



LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE ENFERMAGEM

GABRIELLE BEZERRA QUEIRÓZ
Prof^a. Ms EDILENE CASTRO DOS SANTOS

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DIANTE DE PACIENTES EM CUIDADOS
PALIATIVOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

NATAL/RN
2015

GABRIELLE BEZERRA QUEIRÓZ

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DIANTE DE PACIENTES EM CUIDADOS
PALIATIVOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Artigo científico apresentado ao curso de graduação em Enfermagem do Centro Universitário do Rio Grande do Norte, como requisito final para a conclusão da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II.

Orientadora: Prof^a Ms. Edilene Castro dos Santos.

NATAL/RN
2015

RESUMO

Os cuidados paliativos (CP) representam o término da vida de forma digna e satisfatória, apesar de não ser bem aceito pela sociedade por provocar receio e insegurança, surge aos poucos, no contexto social. Com isso, a questão norteadora do presente estudo se caracteriza por: como acontece a assistência de enfermagem diante de pacientes em cuidados paliativos em unidade de terapia intensiva? Essa pesquisa objetiva verificar a assistência de enfermagem diante de pacientes em cuidados paliativos em uma unidade de terapia intensiva no município de Natal/RN. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e de abordagem quantitativa. Mediante a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, a coleta de dados por sua vez, contou com 50 profissionais da enfermagem e aconteceu através da aplicação de um instrumento no formato de questionário conforme o protocolo validado por Santos (2015) no que se refere aos cuidados com pacientes durante a terminalidade da vida. A análise dos dados ocorreu através da frequência absoluta e relativa, bem como da representação gráfica dos resultados. O banco de dados foi construído em formato EXCEL, versão 2010, para realização das tabelas descritivas e aplicações de teste quiquadrado foi utilizado o software *Statística SPSS*, versão 20.0. Os resultados se mostraram relevantes diante dos seguintes aspectos: a assistência de enfermagem nos CP revelou que o alívio da dor, o uso de medidas não farmacológicas, o relato da experiência de dor do paciente, sintomas respiratórios, náuseas e vômitos, hidratação do paciente, conforto do paciente, o alívio da fadiga, o apoio psicológico, apoio familiar, apoio social, oferta espiritual, terminalidade da vida, cuidado pós-morte e as informações fornecidas pela equipe ao paciente, esses aspectos revelaram que diante das características gerais do cuidado, ainda há dificuldade na percepção da importância do cuidado específico voltado ao CP, principalmente a respeito do cuidar ético e digno, assim como também exige uma necessidade no desenvolvimento de profissionais sob a ótica desse cuidado.

Palavras-chave: Assistência de Enfermagem. Cuidados Paliativos. Terminalidade. Enfermagem.

ABSTRACT

The palliative care (PC) represents the end of life in a dignified and satisfactory manner, despite not being well accepted by society for causing fear and insecurity, gradually emerges in the social context. So this study's guiding question is characterized by: how is the nursing care on patients in palliative care at the intensive care unit? This research intent to evaluate the nursing care on patients in palliative care in an intensive care unit at the city of Natal / RN. It is a cross-sectional, descriptive and quantitative approach study. Upon approval by the Research Ethics Committee, the data collection involved 50 nursing professionals and happened by applying a questionnaire based on a protocol validated by Santos (2015) which refers to patient care during the terminal illness of life. Data analysis was carried out through the absolute and relative frequency, as exhibiting the results' graph. The database was built in EXCEL format, 2010, to carry out the descriptive tables, and for the chi-square test applications, we used the *Statística* software SPSS, version 20.0. The results showed up to be relevant by the following aspects: nursing care in PC revealed that the pain relief, the use of non-pharmacological measures, the report of the patient's experience of pain, respiratory symptoms, nausea and vomiting, the patient's hydration, patient comfort, relieving fatigue, psychological, social and family's support, spiritual offering, terminally life, postmortem care and information provided by the professionals; these aspects demonstrates there is still difficulty in the perception of the importance about the specific care at PC, mainly regarding the ethical and dignified care, and also the needing to develop more professionals under this care's optics.

Keywords: Nursing Care. Palliative care. Terminality. Nursing.

1 INTRODUÇÃO

1.1 CARACTERIZAÇÃO DO TEMA E DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

Os cuidados paliativos (CP) revelam um momento delicado na vida de uma pessoa por representar à aproximação com a finitude. A sociedade não está preparada para aceitar a morte como um fato concreto devido à cultura imbuir medo e distanciamento.

Para Nunes e Rodrigues (2012) a família representa o centro de cuidados, está ligada aos meios sociais, a avaliação religiosa, a prevenção da dor e aos cuidados psicológicos, o que representa priorizar a inclusão de uma nova administração de cuidados que sejam capazes de firmar a consolidação da terapêutica paliativa. O paliativismo buscará o controle sintomático, não objetivando a cura, no entanto programando a qualidade até os últimos dias de vida.

Aos poucos a sociedade vem se transformando, nas questões quanto ao processo de adoecer e de morrer. No que diz respeito às culturas do passado, as civilizações ocidentais acreditavam que os enfermos terminais precisariam refugiar-se em suas residências, para assim se resguardarem juntamente à suas famílias aguardando o encerramento do ciclo vital. Com o crescimento do conhecimento médico, das instituições hospitalares e o surgimento de novas tecnologias, foi possível beneficiar os tratamentos através de recursos mais sofisticados e adiar o momento da morte em longo prazo (BARUZZI; IKEOKA, 2013).

No Brasil, a terapêutica paliativa ainda é algo novo e pouco conhecido nacionalmente, precedido pelo morrer, causando medo e angústia, por isso Fonseca e Giovanini (2013) dizem que o tema morte é um assunto abordado com comedimento, visto que nossa sociedade demonstra dificuldade em aceitar a finitude, e não só a população é afetada, como o próprio despreparo dos profissionais dos centros de saúde, diante dessa situação, causando maiores transtornos e dificuldades. Perante essa realidade, provocada pelo impedimento cultural e até mesmo religioso, entende-se que a temática ainda é pouco discutida e de difícil compreensão.

Essa terapêutica vem sendo abordada nos últimos anos, na sociedade acadêmica, através de disciplinas como Tanatologia e Psicologia Hospitalar, ofertadas em algumas faculdades de ciências da saúde, muitas vezes como disciplinas não obrigatórias, proporcionando abordar uma nova temática para que seja discutida e inserida no conceito dos novos profissionais que estão chegando ao mercado de trabalho.

Para Santos (2015), a terminalidade da vida atualmente, vem sendo estudada por se tratar de um tema instigante e que poucos profissionais da saúde refletem sobre isso. Entretanto, a região Nordeste ainda é postergada culturalmente, prevalecendo às barreiras sociais.

A terminalidade gera um impacto na sociedade e é considerada pouco aceita pelos profissionais de saúde. Nessas condições o tema ainda não é muito comentado, como também a inexistência de um conhecimento e de uma linguagem universal sobre as intervenções para lidar com a morte. A melhor maneira para suportar a condição de finitude da vida deveria ser respeitando e dignificando os momentos finais de vida (BARUZZI; IKEOKA, 2013).

Para chegar a excelência no momento final da vida Baruzzi e Ikeoka (2013) alegam que o cuidado deve enfatizar a promoção da dignidade humana, por meio de modalidades terapêuticas igualmente apropriadas e inferiormente agressivas. A terminalidade, entretanto deverá ser revista como um fato real e concreto da vida, que deveria ser iniciado na vida acadêmica, diminuindo a sensação de aflição, medo e desconforto vivenciados por esses profissionais, proporcionando uma linguagem unificada.

A assistência de enfermagem diante dessa realidade pode ser norteadas pelas intervenções abordadas nos livros de enfermagem como, por exemplo, no Diagnóstico de Enfermagem (DE) guiando para uma condição sensata e eficaz de lidar com a situação. As ações de enfermagem devem ser intensificadas e associadas na junção dos conhecimentos científicos, espirituais, sociais e psicológicos, sempre unidos às bases familiares. Proporcionando ao doente uma vida dignificada e vitoriosa em seus últimos dias de vida (BARROS; ALVES; OLIVEIRA, 2013).

Em meio ao momento de finalidade, o objetivo maior é oferecer a reabilitação, abrangendo a saúde física, mental e espiritual, não podendo ser negligenciada em âmbito nenhum. A ideia de prestação de cuidados paliativos

com qualidade é necessária e para tanto, o enfermeiro deve reconhecer quando uma pessoa se encontra em fase terminal e, juntamente com a família do paciente, estabelecer contato precocemente, garantindo a continuidade e, não se restringindo aos aspectos físicos dos cuidados (BARROS; ALVES; OLIVEIRA, 2013).

O enfermeiro que cuida de pacientes terminais vive um misto de sentimentos junto com o paciente e sua família, segundo Avanci et al (2009) o tratamento de pacientes sem possibilidades terapêuticas leva o profissional a confrontar sua finitude com suas limitações e falta de onipotência. Os sentimentos gerados variam entre culpa, desprezo, tristeza, ansiedade e identificação com o paciente, podendo resultar em atendimento frio e impessoal, fuga às perguntas do paciente e aos seus pedidos de socorro.

Conforme dito por Barros, Alves e Oliveira (2013) é preciso rever o cuidado paliativo como um momento único, para garantir que será bem vivido e aproveitado, e assim perceber que restarão apenas as boas memórias e o sentimento de sucesso na missão proposta. E de tal modo concretizando a aceitação para o outro lado da vida. Dessa forma o profissional será responsável por direcionar a verdadeira dignidade humana, evidenciando as necessidades básicas como o pensar, o viver, o agir, o sentir e o próprio existir na plenitude da vida.

O profissional da saúde deve desenvolver habilidades e competências com as questões de gerenciamento, aprimoramento tecnológico, questões essencialmente semiotécnicas para cuidar. Entretanto, não se deve esquecer que tanto para a enfermagem, que é a arte e a ciência do cuidado humano, quanto para os demais profissionais da saúde, nenhuma técnica pode substituir a presença, o afago, o olhar, a palavra, a escuta, entre outros (AVANCI et al, 2009).

1.2 JUSTIFICATIVA

O anseio em estudar a temática surgiu durante a vivência nos estágios curriculares em unidades hospitalares, motivada através da situação vivida por pessoas que passavam por essa condição de saúde, bem como reforçada através da disciplina de Tanatologia que estimulou a construção dessa

pesquisa, ofertada no próprio Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNI-RN), no 5º período da graduação em enfermagem.

É um assunto interessante, pouco abordado e dificilmente discutido no meio profissional, que requer maior atenção por fazer parte da realidade de todas as pessoas, configurando um momento delicado para pacientes e familiares, afetando intensivamente o trabalho da equipe de enfermagem que acaba deixando-se conduzir pela emoção do momento.

A morte é um processo cotidiano no ambiente hospitalar, ao decorrer do tempo pode tornar-se banal para as equipes profissionais que o vivenciam, em alguns casos acaba por equivaler a uma situação de difícil enfrentamento, para tanto é através deste trabalho, que se buscará contribuir para a assistência de enfermagem, despertando nos colaboradores participantes da coleta de dados uma reflexão sobre a realidade da assistência prestada, além de evidenciar as atuações essenciais realizadas durante o processo de terminalidade da vida.

Portanto, a questão norteadora desta pesquisa caracteriza-se por: como acontece a assistência de enfermagem diante de pacientes em cuidados paliativos em unidade de terapia intensiva?

Os objetivos deste trabalho buscam a análise do trabalho em questão, onde o objetivo geral visa verificar a assistência de enfermagem prestada aos pacientes no tocante aos cuidados paliativos em uma unidade de terapia intensiva (UTI) e o objetivo específico propõe a análise da assistência de enfermagem prestada aos pacientes com indicação de cuidados paliativos em uma unidade de terapia intensiva.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 NOÇÕES SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS

Conforme Pinto et al (2009) os cuidados paliativos procuram a melhoria na condição de vida do paciente, seja ele acometido por uma doença severa ou não, é necessário amenizar a pior sensação de sofrimento encarada por essa pessoa, sendo esta a dor, e em seus momentos finais, proporcionar a tranquilidade. Por vezes, os pacientes fora de possibilidade de cura acumulam-

se nos hospitais, recebendo assistência inadequada, quase sempre focada na tentativa de recuperação, utilizando métodos invasivos.

