

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA E CUIDADO EM
ENFERMAGEM E SAÚDE**

NATYELE RIPPEL SILVEIRA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIROS ACERCA
DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA TERAPIA INTENSIVA**

**FLORIANÓPOLIS
2016**

NATYELE RIPPEL SILVEIRA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIROS ACERCA
DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA TERAPIA INTENSIVA**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem - Área de concentração: Filosofia e Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Linha de Pesquisa: Cuidado em Saúde e Enfermagem nas Situações Agudas e Crônicas de Saúde.

Orientadora: Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento.

**FLORIANÓPOLIS
2016**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Silveira, Natyele Rippel
Representações Sociais de enfermeiros acerca dos
cuidados paliativos na terapia intensiva / Natyele Rippel
Silveira ; orientadora, Eliane Regina Pereira do
Nascimento - Florianópolis, SC, 2016.
194 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Cuidados Paliativos na Terminalidade
da Vida. 3. Enfermagem. 4. Percepção Social. 5. Unidades de
Terapia Intensiva. I. Nascimento, Eliane Regina Pereira
do. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

Natyle Rippel Silveira

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIROS ACERCA DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA TERAPIA INTENSIVA

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de "Mestre em Enfermagem", e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade, da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 29 de fevereiro de 2016.

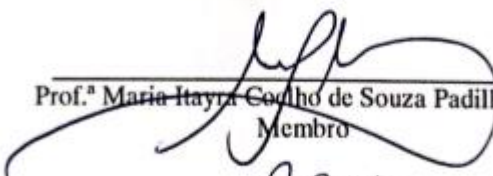


Prof.^a Vânia Marli Schubert Backes, Dr.^a
Coordenadora do Programa

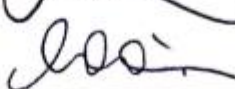
Banca Examinadora:



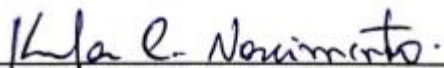
Prof.^a Eliane Regina Pereira do Nascimento, Dr.^a
Presidente



Prof.^a Maria Itayra Coelho de Souza Padilha, Dr.^a
Membro



Prof.^a Luciana Martins da Rosa, Dr.^a
Membro



Prof.^a Keyla Cristine do Nascimento, Dr.^a
Membro

À minha família, com todo meu amor e carinho. Vocês são meu porto seguro e exemplo de vida.

AGRADECIMENTOS

O mestrado, para mim, foi muito mais que um período de intensa aprendizagem e crescimento acadêmico. Nestes dois anos, alguns ciclos da minha vida se fecharam, enquanto outros se abriram. Perseguir e realizar o sonho da Pós-Graduação me proporcionou um aprendizado imenso, uma satisfação gigantesca, mas também inúmeros desafios. Porém, os desafios me fizeram mais forte para continuar em busca de novos objetivos, e mostraram-me que todas as metas estabelecidas por mim podem, e serão alcançadas com êxito, se eu desejar e batalhar por isso.

E voltando os olhos para trás em minha vida e, em especial, na trajetória acadêmica do mestrado, não poderia deixar de expressar minha gratidão às inúmeras pessoas que me ampararam; afinal, creio que esta conquista é nossa! Peço perdão de antemão àqueles que fizeram parte deste processo e porventura não tenham seus nomes citados aqui.

Agradeço, inicialmente, a Deus a proteção, refúgio e força. Obrigada por ter brindado nós, seres humanos, com o dom da persistência, curiosidade, razão e emoção.

À minha amada mãe, Glaci Inês Rippel, um obrigada SUPER especial. Obrigada pela base sólida que a senhora sempre me ofereceu. Sem seu apoio incondicional, eu não teria chegado até aqui.

Agradeço à minha irmã o amor, o cuidado, o carinho, o companheirismo e incentivo oferecido em todos os meus projetos. Agradeço-te simplesmente o fazeres parte da minha vida. Tenho imenso orgulho e admiração por ti, “maninha”.

À minha sobrinha e afilhada, Mariana Schoffenn Enke, com seu sorriso trouxe a paz e a força aos meus dias. Você é o mais lindo presente que Deus me ofertou.

À minha amiga-irmã, Ionara Fernanda Hoffmann, agradeço a cumplicidade, amor e incentivo ao longo da minha vida e trajetória acadêmica. Desde os tempos de colégio me proporciona fôlego e incentivo para alcançar meus objetivos, você foi fundamental para essa conquista e para todas aquelas que ainda irei almejar.

Às minhas amigas, Talita Padilha Porto e Rosana Alves Líbano Ruzene, o amor, a amizade, a parceria e companheirismo constante. Vocês me acolheram e foram fundamentais nos momentos difíceis além de tornar a minha vida aqui em Florianópolis muito mais alegre.

À minha amiga, Catiane Pelissari, o incentivo e carinho constantes. Você é um exemplo de disciplina e persistência.

Aos meus amigos, Fernanda Bartalini Mognon, Leonardo Pereira Triaca, Pamela Juliana Gattelli e Vanessa Souza Andrade de Siqueira, agradeço a força, carinho, amor e preocupação. Agradeço a oportunidade de conviver e aprender com cada um de vocês. Obrigada, porque mesmo estando longe, mantiveram-se perto.

Ao Alexandre Fontanella a paciência, persistência, carinho, amor, amizade, companheirismo e aprendizado constante. Mesmo distante se fez perto e conseguia deixar meus dias mais leves e cheios de cor.

À instituição em que tenho muito orgulho e gratidão por trabalhar, o Hospital SOS Córdio, os momentos de compreensão e flexibilidade para as atividades do mestrado. Também sou grata, pois foi no SOS que fiz grandes colegas e amigos de trabalho. Agradeço à Maria Cristina de Melo, Eder dos Santos Silva e Andreza Xavier, com vocês pude entender o significado da frase: “Juntos somos melhores”. Obrigada pelo estímulo, carinho, coragem e confiança.

Em especial agradeço à minha grande amiga Gabriele Bade. Obrigada por me ensinar a ouvir, acreditar, ser paciente, comedida. És uma grande enfermeira e amiga. Sou muitíssimo grata a ti pela construção da nossa amizade.

Na Academia, sou grata à minha caríssima orientadora, Eliane Regina Pereira do Nascimento, pois sem a sua ajuda e confiança não teria chegado a esse momento. Obrigada pelos ensinamentos, incentivo e consideração, por acreditar na minha competência, potencial e capacidade em realizar essa pesquisa, pela confiança, apoio e disponibilidade, pelas cobranças e exigências. Obrigada por permitir e ajudar nesse importante passo da minha história acadêmica.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, agradeço os momentos de construção e desenvolvimento de conhecimentos. Em especial às professoras que aceitaram o desafio de participar da banca de sustentação do meu mestrado: Dr^a Maria Itayra Padilha, Dr^a Luciana Martins da Rosa, Dr^a Keyla Cristine do Nascimento e Dr^a Lucia Nazareth Amante.

Quero também agradecer às minhas colegas de mestrado, o compartilhar suas experiências, vivências, angústias e conquistas.

Agradeço, com muito carinho, ao Geass – Grupo de Estudo no Cuidado de Pessoas nas Situações Agudas de Saúde – o qual me proporcionou o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades acadêmicas. Obrigada às colegas Walnice Jung, Mirela Schimidt Virgílio e Patrícia Madalena Hermida Vieira, a amizade, incentivo e apoio. Em especial, a Dda Juliana El Hage Meyer de Barros Gulini, obrigada por compartilhar conhecimentos, ser tão paciente e amorosa e

aceitar contribuir enquanto membro em formação da banca de sustentação.

Também agradeço e devo respeito aos meus colegas enfermeiros, participantes desta pesquisa. Obrigada por compartilharem sentimentos, percepções, experiências, angústias e conhecimento. Sem vocês e suas vivências, este trabalho não seria possível.

Fica aqui evidente a impossibilidade de realizar uma pesquisa e escrever uma dissertação sozinha, sem contar com o apoio, amparo, carinho e solidariedade da família, amigos, colegas, professores, orientadora, instituições e participantes.

A todos vocês minha gratidão e carinho!

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”.

Carl Jung

SILVEIRA, Natyele Rippel. **Representações Sociais de enfermeiros acerca dos cuidados paliativos na terapia intensiva.** 2016. 194p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

Orientadora: Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento.

RESUMO

A pesquisa objetivou compreender as Representações sociais de Enfermeiros da grande Florianópolis/Santa Catarina, acerca dos cuidados paliativos a pacientes adultos em Unidade de Terapia Intensiva. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva baseada no referencial teórico da Teoria das Representações Sociais, elaborada por Serge Moscovici. Essa teoria possibilita a captação e a interpretação dos próprios participantes do estudo em relação à realidade que almejamos conhecer, permitindo a compreensão das atitudes e comportamentos do grupo social e realidade em questão. A coleta de dados ocorreu de abril a agosto de 2015, por meio de entrevistas semiestruturadas, com 30 enfermeiros com experiência em terapia intensiva, através de desenhos representando o significado do cuidado paliativo. O recrutamento dos participantes se deu pela estratégia Bola de Neve. Para o tratamento e análise dos dados se empregou a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo. Os resultados evidenciaram 27 ideias centrais e cada uma deu origem a um Discurso do Sujeito Coletivo. Algumas das Ideias Centrais, e capazes de representar os resultados encontrados, foram: Cuidado Paliativo é qualidade de vida na terminalidade; A Unidade de Terapia Intensiva requer cuidado terapêutico e não paliativo; O envolvimento emocional e o sentimento de frustração; A falta de informação e comunicação entre a equipe multiprofissional causa insegurança e angústia na hora do cuidado; A formação e atuação profissional voltada para a cura; A decisão ainda é dele (médico), por conta da prescrição; O enfermeiro participa desse processo de decisão trazendo a questão social e familiar, assim como o quadro clínico e evolução do paciente; Sentimento de conforto ao prestar cuidados ao paciente idoso e crônico em cuidados paliativos e sentimento de inquietação se o paciente for jovem e agudo; sentimento de frustração ao prestar cuidados a pacientes jovens que entram em cuidado paliativo; As Representações Sociais dos

enfermeiros sobre os cuidados paliativos apresentaram elementos relacionados à promoção do conforto, ao bem-estar do paciente e à família, à preservação da individualidade do paciente/família, à humanização, à redução do sofrimento, ao alívio de sintomas e à inserção da família no cuidado. Os achados deste estudo permitiram verificar o cuidado paliativo como uma modalidade de cuidado presente no cotidiano hospitalar pesquisado. Entre as representações sociais encontradas, algumas se destacam por ressaltar a necessidade de difusão dessa metodologia de cuidado, sua prática e seus benefícios. Além das representações sociais acerca da prática paliativa, foi possível identificar os sentimentos dos enfermeiros na prática desses cuidados na terapia intensiva, o que poderá contribuir para que estes profissionais tenham um maior entendimento sobre o quanto a sua percepção e os seus sentimentos podem interferir no cuidado a essa clientela. Os resultados deste estudo apontam para a necessidade de maior conhecimento sobre o Cuidado Paliativo por parte dos enfermeiros entrevistados para a melhoria deste cuidado. Faz-se necessário que esse tema seja discutido nas Instituições de Ensino Superior e que capacitações sejam oferecidas para os profissionais de atenção à saúde em todos os níveis de assistência.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Cuidados paliativos na terminalidade da vida. Enfermagem. Percepção social. Planejamento de assistência ao paciente. Qualidade de vida. Unidades de Terapia Intensiva.

SILVEIRA, Natyele Rippel. **Social Representations of nurses about palliative care in intensive care.** 2016. 194p. Dissertation (Master Degree in Nursing - Post-Graduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

Advisor: Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento.

ABSTRACT

The research aimed to understand the social representations of nurses in Florianópolis / Santa Catarina, about palliative care to adult patients in the Intensive Care Unit. This is a qualitative, exploratory and descriptive study based on the theoretical framework of Social Representation Theory, developed by Serge Moscovici. This theory allows the capture and interpretation of the study participants themselves to the reality we desire to know, allowing an understanding of the attitudes and behavior of the social group and reality in question. Data collection occurred from April to August 2015, through semi-structured interviews with 30 nurses with experience in intensive care, through drawings representing the meaning of palliative care. Recruitment of participants was due Snowball strategy. For the treatment and analysis of the data was used the Collective Subject Discourse methodology. The results showed 27 central ideas and each gave rise to a collective subject discourse. Some of the central ideas able to represent the results were: Palliative care is quality of life in terminal illness; The Intensive Care Unit requires therapeutic and not palliative care; The emotional involvement and the sense of frustration; The lack of information and communication in the multidisciplinary team cause uncertainty and anxiety in the care time; Training and focused professional practice for healing; The decision remains with the doctor, because of the prescription; The nurse participates in this decision process bringing social and family issue, as well as clinical and patient outcomes; comfort feeling to provide care to the elderly and chronic patients in palliative care and feeling of unrest if the patient is young and acute; frustration to provide care for young patients who come in palliative care; The social representations of nurses on palliative care presented elements related to the promotion of comfort to the patient's well-being and family, to preserve the individuality of the patient / family, humanization, the reduction of suffering, to the relief of symptoms and family involvement in care. The results of this study allowed us to verify the palliative care as this care modality in the researched hospital routine. Among the social

representations found, some stand out by emphasizing the need to spread this care methodology, its practice and its benefits. In addition to the social representations of palliative practice, it was possible to identify the feelings of nurses in the practice of care in intensive care, which may contribute to these professionals have a greater understanding of how their perceptions and feelings can interfere with care with this kind of patient. The results of this study point to the need for greater knowledge about palliative care from nurses interviewed for the improvement of this care. It is necessary debate this topic in higher education institutions and training are offered to health care professionals at all levels of care.

Key words: Palliative care. Hospice Care. Nursing. Social Perception. Patient Care Planning. Quality of Life. Intensive Care Units.

SILVEIRA, Natyele Rippel. **Representaciones sociales de enfermeros sobre los cuidados paliativos en la terapia intensiva.** 2016. 194p. Disertación (Maestría em Enfermería) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

Orientadora: Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento.

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo comprender las Representaciones Sociales de los enfermeros en Florianópolis/ Santa Catarina, sobre los cuidados paliativos en pacientes adultos internados em Unidades de Cuidados Intensivos. Se trata de un estudio cualitativo, exploratório y descriptivo basado en el marco teórico de la Teoría de las Representaciones Sociales, desarrollado por Serge Moscovici. Esta teoría permite la captura e interpretación de los propios participantes en el estudio a la realidad que deseamos saber, lo que permite una comprensión de las actitudes y comportamientos del grupo social y la realidad de dicho grupo. Los datos fueron recolectados entre abril y agosto del año 2015, a través de entrevistas semiestructuradas a 30 enfermeros con experiencia en cuidados intensivos, a través de dibujos que representan el significado de los cuidados paliativos. El reclutamiento de los participantes se debió a la estrategia de la bola de nieve. Para el tratamiento y análisis de los datos se utilizó la metodología del Discurso del Sujeto Colectivo. Los resultados mostraron 27 ideas centrales y cada una dio lugar a un discurso del sujeto colectivo. Algunas de las ideas centrales y capaces de representar los resultados encontrados fueron: El cuidado paliativo es la calidad de vida en la enfermedad terminal; La Unidad de Cuidados Intensivos requiere cuidados paliativos terapéuticos y no la implicación emocional y la sensación de frustración; La falta de información y comunicación en el equipo multidisciplinar causa incertidumbres y ansiedad en el tiempo de cuidado; La formación y la práctica profesional centrada para la curación; La decisión sigue siendo del médico, por motivo de la prescripción; La enfermera participa en este proceso de decisión trayendo el ámbito social y familiar, así como los resultados clínicos de los pacientes; sensación de confort para brindar atención a los pacientes ancianos y crónicos en los cuidados paliativos y la sensación de malestar si el paciente es joven y agudo; frustración para proporcionar atención a los pacientes jóvenes que vienen a cuidados paliativos; Las

representaciones sociales de los enfermeros sobre los cuidados paliativos presentaron elementos relacionados con la promoción de comodidad, bienestar del paciente y familia del mismo, preservar la individualidad del paciente/familia, humanización, reducción del sufrimiento, alivio de los síntomas y participación de la familia en la atención. Los resultados de este estudio permitieron verificar que los cuidados paliativos son una modalidad de atención en la rutina del hospital investigado. Entre las representaciones sociales encontradas, algunas se destacan, haciendo hincapié en la necesidad de extender ésta metodología de atención, su práctica y sus beneficios. Además de las representaciones sociales de la práctica paliativa, fue posible identificar los sentimientos de las enfermeras en la práctica de la atención en cuidados intensivos, lo que puede contribuir a estos profesionales a tener una mayor comprensión de cómo sus percepciones y sentimientos pueden interferir con la atención a los usuarios. Los resultados de este estudio apuntan a la necesidad de un mayor conocimiento sobre los cuidados paliativos por parte de las enfermeras entrevistadas para la mejora de dicha atención. Es necesario que esta cuestión se discuta en las instituciones de educación superior y que se ofrezcan capacitaciones a los profesionales de la salud en todos los niveles de atención.

Palabras-clave: Cuidados Paliativos. Cuidados paliativos al final de la vida. Enfermería. Percepción Social. Planificación de Atención al Paciente. Calidad de Vida. Unidad de Cuidados Intensivos.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Distribuição dos estudos sobre “*Palliative Care*” no contexto mundial. *Gopubmed*®. 2016.....40
- Figura 2** - Distribuição dos estudos sobre “*Palliative Care*” AND “*Intensive Care Units*” no contexto mundial. *Gopubmed*®. 2016.....41
- Figura 3** - Organização dos agentes sociais participantes conforme ordem de indicação. Florianópolis/SC, Brasil. 2016.....67

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Percentual de participantes e fatores que fortalecem/fortaleceram ao cuidar de pacientes em CP. Florianópolis/SC, Brasil. 2016.....	97
Gráfico 2 - Percentual de participantes e fatores que dificultam/dificultaram ao cuidar de pacientes em CP. Florianópolis/SC, Brasil. 2016.....	99
Gráfico 3 -Percentual de participantes que haviam ouvido ou não, sobre Cuidado Paliativo antes de atuar na terapia intensiva. Florianópolis/SC, Brasil. 2016.....	100

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Ideias centrais resultantes da análise da pergunta um do roteiro de coleta de dados. Florianópolis/SC, Brasil. 2016.....	78
Tabela 2 - Ideias centrais resultantes da análise da pergunta dois do roteiro de coleta de dados. Florianópolis/SC, Brasil. 2016.....	80
Tabela 3 - Ideias centrais resultantes da análise da pergunta três do roteiro de coleta de dados. Florianópolis/SC, Brasil. 2016.....	84
Tabela 4 - Ideias centrais resultantes da análise da pergunta quatro do roteiro de coleta de dados. Florianópolis/SC, Brasil. 2016.....	87
Tabela 5 - Ideias centrais resultantes da análise da pergunta cinco do roteiro de coleta de dados. Florianópolis/SC, Brasil. 2016.....	90
Tabela 6 - Ideias centrais resultantes da análise da pergunta seis do roteiro de coleta de dados. Florianópolis/SC, Brasil. 2016.....	94
Tabela 7 - Ideias centrais resultantes da análise da pergunta sete do roteiro de coleta de dados. Florianópolis/SC, Brasil. 2016.....	97
Tabela 8 - Ideias centrais resultantes da análise da pergunta sete do roteiro de coleta de dados. Florianópolis/SC, Brasil. 2016.....	98
Tabela 9 - Ideias centrais resultantes da análise da pergunta oito do roteiro de coleta de dados. Florianópolis/SC, Brasil. 2016.....	99

Tabela 10 - Ideias centrais resultantes da análise da pergunta oito do roteiro de coleta de dados. Florianópolis/SC, Brasil.
2016..... 100

Tabela 11 - Ideias centrais resultantes da análise da pergunta nove do roteiro de coleta de dados. Florianópolis/SC, Brasil.
2016..... 103

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCP	Associação Brasileira de Cuidados Paliativos
AC	Ancoragem
ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPSH	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CP	Cuidados Paliativos
E-Ch	Expressões chaves
Geass	Grupo de Estudo no Cuidado de Pessoas nas Situações Agudas de Saúde
IC	Ideia central
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
RS	Representação Social
RT	Referencial Teórico
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TI	Terapia Intensiva
TRS	Teoria das Representações Sociais
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTI-A	Unidade de Terapia Intensiva Adulto

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	31
1.1 OBJETIVO GERAL	38
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	38
2 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA	39
2.1 CUIDADOS PALIATIVOS: EVOLUÇÃO HISTÓRICA.....	42
2.2 CUIDADOS PALIATIVOS: DEFINIÇÃO	46
2.3 CUIDADOS PALIATIVOS E A ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	50
3 REFERENCIAL TEÓRICO	55
3.1 A HISTÓRIA E A ATUALIDADE DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	56
3.2 A ABORDAGEM CONCEITUAL E PRESSUPOSTOS TEÓRICOS DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	58
3.3 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E AS PESQUISAS EM SAÚDE E ENFERMAGEM.....	61
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	63
4.1 TIPO DO ESTUDO	63
4.2 AGENTES SOCIAIS DA PESQUISA	64
4.3 LOCAL E CONTEXTO DO ESTUDO	68
4.4 COLETA DE DADOS	69
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	71
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	73
5 RESULTADOS.....	77
5.1 RESULTADOS CONFORME INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	77
5.2 RESULTADOS CONFORME INSTUÇÕES NORMATIVAS DO PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM.....	114
5.2.1 Manuscrito 1 - Representações Sociais de enfermeiros com experiência em terapia intensiva acerca do cuidado paliativo.....	115
5.2.2 Manuscrito 2 – Cuidado paliativo e enfermeiros de terapia intensiva: sentimentos que ficam	137
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	161
REFERÊNCIAS	165

1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento tecnológico e o aprimoramento terapêutico vêm proporcionando a muitas doenças, mesmo que incuráveis, uma evolução controlada mediante o tratamento. Nessa ótica, não se faz da cura uma verdade, o que permite aos profissionais que prestam cuidados/assistência em saúde, uma proximidade com as doenças que ameaçam a vida; situação essa para a qual os mesmos nem sempre estão aptos a enfrentar, podendo tornar-se algo penoso ou até mesmo considerado como “fracasso profissional” (LUZ, et al., 2016; GHASHGHAEI; YOUSEFZAI; ADLER, 2016).

No entanto, com toda a evolução em relação ao tratamento das doenças, a morte continua sendo uma certeza que coloca em risco o ideal de cura e preservação da vida, para o qual profissionais da saúde são treinados. O hospital, a fim de tratar as doenças, estruturou-se com elevada sofisticação tecnológica. Porém, havendo falhas do tratamento e proximidade do paciente com a morte, poucas equipes de atendimento hospitalar estão preparadas para enfrentar essa situação (MACIEL, 2012).

Sob este olhar, encontramos o Cuidado Paliativo (CP), um modo de cuidado que visa ao aprimoramento da qualidade de vida dos pacientes e famílias que enfrentam problemas relacionados a doenças ameaçadoras da vida. Ele pode ser considerado uma “filosofia”, que busca prover, durante o processo da doença, o alívio da dor e de outros sintomas, o suporte espiritual e psicossocial, e também, o diagnóstico (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002; ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012; KELLEY et al., 2015).

Desse modo, o CP não abrevia a vida ou adianta a morte da pessoa, apenas a aceita como parte do processo de viver humano, uma vez que sua abordagem é fundamentada no controle dos sinais e sintomas físicos e psicológicos (próprios da doença incurável ou do estágio avançado de determinada doença) e a melhora da qualidade de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002; VAN MECHELEN et al., 2013; KELLEY et al., 2015). Para tanto, a suspensão de um tratamento só acontece quando o mesmo é considerado fútil e poderia prolongar o sofrimento da pessoa (PAIVA, ALMEIDA e DAMÁSIO, 2014).

Em CP se aceita o limite da vida, tendo como objetivo o cuidado e não a cura, sendo assim, não se recomenda obstinação terapêutica (tratamentos fúteis), e preconiza-se a não suspensão de terapêuticas e a

não indução da morte (eutanásia), prima-se pela compaixão, pelo não abandono (FREITAS et al., 2016).

Questiona-se sobre como aceitar a morte, haja vista que na formação em saúde somos preparados para cuidar e melhorar a qualidade da vida. Na busca de adiar a morte, encontra-se, no âmbito hospitalar, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI); local altamente tecnológico, especializado em melhorar o estado funcional do paciente ou até mesmo salvar sua vida, conseqüentemente aumentando o controle sobre a morte e prolongando a permanência da vida do enfermo (SILVA et al., 2013).

Em geral, o perfil de doentes admitidos nas UTIs contempla indivíduos previamente hígidos e aqueles que sofrem de doenças crônicas degenerativas em situação de agudização ou intercorrência potencialmente reversível da sua doença. Entretanto, a evolução prognóstica desses pacientes pode ser favorável, ou não, para ambos os casos (MECHELEN et al., 2013; ERNECOFF et al., 2015), mesmo com o emprego de tecnologias avançadas.

Em busca de uma evolução prognóstica favorável, em UTI, visa-se o emprego de tecnologias avançadas para manutenção da vida. No entanto, essa prática exige um repensar por parte da equipe que atua nesse setor. É preciso questionar, além da satisfação profissional em prolongar a vida, até que ponto estes avanços tecnológicos são benéficos para o paciente e seus familiares (MECHELEN et al., 2013; GREEN et al., 2015).

Há a imprescindível necessidade de se estabelecer limites entre o prolongamento da vida e a possibilidade de melhor qualidade de vida (SILVA et al., 2013). Isso por que o uso de tecnologias avançadas, baseadas em um modelo médico/curativo de assistência aos pacientes com doenças que ameaçam a vida, gera conseqüências, uma vez que se perpetuam intervenções e tratamentos incapazes de agregar benefícios substanciais para esses pacientes. Dessa forma, surgem questionamentos relacionados não somente à cura da doença, mas também às ações, visando à proteção deste mesmo paciente (JYLHÄNKANGAS et al. 2014; ERNECOFF et al., 2015). É preciso repensar o uso da tecnologia no processo assistencial nas UTIs, e empregar esses recursos sob uma visão mais humana, ética, e paliativista, em que se perceba o paciente como um ser com múltiplas dimensões, respeitando os limites de intervenções terapêuticas e a autonomia do paciente e família.

Sob essa perspectiva, verifica-se como sendo fundamental a consolidação do cuidado paliativo como uma forma de cuidado no ambiente da Terapia Intensiva (TI). Sendo justificado por ser um direito

do indivíduo assistido nessa unidade e dever da equipe em prestá-lo quando indicado (SILVA et al., 2013).

Questiona-se a partir de que momento, intervenções de naturezas distintas devem ser priorizadas no tratamento de um paciente com prognóstico ruim. Esse questionamento reflete a necessidade de estruturação e organização de um modelo de assistência que atenda aos doentes sem possibilidade terapêutica, evitando a exclusão destes da assistência em saúde e garantindo uma assistência digna (JYLHÄNKANGAS et al. 2014; ERNECOFF et al., 2015), ou seja, que recebam cuidados paliativos.

Cuidar, em enfermagem paliativa, é prover conforto e alívio dos sintomas, é buscar a preservação da integridade física, moral, emocional e espiritual, é ser flexível a determinadas rotinas e condutas, valorizar o sofrimento e as conquistas, atuar e reagir adequadamente frente à circunstância de morte com o doente, família e consigo mesmo; é promover o crescimento pessoal do doente, família e de si mesmo, empoderar o outro com seu cuidado e empoderar-se pelo cuidado, tendo como principais objetivos: reconhecer o doente como um ser humano único, cuidar e zelar por ele (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002; MECHELEN et al., 2013; KELLEY et al., 2015).

Cuidado paliativo vai muito além do preparo técnico ou teórico exigido para as diferentes especialidades em saúde. Para o enfermeiro, é ter sensibilidade de reconhecer os medos e angústias do paciente e da família e buscar saná-las, além de conseguir envolver o familiar no cuidado. Enquanto membro de uma equipe multiprofissional é ter a habilidade de repassar suas convicções com base na avaliação diária do paciente, e ser capaz de prover cuidado e conforto, respeitando a dignidade e os direitos do paciente sob seu cuidado.

Embora existam critérios para a avaliação da necessidade de investimento em novas condutas terapêuticas, e instrumentos como escalas (para avaliação funcional e vigilância da curva evolutiva da doença) que auxiliam na previsão de prognóstico ou o diagnóstico da terminalidade, estabelecer o CP como conduta terapêutica ainda se mostra uma difícil decisão. Questiona-se quando o paciente crítico deverá receber CP uma vez que, existem diferentes particularidades no que concerne ao paciente que interna em UTI e evolui para uma doença considerada terminal (KELLEY et al., 2015; SCARBOROUGH; MEIER, 2015).

A inquietação desta pesquisadora em relação ao CP iniciou com a experiência acadêmica e depois profissional. Sua trajetória foi

continuamente engajada à busca pela qualidade e humanização na assistência.

Foi apresentada ao CP no contexto da terapia intensiva (TI), ainda que timidamente, nos estágios curriculares de cuidado ao paciente crítico durante o Curso de Graduação em Enfermagem em uma universidade estadual no oeste do Paraná. A afinidade com a alta complexidade se firmou durante a Especialização em Unidade de Terapia Intensiva, Urgência e Emergência, que cursou em 2008/2010, que lhe oportunizou o ingresso na docência.

Em uma breve experiência, enquanto acadêmica de enfermagem, e posteriormente, na docência e supervisão de estágios de alunos do curso técnico em Enfermagem, vivenciou no âmbito da UTI um contato prévio com o CP. No entanto, nesses dois momentos, em realidades distintas, encontrou diferentes perfis de ações, entendimentos e comportamentos por parte dos colegas enfermeiros, que lhe aguçaram questionamentos relacionados à instituição do CP como conduta terapêutica e à percepção profissional sobre essa prática.

Atuando na UTI como estagiária ou enquanto supervisora de estágio, a autora não teve a oportunidade de vivenciar as discussões sobre a implantação/adoção do CP e os questionamentos pessoais e profissionais dos enfermeiros assistenciais que experimentam esse processo. No entanto se questionava: O que a faria aceitar ou questionar a escolha pelo CP para determinado paciente?

Evidencia-se na literatura que vários fatores podem influenciar a decisão da equipe multiprofissional em não instituir a abordagem paliativa na UTI, mesmo considerando o contexto brasileiro que tem uma aderência expressiva por parte das instituições de saúde na adoção aos CP (BALIZA et al., 2015). Dentre os principais fatores é possível destacar: o déficit de conhecimento da equipe multiprofissional sobre o CP; a resistência dos profissionais em aceitar que não podem mais atuar em direção à cura; a ineficácia diante da inevitabilidade da morte; e, dilemas éticos legais envolvendo a temática (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

Quanto ao déficit de conhecimento da equipe multiprofissional sobre o cuidado paliativo, têm-se os cursos de formação profissional em saúde, que deveriam ter em suas grades curriculares disciplinas que tratem a temática dos CP. No entanto, essa não é a realidade, e na maior parte das vezes, a experiência se dará apenas na prática, dificultando o trabalho das equipes de uma maneira geral (FITCH; FLIEDNER; O'CONNOR, 2015; LEEMANS et al., 2015).

Percebe-se a resistência dos profissionais em aceitar que não podem mais atuar em direção à cura e a lidarem com a impotência diante da inevitabilidade da morte, como uma característica forte e presente em ambiente hospitalar, uma vez em que nele predomina a cultura do caráter de cura ou da prevenção das doenças, sendo sempre um desafio enfrentar e lidar com as perdas, tornando-se difícil o tratamento e o acompanhamento dos doentes com sofrimento intenso na fase final da vida (MACIEL, 2012).

E entre os principais dilemas éticos que podem exercer influência sobre a instituição, ou não, do CP enquanto conduta terapêutica, encontra-se o fato de não se ter documentos legais respaldando a tomada de decisão frente ao cuidado paliativo.

O Brasil ainda não possui uma Política Nacional de Cuidados Paliativos e, além disso, não existe a padronização do atendimento e dos serviços de CP nas UTIs. As instituições (independente de sua natureza administrativa) que prestam esse tipo de cuidado o fazem através de iniciativas individuais (HERMES; LAMARCA, 2013; BRITTO et al., 2015). Algumas instituições já têm o Serviço de Cuidados Paliativos implantados, no entanto, atuando de forma ainda acanhada nas UTIs (BALIZA et al., 2015).

O Ministério da Saúde (MS) vem concretizando formalmente os CP no âmbito do sistema de saúde do país, por meio de portarias e documentos, emitidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e pelo próprio MS.

No entanto os únicos instrumentos legais, considerando uma ordem crescente de aprovação, são: a Portaria GM/MS n. 2.439/2005, que incluiu os CP na Política Nacional de Atenção Oncológica, substituída pela Portaria GM/MS n. 874/2013 que instituiu a Política Nacional de Prevenção e controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que também inclui o CP. Portaria esta complementada pela Portaria GM/MS n. 483 de 1º abril 2014, que redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado com foco no paciente portador de doenças crônicas, incluindo portando CP. Anterior a essa, em 27 de Fevereiro de 2014, foi aprovada a Portaria GM/MS n. 140 que redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação

destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e, portanto, preconiza uma atenção especializada nessas instituições, o que inclui o CP nessa atenção.

Dessa forma, percebe-se uma ênfase ao paciente crônico e/ou oncológico, excluindo as demais doenças e pacientes que também necessitam desses cuidados, não contemplando todos os níveis de atenção. Sendo assim, para pacientes com outros diagnósticos que não sejam oncológicos e/ou crônicos a instituição do CP pode gerar insegurança da equipe multiprofissional (HERMES; LAMARCA, 2013, CARMO; OLIVEIRA, 2015).

Nesse contexto, a equipe multidisciplinar tem um importante papel, quando se trata de paciente em fase final da vida, participando da imprescindível decisão em se estabelecer limites entre o prolongamento da vida e a possibilidade de melhor qualidade de vida (SILVA et al., 2013).

Em vista da alta tecnologia e da gama terapêutica no âmbito da UTI, destaca-se que a assistência prestada nesse ambiente deve ser multiprofissional, seja para o CP ou curativo. Não é possível obter sucesso no tratamento com um único profissional, devendo ser uma atenção interdisciplinar, buscando uma esfera mais ampla, a fim de tratar o indivíduo de forma integral, focando assim o cuidado em sua totalidade e fornecendo ao paciente crítico toda a oportunidade de tratamento existente. Devido à abrangência das necessidades terapêuticas às pessoas em CP, autores defendem que a atenção em saúde deve envolver uma equipe multiprofissional, incluindo enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, conselheiros espirituais e sacerdotes (TAVARES; NUNES, 2015).

Tendo em vista que os profissionais enfermeiros são integrantes da equipe multiprofissional de assistência em saúde, desempenham um papel social inerente à profissão e relacionado à prestação do cuidado, e são os profissionais que despendem mais tempo com pacientes no final da vida, este estudo teve como questionamento: **Quais as Representações Sociais (RS) dos enfermeiros acerca do cuidado paliativo em unidade de terapia intensiva?**

Isso porque determinado indivíduo ou grupo é capaz de dar sentido às coisas e compreender a realidade através do seu próprio sistema de referência, papel esse que as RS abrangem na dinâmica e prática das relações sociais (BRITTO et al., 2015; SILVA et al., 2015). Sendo assim, o sentido que o indivíduo atribui às coisas pode determinar suas ações, uma vez que as representações e práticas estão ligadas,

demarcando não só comportamentos distintos como também, atitudes específicas (MOSCOVICI, 1978).

A RS é a imagem das relações complexas, reais e imaginárias, objetivas e simbólicas que o sujeito mantém com o objeto. Essas relações fazem da representação um sistema simbólico organizado e estruturado, cujo principal papel é a expressão e o controle da realidade, permitindo sua compreensão e interpretação (MORERA, et al, 2015).

Por meio desses argumentos é justificada a relevância do presente estudo, fundamentando-se especialmente no fato do déficit de conhecimento desde a formação profissional em saúde a respeito da temática, como citado por Lustosa (2015); a dificuldade dos profissionais de ambientes hospitalares em lidar com o insucesso terapêutico e a morte, conforme Maciel (2012); e a falta de documentos legais sobre a temática (HERMES; LAMARCA, 2013; BRITTO et al., 2015; LIMA; CAMPOS; 2015). Estes fatores podem ser capazes de influenciar as RS estabelecidas por enfermeiros, nas suas ações.

A presente proposta se justifica também, pela escassez de publicações sobre pesquisas que avaliaram a prestação do cuidado paliativo sob a ótica das diferentes categorias profissionais de saúde que atuam com pacientes em sua fase final da vida, porém, ficando muitas vezes restritas à divulgação da essência do cuidado paliativo, deixando de lado as percepções dos profissionais (SILVA et al., 2013, BRITTO et al., 2015; FITCH; FLIEDNER; O'CONNOR, 2015; LEEMANS et al., 2015).

CP não é “inovação”, pois consiste de ações que estão, e sempre vão estar, inerentes à prática assistencial da enfermagem. A filosofia dos CP está bem estabelecida, sendo possível encontrar na literatura significativo conhecimento sobre a dinâmica e conceitos inerentes a esse processo. No entanto, pesquisas na área ainda estão em fase de crescimento, desenvolvimento e consolidação (XAVIER; MIZIARA; MIZIARA, 2015).

Em uma revisão de literatura que têm como enfoque o CP, e apresentada no próximo capítulo desta dissertação, pode-se perceber que os assuntos pesquisados estão em torno da definição do tema, aspectos éticos, assim como também, entre os preceitos do CP, como é o caso de medidas para o alívio da dor e sintomas, líder no *ranking* das publicações na *Cochrane Library* (13 das 28 publicações encontradas com as palavras “palliative and care”), primordialmente no cenário ambulatorial, justificando a lacuna do conhecimento em especial no que se refere a TI.

As considerações tecidas até o momento e a afinidade e curiosidade acerca do CP fortalecem e justificam a realização desta pesquisa neste cenário ainda pouco explorado no Brasil.

Considerando como **pressuposto** a existência de diferentes significados acerca dos Cuidados Paliativos estabelecidos pela vivência dos enfermeiros na prática profissional na Unidade de Terapia Intensiva, busca-se responder a pergunta de pesquisa, apresentada anteriormente por meio dos objetivos.

1.1 OBJETIVO GERAL

Compreender as representações sociais de enfermeiros, acerca dos cuidados paliativos a pacientes adultos em Unidade de Terapia Intensiva.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conhecer os sentimentos dos Cuidados Paliativos para os Enfermeiros que atuam ou atuaram na Terapia Intensiva de Adultos.
2. Identificar as Representações Sociais dos enfermeiros acerca dos Cuidados Paliativos no âmbito da Terapia Intensiva.

