

Reflexões de profissionais da enfermagem sobre cuidados paliativos

Mônica Olívia Lopes Sá de Souza¹, Ivana Falcão de Macêdo Troadio¹, Alessandro Silva Sales¹, Rafael Everton Assunção Ribeiro da Costa², Dayara de Nazaré Rosa de Carvalho³, Glória Synara Lopes Sá Holanda⁴, Viviane Ferraz Ferreira de Aguiar⁵, Regianne Maciel dos Santos Correa¹, Elisa da Silva Feitosa¹

1. Faculdade Pan Amazônica, Belém/PA, Brasil. 2. Universidade Estadual do Piauí, Teresina/PI, Brasil. 3. Secretaria de Estado da Saúde do Pará, Belém/PA, Brasil. 4. Universidade de Pernambuco, Recife/PE, Brasil. 5. Universidade Federal do Pará, Belém/PA, Brasil.

Resumo

Os cuidados paliativos visam proporcionar qualidade de vida ao paciente e à família, buscando atenuar problemas e sintomas, com foco em aliviar sofrimento. A equipe de enfermagem participa amplamente destes cuidados, que podem sobrecarregar emocionalmente o profissional. Portanto, este estudo buscou esclarecer os sentimentos de profissionais da enfermagem que atuam nesta área. Trata-se de estudo descritivo, qualitativo e de caráter exploratório, utilizando roteiro semiestruturado como instrumento de coleta de dados. Participaram do estudo dez profissionais da equipe de enfermagem do setor de cuidados paliativos de um hospital. Observou-se sobrecarga emocional nos entrevistados e dificuldades em lidar com alguns sentimentos. Percebeu-se a carência de estratégias que amenizem estas sobrecargas no ambiente de trabalho e da abordagem da paliatividade nos currículos de saúde. Alguns sentimentos descritos pelos entrevistados foram difíceis de administrar, principalmente por profissionais menos experientes.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Emoções. Equipe de enfermagem. Cuidados de enfermagem.

Resumen

Reflexiones de profesionales de enfermería sobre cuidados paliativos

Los cuidados paliativos tienen como objetivo proporcionar calidad de vida al paciente y a su familia, tratando de atenuar los problemas y síntomas, centrándose en aliviar el sufrimiento. El equipo de enfermería participa ampliamente en estos cuidados, lo que puede sobrecargar emocionalmente al profesional. Por lo tanto, este estudio buscó aclarar los sentimientos de los profesionales de enfermería que actúan en este ámbito. Se trata de un estudio descriptivo, cualitativo y de carácter exploratorio, que utiliza un guion semiestructurado como instrumento para recopilar los datos. Participaron en el estudio diez profesionales del equipo de enfermería del sector de cuidados paliativos de un hospital. Se observó una sobrecarga emocional en los entrevistados y dificultades para enfrentar algunos sentimientos. Se percibió la falta de estrategias que amenicen estas sobrecargas en el entorno laboral, así como de un abordaje de los cuidados paliativos en los currículos de los cursos de salud. Algunos de los sentimientos descritos por los entrevistados fueron difíciles de gestionar, especialmente por parte de los profesionales con menos experiencia.

Palabras clave: Cuidados paliativos. Emociones. Grupo de enfermería. Atención de enfermería.

Abstract

Reflections of nursing professionals on palliative care

Palliative care aims to provide quality of life for patients and family, seeking to alleviate problems and symptoms, focusing on relieving suffering. The nursing team extensively participates in this care, which can emotionally overload the professional. Hence, this descriptive, qualitative, and exploratory study sought to clarify the feelings of nursing professionals working in palliative care. Data was collected by a semi-structured script applied to ten nursing professionals from the palliative care sector of a hospital. Emotional overload and difficulties in addressing certain feelings were observed in the interviewees. Results show a lack of strategies to mitigate these overloads in the work environment and the lack of palliative care in the health curricula. Some of the feelings described were difficult to manage, especially by less experienced professionals.

Keywords: Palliative care. Emotions. Nursing, team. Nursing care.

O aumento da expectativa de vida e da incidência de doenças crônicas, como câncer, é responsável por grande parte dos óbitos em todo o mundo. Dados da *Global Cancer Statistics* de 2020 mostram que ocorreram naquele ano 19,3 milhões de novos casos e quase 10 milhões de óbitos decorrentes desta patologia¹. Por ser crônico-degenerativo, o câncer evolui lentamente em alguns casos e de forma rápida em outros, constituindo-se como a segunda maior causa de morte no Brasil, atrás somente de doenças cardiovasculares².

Fatores inerentes ao câncer, como dor, sofrimento e morte, evidenciam a importância da qualidade do cuidado prestado ao paciente quanto às suas necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais³. Estima-se que cerca de 20 milhões de pessoas precisem de cuidados paliativos no fim da vida em todo o mundo; entretanto, ainda carecem de profissionais bem qualificados para lidar com esta demanda, que se tornou um dos grandes assuntos da saúde pública.