Essas abordagens, ora insuficientes, ora exageradas e desnecessárias, quase sempre ignoram o sofrimento e são incapazes, por falta de conhecimento adequado, de tratar os sintomas mais prevalentes, sendo a dor o principal e mais dramático e que acaba deixando de lado os desejos do doente, por insistência da equipe médica e pela falta de aceitação familiar. Em determinadas situações a condição de estabilidade emocional proporciona uma melhora no estado psicológico de fato a amenizar o sofrimento da dor. Eles são meios eficazes para preencher essa lacuna nos cuidados ativos aos pacientes (PINTO et al, 2009).

Tem sido construído o conceito de morte digna ou boa morte. Porém, essa definição nem sempre é a mesma para os pacientes, os cuidadores, os familiares e os profissionais da área de Saúde. A abreviação da morte, a aplicação de esforços terapêuticos desproporcionais, como a obstinação, a futilidade e o encarniçamento terapêutico, ou a instituição dos cuidados paliativos, que aliviam o sofrimento, constituem os extremos de tratamentos que podem ser oferecidos ao indivíduo em estágio terminal. O que, realmente, deve ser realizado para o paciente é um dilema ético de difícil decisão, porém que determinará todo o processo de morte de um ser (FÉLIX et al, 2013).

No que diz respeito à eutanásia, foi definida, inicialmente, como o ato de tirar a vida do ser humano. Mas, depois de ser discutido e repensado, o termo significa morte sem dor, sem sofrimento desnecessário. Atualmente, é entendida como uma prática para abreviar a vida, a fim de aliviar ou evitar sofrimento para os pacientes (FÉLIX et al, 2013).

Félix et al (2013) fala que a distanásia é conceituada como uma morte difícil ou penosa, usada para indicar o prolongamento do processo da morte, por meio de tratamento que apenas prolonga a vida biológica do paciente, sem qualidade de vida e sem dignidade. Também pode ser chamada de obstinação terapêutica. Já a ortotanásia ou boa morte traduz a morte desejável, na qual não ocorre o prolongamento da vida artificialmente, através de procedimentos que acarretam aumento do sofrimento, o que altera o processo natural do morrer. O indivíduo em estágio terminal é direcionado pelos profissionais

envolvidos em seu cuidado para uma morte sem sofrimento, que dispensa a utilização de métodos desproporcionais de prolongamento da vida.

A Associação Nacional dos Cuidados Paliativos (ANCP) (2006) entende que o paliativismo aceita a morte como algo natural da vida, onde não se deve atrasá-la através da obstinação terapêutica, nem adiantar, através da eutanásia. O objetivo principal do CP é proporcionar o bem-estar e a qualidade de vida ao doente.

3.1.1 Princípios dos cuidados paliativos

Para Pessini (2002) a dor é fisiológica, enquanto o sofrimento é psicológico. O sofrimento é mais extenso, mais global, isto é, existencial. Ele inclui as dimensões psíquica, social e espiritual. A dor é uma experiência somatopsíquica. Embora a dor física proporcione máxima fonte de sofrimento, a dor no processo do morrer vai além do físico, tendo conotações culturais, subjetivas, sociais, psíquicas e éticas.

Os princípios dos CP conforme a ANCP (2009), por sua vez, enfocam em promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis; tanto quanto afirmar a vida e considerar a morte um processo normal da vida, sem perder a essência; e para tanto também não se deve acelerar nem adiar a morte; é preciso ainda integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente, de modo que não se excluam os seus rituais e suas crenças, permitindo ao paciente um morrer digno e satisfatório.

Ainda conforme a ANCP (2009) o paliativismo necessita oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível até o momento da sua morte, possibilitando ao mesmo sentir-se útil e capaz de realizar algumas tarefas normalmente, sem alternância de sua rotina. Ressalta-se também um sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e o luto, permitindo que entendam a condição vivida por seu familiar.

3.2 A POLÍTICA QUE NORTEIA OS CUIDADOS PALIATIVOS

Existem diversas políticas públicas que regem os cuidados paliativos e os direitos dos doentes terminais, assegurando o seu direito de viver, com qualidade, mas que diante desse fato não adiem, nem prolonguem os dias finais do doente, assegurando-lhe dias de tranquilidade. Como bem dita na Resolução do CFM nº 1805, Brasil (2006, p. 196) onde afirma que:

“Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. De acordo com o Art. 2º onde afirma que o doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, dando-lhe assistência integral, conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito de alta hospitalar”.

Em razão disto, a Resolução do CFM nº 1995, Brasil (2012, p. 01) dispõe, quanto às diretivas antecipadas de vontade do paciente. Considerando que os novos recursos tecnológicos permitem a adoção de medidas desproporcionais e que prolongam o sofrimento do paciente terminal, sem trazer benefícios, e que essas medidas podem ter sido antecipadamente rejeitadas pelo mesmo.

Para tanto, o Art. 1º da Resolução de 1995, Brasil (2012, p. 01) define as diretivas antecipadas de vontade como um conjunto de desejos, sobre o tratamento que o mesmo queira ou não receber quando estiver incapacitado de expressar sua vontade. E o Art. 2º garante que o médico levará em consideração suas vontades, desde que essas não entrem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica.

3.3 HOSPICE

Os *hospices* antigamente eram definidos como hospedarias responsáveis por abrigar e cuidar de viajantes e peregrinos. O relato mais antigo remonta ao século V, quando Fabíola, discípula de São Jerônimo, cuidava de viajantes vindos da Ásia, da África e dos países do leste no Hospício do Porto de Roma (PINTO et al, 2009).

É a partir da década de 60 no século XX, que surgem vozes denunciando o desconforto que têm sido tratados os pacientes com doenças avançadas, frequentemente abandonadas por seus médicos e vivendo seus últimos momentos no isolamento e na frieza de um pronto-socorro, de um quarto ou em uma unidade de terapia intensiva, muitas vezes cercados por aparelhos, e não por pessoas próximas e queridas (FLORIANI; SCHARAM, 2007).

Segundo Pessini (2009) o movimento do Hospice moderno começou em 1967, quando a Dra. Cicelly Saunders, instituiu o famoso St. Christopher's Hospice, na cidade de Londres. E a partir de então o objetivo do *hospice* passou a ser permitir, aos pacientes e suas famílias, viver cada dia plenamente e confortável tanto quanto possível ao lidar com o estresse causado pela doença, morte e dor da perda.

Os *hospices* utilizam uma abordagem multidisciplinar que enfocam as necessidades físicas, emocionais, espirituais e sociais não só dos doentes como de seus familiares. O *hospice* ainda se trata de um ambiente pouco reconhecido e utilizado, em parte por causa do estigma social relacionado com a morte e pela percepção pública e profissional de que o *hospice* significa falha, ao entregar os pontos na luta para manter uma vida. Ao contrário do que se pensa cuidar dignamente de uma pessoa que está morrendo significa respeitar a sua integridade (PESSINI, 2009).

Portanto Floriani e Schramm (2007, p. 2128) dizem que é possível sim, dignificar o tratamento destinado a pacientes portadores de doenças severas que se aproximam do fim da vida, sem se afastarem de suas famílias, e junto delas e dos profissionais recebam um tratamento adequado à condição que lhes é imposta, permitindo a redução do sofrimento da dor, logo que:

“É neste contexto da medicina contemporânea que surge o moderno movimento *hospice*, emergindo dentro de um *ethos* que se fundamenta na compaixão e num tipo de cuidado do paciente que pretende ser global, estendendo-se aos cuidados à família, numa busca ativa de medidas que aliviem os sintomas angustiantes, em especial a dor, e que possam dar continente ao sofrimento do paciente, e encarando a morte como parte de um processo natural da biografia humana e não como um inimigo a ser “obstinadamente” enfrentado” (FLORIANI; SCHRAMM, 2007 p. 2128).

O *hospice* de tal maneira proporciona um ambiente favorável ao cuidado não só do paciente, todavia de sua família também, possibilitando uma proximidade e envolvimento da família com a situação do doente, satisfazendo

de maneira social e emocional a ambas as partes (FLORIANI; SCHRAMM, 2007 p. 2128).

3.4 ASPECTOS BIOÉTICOS QUE ENVOLVEM OS CUIDADOS PALIATIVOS

Entende-se por paciente terminal, aquele que se encaminha para a morte, a partir do seu diagnóstico e da falta de reação positiva ao tratamento. Suas funções orgânicas já não respondem bem à terapêutica realizada, e ele inevitavelmente se aproxima da possibilidade de morrer, requerendo dos profissionais que o acompanham uma assistência humanizada e pautada em princípios éticos (FELIX et al, 2014 p. 98).

A bioética compreende que a prática assistencial deverá ser de forma integral e Félix et al (2014) alega que os profissionais de Enfermagem, em especial os enfermeiros, devem promover cuidados embasados na visão holística e humanizada, promovendo estratégias que favoreçam o respeito, a dignidade e o alívio do sofrimento, bem como refletindo acerca da valorização da bioética no âmbito do cuidar. A bioética e seus princípios surgem para nortear a conduta humana a partir das decisões frente aos conflitos morais diante do cuidar, contribuindo para uma assistência alicerçada no respeito e na dignidade humana. São princípios da bioética: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

O princípio da beneficência relaciona-se ao dever de ajudar aos outros, de fazer ou promover o bem a favor de seus interesses. Reconhece o valor moral do outro, levando em conta que maximizando o bem do outro, possivelmente pode-se reduzir o mal. Neste princípio, o profissional se compromete em avaliar os riscos e os benefícios potenciais (individuais e coletivos) e a buscar o máximo de benefícios, reduzindo ao mínimo os danos e riscos (KOERICH; MACHADO; COSTA, 2005).

Conforme relatado por Koerich, Machado e Costa (2005) o princípio de não maleficência implica no dever de se abster de fazer qualquer mal para os clientes, de não causar danos ou colocá-los em risco. O profissional se compromete a avaliar e evitar os danos previsíveis. A autonomia, o terceiro princípio, diz respeito à autodeterminação ou autogoverno, ao poder de decidir sobre si mesmo. Preconiza que a liberdade de cada ser humano deve ser

resguardada. O princípio da justiça relaciona-se à distribuição coerente e adequada de deveres e benefícios sociais.

Diante dos aspectos bioéticos entendemos como assistência multiprofissional, ativa e integral aos pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo, com o objetivo principal de garantir ao doente e a seus familiares melhor qualidade de vida. Nesse contexto, devemos avaliar em que momento esses procedimentos invasivos e agressivos se encaixam, ou melhor, se eles realmente têm alguma utilidade quando falamos em Cuidados Paliativos ou se podemos considera-los futilidade terapêutica (PINTO, 2009. p. 195).

Segundo Boff (2005) a equipe médica será responsável por proporcionar a cura do paciente e o alívio da dor. Desde que não recorra a tratamentos extraordinários para prolongar à vida ou adiantar o processo de morte. Então, seria lícito "deixar morrer", o que não é a mesma coisa que "fazer morrer". O "deixar morrer" não exclui remédios que aliviam a dor. O cuidado pelo doente não deve ser apenas de responsabilidade dos médicos e enfermeiros, mas também dos familiares, dos conselheiros espirituais e amigos próximos.

Para a ANCP (2009), a mudança radical em direção aos direitos do paciente tem sido cada vez mais presente. Além disso, discussões políticas e filosóficas sobre os direitos da pessoa humana elevaram o princípio da autonomia a uma posição nunca antes alcançada. Tamanha tem sido a importância da autonomia que este conceito passou a definir um padrão de obrigações morais dos médicos para com seus pacientes. Assim, em respeito à ética e à lei, o tratamento considerado fútil, pelo médico, não seria obrigatório.