2 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

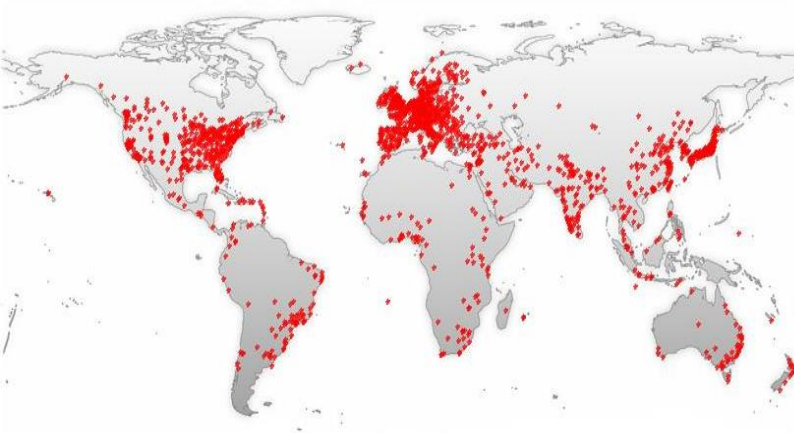
A sustentação teórica do presente projeto foi desenvolvida em forma de uma revisão narrativa, um modelo de revisão de literatura, baseado em uma apresentação ampla sobre o ponto de vista teórico e conceitual, sendo de grande valia para o reconhecimento do “estado da arte” de determinado assunto (ROTHER, 2007).

Esta busca foi desenvolvida no período de março de 2014 a janeiro de 2016. Para tanto, primeiramente foi realizado o reconhecimento do objeto de estudo, a fim de levantar as principais publicações e palavras-chave mais utilizadas em cada base de dados. A busca dos artigos foi realizada na Base de dado de Enfermagem (BDENF), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) with full text via EBSCO, Literatura LatinoAmericano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE/PubMed), SciVerse Scopus e Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca COCHRANE e Google Acadêmico.

Foram utilizados os descritores em português e inglês: cuidados paliativos, cuidados paliativos na terminalidade da vida, unidades de terapia intensiva, cuidados de enfermagem, ambos buscando contemplar o contexto deste estudo. Após, confirmou-se que estes descritores eram descritores específicos, pertencentes ao Medical Subject Headings (MeSH). Limitou-se a pesquisa às publicações disponíveis em textos completos, nos últimos vinte anos (1995-2015), nos idiomas português, espanhol e inglês. Além disso, foram utilizados livros e outros documentos importantes como cartilhas publicadas por uma importante instituição na área do cuidado paliativo no Brasil, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos.

Nessa busca inicial foi possível verificar que, no Brasil, a temática sobre CP ainda é pouco explorada. Com base em uma revisão preliminar da literatura, a partir de uma busca no banco de dados *Gopubmed*®, com as palavras *Palliative Care*, foram encontrados 55.596, e destes principalmente (11.904) nos Estados Unidos, conforme ilustra a Figura 1.

Figura 1 – Distribuição dos estudos sobre “*Palliative Care*” no contexto mundial. *Gopubmed*®,



Fonte: *Gopubmed*®, 2016.¹

A fim de demonstrar a lacuna de conhecimento científico sobre a temática sobre CP na TI, optou-se por nova busca no banco de dados *Gopubmed*®, agora com as palavras “*Palliative Care*” AND “*Intensive Care Units*”. Nessa nova busca, foram encontradas 666 publicações e destas, apenas nove no Brasil. Esses estudos estão concentrados principalmente nos Estados Unidos (331), Canadá (40) e Reino Unido (30), conforme ilustra a Figura 2.

¹Data da última atualização: 16 de Fevereiro de 2016. Endereço eletrônico: <http://www.gopubmed.org>.

Figura 2 – Distribuição dos estudos sobre “*Palliative Care*” AND “*Intensive Care Units*” no contexto mundial.



Fonte: *Gopubmed*®, 2016.²

Considerando as nove publicações brasileiras, foi possível identificar que o conteúdo de apenas quatro delas puderam ser utilizados como sustentação teórica, isso por que as outras cinco publicações são direcionadas à terapia intensiva, não tendo o cuidado paliativo como foco principal. Detalhes das publicações podem ser verificados no apêndice A.

Relacionando os descritores *Palliative Care* AND “*Intensive Care Units*” AND “*Nursing*” o número de publicações cai de 666 para 166 no contexto mundial. É preciso ressaltar que não foi realizada combinação de descritores levando em conta o referencial teórico que norteia essa pesquisa, uma vez que Representação Social não é um descritor, portanto, não é passível de busca nessa base de dados.

Nenhum estudo publicado em nosso país sobre a temática – Representações sociais/ percepções de enfermeiros acerca do cuidado paliativo na Terapia Intensiva - foi encontrado.

Essa busca do estado da arte sobre a temática proposta permitiu verificar a necessidade da construção da sustentação teórica a partir de três conteúdos relevantes ao enfoque temático: a abordagem da evolução histórica do cuidado paliativo, sua definição e o cuidado paliativo e a enfermagem na unidade de terapia intensiva.

² Data da última atualização: 16 de Fevereiro de 2016. Endereço eletrônico: <http://www.gopubmed.org>.

2.1 CUIDADOS PALIATIVOS: EVOLUÇÃO HISTÓRICA

Historicamente, estudiosos apontam que o relato mais antigo que possamos associar à atual definição de CP remete ao início da Idade Média, mais precisamente ao século IV, quando Fabíola, médica religiosa romana, discípula de São Jerônimo, cuidava de viajantes vindos da Ásia, da África e dos países do leste europeu, no “*hospice*” do Porto de Roma. Fabíola fundou esse abrigo para pobres, doentes e peregrinos, buscando seguir preceitos cristãos. O termo “*hospice*”, utilizado pela primeira vez por Fabíola, vem do latim *hospes* e significa hospedar convidado estrangeiro (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2015, MATSUMOTO; MANNA, 2008).

Ao longo da Idade Média, época das cruzadas e início da idade moderna (século XVII), em diferentes pontos da Europa, instituições de caridade, atreladas às igrejas católicas (mosteiros) e protestantes, abrigavam pobres e doentes e foram denominadas *hospices*. O termo *hospice* significava uma espécie de abrigo, de hospedaria que acomodava, por meio de leigos e caridosos, conforto e cuidado aos peregrinos, viajantes e doentes (MACIEL, 2008). Sendo assim, da definição e finalidade dada aos *hospice*’s, considerado, na época, um cuidado prestado às pessoas na fase final da vida, é que se atribui o desenvolver da filosofia do CP a partir desse período e denominação (PESSINI, 2009).

Já na Idade Contemporânea, em 1805, século XIX, na Grã-Bretanha, irmãs Irlandesas de caridade fundaram o *St. Joseph Hospice*, em Hackney. Neste mesmo período, foram organizados outros *hospices*, em Londres, como o *St. Columba* (1885), e o *St. Luke’s* (1893), este último teve como fundador um médico (MATSUMOTO; MANNA, 2008).

Em 1842, o termo “*hospice*” foi aplicado pela primeira vez em Lyon na França, a um lugar dedicado ao cuidado de pessoas que estavam morrendo. Madame Jeanne Garnier, fundou o *Dames de Calvaire*. Posteriormente, esse modelo evoluiu para a *Federation del Associations des Dames de Calvaires* e uma rede de sete *hospices*, incluindo o *Calvary Hospital* na Cidade de Nova Iorque. Em 1897, Madre Mary Aikenheid organizou, em Dublin - Irlanda, uma casa para alojar especificamente pacientes em fase terminal, denominando-a de *Our Lady’s Hospice* (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2015).

Ainda na Idade Contemporânea, algumas das instituições denominadas de *hospices* começaram a ser organizadas em alas, tomando então, características que as aproximavam da organização atual dos nossos hospitais. No entanto, nesse período histórico, o cuidado destinado aos doentes era essencialmente voltado ao cuidado espiritual e à tentativa de controle da dor, sendo esses realizados primordialmente por leigos (MACIEL, 2008).

Em 1948, Cicely Saunders, enfermeira e assistente social em um hospital de ensino em Londres, teve como motivação para estudar medicina o cuidado a um dos seus pacientes com câncer retal, o judeu polonês David Tasma, e o seu trabalho subsequente como voluntária no *St. Luke's Home for the Dying Poor* (fundado em 1893 pelo Dr. Howard Barrett) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2015).

A grande evolução, que proporcionou ao CP uma nova dimensão, ocorreu na Inglaterra, no Século XX, em 1967, com a fundação do *Saint Christopher's Hospice* em Londres e deveu-se à enfermeira, assistente social e, então médica, Dame Cicely Saunders. Saunders foi pioneira na defesa do cuidado a partir da abordagem centrada no paciente na fase final da vida. O *Saint Christopher's Hospice* permitiu ao CP se transformar em uma filosofia de cuidado, uma vez que se tornou pioneiro no ensino acadêmico, ao mesmo tempo em que era um local no qual os pacientes ficavam até o final da vida (RODRIGUES; ZAGO, 2009).

Com a criação do *St. Christopher Hospice*, Saunders visava à humanização do atendimento a pacientes terminais, buscando proporcionar uma morte familiar, serena e compartilhada por pessoas próximas e querida. Com o empenho de Saunders, o *St. Christopher Hospice* se tornou um modelo de assistência, ensino e pesquisa no cuidado a pacientes fora de possibilidades terapêuticas, e também, às suas famílias. Surgem, então, os CP, em busca da “boa morte”, a fim de proporcionar a possibilidade de o paciente resolver suas pendências, e despedir-se de seus entes queridos, além de ter preservada sua dignidade em todo seu processo de morrer, negando assim, a morte medicalizada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2015).

No início de 1970, Saunders se encontra com a psiquiatra Elizabeth Kübler-Ross, nos Estados Unidos, expandindo o movimento *hospice* para esse país. Através de suas pesquisas, Kübler mostrou um novo conceito de morte e do processo de morrer para a pessoa enferma e

para seus entes queridos, trazendo consolo e compreensão nesta fase tão sofrida (KÜBLER-ROSS, 1998).

Entre os anos de 1970 e 1980 esse movimento de expansão nos Estados Unidos se caracterizava como uma organização popular, comunitária, dirigida por voluntários, enfermeiros e com pouca participação de médicos. A primeira instituição criada nos Estados Unidos da América (EUA) foi em Branford, Connecticut, no ano de 1974. Inspirada em Saunders, a enfermeira norte-americana Florence Wald lidera a fundação do primeiro *hospice* norte-americano. Nos EUA, os primeiros serviços de *hospice* foram oferecidos em molde domiciliar quase que exclusivamente. O movimento *hospice* incipiente era independente do sistema de saúde vigente, e, ao contrário do que acontecia na Inglaterra, essas equipes eram geralmente compostas por enfermeiros e voluntários (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2015).

Em meados da década de 1980, com o surgimento da epidemia da AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome), observou-se uma crescente expansão de tal movimento e uma rápida apropriação do controle dos CP pelos médicos. Ainda em 1980, o Comitê do Câncer da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicou o estabelecimento de políticas de controle da dor e cuidados do tipo *hospice* para pacientes com câncer, a serem adotadas mundialmente. Encontrando dificuldades relacionadas à tradução e à fidedignidade do termo *hospice*, a OMS designou uma expressão mais abrangente e que poderia ser conhecida por todos os países, surgindo assim o termo: Cuidado Paliativo (MENEZES, 2004).

No ano de 1982, nos EUA, instituiu-se o movimento *Hospice Care*, surgindo por ação das organizações hospitalares, em decorrência à intensa pressão por parte dos pacientes, seguros de saúde e do governo, em consequência dos elevados gastos com as internações e da obrigação de maior disponibilidade de leitos nas instituições. A partir desse momento foi proporcionado o cuidado domiciliar através de um sistema de reembolso (KÜBLER-ROSS, 1998).

Importante acrescentar que os movimentos de protesto contra o abandono dos moribundos pelo sistema de saúde inglês se expandiram e, no ano de 1985, foi fundada a Associação de Medicina Paliativa da Grã-Bretanha e Irlanda. A Inglaterra, em 1987, foi o primeiro país a reconhecer os CP como uma nova especialidade médica (MENEZES, 2004).

No Brasil, os CP tiveram início no período da Ditadura Militar, da década de 60. Nessa época já se identificava um predomínio da

estrutura hospitalocêntrica voltada para a cura das doenças, com intervenções de múltiplos profissionais, cuidado multiprofissional, sem, no entanto, ser interdisciplinar, uma vez que os profissionais de diferentes áreas da assistência à saúde não se comunicavam entre si a respeito das condutas a serem seguidas para cada paciente. Essas instituições acolhiam um considerável número de pacientes, em sua maioria oncológicos, vivenciando dores intensas. Os mesmos morriam solitários, com leitos separados por biombos e sem a presença de um ente querido nesse momento de sofrimento. Muitos profissionais, sensibilizados pela situação desses pacientes e organização do serviço hospitalar, tiveram seu interesse despertado por temas relacionados ao fim da vida. Nasce no Brasil, em tais circunstâncias, como uma iniciativa específica de profissionais de saúde, o movimento dos CP (RODRIGUES, ZAGO, 2009).

O primeiro serviço de CP surge em 1983, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) - RS; o segundo, denominado de Programa de Atendimento ao Paciente Fora de Possibilidades Terapêuticas, foi criado em 1986, no Hospital do Câncer II, em São Paulo - SP; e o terceiro, denominado Clínica de Cuidados Paliativos foi criado no ano de 1989, no Hospital do CEPON (Centro de Pesquisas Oncológicas) em Florianópolis - SC. Com crescimento e adesão da filosofia dos CP, foi fundada em 1997, no Brasil, a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), composta por profissionais atuantes na área de oncologia, com enfoque nos CP domiciliares (MENEZES, 2004).

Na cidade do Rio de Janeiro, em 1998, foi fundada uma unidade pública construída e destinada unicamente aos pacientes com câncer fora de possibilidades terapêuticas. Outro marco importante para a adesão aos CP foi a inauguração do Hospital do Servidor Público Municipal, em São Paulo, no ano de 2004, sendo esta uma importante instituição no desenvolvimento e trabalho com a filosofia dos CP (RODRIGUES; ZAGO, 2009).

Em 2005, foi fundada na cidade de São Paulo, por um grupo de médicos e profissionais da saúde, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), percebendo-se considerável aumento e interesse nas discussões referentes à inserção desse cuidado em programas de atenção à saúde, além do reconhecimento da medicina paliativa como uma especialidade médica (RODRIGUES; ZAGO, 2009).

De acordo com a ANCP, apesar dessas limitações, no ano de 2009, o Conselho Federal de Medicina (CFM) incluiu em seu Código de Ética Médica, a filosofia dos CP como princípio fundamental. Porém, ainda é possível observar alguma resistência quanto à sua utilização no

dia a dia laboral desses profissionais, em diversos aspectos, com manifestações de insegurança em trabalhar com tal filosofia, contribuindo, dessa maneira, para que sua adesão não atinja um público maior no Brasil.

Com a legalização da ortotanásia (morte natural), no Código de Ética Médica, muitos profissionais passaram a se sentir com mais garantias para fazerem uso do CP. Porém, é importante destacar que ainda existem muitos pontos que precisam ser discutidos e combinados entre a equipe médica e os demais profissionais que atuam nos cuidados a pacientes no fim da vida, com relação aos princípios e diretrizes em CP, visto que o seu conceito pode se assemelhar ao da ortotanásia, no entanto, abrangendo muitos outros aspectos no cuidado do paciente e seus familiares (MACIEL, 2008).

O fato de o paciente não possuir indicação de medidas extraordinárias ou consideradas desproporcionais não significa que se deva ter menos atenção com o seu bem-estar. Os cuidados básicos devem ser mantidos, como medidas e como direitos internacionalmente reconhecidos, aos indivíduos enfermos. É de fundamental importância que o paciente seja envolvido no processo de decisão e bem esclarecido sobre as circunstâncias relacionadas à fase final de sua vida, prevalecendo nesta decisão a vontade manifestada do doente, quando possível; quando não for possível, deve predominar o melhor interesse para o bem do doente, salientando-se sempre a importância de um final de vida digno (MORAIS, 2010).

2.2 CUIDADOS PALIATIVOS: DEFINIÇÃO

O termo paliativo deriva do latim *pallium*, que era o nome do manto usado pelos peregrinos para sua proteção durante suas viagens em direção aos santuários. Já a procedência inglesa significa *palliare*, proteger, amparar, cobrir, abrigar. Em analogia, o CP tem o objetivo de proteger a pessoa doente durante seu último período de vida, protegê-la do sofrimento evitável (MACIEL, 2012 e MATSUMOTO, 2012).

CP é um “modo de cuidar” que tem em vista o aprimoramento da qualidade de vida dos pacientes e famílias que enfrentam problemas relacionados a doenças ameaçadoras da vida. Pode ser considerado uma “filosofia” – que visa prover o alívio da dor e de outros sintomas, suporte espiritual e psicossocial, do diagnóstico ao fim da vida e luto (PIMENTA, 2010).

O conceito de CP foi definido pela primeira vez pela Organização Mundial da Saúde – OMS, em 1990. Essa primeira definição trazia CP

como cuidados ativos e totais dirigidos a pacientes sem possibilidades de cura. O CP era percebido como intervenções capazes de amenizar sintomas desagradáveis, provocados pela progressão de uma doença ou pelo tratamento proposto para tal (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

No entanto, uma crítica foi feita a esse conceito porque aguardar que um paciente se tornasse “fora de possibilidades de cura” implicaria em duas situações: ou todo doente deveria estar em CP, ou apenas se poderia encaminhar para CP doentes avaliados por critérios subjetivos ou em suas últimas horas de vida. Sendo mais comum esta segunda situação, implicando em equívoco, uma vez que se acreditava estarem os CP resumidos exclusivamente aos cuidados dispensados à fase final da vida, quando nada, ou muito pouco, tinha-se a fazer (MACIEL, 2008).

Portanto, o conceito de 1990, definido pela OMS, foi superado, sendo redefinido em 2002, pois se tornava subjetivo o entendimento do instante de decretar o insucesso de um tratamento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004). Dessa forma, a OMS define CP da seguinte maneira:

“Cuidado Paliativo é a abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004 apud ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012, p.26).

A essa definição mais recente da OMS, só se efetivam os CP quando realizados por equipe multiprofissional em trabalho coeso e com os mesmos objetivos. Quando prestado o CP, o foco da atenção deve ser o doente, com direito à informação e à autonomia plena para as decisões a respeito de seu tratamento, e não a doença a ser curada/controlada. A prática adequada dos CP preconiza atenção individualizada ao doente e à sua família, buscando excelência no controle de todos os sintomas e prevenção do sofrimento (MACIEL, 2008).

Os CP são aliados no objetivo de assegurar o controle dos sintomas e buscar melhor qualidade de vida para o doente e sua família uma vez que, são reconhecidos como elementos efetivos de cuidados aos doentes em fase final de vida e a seus familiares. A Academia

Nacional de Cuidados Paliativos (2012) estabeleceu nove princípios para a execução do CP:

➤ **Afirmar a vida e considerar a morte um processo normal da vida:** CP busca resgatar a possibilidade da morte como um evento natural, enfatizando a vida que ainda pode ser vivida.

➤ **Iniciar o mais precocemente possível o Cuidado Paliativo, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como quimioterapia e radioterapia, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes:** Não se deve privar o paciente dos recursos diagnósticos e terapêuticos que a medicina pode ofertar.

➤ **Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente:** Por vezes a doença traz ao doente e sua família uma série de perdas com as quais estes devem conviver; são perdas concretas (materiais, como de emprego, de poder aquisitivo e, conseqüentemente, de *status* social) que podem gerar perdas de autonomia, autoimagem, segurança, capacidade física, respeito.

➤ **Não acelerar nem adiar a morte:** Cuidado Paliativo não é eutanásia.

➤ **Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença:** Respeitar o paciente em sua individualidade, em seus desejos e suas necessidades, buscando melhorar o curso da doença e também prolongar sua sobrevida.

➤ **Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e o luto:** A família, tanto a biológica como a adquirida (amigos, parceiros etc.), deve ser contatada e ouvida. Ela conhece as necessidades, as peculiaridades, os desejos e angústias, muitas vezes não verbalizados pelo próprio paciente.

➤ **Oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível até o momento da sua morte:** Não se deve esquecer de que qualidade de vida e bem-estar implicam observância de vários aspectos da vida. Problemas sociais, dificuldades de acesso a serviços, medicamentos e outros recursos podem ser também motivos de sofrimento e devem ser incluídos entre os aspectos a serem abordados pela equipe multiprofissional.

➤ **Oferecer abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto:** A equipe multiprofissional, com seu trabalho abrangente, tem o intuito de observar o paciente sob todas as suas dimensões para que haja uma abordagem mais efetiva sobre os sintomas. Além disso, permite incluir a família no processo do cuidar e

estender o cuidado até o luto, que pode e deve ser realizado por toda a equipe, e não somente pelo psicólogo.

➤ **Promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis:** Através da prescrição de medicamentos, assim como, adoção de medidas não farmacológicas e abordagem dos aspectos psicossociais e espirituais.

Prestar CP visando cuidar do indivíduo em todos os seus aspectos implica na necessidade da atuação de uma equipe multiprofissional, incluindo várias especialidades médicas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, além de outros profissionais da saúde. O paciente na etapa final da sua vida deve ser assistido integralmente, e isto requer complementação de saberes, compartilhamento de responsabilidades, a fim de que demandas distintas se resolvam em conjunto para um mesmo fim, caracterizando o trabalho de uma equipe multiprofissional (HERMES; LAMARCA, 2013 e SILVA et al., 2013).

Evidencia-se, então, que a enfermagem se caracteriza como uma das categorias profissionais componentes da equipe multiprofissional no âmbito hospitalar, a qual tem no cuidado a essência de sua prática; cuidar é a ação presente em todas as teorias de enfermagem (SILVA et al., 2008).

Assim, pode-se afirmar que os CP estão intrínsecos à prática cotidiana dos profissionais de enfermagem (SILVA et al., 2008). E a enfermagem pode ser definida como ciência e arte da assistência ao doente em suas necessidades básicas. Ao se considerar os princípios dos CP, pode-se afirmar que a enfermagem busca colaborar para uma sobrevida mais digna e uma morte tranquila (MATOS; MORAES, 2006).

Na maioria das vezes, os profissionais da equipe de enfermagem entre outros profissionais da equipe multidisciplinar que cuidam de pacientes com doenças de maior gravidade são sabedores de que o prognóstico mais provável é a morte, e não, a recuperação do estado de saúde precedente. Para esses quadros com risco de morte iminente, os médicos, ao invés de persistirem em ações terapêuticas, direcionadas para a reversão e o prolongamento da vida à custa de sofrimento, direcionam sua conduta para intervenções que busquem o alívio e o conforto (FONSECA; MENDES Jr; FONSECA, 2012).

Amparar indivíduos com doenças progredidas e potencialmente fatais, assim como ajudar seus familiares em um dos momentos mais cruciais de suas vidas, é uma atividade ou um modelo de atenção à saúde que vem sendo denominado CP (MACIEL, 2012).

O CP deve estar baseado em princípios e não apenas em protocolos. O cuidado está indicado desde o diagnóstico, expandindo assim o campo de atuação da equipe. Indica-se não falar mais em terminalidade ou impossibilidade de cura, mas sim, em doença que ameaça a vida, ou, em possibilidades ou não de tratamentos modificadores da doença, afastando dessa forma o entendimento de que, não há mais nada que possa ser feito pelo doente (MATSUMOTO, 2012).

2.3 CUIDADOS PALIATIVOS E A ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Os avanços tecnológicos nas ciências químico-farmacológica, biológica e genética proporcionaram a realização de diagnósticos mais precisos e que nunca antes foram imaginados nos diversos ramos da medicina, promovendo dessa maneira, o resgate da vida. Tais conquistas levaram os profissionais a pensar que a luta contra a morte iria se tornar enfim uma realidade vitoriosa. No entanto, a realidade não é tão evidente (FIGUEIREDO, 2006).

O incremento e o desenvolvimento da ciência médica e tecnológica mudaram significativamente o curso e os resultados do tratamento de certas doenças. Soma-se a estes aspectos o processo de urbanização e industrialização. Sobre a égide destas questões, a expectativa de vida foi estendida, o envelhecimento da população aumentou o número de pacientes crônicos graves, e há atualmente um menor número de membros da família que pode ajudar os doentes (VASQUES et al., 2013, KOSCAK, VILA, 2014).

Nesse mesmo contexto evolutivo, as formações nas áreas de saúde passam por um momento de preocupação com os aspectos sociais como um todo, caracterizando-se pela solicitação de uma responsabilidade social do profissional de saúde, contrário aos aspectos puramente biológicos e mecanicistas que se desenvolveram depois da II Guerra Mundial. Desta maneira, os CP vêm acrescentar e aperfeiçoar esta visão de promoção da saúde (TAQUEMORI; SERA, 2008).

Dado que o morrer é um fenômeno universal, a Organização Mundial de Saúde tem caracterizado a necessidade de peritos em cuidados paliativos e cuidados de fim de vida como uma prioridade para a saúde global, em especial para o cuidado a pessoas com doenças fatais, câncer e outras doenças crônicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

A enfermagem participa deste processo de saúde/doença de um modo contínuo, além do emprego dos recursos técnicos e científicos, fornecendo o suporte necessário para assegurar a dignidade e a qualidade de vida dessas pessoas (VASQUES et al., 2013). De fato, a enfermagem em cuidados paliativos abarca o cuidado humanístico e abordagem holística para a assistência ao paciente (WU; VOLKER, 2012).

Considerando-se a ideia de que os cuidados de enfermagem para um paciente paliativo inclui o período anterior ao diagnóstico de uma doença incurável e o período após a morte do paciente, ajudando a família no luto e tendo em conta o papel único do enfermeiro na equipe de cuidados de saúde, pode-se confirmar que a enfermagem e os cuidados paliativos são parceiros naturais na prática clínica (KOSCAK, VILA, 2014).

Os pacientes na unidade de terapia intensiva são, por definição, os pacientes mais doentes em hospitais de cuidados agudos e enfrentam maior risco de morte do que qualquer outra população do hospital e normalmente requerem suporte avançado de vida, tais como a ventilação mecânica, drogas inotrópicas, ou diálise. Portanto, a equipe de enfermagem diariamente depara com o processo de morrer e os cuidados em terminalidade de vida nas unidades de cuidados intensivos. Desta forma, a equipe de enfermagem, por estar presente diariamente, é vital para o cuidado em fim de vida, pois são os únicos profissionais presentes 24 horas na cabeceira do paciente, e têm a oportunidade de observar comportamentos e ações que são obstáculos a uma morte pacífica e digna enquanto fornecem cuidados (TAHA; ASFOUR; KADRY ATTIA, 2016).

Os principais postulados da assistência de enfermagem para a promoção do CP são: a afirmação da vida - a morte é uma parte integrante da vida, promovendo a qualidade de vida - não é a quantidade que importa, mas a qualidade, o cuidado com um homem - uma pessoa, o apoio à família. As intervenções de enfermagem devem estar focadas em: gestão da dor e outros sintomas, emocional e apoio espiritual, preservação da dignidade, necessidades culturais, o apoio à vida mais ativa de um paciente como é possível, mantendo independência e evitando o isolamento, o apoio à família, questões éticas e legais (KOSCAK, VILA, 2014).

A equipe de enfermagem vivencia e compartilha momentos de amor e compaixão, aprende com os pacientes que é possível morrer com dignidade e clemência; oportuniza a certeza de não estarem sozinhos no instante final de suas vidas; proporciona cuidado holístico e atenção

humanística, integrados ao controle da dor e de outros sintomas; instrui o doente que uma morte tranquila e digna é seu direito. Faz parte ainda do trabalho do enfermeiro contribuir para que a sociedade perceba que é possível desassociar a morte e o morrer do medo e da dor (SILVA; ARAÚJO; FIRMINO, 2008).

A atuação do profissional enfermeiro compreende tarefas e relações que vão desde a interação com cada usuário do serviço de saúde até articulações mais complexas, com familiares, equipe de saúde multiprofissional e institucional, e está entre diferentes faces do processo de cuidado, desde a entrada até saída do paciente, seja pela alta hospitalar, seja pelo óbito. De modo específico, no âmbito dos CP, o enfermeiro exerce seu papel desenvolvendo ações práticas e gerenciais em maior concordância com a equipe multiprofissional, cujos profissionais, nesse momento específico do tratamento terapêutico, concentram seus discursos para a estrutura do cuidado paliativo ante a estrutura da cura (FIRMINO, 2009).

Trata-se de uma abordagem de enfermagem generalizada numa prática médica clinicamente especializada. Nesse espaço clínico, o enfermeiro deverá ocupar seu espaço profissional junto à equipe multiprofissional, desenvolvendo as capacidades clínicas intrínsecas ao controle dos sinais e sintomas e a comunicação genuína para agregar as ações dos diversos profissionais em função do benefício do paciente, de sua família e também da instituição (FIRMINO, 2009).

Um estudo que investigou a prática de enfermagem em cuidados paliativos aponta que a autonomia em relação aos cuidados e apoio centrado no paciente foram identificados como componentes chaves da prestação de CP e em terminalidade de vida. Os mesmos autores enfatizam que a confiança entre os profissionais envolvidos e pacientes podem apoiar a tomada de decisão mais ampla em torno do cuidado, mas também, ao nível dos cuidados diários (WILSON et al., 2014).

Os requisitos básicos para o desempenho da enfermagem paliativa consistem no conhecimento da anatomia e fisiologia humana, fisiopatologia das doenças malignas degenerativas, farmacologia dos medicamentos utilizados no controle dos sintomas apresentados, técnicas de conforto, bem como, a habilidade de estabelecer boa comunicação (MATOS; MORAES, 2006).

Uma vez que em UTI a identificação da presença de alguns sintomas como dor, delírios, alterações de sono, boca seca e medo em pacientes críticos é um desafio imposto pela redução das capacidades comunicativas destes decorrentes da diminuição do nível de consciência e da dificuldade respiratória, intensificada pelo uso de tubos

endotraqueais ou traqueostomias, a avaliação da presença destes sintomas e o bom controle dos mesmos são medidas fundamentais para o sucesso de uma estratégia de humanização e melhora da qualidade do atendimento aos pacientes e seus familiares (KRETZER, 2012).

Prestar um cuidado competente, qualificado e diferenciado ao fim da vida é responsabilidade de todos os profissionais de saúde, cada um focando um ângulo diferente, conforme sua formação e especialidade. Porém, a enfermagem e, notadamente, o enfermeiro, tem potencial para aperfeiçoar esse cuidado. No plano técnico, o enfermeiro é um excelente avaliador dos sintomas e suas intensidades (não apenas da dor): está mais atento aos sintomas de natureza não exclusivamente física, tem condições de auxiliar, prevenir complicações indesejáveis, tem a arte da manipulação das feridas e sabe como lidar com as limitações que vão surgindo diariamente. Limitações essas que são as maiores e mais importantes queixas dos pacientes (SILVA; ARAÚJO; FIRMINO, 2008).

As ações devem preservar a autonomia do paciente, exercitando sua capacidade de se autocuidar, reforçando o valor e a importância da participação ativa tanto do doente como de seus familiares nas decisões e cuidados, permitindo uma melhor vivência do processo de morrer. Quem realiza CP tem um desafio a mais: precisa necessariamente ser maleável, entender que é desejável atender às necessidades do paciente em detrimento de algumas normas e protocolos de serviço e, por vezes até, de algumas vaidades pessoais (SILVA, 2009).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa baseado no referencial teórico (RT) das Representações Sociais. A pesquisa qualitativa trabalha com um universo de significados capazes de responder a questões coletivas ou individuais, muito particulares, que correspondem a um espaço profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, portanto não podem ser reduzidos (MINAYO, 2013).

Para tanto, pode-se relacionar o fundamento de um estudo científico à adoção de um Referencial Teórico (RT). Uma vez que, RT é baseado em determinada teoria(s) e permite organizar e validar os dados coletados, fundamentar teoricamente as concepções ou vertentes conceituais adotadas no tratamento do objeto de estudo, permear a visualização clara e objetiva do material resultante do processo de coleta de dados e sustentar a discussão dos resultados (DUARTE; MAMEDE; ANDRADE, 2009).

Considerando o objetivo geral deste estudo, optou-se pela adoção da Teoria das Representações Sociais (TRS) como referencial teórico. A TRS permeia e possibilita a captação e a interpretação dos próprios participantes do estudo em relação à realidade que se almeja conhecer, permitindo a compreensão das atitudes e comportamentos do grupo social e realidade em questão (SILVA; CAMARGO; PADILHA, 2011).

As RS são também conhecidas como pensamento do senso comum, e são formadas para tornar familiar o desconhecido, permitindo atribuir sentido aos fatos novos ou desconhecidos (MOSCOVICI, 1976).

As representações sociais são entidades sociais individuais dotadas de significados na medida em que se constituem como guias utilizados pelos indivíduos para nortear suas interações coletivas e sociais (LEFEVRE; LEFEVRE, 2014).

Inicialmente é oportuno esclarecer que as representações sociais se referem a um fenômeno social e uma teoria científica que se propõe a explicá-lo (CAMARGO; WACHELKE; AGUIAR, 2007). Essa compreensão é importante uma vez que esse referencial é utilizado para sustentar análise e discussão dos dados.

Assim, as RS possibilitam que cada indivíduo signifique o universo a que pertence, favorecendo conhecer a prática isolada de determinados grupos. Isso permite à enfermagem realizar intervenções mais eficientes e capazes de respeitar as características específicas de cada grupo (SILVA; CAMARGO; PADILHA, 2011).

3.1 A HISTÓRIA E A ATUALIDADE DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A Teoria das Representações Sociais (TRS) veio para romper conceitos arraigados do campo da Psicologia Social, e vinculou-se como uma proposta inovadora, transformadora. Foi criada pelo psicólogo social Romeno Serge Moscovici, em 1961, na França, por meio da publicação da obra *La Psychanalyse, son image son public*, um dos marcos do desenvolvimento europeu da psicologia social, a qual se dedicou a apresentar os estudos do autor sobre opiniões, costumes e julgamentos que se espalhavam pela sociedade francesa da época a respeito da psicanálise, um novo tipo de conhecimento científico e práticas profissionais (JUSTO, 2012, MOSCOVICI, 1961,1976). Nos últimos anos vem sendo adotada “[...] como fenômeno central de estudos e como método no âmbito de investigações na área da saúde” (CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2007, p.4).

Embora o conceito de RS apresente simplicidade à primeira vista, remete a problemas debatidos a séculos por filósofos e, mais recentemente, passa a fazer parte da pauta de cientistas sociais. A obra *La Psychanalyse, son image son public*, de Moscovici, foi um marco de interesse para a época, que em 1976, após ser reformulada pelo próprio autor, teve nova edição, sendo posteriormente traduzida para outras línguas, inclusive o português (JESUÍNO, 2014).

Moscovici foi influenciado por vários teóricos ao elaborar a TRS entre eles Allport, Mead, Wundt, Le Bon, Freud. (FARR, 2011; CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2007). No entanto, a fundamentação para sua teoria se deu na sociologia clássica, mais especificamente, nas contribuições teóricas de Marx, Weber e sobretudo na de Durkheim (MOSCOVICI, 1978).

Esses teóricos que influenciaram Moscovici faziam a distinção de dois níveis de representação: o nível individual (Cultura) e o nível coletivo (Sociedade). Segundo esses teóricos, a principal razão desta distinção se devia ao fato de que, as leis que explicavam os fenômenos coletivos eram distintas das leis que explicavam os fenômenos no campo da individualidade (FARR, 2011).

Durkheim dividiu os fenômenos individuais e coletivos em termos de representações individuais e coletivas; enquanto que as representações individuais eram objeto de estudo da psicologia, as representações coletivas eram objeto de estudo da sociologia. Sua maior preocupação estava em estudar a sociedade (JUSTO, 2012; FARR, 2011).

Autores afirmam que Moscovici resgatou Durkheim ao elaborar a TRS uma vez que se baseou no conceito de Representações Coletivas proposto por Durkheim. No entanto, foi mais além, compreendendo as representações, não apenas como fatos observáveis, mas como fenômenos sociais (FARR, 2011; NÓBREGA, 2003; MOSCOVICI, 1978).

Para Durkheim, segundo Moscovici, há uma separação radical entre as representações individuais e coletivas. As representações coletivas se constituem em um instrumento explanatório e abarcam diferentes formas de saberes e pensamentos partilhados pela coletividade, permitindo haver uma classe geral de ideias e crenças – opinião, ciência, mito, crença, religião, entre outros. Já as representações individuais são um fenômeno puramente psíquico, irreduzível à atividade cerebral. É importante destacar que a representação coletiva não se reduz à soma das representações dos indivíduos que compõem uma sociedade (JUSTO, 2012; MOSCOVICI, 2003).

Para Durkheim, as representações coletivas teriam a capacidade de exercer determinada influência sobre os indivíduos, conduzindo-os a pensar e agir de maneira homogênea. Ele também acreditava que essa era uma forma de pensamento estável, não estando propensa a grandes transformações ao longo de sua transmissão, ou seja, não mudariam com o passar das gerações. Sendo assim, esse fenômeno social era visto como estático e impermeável, não estando vulnerável às mudanças individuais (JUSTO, 2012). Moscovici (2003, 1978) reconhecia pontos relevantes nas representações coletivas, no entanto, afirmou que alguns deles seriam inadequados para a sociedade contemporânea, pois esta apresenta uma gama de sistemas religiosos, filosóficos, artísticos e políticos. O que não faria do ser humano um ser estático, mas sim, dinâmico e ativo no processo de construção da sociedade.

As RS de Moscovici (1961/1976), por sua vez, referem-se a fenômenos diferentes do proposto por Durkheim em relação às representações coletivas. O termo tradicional *representação coletiva*, indicava um conceito estático e homogêneo, e o novo termo *representação social*, indica um fenômeno e caracteriza-se pela dinamicidade, heterogeneidade e por se reportar a grupos específicos, e não, à sociedade como um todo (MOSCOVICI, 2012).

O período da década de 60, sociopolítico posterior à Segunda Guerra Mundial, foi quando Moscovici elaborou o conceito de representação social, período esse construído por uma sociedade ativa e pensante, na qual a comunicação em massa disseminava uma série de informações para indivíduos ativos e que não eram meros receptores.

Nesse meio social não havia tempo suficiente para a criação e solidificação de tradições ou crenças estáveis como proposto por Durkheim (JUSTO, 2012, FARR, 2011). Sendo assim, as RS se tratam de um fenômeno característico da sociedade moderna, não podendo ser homogêneo ou estático, uma vez que são produzidos pela coletividade e contribuem para o processo de formação de condutas e de orientação das comunicações sociais (MOSCOVICI, 2012 e 1976).

3.2 A ABORDAGEM CONCEITUAL E PRESSUPOSTOS TEÓRICOS DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A palavra representação é definida como “[...] exposição escrita ou oral de motivos, razões, queixas etc..., consiste na operação pela qual a mente tem presente em si mesma a imagem, a ideia ou o conceito que correspondem a um objeto que se encontra fora da consciência” (HOUAISS, 2001).

Representar significa rerepresentar, ou seja, é a capacidade de explorar um significado, por (às) vezes inconsciente e subjetivo. Não existe realidade objetiva, visto que ela é rerepresentada, adaptada e reconstruída no sistema cognitivo de um indivíduo e/ou coletividade e integrada no seu sistema de valores, que varia de acordo com o contexto social, ideológico e histórico (MORERA, et al, 2015).