A prática do cuidado é intrínseca à condição humana, imprescindível tanto no decorrer da vida quanto no momento da morte. Com o tempo, esta prática sofreu transformações em relação ao espaço físico do cuidado (antes exercido na moradia, agora nos hospitais) e, conseqüentemente, aos saberes (do empírico para o científico)⁴. Nesta perspectiva, “cuidado paliativo” é assistência que visa proporcionar qualidade de vida ao paciente e sua família, buscando atenuar problemas e sintomas com tratamentos que têm por objetivo aliviar o sofrimento. Torna-se, portanto, fundamental o cuidado humanizado, integral e individual não só do enfermo, mas também de seus familiares em período de luto, para que este seja vivenciado e acompanhado por profissionais⁵.

Cuidados paliativos promovem qualidade de vida a pacientes acometidos por doença que não responde a tratamento, ou seja, sem possibilidades terapêuticas. Esta abordagem busca proporcionar bem-estar a doentes e familiares, prevenindo e aliviando sofrimento ao identificar, avaliar e tratar dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual⁶. Para mitigar sintomas relacionados ao quadro clínico do paciente, o cuidado paliativo se apresenta como elemento fundamental para ampliar a assistência e melhorar sua qualidade, sem violar direitos e objetivos do enfermo, cuja autonomia, valores e desejos

devem ser considerados no planejamento e concretização do cuidado⁷.

Nesse sentido, em alguns momentos a morte pode ser enfrentada como a única possibilidade de aliviar o sofrimento do paciente, embora o cotidiano dos profissionais atuantes em cuidados paliativos seja permeado por sentimentos e reações ocasionados pelas dificuldades em lidar com a morte. As características principais destes sentimentos são analisadas de forma negativa e permeadas por tristeza, dor e sofrimento⁸.

O estudo dos cuidados paliativos em pacientes sem possibilidades terapêuticas é necessário devido à importância da assistência humanizada, especialmente voltada ao paciente no final da vida, visando aliviar dor e outros sintomas físicos, controlar questões psicossociais e auxiliar na compreensão da morte. Dessa forma, esta pesquisa objetivou esclarecer reflexões de profissionais da enfermagem acerca de sentimentos relativos ao trabalho que exercem com pacientes na fase final da vida em clínica de cuidados paliativos oncológicos.

Método

Trata-se de estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. A pesquisa descritiva visa delinear aspectos do objeto, população ou fenômeno analisado, utilizando técnicas padronizadas de coleta de dados para caracterizar determinado grupo, levantar opiniões, atitudes ou crenças da população de estudo e também verificar possíveis associações entre variáveis. Dependendo de seus objetivos, a pesquisa descritiva aproxima-se da exploratória, que busca nova visão dos problemas. O caráter exploratório abrange levantamento bibliográfico e documental, entrevistas não padronizadas e estudo de caso⁹.

Na investigação qualitativa, sujeito e ambiente apresentam vínculo objetivo e indissociável. Durante a pesquisa de campo, essa interação não deve ser manipulada intencionalmente pelo pesquisador, que realiza o estudo de forma indutiva, mantendo contato direto com o espaço e o objeto de estudo. A pesquisa qualitativa preza pela qualidade, não pela quantidade, e a amostra costuma ser pequena¹⁰.

Este estudo foi realizado em hospital de grande porte, referência em oncologia, nefrologia,

neurologia e transplantes, localizado no município de Belém/PA. Essa instituição oferece tratamentos de quimioterapia, radioterapia e extração de tumores, realiza biópsias e abriga duas clínicas de cuidados paliativos, assistidas por equipe multiprofissional. A Clínica de Cuidados Paliativos Oncológicos (CCPO), local da pesquisa, é subdividida em CCPO1 e CCPO2, com 37 leitos no total, atendendo pacientes com quadro clínico de câncer muito avançado. Na CCPO trabalham cerca de 52 profissionais, distribuídos em escalas nos turnos da manhã, tarde e noite.

Foram incluídos no estudo profissionais que atuassem na equipe de enfermagem da CCPO há mais de um ano e que aceitassem participar da pesquisa e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Todos os participantes foram informados e assegurados de que os dados seriam mantidos em total sigilo após a pesquisa, preservando-se sua identidade por codificação alfanumérica, como prevê a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)¹¹. Foram ainda orientados que a qualquer momento

poderiam escolher se afastar do estudo ou desautorizar o uso de suas informações.

Aqueles que concordaram em contribuir com a pesquisa assinaram o TCLE em duas vias, e a pesquisa foi iniciada depois de sanadas todas as dúvidas. Os dados foram mantidos de forma confidencial, assegurados pelo sigilo profissional. Compuseram a amostra dez enfermeiros e técnicos de enfermagem de ambos os sexos que trabalham na CCPO no período da manhã e/ou tarde.

Os dados foram coletados por meio de roteiro semiestruturado composto de questões sobre a caracterização dos respondentes e seis perguntas abertas (Quadro 1). A entrevista foi conduzida em sala destinada ao descanso dos profissionais, de forma individual, em aproximadamente 10 minutos – tempo previsto para a realização de cada entrevista. Para análise fidedigna, as entrevistas foram gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas na íntegra. Os pesquisadores contataram previamente os responsáveis pelo setor da instituição hospitalar para solicitar sala adequada à realização das entrevistas.