3.5 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A ANCP (2006) afirma que a velhice é fator de risco para o desenvolvimento de doenças. Atualmente a população idosa é cada vez maior e apresentam diversas enfermidades, limitações funcionais e, o próprio declínio da capacidade cognitiva. O aumento da sobrevida tornou o processo de morrer mais lento. A medicina deve perceber quando a doença é incurável e está em evolução, pois, nesse caso, a modalidade de assistência deverá ser voltada

para a qualidade de vida, e não para o seu prolongamento. O profissional deve ter sensibilidade para não querer curar o incurável nem tratar o intratável, deve perceber que há um limite para o tratamento, mas não para os seus cuidados.

Ante as considerações de Silva, Araújo e Firmino (2008), permitem entender que o cuidar é um somatório de poderes e, por conseguinte pode ser dito como o verbo presente em todas as teorias de enfermagem. Em Cuidados Paliativos cuidar significa estar ao lado de pessoas com perda de vitalidade, com dor, depressão, perda de autonomia, entre outros sintomas e sinais, tentando conhecer e respeitar seus valores espirituais e culturais, criando oportunidades para que resolvam assuntos pendentes – principalmente com a família, e sendo “ponte” na relação com os médicos, por estar presente mais horas do dia junto ao paciente.

Para tanto, no entendimento de Silva, Campos e Pereira (2011), o cuidar é um processo social que envolve além dos limites de um ambiente hospitalar e em seu complexo diz que o cuidar envolve atos humanos no processo de assistir ao indivíduo, à família ou à comunidade, de tal forma, que submerge de maneira igualitária o relacionamento interpessoal baseado em valores humanísticos e em conhecimento científico. O cuidar do outro significa procedimentos de maior complexidade do que a cura.

Tendo em vista que a equipe de enfermagem se faz presente na assistência ao paciente por completo, por não se ausentar do ambiente hospitalar. As tarefas e relações do enfermeiro começam com a interação com o cliente até articulações mais complexas, com familiares, equipe multiprofissional, ultrapassando as interfaces do processo, desde a entrada até a saída do paciente. Além disso, ainda é necessário destacar a percepção do enfermeiro diante do cuidado da dor (ANCP, 2009).

Para a enfermagem, os Cuidados Paliativos são inerentes à sua prática cotidiana. Aliada a ciência com a arte desde o nascimento até a morte. É ainda proporcionar a certeza de não estarem sozinhos no momento de sua partida; é oferecer cuidado holístico, atenção humanística, associados aos sintomas agressivos vivenciados por este processo (ANCP, 2009).

A qualidade de vida é essencial nos momentos de finitude e para Kovács (2003) representa um momento crucial enfrentado por todo o contexto social ao qual está inserido o paciente se tornando determinante no: processo

de morte. Nem sempre o prolongamento da vida é a melhor alternativa, e isso não se refere à eutanásia, mas sim ao cuidado com dignidade.

A morte propriamente dita tem de ser entendida como inevitável e que faz parte do ciclo vital e que tratá-la como evitável é um engano. Outro equívoco é acreditar que nada mais pode ser feito ao paciente fora de possibilidade de cura. Enquanto há vida, existe a necessidade de cuidados especiais. Dessa forma é dever do enfermeiro e sua equipe prestar assistência ao paciente durante todo o seu tratamento, especialmente quando não é mais possível à cura e o doente é submetido aos cuidados paliativos (SILVA; CAMPOS; PEREIRA, 2011).

4 METODOLOGIA

Essa pesquisa se configura por um estudo transversal, descritivo e de abordagem quantitativa.

Um estudo transversal de acordo com Jung (2004), é aquele que se realiza em determinado instante, é um experimento ou observação que irá caracterizar a situação ou qualidade do fenômeno, sistema ou processo naquele exato corte temporal. Esta forma de coleta de dados é relativamente rápida, representando apenas uma parcela da totalidade das características ou do espectro de reações do objeto de estudo.

A pesquisa de caráter descritivo segundo Figueiredo e Souza (2011), consiste em investigações empíricas cuja principal finalidade é o delineamento ou análise das características de fatos ou fenômenos.

Para Jung (2004), a finalidade da pesquisa significa dizer como foi feito ou está sendo feito, como detalhadamente está se comportando o sistema. A descrição científica exige imparcialidade na coleta de dados e uma análise criteriosa com base em bibliografias e documentos preexistentes, além de um levantamento estatístico a partir do levantamento efetuado após a aplicação de um instrumento de coleta de dados.

No caso da abordagem quantitativa é a mais apropriada para apurar atitudes e responsabilidade dos entrevistados, uma vez que se empregam questionários. Deve representar um determinado universo, para que seus dados possam ser generalizados e projetados para aquele ambiente. Seu

objetivo é medir e permitir o teste de hipóteses, uma vez que os resultados são definidos e menos passíveis de erros de interpretação (MARCONI; LAKATOS, 2011).

A coleta de dados por sua vez, foi baseada na aplicação de um instrumento construído conforme o protocolo validado por Santos (2015) no que se refere aos cuidados com pacientes durante a terminalidade da vida.

Os aspectos legais desta pesquisa baseiam-se na Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012, que, por sua vez, incorpora sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado, uma vez que se trata de projetos de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Ressalta-se que a etapa de coleta de dados foi realizada mediante a apreciação de aprovação por meio do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/HUOL) após submissão via Plataforma Brasil no mês de Junho e aprovada em 19 de Agosto de 2015 por meio do Parecer de número: 1190526 e CAAE de número: 46549815.4.0000.5292.

A população da pesquisa foi composta de profissionais de enfermagem, compreendida entre técnicos e enfermeiros atuantes na unidade de terapia intensiva. A amostra constou de 50 profissionais de enfermagem deste setor.

Como critérios de inclusão utilizados foram de técnicos de enfermagem e enfermeiros que tivessem no mínimo um ano de formação profissional, e que atuassem nos cuidados paliativos ou terminalidade e que assinassem devidamente o Termo de Consentimento Livre Esclarecido-TCLE (APÊNDICE A).

Com vistas ao alcance dos objetivos propostos e respaldo ético, foi solicitada uma carta de anuência para a referida Instituição, a fim de autorização para a realização da pesquisa, que foi assinada pelo diretor da instituição (APÊNDICE B).

A coleta aconteceu através de um questionário com questões fechadas inerentes aos cuidados prestados pela enfermagem em uma Unidade de

Terapia Intensiva (UTI) num hospital privado da cidade de Natal-RN (APÊNDICE C).

Cabe ressaltar que os colaboradores envolvidos nesta pesquisa não foram identificados em momento algum preservando o anonimato. Sendo assim, atribuiu-se um código para interpretação dos dados.

A análise dos dados ocorreu por meio da representação de gráficos e tabelas nas frequências absolutas e relativas, além de traçar o perfil dos profissionais de enfermagem que vivem os cuidados paliativos nessa Instituição.

4.1 METODOLOGIA COMPUTACIONAL

O banco de dados foi construído em formato EXCEL, versão 2010, para realização das tabelas descritivas e aplicações de teste quiquadrado, foi utilizado o software *Statistica* SPSS, versão 20.0. O Teste Qui-Quadrado permite avaliar se as variáveis estão relacionadas com determinado nível de significância.

4.2 HIPÓTESES A SEREM TESTADAS

Hipótese Nula (H_0): As variáveis não estão relacionadas (as variáveis são independentes).

Hipótese Alternativa (H_1): As variáveis estão relacionadas (as variáveis são dependentes).

A hipótese de nulidade pode ser testada por:

$$\chi^2_{\text{cal}} = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} \approx \chi^2_{(k-1)}$$

Onde: O_i = n° de casos observados classificados na categoria i ;

E_i = n° de casos esperados classificados na categoria i , sob H_0 .

Assim, Rejeitamos H_0 , se $\chi^2_{\text{cal}} \geq \chi^2(k - 1, \alpha)$, ou se a probabilidade associada à ocorrência, sob H_0 , do valor obtido do χ^2_{cal} com $(k - 1)$ g.l. não superar o valor de alfa, ou seja, $P[\chi^2_{k-1} \geq \chi^2_{\text{cal}}]$ for significativo (menor que alfa).

4.3 PERFIL DOS ENTREVISTADOS

Tabela 1: Perfil dos entrevistados			
Perfil do entrevistado		Frequência	%
Sexo	Feminino	35	70,00
	Masculino	15	30,00
Faixa etária	Até 30 anos	9	18,75
	31 - 40 anos	27	56,25
	Acima de 40 anos	12	25,00
Tempo de formação	Até 10 anos	18	36,73
	Acima de 10 anos	31	63,27
Tempo de atuação	Até 10 anos	19	38,78
	Acima de 10 anos	30	61,22
Cargo exercido	Técnico de enfermagem	37	74,00
	Enfermeiro (a)	11	22,00
	Ambas as profissões	2	4,00
Total		50	100,00

Fonte: Dados da pesquisa 2015.

O sexo foi composto por 70,00% feminino e 30,00% masculino. Quanto à faixa etária do entrevistado, observa-se que de 31 a 40 anos com maior percentual (56,25%), seguido de acima 40 anos (25,00%) e até 30 anos (18,75%).

Quanto ao tempo de formação: até 10 anos (36,73%) e acima de 10 anos (63,27%). Enquanto que no tempo de atuação, 61,22% exercem função acima de 10 anos e 38,78% até 10 anos. 74,00% dos funcionários exercem cargos de técnico de enfermagem, 22,00% são enfermeiros e 4,00% exercem as duas funções.

Percebe-se que os colaboradores tem experiência e vivência considerável no tocante aos cuidados paliativos, porém a minoria eram enfermeiros e a grande maioria técnicos de enfermagem. Além de grande parte da população entrevistada ser feminina o que confirma a prevalência de mulheres na área da enfermagem.

Tabela 2: Estatística descritiva dos dados sociodemográficos								
Variáveis	Mínimo	Máximo	25%	Mediana	75%	Média	DP	CV
Idade (em anos)	23,00	56,00	33,00	36,00	41,00	37,04	7,50	20,26
Tempo de Formação (em anos)	3,00	29,00	9,00	13,00	17,00	13,12	5,99	45,63
Tempo de Atuação (em anos)	2,00	28,00	8,00	12,00	16,00	12,12	5,77	47,59

Fonte: Dados da pesquisa 2015.

A idade média dos entrevistados é de 37,04 anos com desvio padrão de 7,50, tendo com idade mínima de 23 anos e máxima de 56 anos. Quanto ao tempo médio de atuação com a função e de formação é de: $13,12 \pm 5,99$ e $12,12 \pm 5,77$.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

O paciente sem possibilidade de cura terapêutica precisa vivenciar um momento de assistência tão bem preparada quanto o paciente que não se encontra em fase terminal de vida. Para isso foi elaborado um conjunto de questões, a fim de saber o posicionamento da equipe de enfermagem como um todo, diante dos cuidados específicos para esta modalidade de tratamento.

O perfil dos colaboradores é composto pela maioria do sexo feminino, o que confirma a prevalência de mulheres na profissão de enfermagem representam 70%, a categoria profissional que mais participou da pesquisa foi de técnicos de enfermagem.

Os resultados foram distribuídos em tabelas conforme os questionamentos apresentados através de respostas fechadas, a fim de contemplar os objetivos propostos e alcançar a significância estatística. As tabelas possuem as questões propostas a toda equipe, sendo explanadas através da frequência e porcentagem de cada questão.

A tabela 3 evidencia o questionamento a respeito da assistência de enfermagem quanto ao alívio da dor.

Tabela 3:		
Resposta	Frequência	%
Uso de medicamentos prescritos	24	48,00
Promove conforto adequado conforme a necessidade do paciente	23	46,00
Promove posicionamento adequado no leito	3	6,00
Total	50	100,00

Fonte: Dados da pesquisa 2015.

Foi encontrado que 48,00% dos profissionais utilizam medicamentos prescritos para o alívio da dor na assistência de enfermagem, enquanto que promovem o conforto adequado conforme a necessidade do paciente e promovem posicionamento adequado no leito apresentaram os seguintes percentuais: 46,00% e 6,00%.