Enquanto a palavra social é definida como o que “[...] concerne à sociedade, sendo relativo à comunidade, ou conjunto dos cidadãos de um país; coletivo tornando-se conveniente à sociedade ou próprio dela” (HOUAISS, 2001).

Em síntese, para Moscovici, “[...] a RS é uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre os indivíduos” (MOSCOVICI, 1978, p. 26). “[...] Uma representação provém de origens diversas e reúne experiências, linguagens, opiniões, conceitos e condutas distintos, capazes de representar algo e conferir-lhe significado”. É genuinamente distinto, porque culmina ao fato de que “todas as coisas são representações de alguma coisa” (MOSCOVICI, 1978, p. 62-63).

As RS têm sua origem na vida cotidiana ao longo das relações interpessoais. Na sociedade contemporânea são um conjunto de conceitos e elucidações, que se equivalem aos mitos e crenças das sociedades tradicionais. Pensadores se referem às RS como a versão contemporânea do senso comum (JODELET, 2001, CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2007).

As RS expressam o senso comum, o saber prático, o conhecimento que foi elaborado socialmente. O conhecimento quando tomado como verdade, aceito, organizado e partilhado, é uma representação social em determinado grupo social (REIS; BELLINI, 2011).

Uma representação é sempre a significação de algo para alguém e permite compreender os processos simbólicos das condutas e comportamentos humanos. Essa relação entre o sujeito e o objeto está intrínseca às relações sociais e, por isso, deve ser interpretada dentro desse contexto, visto que a representação tem sempre um caráter social (MORERA, et al, 2015).

Ou seja, tem relação direta à forma de interpretação e tradução do conhecimento que emerge da vida cotidiana das pessoas no decorrer da comunicação interpessoal. Pode-se então afirmar que RS é um fenômeno organizado sob a forma de um saber a respeito de determinada realidade, constituído por complexos e diversos elementos (informativos, cognitivos, ideológicos, normativos, crenças, valores, atitudes, opiniões, etc.) (JODELET, 2001).

Ao longo dos anos, após a publicação de Moscovici, a TRS ainda contém contradições e dilemas que necessitam ser explicados. Isso se deve, talvez ao fato de que Moscovici não determinou uma teoria forte e fechada, mas sim, uma teoria capaz de ilustrar diversos fenômenos e objetos do mundo social (GUARESCHI, 1996). As principais críticas a essa teoria tangem às contradições entre indivíduo e sociedade e a construção dessa relação (JOVCHELOVITCH, 2011).

Isso porque, a RS sempre irá manifestar as características de algum objeto e de alguém (sujeito), fazendo assim com que, nem todo o conhecimento possa ser considerado RS; somente aquele que faz parte da vida cotidiana das pessoas (JODELET, 2001).

A TRS proposta por Moscovici busca operacionalizar o pensamento social em dois universos: o consensual e o retificado. O universo consensual representa o mundo no qual se está inserido, e no qual se encontra o ser humano presente em todo o tempo (sociedade), sendo assim de domínio individual e coletivo, possuindo uma voz humana, que os faz agir e reagir como ser humano (MOSCOVICI, 2003). Este universo se constitui através das conversas informais, opiniões do dia a dia, ou seja, no cotidiano. Nele as RS se constroem de forma natural e espontânea, com grande frequência, considerando a singularidade do indivíduo, suas opiniões sobre suas vivências e a realidade em que está inserido, seja em ações particulares (trabalho) ou da interação pessoal (com familiares, amigos e demais pessoas que

interage diariamente). Nesse universo a RS é o senso comum, acessível a qualquer pessoa (PADILHA; SILVA; COELHO, 2007).

No universo retificado, também conhecido como científico, “a sociedade é transformada em um sistema de entidades sólidas, básicas, invariáveis, que são indiferentes à individualidade e não possuem identidade” (MOSCOVICI, 2003, p.50). Para Moscovici, esse universo consiste no espaço científico, um conhecimento especializado com formas adequadas de linguagem e uma hierarquia estabelecida (REIS; BELLINI, 2011; PADILHA; SILVA, COELHO; 2007, MOSCOVICI, 2003).

“Para que nesse processo aconteça o novo, desconhecido, o não familiar precisa tornar-se conhecido, familiar”. Fala-se então, de outros conceitos, estruturas que embasam a teoria de Moscovici.

A estrutura de toda RS possui duas faces: a face figurativa (relacionada ao processo de objetificação) e a face simbólica (relacionada ao processo de ancoragem); ambas fazendo compreender que em todo sentido há uma figura, e em toda figura há um sentido (PADILHA; SILVA, COELHO; 2007, MOSCOVICI, 1976).

E para que a RS possa ser um objeto compartilhado por um determinado grupo, dois processos geradores são necessários para estruturar essa representação: a ancoragem (face simbólica) e a objetificação (face figurativa) (MOSCOVICI, 1981). Sendo assim, considera-se os processos de “ancoragem” e “objetivação” como mediadores das RS de determinado grupo social (COELHO; SILVA; PADILHA, 2009).

No processo de ancoragem, transforma-se algo estranho ao sistema particular de categorias em algo familiar, resgatando-se a partir do que já é conhecido, busca-se um sentido, um significado, seja nas crenças, nos valores, na trajetória de vida, tornando-se algo conhecido, sendo capaz de ligá-lo a um ponto de referência reconhecível (PADILHA; SILVA, COELHO; 2007). Ao incorporar algo que até então era desconhecido à rede de categorias já existente o torna membro desta categoria. Ou seja, fixar algo em uma coisa que já é conhecida, isso é ancorar (MOSCOVICI, 1981, 2003).

No processo de objetivação se busca transformar algo abstrato em algo concreto, o simbólico passa a ser real, em um processo simultâneo, transforma-se o abstrato em real, materializa-se o imaginável (PADILHA; SILVA, COELHO; 2007). Possibilita tornar o novo conhecido a partir do que já se conhece, transferindo o que está na mente para o físico, a fim de torná-lo visível. A objetivação satura o

conceito desconhecido de realidade, transformando-a em uma massa de construção da própria realidade (MOSCOVICI, 1981).

3.3 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E AS PESQUISAS EM SAÚDE E ENFERMAGEM

O uso teórico e metodológico das RS no contexto da pesquisa em enfermagem e ciências sociais tem se caracterizado pela sua pluralidade e complexidade conceitual nos estudos de mestrado e doutorado e se apresenta como uma escolha que possibilita a compreensão de uma realidade concreta (MORERA, et al, 2015).

Um estudo publicado em 2007, cujo objetivo foi analisar o desenvolvimento metodológico das pesquisas divulgadas em jornadas internacionais, utilizando Representações Sociais (RS), demonstrou que, quando levada em consideração a saúde como área de aplicação, esta teve um crescimento expressivo, nos anos de 1998 a 2005, com um aumento de 13,4% entre os anos citados (CAMARGO; WACHELKE; AGUIAR, 2007).

Outro estudo, este bibliométrico, que considerou o uso da Teoria das Representações Sociais (TRS) em dissertações e teses em enfermagem, mostra que estudos desenvolvidos sob a luz dessa teoria têm sido cada vez mais constantes no âmbito da saúde e enfermagem, porque permitem aos pesquisadores compreender o modo como os indivíduos cuidam da sua saúde, seus costumes, valores, e significados frente ao adoecimento e à terapêutica. Ou seja, oferece suporte teórico a fim de compreender o processo saúde/doença para além do modelo biomédico (SILVA; MARTINI; BECKER, 2011).

Isso se torna possível, pois a RS permite conhecer a forma como o sujeito (indivíduo ou grupo) adquire a capacidade de definição, e concretiza o valor simbólico das coisas, ou seja, fornece identidade aos fatos e não apenas compreende um objeto particular (MOSCOVICI, 2012). As RS são expressas por palavras, sentimentos, condutas e se perpetuam, devendo ser analisadas a partir da compreensão das estruturas e comportamentos sociais.

Isso faz com que a utilização das RS no campo da pesquisa em enfermagem e saúde, favoreça a identificação de informações peculiares a objetos de estudos em saúde, permitindo contribuir no reconhecimento e estruturação de ações frente a determinados fatos relacionados ao processo saúde/doença (DUARTE; MAMEDE; ANDRADE, 2009).

Para que houvesse essa consolidação das RS em pesquisas na área da saúde, alguns pontos foram importantes, dentre eles: o caráter interdisciplinar dos objetos de estudo que tem justificado a articulação

da TRS com os atuais paradigmas da área da saúde e a pesquisa voltada para a construção de um conhecimento sobre saúde e doenças tradicionais ao senso comum (OLIVEIRA, 2011).

Reconhecer a existência de uma forma específica de saber, o senso comum, e suas relações com a constituição de um saber técnico científico, permite compreender as relações dos sujeitos com a saúde, assim como, constituir variáveis explicativas para a discrepância expressa pelos dados epidemiológicos, e o acesso dos sujeitos ao modelo médico assistencial. Além disso, é por meio das RS que ficam evidentes os limites de efeito das campanhas educativas, orientação e promoção da saúde, prevenção de doenças e adesão aos tratamentos (JODELET, 2001).

Sendo assim, a partir do momento em que o pesquisador conhece e se apropria das RS de determinados agentes sociais, é capaz de estabelecer medidas direcionadas à realidade desse grupo, favorecendo uma atenção diferenciada. Dessa forma, fica evidente a importância das RS no campo de atuação em saúde e especificamente na enfermagem, permitindo e permeando medidas além do campo teórico, capazes de estabelecer modificações para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos a partir do conhecimento e atuação específica para cada realidade (GONÇALVES, 2012; COELHO; SILVA; PADILHA, 2009).

Para tanto, justifica-se o uso das RS como RT desse trabalho, uma vez que se acredita que, compreendendo as representações dos enfermeiros atuantes na TI, será possível desenvolver conhecimento e compreensão específicos sobre a prática diária desses profissionais, propiciando um reconhecimento diferenciado desse grupo, capaz de subsidiar e sugerir a implementação futura de condutas específicas.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 TIPO DO ESTUDO

Com vistas à compreensão da realidade proposta pelo objeto de estudo concomitante ao abarcamento dos objetivos da presente pesquisa, optou-se pela execução de um estudo de natureza exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa baseado no referencial teórico das representações sociais.

A pesquisa exploratória é classificada como a primeira pesquisa realizada sobre o assunto em determinado local. Tem como objetivo primordial descrever características de grupos, conhecer processos e levantar opiniões, atitudes e crenças de uma população específica e servir de embasamento para o desenvolvimento de pesquisas mais explicativas que poderão ser desenvolvidas posteriormente (GIL, 2010).

A fase exploratória da pesquisa tem a importância fundamental de superar o empirismo e acurar as abordagens das questões sociais sobre determinado fenômeno permitindo ao pesquisador se aproximar dos participantes da pesquisa, de suas angústias, contextos e dos fenômenos sociais vivenciados (MINAYO, 2013; CREWEL, 2010).

Quanto à abordagem descritiva, dentre outras finalidades, permite levantar opiniões, atitudes e crenças de determinada população. Ela retrata as características de um grupo de sujeitos, fenômeno, ou de uma experiência, permitindo o detalhamento minucioso de um determinado contexto. O pesquisador levanta dados, como idade, sexo, faixa etária, renda e ocupação. Todos os dados a fim de descrever, ou caracterizar a população pesquisada (GIL, 2010).

A opção por um estudo do tipo exploratório se faz, uma vez que se trata do conhecimento de um processo/fenômeno pouco explorado no campo científico e na prática em saúde, que são as Representações Sociais/significados estabelecidos pelos enfermeiros acerca do CP na TI. É descritivo, pois permitirá expandir o conhecimento sobre o assunto e descrever com certa precisão os fatos e fenômenos vivenciados pelos participantes escolhidos para o cenário deste estudo.

A escolha pelo método qualitativo ocorreu, pois o mesmo considera que há um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do indivíduo que não pode ser traduzido em números, demonstrando que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o participante (GIL, 2010). Portanto, através da atividade interpretativa que tem o pesquisador em relação ao que ouve, vê e compreende dos

participantes, é capaz de dar visibilidade ao mundo natural e os fenômenos aos quais se propõe pesquisar (CRESWEL, 2010).

Sendo assim, pesquisa qualitativa é considerada um método direcionador para o estudo da história, das experiências vividas, sentidas e pensadas, dos valores e atitudes num espaço de relações e das representações das crenças. Nesse sentido, é um estudo de conhecimento de um universo de questões subjetivas, uma realidade a qual não cabem quantificações (MINAYO, 2013).

4.2 AGENTES SOCIAIS DA PESQUISA

Os participantes deste estudo foram enfermeiros com atuação em UTI. Estabeleceram-se como critérios de inclusão: profissionais com experiência de no mínimo um ano na assistência a pacientes adultos em cuidado paliativo em UTI, podendo a experiência ser atual ou passada no máximo há cinco anos. Determinou-se esse período por acreditar que a experiência profissional menor do que um ano não é suficiente para o enfermeiro significar o que representa o cuidado paliativo no contexto da terapia intensiva, e há cinco anos porque antes desse tempo não era adotado o CP nas UTIs da grande Florianópolis/SC, Brasil. Foram excluídos os profissionais que não estivessem atuando ou residindo na região metropolitana de Florianópolis/SC, Brasil.

Cabe informar que, com relação à Unidade de Terapia Intensiva Adulto a RDC n. 7 a define como “UTI destinada à assistência de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, podendo admitir pacientes de 15 a 17 anos, se definido nas normas da instituição” (RDC n. 7, 2010).

O manejo de crianças na fase final de sua vida exige fundamentos bioéticos e habilidades de comunicação e estratégias na assistência em CP, e tem sido alvo de receios de ordem legal e falta de ensino em treinamentos. Em consequência disso, pediatras e intensivistas pediátricos mantêm suas condutas ao extremo da medicina curativa, mesmo em casos em que esta prática estaria visivelmente ineficaz (LAGO; PIVA, 2012). Isso mostra que o perfil de pacientes atendidos pode alterar a conduta dos profissionais em determinadas ações, para tanto, a participação nesta pesquisa estará limitada àqueles que tenham atuado, ou atuam como enfermeiros em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI-A).

Considerando que o objetivo desse estudo é compreender as representações sociais de enfermeiros acerca do CP a pacientes adultos em TI, e que representações sociais são formas de conhecimentos

produzidas ou elaboradas coletivamente, por um grupo social, o número de sujeitos constituintes da amostra precisou ser significativo a fim de representar um grupo (PADILHA; SILVA; COELHO, 2007). Isso porque, nas pesquisas de representação social, os depoimentos são discursos de indivíduos que, por meio deles, expressam representações de posicionamento ou formas de ver o mundo (MINAYO, 2013).

O estudo aconteceu conforme a amostragem por Bola de Neve – *snowball* ou *snowball sampling* -, técnica de escolha não aleatória dos participantes, usada em métodos qualitativos em populações escondidas ou de difícil acesso. Essa técnica foi apresentada por Goodman em 1961, e concede aos informantes da pesquisa indicar outros participantes para o estudo, permitindo identificar pessoas bem informadas sobre o assunto (BIERNACKI; WALFORD, 1981, APPOLINÁRIO, 2006).

Sendo assim, por meio da amostragem em Bola de Neve(,) foram recrutados de forma não probabilística, 30 agentes sociais, por possibilitar diferentes opiniões ao universo dessa pesquisa, abrangendo um número significativo de possíveis portadores de ideias diferentes em relação ao problema pesquisado.

O número de participantes, portanto, foi delimitado *a priori*; uma vez que, segundo Creswell (2014), estima-se que estudos de abordagem qualitativa podem envolver de 20 a 30 participantes. Considerando que a pesquisa de RS de acordo com Lefevre; Lefevre (2012), trata-se de uma pesquisa de opinião, é, portanto necessário um número considerável de participantes, optou-se então por essa seleção *a priori* e não por saturação de dados.

Tendo em vista que os participantes da pesquisa foram selecionados de forma não aleatória, não foi possível determinar a probabilidade de seleção de cada participante na amostra. O que pode ser considerado uma vantagem desse método, pois, em uma população oculta, é mais fácil um membro da população conhecer outro membro do que o pesquisador identificar os mesmos, constituindo um fator de relevância na escolha desse método em pesquisas que pretendem explorar situações sociais específicas (ALBUQUERQUE, 2009).

A mesma autora afirma que os primeiros participantes contatados na aplicação da pesquisa são as “sementes”, que devem ter conhecimento do local, das pessoas que fazem parte desse local e do fato que se pretende estudar. Esse mesmo indivíduo (a “semente”) indicará outra(s) pessoa(s) de seu relacionamento (ou de seu conhecimento) para que também participe(m) da amostra, sendo estes os “filhos” das “sementes”. Ou seja, na amostragem em Bola de Neve, os participantes iniciais do estudo indicam novos participantes que por sua

vez indicam novos participantes e, assim, sucessivamente (ALBUQUERQUE, 2009).

O participante inicial foi selecionado por conveniência, uma vez que apresentou facilidade de acesso à pesquisadora, possuía os critérios de inclusão e aceitou o convite para participar da pesquisa. Ao término da coleta de dados com o primeiro entrevistado, este foi convidado a indicar seis participantes. Então se iniciou a etapa de contato com esses seis participantes para possível agendamento da coleta de dados.

Por isso, é possível identificar na Figura 3, que uma das “sementes” indicada pelo participante 1, encontra-se nomeado como participante 20. Isso porque no esquema de demonstração do processo de coleta simulado nessa figura, as “sementes” estão organizadas conforme indicação dos participantes, porém, nomeadas de acordo com a ordem de participação na pesquisa.

FIGURA 3 - Organização dos agentes sociais participantes conforme ordem de indicação. Florianópolis/SC, Brasil, 2016.



Fonte: Elaborado pela autora.

Ao término da coleta de dados com cada um dos participantes foi lhes solicitado indicar até quatro novos participantes para a pesquisa e informações destes como nome completo, local de trabalho, telefone para contato, para então sair a campo para também os recrutar, e assim, sucessivamente, até que fosse alcançada a amostra pré-estabelecida de no mínimo 30 agentes sociais.

Albuquerque (2009) lembra que em alguns estudos a “semente” e os “filhos da semente” recrutam o maior número de pessoas possível; em outros, e no caso desse estudo, a própria pesquisadora efetuou esse recrutamento, por meio de agentes que atuam em um dado campo, com conhecimento aprofundado e trânsito dessa comunidade específica – UTI-A da Grande Florianópolis/SC.

4.3 LOCAL E CONTEXTO DO ESTUDO

Como a amostragem se deu com a técnica da Bola de Neve, também conhecida no Brasil como “cadeia de informantes” (ALBUQUERQUE, 2009), essa cadeia na presente pesquisa foi limitada geograficamente à região metropolitana de Florianópolis/SC.

Florianópolis é a capital do estado brasileiro de Santa Catarina, também conhecida como “Ilha da Magia”. A área do município compreende 436,5 m², com uma população de aproximadamente 461.525 habitantes conforme estimativas do IBGE, 2014. É o segundo município mais populoso do estado de Santa Catarina (após Joinville) (PREFEITURA, 2015).

A região metropolitana de Florianópolis é constituída de nove municípios, sendo eles: Águas Mornas, Antônio Carlos, Biguaçu, Florianópolis, Governador Celso Ramos, Palhoça, Santo Amaro da Imperatriz, São José e São Pedro de Alcântara (GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA, 2014).

Como o objetivo desta pesquisa foi conhecer o significado estabelecido pelos enfermeiros que atuam ou atuaram em UTI, sobre o tema em questão, tornava-se irrelevante saber qual a instituição de atuação desses profissionais. Desse modo, pretende-se formar uma “cadeia de informantes”, localizados em tempos e espaços diferentes, mas ligados por um fio condutor, o Cuidado Paliativo em UTI.

Sendo assim, o estudo não ocorreu em um local determinado, uma vez que se organizou conforme a indicação dos participantes. Os profissionais indicados como agentes sociais eram contatados, visando confirmar os critérios de inclusão na pesquisa e, convidados a participar da mesma, respeitando os preceitos éticos em pesquisa.

Com exceção de quatro participantes, os outros solicitaram que as entrevistas fossem agendadas em local e horário de trabalho. Em virtude disso, fizeram-se necessárias as autorizações das instituições hospitalares (Anexo A) para entrada na instituição e realização das entrevistas em horário de trabalho.

4.4 COLETA DE DADOS

Antes da realização da coleta de dados o projeto de pesquisa foi submetido à avaliação ética, de modo a atender às recomendações da Resolução n. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, envolvendo seres humanos, aprovado sob o Parecer n. 1.021.548, de 13 de abril de 2015, CAAE: 43385215.4.0000.0121 (Anexo B).

Posterior à aprovação do CEP, teve início a coleta de dados que ocorreu de abril a agosto de 2015. A TRS pressupõe que a técnica de escolha para coleta de dados deve explorar a subjetividade, permitindo a interação entre o indivíduo ou grupo social e o objeto de representação explorado. Sendo assim, admite uma diversidade de técnicas de coleta de dados a exemplo das entrevistas em profundidade: questionários, técnicas de associação livre de palavras, observação do participante, grupo focal, técnica projetiva de desenho livre entre outros (PADILHA; SILVA; COELHO, 2007; REIS; BELLINI, 2011).

A opção pela modalidade de entrevista se deu pela natureza do estudo (qualitativo) e pelo objetivo geral desse estudo requerer perguntas abertas e com flexibilidade, visto que, a entrevista é indispensável para apreender a experiência dos participantes, para elucidar suas condutas, para identificar e compreender o sentido que os atores sociais conferem às suas ações (CRESWEL, 2010).

Dentre os tipos de entrevista, encontra-se a entrevista semiestruturada, que combina um roteiro de perguntas fechadas e abertas, não se limitando ao mesmo, permitindo ao entrevistado discorrer sobre o tema em questão. Portanto, a entrevista semiestruturada facilita e assegura a abordagem das hipóteses ou pressupostos do pesquisador, direciona-se a entrevista ao objeto de estudo, uma vez que permite ao entrevistador se manter atento para dirigir a discussão ao assunto que lhe interessa, fazendo inclusive perguntas adicionais não previstas no roteiro (MINAYO, 2013).

O roteiro de coleta de dados contemplou dados referentes à caracterização dos participantes e perguntas abertas acerca do cuidado paliativo (Apêndice B). Também, optou-se por incluir no roteiro de dados, ao final da entrevista, uma orientação para que os participantes,

por meio de um desenho, representassem o significado do cuidado paliativo na sua concepção.

Foram fornecidas, ao final da entrevista, uma prancheta com uma folha branca de papel A4, uma caixa de lápis de cor e canetas coloridas, permitindo ao participante representar por meio de um desenho o significado do CP, configurando uma segunda estratégia de investigação proposta pelas RS. Levou-se em consideração a escolha deste método, devido ao fato de que o conhecimento de um objeto por parte do sujeito é produzido graças às representações elaboradas em sua mente. Por isso, pode-se afirmar que as RS são constituídas por imagens que estão estruturadas e se organizam para evidenciar/significar a realidade de um indivíduo. Além do desenho, as RS também são relacionadas à ação e à reflexão, a elementos informativos, cognitivos, ideológicos, normativos, crenças, valores, atitudes e opiniões (MORERA, et al, 2015). Ressalta-se que nenhum dos participantes se opôs a esse momento da coleta de dados.

As Representações Sociais são idealizadas como uma rede de conceitos e imagens interativas que obedecem à ordem do imaginário, condensando por meio das imagens os significados, permitindo interpretar e classificar uma realidade, cujos conteúdos estão em constante evolução (MORERA, et al, 2015).

As entrevistas foram realizadas, mediante agendamento prévio com os profissionais, em local e horário determinado em comum acordo entre pesquisadora e participante. O local atendeu aos critérios: ausência de ruídos, sem interrupção e que mantivesse a privacidade do entrevistado (a) e da pesquisadora.

No primeiro momento de contato pessoal ambos, para o início da coleta de dados, foram lembrados os objetivos do estudo e a importância da participação na pesquisa. Ao concordar em participar do estudo, o participante era convidado a ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice C).

Posteriormente à assinatura do TCLE, iniciava-se a entrevista, gravada (mediante autorização descrita no TCLE) com o auxílio de um gravador de voz digital. O áudio garantiu a fidedignidade e exatidão de cada minuto e segundo de gravação das falas, auxiliando em posterior transcrição literal das informações via Office Microsoft Word 2007 e auxiliando aos pontos dos depoimentos aos quais fosse necessário retornar, garantindo sucesso na transcrição.

A transcrição literal e precisa das gravações é uma etapa crítica da preparação da análise de dados, capaz de garantir à pesquisadora

validade nas reflexões e totalidade da entrevista (POLIT; BECK, 2011). O tempo médio de duração das entrevistas foi 34 minutos.

Para garantir a confidencialidade dos participantes, os mesmos foram identificados pela letra “E”, de enfermeiro, seguido do número da ordem da entrevista (Ex: E1, E2...).

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

O período da análise de dados foi concomitante à coleta de dados. A análise de dados parte do pressuposto de organizar dados brutos fornecendo uma estrutura e obtendo significados aos mesmos. Não há regras universais de análise, mostrando-se um desafio ao pesquisador, uma vez que exige habilidades indutivas a fim de proporcionar uma boa análise e equilibrar a necessidade de concisão sem perder a riqueza e o valor indicativo de seus dados (POLIT; BECK, 2011).

A análise em pesquisa qualitativa objetiva penetrar nos significados mais profundos e amplos dos dados. Envolve a identificação, descrição, compreensão e interpretação de um material denso e bruto. Sendo assim, exige um processo contínuo de reflexão uma vez que busca aumentar o volume, a densidade e a complexidade dos dados (MINAYO, 2013; CRESWELL, 2010).

Com a pretensão de se articular a técnica de análise de dados com o referencial teórico das RS, optou-se pela técnica de análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Haja vista que a utilização do DSC, como método de tratamento e análise dos dados em pesquisas de representações sociais, permite maior objetividade e confiabilidade no processo interpretativo dos dados, além de favorecer a construção de discursos que representam as vozes do grupo de indivíduos do estudo. Isso por que, na forma de DSC, as RS são expressas de uma maneira bem próxima da real opinião e de como elas são praticadas pela coletividade de agentes sociais (LEFEVRE; LEFEVRE, 2014).

A técnica de análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) consiste no processamento dos depoimentos individuais obtidos através dos agentes sociais estudados, originando discursos únicos, capazes de representar as ideias centrais expressas pela coletividade. Esse processo metodológico é embasado na Teoria das Representações Sociais, idealizada por Moscovici, em 1976 (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

O DSC é um recurso metodológico que permite o resgate das opiniões coletivas através de pesquisas individuais de opinião. Nas pesquisas com DSC, o pensamento individual é explorado por entrevistas com questões abertas, fazendo com que o pensamento e a

representação social de um determinado fato individualmente internalizado venham à tona. (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2012).

Este indivíduo traz as representações de um sujeito carregando, através da sua fala e expressando por meio de uma prática discursiva, também os conteúdos (expressos) coletivos, ou seja, das representações semanticamente equivalentes disponíveis na sociedade e na cultura e adotadas por seus “colegas de representação”, os agentes sociais da pesquisa (LEFEVRE; LEFEVRE, 2014).

O DSC é uma técnica, para organizar e tabular os dados de uma pesquisa qualitativa onde são analisados depoimentos individuais capazes de expressar o pensamento de uma coletividade. Em síntese, juntando os discursos individuais, cria-se o pensamento de uma coletividade. Portanto, após sua construção o discurso coletivo é expresso na primeira pessoa do singular, permitindo demonstrar a imposição social ao individual uma vez que os discursos passam expressar à representação social de uma coletividade (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

O objetivo primário da criação da técnica do DSC foi, em harmonia com os princípios da RS, personalizar o discurso, atribuindo-lhes um sujeito discursivo que permite expressar as suas falas e por elas ser representado (LEFEVRE; LEFEVRE, 2014).

Para a construção do DSCs, são necessárias quatro figuras metodológicas conforme Lefevre; Lefevre (2012):

✓ **Expressões chaves (ECHs):** São pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso, selecionados pela pesquisadora e que representam a essência do conteúdo da questão em análise. Com o conteúdo das ECHs é construído o DSC.

✓ **Ideias Centrais (ICs):** São descrições resumidas e objetivas dos sentidos de cada um dos depoimentos analisados. Podem ser descrições diretas revelando o que foi dito, ou descrições indiretas sobre o tema do discurso do sujeito. Devem ser concisas e respeitar o conteúdo e o sentido da resposta emitida pelo agente social, capazes de identificar a/as ideias que ela expressa.

✓ **Ancoragem (AC):** É uma figura metodológica, que contém traços linguísticos explícitos de manifestação da crença do sujeito que discursa e que estão internalizados no mesmo.

✓ **Discursos do Sujeito Coletivo (DSCs) propriamente dito:** Reunião das ECHs presentes nos depoimentos, que têm ICs ou ACs com o mesmo significado ou significado complementar de pensamento.

Os dados coletados foram processados e organizados com o auxílio do *software Qualiquantisoft*® do Discurso do Sujeito Coletivo

(DSC) versão 1.3c. Esse *software* permite o registro das quatro figuras metodológicas descritas anteriormente.

O *software* possibilita o registro da descrição das características dos entrevistados, categorização das Ideias Centrais por perguntas realizadas, o quantitativo de agentes sociais que aderiram a cada uma das categorias e a construção do DSC por questão e por categoria (LEFEVRE e LEFEVRE, 2012).

O primeiro passo na utilização do *software* foi o cadastro da pesquisa seguido do cadastro dos participantes do estudo com as suas características sociodemográficas. Posterior ao cadastro dos participantes se iniciou o registro das perguntas conforme o roteiro de entrevista. Em seguida ocorreu a transcrição total do conteúdo das respostas de cada participante a cada pergunta.

O primeiro passo da análise propriamente dita é identificar e apontar em cada um dos discursos, as ECHs. O segundo passo, deve-se identificar e nomear as ICs e as ACs se estiverem presentes, a partir das ECHs. O terceiro passo consiste em distinguir e reunir as ICs que possuem o mesmo sentido. O quarto passo é separar em grupos (A, B, C, etc), e criar uma ideia central para cada grupo que expressem todas ICs de sentidos iguais. O quinto e último passo é a construção do DSC (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

Posterior à construção do DSC, procedeu-se a realização da transcrição, com a finalidade de reestruturar possíveis erros de fonética na língua portuguesa. Este processo foi realizado de forma digital no editor de textos Word.

A discussão dos DSCs está amparada pelo referencial teórico das Representações Sociais e pela sustentação teórica apresentada nos capítulos anteriores.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH), via Plataforma Brasil sistema CEP/CONEP. Somente após a aprovação do CEPSH (Parecer n. 1.021.548, de 13 de abril de 2015 - Anexo B) é que foi realizado o primeiro contato com os possíveis participantes.

O estudo foi desenvolvido obedecendo a Resolução n. 466/12 aprovada em plenário de Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), a qual preconiza diretrizes que respeitem os princípios de beneficência, não maleficência, autonomia e justiça. Tais

princípios foram observados e respeitados incondicionalmente durante todo o processo do estudo.

Nesse sentido, todos os participantes da pesquisa receberam individualmente todas as orientações referentes ao desenvolvimento do estudo. Foi garantido o sigilo ao participante e explicitados, resumidamente, os objetivos da pesquisa e a justificativa de escolha do entrevistado. Após devidamente informados, foram convidados a participar voluntariamente, dando-se oportunidade para as indagações que achassem necessárias ao longo da coleta de dados e da pesquisa, assim como a liberdade para desistência em qualquer momento do desenvolvimento do estudo.

Os participantes que manifestaram desejo em participar voluntariamente da pesquisa após esses esclarecimentos receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), para assinar, sendo que uma cópia ficou em poder do participante, e a outra, com a pesquisadora principal.

Ainda buscando respeitar a autonomia dos participantes, as transcrições, por sua vez, foram realizadas pela própria pesquisadora e ficarão em posse da mesma, em banco de dados próprio e restrito, por um período de cinco anos, a fim de respaldar possíveis esclarecimentos e ajustes nos processos de publicação subsequentes, sendo eliminadas após esse período.

Observando os princípios de beneficência, não maleficência e justiça foram assegurados aos participantes a integridade tanto física como psicológica, ao esclarecer que estavam previstos riscos de cunho psicológico e emocional advindos da reflexão sobre lembranças ou sentimentos que porventura sensibilizaram o participante ao cuidar de pacientes em cuidado paliativo. A pesquisadora se comprometeu a fornecer suporte emocional caso o participante sentisse qualquer desconforto ou constrangimento que pudesse estar relacionado à participação na pesquisa. Se esse julgasse necessário, a entrevista seria interrompida por tempo indeterminado, até que o mesmo que se considerasse reestabelecido emocionalmente para o término da entrevista. Sendo necessário, a pesquisadora seria responsável por encaminhar o participante ao serviço de referência da rede pública de saúde para assistência e suporte emocional.

A confidencialidade dos participantes foi garantida através da omissão do nome dos respondentes, ou qualquer característica que os pudesse identificar, optando-se, como já mencionado, por utilizar um código identificador composto da letra “E”, de enfermeiro, seguido do número da ordem da entrevista.

Os resultados da presente pesquisa podem gerar contribuições importantes para os profissionais da equipe de enfermagem, principalmente enfermeiros, e, às instituições de saúde que prestam cuidados paliativos, no sentido de aprimorar as práticas de prestação desse cuidado, a partir dos significados estabelecidos mediante a prática dos enfermeiros, beneficiando assim aos usuários dos serviços de saúde que o necessitem, com a possibilidade de melhoria da assistência prestada. Com relação aos profissionais, em especial os enfermeiros que assistem essa clientela, poderão ampliar o conhecimento sobre o tema e com isso, obterem maior embasamento para sua prática assistencial.

A devolutiva dos resultados encontrados, aos participantes da pesquisa, será amplamente divulgada através da publicação de artigos científicos, documentos em encontros acadêmicos e da presente dissertação na biblioteca da Universidade Federal de Santa Catarina. Isso porque a metodologia de escolha dos participantes levou a diferentes locais, não sendo possível agendar um local ou data determinada para apresentação dos resultados.

5 RESULTADOS

Os resultados da pesquisa serão apresentados de duas maneiras: inicialmente se apresenta a análise das questões conforme roteiro de entrevistas, suas respectivas IC com o quantitativo de participantes, reprodução gráfica e os DSCs para cada IC, representando assim, a resposta da coletividade. Em seguida, os resultados serão apresentados de acordo com a instrução normativa 10/PEN/2011 do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC, que dispõe sobre os critérios para elaboração e formato de apresentação dos trabalhos de conclusão do curso de Mestrado, exigindo a produção de dois manuscritos.

5.1 RESULTADOS CONFORME INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A apresentação dos resultados, conforme instrumento de coleta, respeitará a ordem de apresentação no instrumento das perguntas de um a nove. Cada pergunta está apresentada em uma tabela, com as respectivas ideias centrais que originaram da sua análise, o número de participantes e a sua expressão percentual.

Cabe informar que alguns discursos, quando analisados, deram origem a mais de uma ideia central, por isso, em alguns casos, o número total de participantes foi maior do que 30, considerando a apresentação das ideias centrais oriundas do discurso.

É importante ressaltar que as perguntas sete e oito, apresentam uma representação gráfica de seu percentual, além da tabela. Isso porque ambas apresentam caráter descritivo, não sendo possível produzir discurso a partir das respostas dos participantes.

A pergunta nove do roteiro de entrevista solicitava aos participantes representar o significado pessoal de cuidado paliativo por meio de uma imagem. Alguns DSC são seguidos dos desenhos feitos pelos participantes e interpretados pela pesquisadora como expressão de alguns dos discursos, ao longo dos resultados, não apresentados apenas após a pergunta nove.

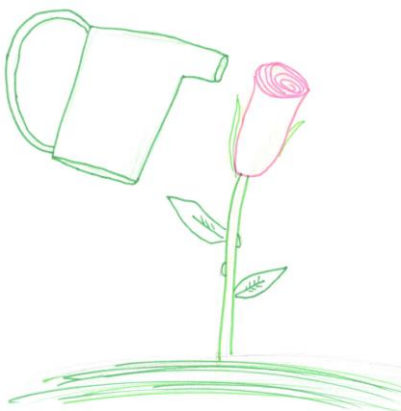
Tabela 1 – Ideias centrais resultantes da análise da pergunta um do roteiro de coleta de dados. Florianópolis/SC, Brasil, 2016.

Pergunta 1: Fale o que é para você Cuidados Paliativos.		
Ideias Centrais	Participantes	Percentual
IC - A: Cuidado paliativo é qualidade de vida na terminalidade	28	93,3%
IC - B: A UTI requer um cuidado terapêutico e não paliativo	2	6,7%
TOTAL:	30	100%

Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

IC – A: Cuidado paliativo é a qualidade de vida na terminalidade

DSC1: *Cuidado paliativo é a assistência de enfermagem prestada ao paciente em fase terminal, onde o foco não é a cura da doença, é um cuidado com conforto para satisfazer as necessidades dele; promover ações que melhorem a qualidade de vida daquela pessoa ao longo dos anos em que ela tenha que viver com aquela doença. Vai ser uma situação permanente, progressiva, que já se investiu e não teve resposta na terapia utilizada. Cuidado paliativo é o oposto de obstinação terapêutica, é aceitar que o ser humano tem uma finitude. É uma medida multiprofissional que visa dar conforto e uma atenção um pouco mais diferenciada até para a família. Não há suspensão dos cuidados mínimos, como: tratar os sinais e sintomas, evitar e/ou diminuir a dor, aliviar o desconforto que vem da patologia, manter a higiene, se for possível mudança de decúbito, cuidados com a pele, troca de fraldas e curativos sempre que necessários, aspiração quando necessário, uma sedação, cuidados psicológicos, enfim, tudo visando o conforto do paciente. Além disso, permitir a presença familiar, propiciar um ambiente calmo, e dependendo da crença religiosa, favorecer a presença de um líder espiritual. Todos os cuidados oferecidos ao paciente para manter a sua integridade até que tenha o desfecho final, a morte. Paliativo é não aumentar a dor e vencer a morte, é manter o paciente assistido, porém sem medidas heróicas. (E1, E2, E3, E4, E5, E7, E8, E9, E114, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E19, E20, E21, E22, E23, E24, E25, E26, E27, E28, E29 e E30).*



E2



E5

IC – B: A UTI requer um cuidado terapêutico e não paliativo

DSC2: *É muito complicado o cuidado paliativo na UTI, porque venho trabalhar para prestar total atendimento, força total para o paciente sair com vida. Aí, eu chego aqui e tenho um paciente que é terapêutico e outro que é paliativo, é complicado lidar com isso, vejo um paciente sem nenhuma perspectiva prognóstica para cura, na UTI, local que requer um cuidado tecnológico e intensivo (E6, E10).*

Tabela 2 – Ideias centrais resultantes da análise da pergunta dois do roteiro de coleta de dados Florianópolis/SC, Brasil, 2016.