Quadro 1. Instrumento de coleta de dados da pesquisa

Caracterização dos entrevistados:	
Idade (em anos):	_____
Religião: () católica () evangélica () espírita () outra:	_____
Formação profissional: () enfermeiro () técnico em enfermagem () auxiliar de enfermagem	
Tempo de formação profissional (em meses):	_____
Área de especialização (se houver):	_____
Área de mestrado (se houver):	_____
Área de doutorado (se houver):	_____
Tempo de trabalho na instituição (em meses):	_____
Tempo de trabalho em oncologia (em meses):	_____
Horário de trabalho: () 6h diárias () 8h diárias () 12x36 () diurno () noturno	
Trabalha em outra instituição: () sim () não	
Entrevista:	
1. O que levou você a trabalhar em oncologia ou cuidados paliativos?	
2. O que sabe acerca dos cuidados paliativos destinados a pacientes em fase terminal? Descreva tais cuidados.	
3. Que pontos você mais observa nos pacientes em cuidados paliativos para que a assistência de enfermagem seja prestada da melhor forma possível?	
4. Poderia resumir seus sentimentos ao cuidar de paciente sem possibilidades terapêuticas?	
5. Em sua opinião, de que forma podemos trabalhar os sentimentos enfrentados no que diz respeito à morte em casos nos quais já não há mais possibilidades terapêuticas?	
6. A instituição na qual trabalha oferece algum tipo de suporte emocional para os colaboradores?	

Para melhor avaliar e discutir os dados obtidos, os elementos encontrados nas narrativas dos entrevistados foram elencados em seis categorias de análise surgidas posteriormente e sistematicamente organizadas de acordo com o conteúdo. As respostas dos entrevistados foram associadas a embasamento teórico para que o conteúdo fosse examinado de modo cientificamente fidedigno. Ademais, a fim de assegurar o anonimato e os preceitos éticos da pesquisa, os pesquisadores identificaram os entrevistados por meio de pseudônimos (Paz, Gratidão, Solidariedade, Fé, Vida, Esperança, Confiança, Compaixão, Carinho e Humanização) relacionados a sentimentos e ações observados nos profissionais que atuam em cuidados paliativos.

As informações coletadas foram analisadas em sequência de procedimentos que envolveu a redução, categorização e interpretação dos dados, sendo posteriormente redigido relatório¹². Nesta pesquisa, a redução de dados significou simplificar o conteúdo colhido para facilitar a seleção das informações mais relevantes. O segundo procedimento, categorização, visou organizar os dados da pesquisa para fundamentar sua discussão e desvelar conhecimentos implícitos a eles. Na interpretação, os pesquisadores acrescentaram seus pontos de vista críticos, buscando ultrapassar o que já era conhecido para culminar em achados do estudo em levantamentos posteriores. A redação do relatório obedeceu às exigências de pesquisa científica: clareza, precisão, concisão e objetividade.

Este estudo seguiu as diretrizes da Resolução CNS 466/2012¹¹ e foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa. Os preceitos éticos e científicos em relação à integridade, dignidade e autonomia foram assegurados aos participantes, que poderiam escolher permanecer ou não no estudo. Ademais, os participantes foram conscientizados da seriedade da pesquisa, dos seus fins não lucrativos e do sigilo profissional garantido. Conforme a Resolução CNS 466/2012¹¹, os entrevistados foram ainda informados dos riscos desta investigação e esclarecidos que estes, mesmo sendo mínimos e previsíveis, foram evitados, ressaltando-se a relevância social da pesquisa e as vantagens para os participantes.

Resultados

A pesquisa contou com dez participantes da equipe de enfermagem da CCPO, sendo quatro enfermeiras,

especialistas em clínica médica, cardiologia, saúde da família e oncologia, e seis técnicos de enfermagem de ambos os sexos; no total, foram oito participantes do sexo feminino e dois do sexo masculino. As idades dos profissionais variaram entre 31 e 56 anos; seu tempo de formação mínimo foi de 4 anos e máximo de 20 anos, e o de experiência em oncologia ou cuidados paliativos foi de 3 a 13 anos. Os entrevistados trabalhavam na instituição há no mínimo 4 e no máximo 15 anos, e 6 deles não atuavam em outras instituições. Em relação à religião, cinco profissionais afirmaram ser católicos; quatro, evangélicos; e um declarou não professar qualquer religião, mas afirmou acreditar em Jesus Cristo. A seguir são apresentadas as seis categorias de análise obtidas no estudo.

Categoria 1: percepção dos profissionais sobre sua atuação

“Foi mais por uma questão que teve o processo seletivo que abriu; aí eu comecei a trabalhar, mas não foi por opção, por gosto ou por simplesmente que eu queria trabalhar com oncologia ou cuidados paliativos” (Solidariedade).

“Bem, esse é o meu primeiro emprego e eu não tinha muita escolha” (Confiança).

“Na verdade, eu sempre gostei muito da área de oncologia ou cuidados paliativos, e teve uma situação especial na minha família: minha avó teve câncer e eu fiquei muito surpresa com as coisas que aconteciam e o que ela tinha. Ela fez o tratamento em São Paulo e foi uma fase bem revolucionária; uma coisa bem diferente, e aí me encantei com isso” (Paz).