A primeira questão busca saber quanto ao alívio da dor. Percebe-se que a enfermagem evidenciou que o uso de medicamentos prescritos faz parte da terapêutica mais efetiva nos cuidados paliativos, a fim de minimizar os sintomas desses pacientes sendo indicada por 48% como a técnica mais adequada para as condições vivenciadas.

Conforme Avanci et al (2009), o enfermeiro muitas vezes trata a dor pela implementação da prescrição médica, mas soma isso ao contato humano e apoio psicológico, fazendo com que a dor que não pode ser solucionada com medicamentos, seja amenizada ou controlada.

Corroborando com o caso estudado, os medicamentos servem para amenizar os sintomas causados aos doentes nos CP, então é notório que o uso de medicamentos prescritos é de grande importância na promoção do alívio da dor em detrimento a necessidade do paciente.

O cuidar/cuidado deve abranger as necessidades físicas e também as necessidades psicológicas e sociais, incluindo personalização de assistência, promoção de cuidados atraumáticos, preparação de procedimentos e adoção de medidas para alívio da dor e desconforto. Os cuidados paliativos visam evitar ou minimizar os sintomas clínicos da doença e controlar infecções e outras comorbidades como, por exemplo, diabetes, hipertensão, prevenção das úlceras por pressão e mudança de decúbito e cuidados com escaras, alívio da dor, entre outros (AVANCI et al, 2009; QUEIRÓZ et al, 2014).

Para o alívio da dor uma medida a ser adotada é a posição de conforto de forma que proporcione ao paciente bem-estar físico, mas nem sempre o posicionamento adequado no leito será a maneira mais efetiva de confortar o paciente e aliviar sua dor.

A tabela 4 evidencia o questionamento a respeito do uso de medidas não farmacológicas utilizadas pela enfermagem para aliviar a dor.

Tabela 4:		
Resposta	Frequência	%
Sim	32	64,00
Não	10	20,00
Nem sempre	8	16,00
Total	50	100,00

Fonte: Dados da pesquisa 2015.

Os achados compreendem que 64,00% dos enfermeiros utilizam medidas não farmacológicas na enfermagem para aliviar a dor, onde as principais medidas são a massagem de conforto (40,63%) e mudança de decúbito (37,50%).

A tabela 5 representa uma extensão da tabela 4, onde a população entrevistada evidencia quais os tipos de medidas não farmacológicas podem ser adotadas na terapêutica para alívio da dor com a prevalência de múltiplas escolhas.

Tabela 5:		
Resposta	Frequência absoluta	%
Massagem de conforto	13	40,63
Mudança de decúbito	12	37,50
Conforto no leito	3	9,38
Uso de medicamentos	3	9,38
Conforme necessidade do paciente e prescrição	2	6,25
Acupuntura	1	3,13
Assistência integral dos cuidados	1	3,13
Fisioterapia	1	3,13
Depende do tipo de dor	1	3,13
Cuidado psicológico	1	3,13
Cuidado sintomático	1	3,13

Fonte: Dados da pesquisa 2015.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua cuidados paliativos como uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias. Essa abordagem é feita por meio da prevenção e alívio do sofrimento, pela identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e

de outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual. Esse tipo de cuidado tem o enfoque nas necessidades, e não nos diagnósticos desses pacientes (AVANCI et al, 2009).

As terapias complementares são consideradas terapias que promovem o alívio dos sintomas de ordem física, psicológica e emocional. A dor é a causa mais comum de sofrimento e incapacidade que afeta milhares de pessoas em todo mundo. É considerado o sintoma mais frequente em pacientes fora de possibilidades terapêutica de cura, o que ocasiona grande desconforto e interfere diretamente na sua qualidade de vida (CAIRES; et al, 2014).

Corroborando com o que foi proposto na questão acima, os CP buscam a qualidade de vida do paciente, não objetivando a cura, propondo solucionar o sofrimento sintomático através de terapias alternativas, para controlar os sintomas e proporcionar o conforto adequado, permitindo o uso de algumas medidas e técnicas com enfoque na necessidade vivenciada pelo paciente.

O alívio da dor (analgesia), um procedimento realizado na fase terminal do paciente, é atualmente visto como um direito humano básico e, portanto, trata-se não apenas de uma questão clínica, mas também de uma situação ética que envolve todos os profissionais de saúde (AVANCI et al, 2009).

Em relação ao uso de medidas não farmacológicas, nem sempre é possível que se faça uso de terapias alternativas, tudo dependerá do momento vivido, em situação de dor extrema, o uso dos fármacos é de grande importância.

A tabela 6 evidencia o questionamento sobre o quanto a enfermagem possibilita que o paciente fale a respeito de sua experiência com a dor.

Tabela 6:		
Resposta	Frequência	%
Sim	42	84,00
Nem sempre	7	14,00
Não	1	2,00
Total	50	100,00

Fonte: Dados da pesquisa 2015.

84,00% dos enfermeiros afirmaram que possibilita ao paciente que fale sobre a sua experiência com a dor, enquanto que “Nem sempre” e “Não” apresentaram os seguintes percentuais: 14,00% e 2,00%.

A respeito do questionamento sobre a experiência com a dor Vargas et al (2013) afirma que quando perguntam a eles (os pacientes) relatam a dor como um dos sintomas físicos mais frequentes. A dor é considerada uma experiência desagradável, sensitiva ou emocional, um sofrimento estressante que causa uma importante redução na qualidade de vida dos pacientes, quando o sintoma não é bem avaliado e controlado. A incapacidade de comunicar a dor não equivale à ausência desta.

De qualquer modo, o relato da experiência dolorosa pelo paciente aos profissionais de saúde é fundamental para a compreensão do quadro álgico, implementação de medidas analgésicas e avaliação da eficácia terapêutica (SILVA; ZAGO, 2001).

Corroborando com a afirmação, é notória a importância da disponibilidade de conversação do profissional cuidador com o paciente, é através do diálogo que o paciente fica confortável para externar seus sentimentos, objetivando a melhora da sensação de dor e evitando o desconforto extremo ocasionado por ela.

A avaliação da dor é um importante passo para o planejamento do cuidado. Ela impõe não apenas a determinação do problema físico do paciente, mas também os elementos psicológicos, sociais e emocionais do seu sofrimento e deve ser realizada, em conjunto, por todos os profissionais que acompanham o paciente. Cuidar envolve atos humanos no processo de assistir ao indivíduo, ao grupo ou à comunidade, os quais são deliberados, racionais, dotados de sentimento e fundamentados em conhecimento (SILVA; ZAGO, 2001).

Quanto ao tratamento do paciente terminal devem englobar cuidados que não se detenham apenas as técnicas conhecidas pelos profissionais durante a formação acadêmica, que nesse contexto possam ser inseridas condutas humanizadas e sejam efetuadas de forma ativa para que se tornem mais intensivos na UTI.

A tabela 7 evidencia o questionamento quanto à forma que a enfermagem controla os sintomas respiratórios do paciente.

Tabela 7:		
Resposta	Frequência	%
Aspirar vias aéreas	22	44,00
Oferta de oxigênio suplementar	15	30,00
Avalia a intensidade da tosse e dispneia	13	26,00
Total	50	100,00

Fonte: Dados da pesquisa 2015.

44,00% dos enfermeiros controlam os sintomas respiratórios por meio da aspiração de vias aéreas, 30,00% através da oferta de oxigênio suplementar e 26,00% avaliam a intensidade da tosse e dispneia.

A insuficiência respiratória aguda é uma das principais indicações de internação nas UTI's. Quadros súbitos de dispneia são extremamente desconfortáveis para o paciente e, quando decorrentes de IRPA, acarretam em risco imediato de vida. Do ponto de vista clínico, a dispneia pode ser controlada ou amenizada com auxílio de um arsenal terapêutico farmacológico e não farmacológico. Técnicas não invasivas como o correto posicionamento corporal, exercícios respiratórios e mais recentemente a VMNI (BASSANI et al, 2008).

Observa-se quanto ao controle de sintomas respiratórios, que à enfermagem evidencia a importância da avaliação diante dessa condição, seja de maneira farmacológica ou não, o importante é avaliar adequadamente e promover medidas de conforto específicas para a melhora do quadro respiratório.

Nesse contexto, a avaliação da dispneia apresenta uma particularidade: não existe uma forma ainda padronizada de se abordar esse sintoma em todos os seus aspectos: físico, emocional, comportamental e circunstancial. Dessa forma, a avaliação apropriada e a conduta a ser tomada dependem de uma percepção muito acurada de toda equipe e, principalmente, do médico que acompanha o paciente (ANCP, 2009).

É importante avaliar a necessidade do paciente, portanto os CP devem proporcionar ao paciente condição de bem-estar, devendo ocorrer intensivamente nas UTI's e a avaliação da situação vivenciada deverá ser minuciosa.

A tabela 8 evidencia o questionamento a respeito da conduta obtida pela enfermagem diante da condição de náuseas e vômitos.

Tabela 8:		
Resposta	Frequência	%
Posicionamento no leito	46	92,00
Oferecer gelo 40min antes das refeições para minimizar os sintomas	4	8,00
Total	50	100,00

Fonte: Dados da pesquisa 2015.

92,00% dos enfermeiros utilizam a conduta de posicionamento no leito diante de náuseas e vômito no paciente.

Náuseas e vômitos são sintomas de alta prevalência em Cuidados Paliativos e bastante estressantes para o paciente e seus familiares. Contribuem para o desenvolvimento da síndrome da anorexia-caquexia, provocam desequilíbrios eletrolíticos e novos sintomas associados e comprometem a qualidade de vida (ANCP, 2009).

A náusea é definida como uma sensação desconfortável na região abdominal, que, dependendo de sua intensidade, leva a uma vontade urgente de vomitar (CREMESP, 2008).

Consoante ao cuidado prestado ao paciente nauseado às técnicas ofertadas deve abranger a condição que está passando o paciente, sendo necessária alguma intervenção visando o conforto e a melhora da sensação ocasionada, o que condiz com o que foi relatado pelos profissionais nos cuidados dos CP em unidade de terapia intensiva, mas ainda gerando dúvidas se a promoção de saúde esta sendo adequada.

A tabela 9 evidencia o questionamento sobre a maneira que é realizada a hidratação do paciente.

Tabela 9:		
Resposta	Frequência	%
Venosa	44	88,00
Oral	5	10,00
Subcutânea	1	2,00
Total	50	100,00

Fonte: Dados da pesquisa 2015.

Venosa (88,00%) é o principal tipo de hidratação utilizada pelos enfermeiros, seguido de oral (10,00%) e subcutânea (2,00%).

Sabe-se que a hidratação endovenosa (EV) pode ser administrada de acordo com a sobrevida e sintomatologia do paciente, pois a desidratação

causa confusão mental e desconforto, além disso, não oferecê-la é negligenciar um cuidado básico ao paciente (CORRÊA; SHIBUYA 2007).

A hidratação ao paciente em cuidados paliativos é imprescindível, sendo uma prática de extrema importância e que não pode ser desconsiderada. Levando em consideração que o paciente em CP é mais fragilizado que os demais, necessitando de um cuidado específico.

A administração de fluidos pela via subcutânea é uma alternativa cada vez mais reconhecida para a administração de soluções parenterais e consiste em uma prática que, em algumas situações clínicas específicas, demonstra ser uma via segura, eficaz e, sobretudo, confortável para o paciente. É uma boa opção para a reposição de eletrólitos e medicações analgésicas quando a aceitação oral está comprometida e a medicação necessita ser administrada (CREMESP, 2008).

Percebe-se que, apenas 2% dos colaboradores da pesquisa utilizam o tecido subcutâneo como via de hidratação, e a inserção de novas técnicas como a hipodermóclise vêm sendo aceita para esse tipo de terapia. Dessa forma há dificuldade no entendimento quanto a real necessidade evidenciada exigindo uma maior intensificação desse conceito dentro das UTI's.

A tabela 10 evidencia o questionamento sobre o tipo de terapia adequado para promover o conforto adequado do paciente.

