



Cuidado paliativo e enfermeiros de terapia intensiva: sentimentos que ficam

Palliative care and the intensive care nurses: feelings that endure

Cuidado paliativo y los enfermeros de cuidados intensivos: sentimientos que se quedan

**Natyele Rippel Silveira^{I,II}, Eliane Regina Pereira do Nascimento^{I,II}, Luciana Martins da Rosa^{I,III},
Walnice Jung^{I,II}, Sabrina Regina Martins^{II,IV}, Moisés dos Santos Fontes^{II}**

^I Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis-SC, Brasil.

^{II} Universidade Federal de Santa Catarina, Grupo de Estudos no Cuidado de Pessoas nas
Situações Agudas de Saúde. Florianópolis-SC, Brasil.

^{III} Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem. Florianópolis-SC, Brasil.

^{IV} Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Graduação em Enfermagem. Florianópolis-SC, Brasil.

Como citar este artigo:

Silveira NR, Nascimento ERP, Rosa LM, Jung W, Martins SR, Fontes MS. Palliative care and the intensive care nurses: feelings that endure. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016;69(6):1012-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0267>

Submissão: 26-06-2016

Aprovação: 28-07-2016

RESUMO

Objetivo: conhecer os sentimentos dos enfermeiros acerca dos cuidados paliativos em unidades de terapia intensiva de adultos. **Método:** estudo qualitativo, cujo referencial teórico adotado foi o das Representações Sociais, realizado com 30 enfermeiros do estado de Santa Catarina incluídos por amostragem Bola de Neve. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas de abril a agosto de 2015, organizados e analisados por meio do Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** os resultados apontaram como ideias centrais estão relacionadas aos sentimentos de conforto, frustração, insegurança e angústia, além do sentimento de que a formação e atuação profissional estão voltados para o curativo. **Conclusão:** as representações sociais dos enfermeiros acerca dos sentimentos relacionados aos cuidados paliativos estão representadas principalmente por sentimentos negativos, provavelmente consequentes ao contexto em que se dá o cuidado.

Descritores: Cuidados Paliativos; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem; Percepção Social; Unidades de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

Objective: to know the feelings of nurses regarding palliative care in adult intensive care units. **Method:** qualitative study, which adopted the theoretical framework of Social Representations, carried out with 30 nurses of the state of Santa Catarina included by Snowball sampling. Data were collected through semi-structured interviews conducted from April to August 2015, organized and analyzed through the Collective Subject Discourse. **Results:** the results showed how central ideas are related to feelings of comfort, frustration, insecurity and anguish, in addition to the feeling that the professional training and performance are focused on the cure. **Conclusion:** the social representations of nurses regarding the feelings related to palliative care are represented mainly by negative feelings, probably as consequence of the context in which care is provided.

Descriptors: Palliative Care; Nursing Care; Nursing; Social Perception; Intensive Care Units.

RESUMEN

Objetivo: conocer los sentimientos de los enfermeros sobre los cuidados paliativos en unidades de cuidados intensivos para adultos. **Método:** estudio cualitativo que adoptó el marco teórico de las representaciones sociales, y se llevó a cabo con 30 enfermeros en el estado de Santa Catarina que fueron incluídos por muestreo tipo bola de nieve. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semiestruturadas realizadas entre abril y agosto de 2015, organizados y analizados utilizando el Discurso del Sujeto Colectivo. **Resultados:** los resultados mostraron que las ideas centrales están relacionadas con sentimientos de comodidad, frustración, inseguridad y angustia, y la sensación de que la actividad profesional y la formación se centran en la curación. **Conclusión:** las representaciones sociales de los enfermeros sobre los sentimientos relacionados con los cuidados

paliativos estão representadas principalmente por sentimentos negativos, provavelmente consecuentes do contexto em que se da a atenção.

Descritores: Cuidados Paliativos; Cuidados de Enfermeria; Enfermeria; Percepção Social; Unidades de Cuidados Intensivos.