Pergunta 2: No seu cotidiano de trabalho em UTI, o que você sente/ou sentiu ao prestar os cuidados de enfermagem a pacientes em Cuidados Paliativos?		
Ideias Centrais	Participantes	Percentual
IC – A: O sentimento de conforto ao prestar os cuidados de enfermagem a pacientes em cuidados paliativos	16	51,6%
IC – B: O envolvimento emocional e o sentimento de frustração	7	22,6%
IC – C: A falta de informação e comunicação entre a equipe multiprofissional causa insegurança e angústia na hora do cuidado	6	19,4%
IC – D: A formação e atuação profissional curativa	2	6,4%
TOTAL:	31	100%

Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

IC – A: O sentimento de conforto ao prestar os cuidados de Enfermagem a pacientes em Cuidados Paliativo

DSC1: *Presto o mesmo cuidado como se fosse ao paciente que não está em cuidado paliativo. Mantenho mudança de decúbito, banho, sigo a prescrição e todos os cuidados. Sinto-me bem e confortável porque entendo que estou oferecendo qualidade e diminuindo o sofrimento do paciente e da família. Minimizando a dor e o sofrimento me sinto bem, pois me coloco no lugar dele. Eu me sinto um pouco mais responsável pelo paciente, porque não é possível saber o tempo que ele vai permanecer nesse modelo de cuidado e aí parece que a enfermagem tem que ser ainda mais ativa para conseguir proporcionar um conforto e evitar complicações decorrentes de uma internação prolongada. Eu tenho a impressão de que ele vai ficar um pouco menos observado pela equipe clínica e aí, ele meio que é devolvido para os cuidados da enfermagem, uma vez que em uma situação de paliativo, esses cuidados não diminuem em nada, se intensificam. No momento em que você tem essa visão que o melhor cuidado para o paciente é o bem-estar, o conforto e o alívio da dor, então é algo que a gente consegue trabalhar*

de uma maneira bem tranquila. Me sinto bem sabendo que eu estou dando conforto e deixando ele morrer entendendo que esgotaram-se as opções terapêuticas considero um alívio, não pelo dever cumprido, mas sim por reduzir o sofrimento. Me sinto bem quando vejo que a conduta está certa, bem esclarecida, e de comum acordo com a equipe e a família (E1, E2, E5, E7, E8, E10, E11, E12, E18, E22, E23, E25, E26, E28, E29, E30).

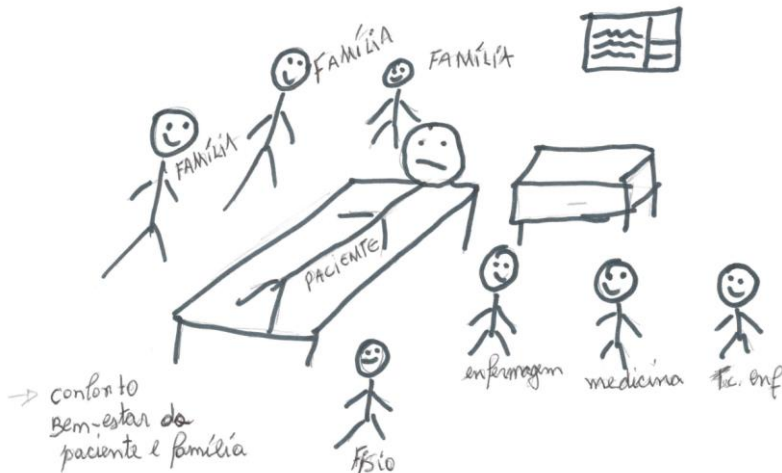


E1

IC – B: O envolvimento emocional

DSC2: Fico triste quando me deparo com um paciente que não tem um prognóstico bom, que é um prognóstico reservado, mas, tenho consciência de que não vai ser o primeiro e nem o último então, eu tenho que fazer da melhor forma possível. Acabo me envolvendo muito com as histórias das pessoas, ficando mais emotivo porque acompanho desde o início, não é?...Então a emoção acontece, mas eu sei que tem que dar o conforto suficiente para que esse momento não seja dolorido, dolorido fisicamente, porque emocionalmente vai ser. Têm as duas faces da moeda, por um lado é triste de certa forma, saber que estou cuidando de uma pessoa que está indo, às vezes, é um cuidado paliativo mais imediato que eu sei que vai logo e, às vezes, a pessoa acaba até indo de alta aqui da UTI para o quarto em cuidado paliativo, mas sei que não vai melhorar. Por isso, tem o sentimento de frustração de cuidar de paciente em paliativo. É frustrante porque vejo o sofrimento

da família, é frustrante porque sei que não tem mais nada para investir naquele paciente, é frustrante porque eu o vejo sofrendo, e por vezes, sofro junto (E2, E14, E15, E16, E17, E20, E27).

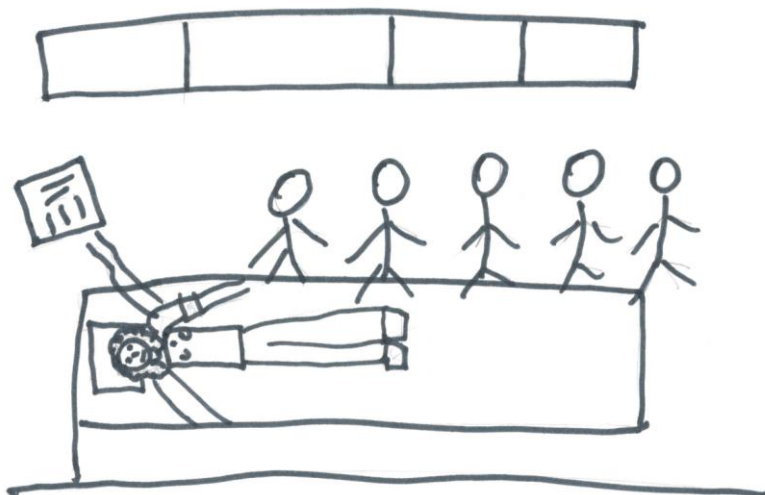


E20

IC – C: A falta de informação e comunicação entre a equipe multiprofissional causa insegurança e angústia na hora do cuidado

DSC3: A falta de informação me deixa angustiado. Acho que com o tempo que eu tenho de caminhada, me sinto melhor em atuar nesse sentido, mas com não atuo sozinho, sinto que, cada um segue princípios individuais, causando insegurança na hora do cuidado. Primeiro porque eu não sei direito se aquele paciente está em cuidado paliativo pleno ou não. Se tivesse que definir como me sinto, dentro da terapia intensiva, seria angustiado por não saber o que está acontecendo e simplesmente seguir uma prescrição que, muitas vezes, eu também não concordo, uma vez que, ela não é discutida em equipe para que todo mundo esteja ciente. Eu sinto que ainda não tenho um preparo suficiente por falta de mais conhecimento, mais leitura, mais falar sobre o tema, acho que toda a equipe ainda se sente um pouco incomodada com esse tipo de cuidado até porque ele começou aqui na UTI há pouco tempo. Acredito que preciso de mais capacitação para fazer esse cuidado, embora, me ache capacitado pelo tempo de

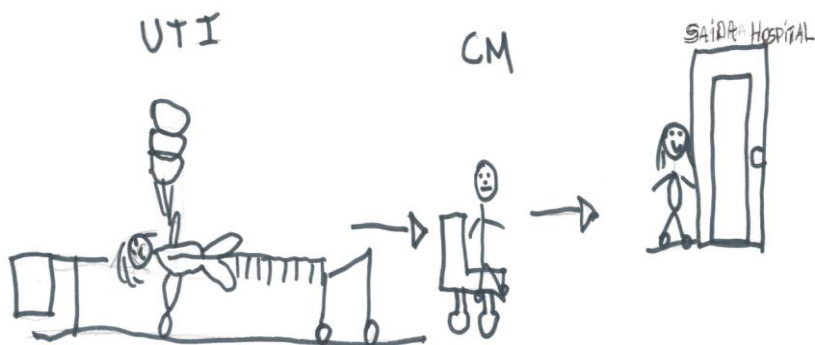
experiência que tenho, mas particularmente o paciente paliativo demanda algumas questões que, talvez, eu não tenha estrutura para oferecer um atendimento da forma mais adequada. Por exemplo, a família, horário de visitas, espaço para esses familiares ficarem enfim, e também a participação da conversa com o familiar, acho que isso falta, às vezes, o médico comunica o familiar que o paciente está em cuidado paliativo e algum tempo depois venho a saber, não existe muito essa comunicação, essa interação entre equipe e as coisas se perdem (E1, E3, E4, E9, E13, E24).



E9

IC – D: A formação e atuação profissional curativa

DSC4: *É claro que existem situações em que eu fico pensando: "mas será que não dava para ter feito mais?" Essas dúvidas surgem, sou ser humano... No geral, são pacientes que eu realmente entendo que, infelizmente, não tem o que fazer. Por isso, me sinto muito incapaz, me sinto totalmente frustrado, totalmente "tecnicista", trabalho em UTI e venho pra cá para trabalhar com paciente em cuidados intensivos com seu total potencial, e quando esse paciente não tem mais esse cuidado eu me sinto frustrado. Estou preparado para outro fim, não para esse (E6, E7).*



E6

Tabela 3 – Ideias centrais resultantes da análise da pergunta três do roteiro de coleta de dados. Florianópolis/SC, Brasil, 2016.

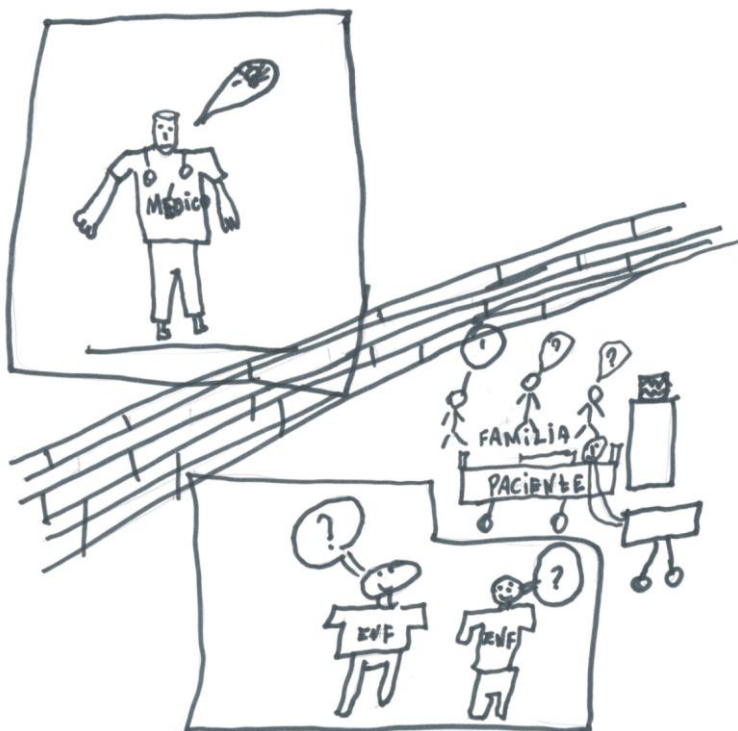
Pergunta 3: Quais os Profissionais que decidem/ decidiam sobre a eleição dos pacientes a cuidados paliativos?		
Ideias Centrais	Participantes	Percentual
IC – A: A decisão ainda é dele (médico), por conta da prescrição	22	73,3%
IC – B: A medicina acaba tendo maior influência nessa decisão, embora tenha participação da equipe multiprofissional	8	26,7%
TOTAL:	30	100%

Fonte: Elaborado pela autora.

IC A - A decisão ainda é dele (médico), por conta da prescrição

DSC1: *Eu acredito que seria uma decisão multiprofissional, mas a equipe médica tem o poder de decisão maior. Essa é uma responsabilidade de quem dá o canetaço final, por conta da prescrição e, esse profissional é o médico. É o médico que vai dizer se vai investir ou não, nesse paciente, mas o enfermeiro ou o técnico e toda a equipe multidisciplinar sabem quando esse paciente não vai conseguir progredir, mas quem dá a cartada final e diz que não há mais nada*

para se fazer é o médico, enquanto ele não passa esse tipo de informação, tento manejar esse paciente da melhor forma possível. A discussão entre enfermagem e medicina depende muito do profissional médico, dependendo do profissional eu sei que posso conversar de uma forma mais aberta, ou não. Eu acho que os outros profissionais - o enfermeiro, o fisioterapeuta, o psicólogo - eles contribuem nessa decisão, mas eu acho que existe uma hegemonia médica presente nisso. Porque é uma decisão que o respaldo legal é médico. Eu acho que não deveria ser somente médica, mas é! (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E9, E10, E12, E13, E14, E15, E16, E18, E20, E21, E24, E25, E26, E27, E30).



E4

IC B - A medicina acaba tendo maior influência nessa decisão, embora tenha a participação da equipe multiprofissional

DSC2: *Todos os dias são realizadas visitas multidisciplinares com: enfermeiro, técnico de enfermagem, médico intensivista, nutricionista, farmacêutica, fonoaudióloga, fisioterapeuta, e em alguns serviços, psicologia. Vejo que existe uma necessidade, principalmente, da medicina de envolver todos os profissionais para que não tenham divergências de entendimento até diante da família. Quando se institui o cuidado paliativo a família tem que estar segura que a equipe toda, de forma uniforme tem o entendimento do que está acontecendo. Sempre é questionado às outras categorias se estão se sentindo à vontade com aquilo, ou não, o que pensam sobre esse cuidado, sobre entrar, ou não, com esse cuidado para o paciente. Então a decisão na verdade é tomada em conjunto, todo mundo tem que concordar, mas acaba sempre partindo da medicina a sugestão (E8, E9, E11, E17, E19, E22, E23, E28).*

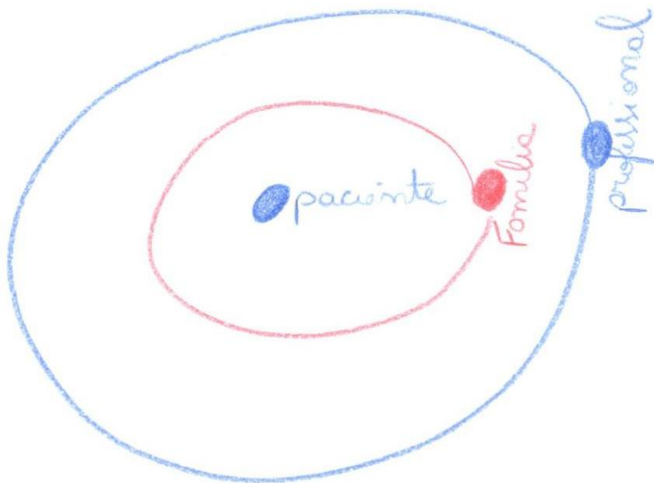
**E17**

Tabela 4 – Ideias centrais resultantes da análise da pergunta quatro do roteiro de coleta de dados. Florianópolis/SC, Brasil, 2016.

Pergunta 4: Qual a sua participação nessa decisão?		
Ideias Centrais	Participantes	Percentual
IC – A: O enfermeiro participa desse processo de decisão trazendo a questão social e familiar, assim como o quadro clínico e evolução do paciente.	19	61,3%
IC - B: O profissional enfermeiro não se sente oportunizado em participar desse processo de decisão.	10	32,3%
IC – C: A preocupação do enfermeiro com a participação e respeito da vontade do paciente nesse processo de decisão.	2	6,4%
TOTAL	31	100%

Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

IC – A: O enfermeiro participa desse processo de decisão trazendo a questão social e familiar, assim como o quadro clínico e evolução do paciente

DSC1: O papel do enfermeiro em um todo, é essencial; na verdade a enfermagem está ali, vinte e quatro horas por dia do lado do paciente, então ela, mais do que qualquer outra categoria profissional, sabe se ele está conseguindo responder às medidas implementadas, principalmente, pela medicina. A medicina tem uma rotatividade grande de profissionais ao longo da semana, apesar das anotações, das passagens de plantão, enfim, eu vejo que a equipe de enfermagem tem os profissionais que conseguem dar mais elementos para a medicina em relação à recuperação do paciente. Eu avalio o paciente todos os dias, avalio as drogas que ele está usando, faço o exame físico... após a avaliação do paciente que vou passar para o médico algumas coisas... Digo como ele tem evoluído, se vejo que ele tem sinais de dor, se ele poderia estar mais confortável quanto à parte respiratória, a questão do conforto, acho que a questão da sedação é uma coisa importante, claro que não sou eu quem prescrevo, mas posso sugerir! Também procuro falar, as coisas que ele e a família sentem, agir em conjunto com a família, conversar, tentar aliviar um pouco as dúvidas e angústias

desses familiares. Então eu acho que é esse o papel do enfermeiro. Pode até ser que a enfermagem não tenha o poder tão grande de decisão, mas, eu acho que ela tem uma participação muito importante nesse processo, tanto de decisão como no de andamento, após ser instituído o cuidado paliativo (E2, E3, E4, E5, E8, E7, E10, E11, E13, E14, E15, E17, E18, E19, E22, E26, E27, E28).

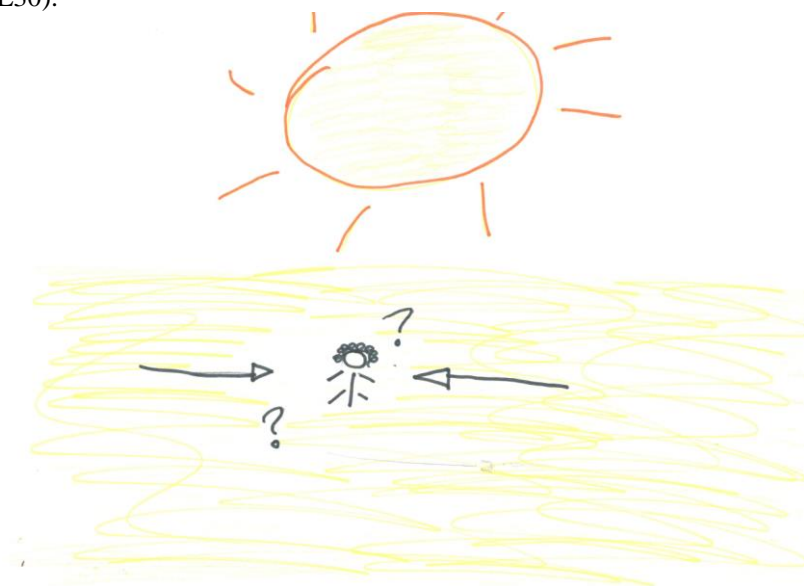


E26

IC - B: O profissional enfermeiro não se sente oportunizado em participar desse processo de decisão

DSC2: *Eu não me sinto participante ativo de dizer se é paliativo ou não paliativo. Nunca foi perguntado pra mim. Não vejo essa autonomia no enfermeiro, acho que é uma situação bem vertical, quando chega até o enfermeiro, já chega numa situação de terapêutica. Da decisão em si o enfermeiro não participa, muito pouco consultam a enfermagem, já vem conversar contigo com certa opinião formada. Posso opinar, mas eu acho que a decisão para a entrada do cuidado paliativo ela tem que ser médica, mesmo porque depende do diagnóstico. Atuo e conduzo minha equipe nos cuidados de enfermagem, oriento a questão de mudança de decúbito, tento trazer a família junto*

para esse processo, atuo no manejo de entrada do familiar, também espaço os sinais vitais (E1, E6, E12, E16, E20, E21, E24, E25, E29, E30).



E21

IC – C: A preocupação do enfermeiro com a participação e respeito da vontade do paciente nesse processo de decisão.

DSC3: *Eu acho que a gente tem um olhar mais atento sobre os sentimentos do paciente, sobre as sensações do paciente, o médico parece que é mais direcionado mesmo para a doença e vê enquanto está tendo algum progresso clínico. Às vezes, o próprio paciente - o paciente da UTI - pouco se manifesta, mas quando ele consegue, manifesta que também não está mais com vontade de seguir com aquele tipo de tratamento. Acho o enfermeiro resgata um pouquinho desse lado mais humano do paciente com relação ao médico na hora da vontade, talvez eles estejam lutando para reverter alguma situação do paciente clinicamente com medicamentos, mas não percebem que o paciente não quer. Acho que a enfermagem demonstra bastante essa preocupação que, talvez, às vezes, principalmente por estar em uma UTI passa mais despercebido (E2 e E23).*



E30

Tabela 5 – Ideias centrais resultantes da análise da pergunta cinco do roteiro de coleta de dados. Florianópolis/SC, Brasil, 2016.

Pergunta 5: Quais os critérios adotados pelos profissionais para elegerem o paciente a Cuidados Paliativos?		
Ideias Centrais	Participantes	Percentual
IC – A: O diagnóstico principal, prognóstico e resposta terapêutica da doença	27	42,9%
IC – B: Condições prévias de vida / patologias de base	13	20,6%
IC – C: A vontade do pacientes, aceitação social e familiar, e qualidade de vida	12	19,0%
IC – D: Idade Avançada	11	17,5%
TOTAL	63	100%

Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

IC – A: O diagnóstico principal, prognóstico e resposta terapêutica da doença

DSC1: *É muito difícil definir esse limite entre continuar fazendo tudo e deixar de fazer tudo, para dar/proporcionar/fornecer o conforto que o doente necessita. Vejo que para instituir medidas de cuidado paliativo não se tem uma receita de bolo, é algo que tem que ser avaliado e evoluído ao longo do tratamento do paciente, uma evolução gradativa que obedece a vários critérios: avaliação de imagem, avaliação laboratorial, avaliação clínica... É levada em consideração a falha terapêutica, se o paciente responde, ou não, ao tratamento. Não é uma coisa só do diagnóstico, tem a questão da doença em si, prognóstico envolvido e o fato de o paciente estar há vários dias sem resposta ao tratamento instituído. Em alguns pacientes a idade acaba influenciando, mas nem sempre. Geralmente as comorbidades acompanham a idade, o que torna a resposta clínica de um paciente idoso não tão boa quanto à de um paciente jovem, não significando que um paciente jovem não entre em cuidado paliativo - depende da patologia, da resposta clínica e da capacidade vital desse paciente (E1, E2, E3, E5, E6, E7, E8, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E19, E20, E21, E22, E23, E24, E25, E26, E28, E29 e E30).*



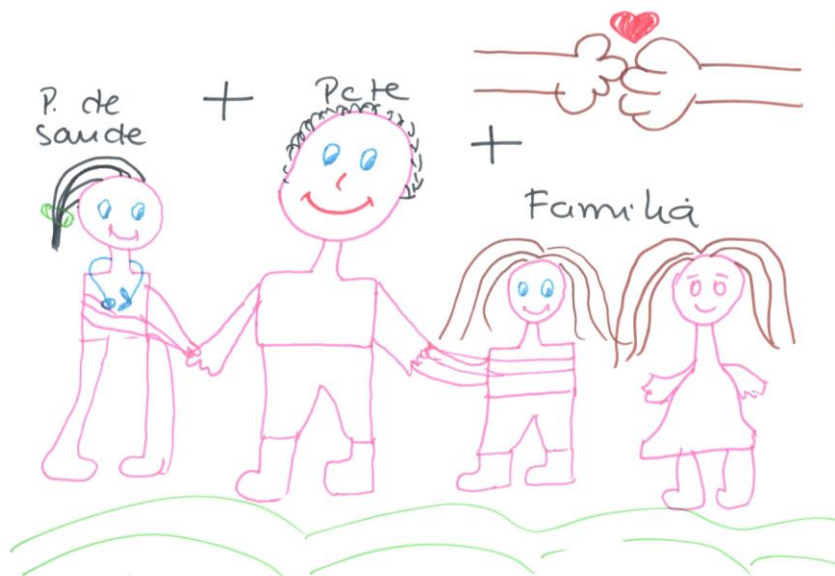
E23

IC – B: Condições prévias de vida/ patologias de base

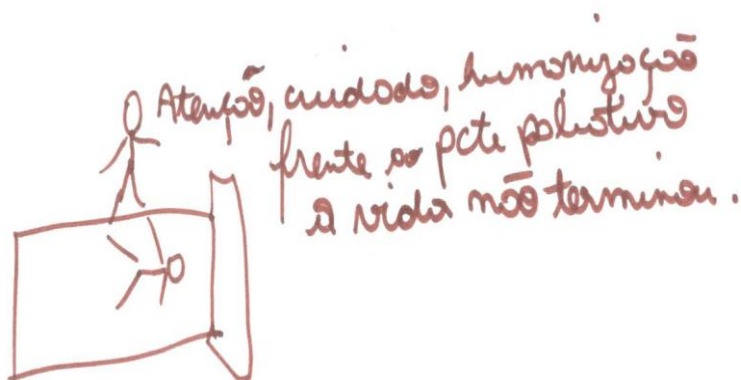
DSC2: *É levada em conta a qualidade de vida prévia deste indivíduo, as necessidades prévias do paciente. Paciente com múltiplas comorbidades, a situação que vivenciava em sua residência. Sei que depois de uma internação prolongada na UTI, ele não vai sair como chegou, vai tender sempre a sair com limitações maiores, com menos qualidade de vida. É considerada a perspectiva de recuperação do paciente em função das comorbidades e do risco que ele traz, sendo talvez, melhor para ele nesse momento, receber conforto em vez de um tratamento doloroso. Agora se é um paciente idoso, mas com uma vida prévia produtiva, sem nenhuma infecção, um episódio agudo de alguma doença, por exemplo, uma pneumonia já é diferente. Têm mais critérios para investimento (E1, E2, E6, E7, E8, E11, E12, E13, E20, E21, E22, E23 e E28).*

IC – C: A vontade do paciente, aceitação social e familiar e qualidade de vida

DSC3: *É levada em consideração a questão do paciente, que verbaliza seus desejos e vontades. Tem paciente que não verbaliza, mostra por atitudes que não quer as coisas. Também tem a questão da qualidade de vida desse paciente, é algo, costume falar, caso esse paciente venha a sair da UTI, que qualidade de vida terá? Uma questão é sair da UTI, após ele sair da UTI, caso saia, vai sair do hospital? Levo em conta a questão social e familiar desse paciente. É preciso conversar com a família, explicar a situação, pois a família precisa ser conscientizada para ter voz ativa, esse paciente só entra em cuidado paliativo realmente quando a família aceita e entende esse processo, por isso a importância de levar em conta as necessidades e desejos da mesma (E1, E10, E12, E18, E20, E21, E23, E25, E26, E27, E28, E30).*



E28



E25

IC – D: Idade avançada

DSC4: *Eu acho que um dos critérios utilizados é a idade do paciente. Quando é um paciente mais idoso existe a questão da resposta dos órgãos e tal pelo desgaste fisiológico da própria idade. Mas quanto mais jovem o paciente, mais difícil é a tomada de decisão porque se tem aquela crença que o fim da vida deve vir na velhice e não na juventude ou na idade adulta jovem, então gera um desconforto na decisão, a equipe tem muita resistência em colocá-lo em paliativo (E1, E5, E6, E14, E18, E19, E21, E26, E27, E29, E30).*

Tabela 6 – Ideias centrais resultantes da análise da pergunta seis do roteiro de coleta de dados. Florianópolis/SC, Brasil, 2016.

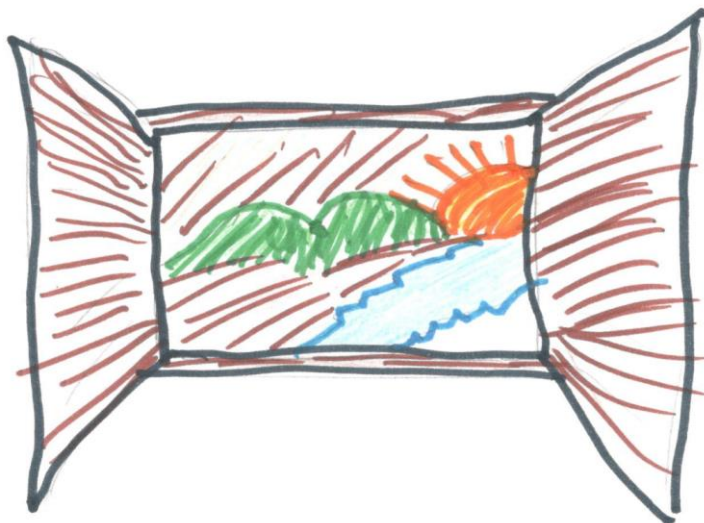
Pergunta 6: O que significa/significava para você cuidar de um paciente agudo/ crônico agudizado ou crônico, jovem ou idoso em cuidados paliativos?		
Ideias Centrais	Participantes	Percentual
IC - A: Sentimento de conforto ao prestar cuidados ao paciente idoso e crônico em Cuidados Paliativos e sentimento de inquietação se o paciente for jovem ou agudo	22	59,5%
IC – B: Sentimento de Frustração ao prestar cuidados a pacientes jovens que entram em cuidado paliativo	10	27,0%
IC - C: A aceitação da situação aguda ou da situação crônica, irá depender do prognóstico e evolução do paciente	5	13,5%
TOTAL	37	100%

Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

IC - A: Sentimento de conforto ao prestar cuidados ao paciente idoso e crônico em Cuidados Paliativos e sentimento de inquietação se o paciente for jovem ou agudo

DSC1: *Com o crônico e o idoso tenho mais segurança em dizer que o paciente está em cuidados paliativos e que ele requer mais cuidados de conforto que intervencionistas. Agora aquele paciente agudo e/ou jovem, não; Emocionalmente sempre tem uma diferença. O*

crônico já é mais aceitável porque eu já sei que ele tem toda uma história, já tem uma vivência, uma doença em evolução que, normalmente, demandou tratamentos tentando melhorar e já foram feitas algumas tentativas que não deram certo, ou seja, eu entendo que ele vem de um processo evolutivo que vai acabar na morte. O agudo é uma coisa rápida que eu tenho a impressão que não fiz tudo antes de entrar no paliativo. Acho que a equipe deve investir ao máximo até o ponto em que concluir "não, não existe mais recurso terapêutico adequado para esse paciente, ou têm recursos, mas é necessário pensar até que ponto serão realizados." Pensando na utilidade da vida, é diferente ter uma pessoa que já está com 70-80 anos e que já viveu e entra em cuidado paliativo, emocionalmente falando, se comparado a um jovem. No cuidado em si não vejo diferença, acho que tem que ser disponibilizada a visita para o doente, o controle da dor vai ter que ser o mesmo, a higiene é a mesma. O desfecho é o mesmo, mas eu acho que é mais tranquilo de assimilar quando é um paciente crônico e não um agudo, um idoso a um jovem (E1, E2, E5, E8, E10, E11, E12, E13, E14, E16, E17, E18, E19, E20, E21, E22, E23, E24, E25, E27, E29, E30).

**E8**

IC – B: Sentimento de Frustração ao prestar cuidados a pacientes Jovens que entram em cuidado paliativo

DSC2: *Eu acho que o fator idade é mais impactante que a doença ser aguda ou crônica. A perspectiva cultural é de que as pessoas nascem, crescem e morrem. É um ciclo vital, então quando uma pessoa morre idosa existe uma aceitação maior dessa terminalidade, porque eu acredito que ela cumpriu esse ciclo do início ao fim. Agora quando é uma pessoa mais jovem, acredito que foi interrompido esse ciclo. Ninguém se sente confortável dentro da UTI, e dificilmente estes pacientes são colocados em cuidado paliativo pleno. O cuidado, esse pra mim, é igual, agora o meu sentimento, esse com certeza é de frustração (E1, E3, E4, E6, E7, E9, E15, E26, E28, E29).*

IC - C: A aceitação da situação aguda ou da situação crônica irá depender do prognóstico e evolução do paciente

DSC3: *Já pensei assim no início, "nossa, mas ele tem só trinta anos não pode desistir, e não ele tem só dezoito...", hoje eu acho que eu vejo o conjunto da situação, procuro conhecer a família, a situação do paciente, se ele conseguir realmente ter vida como será a qualidade, até se ele vai conseguir sair do hospital... O meu papel aqui dentro, enquanto enfermeiro é fazer o melhor possível para o paciente e investir nesse paciente até onde conseguir. Então pra mim se ele é agudo ou se ele é crônico serão realizados todos os cuidados da mesma forma, os cuidados são os mesmos (E3, E4, E7, E15, E28).*

As perguntas sete e oito do roteiro de coleta de dados foram apresentadas de forma descritiva e quando exploradas, no momento da coleta de dados, por vezes traziam exemplos pessoais dos participantes. Sendo assim, a fim de preservar a identidade dos participantes, as respostas estão apresentadas em tabelas e gráficos a fim de demonstrar apenas o quantitativo de respostas, não gerando discursos.

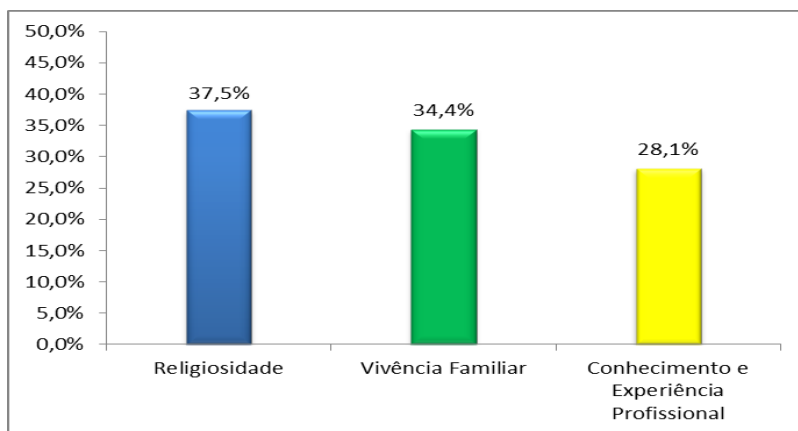
A pergunta sete explora fatores externos à prática que fortalecem ou dificultam a prática de CP. Para fins didáticos, os resultados serão apresentados com uma tabela e um gráfico para os fatores que fortalecem, ocorrendo o mesmo para os fatores que dificultam.

Tabela 7 – Ideias centrais resultantes da análise da pergunta sete do roteiro de coleta de dados. Florianópolis/SC, Brasil, 2016.

Pergunta 7: Que fatores externos a sua prática profissional lhe fortaleceram/fortalecem e quais fatores dificultaram/dificultam ao cuidar de pacientes em Cuidados Paliativos?			
Fatores		Participantes	Percentual
Fatores que fortaleceram/ fortalecem	Vivência Familiar	11	34,4%
	Religiosidade	12	37,5%
	Conhecimento e Experiência Profissional	9	28,1%
	TOTAL	32	100%

Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

Gráfico 1 - Percentual de fatores que fortalecem/fortaleceram ao os profissionais ao cuidar de pacientes em CP. Florianópolis/SC, 2016.



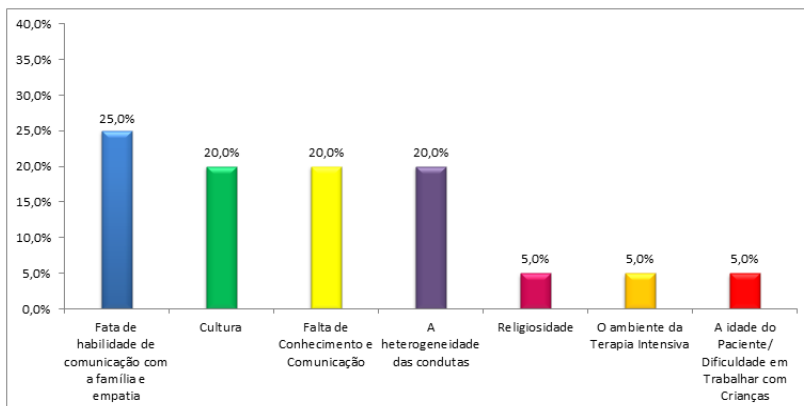
Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

Tabela 8 – Ideias centrais resultantes da análise da pergunta sete do roteiro de coleta de dados. Florianópolis/SC, Brasil, 2016.

Pergunta 7: Que fatores externos à sua prática profissional lhe fortaleceram/fortalecem e quais fatores dificultaram/dificultam ao cuidar de pacientes em Cuidados Paliativos?			
Fatores		Participantes	Percentual
Fatores que dificultaram/dificultam	A falta de habilidade e comunicação com a família, e empatia	5	25,0%
	Cultura	4	20,0%
	Falta de conhecimento e comunicação	4	20,0%
	A heterogeneidade das condutas	4	20,0%
	Religiosidade	1	5,0%
	O ambiente da Terapia Intensiva	1	5,0%
	A idade do paciente/ Dificuldade em trabalhar com crianças	1	5,0%
	TOTAL	20	100%

Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

Gráfico 2 - Percentual de fatores que na opinião dos participantes dificultam/dificultaram ao cuidar de pacientes em CP. Florianópolis/SC, 2016.



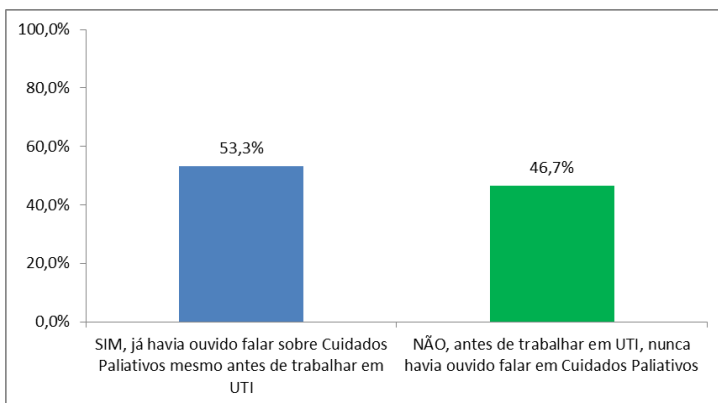
Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

Tabela 9 – Ideias centrais resultantes da análise da pergunta oito do roteiro de coleta de dados. Florianópolis/SC, Brasil, 2016.

Pergunta 8: Antes de trabalhar em UTI, você já havia ouvido falar em Cuidados Paliativos?		
	Participantes	Percentual
SIM	16	53,3%
NÃO	14	46,7%
TOTAL	30	100%

Fonte: Elaborado pela autora.

Gráfico 3 - Percentual de participantes que haviam ouvido ou não, sobre CP antes de atuar na TI. Florianópolis/SC, 2016



Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 10 – Ideias centrais resultantes da análise da pergunta oito do roteiro de coleta de dados. Florianópolis/SC, Brasil, 2016.