Tabela 10:			
Resposta	Frequência	%	
Mudança de decúbito	30	60,00	
Massagem de conforto	13	26,00	
Os dois tipos de terapia	7	14,00	
Total	50	100,00	

Fonte: Dados da pesquisa 2015.

Mudança de decúbito (60,00%) é o principal tipo de terapia de conforto utilizada pelos enfermeiros, seguido de massagem de conforto (26,00%) e os dois tipos de terapia (14,00%).

De maneira ideal, a mudança de decúbito deve ser realizada pelo menos a cada duas horas. O objetivo é sempre conciliar formas de prevenção de maiores agravos com o máximo conforto do paciente, incluindo aí a ausência de dor. A mudança de decúbito traz vários benefícios para o paciente acamado, essas mudanças devem obedecer a uma frequência estipulada para

favorecer a circulação sanguínea, as trocas orgânicas e prevenir complicações no organismo (PASSOS; SADIGUSKY, 2011; ANCP, 2009).

Em relação à técnica utilizada para promover o conforto do paciente, a mudança de decúbito é vista como uma técnica de grande importância para o cuidado com o paciente terminal, responsável pela melhora da circulação sanguínea e alívio das proeminências ósseas.

A manutenção da integridade e do posicionamento corporal: significou assegurar o direito à integridade física, respeitar o corpo de maneira ampla contra tudo que possa feri-lo, preservar a boa imagem corporal e a ausência de odores. Assegurar a manutenção da integridade e do posicionamento corporal com medidas de higiene e de prevenção de lesões na pele (SILVA; PEREIRA; MUSSI, 2015).

Fica evidente a importância da associação das duas técnicas durante o cuidado com o paciente paliativo, não devendo ser descartada se as condições permitirem sua associação. Fica evidente a importância destas.

A tabela 11 evidencia o questionamento quanto ao procedimento adequado para o alívio da fadiga.

Tabela 11:		
Resposta	Frequência	%
Uso da massagem com óleos aromáticos conforme a necessidade	18	36,00
Selecionar as intervenções (exercício aeróbio, atividades manuais) para reduzir a fadiga.	16	32,00
Deixar no leito em repouso absoluto	16	32,00
Total	50	100,00

Fonte: Dados da pesquisa 2015.

Quanto aos procedimentos utilizados para o alívio da fadiga, observa-se o uso da massagem (36,00%), intervenções para reduzir a fadiga (32,00%) e deixar no leito em repouso absoluto (32,00%).

Fadiga em paciente oncológico é definida como perturbadora sensação subjetiva e persistente de cansaço e exaustão física, emocional e/ou cognitiva, desproporcional ao nível de atividade física, que interfere no *status* funcional do paciente. Diferencia-se da fadiga do dia a dia, que é temporária e aliviada com o repouso (ANCP, 2009).

Os cuidados que remetem a fadiga devem ser efetivos nas UTI's, sendo uma das condições físicas mais difíceis de lidar, por causar extremo desconforto ao paciente em CP.

A ANCP (2009) afirma que os programas de exercícios físicos podem trazer benefícios na funcionalidade e nos índices de qualidade de vida, mesmo em pacientes com doença avançada. Entre as intervenções não farmacológicas, destacam-se os exercícios. Mas também se pode lançar mão de outras atividades chamadas de “revigorantes”, como a meditação, a jardinagem e a arte-terapia, além de nutrição adequada e correção de distúrbios do sono. É chamada de “terapia revigorante ou restaurativa”.

Percebe-se a necessidade da realização de medidas alternativas para o alívio da fadiga, é evidente que em pacientes com doenças terminais pioram com o aumento do repouso, e, portanto, o cuidado da fadiga na UTI ainda precisa ser intensificado para aqueles pacientes com doenças terminais.

A tabela 12 evidencia o questionamento sobre a forma que a enfermagem poderá intervir quanto ao cuidado psicológico do paciente.

Tabela 12:		
Resposta	Frequência	%
Sempre escutar o paciente e solicitar acompanhamento do serviço psicológico	38	76,00
Conversar diariamente com o paciente	11	22,00
Não realiza	1	2,00
Total	50	100,00

Fonte: Dados da pesquisa 2015.

Quanto à forma que a enfermagem poderá intervir no cuidado psicológico, tem-se o seguinte resultado: escuta o paciente e solicita acompanhamento psicológico (76,00%) e conversa diária com o paciente (22,00%).

O homem precisa de um cuidado direcionado a sua autenticidade, unicidade e verdade. As ações de Enfermagem devem compreender as fragilidades do paciente, pois, a partir de sua identificação, é que o cuidado será direcionado às necessidades de cada um. Cuidar consiste em envia esforços para o outro, visando proteger, promover e preservar, ajudando pessoas a encontrar significados na doença, sofrimento e dor, bem como na existência. Tem como premissa essencial a tentativa de evitar que o outro sofra

ou que, ao identificar este sofrer realizar medidas para erradicar ou minimizar o sofrimento, sendo muito importante a atitude de compreensão de quem cuida, pois a hospitalização é angustiante (BESERRA et al, 2014).

Em consoante ao que foi exposto nesse questionamento, o cuidado psicológico evidenciado pela enfermagem tem como fundamentação a assistência prestada pela equipe de cuidados para solucionar os conflitos promovidos pelo impacto da doença, tentando evitar o sofrimento excessivo e direcionando o cuidado à necessidade do paciente em CP.

E Beserra et al (2014) afirma que é importante perceber que o cuidado não é um processo de uma só via, pois existe uma relação entre dois seres humanos; de um ser humano dotado de preparo técnico-científico e humanístico e disponível para o cuidado efetivo e de outro ser que está necessitando de ajuda. Desse modo, o paciente se sentirá satisfeito com o cuidado e o afeto recebidos e, certamente, estará pensando positivamente sobre o fato e emanando um sentimento correspondente.

É evidente a importância do cuidado quanto à atenção psicológica, e a necessidade de um melhor preparo para assumir uma posição adequada diante deste fato, o que prova a necessidade de intensificar esse cuidado.

A tabela 13 evidencia o questionamento diante da maneira que a enfermagem poderá intervir no apoio da família ao paciente.

Tabela 13:		
Resposta	Frequência	%
Ensinar os planos de cuidado à família	25	50,00
Ajudar a família a solucionar conflitos e facilitar a comunicação entre os membros da família	22	44,00
Deixar que o paciente reflita sobre a vida	3	6,00
Total	50	100,00

Fonte: Dados da pesquisa 2015.

Quanto à forma que a enfermagem poderá intervir no apoio familiar ao paciente, evidencia-se que ensinar os planos de cuidado à família (50,00%), ajudar a família solucionar conflitos e facilitar a comunicação entre os membros da família (44,00%) e deixar que o paciente reflita sobre a vida (6,00%).

Uma característica positiva de bastante importância entre a equipe multidisciplinar e a família do paciente é a comunicação que deve ocorrer de

forma ativa e eficiente. Estabelece um vínculo importante e possui caráter revelador ao longo das intervenções necessárias diante do CP.

Desse modo para Caires (2014) e ANCP (2009) é imprescindível a atenção para a participação da família e dos cuidados direcionados à multidimensionalidade da pessoa. Em Cuidados Paliativos pressupõe-se que no final da vida equipe e família já tenham estabelecido um vínculo adequado e que os dois lados já tenham ciência das possibilidades e dos próprios limites. Porém esse vínculo nem sempre é possível, apenas se efetiva quando há tempo hábil, espaço e interesse de ambas as partes. Muito se fala de vínculos entre paciente e família ou entre paciente e cuidador, mas pouco da necessidade de confiança mútua entre paciente/família e equipe de cuidados.

Na questão proposta à família é o centro de cuidados do paciente é o ponto chave no cuidado ao paciente paliativo, devendo ser totalmente inserido no cuidado para que assim detenha os planos terapêuticos designados.

É necessário perceber e respeitar de modo singular as necessidades de cada um, aproximando o tratamento proposto às possibilidades de vida, inerentes a cada pessoa, possibilitando a inclusão da família como elemento de cuidado, integrada, participativa no serviço, recebendo orientações adequadas e compreendendo suas particularidades. Pacientes e suas famílias sejam incluídos, respeitados e reconhecidos pelo profissional de saúde como elemento social participante (NUNES; RODRIGUES, 2012).

Analisando o que foi proposto é possível perceber que os cuidados prestados na unidade de terapia intensiva não abrangem totalmente a necessidade atual vivenciada pelo paciente em CP.

A tabela 14 evidencia o questionamento a respeito da forma de agir da enfermagem quanto ao apoio social ao paciente.

Tabela 14:		
Resposta	Frequência	%
Oportunizar a visita de pessoas que o paciente deseje	44	88,00
Manter a família 24h	6	12,00
Total	50	100,00

Fonte: Dados da pesquisa 2015.

Oportunizar a visita de pessoas que o paciente deseja (88,00%) é a principal forma de agir de enfermagem faz quanto ao apoio social ao paciente, enquanto que manter a família 24 horas apresentou um percentual de 12,00%.

Para ser prestado um cuidado eficiente ao paciente terminal, a equipe deve caminhar lado a lado com ele, ajudando-o em suas decisões, nunca julgando ou decidindo por ele (VARGAS et al, 2013).

É evidente a importância da equipe de enfermagem possuir sensibilidade para entender a vontade do paciente e deixá-lo livre para que decida o que lhe for conveniente, é necessário reconhecer a sua autonomia, mas de forma sabida e consciente.

Todo doente deverá ter o direito de ser acompanhado por familiar ou outra pessoa de sua eleição (MACIEL et al, 2006).

Fica fundamentada a importância da presença de pessoas queridas pelo doente em fase final da doença, proporcionando um ambiente seguro e que traga a tranquilidade desejada pelo paciente, na assistência paliativa os CP ainda enfrentam dificuldade na sua totalidade, buscando um aumento na intensidade do cuidado ofertado.

A tabela 15 evidencia o questionamento diante do apoio espiritual ofertado pela enfermagem.

Tabela 15:		
Resposta	Frequência	%
Oferecer privacidade para as atividades espirituais, proporcionando visitas de conselheiros espirituais.	32	64,00
Proporcionar música, literatura ou programas de TV espirituais.	16	32,00
Não realiza	2	4,00
Total	50	100,00

Fonte: Dados da pesquisa 2015.

Oferecer privacidade para as atividades espirituais (64,00%) é a principal forma de agir que a enfermagem irá atuar no apoio espiritual, seguido de proporcionar música, literatura e programas de TV espirituais (32,00%).

A maioria dos profissionais da saúde compreende a necessidade do cuidado espiritual. Foi chamada a atenção para a importância da participação do profissional, junto ao capelão, na abordagem da espiritualidade, inclusive de orações. Essas ações elevam a confiança do usuário na equipe e lhe trazem

segurança. A espiritualidade é um meio de alívio do sofrimento, se os pacientes conseguem encontrá-la nos profissionais, esses passam a serem veículos também desse alívio, e tudo aquilo que o profissional passa a realizar pelo paciente faz sentido (ARRIEIRA, 2015).

É imprescindível à disponibilidade da equipe de enfermagem diante da espiritualidade ofertada ao paciente terminal, promovendo conforto e confiança.

O sofrimento espiritual se alicerça na violação da essência do eu, o que se caracteriza frequentemente pela perda de sentido e identidade, assim como o desejo de abreviar a vida. Os pacientes desejam estar em paz com Deus e com seus familiares, serem capazes de rezar e sentirem que sua vida foi completa (CREMESP, 2008).

Diversos estudos demonstram os benefícios do envolvimento religioso/espiritual, não podendo mais este tema ser negligenciados pela medicina. Os CP devem abordar o ser humano em sua totalidade, incluindo o cuidado espiritual. O ensino e pesquisa nessa área precisam ser incentivados entre as dificuldades para abordar a questão espiritual no final da vida está o próprio desconhecimento da equipe a respeito da espiritualidade/religiosidade. Ao se avaliar a história religiosa/espiritual, deve-se identificar sua importância na vida do paciente e de sua família (CREMESP, 2008; ANCP, 2009).