AUTOR CORRESPONDENTE

Natyele Rippel Silveira

E-mail: naty_rippel@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) tem como função pre-cípua o atendimento aos pacientes críticos e de alta complexidade direcionado por um modelo de assistência biologicista, cartesiano, curativista, fragmentado e mecanizado. Esse setor concentra um aparato de recursos tecnológicos e é considerado um ambiente repleto de dor e sofrimento, pois os pacientes que necessitam de cuidados intensivos estão, em geral, acometidos por doenças agudizadas e em condições críticas de vida⁽¹⁾.

Na unidade, prevalecem a técnica e instrumentos, que envolvem habilidades e conhecimentos tecnológicos específicos e especializados dos profissionais. Isso se dá para que os mesmos desenvolvam sua prática de maneira eficaz e terapêutica, mas, além disso, precisam lidar com o conceito de finitude, o medo dos pacientes, bem como dos familiares. Embora essa tecnicidade seja essencial para a manutenção da vida no ambiente da terapia intensiva, é um fator que desafia a equipe na busca por aliar os valores humanitários aos recursos tecnológicos⁽²⁾.

Socialmente e culturalmente, a internação em UTI retrata incertezas quanto ao tratamento e recuperação, transparecendo ao paciente e familiar um mau prognóstico e considerável risco de morte. É um processo ímpar e gerador de estresse, uma vez que os familiares se sentem afastados dos seus entes, limitados, impotentes, manifestando ansiedade, sofrimento e tristeza⁽³⁾.

Um estudo quantitativo com pacientes americanos afirma que a utilização da medicina intensiva no final da vida continua a aumentar, porém, muitos profissionais atuantes em cuidados intensivos não são adequadamente treinados ou qualificados para prestar um atendimento a esses pacientes⁽⁴⁾.

Em situações de fim de vida, principalmente aquelas em que o paciente é considerado fora de possibilidades de cura, o papel dos profissionais da UTI é de se empenhar na mudança desse cenário puramente tecnicista. Trata-se, desse modo, de implementar cuidados menos agressivos, em busca da qualidade de vida ou de morte, se esta assim vier a ocorrer⁽⁵⁾.

O cuidado paliativo (CP) no Brasil ainda constitui uma modalidade emergente de assistência em terminalidade de vida⁽⁶⁾. O CP consiste em práticas direcionadas ao paciente, excluindo a ideia curativista. Nesse estágio, entende-se que a doença está instalada, progressiva, irreversível e não responsiva ao tratamento estabelecido. Com isso, os profissionais devem propiciar uma assistência adequada e integral, visando à qualidade e ao conforto nos momentos finais de vida⁽⁷⁾.

A mudança do paradigma entre a cura e o cuidado paliativo é um processo que depende dos profissionais atuantes na área e das instituições acadêmicas, bem como do conhecimento profissional para essa interface do cuidado. Necessita, portanto, ser uma prática alicerçada na capacitação profissional regida por princípios científicos realizados⁽⁵⁾.

O ambiente de trabalho dos profissionais de enfermagem os submete a inúmeras situações estressantes que podem estar relacionadas à atividade laboral, como também à processos psicológicos e físicos do próprio indivíduo. Essa situação limita a atuação e a concepção do profissional no momento do processo de morte e morrer⁽⁸⁾.

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

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

OBJETIVO

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

MÉTODO

Aspectos éticos

O presente estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH), via Plataforma Brasil sistema CEP/CONEP. Somente após a aprovação do CEP-SH é que foi realizado o primeiro contato com os possíveis participantes. O projeto atendeu às recomendações da Resolução n. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. Foi respeitada a condição de anonimato dos participantes. Seus nomes foram substituídos pelas letras: E (Enfermeiro), seguidas de números que correspondem à sequência de realização das entrevistas (E1, E2, ...).

Referencial teórico e tipo de estudo

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

A Teoria das Representações Sociais (TRS) permeia e possibilita a captação e a interpretação dos próprios participantes do estudo em relação à realidade que se almeja conhecer, permitindo ao pesquisador saber, a partir das atitudes e comportamentos do grupo social, da realidade em questão⁽⁹⁾.