“Na verdade, desde a faculdade eu já me identificava com o paciente oncológico e, na verdade, a oncologia sempre instiga a gente. O desconhecido é muito presente, então é esse desafio de tentar entender esse processo da doença e do cuidado que sempre me motivou a fazer oncologia ou cuidados paliativos; descoberta dessas coisas novas” (Esperança).

Categoria 2: conhecimento dos profissionais sobre cuidados paliativos

“É conforto, principalmente a questão do controle da dor e a questão da escuta; faz parte do cuidado

você também tentar junto com outros profissionais a questão da autonomia do paciente, os cuidados de higiene, quando são necessários; por exemplo, nos cuidados das feridas, que, muitas vezes, você não vai resolver, curar, sarar aquela ferida, mas você vai dar uma qualidade de vida com controle do odor; quando você controla o odor, você devolve a dignidade para o paciente” (Paz).

“O cuidado paliativo oncológico, ele, em si, pode amenizar um sintoma de dor, um desconforto respiratório. É você amenizar uma dor psicológica, um sintoma de depressão; é você acolher o paciente e o seu familiar; acolher as pessoas que estão em volta daquele paciente, pois, na maioria desses casos, adoce a família inteira. Então, cuidados paliativos oncológicos, no que eu entendo, é você minimizar ao máximo o sofrimento do paciente e dos familiares que estão envolvidos e fazer com que ele tenha um final de vida confortável” (Solidariedade).

“O cuidado paliativo não visa prolongar o sofrimento nem antecipar a morte, ele apenas vê a morte como um fator que a gente não pode mudar naquele avanço da doença, e tenta amenizar os sinais e sintomas. É relacionado ao avanço da doença, como a dor, as náuseas, a fraqueza e o desespero espiritual e emocional. Um dos principais focos do cuidado paliativo é o controle da dor, que está relacionada a vários fatores” (Esperança).

Categoria 3: características dos pacientes e possíveis dificuldades da assistência

“O que a gente mais observa é a dor, que é o mais presente em todos eles e é um dos principais focos dos cuidados paliativos. Também ocorre um dos lados mais imprescindíveis, que é a questão da higiene e do conforto, que está intimamente ligada à enfermagem; a questão dos curativos e a questão de fazer com que o paciente mantenha aquela autoestima, mesmo no processo de pré-óbito, no sentido de que o que você pode dar para ele é ter um bom banho, um bom cuidado, um bom odor, na medida do possível, e o controle da dor” (Esperança).

“Eles precisam muito de atenção, conversa, precisam de amor, precisam de carinho e precisam ser trabalhados com humanização; a humanização na área do cuidado paliativo é, às vezes, mais significativa do que a própria medicação” (Confiança).

“Os pacientes em cuidados paliativos são praticamente 100% da enfermagem; a maioria deles são acamados de cuidados intensivos na nossa instituição; eles não vão para a Clínica de Terapia Intensiva, então eles ficam sedados na clínica. Esse paciente já chega para a gente acamado, restrito ao leito, e todas as atividades ficam sob responsabilidade da enfermagem, desde a troca simples de fralda, mudança de decúbito, alimentação; tudo é nosso e fica sob nossa responsabilidade; controle de sintomas, controle de exsudado, odor, as feridas, a dor, dor relacionada às feridas, uso das medicações relacionadas à dor desse paciente devido ao câncer” (Humanização).

Categoria 4: sentimentos relacionados à atuação profissional em cuidados paliativos

“Eu sofro muito quando eu vejo um paciente partir jovem, quando eu vejo um familiar sofrer por um ente querido. Eu me ponho muito no lugar do outro, então isso ainda mexe – não deveria mexer, e acaba fazendo mal, mas ainda mexe muito comigo” (Solidariedade).

“Na verdade, eu acredito em várias curas, não só a do corpo; eu acredito também na cura quando a pessoa consegue entender a morte como processo da vida. O que eu não gosto é do morrer em sofrimento, mas quando o paciente dá sinal de vida bem medicado e com controle de sintomas, controle de odor se ele tiver feridas, eu me sinto bem de prestar esse cuidado” (Paz).

“Olha, com o tempo a gente fica um pouco mais duro, mas não é fácil. Nós cuidamos deles. Assim, eu tenho algum tempo nisso e acabo não deixando me envolver muito, porque posso sofrer e chorar bastante, e não é legal; é bom para eles que a gente dê força nesse momento” (Gratidão).

“A nossa formação não nos prepara para acompanhar uma pessoa quando ela está morrendo; não somos preparados para falar sobre morte na família. A religião também não nos prepara para isso, então, logicamente, como profissionais, nós vamos ser mais fragilizados nesse sentido. Acho que ainda é muito mais uma busca individual” (Humanização).

Categoria 5: estratégias utilizadas pelos profissionais para elaboração dos sentimentos

“Temos uma atenção redobrada. A gente tem que ter bastante paciência com os pacientes e acompanhantes – vamos dizer, assim, nervosos, e qualquer coisa eles choram –, mas não atendemos como técnico, no cuidar dele; a gente conversa para poder amenizar a dor que eles estão sentindo nesse momento de doença” (Gratidão).