Os profissionais muitas vezes não sabem abordar a temática proposta por não conhecerem a importância da religião na vida do paciente ou mesmo pela opção religiosa não ser equivalente a de seu paciente o que torna difícil a inserção desse cuidado. Há necessidade de uma melhor abrangência dessa intervenção na UTI no tocante ao CP.

A tabela 16 evidencia o questionamento sobre a forma que a enfermagem irá atuar diante da terminalidade do paciente.

Tabela 16:		
Resposta	Frequência	%
Incluir a família nas decisões de cuidados e respeitar as solicitações e vontades da família e do paciente	43	86,00
Deixa o paciente com a família 24h	5	10,00
Permanecer ao lado do paciente evitando que ele sinta-se assustado ou com medo	2	4,00
Total	50	100,00

Fonte: Dados da pesquisa 2015.

86,00% incluem a família em decisões no momento de terminalidade do paciente, 10,00% deixam o paciente com a família 24 horas e 4,00% permanecem ao lado do paciente.

Nesse aspecto a família é o maior elo entre o doente e a equipe profissional, é quem transmite confiança e reafirma a necessidade do cuidado prestado, considerando o envolvimento familiar é preciso que a família esteja inserida no conceito do cuidar integralmente (LIMA; SILVA, 2014).

Assim, o cuidado para uma boa morte deve ser baseado em princípios de veracidade, respeito e solidariedade, devendo assegurar a vontade e a autonomia das pessoas no processo de tratamento e considerar a relação custo/benefício da medida terapêutica na prevenção dos problemas potenciais e no não abandono (SILVA PEREIRA; MUSSI, 2015).

Decisões fundamentais devem ser discutidas com o doente ou seu representante legal, e sua vontade, sempre respeitada. Para que esse princípio se exerça adequadamente é necessário o respeito ao direito à informação. O exercício atual da autonomia teria um caráter central para boas práticas de cuidados paliativos, uma vez que é muito melhor o processo decisório nesta fase da vida quando compartilhado e partindo-se dos interesses do paciente (FLORIANNI; SCHARAMM, 2007; MACIEL et al, 2006).

Ressaltando a importância de o paciente ser visto como um ser autônomo que possui poder de escolha, é importante que no processo do cuidado o paciente possa ficar livre para decidir o que lhe for conveniente, e quando este não puder o fazer que a família seja inserida nesse contexto, o que se alia a defesa da qualidade de vida nos CP em UTI.

Silva, Pereira e Mussi (2015) dizem que o cuidado em saúde é central ao processo de trabalho em enfermagem. Os profissionais da equipe de enfermagem estão nos hospitais às vinte e quatro horas do dia junto à pessoa internada e são aqueles que mais, frequentemente, realizam as práticas de cuidar tendo, portanto, a oportunidade de conhecer o sentido existencial do adoecimento, as demandas e desejos por práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde, as necessidades face o processo de morrer e a morte.

Desejo da presença do outro, de ser escutado, da dificuldade de comunicação, do medo da morte, da solidão, mas também da abertura para um

aprender saber-fazer com o outro, compartilhando dúvidas, decisões, dores (SILVA, 2014).

Todavia para que a assistência de enfermagem seja efetiva é necessário que percebam a necessidade do paciente nos CP, para programar medidas e ações diante da terminalidade e promover uma assistência eficiente no momento da morte e do morrer do paciente paliativo, e foi visto de forma alarmante que não vem sendo realizado efetivamente.

A tabela 17 evidencia o questionamento sobre a forma de agir da enfermagem no cuidado pós-morte.

Tabela 17:			
Resposta	Frequência	%	
Utiliza medidas de higienização do corpo, promovendo um aspecto íntegro do corpo até a sua chegada ao necrotério.	48	96,00	
Oferece apoio emocional para os familiares mesmo após o sepultamento se preciso mantendo um vínculo por meio de contato telefônico	2	4,00	
Total	50	100,00	

Fonte: Dados da pesquisa 2015.

96,00% dos enfermeiros utilizam medidas de higienização na pós-morte do paciente, enquanto que 4,00% oferecem apoio emocional.

Avanci et al (2009) a enfermagem promove o cuidado ao corpo logo após constatado o óbito, por meio de parâmetros clínicos. O preparo do corpo segue a rotina estabelecida, normalmente de acordo com a cultura da família e/ou da sociedade.

Todavia para que a assistência seja adequada em consoante ao cuidado do corpo no pós-morte a forma mais evidente de se prestar o cuidado é higienizando o corpo para entregar a família apresentando aspecto íntegro, condizente com a boa prática de cuidados aos pacientes.

O que se observa é que o ser humano não é preparado para a finitude. Há uma introdução ao universo da celebração dos nascimentos, mas não da morte (ANCP, 2009).

Famíliares devem ter acesso ao contato com a equipe cuidadora no período de luto. Nessa fase deve ser auxiliada a compreender o processo da doença, a evolução para a fase final, o tratamento recebido e os últimos eventos (MACIEL et al, 2006).

O cuidado aos familiares que enfrentam uma situação de terminalidade é de responsabilidade de todos, inclusive da equipe de enfermagem. A intervenção da equipe de saúde responsável pelos cuidados pos-morte com a família sobrevivente poderá ser um telefonema de condolências, aproveitando para oferecer um momento de acolhida, podendo ser dentro ou fora do ambiente hospitalar (ANCP, 2009; ALVES, 2013).

O apoio familiar pós-morte ainda não é uma prática tão evidente por parte da enfermagem em CP o que provoca distanciamento do profissional, com isso é preciso que haja uma busca incessante para a melhora do cuidado nesse aspecto.

A tabela 18 evidencia o questionamento a respeito das informações fornecidas ao paciente quanto à terminalidade da sua vida.

Tabela 18:		
Resposta	Frequência	%
Uso de procedimentos invasivos	25	50,00
Diretivas antecipadas de vontade	15	30,00
Não sabe	10	20,00
Total	50	100,00

Fonte: Dados da pesquisa 2015.

Uso de procedimentos invasivos 50,00% é o principal tipo de informação fornecida pela enfermagem diante da terminalidade do paciente, seguido de informações diretivas antecipadas de vontade (30,00%) e (20,00%) não souberam responder esse quesito.

Ainda para Hermes e Lamarca (2013) no momento em que o profissional se comunica com o paciente que vivencia a terminalidade de maneira adequada, fortalece o vínculo, adquire confiança e quase sempre, consegue decifrar informações essenciais e amenizar-lhe a ansiedade e a aflição.

Diante das medidas a serem realizadas no paciente paliativo é necessário que o profissional certifique ao paciente o que esta acontecendo e assim possa comunicá-lo de forma efetiva, é evidente que a enfermagem realiza de forma consistente o cuidado quanto à informação do uso de medidas invasivas.

Além disto, na prática, muitas vezes a comunicação pode ser negligenciada, especialmente quando o paciente está impedido de expressar-se pela fala, por estar intubado ou sedado. Neste sentido, sabe-se que a audição é o último dos sentidos que o paciente perde neste processo de rebaixamento do nível de consciência (ALVES, 2013).

É comum a equipe de enfermagem não conseguir estabelecer um canal de comunicação adequado, pois usualmente restringe o processo de comunicação apenas ao seu aspecto verbal (ALVES, 2013).

Foi identificado que parte dos profissionais não realizam a comunicação a respeito dos procedimentos que irão ser realizados no paciente, muitas vezes por julgar que o paciente é incapaz de compreender as ações destinadas ao tratamento.

Principalmente com o desenvolvimento de tratamentos que visam prolongar a morte, discute-se acerca do direito do paciente em manifestar a sua vontade em relação a estes em situações de incapacidade. A possibilidade de se constituir um instrumento que conste o interesse ou não do indivíduo em se submeter a terapêuticas médicas, o qual tenha validade caso o paciente esteja incapaz de manifestar a sua vontade. Neste sentido, surgiu as Diretivas Antecipadas, que se vinculam a possibilidade do paciente manifestar previamente sua vontade acerca de quais tratamentos médicos quer ou não se submeter caso futuramente estiver em estado de incapacidade (BOMTEMPO, 2012).

É de direito do paciente saber a respeito do que pode ser realizado ao seu corpo antes de estar em estado inconsciente e definir quais tipos de condutas não gostaria que fossem realizadas nestas circunstâncias. Legitimando então que os cuidados de enfermagem falham, por não terem esse tipo de atenção como integral ao paciente sem possibilidade terapêutica de cura na unidade de terapia intensiva.

Para um nível de significância de 5%, têm-se evidências estatísticas dos tipos de informações fornecidas pela enfermagem diante da terminalidade do paciente com o cargo exercido, onde os técnicos de enfermagem, em sua maioria, são responsáveis pelo uso de procedimentos invasivos e os enfermeiros de prestar informações diretivas antecipadas de vontade.

6. CONCLUSÃO

A terminalidade da vida é um momento de sensibilidade, é de caráter único, indescritível e de suma importância na vida daquele que o vive e dos que cuidam.

Com isso, precisa ser bem vivido, respeitado e compreendido, para que desse modo não gere frustrações nas partes envolvidas e ou arrependimentos, permita e possibilite ao enfermo e sua família que o vivenciem como um momento digno da trajetória até então trilhada.

Esse momento da vida deverá propiciar despedidas, afagos, declarações e principalmente a paz interior entre pacientes e familiares/cuidadores.

A dor é evidenciada nos CP como um dos principais sintomas vivenciados pelo paciente, em virtude dessa condição ser denominada a pacientes com doenças terminais e sem possibilidade de cura terapêutica. Portanto, o conforto e o alívio da dor proporcionada pelas técnicas paliativas oferecem condição de excelência do tratamento ofertado ao paciente terminal. Precisa-se ter sensibilidade e delicadeza para entender a situação vivenciada pelo paciente e sua família. É de extrema importância um ambiente agradável, seguro, respeitado e bem assistido pela equipe de saúde, promovendo dignidade ao paciente em fase terminal de vida.

Analizadas as questões propostas percebe-se quanto aos resultados da pesquisa, que os cuidados paliativos nesta UTI ainda não chegaram ao nível real de excelência e necessidade do paciente, é perceptível que parte das ideias propostas, é realizada em acordo com as evidências das boas condutas dos CP e, portanto, através da elaboração desse trabalho é notável que os colaboradores desta UTI mostram que o conceito de cuidados paliativos se insere de forma gradativa.

Os profissionais da equipe multidisciplinar necessitam abordar uma linguagem universal e assim integrarem um perfil bem traçado, com planejamento adequado e com medidas eficientes para realizarem um bom atendimento durante o paliativismo.

As dificuldades encontradas ao longo da pesquisa foram, principalmente, devido à interpretação das perguntas propostas, uma vez que os questionamentos precisavam ser sempre esclarecidos, muitas palavras e modalidades terapêuticas foram identificadas como novas pela população entrevistada.

Ressalta-se que a assistência de enfermagem em cuidados paliativos nesta UTI está em conformidade com as necessidades dos pacientes que utilizam desta terapêutica de maneira básica e que satisfaça as condições momentâneas ou nem sempre em acordo com a imensidade das terapêuticas relatadas através dos estudos recentes ou protocolos assistenciais propostos pelas pesquisas realizadas nos últimos tempos o que possibilitou a evidencia do cuidado prestado por essa população de forma ainda primitiva.

Espera-se que esta pesquisa contribua positivamente para a equipe de enfermagem da referida unidade hospitalar, de forma que os profissionais possam

refletir quanto às ações paliativistas através de um cuidado humano, digno e menos sofrível.

REFERÊNCIAS

ALVES, E F. **A comunicação da equipe de enfermagem com o paciente em cuidados paliativos**. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde. Londrina – PR. Vol. 34, n. 1. 2013.

ARRIEIRA, I. C. O. **Integralidade em cuidados paliativos: enfoque no sentido espiritual**. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas - RS. 2015. Disponível em: <http://wp.ufpel.edu.br/pgenfermagem/files/2015/10/TESE-Isabel-Cristina-de-Oliveira-Arrieira.pdf>. Acessado em: 03 de Novembro de 2015.