As representações sociais são entidades sociais individuais dotadas de significados na medida em que se constituem como guias utilizados pelos indivíduos para nortear suas

interações coletivas e sociais, justificando, portanto, o uso desse referencial neste estudo⁽¹⁰⁾.

Cenário do estudo

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

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

Fonte de dados

Participaram do estudo 30 enfermeiros. É recomendado que em estudos de opinião, como é o caso das Representações Sociais, o número de inclusão envolva cerca de 20 a 30 participantes⁽¹¹⁾. Todos os participantes receberam orientações sobre a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Coleta e organização dos dados

Os dados foram coletados no período de abril a agosto de 2015, por meio de entrevista semiestruturada, realizada individualmente, após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina.

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

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

A técnica de análise de dados do DSC compreende quatro figuras metodológicas. A primeira trata-se das expressões chaves (ECHs), que são frases ou transcrições literais do discurso original e que representam a essência do conteúdo da questão em análise e são apresentadas em torno de uma Ideia Central (IC). A segunda são as ICs, descrições resumidas e objetivas dos sentidos das expressões chaves. A terceira figura metodológica é a Ancoragem (AC), utilizada pelo sujeito para elaborar seu discurso, que pode ser uma expressão teórica, uma ideologia ou crença. Por último, o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) propriamente dito é definido como um discurso

síntese, redigido na primeira pessoa do singular, estruturado pelas ECHs presentes nos depoimentos, que têm ICs ou ACs com o mesmo significado ou significado complementar⁽¹⁰⁾.

RESULTADOS

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

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

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

Cabe informar que o DSC permite que o discurso de um único participante, quando analisado, dê origem a mais de uma ideia central. Por isso, é possível verificar que na tabela 1, apesar da inclusão de 30 participantes, há 31 referenciados nas ideias centrais.

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

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

Fonte: Elaborado pelos autores, 2016.

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

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

DSC1: *Presto o mesmo cuidado como se fosse ao paciente que não está em cuidado paliativo. Mantenho mudança de decúbito, banho, sigo a prescrição e todos os cuidados. Sinto-me bem e confortável porque entendo que estou oferecendo qualidade e diminuindo o sofrimento do paciente e da família. Minimizando a dor e o sofrimento me sinto bem, pois me coloco no lugar dele. Eu me sinto um pouco mais responsável pelo paciente, porque não é possível saber o tempo que ele vai permanecer nesse modelo de cuidado, e aí, parece que a enfermagem tem que ser ainda mais ativa para conseguir proporcionar um conforto e evitar complicações decorrentes de uma internação prolongada. Eu tenho a impressão de que ele vai ficar um pouco menos observado pela equipe clínica. E aí, ele meio que é devolvido para os cuidados da enfermagem, uma vez que em uma situação de paliativo, esses cuidados não diminuem em nada, se intensificam. No momento em que você tem essa visão que o melhor cuidado para o paciente é o bem-estar, o conforto e o alívio da dor, então é algo que a gente consegue trabalhar de uma maneira bem tranquila. Me sinto bem sabendo que eu estou dando conforto e deixando ele morrer entendendo que esgotaram-se as opções terapêuticas considero um alívio, não pelo dever cumprido, mas sim por reduzir o sofrimento. Me sinto bem quando vejo que a conduta está certa, bem esclarecida, e de comum acordo com a equipe e a família. (E1, E2, E5, E7, E8, E10, E11, E12, E18, E22, E23, E25, E26, E28, E29, E30)*

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

IC – B: O envolvimento emocional

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

paciente, é frustrante porque eu o vejo sofrendo, e por vezes, sofre junto. (E2, E14, E15, E16, E17, E20, E27)

A IC-C deu origem ao terceiro discurso do sujeito coletivo apresentado abaixo. Esse discurso teve a participação de 19,4% das respostas dos participantes e traz uma crítica à falta de informação e de comunicação que ainda existem entre a equipe multiprofissional no âmbito da TI e por vezes causam sentimentos de insegurança e angústia nos profissionais que estão executando esses cuidados.