“Eu costumo muito deixar no local de trabalho; não levar [os sentimentos], tipo assim, para que não atrapalhe nosso dia a dia, o nosso profissionalismo. Porque isso pode interferir no teu psicológico e fazer com que tu realmente não tenhas nem motivo para trabalhar; se você se entregar muito no sentimento em questão da dor, você perde aquele paciente e poderá ter problemas e transtornos, o que até dificulta o teu trabalho no dia a dia” (Vida).

“Temos terapia de grupo, a reunião de equipe semanal; é o momento em que todas as equipes se reúnem: neurologista, médico, psicólogo, técnico de enfermagem, odontólogo, todos. É o momento em que a equipe se reúne para discutir os casos dos pacientes ou de um paciente específico, e também para colocar e verbalizar, discutir e desabafar sobre o que está sentindo, sobre os seus anseios, seus medos, sobre suas frustrações [n]aquele caso do paciente [em] que você não esperava tal situação. Então, eu vejo que é uma forma de amenizar esse lado, da parte sentimental, que traz para oncologia e, infelizmente, não tem como a gente se livrar disso; então eu vejo que a única maneira efetiva hoje são as reuniões de equipe, que são demoradas e com um resultado muito bom para todos os integrantes da equipe” (Solidariedade).

Categoria 6: dificuldades encontradas pelos profissionais relacionadas a aspectos emocionais

“Então, tem que ter um equilíbrio emocional muito bom para lidar com esse sofrimento, para lidar com a dor, para lidar com a morte e para você ver aquilo não como um fracasso, mas como algo natural do processo de vida” (Esperança).

“Se o hospital oferece, eu ainda não vi nada. O único suporte que eu te falei foi da reunião de equipe da CCPO; a clínica em si tem esse momento uma vez na semana, mas o hospital não oferece uma forma de suporte para a gente; eu ainda não vi de forma clara; se tem, precisa ser melhor trabalhado, melhor divulgado, melhor oferecido para toda equipe” (Solidariedade).

“Sim, oferece: a gente tem o Grupo de Trabalho de Assistência ao Servidor [GTAS], que conta com psicólogo e médico. E o hospital oferece também terapia para os profissionais; inclusive, eu já procurei para fazer atendimento várias vezes por outras situações, não relacionadas ao hospital, mas existe, sim. É um suporte, e são profissionais muito bons que a gente tem aqui no hospital” (Esperança).

“A gente fazia uma reunião uma vez por semana para falar das nossas dúvidas, nossos sentimentos, do que está nos afligindo naquele momento, e eles sempre eram colocados; cada um vai colocando suas dúvidas, seus sentimentos, seus medos; era bem produtivo” (Paz).

Discussão

Neste estudo, a amostra se segmentou entre participantes que escolheram oncologia ou cuidados paliativos e aqueles que não pretendiam atuar na área, mas que porventura necessitaram se especializar no assunto para obter mais conhecimento e melhor assistir seus pacientes. Corroborando outras pesquisas¹³, esse resultado indica que são necessárias mudanças curriculares na formação profissional, de modo a incluir e aprofundar a abordagem da oncologia e dos cuidados paliativos. Adicionalmente, é preciso tratar do próprio esclarecimento dos profissionais, no intuito de buscar mais qualificação nestas áreas, visto que a cada ano aumenta a procura por serviços oncológicos^{13,14}.

Durante a análise das respostas obtidas, constatou-se que a maioria dos entrevistados iniciou sua atuação na área oncológica ou paliativista pela necessidade de trabalhar depois de concluir sua formação; coincidentemente, o ingresso foi possibilitado pela instituição. Os demais entrevistados, contudo, expressaram afinidade pela área devido a interesse em se aprofundar no assunto ou por se sentirem motivados por histórico familiar de câncer.

Todos os entrevistados se mostraram preocupados com o conforto do paciente em relação à dor física, psicológica e/ou espiritual. Isso demonstra que o conhecimento do profissional o direciona a realizar na prática assistência de qualidade e integral, visto que, em relação à percepção sobre cuidados paliativos, todos mostraram conhecimento correspondente ao encontrado na literatura atual em relação aos princípios que tangem à temática. Diretrizes como minimizar dor e outros sintomas, não acelerar a morte, atentar para aspectos psicológicos e espirituais dos pacientes e oferecer suporte para enfermo e família são alguns dos aspectos orientados pela Organização Mundial da Saúde¹⁵. Os cuidados paliativos na enfermagem focam o cuidado integral do paciente, prevenindo e controlando sintomas da doença, além de envolver todos os que estão no seu entorno, como família, cuidadores, amigos e inclusive a equipe multiprofissional, pois estes cuidados visam atenuar dor física, psicológica e espiritual¹⁶.

Os entrevistados têm visões semelhantes em relação aos pacientes de cuidados paliativos da clínica em que trabalham. Ainda que cada enfermo acometido por câncer tenha sua especificidade, de modo geral todos apresentam os mesmos aspectos a serem cuidados¹⁵. Os aspectos mais citados pelos profissionais foram dor, higiene pessoal, curativos e apoio emocional e/ou psicoespiritual.