AVANCI, S. B; et al. **Cuidados paliativos à criança oncológica na situação do viver/morrer: a ótica do cuidar em enfermagem**. Escola Anna Nery. Rio de Janeiro – RJ. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452009000400004&lang=pt>. Acessado em: 29 de Setembro de 2015.

BARROS, N. C. B.; ALVES, E. R. P.; OLIVEIRA, C. D. P.; et al. **Cuidados Paliativos na UTI: Compreensão dos enfermeiros**. Revista pesquisa: cuidados fundamentais. UNIRIO. Rio de Janeiro – RJ. 2013. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1954/pdf_696 Acessado em: 30 de Abril de 2015.

BARUZZI, A. C. A.; IKEOKA, D. T.. **Terminalidade e cuidados paliativos em terapia intensiva**. Revista da Associação Médica Brasileira. Vol. 59, no. 6. São Paulo – SP. 2013.

BASSANI, M. A.; et al. **O uso da ventilação mecânica não-invasiva nos cuidados paliativos de paciente com sarcoma torácico metastático. Relato de caso**. Revista brasileira de terapia intensiva. Vol. 20, n. 2. São Paulo – SP. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2008000200015&lang=pt. Acessado em: 09 de Outubro de 2015.

BESERRA, E. P.; et al. **Sofrimento humano e cuidado de enfermagem: múltiplas visões**. Escola Anna Nery. Vol. 18, n. 1. Rio de Janeiro – RJ. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100175&lang=pt. Acessado em: 27 de Outubro de 2015.

BOFF, L. **O direito de morrer**. 29 de Março de 2005. Salamandra – RJ. Disponível em: www.leonardoboff.com.

BOMTEMPO, T. V. **Diretivas antecipadas: instrumento que assegura a vontade de morrer dignamente**. Revista de Bioética y Derecho. N. 26. Barcelona. 2012. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872012000300004&lang=pt. Acessado em: 27 de Outubro de 2015.

BRASIL. ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro – RJ. 1ª Edição. 2009.

BRASIL. ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS CUIDADOS PALIATIVOS. **Organização de Serviços em Cuidados Paliativos – Recomendações da ANCP**. Pág. 04. Rio de Janeiro – RJ. Fevereiro de 2006.

BRASIL. **Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.805 de 28 de Novembro de 2006**. Pág. 196. Brasília – DF. Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm Acessado em: 04 de Abril de 2015.

BRASIL. **Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1995 de 31 de Agosto de 2012**. Pág. 01. Brasília – DF. Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf Acessado em: 04 de Abril de 2015.

BRASIL. **CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012**. Brasília – DF.

CAIRES, J. S. et al. **A utilização das terapias complementares nos cuidados paliativos: benefícios e finalidades**. Universidade Federal da Bahia. Salvador – BA. 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Cliente/Desktop/33861-140336-1-PB.pdf>. Acessado em: 27 de Outubro de 2015.

CÔRREA, P. H.; SHIBUYA, E. **Administração da terapia nutricional em cuidados paliativos**. Revista Brasileira de Cancerologia. São Paulo – SP. 2007, p. 319. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_53/v03/pdf/revisao2.pdf. Acessado em: 27 de Outubro de 2015.

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CREMESP. **Cuidado Paliativo**. São Paulo – SP. 2008, p. 62, 86 e 87.

FÉLIX, Z. C. et al. **Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura**. Ciência & Saúde Coletiva. Vol. 18, n. 9. Rio de Janeiro – RJ. 2013. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001700029&lang=pt. Acessado em: 02 de Novembro de 2015.

FÉLIX, Z. C. et al. **O cuidar de enfermagem na terminalidade: observância dos princípios da bioética**. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n3/pt_1983-1447-rgenf-35-03-00097.pdf. Acessado em: 02 de Novembro de 2015.

FIGUEIREDO, A. M. e SOUZA, S. R. G.. **Como elaborar projetos, monografias, dissertações e teses. Da redação científica à apresentação do texto final**. 4ª edição, exemplar 06. 2011

FLORIANI, C. A. e SCHRAMM, F. R.. **Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades**. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro – RJ. 2007.

FONSECA, A.; GEOVANINI, F.. **Cuidados paliativos na formação do profissional da área de saúde.** Revista Brasileira de Educação Médica. Vol. 37, no. 1. Rio de Janeiro – RJ. 2013.

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. **Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais da saúde.** Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. Rio de Janeiro – RJ. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n9/v18n9a12.pdf>. Acessado em: 02 de Novembro de 2015.

JUNG, C. F. **Metodologia para pesquisa e desenvolvimento: aplicada a novas tecnologias, produtos e processos.** Exemplar 01. Rio de Janeiro – RJ. 2004

KOERICH, M. S.; MACHADO, R. R.; COSTA, E. **Ética e bioética: para dar início à reflexão.** Texto & Contexto – Enfermagem. Vol. 14, n. 1. Florianópolis – SC. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000100014&lang=pt. Acessado em: 30 de Outubro de 2015.

KOVÁCS, M. J. **Bioética nas questões da vida e da morte.** Pág. 116. USP, São Paulo – SP. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v14n2/a08v14n2.pdf>. Acessado em: 30 de Abril de 2015.

MACIEL, M. G. S. **Crêterios de Qualidade para os cuidados paliativos no Brasil.** Associação Nacional dos Cuidados paliativos. Rio de Janeiro – RJ. 2006.

MARCONI, M. A. e LAKATOS, E. M.. **Metodologia científica.** Revista ampliada, 6ª edição. Exemplar 20. 2011.

NUNES, M. G. S; RODRIGUES, B. M. R. D.. **Tratamento paliativo: perspectiva da família.** Pág. 338-43. Revista Enfermagem. UERJ, Rio de Janeiro – RJ. 2012. Disponível em:< <http://www.facenf.uerj.br/v20n3/v20n3a10.pdf>> Acessado em 30 de Abril de 2015.

PASSOS, S. S. S.; SADIGUSKY; D. **Cuidados de enfermagem ao paciente dependente e hospitalizado.** Revista de Enfermagem da UERJ. Rio de Janeiro – RJ. 2011, p.602. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n4/v19n4a16.pdf>. Acessado em: 27 de Outubro de 2015.

PESSINI, L.. **Distanásia: Até quando investir sem agredir?** Revista Bioética, Brasília, Vol. 04, nº 01. Novembro de 2009. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/394/357. Acessado em: 30 de Abril de 2015.

PESSINI, L. **Humanização da dor e do sofrimento humanos no contexto hospitalar.** São Paulo – SP, 2002. Disponível em: https://solucaoead.com.br/concurseiros_da_enfermagem/arquivos/solucao/materiais/bioeticador.pdf. Acessado em: 30 de Abril de 2015.

PINTO, C. S et al. **Manual de cuidados paliativos – ANCP**. Pág. 195. Rio de Janeiro – RJ. 2009.

QUEIRÓZ, R. B.; et al. **Cuidados paliativos e Alzheimer: concepções de neurologistas**. Revista Enfermagem UERJ. Rio de Janeiro – RJ. 2014, p.689. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v22n5/v22n5a17.pdf>. Acessado em: 27 de Outubro de 2015.

SANTOS, E. C. **Validação de protocolo assistencial de enfermagem para o paciente em processo de terminalidade**. Natal – RN, 2014.133f. Dissertação (mestrado em enfermagem) – Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

SILVA, G. S. N. **A humanização do cuidado diante da morte: “Quando a prática queima os dedos”**. In: Pessini, L; Bertachini, L; Barchifontaine, C P. (orgs). Bioética, cuidado e humanização: sobre o cuidado respeitoso. Vol II. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2014.

SILVA, L. M. H.; ZAGO, M.M. F. O cuidado do paciente oncológico com dor crônica na ótica do enfermeiro. Revista Latino-Am. Enfermagem. Vol. 9, n. 4. Ribeirão Preto – SP. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000400008&lang=pt. Acessado em: 02 de Novembro de 2015.

SILVA, M. J. P.; ARAÚJO, M. T.; FIRMINO, F.. **Cuidado Paliativo**. Pág. 62. CREMESP, São Paulo – SP. 2008.

SILVA, M. M.; LIMA, L. S. **Participação do familiar nos cuidados paliativos oncológicos no contexto hospitalar: perspectiva de enfermeiros**. Revista Gaúcha de Enfermagem. Vol. 35, n 4. Porto Alegre – RS. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000400014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acessado em: 27 de Outubro de 2015.

SILVA, R. S.; PEREIRA, A.; MUSSI, F. C. **Conforto para uma boa morte: perspectiva de uma equipe de enfermagem intensivista**. Escola Anna Nery. Vol. 19, n. 1. Rio de Janeiro – RJ. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000100040&lang=pt. Acessado em: 02 de Novembro de 2015.

SILVA, S. R.; CAMPOS, A. E. R.; PEREIRA, A. **Cuidando do paciente no processo de morte na Unidade de Terapia Intensiva**. Revista da Escola de Enfermagem da USP. Vol. 45, nº 3. São Paulo – SP. Junho de 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000300027. Acessado em: 27 de Outubro de 2015.

VARGAS, M. A. O. et al. **Ressignificando o cuidado em uma atividade especializada em cuidados paliativos: uma realidade possível?** Texto & Contexto – Enfermagem. Vol. 22, n. 3. Florianópolis – SC. 2013. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300009&lang=pt Acessado em: 27 de Outubro de 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário de pesquisa para coleta de dados



AÇÕES DE ENFERMAGEM DIANTE DE UM PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

1ª PARTE: PERFIL DOS COLABORADORES.

Código:

Idade:

Sexo:

Profissão:

Tempo de formação:

Tempo de atuação na área:

2ª PARTE: QUESTÕES ENUMERADAS DE 1 A 15.

- | | |
|--|---|
| 1. Quanto ao alívio da dor a assistência de enfermagem baseia-se em: | a) Sim.
Quais? _____ |
| a) Uso de medicamentos prescritos. | b) Não |
| b) Promove posicionamento adequado no leito. | c) Nem sempre |
| c) Promove conforto adequado conforme a necessidade do paciente. | 3. A enfermagem possibilita ao paciente que fale sobre a sua experiência com a dor: |
| | a) Sim. |
| | b) Não. |
| | c) Nem sempre. |
| 2. Para aliviar a dor, a enfermagem usa medidas não farmacológicas? | |

4. No controle de sintomas respiratórios a enfermagem atua em:
- a) Aspirar vias aéreas.
 - b) Oferta de oxigênio suplementar.
 - c) Avalia a intensidade da tosse e dispneia.
5. Qual é a conduta diante de náuseas e vômito?
- a) Posicionamento no leito.
 - b) Oferecer gelo 40min antes das refeições para minimizar os sintomas.
 - c) Encorajar o repouso.
6. A hidratação normalmente é por via:
- a) Oral.
 - b) Venosa.
 - c) Subcutânea.
7. Quais os tipos de terapias são utilizados para o conforto do paciente?
- a) Mudança de decúbito.
 - b) Massagem de conforto.
 - c) Não usa.
8. O que fazer para o alívio da fadiga?
- a) Selecionar as intervenções (exercício aeróbio, atividades manuais) para reduzir a fadiga.
 - b) Uso da massagem com óleos aromáticos conforme a necessidade.
 - c) Deixar no leito em repouso absoluto.
9. Como a enfermagem poderá intervir no cuidado psicológico?
- a) Sempre escutar o paciente e solicitar acompanhamento do serviço psicológico.
 - b) Conversar diariamente com o paciente.
 - c) Não realiza.
10. De que maneira a enfermagem poderá intervir quanto ao apoio familiar e ao paciente?
- a) Deixar que o paciente reflita sobre a vida.
 - b) Ajudar a família a solucionar conflitos e facilitar a comunicação entre os membros da família.
 - c) Ensinar os planos de cuidado à família.
11. O que a enfermagem faz quanto ao apoio social ao paciente?
- a) Oportunizar a visita de pessoas que o paciente deseje.
 - b) Não é permitido visitas.
 - c) Manter a família 24h.