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

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

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

IC – D: A formação e atuação profissional curativa

DSC4: *É claro que existem situações em que eu fico pensando: «mas será que não dava para ter feito mais?» Essas dúvidas surgem, sou ser humano... No geral, são pacientes que eu realmente entendo que, infelizmente, não têm o que*

fazer. Por isso, me sinto muito incapaz, me sinto totalmente frustrado, totalmente "tecnicista", trabalho em UTI e venho pra cá para trabalhar com paciente em cuidados intensivos com seu total potencial, e quando esse paciente não tem mais esse cuidado eu me sinto frustrado. Estou preparado para outro fim, não para esse. (E6, E7)

DISCUSSÃO

O DSC1 expressa que há necessidade em oferecer o cuidado de conforto físico expresso pela redução da dor/sofrimento com adoção de medidas não medicamentosas. Esses resultados corroboram com outro estudo que abordou o cuidado integral como sendo a essência do trabalho da enfermagem, tendo como função precípua assistir à saúde do ser humano. O cuidado incorpora a ideia de atendimento às necessidades humanas básicas, numa atitude acolhedora do profissional ao ser empático com o usuário e promover a resolutividade dessas necessidades⁽¹²⁾.

Resultado similar foi apontado em outro estudo, afirmando que para os indivíduos hospitalizados cuja morte é iminente, os cuidados de conforto podem aliviar os sintomas angustiantes e melhorar sua qualidade de vida. Tais medidas de conforto devem estar em congruência com o desejo do paciente. No entanto, no entendimento dos mesmos autores do estudo, a expressão "cuidados de conforto" é frequentemente empregada de forma imprecisa ou mesmo enganosa como, por exemplo, quando tal cuidado é considerado como uma prescrição expressa de não reanimar, muitas vezes, até sem discussão com o paciente. Dessa forma, o cuidado de conforto é empregado para excluir uma gama de medidas paliativas⁽¹³⁾.

Percebe-se que frente à impossibilidade de cura, o profissional enfermeiro manifesta o respeito pela vida do paciente ao se comprometer em protegê-lo diante de tal vulnerabilidade, pois o cuidado paliativo começa quando o cuidado curativo deixa de ser o propósito principal. Atividades terapêuticas sem finalidade curativa tornam ameno o sofrimento e dão conforto ao paciente. Entretanto, no estado terminal em que não há probabilidade de cura, a tendência do foco da assistência é deixada de lado e, por sua vez, torna-se frívola. Por isso, o cuidar respeita valores e crenças dos indivíduos, preserva sua dignidade, atua de modo ético e empático, preocupando-se não apenas com ações técnicas, mas com o saber e o fazer⁽¹⁴⁾.

O cuidado envolve um processo relacional e de vínculo, sendo, portanto, inerente o envolvimento emocional entre paciente, família e profissional de enfermagem. Graças à empatia resultante desse envolvimento, o atendimento às necessidades do paciente é favorecido, pois permite que o profissional conheça melhor o paciente⁽¹⁵⁾. A empatia foi um conceito que emergiu nesse estudo, sendo possível identificar no discurso. Esse sentimento estabelece uma relação de ajuda, de fazer algo pelo outro, como também aos seus familiares, uma vez que estes ficam confortáveis ao perceber que o seu ente não está sofrendo.

Um estudo coreano, ao investigar os fatores que afetam o desempenho dos enfermeiros no cuidados em terminalidade de vida, observou que a empatia é um dos fatores preditores significativos para essa modalidade de assistência e uma dimensão necessária ao profissional de saúde para a compreensão do outro⁽¹⁶⁾.

Percebe-se que a dor é o ponto de partida para o plano de cuidados do paciente. A empatia, enquanto processo dinâmico, é a capacidade de compreender as experiências do outro, promovendo efeitos positivos no bem-estar do paciente ao evitar terapêuticas fúteis⁽¹⁷⁾.

Para os enfermeiros, cuidar de modo paliativo significa identificar precocemente as necessidades do paciente e da família para que possam viver com dignidade e maior qualidade o processo de terminalidade, auxiliando-os no enfrentamento da morte como um processo natural⁽¹⁴⁾.

