL da Saúde: Política nacional de humanização. 2013. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1342>. Acesso em: 16 nov. 2013.

SANTANA, J. C. B. Avanços tecnológicos e os limites dentro de uma Unidade de Terapia Intensiva no processo ético do cuidar: significado para os acadêmicos de enfermagem. **Bioethikos**, v.2, n.1, p. 73-80, 2008. Disponível em: <<http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/60/07.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2013.

- SANTANA, J. C. B.; BARBOSA, N. S.; DUTRA, B. S. Representatividade dos cuidados paliativos aos pacientes terminais para o enfermeiro. **Enfermagem Revista**, v. 15, n. 1, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/3273/3653>>. Acesso em: 18 fev. 2013.
- SANTANA, J. C. B. et al. Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem. **Revista Bioethikos Centro Universitário São Camilo**, São Paulo, v.3, mar. 2009. Disponível em: <<http://www.saocamilosp.br/pdf/bioethikos/68/77a86.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2013.
- SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface – Comunicação, Saude, Educação**, v.13, supl.1, p.603-13, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a12v13s1.pdf>>. Acesso em: 01 maio, 2013.
- SILVA, C. A. X. et al. Cuidados paliativos: uma alternativa para os usuários oncológicos fora de possibilidades terapêuticas. **Rev. Pesqui.: cuid fundam.**, v.4, n.4, p. 2797- 2804, out./dez. 2012. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1933/pdf_618>. Acesso em: 23 abr. 2013.
- SILVA, E. P.; SUDIGURSKY, D. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, v.21, n.3, p. 504-508, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n3/pt_20>. Acesso em: 25 abr. 2013.
- SILVA, M. M. et al. Análise do cuidado de enfermagem e da participação dos familiares na atenção paliativa oncológica. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.21, n.3, p.658-666, jul./set. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a22.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2013.
- SILVA, R. S.; CAMPOS, A. E. R.; PEREIRA, A. Cuidando do paciente no processo de morte na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Esc Enferm USP**, v.45, n.3, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a27.pdf>>. Acesso em: 07 fev. 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre Esclarecido - TCLE

Esta pesquisa é intitulada **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES FORA DE POSSIBILIDADES DE CURA**, está sendo desenvolvida por FLÁVIA SONÁRIA DA SILVA, aluno do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, sob a orientação do Professor Lucidio Clebeson de Oliveira. A mesma apresenta o seguinte objetivo geral: Analisar a assistência de enfermagem a pacientes fora de possibilidades de cura. Objetivos específicos: Analisar a concepção dos profissionais de enfermagem acerca dos cuidados paliativos; Identificar as estratégias terapêuticas utilizadas pelos profissionais de enfermagem aos pacientes fora de possibilidades de cura; Verificar as estratégias utilizadas pelos profissionais de enfermagem para atender as necessidades dos familiares.

Solicitamos sua contribuição no intuito de participar da mesma. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurados sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação.

Ressaltamos que os dados serão coletados através de um roteiro de entrevista. O (a) senhor (a) responderá a algumas perguntas sobre o conhecimento do enfermeiro sobre pacientes fora de possibilidades terapêuticas, será usado aparelho MP4 para a gravação da entrevista que será transcrita no roteiro de entrevista, os mesmos farão parte de um trabalho de conclusão de curso de enfermagem, podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do (a) senhor (a) será mantido em sigilo.

Apesar de não trabalhar com experimentos a pesquisa apresenta riscos mínimos devido ao fato das entrevistas poderem apresentar riscos psicológicos e morais, como constrangimento ao responder as questões, sentir-se intimidado entre outros, que, no entanto, são superados pelos benefícios.

Os benefícios são a construção de um conhecimento que servirá de subsídio para pesquisas futuras, trará elementos para a elaboração de estratégias pelos gestores para a melhoria da realidade posta, além de proporcionar uma reflexão aos profissionais envolvidos na pesquisa.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações solicitadas pelo pesquisador participante. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

O pesquisador associado estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos a contribuição do (a) senhor (a) na realização desta pesquisa.

Eu, _____,
RG: _____, concordo em participar dessa pesquisa, declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecido, estando ciente dos objetivos da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente de que receberei uma cópia deste documento, rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pelo pesquisador responsável.

Mossoró, ____/____/2013.

Participante da Pesquisa

Lucidio Clebeson de Oliveira¹
Pesquisador Responsável

¹Endereço (Setor de Trabalho) do Pesquisador Responsável: Av. Presidente Dutra, 701. Alto de São Manoel – Mossoró/RN. CEP 59628-000 Fone/Fax : (84) 3312-014Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa

APENDICE B - Roteiro de Entrevista

Roteiro de Entrevista**I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

1. Sexo: M () F ()
2. Idade: _____
3. Estado Civil: () Casado () Solteiro () Divorciado () Viúvo
4. () Enfermeiro () Técnico de Enfermagem
5. Tempo formação: _____
6. Tempo de trabalho na instituição: _____

II – INFORMAÇÕES RELACIONADAS AO CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO SOBRE PACIENTES FORA DE POSSIBILIDADES DE CURA.

7. Como é realizada a assistência de enfermagem frente a um paciente fora de possibilidade de cura?
8. O que você enfermeiro/técnico de enfermagem entende sobre cuidados paliativos?
9. O que você entende por pacientes fora de possibilidades de cura?
10. Quais as medidas terapêuticas utilizadas para esses pacientes?
11. Você enfermeiro/técnico de enfermagem acredita que a família deve participar do processo terapêutico? Por quê?
12. Existe alguma estratégia voltada para a família?

ANEXO