12. De que forma a enfermagem irá atuar no apoio espiritual?

- a) Oferecer privacidade para as atividades espirituais, proporcionando visitas de conselheiros espirituais.
- b) Proporcionar música, literatura ou programas de TV espirituais.
- c) Não realiza.

13. O que a enfermagem faz no ato da terminalidade?

- a) Permanecer ao lado do paciente evitando que ele sinta-se assustado ou com medo.
- b) Incluir a família nas decisões de cuidados e respeitar as solicitações e vontades da família e do paciente.
- c) Deixa o paciente com a família 24h.

14. O que a enfermagem faz no cuidado pós-morte?

- a) Utiliza medidas de higienização do corpo, promovendo um aspecto íntegro do corpo até a sua chegada ao necrotério.
- b) Oferece apoio emocional para os familiares mesmo após o sepultamento se preciso mantendo um vínculo por meio de contato telefônico.
- c) Não se envolve no sepultamento.

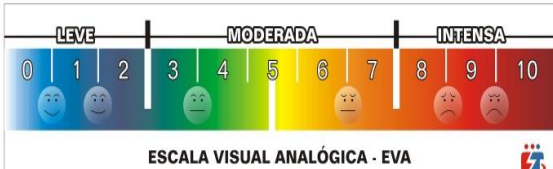
15. Diante da terminalidade o paciente é informado quanto as (aos)?

- a) Diretivas antecipadas de vontade.
- b) Ao uso de procedimentos invasivos.
- c) Não sabe.

ANEXO

ANEXO A – Protocolo assistencial validado por Santos (2015)

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DURANTE A TERMINALIDADE

DIMENSÃO BIOLÓGICA			
INTERVENÇÃO-CONTROLE DA DOR	MANHÃ	TARDE	NOITE
1. Avaliar intensidade da dor. 	Escore: _____	Escore: _____	Escore: _____
2. Assegurar que o paciente receba cuidados precisos de analgesia conforme prescrito.			
3. Investigar o conhecimento do paciente sobre a dor de acordo com sua crença.			
4. Promover medidas que possibilite reduzir ou eliminar fatores desencadeantes da dor (medo, cansaço, falta de informação).			
5. Escolher estratégias não farmacológicas (massagem, música) que aliviam a dor. Especificar _____			
6. Encorajar o paciente a conversar sobre a experiência da dor.			
7. Utilizar abordagem multidisciplinar de controle da dor.			

INTERVENÇÃO-CONTROLE DOS SINTOMAS RESPIRATÓRIOS	MANHÃ	TARDE	NOITE
1.Avaliar a intensidade da dispneia e tosse.			
2.Avaliar fatores desencadeantes da dispneia.			
3.Avaliar a necessidade de aspiração.			
4.Manter vias aéreas pérvias.			
5.Viabilize o posicionamento confortável no leito em semi Fowler.			
6.Promover tranquilidade.			
7.Ofertar oxigênio suplementar SN conforme prescrito.			
8.Monitorar o fluxo de oxigênio de acordo com o dispositivo utilizado.			
9.Quando houver tosse: comprimir o abdome do paciente abaixo do apêndice xifoide, com a mão espalmada, enquanto o ajuda a flexionar-se para frente, ao mesmo tempo que tosse.			
INTERVENÇÃO-CONTROLE DE NÁUSEAS E VÔMITOS	MANHÃ	TARDE	NOITE
1.Identificar os fatores causadores de náusea e vômito.			
2.Controlar os fatores ambientes capazes de desencadear náuseas e vômitos.			
3.Reduzir fatores pessoais que precipitem a náusea e vômito (ansiedade, medo e falta de conhecimento).			
4.Posicionar para prevenção de broncoaspiração.			
5.Manter via aérea permeável.			
6.Higienização da cavidade oral com clorexidine 2%.			
7.Oferecer gelo 40min antes das refeições para			

minimizar os sintomas.			
8.Monitorar o equilíbrio hidroeletrólítico.			
9.Encorajar o repouso.			
10.Ensinar medidas não farmacológicas para controlar náuseas e vômitos da seguinte forma: Medir três dedos à prega da flexão do punho e pressionar entre os tendões do músculo palmar longo e flexor radial do carpo por 2 min. Medir 4 dedos abaixo da patela e lateral à tuberosidade da tíbia pressionando por 2 min.			
11.Oferecer líquidos conforme apropriado.			
12. Realizar o cateterismo gástrico para descompressão em caso de vômito fecaloide.			
INTERVENÇÃO-CONTROLE DE DIARREIA E OBSTIPAÇÃO	MANHÃ	TARDE	NOITE
1.Avaliar os episódios de diarreia quanto à cor, volume, frequência e consistência das fezes.			
2.Avaliar a ausência das eliminações intestinais diariamente.			
3.Avaliar fatores desencadeantes de constipação (opiáceos, dieta).			
4.Monitorar os ruídos hidroaéreos.			
5. Avaliação nutricional para adequação da dieta.			
6.Oferecer líquidos isotônicos.			
7.Oferecer alimentação 6-8 vezes ao dia conforme nutrição.			
8.Realizar mudança de decúbito 2/2h para controle da diarreia conforme resposta de conforto do paciente.			
9.Promover higienização corporal e conforto após episódios diarreicos.			

10. Manter controle hídrico.			
INTERVENÇÃO-CONTROLE DA FADIGA	MANHÃ	TARDE	NOITE
1. Encorajar a expressão de sentimentos sobre as limitações.			
2. Monitorar a ingestão nutricional para garantir aporte energético adequado.			
3. Selecionar as intervenções (exercício aeróbio, atividades manuais) para reduzir a fadiga. _____			
4. Praticar exercícios conforme apropriado.			
5. Uso da massagem com óleos aromáticos conforme a necessidade.			
6. Auxiliar o paciente a identificar as preferências por atividades.			
7. Limitar estímulos ambientais (ruídos e iluminação) para facilitar o relaxamento.			
8. Encorajar períodos alternados de descanso e atividade.			
9. Oferecer recursos complementares (música).			
INTERVENÇÃO-CONTROLE DO DELÍRIO E DEMÊNCIA	MANHÃ	TARDE	NOITE
1. Monitorar o estado neurológico continuamente.			
2. Permitir que o paciente mantenha rituais que limitam a ansiedade.			
3. Encorajar visitas de pessoas significativas.			
4. Orientar o paciente sobre pessoa, lugar e tempo se necessário.			
5. Usar indicadores ambientais (fotos, cores, objetos) que estimulem a memória.			
6. Ao abordar o paciente, aproximar-se lentamente dele e preferencialmente pela frente.			
7. Fornecer iluminação adequada e não excessiva.			

8. Manifestar interesse verbal e não verbal pelo paciente.			
9. Evitar perguntas que ele não consiga responder.			
DIMENSÃO PSICOLÓGICA			
IDENTIFICAÇÃO DAS FASES DE KÜBLER-ROSS	NAS 24H		
1. Sinais de negação			
2. Sinais de raiva			
3. Sinais de barganha			
4. Sinais de depressão			
5. Sinais de aceitação			
INTERVENÇÃO-CUIDADO PSICOLÓGICO	MANHÃ	TARDE	NOITE
1. Escutar o paciente ativamente e solicitar serviço psicológico.			
2. Promover o envolvimento familiar.			
3. Permitir que o paciente se expresse ativamente			
4. Manter a comunicação efetiva entre equipe e paciente.			
5. Promover uma relação de confiança com a família.			
DIMENSÃO SOCIAL			
INTERVENÇÃO-APOIO FAMILIAR E AO PACIENTE	MANHÃ	TARDE	NOITE
1. Avaliar a reação emocional da família à condição do paciente.			
2. Escutar as preocupações, sentimentos e perguntas da família.			
3. Facilitar a comunicação entre os membros da família.			
4. Aceitar os valores da família e paciente sem julgamento.			
5. Responder a todas as perguntas da família e			

paciente juntamente com a equipe multiprofissional.			
6.Ajudar a família a solucionar conflitos de valores.			
7.Ensinar os planos de cuidado à família.			
8.Proporcionar conhecimentos necessários aos familiares que auxiliarão na tomada de decisão.			
9.Oportunizar a visita de pessoas que o paciente deseje.			
10.Orientar a família e paciente quanto as diretivas antecipadas de vontade.			
11.Promover atitudes que visem a proteção dos direitos do paciente.			
12.Evitar procedimentos que proloquem o sofrimento.			
DIMENSÃO ESPIRITUAL			
INTERVENÇÃO-APOIO ESPIRITUAL	MANHÃ	TARDE	NOITE
1.Usar da comunicação efetiva para estabelecer confiança e cuidados com empatia.			
2.Tratar a pessoa com dignidade e respeito.			
3.Encorajar a participação em interação com familiares e amigos.			
4.Oferecer privacidade para as atividades espirituais.			
5. Facilitar o processo de perdão na família e círculo social.			
6.Organizar visitas de conselheiro espiritual.			
7.Encorajar o uso de recursos espirituais, quando desejado (eucaristia, unção dos enfermos, água benta, reza do terço, orações, óleo ungido e água fluidificada). Especificar:_____			
8.Proporcionar música, literatura, ou programas			

de TV ou rádio espirituais do paciente.			
9.Estar junto ao paciente no tocante aos rituais religiosos.			
INTERVENÇÕES NO ATO DA TERMINALIDADE	MANHÃ	TARDE	NOITE
1.Permanecer fisicamente próximo ao paciente quando ele(a) estiver assustado ou com medo.			
2.Modificar o ambiente com base na necessidade e desejos do paciente (cuidado com janelas, sons ambientes, temperatura).			
3.Respeitar solicitações específicas de cuidado feitas pelo paciente e família.			
4.Apoiar os esforços da família para permanecer junto ao leito.			
5.Incluir a família na tomada de decisões e atividades de cuidado, se for o desejo.			
INTERVENÇÃO-CUIDADOS PÓS-MORTE	HORÁRIO: _____		
1.Retirar todos os drenos, sondas e acessos.			
2.Higienizar o corpo se necessário.			
3.Colocar prótese dentária se possível.			
4.Fechar os olhos do paciente.			
5.Realizar tamponamento dos orifícios com algodão e espátula sem deixar aparente.			
6.Manter o alinhamento corporal correto.			
7.Oferecer apoio e escuta aos familiares durante a permanência no hospital e após sepultamento por meio de contato telefônico.			
8.Identificar o paciente com uma etiqueta em duas vias contendo (nome, idade, data do óbito, hora do óbito e setor), onde uma deverá ser fixada no tórax do paciente e a outra no invólucro externo.			
9.Organizar os pertences do paciente, protocolar			

e entregar à família.	
10.Orientar a família quanto a declaração de óbito fornecida e preenchida pelo médico de plantão (entregar a via amarela e orientar a procurar o cartório até 15 dias).	
11.Transferir o paciente ao necrotério.	
12. Registrar as medidas adotadas no prontuário.	

Figura 01. SANTOS, E.C. **Validação de protocolo assistencial de enfermagem para o paciente em processo de terminalidade**. Natal, 2014. 133f. Dissertação (mestrado em enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2014.

ANEXO B. Comprovante de envio de projeto e aprovação.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ONOFRE LOPES-HUOL/UFRN

**COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: AÇÕES DE ENFERMAGEM DIANTE DE UM PACIENTE EM CUIDADOS
PALIATIVOS

Pesquisador: Edilene Castro dos Santos

Versão: 1

CAAE: 46549815.4.0000.5292

Instituição Proponente: LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 060863/2015

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - 3º subsolo

Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.013-300

UF: RN **Município:** NATAL

Telefone: (84)3342-5003 **Fax:** (84)3303-3841 **E-mail:** csp_huol@yahoo.com.br

Título da Pesquisa: AÇÕES DE ENFERMAGEM DIANTE DE UM PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS
Pesquisador Responsável: Edilene Castro dos Santos
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 46549815.4.0000.5292
Submetido em: 25/06/2015
Instituição Proponente: LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
Situação da Versão do Projeto: Aprovado
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio



Comprovante de Recepção:  PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_532649