Pergunta 8: Antes de trabalhar em UTI, você já havia ouvido falar em Cuidados Paliativos? Caso positivo, diga o que você considera como aspectos convergentes e/ou divergentes entre teoria e prática;		
Ideias Centrais	Participantes	Percentual
IC – A: Falta e falha na comunicação, obstinação terapêutica, ausência de consenso nas condutas assim como a falta de discussão multidisciplinar são aspectos divergentes	13	50,1%
IC – B: O manejo com a família e o envolvimento emocional são aspectos divergentes entre teoria e prática	7	31,8%
IC – C: A realidade diária da Terapia Intensiva é um aspecto que diverge da teoria para a realidade	2	9,1%
TOTAL	22	100%

Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

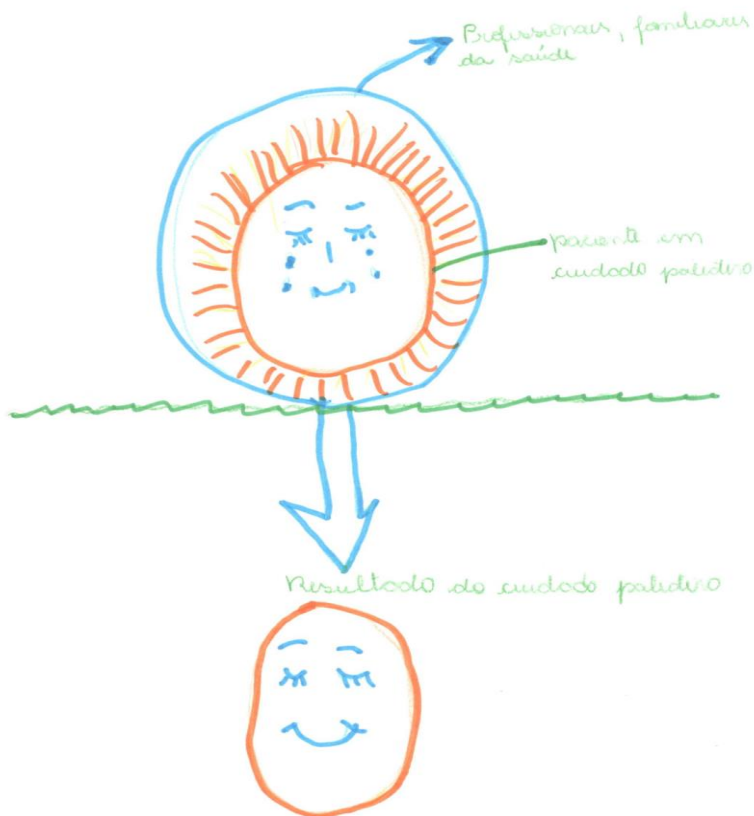
IC – A: Falta e falha na comunicação, obstinação terapêutica, ausência de consenso nas condutas assim como a falta de discussão multidisciplinar são aspectos divergentes

DSC1: A obstinação terapêutica de muitos profissionais é algo que diverge da teoria. Ainda acontecem muitas divergências de opiniões entre os profissionais, principalmente médicos. Uns tiram antibiótico e outros vão lá e colocam, um fala que não é para iniciar com a droga vasoativa e outro vai lá e coloca. A enfermagem oferece o conforto, mas não tem como só a enfermagem oferecer, tem que ser toda a equipe, uma vez que as condutas estão relacionadas ao profissional médico, porque é ele quem prescreve, inicia e suspende. Quando eu entrei em uma UTI, primeiro foi uma não aceitação, principalmente em relação aos termos que os profissionais utilizavam para dizer que haviam desistido da vida. Esses termos são péssimos, porque levei muito tempo pra destorcer este conceito e realmente criar um conceito meu de que tem, sim, uma maneira de cuidar e não simplesmente desistir. Falta um pouquinho de consenso nas condutas, "o livro diz uma coisa, mas na prática é outra, a prática é muito divergente da teoria"! É fácil falar que um paciente necessita estar em cuidado paliativo pleno olhando uma ficha de diagnóstico. Outra coisa muito divergente são as discussões entre a equipe multiprofissional. Os profissionais médicos entendem a importância da discussão e da decisão em equipe, mas, muitas vezes, esses mesmos profissionais não trazem para a equipe, centrando essa decisão neles mesmos; infelizmente, porque o paciente perde de ser visto por diversos pontos de vista. Na prática, a equipe multiprofissional ainda não é totalmente atuante dentro das instituições (E2, E3, E4, E10, E11, E18, E19, E20, E21, E23, E24, E28 e E30).

IC – B: O manejo com a família e o envolvimento emocional são aspectos divergentes entre teoria e prática

DSC2: A teoria é uma base importante, eu sigo, mas ela não tem tudo, não abrange toda a dimensão de sentimentos envolvidos, principalmente na realidade do cuidado paliativo. A questão da família, na maioria das vezes, é bem diferente do que é falado na teoria. A teoria descreve a presença da família o tempo todo e na maioria dos casos não é assim, não só aqui na UTI em que existe uma dificuldade de manter a família sempre próxima, mas no andar, porque a própria família tem esse bloqueio de aceitar o cuidado paliativo, de acompanhar. O outro lado é o envolvimento da família enquanto o

corpo está ali presente. Às vezes, a família precisa também desse tempo para entender que a morte é o melhor para ele. Muitos se prendem àquele corpo e o querem ali, consigo, mesmo que viva preso em um corpo, o corpo está ali presente, enquanto o corpo está presente a família está unida, sem saudade. Por vezes pensam de maneira egoísta, preferindo ver aquela pessoa sofrendo ali, presa ao corpo, mas estando ali presente (E13, E14, E15, E16, E22, E25 e E29).

**E19**

IC – C: A realidade diária da Terapia Intensiva é um aspecto que diverge da teoria para a realidade

DSC3: *A própria equipe, por vezes coloca uma barreira já na passagem de plantão quando escuta o diagnóstico do paciente que está ali só para o cuidado paliativo. Acho que não é só o medicamento que vai fazer o cuidado paliativo, não posso esquecer as outras coisas: uma massagem, uma conversa e, às vezes, principalmente na UTI vejo que a equipe acaba esquecendo que o paciente está ali e tem dificuldade para se comunicar, então, eu acho que o ambiente da terapia intensiva faz com que existam, sim, algumas diferenças daquilo que vejo nos livros (E5 e E26).*

A pergunta nove do roteiro de entrevista solicitava aos participantes, representar o significado pessoal de cuidado paliativo por meio de uma imagem. Sendo assim, as ideias centrais dessa pergunta são seguidas de um discurso, que surgiu da análise da explicação verbal de cada participante sobre o desenho.

Tabela 11 – Ideias centrais resultantes da análise da pergunta nove do roteiro de coleta de dados. Florianópolis/SC, Brasil, 2016.

Pergunta 9: Você poderia representar em uma imagem o significado dos Cuidados Paliativos para você?		
Ideias Centrais	Participantes	Percentual
IC – A: O Cuidado Paliativo como uma forma de final de ciclo vital, proporcionando conforto, tranquilidade e serenidade	11	36,7%
IC – B: O Cuidado Paliativo como forma de atenção humanizada: Um elo entre o paciente, a família e a equipe	9	30,0%
IC – C: A vida que precisa ser cuidada e tem um curso evolutivo definido	5	16,7%
IC – D: A ausência de multiprofissionalismo	3	10,0%
IC – E: A terapêutica curativa da UTI	2	6,6%
TOTAL	30	100%

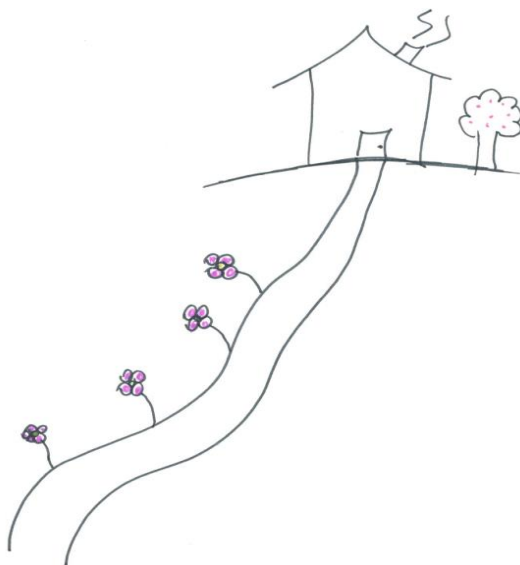
Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

IC-A: O Cuidado Paliativo como uma forma de final de ciclo vital, proporcionando conforto, tranquilidade e serenidade

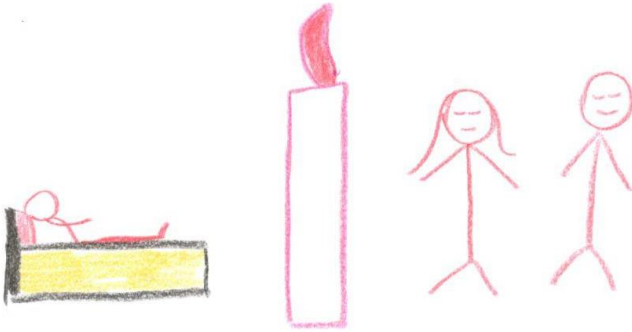
DSC1: *A vida é um caminho longo no qual todos irão precisar de ajuda e de cuidado até o final. Pode ser que a pessoa no final da vida esteja em sua casa com seus familiares ou pode ser que não, que esse caminho seja um caminho final mesmo aqui dentro, na UTI, junto dos profissionais, mas longe dos familiares. O que eu espero e tento é que sempre este caminho tenha um pouquinho de flores, que seja um caminho um pouco mais confortável e não tão difícil, que seja um processo mais leve para todo mundo, tanto para os pacientes quanto para a família e para a equipe. Também como forma de representar um final de dia, desenho o pôr do sol. Para mim, representa várias coisas, primeiro que é o final do dia então, é o final de um ciclo, eu acho que o cuidado paliativo representa o final de um ciclo na vida da pessoa. E eu acho que o pôr do sol é uma das imagens mais bonitas. Então eu quero que o paciente tenha esse final de ciclo bonito e tranquilo, então eu acho que o cuidado tem que ser voltado para isso, para finalizar um ciclo, mas que não seja de uma maneira triste, que seja bonito e que seja tranquilo. É uma forma planejada, preciso dar a ele uma nova forma de cuidado e não tirar dele o cuidado. Quero que ele se sinta assim, bem amparado, encorajado, tranquilo, feliz e sereno, mesmo diante da dificuldade. Por isso veio o azul, que eu acho que traz tranquilidade, e é isso que o paciente precisa no momento do cuidado paliativo, ele precisa ser acalmado, acalentado e como eu gosto muito do mar eu coloquei o paciente à beira do mar com suporte atrás que seria a equipe, dando suporte a ele. Eu vejo o paliativo, muitas vezes, também minimizando a dor, como algo mais leve, que traga o conforto, e eu vejo que a praia é o local exato para isso. De paz, de renovar. Um mar, um céu claro, a areia. Lugar de paz, renovar as energias, lugar que traz leveza, aconchego (E1, E3, E5, E7, E8, E13, E14, E19, E22, E23, E27 e E29).*



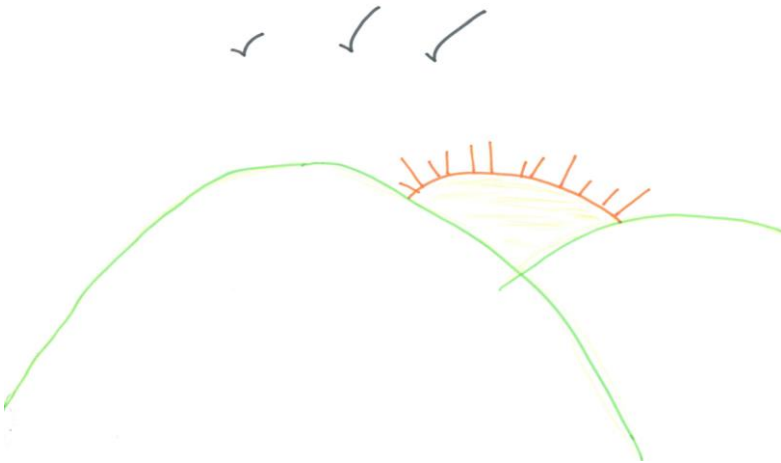
E3



E7



E13



E14



E22



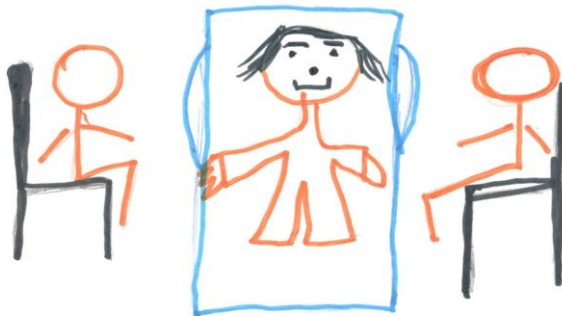
E27

**E29**

IC – B: O Cuidado Paliativo como forma de atenção humanizada: Um elo entre o paciente, a família e a equipe

DSC2: *Não é possível fazer cuidado paliativo sem ter três elos, que são: profissional de saúde, paciente e família. O paciente precisa ter sempre o apoio da família e do profissional de saúde, os três se entendendo, se respeitando. É como se estivesse todo mundo junto, cuidando desse doente, visando conforto e bem-estar. Toda equipe, inclusive, cuidando da família, deixando a família sempre mais perto do doente, que esse é o foco para a despedida. Então não tem como atender só ao paciente, tenho sempre que olhar a família, porque não existe cuidado paliativo sem familiar, o familiar sempre tem que estar junto, entender e apoiar. Também penso que é dar autonomia para o paciente, se possível o deixar decidir se quer ir para casa ou para o hospital, se quer comer ou não. Conforto, cuidado e bem-estar do binômio paciente/família. É como se o paciente não estivesse sofrendo, entre um caminho de sol e nuvem e dia bonito, azul, representando felicidade e bem-estar. Então ele está bem e tem o apoio da família, dos amigos, da enfermagem, dos médicos de toda a equipe na verdade e, ele*

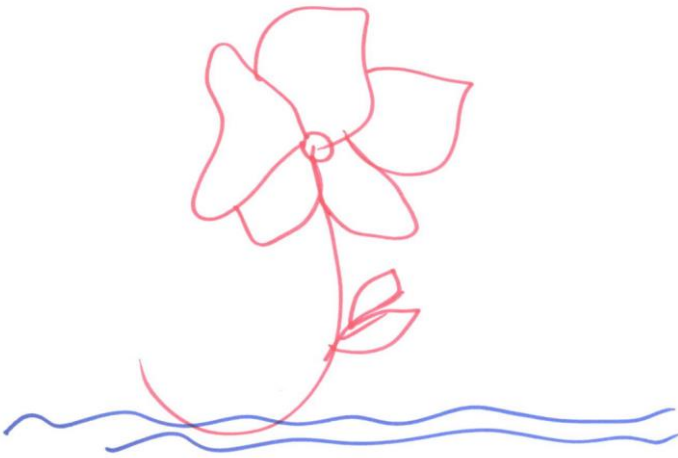
está indo à finitude, bem, confortável (E17, E18, E19, E20, E24, E25, E26, E28 e E30).



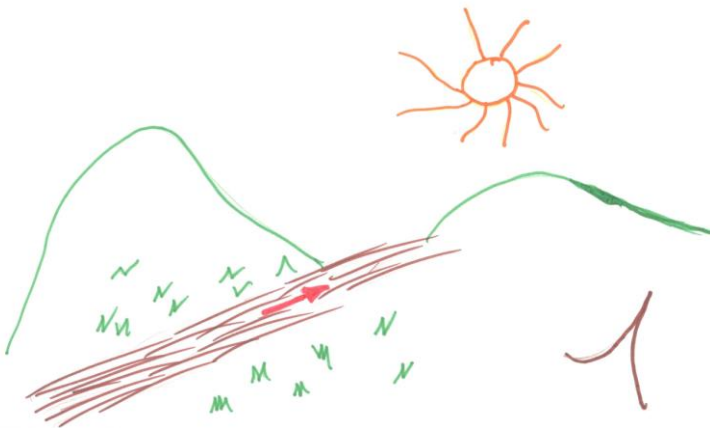
E24

IC – C: A vida que precisa ser cuidada e tem um curso evolutivo definido

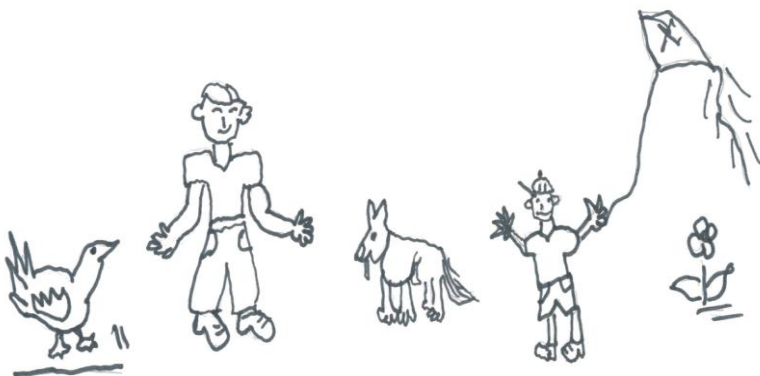
DSC3: *A vida é extremamente efêmera, passa voando! Por isso, é bem representada pelas plantas, pois representa toda uma vida. É bonita! Foi uma semente, pode ter espinhos, folhas, vai crescer, desenvolver, se for frutífera, dará frutos e um dia ela vai secar e morrer, e assim é a vida, ela tem começo, meio e fim. Por isso tem que ser muito bem cuidada, mas em um momento a vida vai evoluindo, amadurecendo e existem momentos em que as folhas acabam caindo e que é necessário perceber que o cuidado tem que ser diferente. Muita água vai só prejudicar, muito produto não vai trazer benefício então, é mais nesse sentido. Entendo que cuidado paliativo é diretamente relacionado à aceitação pessoal do seu estado de saúde e sua vivência humana, aceitar que é a evolução natural das coisas, por isso eu até coloquei dois bichinhos aqui, toda espécie tem seu ciclo evolutivo, um caminho aberto* (E2, E10, E11, E12, E16).



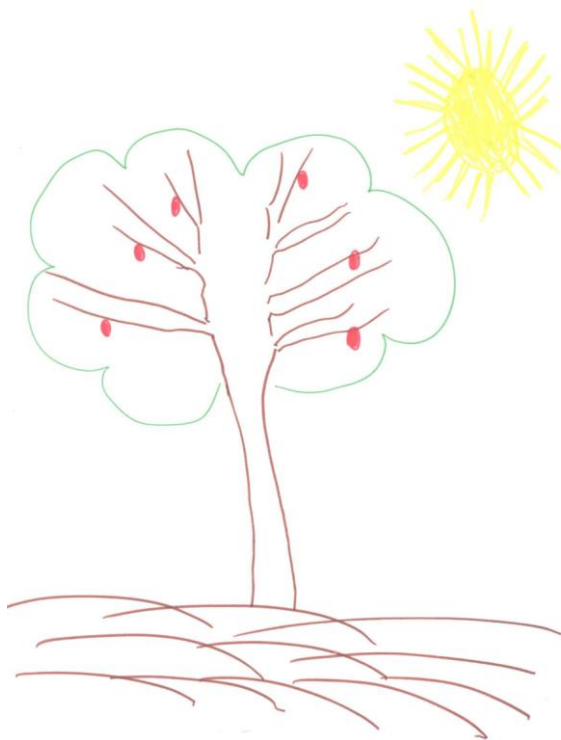
E10



E11



E12



E16

IC – D: A ausência de multiprofissionalismo

DSC4: *O paciente em cuidado paliativo está sobre o cuidado de várias equipes, enfermeiros, técnicos, fisioterapeutas. O que não pode é cada um estar no seu quadrado, e não haver comunicação entre os profissionais. A comunicação, eu acho que seria melhor para o paciente, evitando que um faça uma coisa e outro faça outra, sem se comunicar, por exemplo, um manda tirar a sonda enquanto outro manda deixar a sonda. É preciso que a equipe tenha uma convergência em suas opiniões. Deveria ser uma decisão compartilhada entre os próprios médicos para não acontecer de um ir lá tirar a nutrição e outro colocá-la novamente, tirar antibiótico e outro retornar com o mesmo, isso é muito ruim, atrapalha, atrasa os cuidados, expõe o paciente e a família fica confusa. Acredito que tendo cada vez mais discussões multiprofissionais, facilita. Embora a decisão seja médica deve ser compartilhada, porque isso vai interferir na qualidade de cuidado que será prestado. A partir do momento que o técnico de enfermagem, enfermeiro ou o fisioterapeuta não aceitar, ele não vai ter uma postura adequada diante daquele cuidado, prejudicando todo o andamento. Isso gera muita dúvida tanto na equipe, e muito mais na família que não sabe direito o que está acontecendo. Parece que existe um muro que separa a equipe médica de outros profissionais e da família, um muro que atrapalha a comunicação entre essas pessoas gerando dúvida em todos (E1, E4, E9 e E15).*



E15

IC – E: A terapêutica curativa da UTI

DSC5: *Vejo o paciente num deserto, num sol escaldante, não tem nenhuma perspectiva de melhora, além disso, é um paciente que eu não estou preparado para cuidar, porque sou totalmente intensivista e vejo que a UTI não é um local para esse paciente. É um local sim, para outro tipo de paciente, então o vejo perdido, como eu, na verdade sintome perdido em cuidar desse paciente. Eu não consigo perceber esse cuidado aqui dentro, o que é isso, virou paliativo e agora não é mais? Chega a ser duvidoso pra mim sabe... Falta protocolo, é bem complicado. Não entendo o paliativo na UTI, se ele virou paliativo, ele tem que sair daqui. Eu sei que, muitas vezes, não dá, mas ele vai ter que sair daqui... aqui, o propósito é salvar, é ter perspectiva de salvamento, é total potência de atendimento e aí, chega a ser até uma discrepância. É uma inquietação minha, é uma coisa que eu não consigo entender, sabe? Essa parte assim, até que ponto as pessoas deliberam sobre a vida do outro. Se vejo o paciente indo embora, aí que eu me "inquieto" mais! (E6, E21).*

5.2 RESULTADOS CONFORME INSTRUÇÕES NORMATIVAS DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Para uma melhor compreensão e discussão dos resultados apresentados e em conformidade com a instrução normativa 10/PEN/2011 do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC, que dispõe sobre os critérios para elaboração e formato de apresentação dos trabalhos de conclusão do curso de Mestrado e Doutorado, foram produzidos dois manuscritos.

O primeiro manuscrito intitulado: “Representações Sociais de enfermeiros com experiência em terapia intensiva acerca do cuidado paliativo” e o segundo manuscrito intitulado: “Cuidado Paliativo e enfermeiros de terapia intensiva: sentimentos que ficam”.

5.2.1 Manuscrito 1 - Representações Sociais de enfermeiros com experiência em terapia intensiva acerca do cuidado paliativo

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIROS COM
EXPERIÊNCIA EM TERAPIA INTENSIVA ACERCA DO
CUIDADO PALIATIVO

SOCIAL REPRESENTATIONS OF NURSES WITH EXPERIENCE
IN INTENSIVE CARE ABOUT PALLIATIVE CARE

REPRESENTACIONES SOCIALES DE ENFERMEROS CON
EXPERIENCIA EN TERAPIA INTENSIVA ACERCA DEL
CUIDADO PALIATIVO

Natyale Rippel Silveira³

Eliane Regina Pereira do Nascimento⁴

RESUMO

Estudo exploratório descritivo baseado no referencial teórico das Representações Sociais, cujo objetivo foi identificar as Representações Sociais dos enfermeiros acerca dos cuidados paliativos em unidade de terapia intensiva. A coleta de dados ocorreu no período de abril a agosto de 2015, com entrevista semiestruturada, realizada com 30 enfermeiros da grande Florianópolis/Santa Catarina, Brasil. Para o tratamento e análise dos dados se empregou o Discurso do Sujeito Coletivo. Os resultados apontaram duas ideias centrais que deram origem a dois discursos: Cuidado Paliativo é a qualidade de vida na terminalidade; A unidade de terapia intensiva requer um cuidado terapêutico e não paliativo. As Representações Sociais sobre os cuidados paliativos, atribuídas pelos participantes, estão majoritariamente relacionadas à

³ Enfermeira Mestranda em Enfermagem. Membro do Grupo de Estudo no Cuidado de Pessoas nas Situações Agudas de Saúde - Geass, Santa Catarina, Brasil. E-mail: naty_rippel@hotmail.com.

⁴ Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Líder do GEASS, Santa Catarina, Brasil. E-mail: pongopam@terra.com.br.

promoção do conforto, ao bem-estar do paciente e à família, à preservação da individualidade do paciente/família, à humanização, à redução do sofrimento, ao alívio de sintomas e à inserção da família no cuidado. Porém, foram identificadas representações relacionando a unidade de terapia intensiva como um ambiente que não é visto para terminalidade de vida, uma vez que não se deixa o paciente morrer em condições de qualidade. Assim, o resultado deste estudo permite identificar o cuidado paliativo como uma modalidade de cuidado presente no cotidiano dos enfermeiros incluídos nesse estudo, mesmo que em processo de difusão. Conclui-se que a abordagem sobre cuidado paliativo deve ser mais difundida, especialmente junto a profissionais que ainda não percebem a unidade de terapia intensiva como um local de cuidado na finitude de vida, a fim de contribuir para assistência prestada à pessoa sob cuidados paliativos nessa unidade.

Palavras-chave: Cuidados paliativos, Cuidados paliativos na terminalidade da vida, Enfermagem, Percepção social, Planejamento de assistência ao paciente, Qualidade de vida, Unidades de Terapia Intensiva (Fonte: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Descriptive exploratory study based on the theoretical framework of social representations, aimed to identify the social representations of nurses about palliative care in the intensive care unit. Data collection occurred from April to August 2015 with semi-structured interviews conducted with 30 nurses from Florianópolis / Santa Catarina, Brazil. For the treatment and analysis of the data was used the Collective Subject Discourse. The results showed two central ideas that gave rise to two speeches: Palliative care is the quality of life in terminal illness; The intensive care unit requires a therapeutic and not palliative care. Social representations of palliative care, assigned by participants are mainly related to the promotion of comfort to the patient's well-being and family, to preserve the individuality of the patient / family, humanization, the reduction of suffering, relief symptoms and family involvement in care. However, representations were identified relating to the intensive care unit as an environment that is not seen for terminally life as it does not let the patient die in quality conditions. So the result of this study identifies palliative care as this care modality in the routine of nurses included in the study, even if diffusion process. It was concluded that the approach of palliative care should be more widespread, especially with professionals who do not yet realize the

intensive care unit as a care location in the finitude of life, in order to contribute assistance to the person in palliative care that unit.

Key words: Palliative care, Hospice Care, Nursing, Social Perception, Patient Care Planning, Quality of Life, Intensive Care Units.

RESUMEN

Estudio exploratorio descriptivo basado en el marco teórico de las representaciones sociales, tuvo como objetivo identificar las representaciones sociales de los enfermeros sobre los cuidados paliativos en la unidad de cuidados intensivos. Los datos fueron recolectados entre abril y agosto del año 2015, con entrevistas semiestructuradas realizadas a 30 enfermeras de Florianópolis / Santa Catarina, Brasil. Para el tratamiento y análisis de los datos se utilizó el Discurso del Sujeto Colectivo. Los resultados mostraron dos ideas centrales que dieron origen a dos discursos: Los cuidados paliativos es la calidad de vida en la enfermedad terminal; La unidad de cuidados intensivos requiere un cuidado terapéutico y no paliativo. Las representaciones sociales de los cuidados paliativos, asignados por los participantes están relacionados principalmente con la promoción de la comodidad para el bienestar y la familia del paciente, preservar la individualidad del paciente / familia, humanización, reducción del sufrimiento, alivio de síntomas y participación de la familia en la atención. Sin embargo, se identificaron las representaciones con respecto a la unidad de cuidados intensivos como un entorno que no se ve por la vida terminal, ya que no permite que el paciente muera en condiciones de calidad. Así, el resultado de este estudio permite identificar los cuidados paliativos como una modalidad de atención en la rutina de las enfermeras entrevistadas. Se concluyó que el enfoque de los cuidados paliativos debe ser más generalizado, especialmente con los profesionales que aún no se dan cuenta que la unidad de cuidados intensivos es un lugar de cuidado en la finitud de la vida, con el fin de contribuir a la persona a la cual se le están prestando los cuidados paliativos en esta unidad.

Palabras-clave: Cuidados Paliativos, Cuidados paliativos al final de la vida, Enfermería, Percepción Social, Planificación de Atención al Paciente, Calidad de Vida, Unidade de Cuidados Intensivos.

INTRODUÇÃO

Cuidado Paliativo (CP) é uma modalidade de cuidado interdisciplinar (medicina, enfermagem, fisioterapia, serviço social e outras especialidades) que visa a melhoria da qualidade de vida das pessoas com doenças graves e suas famílias, e que não respondem mais aos tratamentos curativos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002; ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012; KELLEY et al., 2015).

São componentes principais da abordagem do CP: a avaliação e tratamento de sintomas físicos e psicológicos, identificação e apoio à angústia espiritual, comunicação e estabelecimento de metas de atendimento individualizado pela equipe de profissionais de saúde, auxílio na tomada de decisão médica e coordenação dos cuidados para melhoria da qualidade de vida. O CP não abrevia a vida e nem adianta a morte da pessoa, mas sim, aceita o limite da vida e percebe a morte como parte do processo de viver humano. Tem como objetivo o cuidado, e não, a cura (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002; VAN MECHELEN et al., 2013; KELLEY et al., 2015).

Não se recomenda obstinação terapêutica (tratamentos fúteis) e a indução da morte (eutanásia), prima-se pela compaixão e pelo não abandono. A suspensão de um tratamento só deveria acontecer quando fosse considerado fútil e poderia prolongar o sofrimento da pessoa (JYLHÄNKANGAS et al. 2014; PAIVA, JÚNIOR E DAMÁSIO, 2014).

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um local altamente tecnológico, especializado em melhorar o estado funcional do paciente ou até mesmo salvar sua vida, conseqüentemente aumentando o controle sobre a morte e prolongando a permanência da vida do enfermo (SILVA et al., 2013; ERNECOFF et al., 2015).

Em geral, o perfil de doentes admitidos nas UTIs agrega indivíduos previamente hígidos e aqueles que sofrem de doenças crônicas degenerativas e apresentam uma agudização ou intercorrência potencialmente reversível da sua doença (MECHELEN et al., 2013; ERNECOFF et al., 2015). Na busca de uma evolução prognóstica favorável, em UTI, visa-se o emprego de tecnologias avançadas para manutenção da vida. No entanto, essa prática exige um repensar por parte da equipe que atua nesse setor. É preciso questionar até que ponto este incremento tecnológico é benéfico para o paciente e seus familiares (MECHELEN et al., 2013; GREEN et al., 2015).

O uso de tecnologias avançadas, baseado em um modelo médico curativo de assistência aos pacientes com doenças que ameaçam a vida, gera consequências, uma vez que se perpetuam intervenções e tratamentos incapazes de agregar benefícios substanciais. Dessa forma, surgem questionamentos relacionados não somente à cura da doença, mas também às ações, visando à proteção deste mesmo paciente (JYLHÄNKANGAS et al. 2014; ERNECOFF et al., 2015). É preciso repensar o uso da tecnologia no processo assistencial nas UTIs, buscando empregar esses recursos sob uma ótica mais humana, ética, e paliativista, percebendo o paciente em todo o seu contexto e sua dimensão, respeitando os limites de intervenções terapêuticas e a autonomia do paciente e família (ERNECOFF et al., 2015; FERGUSON et al., 2015).

Os pacientes na unidade de terapia intensiva são, por definição, os doentes mais graves dentro de um hospital. Ao se considerar os cuidados agudos, são os que enfrentam maior risco de morte dentre os doentes de todo o hospital, e normalmente requerem suporte avançado de vida, tais como a ventilação mecânica, inotrópicos, ou diálise. Portanto, a equipe de enfermagem diariamente depara com o processo de morrer e os cuidados em terminalidade de vida na terapia intensiva. Desta forma, a equipe de enfermagem, por estar presente diariamente é vital para o cuidado em fim de vida, pois estes são os únicos profissionais da equipe multidisciplinar presentes 24 horas na cabeceira do paciente, e têm a oportunidade de observar comportamentos e ações que são obstáculos a uma morte pacífica e digna enquanto eles fornecem cuidados de fim de vida (TAHA; ASFOUR; KADRY ATTIA, 2016).

É nessa circunstância que se ressalta a importância do enfermeiro enquanto membro da equipe multiprofissional de assistência a esse paciente uma vez que, cuidar em enfermagem paliativa é prover conforto e alívio dos sintomas, é buscar a preservação da integridade física, moral, emocional e espiritual. É ser flexível a determinadas rotinas e condutas, é valorizar o sofrimento e as conquistas, atuar e reagir adequadamente frente à circunstância de morte com o doente, família e consigo mesmo; é promover o crescimento pessoal do doente, da família e de si (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002; MECHELEN et al., 2013; KELLEY et al., 2015).

Questiona-se quando o paciente crítico deverá receber CP uma vez que, existem diferentes particularidades no que concerne o doente que interna na UTI e evolui para uma doença considerada terminal. Estabelecer o CP como modalidade de assistência em saúde exige critérios para a avaliação da necessidade de investimento e novas

condutas terapêuticas, e instrumentos como escalas (para avaliação funcional para a vigilância da curva evolutiva da doença) que auxiliam na previsão de prognóstico ou o diagnóstico da terminalidade (KELLEY et al., 2015; SCARBOROUGH; MEIER, 2015).

Nesse contexto, a equipe multidisciplinar tem um importante papel, quando se trata de paciente em fase final da sua vida, participando da imprescindível decisão em se estabelecer limites entre o prolongamento da vida e a possibilidade de melhor qualidade de vida (SILVA et al., 2013).

Vários fatores influenciam a decisão da equipe multiprofissional em não instituir a abordagem paliativa na UTI. Entre eles pode se destacar: o déficit de conhecimento da equipe sobre o CP, a resistência dos profissionais em aceitar que não podem mais atuar em direção à cura, a ineficácia diante da inevitabilidade da morte, e dilemas, tanto éticos quanto legais, envolvendo a temática (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

Quanto ao conhecimento da equipe multiprofissional sobre o CP, os cursos de formação profissional em saúde, deveriam ter em suas grades curriculares, disciplinas para tratar a temática dos CP. No entanto, essa não é a realidade, e na maior parte das vezes, a experiência se dará apenas na prática, dificultando o trabalho das equipes de uma maneira geral (FITCH et al., 2015; LEEMANS et al., 2015).

Dentre os principais dilemas éticos que podem exercer influência sobre a instituição ou não instituição do CP, enquanto conduta terapêutica encontra-se o fato de não se ter documentos legais respaldando a tomada de decisão frente ao CP. O Brasil ainda não possui uma Política Nacional de Cuidados Paliativos. Além disso, não existe no país, padronização do atendimento e destes serviços. As instituições (independente da sua natureza administrativa) que têm prestado esse tipo de cuidado o fazem por iniciativas individuais (BRITTO et al., 2015).

Quanto as RS, sabe-se que o indivíduo ou grupo é capaz de dar sentido às coisas e compreender a realidade através do seu próprio sistema de referência. Busca-se, então, evidenciar o papel que as representações sociais (RS) abrangem na prática do cuidado paliativo dos participantes deste estudo.

As Representações Sociais são capazes de possibilitar a compreensão e a interpretação dos próprios participantes do estudo em relação à realidade que se quer conhecer (terapia intensiva), permitindo compreender as atitudes e comportamentos do grupo social

(enfermeiros) e realidade em questão (significados do CP) (SILVA; CAMARGO; PADILHA, 2011).

Pactua-se com os autores que referem que o sentido que o indivíduo atribui às coisas pode delimitar suas ações, uma vez que as representações e práticas estão ligadas, determinando não só comportamentos distintos como também, atitudes específicas (LIMA, CAMPOS; 2015; MOSCOVICI, 1978).

Representar significa dar corpo e presença àquilo que está ausente e apresentar coisas buscando satisfazer a coerência argumentativa, racional, integrativa e normativa de um grupo. É, portanto, fundamental que isso ocorra de forma comunicativa e difusa, pois não há outros meios, com exceção do discurso e dos sentidos que neles contêm (MOSCOVICI, 2012).

Sendo assim, este estudo teve como questionamento: Qual o significado atribuído pelos enfermeiros de unidade de terapia intensiva, acerca dos cuidados paliativos? Traçou-se como objetivo deste estudo identificar as Representações Sociais dos enfermeiros acerca dos cuidados paliativos em unidade de terapia intensiva.

Julga-se, que a relevância do presente estudo se fundamenta especialmente no fato do déficit de conhecimento desde a formação profissional em saúde a respeito da temática, pela dificuldade dos profissionais de ambientes hospitalares em lidar com o insucesso terapêutico e à falta de documentos legais sobre o tema, podendo ser fatores capazes de influenciar as RS estabelecidas pelos enfermeiros, nas suas ações.

A presente proposta ainda se justifica pela escassez de publicações sobre pesquisas que avaliaram a prestação do CP sob a ótica das diferentes categorias profissionais de saúde que atuam com pacientes em sua fase final da vida, ficando, segundo autores, muitas vezes restritas à divulgação da essência do CP, deixando de lado as percepções dos profissionais (BRITTO et al., 2015; FITCH et al., 2015; LEEMANS et al., 2015)

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa, baseada no referencial teórico das RS realizada com enfermeiros com atuação em unidade de terapia intensiva na região da Grande Florianópolis, Santa Catarina.

A definição dos enfermeiros participantes se estabeleceu pela amostragem por Bola de Neve – *snowball* ou *snowball sampling* - . Essa

técnica permite aos informantes da pesquisa indicar outros participantes para o estudo, possibilitando identificar pessoas bem informadas sobre o assunto (ALBUQUERQUE, 2009).

Como o objetivo desta pesquisa foi conhecer o significado estabelecido pelos enfermeiros que atuam ou atuaram em UTI, na assistência ao paciente em cuidado paliativo, planejou-se formar uma “cadeia de informantes”, localizados em tempos e espaços diferentes, mas ligados por um fio condutor, o CP em UTI. Sendo assim o estudo não ocorreu em um local determinado, uma vez que se organizou conforme a indicação dos participantes.

Estabeleceu-se como critérios de inclusão dos profissionais: ser enfermeiro, estar exercendo suas atividades laborais no período da coleta de dados e ter experiência mínima de um ano na assistência a pacientes adultos em cuidado paliativo em UTI, podendo a experiência ser atual ou passada no máximo há cinco anos. Fixou-se esse período por acreditar que a experiência profissional menor do que um ano não é suficiente para o enfermeiro significar o que representa o cuidado paliativo no contexto da terapia intensiva, e há cinco anos porque antes desse tempo não era adotado o CP nas UTIs da grande Florianópolis/SC, Brasil. Foram excluídos os profissionais que não estivessem atuando ou residindo na região metropolitana de Florianópolis/SC, Brasil.

Os agentes sociais da pesquisa foram 30 enfermeiros, dos quais 25 estavam atuando em UTI adulto e cinco deles já haviam atuado e estavam trabalhando em outros setores dos hospitais.

O número de participantes, portanto, foi delimitado *a priori*; uma vez que, segundo Creswell (2014), estima-se que estudos de abordagem qualitativa podem envolver de 20 a 30 participantes. Considerando que a pesquisa de RS de acordo com Lefevre; Lefevre (2012) trata-se de uma pesquisa de opinião, é, portanto necessário um número considerável de participantes, optou-se então por essa seleção *a priori* e não por saturação de dados.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora principal e ocorreu no período de abril a agosto de 2015, por meio de entrevista semiestruturada realizada em ambiente privativo das instituições hospitalares. Foi solicitado aos profissionais que falassem sobre as suas percepções, sentimentos e experiências relacionadas ao tema. As entrevistas tiveram duração média de 34 minutos, foram gravadas em formato MP3 e posteriormente transcritas na íntegra utilizando o programa Microsoft Word (versão 2010). Para preservar a identidade dos entrevistados, seus nomes foram substituídos pelas letras: E

(Enfermeiro), seguidas de números que correspondem à sequência de realização das entrevistas (E1, E2,...).