A equipe de saúde deve oferecer ao paciente o cuidado necessário para aliviar sintomas, devendo ainda integrar abordagens multiprofissionais para abranger aspectos biopsicossociais e espirituais, dando suporte inclusive para a família em relação ao luto^{15,17}. Torna-se necessário, portanto, conhecer o manejo do tratamento e das complicações do câncer, assim como a evolução da doença¹⁷.

Diante das respostas obtidas, percebe-se a diversidade de sentimentos relatados pelos entrevistados. Solidariedade se mostrou empática, e Paz, com base em suas crenças, elucida o sentimento de bem-estar adquirido por meio da aceitação do paciente em relação à morte e da atenuação do sofrimento devido aos cuidados realizados. Em falas de Gratidão e Humanização percebeu-se a carga emocional do profissional e seu modo de lidar com sentimentos de acordo com sua especificidade, pois destacaram que, com os vários anos de experiência e rotina de trabalho, aprenderam a não se envolver tão profundamente, a ponto de prejudicar

tanto a assistência como a si próprio, no aspecto emocional com o paciente de cuidados paliativos.

Também foi notado o sentimento de despreparo na formação acadêmica para lidar com situações inerentes ao cotidiano de uma clínica de cuidados paliativos. A equipe de enfermagem que atua na área oncológica ou paliativista está constantemente exposta a elevado comprometimento emocional, por estar presente em grande parte da assistência, sempre testemunhando a dor, morte e sofrimento do outro¹⁸. Ademais, ainda que se saiba que a morte faz parte do ciclo natural da vida, os profissionais da equipe de enfermagem não se sentem preparados para lidar com este acontecimento inevitável. Grande parte dos profissionais atribui à morte sentimentos como fracasso no trabalho e falhas no cuidado, pois a enfermagem é a área que acompanha o indivíduo por mais tempo, do nascimento à morte⁸.

Poucos estudos abordam os sentimentos dos profissionais de enfermagem em sua convivência com a morte, como compaixão, culpa, indiferença, negação, envolvimento emocional e empatia¹⁹. Portanto, é importante que a temática da morte seja explorada pelos profissionais, de modo que possam se sentir mais preparados para atuar no cuidado do paciente e de seus familiares¹³. A humanização deve integrar a assistência de enfermagem nos cuidados paliativos, e essa equipe entende que proporcionar conforto e atenção no cuidado humaniza o ambiente de trabalho²⁰.

A maioria dos entrevistados se mostrou preocupada em proporcionar conforto ao paciente como principal objetivo dos cuidados paliativos, o que é observado em fala de Gratidão. No entanto, a humanização desse tipo de assistência vai além dos cuidados mecânicos que proporcionam conforto, ou seja, existe a necessidade de aliviar sentimentos relacionados à necessidade de atenção, afeto e amor, e também aqueles de cunho espiritual²¹.

Portanto, sentimentos variados adquiridos diariamente podem ser trabalhados, de forma individual ou coletiva²². Ao questionar como cada participante desta pesquisa administrava os sentimentos, a maioria afirma que, com o passar do tempo, consegue separar o lado profissional do pessoal. Outros entrevistados mencionam reunião da equipe – com foco em externalizar emoções, expor dúvidas, opiniões e posicionamentos – como estratégia para trabalhá-los, como foi mostrado em falas de Paz e Solidariedade.

O cuidado humanizado depende de vários fatores, internos ou externos, cuja maior parte inclui o indivíduo a ser cuidado – que em sua singularidade necessita de atenção especial^{21,23}. A enfermagem tem papel fundamental na humanização, pois os profissionais que a integram passam a maior parte do tempo junto do paciente, devendo atuar de forma holística no atendimento de suas necessidades, tratando-os com solidariedade, carinho e respeito²³.

Construir um ambiente confortável para o paciente não está desassociado do aspecto espiritual e, ao compreender a necessidade do paciente em relação a essa perspectiva, é possível desenvolver cuidados melhores na palição^{21,24}. É notória, em grande parte dos pacientes, a necessidade de serem trabalhados os aspectos espirituais, atrelados ou não a religiosidade, proporcionando conforto que contemple o enfermo em sua integralidade e garantindo cuidado humanizado em suas diferentes dimensões²⁴.

O cuidado gera sentimentos fortes entre paciente e profissional, e a perda do ser cuidado é sentida, o que exige que o profissional saiba lidar com essas emoções a fim de evitar transtornos em sua vida²². De acordo com fala de Esperança, a morte no ambiente de trabalho pode ser enfrentada pelos profissionais da equipe de enfermagem por meio do conhecimento e da aceitação da finitude como processo natural da vida. Alguns profissionais, como Solidariedade, relatam não receber nenhum suporte emocional na instituição onde atuam, enquanto outros afirmam ser apoiados por meio do GTAS.

É necessário que a equipe de saúde esteja com boa saúde mental para que o trabalho seja desenvolvido da melhor forma possível na assistência ao paciente e à família. O GTAS é visualizado como esse suporte emocional providenciado pela instituição; entretanto, outros entrevistados consideram que este apoio não foi oferecido diretamente pelo hospital, mas pela união da equipe multiprofissional, como evidenciado por fala de Paz. Portanto, um espaço em que os profissionais compartilhem seus sentimentos e sejam amparados psicologicamente pode melhorar a qualidade do trabalho e sua satisfação em relação a ele, visto que sentem a ausência desse apoio^{22,25}.

Profissionais da área da saúde enfrentam desafios em seu ambiente de trabalho que dificultam a decisão de aplicar cuidados paliativos no paciente, assim como sua comunicação com os familiares¹⁶. A maior dificuldade do profissional é a interrupção do relacionamento com o enfermo, principalmente quando de sua morte, e a impossibilidade de aliviar sua dor e sofrimento¹⁹.

A morte deve ser tratada como parte inerente à profissão; deste modo, tratar estes sentimentos facilita seu enfrentamento. Sensações de perda, ausência e tristeza, ainda que reprimidas, afloraram na mente do profissional como necessidade de sobrevivência e reação ao medo ligado à terminalidade da vida, desencadeando emoções que precisam ser elaboradas no cotidiano^{25,26}. Portanto, é necessário desenvolver espaço no qual as diversas questões emocionais da equipe de saúde possam ser acolhidas e amparadas na psicologia. Intervenções que incluam projetos psicossociais precisam ser incluídas na rotina dos profissionais e nos plantões para que problemas relacionados a sentimentos ocorridos no ambiente laboral sejam minimizados²⁷.

Considerações finais


Para a maioria dos entrevistados, atuar na oncologia ou na clínica de cuidados paliativos não foi questão de escolha ou de ter adquirido os conhecimentos necessários durante a formação. O cenário apresentado mostrou carência na abordagem destes temas nas instituições de ensino e necessidade de melhor qualificar profissionais de saúde nestas áreas. Logo, os sentimentos descritos pelos participantes do estudo, decorrentes da prática em cuidados paliativos, foram mais difíceis de ser administrados por alguns, principalmente aqueles menos experientes, o que também afeta a humanização do cuidado. Entretanto, percebendo a importância do aperfeiçoamento profissional e do bem-estar do paciente, muitos buscaram se especializar no assunto e adquirir experiência no ambiente de trabalho para humanizar a assistência e melhorar sua qualidade.

Referências


1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global Cancer Statistics 2020: Globocan estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* [Internet]. 2021 [acesso 22 fev 2022];71(3):209-49. DOI: 10.3322/caac.21660
2. Sanches KS, Rabin EG, Teixeira PTO. Cenário da publicação científica dos últimos 5 anos sobre cuidados paliativos em oncologia: revisão de escopo. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2018 [acesso 22 fev 2022];52:e03336. DOI: 10.1590/S1980-220X2017009103336
3. Prado E, Sales CA, Girardon-Perlini NMO, Matsuda LM, Benedetti GMS, Marcon SS. Vivência de pessoas com câncer em estágio avançado ante a impossibilidade de cura: análise fenomenológica. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2020 [acesso 22 fev 2022];24(2):e20190113. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2019-0113
4. Sobreiro IM, Brito PCC, Mendonça ARA. Terminalidade da vida: reflexão bioética sobre a formação médica. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2021 [acesso 22 fev 2022];29(2):323-33. DOI: 10.1590/1983-80422021292470
5. Matos JC, Borges MS. A família como integrante da assistência em cuidado paliativo. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2018 [acesso 22 fev 2022];12(9):2399-406. DOI: 10.5205/1981-8963-v12i9a234575p2399-2406-2018
6. Campos VF, Silva JM, Silva JJ. Comunicação em cuidados paliativos: equipe, paciente e família. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2019 [acesso 22 fev 2022];27(4):711-8. DOI: 10.1590/1983-80422019274354
7. Ibañez Alfonso LE, López Alba JA, Ramírez Ospina MA, Escobar Ruiz MC, Sánchez Cárdenas MA. Abordaje de los síntomas neurológicos desde la perspectiva de los cuidados paliativos. *Rev Univ Ind Santander Salud* [Internet]. 2018 [acesso 22 fev 2022];50(3):233-45. DOI: 10.18273/revsal.v50n3-2018008
8. Lima CP, Machado MA. Cuidadores principais ante a experiência da morte: seus sentidos e significados. *Psicol Ciênc Prof* [Internet]. 2018 [acesso 22 fev 2022];38(1):88-101. DOI: 10.1590/1982-3703002642015
9. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6ª ed. São Paulo: Atlas; 2008.
10. Prodanov CC, Freitas EC. Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2ª ed. Novo Hamburgo: Editora Feevale; 2013.
11. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, 16 jul 2013 [acesso 22 fev 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3hMxxMA>
12. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 6ª ed. São Paulo: Atlas; 2017.
13. Mendes PB, Pereira AA, Barros IC. Bioética e cuidados paliativos na graduação médica: proposta curricular. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2021 [acesso 22 fev 2022];29(3):534-46. DOI: 10.1590/1983-80422021293489
14. Silva JT, Matheus MCC, Fustinoni SM, Gutiérrez MGR. Prática profissional de enfermeiras que cuidam de pacientes com câncer em hospitais gerais. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2012 [acesso 22 fev 2022];65(3):460-5. DOI: 10.1590/S0034-71672012000300010
15. World Health Organization. Global atlas of palliative care at the end of life [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [acesso 22 fev 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3sO55A7>
16. D'Alessandro MPS, Pires CT, Forte DN, coordenadores. Manual de cuidados paliativos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [acesso 22 fev 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3tzkinT>
17. Torres AA. Cuidados paliativos: a atuação do psicólogo com pacientes com câncer sem expectativa de vida. *Pretextos* [Internet]. 2018 [acesso 22 fev 2022];3(6):361-76. Disponível: <https://bit.ly/3sXTOOp>
18. Oliveira FFB, Alves RSF. Profissionais de apoio atuantes em oncologia e sua compreensão sobre cuidados paliativos. *Rev SBPH* [Internet]. 2021 [acesso 22 fev 2022];24(2):89-103. Disponível: <https://bit.ly/3pM089c>
19. Braga FC, Queiroz E. Cuidados paliativos: o desafio das equipes de saúde. *Psicol USP* [Internet]. 2013 [acesso 22 fev 2022];24(3):413-29. Disponível: <https://bit.ly/3CkK2s0>
20. Spineli VMCD, Costa GD, Minosso JSM, Oliveira MAC. Necessidades educacionais em cuidados paliativos de enfermeiros da atenção primária à saúde. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2022 [acesso 22 fev 2022];75(3):e20210391. DOI: 10.1590/0034-7167-2021-0391