Buscando articular a técnica de análise dos dados com o referencial teórico das Representações Sociais - (RS), adotado nesta pesquisa, optou-se pela técnica de tratamento e análise dos dados do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). A escolha se deve ao fato desse método segundo seus criadores, permitir maior objetividade e confiabilidade no processo interpretativo dos dados, além de favorecer a construção de discursos que representam as vozes do grupo de indivíduos do estudo, mediante a extração de expressões chaves, compondo-se discursos sínteses que expressam as representações sociais de uma coletividade (LEFÉVRE; LEFÉVRE, 2014).

Os dados coletados foram processados e organizados com o auxílio do *software Qualiquantisoft* do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) versão 1.3c. A técnica do DSC compreende em sua análise quatro figuras metodológicas: expressões chaves (ECHs); ideias centrais (ICs); ancoragem (AC) e, DSC propriamente dito. As ECHs são frases, ou transcrições literais do discurso, que representam a essência do conteúdo da questão em análise apresentados em torno de uma IC. Com o conteúdo das ECHs é construído o DSC. As ICs são descrições resumidas e objetivas dos sentidos de cada um dos depoimentos analisados. A AC é o fundamento internalizado pelo participante e é utilizado pelo sujeito para elaborar seu discurso, que pode ser uma expressão teórica, uma ideologia ou crença. O DSC é um discurso síntese, redigido na primeira pessoa do singular, estruturado pelas ECHs presentes nos depoimentos, que têm ICs ou ACs com o mesmo significado ou significado complementar de pensamento (LEFÉVRE; LEFÉVRE, 2012). Dessas figuras metodológicas três (ECH, IC e DSC) estão presentes nesse estudo.

Este estudo faz parte de uma dissertação de mestrado, cujo projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o Parecer n. 1.021.548, de 13/04/15, CAAE: 43385215.4.0000.0121, que seguiu as recomendações da Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. Todos os participantes receberam orientações sobre a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto às características dos 30 enfermeiros, a faixa etária variou de 26 e 53 anos; o tempo de atuação na terapia intensiva variou de 1 ano e 4 meses a 24 anos, (média de 8,5 anos). Quanto à titulação, 16 têm especialização; 13, mestrado em enfermagem e um, doutorado. Dos 16 com especialização, seis estavam cursando mestrado acadêmico ou profissional ou ainda doutorado.

Os dados apresentado são resultado da seguinte questão feita aos participantes: Fale o que é para você cuidados paliativos. A análise dos dados resultantes dessa pergunta deu origem a dois discursos denominados DSC1 e DSC2 com uma IC cada.

IC – A: Cuidado paliativo é a qualidade de vida na terminalidade

DSC1: *Cuidado paliativo é a assistência de enfermagem prestada ao paciente em fase terminal, onde o foco não é a cura da doença, é um cuidado com conforto para satisfazer as necessidades dele; promover ações que melhorem a qualidade de vida daquela pessoa ao longo dos anos em que ela tenha que viver com aquela doença. Vai ser uma situação permanente, progressiva, que já se investiu e não teve resposta na terapia utilizada. Cuidado paliativo é o oposto de obstinação terapêutica, é aceitar que o ser humano tem uma finitude. É uma medida multiprofissional que visa dar conforto e uma atenção um pouco mais diferenciada até para a família. Não há suspensão dos cuidados mínimos, como: tratar os sinais e sintomas, evitar e/ou diminuir a dor, aliviar o desconforto que vem da patologia, manter a higiene, se for possível mudança de decúbito, cuidados com a pele, troca de fraldas e curativos sempre que necessários, aspiração quando necessário, uma sedação, cuidados psicológicos, enfim, tudo visando o conforto do paciente. Além disso, permitir a presença familiar, propiciar um ambiente calmo, e dependendo da crença religiosa, favorecer a presença de um líder espiritual. Todos os cuidados oferecidos ao paciente para manter a sua integridade até que tenha o desfecho final, a morte. Paliativo é não aumentar a dor e vencer a morte, é manter o paciente assistido, porém sem medidas heróicas.* (E1, E2, E3, E4, E5, E7, E8, E9, E114, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E19, E20, E21, E22, E23, E24, E25, E26, E27, E28, E29 e E30).

No DSC1 28 enfermeiros (93,3%) significam o CP, partindo da sua percepção pessoal e conhecimento sobre a problemática. Emergiram

como representação social: alívio da dor e do sofrimento, respeito e atenção às questões éticas, suporte espiritual, aumento da longevidade, proporcionar conforto, preservação da individualidade da pessoa, atenção às características do ambiente de cuidado, inserção da família no cuidado, apoio psicológico e religioso e acompanhamento multiprofissional capacitado.

Cuidado paliativo vai muito além do preparo técnico ou teórico exigido dos profissionais de saúde. Especificamente para enfermeiro, é necessário ter sensibilidade das angústias e medos da família, respeitando-os e, também, conseguir envolvê-los no cuidado. Enquanto membro de uma equipe multiprofissional é necessário ter a habilidade de repassar sua avaliação com base em sua rotina diária com o paciente, sendo capaz de prover cuidado, conforto, respeitando a dignidade e os direitos do paciente sob seu cuidado.

Os dados encontrados estão de acordo com os resultados apontados em outras pesquisas e evidenciam uma diversidade de ações que permeiam a abordagem ao paciente em final de vida, estando parcialmente em concordância com a filosofia dos CP (SILVA et al., 2015; KELLEY; MORRISON, 2015). Também foi possível observar que para os respondentes o CP sobrepõe à cura terapêutica e percebe-se que há uma expressão de consciência profissional quanto à importância desta modalidade de cuidar na finitude da vida.

Contudo, apesar da visão de CP ser predominantemente focada nos aspectos clínicos, notam-se lacunas nesta percepção ao se identificar neste discurso a falta de elementos da gestão do CP como a necessidade de integração dos serviços hospitalares, isto é, o CP deve ser incorporado em todo o sistema de atendimento hospitalar como, por exemplo, com o serviço de prevenção de infecção e o cuidado de feridas. A isso se soma questões como o estabelecimento de metas de cuidados, avaliação do prognóstico, o planejamento da assistência com a participação do paciente e de sua família, a comunicação e a escuta entre o trinômio profissionais/paciente/família, além de vários elementos organizacionais como a redução de custos gerais e acesso ao CP.

Esta lacuna possivelmente se dá, devido ao déficit de conhecimento dos enfermeiros e equipe, para melhores práticas e tomada de decisões em CP. Um estudo com objetivo semelhante a este, aponta que é possível identificar uma grande dificuldade do enfermeiro com os pacientes em CP, pois a filosofia dos CP ainda não é uma realidade difundida e não está inserida à rotina de cuidados desses profissionais (BRITTO et al., 2015).

Quando os profissionais conhecem e dominam determinada metodologia e/ou prática, conseguem percorrer por esse campo social e tomar decisões com maior facilidade, é o que se constata no conceito de Representação Social de Moscovici, que consiste de três dimensões: informação; campo de representação; e atitude. Esta caracterização permite, desde logo, apontar a atitude/ tomada de decisão como componente efetiva, a qual, associada à informação, seria orientadora comportamental relativa a determinado objeto social (JESUÍNO, 2014).

A promoção do conforto foi uma ação evidente, conforme representação dos enfermeiros, possivelmente porque o cuidado é nato na enfermagem, é um dos princípios que regem a profissão, e está intimamente relacionado aos CP, justamente porque ser enfermeiro é ter conhecimento técnico e científico e prestar cuidados atendendo às necessidades dos pacientes em todas as suas dimensões.

A promoção de conforto no CP engloba aspectos simples, que promovem a qualidade de vida, como a mudança de decúbito, alívio da dor, leito limpo, a higiene corporal do paciente, troca de curativos como também a permanência junto à família, o auxílio ao familiar nos momentos de dificuldades e realização e respeito de alguns desejos e vontades dos pacientes (VALERIANO et al., 2014; BRITO et al., 2015; SILVA et al., 2015, KELLEY; MORRISON, 2015).

No CP este cuidado é fundamental para proporcionar qualidade de vida na terminalidade. Esse achado está em consonância com os resultados de outros estudos, que salientam que a discussão do CP se centra na perspectiva de alcançar condições de dignidade, sem falar em eutanásia (BRITO et al., 2015; SILVA et al., 2015).

No entanto não é um cuidado específico, está relacionado a todos os cuidados prestados, como: proporcionar alívio da dor, reduzir o sofrimento físico/emocional/psicológico/social, minimizar sintomas incômodos e de desconforto, diminuir as dúvidas do paciente e seus familiares, auxiliar e apoiar o paciente em suas dificuldades. Ampliar a interação entre equipe multiprofissional e o doente aumentará os níveis de conforto do paciente (SILVA et al., 2015).

A equipe de enfermagem está mais próxima do paciente, por isso consegue prestar a assistência visando à qualidade de vida e à manutenção do conforto e operando as diversas tecnologias no auxílio das funções fisiológicas (SOUSA; ALVES, 2016).

Uma das tendências encontradas no DSC1 demonstra que o atendimento à pessoa sob CP deve ser desenvolvido independente de sua situação, ou seja, para os profissionais a assistência/cuidado independe do estado patológico em que o indivíduo se encontra.

Também emergiu no DSC1 a concepção do CP como o alívio de dor, a minimização dos sintomas de desconforto e do sofrimento. Estas ações remetem a uma assistência humanizada que prioriza o bem-estar do paciente e também promovem conforto (VALERIANO et al., 2014).

A assistência de enfermagem em medidas paliativas se define pelas seguintes ações: contato físico por meio do toque, que traz segurança e conforto para o paciente; possibilitar aos familiares o esclarecimento de dúvidas, percepção para as queixas verbais e não verbais do enfermo, garantir privacidade, diminuir o sofrimento, muitas vezes causado pela dor; deixar o paciente em posição confortável, observando regiões potenciais para formação de úlceras; aquecer e deixar a temperatura ambiente favorável; utilizar linguagem e tom de voz adequados; evitar manuseio desnecessário; permitir ao paciente expressar sentimentos de perda e manter sempre uma analgesia (VALERIANO et al., 2014; BRITO et al., 2015; SILVA et al., 2015, KELLEY; MORRISON, 2015).

A compreensão dessas medidas remete aos conceitos trabalhados por Moscovici em sua teoria. Ao se considerar que as representações são caracterizadas pelas interações humanas, pode-se reportar inclusive ao processo de empatia. Então, quando se depara com coisas ou situações e se familiariza com elas, pode-se sim afirmar que as representações estão presentes. Essas representações exercem influência sobre os comportamentos humanos e, ao mesmo tempo, relações e convívio na sociedade (MOSCOVICI, 2012),

O cuidado é uma prerrogativa profissional do enfermeiro que identifica estas reais necessidades na assistência ao paciente. Outro aspecto a ser considerado é que os pacientes e seus familiares possuem direitos e necessidades que devem ser atendidos independentemente da possibilidade, ou não, de sua cura (FIRMINO, 2012). A este respeito, acrescenta a Organização Mundial da Saúde – OMS, que o alívio da dor física, emocional, espiritual e social é um direito humano básico (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). Portanto, trata-se não somente de uma questão clínica, mas também de uma situação ética.

O DSC1 evidencia ainda que os participantes compreendem que o enfermeiro que cuida de pessoas com doença avançada e incurável deve estar voltado para a avaliação sistemática dos sinais e sintomas; para auxiliar a equipe profissional no estabelecimento de prioridades de cuidado e objetivos terapêuticos, como também estar atento para a interação com os familiares em especial às ações de proximidade física e afetiva (FIRMINO, 2012).

As repercussões desses achados no cotidiano da assistência dos pacientes em CP implicam na necessidade de competência relacional e de gestão do enfermeiro, de habilidades de comunicação, pois estas são capazes de assegurar o melhor desenvolvimento de sua prática clínica.

A segunda ideia central relacionada às respostas da questão um, deu origem a um segundo discurso do qual participaram dois (6,67%) dos 30 enfermeiros da pesquisa.

IC – B: A UTI requer um cuidado terapêutico e não paliativo

DSC2: *É muito complicado o cuidado paliativo na UTI, porque venho trabalhar para prestar total atendimento, força total para o paciente sair com vida. Aí, eu chego aqui e tenho um paciente que é terapêutico e outro que é paliativo, é complicado lidar com isso, vejo um paciente sem nenhuma perspectiva prognóstica para cura, na UTI, local que requer um cuidado tecnológico e intensivo (E6, E10).*

O DSC2 abarca as representações dos enfermeiros em relação ao CP. Nesse discurso é possível identificar conceitos relacionados à dificuldade na execução do CP na UTI. Outra ideia identificada é a de que a UTI não é um lugar para terminalidade da vida, devido ao emprego de procedimentos e terapêuticas que causam dor e sofrimento físico. Para esses participantes, fica evidente que promover CP é deixar o paciente morrer com qualidade.

Essa concepção se coaduna com os achados de outro estudo com objetivo e contexto similar. Os autores apontaram que na realidade geral das UTI's, o CP é pouco implementado uma vez que os pacientes recebidos nessas unidades chegam com possibilidade eminente de final de vida. Os mesmos autores sinalizam a incoerência dessa concepção ao considerar que a filosofia do CP preconiza a oferta desse cuidado a todos os pacientes internados na UTI, em especial àqueles sem tratamento modificador da doença (BARROS, ALVES, OLIVEIRA et al., 2013).

É possível que essa representação sobre a não adequação do CP em UTI nada mais seja que a expressão de uma necessidade de implementação precoce dessas medidas, haja vista que esta unidade recebe pacientes agudos e crônicos agudizados com os quais essa modalidade terapêutica por vezes não havia sido discutida.

As representações do CP para os participantes componentes desse discurso se relacionam aos comportamentos e ações das práticas profissionais, como modos “indesejáveis” se considerado o seu teor

negativo, porém permitem dar sentido e justificar seus significados. É importante ressaltar que, quando um comportamento parece estar em sentido oposto ao esperado e à representação identificada, pode indicar o acionamento de outras representações com um sentido tão ou mais forte que as identificadas anteriormente e presentes naquele cenário, contexto e momento social (JODELET, 2001).

O discurso sinaliza também, que o cuidar do paciente nos momentos de terminalidade é um processo que traz desconforto e um misto de emoções para o profissional nesta pesquisa, evidenciado no âmbito da terapia intensiva. É necessário enfatizar a importância da assistência de enfermagem no CP não somente sob a ótica do cuidar, mas também na perspectiva do desenvolvimento da profissão.

Existem estudos que evidenciam que esta dificuldade pode ser explicada devido ao sofrimento, ao sentimento de insuficiência e à negatividade implícitos na inevitabilidade da morte iminente (SILVA; PEREIRA, MUSSI, 2015, ROCHA et al., 2015). Essa condição impõe ao enfermeiro questionar se realmente fez tudo que poderia pela vida do paciente jovem, originando um sentimento de impotência e fracasso profissional em algumas situações. As crianças e os jovens são vistos pela sociedade como portadores de alegria e vida, qualidades que se opõem à morte (SILVA; PEREIRA, MUSSI, 2015).

A forma que o profissional representa a morte pode influenciar no seu sofrimento e contribuir para a manifestação de representações negativas ou positivas, de acordo com a vivência.

Ao compartilhar o processo de morte com os familiares enlutados, o enfermeiro investe todos seus esforços para ajudá-los, compartilhando do sofrimento vivenciado pelos entes. Ainda no desejo de querer ajudá-los, procura entender esse sofrimento e, também, demonstrar seus próprios sentimentos aos familiares (AMARAL; KUHN, 2016).

Essa ideia está em consonância com um estudo o qual salienta que a criação de vínculo entre o cuidador (neste caso, o enfermeiro) e o paciente/família, torna-se inevitável, devido ao longo tempo de acompanhamento, pois conviver com os pacientes crônicos e seus familiares ao longo das hospitalizações possibilita que o enfermeiro construa um relacionamento mais próximo com o familiar, compartilhando experiências no dia a dia (SOUSA; ALVES, 2015).

Desta forma o cuidado assume dimensões significativas, em virtude deste partilhar emoções e sentimentos. Em especial para a equipe de enfermagem, que permanece um longo período diário em contato com esses pacientes. O vínculo ocorre através da escuta ativa,

do diálogo, possibilitando que paciente e familiares adquiram confiança em quem a cuida (BRITTO et al., 2015).

O discurso deixa transparecer o sentimento de respeito do enfermeiro em relação à dignidade e autonomia, a capacidade de decidir, do paciente e familiares. Essa questão remete a estudos realizados que reconhecem este como um dos momentos mais críticos na prática dos CP, que é o de decidir, juntamente com o paciente e sua família ou responsável, quais condutas devem ser executadas em caso de morte iminente (BERALDO; ALMEIDA; BOCCHI, 2015).

A partir desse discurso, reflete-se que conforme for esta decisão (autonomia), depara-se com diferentes processos de morrer, no entanto, a impossibilidade de cura de um enfermo rompe com os limites terapêuticos, mas não com as possibilidades de cuidar com dignidade, a qual supera a assistência puramente técnica. É preciso disseminar o conceito de CP a fim de transcender o modelo assistencial tradicional, uma vez que, esses cuidados são pautados em abordagem holística, multiprofissional e interdisciplinar, humanizada e sem intervenções para antecipar ou adiar a morte (BRITTO et al., 2015).

Haja vista que, as representações sociais são fenômenos complexos ativos e oriundos do convívio social, o seu estudo torna possíveis e identificáveis vários elementos das relações humanas como crenças, valores, atitudes, opiniões, entre outros, que têm impacto nas relações e condutas profissionais (JODELET, 2001). Elementos estes que fornecem informações sobre aspectos significativos à realidade que se busca conhecer e analisar com o presente estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível identificar o CP como uma modalidade de cuidado presente no cotidiano dos enfermeiros incluídos nesse estudo. Porém, é preciso ressaltar que ainda não é uma realidade difundida, o que pode ter influenciado pela e na RS elaborada pelos enfermeiros.

As RS dos CP para os enfermeiros apresentam uma estrutura da qual participam elementos diversificados. Destacam-se aprimoramento, qualidade de vida, priorização do cuidado e promoção de conforto. Ressaltam-se impotência, cuidado paliativo é complicado, inevitabilidade da morte e resistência a palição na UTI.

Observou-se que a RS de CP atribuída pelos entrevistados, está majoritariamente relacionada à promoção do conforto, ao bem-estar do paciente e da família, preservação da individualidade do paciente/família, humanização, a redução do sofrimento, ao alívio de

sintomas e a inserção da família no cuidado, revelando provável ausência da concepção e importância de aspectos da gestão.

As repercussões desses achados no cotidiano da assistência dos pacientes em CP tendem a ser explicitadas como algo ainda não completamente estabelecido, ao passo que o CP é representado essencialmente como processo clínico, como algo que está sendo construído, apesar das contradições vivenciadas na cotidianidade da assistência paliativa.

As RS enquanto expressões do senso comum e das relações entre os sujeitos sociais, expressaram a visão de um grupo de enfermeiros sobre a realidade do CP em busca de significar esta visão para o seu contexto social: a UTI.

Desta maneira, a estrutura da RS de CP destes enfermeiros explicita a forma como apreendem a situação, bem como se relacionam, na interioridade das instituições de saúde, com o cotidiano repleto de dilemas e relações de poder.

É possível que aspectos como a gestão do cuidado paliativo não tenham sido explícitos, uma vez que os participantes se limitaram ao modelo público de organização hospitalar, condição esta que sofreu influência da técnica da Bola de Neve. Além disso, os aspectos de gestão não foram explorados no momento da coleta de dados, podendo então ser esta uma fragilidade, além do modelo público de organização.

Como fator limitante deste estudo é possível identificar o reconhecimento das percepções partindo da ótica de uma única categoria profissional, assim como ter sido realizada exclusivamente com enfermeiros que apresentavam vivência profissional em instituições públicas, além dessa experiência ser no mesmo período e espaço, sul do Brasil.

Recomenda-se que sejam realizados mais estudos sob a mesma temática, em outros contextos de cuidado e com outros referenciais teóricos e metodológicos.

Assim, o resultado deste estudo enfatiza que a abordagem sobre CP deve ser mais difundida em especial junto a profissionais que ainda não percebem a UTI como um local de cuidado na finitude de vida. Ressalta-se a importância deste estudo em contribuir para assistência prestada à pessoa sob CP, proporcionando ao enfermeiro a reflexão acerca da importância da palição ao assegurar a dignidade da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP: Ampliado e Atualizado**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2012. Disponível em:

<www.paliativo.org.br/dl.php?bid=146>. Acesso em: 14 jan. 2016.

ALBUQUERQUE, E, M de. **Avaliação da técnica de amostragem “Respondent-driven Sampling” na estimação de prevalências de Doenças Transmissíveis em populações organizadas em redes complexas**. 2009. 99p. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP; Rio de Janeiro, 2009.

AMARAL, T, R; KUHN, M. Prazeres e desprazeros vivenciados pelos enfermeiros de unidade de terapia intensiva adulto. **Estudo & Debate**, v. 22, n. 2, 2016. Disponível em:

<http://www.meep.univates.br/revistas/index.php/estudoedebate/article/viewArticle/1479>>. Acesso em 17 jan 2016.

BARROS, N, C, B; et al. Cuidados paliativos na UTI: compreensão, limites e possibilidades por enfermeiros. **Rev. enferm. UFSM**. Santa Maria, v. 2, n. 3, p. 630-640, 2013. Disponível em:

<<http://cascavel.cpd.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/5857>>. Acesso em: 05 jan. 2016.

BERALDO, L, M; ALMEIDA, D, V; BOCCHI, S, C, M. From frustration to coping with caring for death by nurse technicians.

Rev. bras. enferm., Brasília , v. 68, n. 6, p. 1013-1019, 2015.

Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672015000601013&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 20 jan 2016.

BRITTO, S, M, C.; et al. Representação social dos enfermeiros sobre cuidados paliativos. **Revista Cuidarte**, v. 6, n. 2, p. 1062-1069, 2015. Disponível em: <

<http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/170/447>> - Acesso em: 15 dez. 2015.

CRESWELL, J, W. **Investigação Qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens**. Porto Alegre, RS: Penso, 2014.

DA SILVA, V, XP. et al. As representações sociais de enfermeiros de clínica médica sobre cuidados paliativos oncológicos. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 14, p. 42-49, 2015. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/17926/13458>> - Acesso em: 05 nov. 2015.

DA SILVA, S, É, D. et al. Dependente sim, viciado não: representações sociais de dependentes químicos. **Enfermagem em Foco**, v. 5, n. 1/2, p. 17-20, 2015. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/562/242>> - Acesso em: 15 dez. 2015.

ERNECOFF, N. C. et al. Conflict Management Strategies In The Icu Differ Between Palliative Care And Non-Palliative Care Clinicians. **Respiratory and critical care medicine**, v. 191, p. A3773, 2015.

FERGUSON, S. et al. Effects Of Proactive Palliative Care On Processes And Outcomes In A Medical ICU. **Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 191, p. A5127, 2015.

FITCH, M, I.; FLIEDNER, M, C.; O'CONNOR, M. Nursing perspectives on palliative care 2015. **Annals of palliative medicine**, v. 4, n. 3, p. 150-155, 2015. Disponível em: <<http://www.amepc.org/apm/article/view/7034/7817>> Acesso em: 10 nov. 2015.

GREEN, E. et al. Why do adults with palliative care needs present to the emergency department? **Emergency Medicine Journal**, v. 32, n. 12, p. 995-996, 2015.

JESUÍNO, J; C. Um conceito reencontrado. In: _____.; ALMEIDA, A, M, O, SANTOS, M, F, S; TRINDADE, Z, A. (Orgs). **Teoria das Representações Sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2ª Edição, 2014, p. 41-75

JYLHÄNKANGAS, L.; SMETS, T.; COHEN, J.; UTRIAINEN, T.; DELIENS, L. Descriptions of euthanasia as social representations: comparing the views of Finnish physicians and religious professionals. **Sociology of health & illness**, v. 36, n. 3, p. 354-368, 2014. Disponível em: <<http://www.readcube.com/articles/10.1111%2F1467->

9566.12057?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED> Acesso em: 20 dez. 2015

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: _____. (Org). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p. 17-44.

KELLEY, A.S.; MORRISON, S. Palliative care for the seriously ill. **The new england journal of medicin**, v. 373, p. 747-755, 2015.

Disponível em: <

<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMra1404684>>. Acesso em: 24 jan. 2016.

LEEMANS, K. et al. How to implement quality indicators successfully in palliative care services: perceptions of team members about facilitators of and barriers to implementation. **Supportive Care in Cancer**, p. 1-9, 2015.

LEFEVRE, F; LEFEVRE, A, M, C. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e Intervenções comunicativas. **Texto & Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 502-507, 2014. Disponível em: <<file:///C:/Users/Natyele/Downloads/REPRESENTA%C3%87%C3%83O%20SOCIAL%20LEFEVRE%20TEXTO%20CONTEXTO%202014.pdf>>. Acesso em: 08 fev. 2015.

LEFEVRE, F; LEFEVRE, A, M, C. **Pesquisa de representação social: um enfoque quali quantitativo: a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo**. Brasília: Liber Livro, 2ª edição, 2012, p.224.

LIMA, R, C, P.; CAMPOS, P, H, F. Campo e grupo: aproximação conceitual entre Pierre Bourdieu e a teoria moscoviciana das representações sociais. **Educação e Pesquisa**, v. 41, n. 1, p. 63-77, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1517-97022015000100063&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 18 nov. 2015.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1978, p 291.

_____. **Representações Sociais:** investigações em psicologia social. Editado em inglês por Gerard Duveen; traduzido do inglês por Pedrinho A. Guareschi. 9. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

PAIVA, F, C, L, de.; ALMEIDA JÚNIOR, J, J, de.; DAMÁSIO, A, C. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. **Revista Bioética**, v. 22, n. 3, p. 550-560, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n3/v22n3a19.pdf>> - Acesso em: 07 ago. 2015.

ROCHA, M, C, P; et al. A experiência do enfermeiro no cuidado paliativo ao neonato/criança: a interface com o processo de morrer e do luto. DOI: **Saúde em Revista**, v. 15, n. 40, p. 37-48, 2015. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.15600/2238-1244/sr.v15n40p37-48>>. Acesso em: 12 jan 2016.

SCARBOROUGH, B.; MEIER, D, E. Palliative Care as a Consultation Model. In: **Geriatrics Models of Care**. Springer International Publishing, 2015.P. 71-86.

SILVA, C, F. et al. Concepções da equipe multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Ciência & Saúde Coletiva** v.18, n.9, p.2597-2604, 2013.

SILVA, S, E, D; CAMARGO, B, V; PADILHA, M, I. A Teoria das Representações Sociais nas pesquisas da Enfermagem brasileira. **Rev bras enferm**, Brasília, v.64, n.5, p. 947- 951, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a22v64n5.pdf> >. Acesso 26 dez. 2014.

SILVA, R, S; PEREIRA, A; MUSSI, F, C. Conforto para uma boa morte: perspectiva de uma equipe de enfermagem intensivista. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 40-46, 2015. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0040.pdf>>. Acesso em: 28 jan 2016.

SOUSA, J, M; ALVES, E, D. Palliative nursing care in home care. **Journal of Nursing UFPE on line**, v. 9, n. 2, p. 669-676, 2015. Disponível em:< <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/6965>>. Acesso em: 02 fev 2016.

TAHA, S, N; ASFOUR, H, I; KADRY ATTIA, A. Critical care nurses' knowledge and attitudes regarding the " Do Not Resuscitate (DNR) status". **Journal of High Institute of Public Health**, v. 40, n. 3, p. 528-562, 2016.

VALERIANO, K, de F. et al. O Discurso do Sujeito Coletivo Emergente de Médicos em Relação a Cuidados Paliativos. **REVISTA CIÊNCIAS EM SAÚDE**, v. 3, n. 3, p. 25-34, Disponível em <http://186.225.220.234:8484/rcsfmit/ojs-2.3.3-3/index.php/rcsfmit_zero/article/view/238/206> - Acesso em: 05 nov. 2015.

VAN MECHELEN, W. et al. Defining the palliative care patient: a systematic review. **Palliative Medicine**, v. 27, n. 3, p. 197-208, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION: Definition of Palliative Care, 2002. Disponível em <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>> - Acesso em: 15 dez. 2015.

5.2.2 Manuscrito 2 – Cuidado paliativo e enfermeiros de terapia intensiva: sentimentos que ficam

CUIDADO PALIATIVO E ENFERMEIROS DE TERAPIA
INTENSIVA: SENTIMENTOS QUE FICAM

PALLIATIVE CARE AND NURSES OF INTENSIVE THERAPY:
WHAT ARE FEELINGS

CUIDADO PALIATIVO E ENFERMEROS DE TERAPIA
INTENSIVA: SENTIMIENTOS QUE QUEDAN

Natyele Rippel Silveira⁵

Eliane Regina Pereira do Nascimento⁶

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo exploratório pautado no referencial teórico das Representações Sociais, que objetivou conhecer os sentimentos acerca dos cuidados paliativos de enfermeiros que atuam ou atuaram na terapia intensiva de adultos. Participaram da pesquisa 30 enfermeiros da Grande Florianópolis/ Santa Catarina, Brasil, incluídos no estudo pela amostragem Bola de Neve. A coleta de dados ocorreu no período de abril a agosto de 2015, com entrevista semiestruturada. Para organização e análise dos dados se empregou o Discurso do Sujeito Coletivo. Os resultados apontaram quatro ideias centrais: o sentimento de conforto ao prestar os cuidados de enfermagem a pacientes em cuidados paliativos; o envolvimento emocional e o sentimento de frustração; a falta de informação e comunicação entre a equipe multiprofissional causa insegurança e angústia na hora do cuidado; e, a formação e atuação profissional voltado para a cura. Os resultados permitiram identificar diferentes sentimentos expressos pelos enfermeiros que assistem pacientes em cuidados paliativos. É possível

⁵ Enfermeira. Mestranda em enfermagem. Membro do Grupo de Estudo no Cuidado de Pessoas nas Situações Agudas de Saúde - Geass, Santa Catarina, Brasil. E-mail: naty_rippel@hotmail.com.

⁶ Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Líder do GEASS, Santa Catarina, Brasil. E-mail: pongopam@terra.com.br.

concluir que, por vezes, essa diferença de sentimento pode ser construída e reconstruída durante a carreira profissional, e ter entre equipe, instituição e tempo de atuação fatores que causam interferência nesse processo, tornando-se inevitável que, ao longo da trajetória, se envolvam emocionalmente, sintam insegurança e angústia, frustração e impotência com relação à morte, mas também, conforto e satisfação ao realizarem seu trabalho.

Palavras-chave: Cuidados paliativos, Cuidados paliativos na terminalidade da vida, Enfermagem, Percepção social, Planejamento de assistência ao paciente, Qualidade de vida, Unidades de Terapia Intensiva (Fonte: DeCS BIREME).

ABSTRACT

This is an exploratory descriptive study guided the theoretical framework of social representations, which aimed to identify the feelings about palliative care nurses who work or worked in intensive care for adults. The survey was conducted with 30 nurses in Florianópolis / Santa Catarina, Brazil, in the study by Snowball sampling. Data collection occurred from April to August 2015 with semi-structured interview. For organization and analysis of the data was used the Collective Subject Discourse. The results showed four central ideas: the feeling of comfort to provide nursing care to patients in palliative care; emotional involvement and the sense of frustration; the lack of information and communication in the multidisciplinary team cause uncertainty and anxiety in the care time; and training and professional activities aimed at healing. The results showed different feelings expressed by the nurses who assist patients in palliative care. It was concluded that sometimes this sense of difference can be built and rebuilt during his professional career, and have between staff, institution and time of performance, factors that cause interference in the process, making it inevitable that along the trajectory, get involved emotionally, feel insecurity and anguish, frustration and impotence in relation to death, but also comfort and satisfaction in performing their work.

Key words: Palliative care, Hospice Care, Nursing, Social Perception, Patient Care Planning, Quality of Life, Intensive Care Units.

RESUMEN

Se trata de un estudio exploratorio descriptivo guiado bajo el marco teórico de las representaciones sociales, que tuvo como objetivo identificar los sentimientos acerca de los cuidados paliativos de

enfermeras que trabajan o trabajaron en la terapia intensiva de adultos. Los participantes fueron 30 enfermeras en Florianópolis / Santa Catarina, Brasil, en el estudio mediante el muestreo de bola de nieve. Los datos fueron recolectados entre abril y agosto del año 2015, con entrevistas semiestructuradas. Para la organización y el análisis de los datos se utilizó el Discurso del Sujeto Colectivo. Los resultados mostraron cuatro ideas centrales: la sensación de confort para proporcionar cuidados de enfermería a los pacientes en cuidados paliativos; implicación emocional y la sensación de frustración; la falta de información y comunicación en el equipo multidisciplinar causa incertidumbre y ansiedad en el tiempo de cuidado; y las actividades de formación y profesionales orientados a la curación. Los resultados mostraron diferentes sentimientos expresados por las enfermeras que asisten a los pacientes en cuidados paliativos. Se concluyó que a veces esta sensación de diferencia de sentimientos puede ser construido y reconstruido durante su carrera profesional, y tienen entre el personal, la institución y el tiempo, factores de rendimiento que causan interferencia en el proceso, por lo que es inevitable que, a lo largo del camino, involucrado emocionalmente, no solo sienta angustia, inseguridad, frustración e impotencia en relación con la muerte, sino también comodidad y satisfacción en el desempeño de su trabajo.

Palabras-clave: Cuidados Paliativos, Cuidados paliativos al final de la vida, Enfermería, Percepción Social, Planificación de Atención al Paciente, Calidad de Vida, Unidade de Cuidados Intensivos.

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) tem como função precípua o atendimento aos pacientes críticos e de alta complexidade direcionado por um modelo de assistência biologicista, cartesiano, curativista, fragmentado e mecanizado. Este setor concentra um aparato de recursos tecnológicos e é considerado um ambiente repleto de dor e sofrimento, pois os pacientes que necessitam de cuidados intensivos estão em geral, acometidos por doenças agudizadas e em condições críticas de vida (MARTINS et al., 2015).

Nesta unidade prevalecem a técnica e instrumentos, que envolvem habilidades e conhecimentos tecnológicos específicos e especializados dos profissionais para que os mesmos desenvolvam sua prática de maneira eficaz e terapêutica, porém, além disso, precisam lidar com o conceito de finitude, o medo dos pacientes, bem como dos familiares. Embora essa tecnicidade seja essencial para a manutenção da

vida no ambiente da terapia intensiva, é um fator que desafia a equipe na busca por aliar os valores humanitários aos recursos tecnológicos (PASSOS et al, 2015).

Socialmente e culturalmente a internação em UTI retrata incertezas quanto ao tratamento e recuperação, transparecendo ao paciente e familiar um mau prognóstico e considerável risco de morte, sendo um processo ímpar e gerador de estresse uma vez que os familiares se sentem afastados dos seus entes, limitados, impotentes, e manifestam ansiedade, sofrimento e tristeza (BARROS *et al.*, 2013).

Um estudo quantitativo com pacientes americanos afirma que a utilização da medicina intensiva no final da vida continua a aumentar, porém, muitos profissionais atuantes em cuidados intensivos não são adequadamente treinados ou qualificados para prestar um atendimento aos pacientes em final de vida (WESSMAN; SONA; SCHALLOM, 2015).

Em situações de fim de vida, principalmente aquelas em que o paciente é considerado fora de possibilidades de cura, o papel dos profissionais da UTI é de se empenhar na mudança deste cenário puramente tecnicista; isto é, implementar cuidados menos agressivos, em busca da qualidade de vida ou de morte, se ela assim vier a ocorrer (BALIZA et. al., 2015).

O cuidado paliativo (CP) no Brasil ainda constitui uma modalidade emergente de assistência em terminalidade de vida (TAMAKI et al., 2014). O CP consiste em práticas direcionadas ao paciente excluindo a ideia curativista, sendo que, nesse estágio, entende-se que a doença está instalada, progressiva, irreversível e não responsiva ao tratamento estabelecido. Com isto, os profissionais devem propiciar uma assistência adequada e integral visando à qualidade e ao conforto nos momentos finais de vida (ASLAKSON; CURTIS; NELSON, 2014).

A mudança do paradigma entre a cura e o cuidado paliativo, é um processo que depende dos profissionais atuantes na área e das instituições acadêmicas, bem como o conhecimento destes para essa interface do cuidado, necessita ser uma prática alicerçada na capacitação profissional regida por princípios científicos realizados (BALIZA et al, 2015).

O ambiente de trabalho dos profissionais de enfermagem os submete a inúmeras situações estressantes que podem estar relacionadas à atividade laboral, como também, a processos psicológicos e físicos do próprio indivíduo. Essa situação limita a atuação e a concepção do profissional no momento do processo de morte e morrer (LIMA; JUNIOR, 2015).

Conhecer as concepções relacionadas à implementação dos cuidados paliativos, assim como o processo de finitude, possibilitaria aos enfermeiros uma melhor compreensão dos seus valores e crenças diante desse processo, sentindo-se preparados no momento em que atuassem, lidando com pacientes e familiares que estariam nessa situação.

Diante do exposto, a pesquisa teve como objetivo: conhecer os sentimentos acerca dos cuidados paliativos de enfermeiros com atuação na terapia intensiva de adultos.

Relatar os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros frente aos cuidados paliativos auxiliará na interpretação do significado desses cuidados para os enfermeiros e na identificação de fatores que facilitam e dificultam esse tipo de cuidado.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva realizada à luz do Referencial Teórico das Representações Sociais, com enfermeiros com experiência profissional em unidade de terapia intensiva adulto, na região da Grande Florianópolis/ SC, Brasil.

A Teoria das Representações Sociais (TRS) permeia e possibilita a captação e a interpretação dos próprios participantes do estudo em relação à realidade que se almeja conhecer, permitindo ao pesquisador saber, a partir das atitudes e comportamentos do grupo social, da realidade em questão (SILVA; CAMARGO; PADILHA, 2011).

As representações sociais são entidades sociais individuais dotadas de significados na medida em que se constituem como guias utilizados pelos indivíduos para nortear suas interações coletivas e sociais, justificando, portanto, o uso deste referencial neste estudo (LEFEVRE; LEFEVRE, 2014).

Para a definição dos participantes, utilizou-se a estratégia de amostragem de rede (bola de neve) respeitando os seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro, estar exercendo suas atividades laborais no período da coleta de dados e ter experiência de no mínimo um ano na assistência a pacientes adultos em CP em UTI, podendo ser experiência atual ou progressa. A definição desse período foi baseada na crença de que a experiência profissional menor do que um ano não é suficiente para o enfermeiro significar o que representa o CP no contexto da terapia intensiva. Não foram incluídos na pesquisa profissionais que não estavam residindo na região metropolitana de Florianópolis, ou estavam em férias ou licença de qualquer natureza no período da coleta de dados.

Participaram do estudo 30 enfermeiros. Justifica-se o número de participantes uma vez que, segundo Creswell (2014), estima-se que estudos de abordagem qualitativa podem envolver de 20 a 30 participantes. Considerando que a pesquisa de RS, de acordo com Lefevre; Lefevre (2012), trata-se de uma pesquisa de opinião, é, portanto necessário um número considerável de participantes. Optou-se, então, por essa seleção *a priori* e não por saturação de dados. Todos os participantes receberam orientações sobre a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram coletados no período de abril a agosto de 2015, por meio de entrevista semiestruturada, realizada individualmente, após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o Parecer n. 1.021.548, de 13/04/15. O projeto atendeu às recomendações da Resolução n. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. Foi respeitada a condição de anonimato dos participantes. Seus nomes foram substituídos pelas letras: E (Enfermeiro), seguidas de números que correspondem à sequência de realização das entrevistas (E1, E2,...).

O instrumento de coleta de dados contemplou questões relacionadas à caracterização dos participantes e às percepções, sentimentos e experiências dos acerca do cuidado paliativo. As entrevistas foram gravadas em um dispositivo eletrônico de áudio e tiveram duração média de 34 minutos.

Os dados foram organizados e analisados de acordo com a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) com a utilização *do software Qualiquantisoft* versão 1.3c.

A técnica de análise de dados do DSC compreende quatro figuras metodológicas. As expressões chaves (ECHs), que são frases, ou transcrições literais do discurso original e que representam a essência do conteúdo da questão em análise e são apresentadas em torno de uma Ideia Central (IC). As ICs são descrições resumidas e objetivas dos sentidos das expressões chaves. A terceira figura metodológica é a Ancoragem (AC). É utilizada pelo sujeito para elaborar seu discurso, que pode ser uma expressão teórica, uma ideologia ou crença. O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) propriamente dito é definido como um discurso síntese, redigido na primeira pessoa do singular, estruturado pelas ECHs presentes nos depoimentos, que têm ICs ou ACs com o mesmo significado ou significado complementar (LEFÉVRE; LEFÉVRE, 2012).

Cabe informar que essa técnica de análise permite que um mesmo discurso quando analisado, participe ou dê origem a mais de uma ideia central. Por isso, é possível verificar que, na tabela 1, o número total de participantes foi 31 e não 30.

Os resultados aqui apresentados são um fragmento da dissertação de mestrado intitulada Representações Sociais dos Enfermeiros Acerca do Cuidado Paliativo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os 30 enfermeiros foram caracterizados de acordo com o sexo, faixa etária, formação profissional e tempo de atuação na terapia intensiva. Do total de participantes, 26 eram do sexo feminino e quatro do sexo masculino. A faixa etária variou de 26 a 53 anos; quanto à titulação, 16 tem especialização; 13, mestrado em enfermagem; e um, doutorado. Dos 16 com especialização, seis estavam cursando mestrado acadêmico ou profissional ou ainda doutorado. O tempo de atuação na terapia intensiva variou de um ano e quatro meses a 24 anos, (média de oito anos e meio).

No período da coleta de dados, dos 30 enfermeiros, 25 estavam atuando em UTI adulto e cinco deles já haviam atuado, mas, no momento estavam em outros setores dos hospitais. Todos trabalhavam exclusivamente em hospitais públicos que não têm um serviço de cuidados paliativos, porém, atendem os pacientes em terapia intensiva que necessitam desses cuidados. Dentre os hospitais, dois buscam sistematizar na unidade de terapia intensiva o atendimento ao paciente em situação paliativa, por iniciativa de alguns profissionais da unidade.

A análise dos dados levou à definição de quatro ideias centrais acerca dos sentimentos dos enfermeiros sobre os cuidados paliativos e tiveram conotação tanto positiva quanto negativa. As IC com o respectivo número de participantes se encontram na Tabela 1.

Tabela 1 – Ideias centrais acerca dos sentimentos de enfermeiros ao prestar os cuidados de enfermagem a pacientes em Cuidados Paliativos. Florianópolis/SC, Brasil, 2016.

Pergunta: No seu cotidiano de trabalho em UTI, o que você sente/ou sentiu ao prestar os cuidados de enfermagem a pacientes em Cuidados Paliativos?		
Ideias Centrais	Participantes	Percentual
IC – A: O sentimento de conforto ao prestar os cuidados de enfermagem a pacientes em cuidados paliativos	16	51,6%
IC – B: O envolvimento emocional e o sentimento de frustração	7	22,6%
IC – C: A falta de informação e de comunicação entre a equipe multiprofissional causam insegurança e angústia na hora do cuidado	6	19,4%
IC – D: A formação e atuação profissional curativa	2	6,4%
TOTAL:	31	100%

Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

A IC-A oriunda da análise das falas dos enfermeiros, deu origem ao primeiro discurso do sujeito coletivo e teve a participação expressiva de 51,6% das respostas dos participantes. O DSC expressa o sentimento de conforto dos profissionais ao prestar os cuidados.

IC – A: O sentimento de conforto ao prestar os cuidados de Enfermagem a pacientes em Cuidados Paliativo

DSC1: *Presto o mesmo cuidado como se fosse ao paciente que não está em cuidado paliativo. Mantenho mudança de decúbito, banho, sigo a prescrição e todos os cuidados. Sinto-me bem e confortável porque entendo que estou oferecendo qualidade e diminuindo o sofrimento do paciente e da família. Minimizando a dor e o sofrimento me sinto bem, pois me coloco no lugar dele. Eu me sinto um pouco mais responsável pelo paciente, porque não é possível saber o tempo que ele vai permanecer nesse modelo de cuidado, e aí, parece que a enfermagem tem que ser ainda mais ativa para conseguir proporcionar um conforto e evitar complicações decorrentes de uma internação prolongada. Eu tenho a impressão de que ele vai ficar um pouco menos*

observado pela equipe clínica. E aí, ele meio que é devolvido para os cuidados da enfermagem, uma vez que em uma situação de paliativo, esses cuidados não diminuem em nada, se intensificam. No momento em que você tem essa visão que o melhor cuidado para o paciente é o bem-estar, o conforto e o alívio da dor, então é algo que a gente consegue trabalhar de uma maneira bem tranquila. Me sinto bem sabendo que eu estou dando conforto e deixando ele morrer entendendo que esgotaram-se as opções terapêuticas considero um alívio, não pelo dever cumprido, mas sim por reduzir o sofrimento. Me sinto bem quando vejo que a conduta está certa, bem esclarecida, e de comum acordo com a equipe e a família (E1, E2, E5, E7, E8, E10, E11, E12, E18, E22, E23, E25, E26, E28, E29, E30).

Este discurso expressa que há uma necessidade em oferecer o cuidado de conforto físico expresso pela redução da dor/sofrimento com adoção de medidas não medicamentosas. Esses resultados corroboram com outro estudo que abordou o cuidado integral como sendo a essência do trabalho da enfermagem e tem como função precípua assistir à saúde do ser humano. O cuidado incorpora a ideia de atendimento às necessidades humanas básicas numa atitude acolhedora do profissional, ao ser empático com o usuário e promover a resolutividade dessas necessidades (BAZEMORE et al., 2015).

Resultado similar foi apontado em outro estudo o qual afirma que para os indivíduos hospitalizados, cuja morte é iminente, os cuidados de conforto podem aliviar os sintomas angustiantes e melhorar sua qualidade de vida. Tais medidas de conforto devem estar em congruência com o desejo do paciente. No entanto, no entendimento destes mesmos autores, a expressão “cuidados de conforto” é frequentemente empregada de forma imprecisa ou mesmo enganosa, por exemplo, quando tal cuidado é considerado como uma prescrição expressa de não reanimar, muitas vezes, até sem discussão com o paciente. Desta forma, o cuidado de conforto é empregado para excluir uma gama de medidas paliativas (BLINDERMAN; BILLINGS, 2015, pg. 2550).

Percebe-se que frente à impossibilidade de cura, o profissional enfermeiro manifesta o respeito pela vida do paciente ao se comprometer em protegê-lo diante de tal vulnerabilidade, porque o cuidado paliativo começa quando o cuidado curativo deixa de ser o propósito principal. Atividades terapêuticas sem finalidade curativa tornam ameno o sofrimento e dão conforto ao paciente. Entretanto, o estado terminal em que não há probabilidade de cura, a tendência do

foco da assistência é deixada de lado e por sua vez torna-se frívola. Por isso, o cuidar respeita valores e crenças dos indivíduos, preserva sua dignidade, atua de modo ético e empático, preocupando-se não apenas com ações técnicas, mas com o saber e o fazer (MACHADO et al., 2015).

O cuidado envolve um processo relacional e de vínculo, portanto é inerente o envolvimento emocional entre paciente, família e profissional de enfermagem. Graças à empatia resultante desse envolvimento, o atendimento às necessidades do paciente é favorecido, pois permite que o profissional conheça melhor o paciente e atenda às suas necessidades (SANTANA, 2015). A empatia foi um conceito que emergiu nesse estudo, e possível de identificar no discurso. Este sentimento estabelece uma relação de ajuda, de fazer algo pelo outro como também aos seus familiares, uma vez que estes ficam confortáveis ao perceber que o seu ente não está sofrendo.

Um estudo Koreano, que investigou os fatores que afetam o desempenho dos enfermeiros no cuidados em terminalidade de vida, observou que a empatia é um dos fatores preditores significativos para esta modalidade de assistência e uma dimensão necessária a este profissional para a compreensão do outro (JO et al., 2015).

Apesar de a empatia ser um sentimento e estar relacionada à individualidade de cada um, cabe aos cursos de graduação em saúde reforçar positivamente em seus formandos, qualidades humanas no intento de formar profissionais competentes na criação de vínculos empáticos com pacientes e familiares (REZENDE et. al., 2015).

Percebe-se que a dor é o ponto de partida para o plano de cuidados desse paciente e que a empatia enquanto processo dinâmico é a capacidade de compreender as experiências do outro, promovendo efeitos positivos no bem-estar do paciente ao evitar terapêuticas fúteis (REZENDE et. al., 2015).

Para os enfermeiros, cuidar de modo paliativo significa identificar precocemente as necessidades do paciente e da família para que possam viver com dignidade e maior qualidade o processo de terminalidade, auxiliando-os no enfrentamento da morte como um processo natural (MACHADO et al., 2015).

Os temas morte e o processo de morrer, embora façam parte da realidade dos profissionais de saúde, causam constrangimento, pois alguns profissionais ainda não estão preparados para esse processo. Para estes profissionais, em especial o enfermeiro, o meio mais confortável e aceitável em lidar com esse processo de finitude é considerá-lo como

um processo biológico e natural, inevitável a todos os seres humanos (LIMA; JUNIOR, 2015).

Os pacientes almejam profissionais com capacidade técnica, mas também desejam melhorias do aspecto humano nas relações de saúde (REZENDE et. al., 2015). Esta condição aumenta a confiança e a colaboração do paciente e sua família para efetividade dos processos terapêuticos.

Considerando a vulnerabilidade do paciente é preciso considerar as repercussões geradas não só para o paciente que está em CP como para seus familiares. Desta forma, é fundamental que o enfermeiro compreenda o paciente no seu todo, identificando as suas necessidades através do estabelecimento de uma relação terapêutica, baseada em uma comunicação eficaz. Sendo assim, independente do local onde o doente esteja, é imprescindível uma comunicação efetiva entre os profissionais, o doente e família (FREIRE, 2015).

A segunda IC apresentada deu origem a outro discurso do sujeito coletivo, o DSC2. Este teve uma participação de 22,6% das respostas dos participantes.

IC – B: O envolvimento emocional

DSC2: *Fico triste quando me deparo com um paciente que não tem um prognóstico bom, que é um prognóstico reservado, mas, tenho consciência de que não vai ser o primeiro e nem o último, então, eu tenho que fazer da melhor forma possível. Acabo me envolvendo muito com as histórias das pessoas, ficando mais emotivo porque acompanho desde o início, não é?...Então a emoção acontece, mas eu sei que tem que dar o conforto suficiente para que esse momento não seja dolorido, dolorido fisicamente, porque emocionalmente vai ser. Têm as duas faces da moeda, por um lado é triste de certa forma, saber que estou cuidando de uma pessoa que está indo, às vezes, é um cuidado paliativo mais imediato que eu sei que vai logo e, às vezes, a pessoa acaba até indo de alta aqui da UTI para o quarto em cuidado paliativo, mas sei que não vai melhorar. Por isso, tem o sentimento de frustração de cuidar de paciente em paliativo. É frustrante porque vejo o sofrimento da família, é frustrante porque sei que não tem mais nada para investir naquele paciente, é frustrante porque eu o vejo sofrendo, e por vezes, sofro junto (E2, E14, E15, E16, E17, E20, E27).*

Existem histórias e pacientes com os quais o envolvimento emocional é inevitável. Enfermeiros são os profissionais da equipe que

permanecem mais horas com o paciente durante o seu período de internação, além disso, por vezes vivenciam a realidade dos pacientes e familiares, as angústias e sofrimentos, assim como alegrias e conquistas que inúmeras vezes são compartilhadas. Então, neste misto de emoções e sentimentos que os profissionais da enfermagem são passíveis de vivenciar, identificam a morte como um processo inerente à vida, mas ao qual não têm como ser inertes aos sentimentos que permeiam esse evento.

Um estudo realizado com dezesseis enfermeiros, que objetivou compreender a visão do enfermeiro diante do processo morte/morrer dos pacientes, assim como relatar os sentimentos vivenciados por estes profissionais autentica os dados encontrados no DSC2. Neste estudo, Lima e Júnior (2015) afirmam que a morte é geradora de sentimentos como dor, tristeza, sofrimento, medo, impotência e insucesso, e que o desencadeamento destes sentimentos pode ser resultado de uma formação acadêmica curativa, levando estes profissionais a buscarem a cura sempre, o que causa frustração e culpa quando este objetivo não é alcançado.

Na visão dos participantes deste discurso é necessário desenvolver um mecanismo de defesa contra as angústias pessoais, uma vez que, no ambiente hospitalar é comum internalizar a doença e o problema do paciente. Assim é fundamental compartilhar experiências do contexto de atuação profissional (SILVEIRA et al., 2014, MACHADO et al., 2015).

A convivência com a morte e/ou participação do processo de finitude não exclui aos profissionais a expressão/expressarem sentimentos ruins; pelo contrário, demonstra a necessidade dos profissionais em compreenderem este fato, propiciando menor sofrimento, controle das emoções e consequente ajuda aos pacientes e seus familiares (LIMA; JUNIOR, 2015).

Esse discurso ressalta o comprometimento emocional destes enfermeiros com o paciente vulnerável. Assim é necessário ao enfermeiro se instrumentalizar quanto à prestação do cuidado (MACHADO et al., 2015). Afim de que sua atuação profissional não fique condicionada ao fator emocional desencadeado pelas relações com o paciente e sua família.

A IC-B deu origem ao segundo discurso do sujeito coletivo apresentado abaixo. Este teve a participação de 19,4% das respostas dos participantes e traz uma crítica à falta de informação e de comunicação que ainda existem entre a equipe multiprofissional no âmbito da TI e por

vezes causam sentimentos de insegurança e angústia nos profissionais que estão executando esses cuidados.

IC – C: A falta de informação e de comunicação entre a equipe multiprofissional causam insegurança e angústia na hora do cuidado

DSC3: *A falta de informação me deixa angustiado. Acho que com o tempo que eu tenho de caminhada, me sinto melhor em atuar nesse sentido, mas com não atuo sozinho, sinto que, cada um segue princípios individuais, causando insegurança na hora do cuidado. Primeiro por que eu não sei direito se aquele paciente está em cuidado paliativo pleno ou não. Se tivesse que definir como me sinto, dentro da terapia intensiva, seria angustiado por não saber o que está acontecendo e simplesmente seguir uma prescrição que, muitas vezes, eu também não concordo, uma vez que, ela não é discutida em equipe para que todo mundo esteja ciente. Eu sinto que ainda não tenho um preparo suficiente por falta de mais conhecimento, mais leitura, mais falar sobre o tema, acho que toda a equipe ainda se sente um pouco incomodada com esse tipo de cuidado até por que ele começou aqui na UTI há pouco tempo. Acredito que preciso de mais capacitação para fazer esse cuidado, embora, me ache capacitado pelo tempo de experiência que tenho, mas particularmente o paciente paliativo demanda algumas questões que, talvez, eu não tenha estrutura para oferecer um atendimento da forma mais adequada. Por exemplo, a família, horário de visitas, espaço para esses familiares ficarem enfim, e também a participação da conversa com o familiar, acho que isso falta, às vezes, o médico comunica o familiar que o paciente está em cuidado paliativo e algum tempo depois venho a saber, não existe muito essa comunicação, essa interação entre equipe e as coisas se perdem (E1, E3, E4, E9, E13, E24).*

O DSC3 traz em sua ideia central aspectos relacionados à informação e à comunicação. Ao longo do discurso, nota-se que, por vezes, a omissão de aspectos relacionados à terapêutica se deve ao fato do déficit de conhecimento de alguns profissionais e à falta de disseminação da filosofia do CP e sua legislação.

É possível que a formação e atuação deste profissional sejam fatores limitantes para a participação do processo de tomada de decisão e implementação do CP, uma vez que, pode-se perceber nesse discurso um condicionamento das ações profissionais do enfermeiro a outros

profissionais, e até mesmo a expressão de falta de conhecimento relacionada a esse tipo de cuidado. Portanto, o profissional não deve se sentir obrigado a ter todas as respostas, mas que esteja disposto a buscar novos conhecimentos para subsidiar suas condutas frente ao processo de morte.

A literatura confirma que todos esses fatores podem influenciar a decisão da equipe multiprofissional no momento de instituir a abordagem paliativa na UTI, uma vez que, destaca como principais fatores o déficit de conhecimento da equipe sobre o CP, a formação profissional voltada para cura e a dificuldade em aceitar que não podem atuar evitando a morte, e dilemas, tanto éticos quanto legais (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

A falta de clareza quanto à definição do CP pode gerar diferentes compreensões do fazer nessa modalidade de cuidado. Essa noção de CP deve ser trabalhada não só no contexto hospitalar, mas também nos processos formativos dos estudantes da área de saúde no sentido de superarem os conflitos no contexto profissional ao se tornarem trabalhadores do setor (MACHADO et al., 2015; WITTENBERG; GOLDSMITH; NEIMAN, 2015).

Um estudo realizado com seis membros da equipe multiprofissional, buscando conhecer a vivência desta equipe no cuidado paliativo no contexto hospitalar, aponta que entre os desafios para atuação desta equipe em CP, foram descritos conflitos e necessidades de qualificação da equipe para identificar as dificuldades de lidar com o processo de terminalidade. Ou seja, a falta de preparo da equipe foi considerada o fato desencadeador de conflitos. Outro fator que os autores deste estudo apontam favorecer conflitos foi a dificuldade de consenso nas ações da equipe multiprofissional, quando da realização de procedimentos que possivelmente não iriam mais trazer benefícios ao paciente (CARDOSO et. al., 2013). Fator este que vai ao encontro do sentimento de angústia relatado pelos enfermeiros.

Outro estudo realizado com enfermeiros de terapia intensiva aponta que a maturidade profissional e anos de experiência em UTI são importantes para fazer a diferença no cuidado e alívio do sofrimento de paciente. Porém, este mesmo estudo aponta que não há esforço da equipe em buscar discussões transparentes para implementar a filosofia de cuidados paliativos ao cuidado no contexto da UTI, apontando essa ausência de discussão como um aspecto que dificulta a participação dos enfermeiros nesse processo (BALIZA et. al., 2015).

A habilidade de comunicar é indispensável ao trabalho multiprofissional, e pode ser uma ferramenta para transpor as

dificuldades encontradas pela equipe durante a atuação em CP. A comunicação efetiva e o respeito entre os membros da equipe são comprovadamente fatores que contribuem para a qualidade da assistência prestada (CARDOSO et. al., 2013).

A comunicação é a transmissão de informações de uma pessoa para outra. A necessidade da transmissão da informação recebida e compreendida pelos profissionais da assistência se faz necessária para a interação dos médicos, enfermeiros e outros profissionais, envolvidos no processo paliativo, diminuindo o sofrimento do paciente e seus familiares.

Outro fator apontado no estudo de Baliza et. al (2015), que exerce influência sobre os enfermeiros nas decisões de final de vida e que corrobora com os resultados da presente pesquisa, aponta que não é comum ao médico chamar a equipe para discussão relacionada à implementação do CP. Isto mostra as características do cuidado e as relações entre os membros da equipe no CP. Este estudo ainda afirma que o poder de decisão sobre o CP, aparece centrado na equipe médica (BALIZA et. al., 2015).

Nesse contexto, a equipe multiprofissional tem um importante papel, participando da imprescindível decisão em se estabelecer limites entre o prolongamento da vida e a possibilidade de melhorar a sua qualidade de vida (FITCH; FLIEDNER; O'CONNOR, 2015; LEEMANS et al., 2015). Tendo em vista que os enfermeiros são integrantes da assistência em saúde, desempenham um papel social inerente à prestação do cuidado, além de serem os profissionais que despendem mais tempo com pacientes no final da vida.

As atitudes comunicacionais do enfermeiro e o conteúdo da informação proporcionada são aspectos significativos na implementação e cuidado em palição. O processo de comunicação enfermeiro-família-equipe em contexto de CP contribui para uma melhor intervenção e cuidado (FREIRE, 2015). A aceitação por parte dos profissionais e da família vai mudar conforme a implementação dessas medidas for conduzida. Ou seja, não havendo comunicação é natural que sentimentos como insegurança e angústia estejam presentes na prática desses enfermeiros.

A IC com menor representatividade (6,4%) entre as quatro deu origem ao discurso do sujeito coletivo quatro. Porém a representatividade de 6,4% não exime a importância da reflexão que essa IC instiga. Leva a questionar até que ponto o processo formativo da graduação prepara o enfermeiro para os sentimentos que irá encarar ao longo da sua atuação profissional. Sentimentos bons como os

apresentados anteriormente, mas, também, sentimentos de frustração como apresentando nesse discurso.

IC – D: A formação e atuação profissional curativa

DSC4: *É claro que existem situações em que eu fico pensando: "mas será que não dava para ter feito mais?" Essas dúvidas surgem, sou ser humano... No geral, são pacientes que eu realmente entendo que infelizmente, não têm o que fazer. Por isso, me sinto muito incapaz, me sinto totalmente frustrado, totalmente "tecnicista", trabalho em UTI e venho pra cá para trabalhar com paciente em cuidados intensivos com seu total potencial, e quando esse paciente não tem mais esse cuidado eu me sinto frustrado. Estou preparado para outro fim, não para esse (E6, E7).*

Nesse discurso foi possível identificar o sentimento de dúvida expresso pelos enfermeiros ao prestar os cuidados de enfermagem ao paciente em cuidado paliativo, e verificar que esse sentimento pode ser capaz de influenciar os enfermeiros no seu processo de trabalho e aceitação da filosofia de CP.

Durante a formação acadêmica o tema da morte é pouco abordado, deixando assim, várias lacunas, em que o profissional é incentivado a acreditar que somente a cura e a recuperação do paciente são características de um bom cuidado. O ambiente de trabalho e suas tecnologias, o processo da luta incessante pela vida, muitas vezes, não permitem nem abrem espaços para questionar, conversar e pensar na morte (LIMA; JUNIOR, 2015).). Isso por que o docente pode se sentir inseguro na interpretação do tema morte e tenta se abrigar do contato com a dor e o sofrimento e sustar as emoções sobre o propósito de finitude.

Observa-se que o modelo de ensino implementado pelas Instituições de Ensino Superior (IES) voltadas para saúde, ainda está pautado predominantemente na lógica técnica científica centrada na patologia, desconsiderando a individualidade do ser humano (RODRIGUES; LIGEIRO; SILVA, 2015). O processo de finitude e morte ainda despertam sentimentos de medo, raiva, impotência, insegurança, podendo a partir da avaliação destes sentimentos, relacioná-los mais à perda e à separação do que a um processo natural da vida. (LIMA; JUNIOR, 2015).

Em um estudo etnográfico realizado com dez enfermeiros que objetivou identificar os fatores que influenciam os enfermeiros de UTI

nos processos em situações de fim de vida, enfermeiros ressaltaram a importância que a experiência profissional, aquisição de conhecimentos e maturidade adquirida ao longo da carreira são fatores que auxiliam no trato de situações envolvendo o processo de finitude em UTI. O mesmo estudo ainda aborda que enfermeiros, especialmente os mais jovens, sentem-se despreparados e incapazes de lidar com os processos de fim de vida, incluindo o conforto à família. Eles acreditam que o desenvolvimento dessa habilidade exigirá adequação do processo de formação profissional (BALIZA et. al., 2015).

Portanto, este processo formativo pode ser considerado um fator interveniente à assistência do paciente em CP, gerando o abandono e morte indigna nas instituições hospitalares, além da angústia experienciada pelos familiares. Isso demonstra a necessidade de sistemas educativos que transcendem o ensino do aparato tecnológico e curativista das práticas de saúde (RODRIGUES; LIGEIRO; SILVA, 2015).

Faz-se necessário refletir a prática da palição tendo em vista que o modelo atual biomédico pode interferir na atuação e sentimento dos trabalhadores ao enfrentarem a angústia relacionada à terminalidade e à morte. Este modelo incita a futilidade terapêutica e aos profissionais da saúde acreditarem que o êxito do cuidado está na cura ou em salvar a vida do paciente (MACHADO et al., 2015), em não aceitar a morte como um processo natural, mas sim, como uma frustração.

A compreensão dos enfermeiros acerca do CP se baseia em ações de enfermagem cotidianas, representando minimamente este cuidado e revelando a insuficiência de conhecimento sobre essa modalidade de cuidar, além do desconhecimento da sociedade sobre a palição (MACHADO et al., 2015). Apesar de, estes enfermeiros identificarem a palição no seu cotidiano de trabalho.

Fica evidente neste discurso que os profissionais trabalham apoiados por sua subjetividade, valores culturais e formação acadêmica voltada para cura.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo buscou compreender o significado dos sentimentos dos enfermeiros na prática dos cuidados paliativos na terapia intensiva de adultos, procurando a partir da discussão realizada, contribuir para que estes profissionais tenham um maior entendimento sobre o quanto a sua percepção e os seus sentimentos podem interferir no processo de

trabalho, levando-os a refletir sobre a temática, buscando sensibilizá-los uma vez que irão cuidar da pessoa na vida, mas em processo de finitude.

É possível identificar diferentes sentimentos expressos pelos enfermeiros que assistem ou assistiram pacientes em cuidados paliativos. Também, percebe-se que por vezes essa diferença de sentimento pode ser construída e reconstruída durante a carreira profissional, e ter entre equipe, instituição e tempo de atuação fatores que causam interferência nesse processo. Sendo assim, é inevitável que, ao longo da trajetória, se envolvam emocionalmente, sintam insegurança e angústia, frustração e impotência com relação à morte, mas também, conforto e satisfação ao realizarem seu trabalho.

Os resultados deste estudo apontam para o desconhecimento do CP por parte dos enfermeiros entrevistados, que, contudo, implementam essa modalidade de cuidar em seu fazer cotidiano. Esta lacuna se justifica pela carência de processos formativos tanto no contexto de trabalho quanto nas Instituições de Ensino Superior.

Este estudo apresenta como uma das suas limitações, o fato de ter sido desenvolvido em instituições hospitalares que não apresentam infraestrutura e equipe multiprofissional direcionada para CP.

Reforça-se a importância e necessidade do enfermeiro estudar sobre a metodologia dos cuidados paliativos, e o processo de finitude, pouco trabalhado na formação superior em saúde. Isso poderá lhes proporcionar um preparo pessoal e profissional de forma que venha a minimizar os sentimentos desconfortáveis ao conviver diariamente com essas situações de estresse.

Recomenda-se que sejam realizados mais estudos, em outros contextos institucionais, a fim de identificar questões como o gerenciamento do cuidado paliativo, pouco evidenciado na realidade deste estudo. Fazem-se necessárias novas pesquisas sobre a temática buscando como contexto equipes que já estejam direcionadas para o CP, pois conforme firmado por este estudo, a formação, a prática profissional e o conhecimento podem sim, ser fatores que influenciam na prática profissional diária.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO A, L; MERHY E, E. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**. v. 18, n. 49, 2014. Disponível em: <<http://web.a.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=14143283&AN=110767857&h=FF1NCgt>>

bVW0aN7c8JuLiZqcC2ybQ2S0p0hBHTVu4MFP3ScPtY1%2bwalZaJyODuveMjLzoMsHHvuffkMx870E8IQ%3d%3d&resultNs=AdminWebAuth&resultLocal=ErrCrlNotAuth&crlhashurl=login.aspx%3fdirect%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26authtype%3dcrawler%26jml%3d14143283%26AN%3d110767857>. Acesso em: 06 dez. 2015.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP: Ampliado e Atualizado**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2012. Disponível em: <www.paliativo.org.br/dl.php?bid=146>. Acesso em: 14 jan. 2016.

ASLAKSON, Rebecca A.; CURTIS, Randall; NELSON, Judith E.. **The Changing Role of Palliative Care in the ICU**. 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4695994/>>. Acesso em: 05 maio 2016.

BALIZA, M, F. et al. Fatores que influenciam os enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva nas decisões de final de vida. **Rev. Esc. Enferm. USP (Online)**. São Paulo, v. 49, n. 4, p. 572-579, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342015000400572&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 dez. 2015.

BARROS, Nara Calazans Balbino et al. Cuidados paliativos na UTI: compreensão dos enfermeiros. **Rev. pesquis. cuid. fundam.(Online)**, v. 5, n. 1, p. 3293-3301, 2013. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1954/pdf_696>. Acesso em: 05 maio 2016.

BAZEMORE, Andrew et al. More comprehensive care among family physicians is associated with lower costs and fewer hospitalizations. **Ann. fam. Med.** Leawood, v. 13, n. 3, p. 206-213, 2015. Disponível em: <<http://www.annfammed.org/content/13/3/206.full.pdf+html>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

BLINDERMAN, Craig D.; BILLINGS, J. Andrew. Comfort Care for Patients Dying in the Hospital. **New England Journal of Medicine**, v. 373, n. 26, p. 2549-2561, 2015.

CARDOSO, D, H; et al. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. **Texto & Contexto Enferm.**

Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1134-41, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400032>. Acesso em: 20 jan. 2016.

COELHO, A, F; et al. A importância do conhecimento do cuidado paliativo pelos docentes durante o curso de graduação em enfermagem. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 8, n. 3, 2014. Disponível em: <<http://publicacoes.unigranrio.com.br/index.php/racs/article/view/1975>>. Acesso em: 20 dez. 2015.

CRESWELL, J, W. **Investigação Qualitativa e projeto de pesquisa:** escolhendo entre cinco abordagens. Porto Alegre, RS: Penso, 2014.

ERNECOFF, N. C. et al. Conflict Management Strategies In The Icu Differ Between Palliative Care And Non-Palliative Care Clinicians. **Respiratory and critical care medicine**, v. 191, p. A3773, 2015.

FERGUSON, S. et al. Effects Of Proactive Palliative Care On Processes And Outcomes In A Medical ICU. **Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 191, p. A5127, 2015.

FITCH, M, I.; FLIEDNER, M, C.; O'CONNOR, M. Nursing perspectives on palliative care 2015. **Annals of palliative medicine**, v. 4, n. 3, p. 150-155, 2015. Disponível em: <<http://www.amepc.org/apm/article/view/7034/7817>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

FREIRE, E, R. Futilidade médica, da teoria à prática. **Arq. med**, v. 29, n. 4, p. 98-102, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0871-34132015000400003&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 10 dez. 2015.

Jo KH, Park AR, Lee JJ, Choi SJ. The Effect of Suffering Experience, Empathy Ability, Caring Behaviors on Terminal Care Performance of Clinical Nurses. **Korean J Hosp Palliat Care**. 2015 Dec;18(4):276-284. <http://dx.doi.org/10.14475/kjhpc.2015.18.4.276>

LEEMANS, K. et al. How to implement quality indicators successfully in palliative care services: perceptions of team members about

facilitators of and barriers to implementation. **Support. care in câncer.** Berlin, p. 1-9, 2015.

LEFEVRE, F; LEFEVRE, A, M, C. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e Intervenções comunicativas. **Texto & Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 502-507, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Natyel/Downloads/REPRESENTA%C3%87%C3%83O%20SOCIAL%20LEFEVRE%20TEXTO%20CONTEXTO%202014.pdf>. Acesso em: 08 fev. 2015.

LIMA, R, dos S; JÚNIOR, J, A, C. O processo de morte e morrer na visão do enfermeiro. **Revista Ciência & Saberes-Facema**, v. 1, n. 1, p. 25-30, 2015. Disponível em: <<http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/13>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

MACHADO, J, H; et al. Paciente que requer cuidados paliativos: percepção de enfermeiras. **Enferm. Foco.** Brasília, v. 4, n. 2, 2015. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/534>>. Acesso em: 20 dez. 2015.

MARTINS, J, T; et al. Humanização no processo de trabalho na percepção de enfermeiros de unidade de terapia intensiva. **Cogitare enferm.** Curitiba, v. 20, n. 3, 2015. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/41521>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

PASSOS, S, S, S; et al. O acolhimento no cuidado à família numa unidade de terapia intensiva. **Rev. enferm. UERJ.** Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 368-374, 2015. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermaguerj/article/view/6259>>. Acesso em: 20 dez. 2015.

REZENDE, M, C, R, A; et al. Acolhimento e bem estar no atendimento odontológico humanizado: o papel da empatia. **Arch. health invest.** Araçatuba, v. 4, n. 3, 2015. Disponível em: <<http://www.archhealthinvestigation.com.br/index.php/ArcHI/article/view/904>>. Acesso em: 17 dez. 2015.

RODRIGUES, L, A; LIGEIRO, C; SILVA, M, da. Cuidados paliativos, diagnósticos e terminalidade: indicação e início do processo de palição. **CuidArte, Enferm.** v. 9, n. 1, p. 26-35, 2015.

SANTANA, J, C, B; et al. Vivências do cuidar de pacientes na terminalidade da vida: percepção de um grupo de acadêmicos de enfermagem. **Enferm. rev.** Belo Horizonte, v. 18, n. 2, 2015.

Disponível em: <

<http://200.229.32.55/index.php/enfermagemrevista/article/view/10684>

>. Acesso em: 10 jan. 2016.

SILVA, S, E, D; CAMARGO, B, V; PADILHA, M, I. A Teoria das Representações Sociais nas pesquisas da Enfermagem brasileira. **Rev bras enferm.** Brasília, v.64, n.5, p. 947- 951, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a22v64n5.pdf> >. Acesso 26 dez. 2014.

SILVEIRA, R, S; et al. A dimensão moral do cuidado em terapia intensiva. **Ciênc. cuid. saúde.** Maringá, v. 13, n. 2, p.01-12, 2014.

Disponível em: <

http://journals.lww.com/jhpn/Abstract/2015/06000/Nurse_Perceived_Communication_Challenges_and_Roles.16.asp

<http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19235x>>.

Acesso em: 07 jan. 2016.

TAMAKI, Camila Mussolin et al . Cuidar de pacientes terminais. Percepção dos enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva de hospital público. **Invest. educ. enferm,** Medellín , v. 32, n. 3, p. 414-420, Dec. 2014 . Available from

<http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072014000300006&lng=en&nrm=iso>. access on 18 May 2016.

WESSMAN, B, T; SONA, C; SCHALLOM, M. Improving Caregivers' Perceptions Regarding Patient Goals of Care/End-of-Life Issues for the Multidisciplinary Critical Care Team. **J. intensive care med.**

Crambridge, p. 1-9, 2015. Disponível em: <

<http://jic.sagepub.com/content/early/2015/09/24/0885066615606063.abstract>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

WITTENBERG, E; GOLDSMITH, J; NEIMAN, T. Nurse-perceived communication challenges and roles on interprofessional care teams. **J. hosp. Palliat. nurs.** Philadelphia, v. 17, n. 3, p. 257-262, 2015.

Disponível em: <

http://journals.lww.com/jhpn/Abstract/2015/06000/Nurse_Perceived_Communication_Challenges_and_Roles.16.aspx>. Acesso em: 17 dez. 2015.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolver este estudo proporcionou à pesquisadora crescimento acadêmico, profissional e pessoal, visto que foi possível conhecer o significado do cuidado paliativo para diferentes profissionais enfermeiros e em diferentes realidades. Principalmente quando se leva em consideração que essa mescla de realidades foi um dos fatores motivacionais para o desenvolvimento desse estudo.

Conhecer o significado do cuidado paliativo vai além de identificá-lo. Acredita-se que a riqueza de dados e o uso do referencial teórico das Representações Sociais tenha permitido o alcance do objetivo geral desse estudo que foi compreender as representações sociais de enfermeiros, acerca dos cuidados paliativos a pacientes adultos em Unidade de Terapia Intensiva.

Cada entrevista ensinou a esta pesquisadora quão particular é a vida e as representações que tecem as relações sociais, quão especiais são as experiências que se vivencia na rotina diária de trabalho e faz refletir sobre as múltiplas semelhanças e angústias que compartilham os enfermeiros, mesmo que, em universos distintos.

Os participantes desta pesquisa ensinaram uma lição fundamental, enquanto pesquisadora, e, primorosa, enquanto ser humano; não se deve nunca pré-estabelecer conclusões sobre uma determinada conduta, uma ação. Sabe-se que, na maioria das vezes, é mais fácil julgar ao outro, principalmente ao se focar em condutas profissionais. Mas, hoje se entende que enquanto seres humanos, em especial os profissionais que lidam com a vida, sempre serão muitas as crenças, os sentimentos e emoções que irão influenciar as percepções e as representações sociais que se traçam.

O tema desta pesquisa representa um grande desafio para a sociedade como um todo, afinal, trata-se de uma metodologia de cuidado que transita por diferentes categorias profissionais que ainda estão desenvolvendo seus papéis e a habilidade do trabalho conjunto, enquanto equipe multiprofissional, cada uma respeitando os conhecimentos e habilidades da outra.

Ao se refletir sobre isso, percebe-se o quão delicado é esse campo, uma vez que um processo de trabalho bem desenvolvido técnica e cientificamente, assim como bem entrosado no âmbito da assistência, irá exercer, sim, influências sobre a condução e aceitação das terapêuticas propostas.

Poucas pesquisas tendo como foco o cuidado paliativo, a terapia intensiva e o enfermeiro foram realizadas, sendo algumas até

apresentadas nessa dissertação, contudo se denota a necessidade de desenvolvimento de novos estudos com essa categoria profissional, uma vez que, são estes um dos poucos profissionais que assistem o paciente 24 horas por dia.

Objetivou-se compreender as Representações Sociais uma vez que estas são expressões do senso comum (a visão desses enfermeiros) e das relações entre estes sobre a realidade do cuidado paliativo, buscando dar visão para o seu contexto social na UTI.

Foi possível identificar o cuidado paliativo como uma modalidade de cuidado presente no cotidiano hospitalar pesquisado. Foram encontradas várias representações sociais que ressaltam a necessidade de difundir essa metodologia de cuidado, sua prática e seus benefícios.

Identificaram-se, também, os sentimentos dos enfermeiros na prática dos cuidados paliativos na terapia intensiva de adultos, procurando a partir da discussão realizada, contribuir para que estes profissionais tenham um maior entendimento sobre o quanto a sua percepção e os seus sentimentos podem interferir no processo de trabalho.

Os resultados deste estudo apontam para um conhecimento ainda muito precoce do CP por parte dos enfermeiros entrevistados, que, contudo, implementam essa modalidade de cuidar em seu fazer cotidiano. Esta lacuna se justifica pela carência de processos formativos, tanto no contexto de trabalho, quanto nas Instituições de Ensino Superior e nas organizações de atenção à saúde, não pautada nas recomendações para a possibilidade de prestação de CP.