21. Pessini L, Bertachini L, organizadores. Humanização e cuidados paliativos. 6ª ed. São Paulo: Loyola; 2004.
22. Merlo ARC, Bottega CG, Perez KV. Atenção à saúde mental do trabalhador: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho. Porto Alegre: Evangraf; 2014.
23. Carvalho DO, Santos NNRC, Silva ARV, Carvalho GCN. Percepção do profissional de enfermagem acerca do cuidado humanizado no ambiente hospitalar. Rev Interdiscip [Internet]. 2015 [acesso 22 fev 2022];8(3):61-74. Disponível: <https://bit.ly/3IPuKhm>
24. Arrieira ICO, Thofehr MB, Porto AR, Moura PMM, Martins CL, Jacondino MB. Espiritualidade nos cuidados paliativos: experiência vivida de uma equipe interdisciplinar. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2018 [acesso 22 fev 2022];52:e03312. DOI: 10.1590/S1980-220X2017007403312
25. Monteiro PV, Almeida ANS, Pereira MLD, Freitas MC, Guedes MVC, Silva LF. Quando cuidar do corpo não é suficiente: a dimensão emocional do cuidado de enfermagem. Rev Min Enferm [Internet]. 2016 [acesso 22 fev 2022];20:e957. DOI: 10.5935/1415-2762.20160026
26. Vicensi MC. Reflexão sobre a morte e o morrer na UTI: a perspectiva do profissional. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2016 [acesso 22 fev 2022];24(1):64-72. DOI: 10.1590/1983-80422016241107
27. Oliveira SX, Barreto MGR, Medeiros HRL, Alves ÉSRC. Enfrentamento emocional de enfermeiros cuidadores de pacientes oncológicos. Rev Ciênc Méd Biol [Internet]. 2021 [acesso 22 fev 2022];20(1):83-8. DOI: 10.9771/cmbio.v20i1.37904

Mônica Olívia Lopes Sá de Souza – Mestre – monicaexecutiva@hotmail.com

 0000-0003-2121-4908


Ivana Falcão de Macêdo Troadio – Graduada – ivanafmt@hotmail.com

 0000-0003-1128-5729

Alessandro Silva Sales – Graduado – aless@gmail.com

 0000-0001-6778-0361


Rafael Everton Assunção Ribeiro da Costa – Graduando – rafassuncao.rafael@gmail.com

 0000-0002-0798-890X


Dayara de Nazaré Rosa de Carvalho – Doutoranda – dayara_twain@hotmail.com

 0000-0001-8569-3392


Glória Synara Lopes Sá Holanda – Graduada – gslsh@gmail.com

 0000-0003-2960-4564


Viviane Ferraz Ferreira de Aguiar – Doutoranda – viviane.ferraz@gmail.com

 0000-0003-3025-1065

Regianne Maciel dos Santos Correa – Doutora – regianne83@hotmail.com

 0000-0002-9837-4304

Elisa da Silva Feitosa – Livre-docente – elisafapan@hotmail.com

 0000-0003-2246-0836

Correspondência

Rafael Everton Assunção Ribeiro da Costa – Universidade Estadual do Piauí. Rua Olavo Bilac, 2.335, Centro CEP 64001-280. Teresina/PI, Brasil.

Participação dos autores

Todos os autores elaboraram igualmente o manuscrito, e leram e aprovaram sua versão final.

Recebido: 25.7.2020

Revisado: 18.2.2022

Aprovado: 22.2.2022