Reforça-se a importância e necessidade do enfermeiro estudar sobre a metodologia dos cuidados paliativos, e o processo de finitude, pouco trabalhado na formação superior em saúde. Isso poderá lhes proporcionar um preparo pessoal e profissional de forma que venha a minimizar os sentimentos desconfortáveis ao conviver diariamente com essas situações de estresse.

Como sugestão para o serviço de unidade de terapia intensiva, identificou-se algumas possibilidades de ações que aproximam do significado da palição, sendo elas: a necessidade de maior aproximação e qualificação do familiar no processo de finitude; a implementação de protocolo instituído voltado para o CP, à interação e à troca de saberes entre as diferentes categorias profissionais; capacitação dos profissionais; e, a possibilidade de um núcleo e/ou equipe específica de cuidado paliativo buscando uma troca interdisciplinar.

Uma das limitações deste estudo está relacionada ao fato de ter sido realizada em instituições hospitalares que não apresentam infraestrutura e equipe multiprofissional direcionada para o cuidado paliativo, permitindo ressaltar a importância que o conhecimento e a prática exercem sobre as representações do indivíduo. Como recomendação para pesquisas futuras, sugere-se que estudos comparativos sejam desenvolvidos em unidades que já exerçam com maior domínio este tipo de cuidado.

É possível que o objetivo de identificar percepções, partindo da ótica de uma única categoria profissional, assim como ter sido realizada exclusivamente com enfermeiros que apresentavam vivência profissional exclusivamente em instituições públicas possa ter sido um fator de contribuição para limitação do estudo. Por outro lado, o objetivo dessa pesquisa não é generalizar para as outras categorias profissionais, mas sim, obter uma compreensão mais profunda do processo de cuidar em palição vivenciado pelos enfermeiros. Para superar esta questão, adotou-se estratégia de seleção de um número maior de participantes para uma compreensão mais detalhada do cuidado paliativo e verificar a confiabilidade dos dados.

Recomenda-se que sejam realizados mais estudos comparativos, em outros contextos institucionais, privados ou filantrópicos a fim de identificar questões como o gerenciamento do cuidado paliativo, pouco evidenciado na realidade deste estudo.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP: Ampliado e Atualizado**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2012. Disponível em:

www.paliativo.org.br/dl.php?bid=146. Acesso em: 14 de Janeiro de 2016.

ALBUQUERQUE, E, M de. **Avaliação da técnica de amostragem “Respondent-driven Sampling” na estimação de prevalências de Doenças Transmissíveis em populações organizadas em redes complexas**. 2009. 99p. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP; Rio de Janeiro, 2009.

APPOLINÁRIO, F. **Metodologia da Ciência: filosofia e prática da pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2006.

BALIZA, M, F; et al. Fatores que influenciam os enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva nas decisões de final de vida. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 49, n. 4, p. 572-579, 2015. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/103376/101835>>. Acesso em: 10 jan 2016.

BIERNACKI, P; WALDORF, D. Snowball Sampling: Problems and techniques of Chain Referral Sampling. **Sociological Methods & Research**, v. 10 n. 2, p.141- 163, 1981.

BRASIL. Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Lex: Coletânea de Legislação e Jurisprudência, Brasília, p. 59-62, jun. 2. Trim. 2013. Legislação Federal e marginália.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 7/2010, de 24 de fevereiro de 2010 – Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html - Acesso em: 08 de Dez. 2014.

BRITTO, S, M, C, de; et al. Representação social dos enfermeiros sobre cuidados paliativos. **Rev. Cuid**, Bucaramanga, v. 6, n. 2, p. 1062-1069,

2015. Disponível em: <
<http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/170/447>>
- Acesso em: 15 de dez. 2015.

CAMARGO, B.V; WACHELKE J.F.R; AGUIAR, A. Desenvolvimento metodológico das pesquisas sobre representações sociais em jornadas internacionais de 1998 a 2005. In: Moreira ASP, Camargo B, organizadores. **Contribuições para a teoria e o método de estudo das representações sociais**. João Pessoa (PB): UFPB; 2007. p.181-202.

CARMO, S, A; SANTOS, O, I, C. Criança com Câncer em Processo de Morrer e sua Família: Enfrentamento da Equipe de Enfermagem. **Rev. bras. cancerol**. Rio de Janeiro, v. 61, n. 2, p. 131-138, 2015.
Disponível em:< http://www.inca.gov.br/rbc/n_61/v02/pdf/07-artigo-crianca-com-cancer-em-processo-de-morrer-e-sua-familia-enfrentamento-da-equipe-de-enfermagem.pdf>. Acesso em: 22 jan 2016.

CASCAIS, Ana Filipa Marques Vieira; MARTINI, Jussara Gue; ALMEIDA, Paulo Jorge dos Santos. **As Representações Sociais como referencial teórico-metodológico para pesquisa em enfermagem e saúde**. In. Rev Investigação em Enfermagem, no 16, p. 3-10, Agosto, 2007.

GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA. Secretaria Estadual. **Desenvolvimento Econômico** Florianópolis [2015].
Disponível em: <http://www.sc.gov.br/index.php/mais-sobre-desenvolvimento-economico/10158-lei-que-institui-a-regiao-metropolitana-da-grande-florianopolis-e-sancionada> - Acesso em 02 Jan 2015.

COELHO, M, S; SILVA, D, M, G, V; PADILHA, M, I, S. Representações sociais do pé diabético para pessoas com diabetes mellitus tipo 2. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, Mar. 2009. Disponível em <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100008>. Acesso em 24 Dez. 2014.

CRESWELL, J, W. **Investigação Qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens**. Porto Alegre, RS: Penso, 2014.

_____. **Projeto de pesquisa:** métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3. ed. Porto Alegre: Artmed. 2010.

DUARTE, S.J.H; MAMEDE, M.V; ANDRADE, S.M.O. Opções Teórico- Metodológicas em Pesquisas Qualitativas: Representações Sociais e Discurso do Sujeito Coletivo. **Saúde Soc**, São Paulo, v.18, n.4, p.620-626, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000400006>. Acesso em 26 dez. 2014.

ERNECOFF, N. C. et al. Conflict Management Strategies In The Icu Differ Between Palliative Care And Non-Palliative Care Clinicians. **Am. J. respir. Crit. Care med.**, New York, v. 191, p. A3773, 2015.

FARR, R, M. Representações Sociais: A teoria e sua história. In: _____; JOVCHELOVITCH, S; GUARESCHI, P. (orgs.). **Textos em Representações Sociais**. 13ª Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011, p.

FIGUEIREDO, M, T, A. Reflexões sobre os Cuidados Paliativos no Brasil. **Revista Prática Hospitalar**, São Paulo, v.8, n.47. p. 36-40, 2006.

FIRMINO, F. **Papel do enfermeiro na equipe de cuidados paliativos**. In: Academia Nacional de Cuidados Paliativos – ANCP. Manual de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2012, p.335-336.

FITCH, M, I; FLIEDNER, M, C; O’CONNOR, M. Nursing perspectives on palliative care 2015. **Annals of palliative medicine**, v. 4, n. 3, p. 150-155, 2015. Disponível em: <<http://www.amepc.org/apm/article/view/7034/7817>> Acesso em: 10 nov. 2015.

FONSECA, A, C, da; MENDES Jr, W, V; FONSECA, M, de J, M, da. Cuidados paliativos para idosos na unidade de terapia intensiva: revisão sistemática. **Rev. bras. ter. intensiva**, Rio de Janeiro, v.24, n.2, p.197-206, 2012. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2012000200017>. Acesso em: 24 fev. 2015.

FREITAS, T, L, L; et al. O olhar da Enfermagem diante do Processo de Morte e Morrer de pacientes críticos: Uma revisão integrativa. **Enferm. glob.** Murcia, n. 41, p. 335, 2016. Disponível em:< <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/214601/188591>>. Acesso em: 06 jan 2016.

GHASHGHAEI, R; YOUSEFZAI, R; ADLER, E. Palliative Care in Heart Failure. **Prog. cardiovasc. dis.** New York, 2016. Disponível em:< <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033062016300020>>. Acesso em: 02 jan 2016.

GIL, A, Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GONÇALVES, C, S. **As representações sociais sobre a doença renal crônica.** 2012. 82 p. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2012.

GREEN, E. et al. Why do adults with palliative care needs present to the emergency department? **Emerg. Med. j.**, London, v. 32, n. 12, p. 995-996, 2015.

GUARESCHI, P. Representações Sociais: alguns comentários oportunos. In: _____.; NASCIMENTO-SCHULZE, C; M. (orgs). **Novas contribuições para teorização e pesquisa em representação social.** Florianópolis: Imprensa Universitária/UFSC, 1996. P.9-35.

HERMES, H, R; LAMARCA, I, C, A. Cuidados paliativos: Uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v.18, n.9, p.2577-2588, 2013. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900012>. Acesso em: 07 nov. 2014.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa.** Rio de Janeiro, Ed. Objetiva, 2001.

JESUÍNO, J; C. Um conceito reencontrado. In: _____.; ALMEIDA, A, M, O, SANTOS, M, F, S; TRINDADE, Z, A. (Orgs). **Teoria das**

Representações Sociais: 50 anos. Brasília: Technopolitik, 2ª Edição, 2014, p. 41-75

JODELET, D. **Representações sociais:** um domínio em expansão. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

JYLHÄNKANGAS, L.; SMETS, T.; COHEN, J.; UTRIAINEN, T.; DELIENS, L. Descriptions of euthanasia as social representations: comparing the views of Finnish physicians and religious professionals. **Sociol. Health illn.**, Henley on Thames, v. 36, n. 3, p. 354-368, 2014. Disponível em: < http://www.readcube.com/articles/10.1111%2F1467-9566.12057?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED> Acesso em: 20 dez. 2015.

KELLEY, A.S.; MORRISON, S. Palliative care for the seriously ill. **The new england journal of medicin**, v. 373, p. 747-755, 2015. Disponível em: < <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMra1404684>>. Acesso em: 24 jan. 2015.

KOŠČAK, S; VILA, N. Palijativna skrb bolesnika s kroničnim zatajivanjem srca--prikaz slučaja. **Cardiologia Croatica**, v. 9, 2014.

KÜBLER-ROSS, E. **A Roda da vida**. 5ª. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 1998.

KRETZER, L. **Cuidados paliativos: identificação e controle dos sintomas**. In: Cuidados paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva. São Paulo, SP: editora Atheneu, 2012, p 53-70.

JOVCHELOVITCH, S; GUARESCHI, P. **Textos em Representações Sociais**. 13ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

JUSTO, A, M; **Representação Social**. Rio do Sul, SC: UNIDAVI/PROEX, 2012.

LAGO, P; PIVA, J. **Cuidados paliativos em UTI's pediátricas**. In: ____.; MORITZ, Rachel Duarte (organizadora). Cuidados paliativos nas unidades de terapia intensiva. São Paulo: Atheneu, 2012, p. 71-84.

LEEMANS, K. et al. How to implement quality indicators successfully in palliative care services: perceptions of team members about facilitators of and barriers to implementation. **Support. care cancer.**, Berlin p. 1-9, 2015.

LEFEVRE, F; LEFEVRE, A, M, C. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e Intervenções comunicativas. **Texto & Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 502-507, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Natyele/Downloads/REPRESENTA%C3%87%C3%83O%20SOCIAL%20LEFEVRE%20TEXTO%20CONTEXTO%202014.pdf>. Acesso em: 08 fev. 2015.

_____. **Pesquisa de representação social:** um enfoque qualiquantitativo: a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo. Brasília: Liber Livro, 2ª edição, 2012, p.224.

_____. **Depoimentos e Discursos:** uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: Liber Livro, 2ª edição, 2012, p.96.

LIMA, R, C, P.; CAMPOS, P, H, F. Campo e grupo: aproximação conceitual entre Pierre Bourdieu e a teoria moscovicianiana das representações sociais. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 63-77, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1517-97022015000100063&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 18 nov. 2015.

LUSTOSA, A, M; et al. Cuidados paliativos: discurso de médicos residentes. **Rev. méd. Minas Gerais.** Belo Horizonte, v. 25, n. 3, 2015. Disponível em:<<file:///C:/Users/Administrador/Downloads/v25n3a10.pdf>>. Acesso em: 13 jan 2016.

LUZ, K, R; et al. Coping strategies for oncology nurses in high complexity. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 69, n. 1, p. 67-71, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672016000100067&script=sci_arttext>. Acesso em: 16 jan 2016.

MACIEL, M, G, S. **Avaliação do Paciente em Cuidados Paliativos.**

In: Academia Nacional de Cuidados Paliativos – ANCP. Manual de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2012, p.31-41.

_____. Definições e Princípios, In OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de (Coordenação Institucional) **Cuidado Paliativo.** São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008, p.16-32.

MATOS Fátima André de, MORAES Tânia Mara. A Enfermagem nos cuidados paliativos. In: Figueiredo MTA, organizadores. **Coletânea de textos sobre cuidados paliativos e Tanatologia.** São Paulo: Unifesp; 2006. p. 49-61.

MATSUMOTO, D, Y. **Cuidados Paliativos: Conceito, fundamentos e princípios.** In: Academia Nacional de Cuidados Paliativos – ANCP. Manual de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2012, p.23-30.

MATSUMOTO, D, Y; MANNA, Mônica Cecília Bochetti. Modelos de assistência em cuidados paliativos: Hospedaria. In: OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de (coord.). **Cuidado Paliativo.** São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008, p.102-7.

MENEZES, R, A. **Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos.** Rio de Janeiro, RJ: Garamond: FIOCRUZ, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento – Pesquisa qualitativa em saúde.** 13ª ed. São Paulo, SP: Hucitec, 2013.

MORAIS, I, M de. Autonomia pessoal e morte. **Rev. bioét.,** Brasília, v. 18, n. 2, p.289-309, 2010. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/Article/565>. Acesso em jul 2014.

MORERA, A, C; et al. Aspectos teóricos e metodológicos das Representações Sociais. **Texto & Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 24, n. 4, p. 1157-1165, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n4/pt_0104-0707-tce-24-04-01157.pdf>. Acesso em: 08 fev. 2015.

MORITZ, R, D; ROSSINI, J, P; DEICAS, A. **Cuidados paliativos na UTI: definições e aspectos ético-legais**. In: ____.; MORITZ, Rachel Duarte (organizadora). **Cuidados paliativos nas unidades de terapia intensiva**. São Paulo: Atheneu, 2012, p. 19-28.

MORITZ, R, D. et al. II Fórum do "Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul": definições, recomendações e ações integradas para cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva de adulto e pediátrica. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 23, n.1, p.24-29, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2011000100005>. Acesso em 07 ago. 2015.

MOSCOVICI, S. **La psychanalyse, son image ET son public**. Paris: PUF, 1961/1976.

_____. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro, RJ: Zahar editores, 1978.

_____. **Representações Sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

_____. **Representações Sociais: investigações em psicologia social**. Editado em inglês por Gerard Duveen: traduzido do inglês por Pedrinho A. Guareschi. 9. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

NÓBREGA, S. M. **Sobre a Teoria das Representações Sociais**. In: ____.; MOREIRA, A, S, P; JESUÍNO, J, C. (Orgs), **Representações Sociais: teoria e prática**. João Pessoa: Ed. Universitária/UFBP, 2003, p. 229-258.

OLIVEIRA, K, C, S; ZANETTI, M, L. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um Serviço de Atenção Básica à Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v.45, n.4, p.862-868, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000400010&script=sci_arttext>. Acesso em 02 fev. 2015.

PADILHA, M, I, C, S; SILVA, D, M, G, V; COELHO, M, S. Theoretical-methodological aspects of social representations and their use in nursing. **Online braz. j. nurs.** Niterói, v. 6, n.2, 2007. Disponível em:

<<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2007.601/199>>. Acesso em 02 jan. 2015.

PAIVA, F, C, L, de; ALMEIDA JÚNIOR, J, J, de; DAMÁSIO, A, C. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. **Rev. bioét.**, Brasília, v. 22, n. 3, p. 550-560, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n3/v22n3a19.pdf>> - Acesso em: 07 ago. 2015.

PESSINI, L, A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L.(org). **Humanização e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Edições Loyola, 4ª edição: 2009. 344p.

PIMENTA, C.A.M. Cuidados paliativos: uma nova especialidade do trabalho da enfermagem? **Acta Paulista de Enfermagem**. v.23, n.3, maio-jun, 2010.

POLIT, Denise. F; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal do turismo. **Sobre Florianópolis**. Florianópolis [2015]. Disponível em:

<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/turismo/index.php?cms=historia&menu=6> - Acesso em 02 Jan 2015.

REIS, S, L, A; BELLINI, M. Representações sociais: teoria, procedimentos metodológicos e educação ambiental. **Acta Scientiarum Human and Social Sciences**. v. 33, n. 2, p. 149-159, 2011. Disponível em <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHumanSocSci/article/viewFile/10256/pdf>. Acesso em 02 Jan 2015.

RODRIGUES, I, G; ZAGO, M, M, F. Cuidados paliativos: realidade ou utopia? **Ciência, Cuidado e Saúde**, São Paulo, V.8 (suplem), p. 136-41, 2009.

ROTHER, E, T. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 2, n. 20, p.5-6, abr./jun. 2007.

SCARBOROUGH, B; MEIER, D, E. Palliative Care as a Consultation Model. In: _____.: **Geriatrics Models of Care**. Springer International Publishing, 2015, p. 71-86.

SILVA, S, É, D, da. et al. Dependente sim, viciado não: representações sociais de dependentes químicos. **Enferm. foco**, Brasília, v. 5, n. 1/2, p. 17-20, 2015. Disponível em: <
<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/562/242>> - Acesso em: 15 de Dezembro 2015.

SILVA, C, F, da, et al. Concepções da equipe multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.9, p.2597-2604, 2013. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000900014&script=sci_arttext>. Acesso em 05 jun. 2015.

SILVA, M, J, P. **Comunicação com o paciente fora de possibilidades terapêuticas**. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana (org). Humanização e Cuidados Paliativos. 4. ed. São Paulo: Loyola, 2009, p. 263-74.

SILVA, M, J, P; ARAÚJO, Monica Trovo. FIRMINO, Flávia. Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade - Enfermagem, In OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de (Org.). **Cuidado Paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008, p.16-32.

SILVA, S, E, D; CAMARGO, B, V; PADILHA, M, I. A Teoria das Representações Sociais nas pesquisas da Enfermagem brasileira. **Rev bras enferm**, Brasília, v.64, n.5, p. 947- 951, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a22v64n5.pdf> >. Acesso 26 dez. 2014.

SILVA, A, M, F; MARTINI, J, G; BECKER, S; G; A teoria das representações sociais nas dissertações e teses em enfermagem: um estudo bibliométrico. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 294-300, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072011000200011&script=sci_arttext>. Acesso 26 dez. 2014.

SILVA, E; P; da; SUDIGURSKY, D. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v.21,

n.3. p.504-508, 2008. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002008000300020&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 15 jun. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Vamos falar de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Copyright, 2015, p.45. Disponível em: <<http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/05/vamos-falar-de-cuidados-paliativos-vers--o-online.pdf>>. Acesso em 07 jan. 2016.

TAHA, S, N; ASFOUR, H, I; KADRY ATTIA, A. Critical care nurses' knowledge and attitudes regarding the " Do Not Resuscitate (DNR) status". **Journal of High Institute of Public Health**, v. 40, n. 3, p. 528-562, 2016.

TAQUEMORI, Lais Yassue; SERA, Celisa Tiemi Nakagawa. **Interface Intrínseca: Equipe Multiprofissional**. In: OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de (coord.). Cuidado Paliativo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008, p. 55-7.

TAVARES, A, G, S; NUNES, J, S, S. Cuidados paliativos e melhoria da qualidade de vida dos pacientes oncológicos. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 4, n. 1, 2015.

Disponível

em:<<http://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/465>>. Acesso em 12 fev 2016.

VAN MECHELEN, W. et al. Defining the palliative care patient: a systematic review. **J. palliat. Med.**, Larchmont v. 27, n. 3, p. 197-208, 2013.

VASQUES, T, C, S, et al. Percepções dos trabalhadores de enfermagem acerca dos cuidados paliativos. **Rev. Eletrônica Enferm.** v. 15, n. 3, p. 770-777, 2013.

XAVIER, M, S; MIZIARA, C, S, M, G; MIZIARA, I, D. Terminalidade da vida: questões éticas e religiosas sobre a ortotanásia. **Saúde, Ética & Justiça**, v. 19, n. 1, p. 26-34, 2015. Disponível em:<
<http://www.revistas.usp.br/sej/article/view/97135/0>>. Acesso em: 21 jan 2016.

WILSON, F, et al. Autonomy and choice in palliative care: time for a new model?. **J. adv. Nurs.** v. 70, n. 5, p. 1020-1029, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Palliative care: symptom management and end-of-life care, 2004. Disponível em: <http://www.who.int/3by5/publications/documents/en/genericpalliativecare082004.pdf>. Acesso em: 30 de setembro 2013.

_____. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes: palliative care, 2005.

_____. Definition of Palliative Care, 2002. Disponível em <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> - Acesso em: 15 de Dezembro 2015.

WU, H, L; VOLKER, D, L. Humanistic Nursing Theory: application to hospice and palliative care. **J. adv. Nurs.** v. 68, n. 2, p. 471-479, 2012.

APÊNDICES

APENDICE A – Quadro de Manuscritos Publicados no Brasil

QTD.	ANO	TÍTULO	OBJEIVO	TIPO DE ESTUDO	POPULAÇÃO	LOCAL
1	2015	A grounded theory of nurses' end-of-life decision-making in the intensive care	Entender os enfermeiros EOL práticas de tomada de decisão em UTIs em diferentes contextos culturais.	TFD	51 enfermeiros (10 no Brasil, 9 na Inglaterra, 10 na Alemanha, 10 na Irlanda e 12 enfermeiros na Palestina).	UTI
2	2014	Intensive care in patients with lung cancer: a multinational study	Avaliar as características clínicas e evolução dos pacientes com câncer do pulmão internados em UTI.	Estudo prospectivo multicêntrico	419 doentes com Câncer de pulmão (pequenas células, n = 53; não pequenas células, n = 394) 22 UTIs em seis países da Europa e América do Sul durante 2011.	Multinacional
3	2013	Parents' perspectives on the deaths of their children in two Brazilian paediatric intensive care units	Avaliar a qualidade do atendimento oferecido a crianças com doenças terminais e suas famílias nos últimos dias de vida em duas unidades brasileiras pediátricas de Terapia Intensiva (UTIPI) de perspectivas dos pais.	Estudo qualitativo, exploratório.		
4	2013	Perceptions of the multi-professional team on the implementation of palliative care in intensive care units.	Analisar as concepções da equipe multiprofissional sobre a implementação de cuidados paliativos em uma unidade de terapia intensiva adulto.	Pesquisa exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa	14 profissionais de saúde de um hospital público de ensino	UTI
5	2011	Ifórum do "Grupo de Estudos do Fim da Vida do Copas Sul": definições, recomendações e ações integradas para cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva de adultos e pediátrica	Elaboração de recomendações pertinentes aos cuidados paliativos a serem prestados aos pacientes críticos	Forum	Forum	Brasília
6	2008	Como implementar cuidados paliativos de qualidade na unidade de terapia intensiva	Descobrir a implementação dos Cuidados Paliativos em uma Unidade de Terapia Intensiva	Descritivo exploratório		
7	2007	Cuidados de final de vida em crianças: perspectivas no Brasil e no mundo.	Revisão integrativa	Forum selecionados artigos sobre cuidados de final de vida publicados nos últimos 20 anos nas bases de dados PubMed, MEDLINE e LILACS, com ênfase nos estudos sobre morte em unidades de tratamento intensivo pediátrico no Brasil, América Latina, Europa e América do Norte, usando as seguintes	Analisar as práticas médicas e os cuidados de final de vida oferecidos a crianças internadas em unidades de tratamento intensivo	UTI

continuação

8		Communication with dying patients—perception of intensive care units nurses in Brazil	Avaliar se os enfermeiros que trabalham em unidades de terapia intensiva visualizam o estabelecimento de comunicação com pacientes fora de possibilidades terapêuticas como um recurso terapêutico paliativo eficaz, e quais os aspectos da presente comunicação mais valorizado.	palavras-chave: morte, bioética, tratamento intensivo pediátrico, reanimação cardiopulmonar e limitação de suporte de vida.	10 enfermeiros de unidade de terapia intensiva clínico e cirúrgico	em um hospital escola na cidade de São Paulo, Brasil.
9	2001	Post-discharge survival of newborn infants with congenital cardiopathies undergoing heart surgery or interventional catheterization	Relatar a sobrevivência de recém-nascidos com doença cardíaca congênita que se submeteram à cirurgia cardíaca durante o período neonatal.	Descritivo. Exploratório.	74 recém-nascidos com cardiopatias congênitas que se submeteram à cirurgia corretiva, a cirurgia paliativa ou técnicas intervencionistas e receberam cuidados pré e pós-operatória em UTI neonatal.	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal (UTIN) do Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI

Fonte: Elaborado pela autora

APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Data da Entrevista: ____/____/2015
da Entrevista: _____

Ordem Identificadora

Nome Completo:

Idade: _____. Sexo: Feminino () Masculino ()

Estado Civil: Casado (a) () Solteiro(a) () Divorciado(a) ()

Viúvo(a) ()

Outro () Qual? _____.

Possui alguma crença religiosa? Sim () Não () Se sim, qual? _____.

Ano de Formação acadêmica: _____.

Está cursando ou cursou algum tipo de pós-graduação? Sim ()

Não ()

Se sim, em que área do conhecimento?

_____.

Tempo de Trabalho na área de Enfermagem:

_____.

Tempo de atuação profissional em Unidade de Terapia Intensiva:

_____.

Setor que trabalha atualmente?

_____.

Instituição em que trabalha atualmente?

_____.

E-mail de contato:

Telefone para contato:

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. Fale o que é para você Cuidados Paliativos.
2. No seu cotidiano de trabalho em UTI, poderia falar o que você sente/ou sentiu ao prestar os cuidados de enfermagem a pacientes em Cuidados Paliativos?
3. Quais os profissionais que decidem/decidiam sobre a eleição dos pacientes a cuidados paliativos?
4. Qual a sua participação nessa decisão?
5. Quais os critérios adotados pelos profissionais para elegerem o paciente em cuidados paliativos?
6. O que significa/significava para você cuidar de um paciente agudo ou crônico agudizado, jovem ou idoso estando em cuidados paliativos?
7. Que fatores externos à sua prática profissional lhe fortalecem/fortaleceram e quais os que lhe dificultam/dificultaram ao cuidar de pacientes em cuidados paliativos?
8. Antes de trabalhar em UTI você já tinha ouvido falar em Cuidados Paliativos? Caso positivo, diga o que você considera como aspectos convergentes e divergentes antes e depois da sua vivência no cuidado a pacientes nessa situação.
9. Você poderia representar em uma imagem o significado dos cuidados paliativos para você?

APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO**

Assinando este documento, eu, estou dando meu consentimento para participar da pesquisa intitulada **REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS ENFERMEIROS ACERCA DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA TERAPIA INTENSIVA**, conduzida pela mestrande Natyele Rippel Silveira, aluna do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, orientada pela professora Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento. Compreendo que participarei de uma pesquisa que tem como objetivo compreender as representações sociais dos enfermeiros acerca dos Cuidados Paliativos, tendo como enfoque os enfermeiros atuantes ou que, já atuaram ao longo de sua jornada profissional em Unidade de Terapia Intensiva. As informações serão coletadas, através de entrevista gravada, a ser realizada em horário e local que foram agendados previamente conforme minha disponibilidade, tendo duração média 50 minutos. Será utilizado um roteiro de entrevista com perguntas abertas sobre os significados estabelecidos pelo profissional enfermeiro acerca do atendimento prestado à pessoa em cuidado paliativo internada na Unidade de Terapia Intensiva. Os dados que serão posteriormente transcritos serão utilizados unicamente para os fins desta pesquisa. Em nenhum momento esta investigação irá exercer influência prejudicial em minha vida profissional, uma vez que os dados serão de uso restrito das pesquisadoras. Estou ciente de que as informações que eu der poderão ser utilizadas, mas que o meu nome e a instituição a qual pertencem ou

pertenci não aparecerá em qualquer registro. Serão utilizados nomes fictícios, respeitando os princípios contidos na Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Minha participação é voluntária, sem qualquer retorno financeiro, além disso, poderei me negar a participar da presente pesquisa, sem que isto acarrete em qualquer efeito negativo a minha pessoa. Se a qualquer fase de participação na pesquisa, sentir qualquer desconforto ou constrangimento relacionado à minha participação, as pesquisadoras se comprometem a deixar-me à vontade para retirar meu consentimento de participação desta pesquisa sem qualquer penalidade ou julgamento. Estou ciente que não haverá benefícios ou despesas pessoais para mim e caso houver qualquer despesa adicional ela será absorvida por conta das pesquisadoras. A minha integridade tanto física como psicológica será mantida e os riscos previstos para essa pesquisa são mínimos, podendo ser de cunho psicológico e/ou emocional, podendo advir a partir da reflexão sobre lembranças que me sensibilizaram ao cuidar de pacientes em cuidado paliativo, causando sentimentos de pesar ou por desconforto ou constrangimento relacionado à abordagem do tema em estudo. As pesquisadoras se comprometem a fornecer suporte emocional caso sentir algum desconforto ou constrangimento que possa estar relacionado à minha participação nesta pesquisa. Se houver necessidade, a entrevista poderá ser interrompida durante o tempo que eu julgar necessário e adequado e só a retomaremos quando eu me sentir à vontade para continuar. Também, em caso de necessidade as pesquisadoras se comprometem a encaminhar-me ao Serviço de Psicologia do Hospital Universitário da UFSC, além de fornecer informações adicionais sobre a pesquisa que eu julgar necessárias. Estou ciente de que os resultados dessa pesquisa serão do meu conhecimento, caso os solicite, e que os pesquisadores são as pessoas com quem devo entrar em contato, no caso de dúvidas sobre o estudo ou sobre o meu direito como participante. Ao assinar este termo estarei autorizando a gravação e posterior transcrição das informações dadas, assim como as imagens que estarei reproduzindo em determinado momento da entrevista, e também utilização desses dados e imagens para divulgação desta pesquisa em publicações nacionais e internacionais. Declaro estar ciente de que a transcrição da gravação será por mim validada e assinada e ficará em posse da pesquisadora, em banco de dados próprio e restrito, por um período de cinco anos, a fim de respaldar possíveis esclarecimentos e ajustes nos processos de publicação subsequentes, tendo a garantia que serão eliminadas após esse período. Minha participação irá proporcionar importantes benefícios aos profissionais da equipe de enfermagem,

principalmente enfermeiros, e, às instituições de saúde que prestam cuidados paliativos, no sentido de aprimorar as práticas de prestação desse cuidado, a partir da vivência de enfermeiros, beneficiando assim, os usuários dos serviços de saúde que o necessitem, a partir da possibilidade de melhoria da assistência prestada. Com relação aos profissionais, em especial os enfermeiros que assistem essa clientela, poderão ampliar o conhecimento sobre o tema e com isso, maior embasamento à sua prática assistencial. Caso concorde em participar, assinarei este documento, que terá duas vias, sendo que uma ficará com as pesquisadoras e a outra, em meu poder. Quaisquer informações adicionais sobre a pesquisa, em qualquer momento, poderão ser obtidas com a pesquisadora Natyele Rippel Silveira através do telefone (48 9662-4557), *e-mail*: naty_rippel@hotmail.com e com a pesquisadora Responsável, Prof.^a Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento (48 9105-1202), *e-mail*: pongopam@terra.com.br. Ambas podendo ser encontradas em horário comercial no endereço acadêmico da Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Reitor João David Ferreira Lima, Centro de Ciências da Saúde - CCS, Bloco H, 3º Andar, sala 303. Bairro Trindade / Florianópolis/SC - CEP 88040-900. Poderei entrar também em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa - CEPESH/UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina), localizado no Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), Rua Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 902, Trindade, Florianópolis/SC - CEP: 88040-400 - Contatos: (48) 3721-6094; cep.propesq@contato.ufsc.br

CONSENTIMENTO PÓS ESCLARECIMENTO

Declaro que após convenientemente esclarecido (a) pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, compreender que a pesquisa atenderá a Resolução n. 466/12, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, concordo com a minha inclusão na pesquisa através da autorização das informações repassadas por mim por meio da entrevista, para a pesquisa está intitulada “**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS ENFERMEIROS ACERCA DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA TERAPIA INTENSIVA,**”. Declaro ainda, que fui esclarecido (a) sobre os objetivos e métodos da pesquisa, bem como do direito de desistir a qualquer momento, sem penalização alguma e/ou prejuízo. Autorizo a utilizar os meus depoimentos e imagens relatados e gravados. Declaro que concordo em participar desse estudo sem qualquer benefício financeiro. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e

esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome completo do/a participante:

Número do CPF ou RG do/a Participante:

Assinatura do/a participante:

Florianópolis, ___/___/2015

Prof.^a Dra. Eliane R.P. do Nascimento
COREN/SC:11797
Pesquisadora Responsável

Mda. Natyele Rippel Silveira
COREN/SC: 322.012
Pesquisador Principal

ANEXOS

ANEXO A – Declaração de autorização para coleta de dados



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CAMPUS REITOR JOÃO DAVID FERREIRA LIMA - TRINDADE - CEP 88040-900 -
FLORIANÓPOLIS / SC
TELEFONE +55 (48) 3721-9164 - FAX +55 (48) 3721-8354

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS ENFERMEIROS ACERCA DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA TERAPIA INTENSIVA**, e cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.


Florianópolis, 22/11/2015

Prof^o Carlos Alberto Justo da Silva
Diretor Geral HU/UFSC

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição Hospital Regional de São José (HRSJ), tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS ENFERMEIROS ACERCA DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA TERAPIA INTENSIVA**, e cumprerei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 30/06/2015


Pedro A. Araujo
Diretor HRSJ/SES
Matrícula 243623-0-01

Diretor Geral HRSJ

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição Hospital Nereu Ramos (HNR), tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS ENFERMEIROS ACERCA DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA TERAPIA INTENSIVA**, e cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 30/06/2015




Diretor Geral HNR

Dr. Antonio F. B. Miranda
Diretor
Hospital Nereu Ramos

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição Hospital Governador Celso Ramos (HGCR), tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS ENFERMEIROS ACERCA DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA TERAPIA INTENSIVA**, e cumprizei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos após a aprovação deste projeto de pesquisa em ambos os comitês de ética HGCR e UFSC.

Florianópolis, 16/06/2015



Dr. Libório Soncini
Diretor Geral HGCR

*Armede,
Flórina
CEP - HGCR
31/07/2015*

ANEXO B – Parecer do comitê de ética e pesquisa com seres humanos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS ENFERMEIROS ACERCA DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA TERAPIA INTENSIVA

Pesquisador: ELIANE REGINA PEREIRA DO NASCIMENTO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 43385215.4.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.021.548

Data da Relatoria: 13/04/2015

Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof^a. Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento

Linha de Pesquisa: Cuidado em Saúde e Enfermagem nas Situações Agudas e Crônicas de Saúde.

Pesquisa descritiva e exploratória de abordagem qualitativa à luz do Referencial teórico das representações sociais. O estudo acontecerá conforme a amostragem por Bola de Neve, técnica de escolha não aleatória dos participantes. A fim de delimitar o local do estudo, a cadeia de informantes da presente pesquisa será limitada geograficamente à Florianópolis/ SC e sua região metropolitana. A aplicabilidade dessa metodologia nessa pesquisa, no que tange a escolha de entrevistados, deve-se ao fato de que o objetivo é conhecer a percepção de enfermeiros, tornando-se irrelevante saber a instituição que atuam ou atuaram. Assim, será possível formar uma "cadeia de informantes", localizados em tempos e espaços diferentes, mas ligados por um fio

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R. Desembargador Vitor Lima,
Bairro: Trindade **Cidade:** 88.040-000
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.proposa@coneto.ufsc.br

Contribuição do Pesquisador: 1.021.548

condutor acerca do Cuidado Paliativo em UTI.

Considerando que o objetivo desse estudo é conhecer as representações sociais de enfermeiros acerca do cuidado paliativo na terapia intensiva, e que representações sociais são formas de conhecimentos produzidas ou elaboradas coletivamente, por um grupo social, o número de sujeitos constituintes da amostra precisa ser significativo a fim de representar um grupo. Sendo assim, por meio da amostragem em Bola de neve, serão recrutados de forma não probabilística, no mínimo 30 agentes sociais, uma vez que, pretende-se possibilitar diferentes opiniões no universo dessa pesquisa permitindo abranger todos os possíveis portadores de ideias diferentes em relação ao problema pesquisado.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender as representações sociais de enfermeiros, acerca dos cuidados paliativos à pacientes adultos em Unidade de Terapia Intensiva.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora lista riscos e benefícios descritos a seguir e preocupa-se em estabelecer com os participantes uma relação onde estes procurem ser minimizados.

Riscos:

Os riscos previstos para essa pesquisa são mínimos, podendo ser de cunho psicológico e/ou emocional, podendo advir à partir da reflexão sobre lembranças que sensibilizaram o participante ao cuidar de pacientes em cuidado paliativo, causando sentimentos de pesar ou por desconforto ou constrangimento relacionado a abordagem do tema em estudo.

Benefícios:

Esse estudo poderá constituir importantes benefícios aos profissionais da equipe de enfermagem, principalmente enfermeiros, e, às instituições de saúde que prestam cuidados paliativos, no sentido de aprimorar as práticas de prestação desse cuidado, à partir da vivência de enfermeiros, beneficiando assim, os usuários dos serviços de saúde que o necessitem, a partir da possibilidade de melhoria da assistência prestada. Com relação aos profissionais, em especial os enfermeiros que assistem essa clientela, poderão ampliar o conhecimento sobre o tema e com isso, maior embasamento a sua prática assistencial.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R. Desembargador Vitor Lima,
Cidade: Trindade **Cep:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** csp.propesq@convito.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.021.548

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresentado encontra-se muito bem fundamentado e a metodologia se demonstra clara e objetiva para que seja sanada a problemática levantada. Tem relevância acadêmica e de cunho social no âmbito do SUS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados estão em acordo com o que prevê a Resolução Vigente e foram corretamente anexados.

O TCLE contempla todos os dados esperados.

Recomendações:

Recomenda-se atentar para que a coleta de dados não seja iniciada antes deste parecer e que sejam cumpridos os prazos e o que preconiza a Resolução 466/12 em todo decorrer da pesquisa assim como sejam evidenciados os dados de modo que os participantes possam acessá-los e que seja encaminhado relatório final a este Comitê.

Recomendamos atualizar no TCLE o endereço do CEPESH UFSC - prédio Reitoria II, sala 902, no ático, localizado na Rua Desembargador Vítor Lima, nº 222, Trindade, Florianópolis. Telefone para contato: 3721-6094.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Este comitê considera o projeto apresentado aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANÓPOLIS, 13 de Abril de 2015

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R. Desembargador Vítor Lima,
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 e-mail: cep.propesq@comitao.ufsc.br