Os temas morte e o processo de morrer, embora façam parte da realidade dos profissionais de saúde, causam constrangimento, pois alguns profissionais ainda não estão preparados para esse processo. Para esses profissionais, em especial o enfermeiro, o meio mais confortável e aceitável em lidar com esse processo de finitude é considerá-lo como biológico e natural, inevitável a todos os seres humanos⁽⁸⁾.

Os pacientes almejam profissionais com capacidade técnica, mas também desejam melhorias do aspecto humano nas relações de saúde⁽¹⁷⁾. Essa condição de saúde aqui focalizada aumenta a confiança e a colaboração do paciente e sua família para efetividade dos processos terapêuticos.

Considerando a vulnerabilidade do paciente, é preciso considerar as repercussões geradas não só para o paciente que está em CP, mas também para seus familiares. Dessa forma, é fundamental que o enfermeiro compreenda o paciente no seu todo, identificando as suas necessidades através do estabelecimento de uma relação terapêutica, baseada em uma comunicação eficaz. Sendo assim, independentemente do local onde o doente esteja, é imprescindível uma comunicação efetiva entre os profissionais, o doente e a família⁽¹⁸⁾.

Conforme expresso no DSC 2, existem histórias e pacientes com os quais o envolvimento emocional do profissional é inevitável. Enfermeiros são os profissionais da equipe que permanecem mais horas com o paciente durante o seu período de internação e, além disso, por vezes vivenciam a realidade dos pacientes e familiares, as angústias e sofrimentos, assim como alegrias e conquistas que inúmeras vezes são compartilhadas. Então, nesse misto de emoções e sentimentos que os profissionais da enfermagem são passíveis de vivenciar, identificam a morte como um processo inerente à vida, mas não conseguem ser inertes aos sentimentos que permeiam esse evento.

Um estudo realizado com dezesseis profissionais de enfermagem, que objetivou compreender a visão do enfermeiro diante do processo morte/morrer dos pacientes, assim como relatar os sentimentos vivenciados por esses profissionais autentica os dados encontrados no DSC2. Neste estudo, foi possível verificar que a morte é geradora de sentimentos como dor, tristeza, sofrimento, medo, impotência e insucesso. O desencadeamento desses sentimentos pode ser resultado de uma formação acadêmica curativa, levando os profissionais a buscarem a cura sempre, o que causa frustração e culpa quando esse objetivo não é alcançado⁽⁸⁾.

Na visão dos participantes desse discurso, é necessário desenvolver um mecanismo de defesa contra as angústias pessoais, uma vez que, no ambiente hospitalar, é comum internalizar a doença e o problema do paciente. Assim, é fundamental compartilhar experiências do contexto de atuação profissional^(14,19).

A convivência com a morte e/ou participação do processo de finitude não exclui os profissionais de expressarem sentimentos ruins. Pelo contrário, demonstra a necessidade dos enfermeiros em compreenderem esse fato, propiciando menor sofrimento, controle das emoções e consequente ajuda aos pacientes e seus familiares⁽⁸⁾.

Esse discurso ressalta o comprometimento emocional dos enfermeiros com o paciente vulnerável. Assim, é necessário ao enfermeiro se instrumentalizar quanto à prestação do cuidado⁽¹⁴⁾ afim de que sua atuação profissional não fique condicionada ao fator emocional, desencadeado pelas relações com o paciente e sua família.

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

É possível que a formação e atuação desse profissional sejam fatores limitadores para a participação do processo de tomada de decisão e implementação do CP. Pode-se perceber nesse discurso um condicionamento das ações profissionais do enfermeiro a outros profissionais e, até mesmo, a expressão de falta de conhecimento relacionada a esse tipo de cuidado. Portanto, o profissional não deve se sentir obrigado a ter todas as respostas, mas que esteja disposto a buscar novos conhecimentos para subsidiar suas condutas frente ao processo de morte.

A literatura confirma que todos esses fatores podem influenciar a decisão da equipe multiprofissional no momento de instituir a abordagem paliativa na UTI, uma vez que destaca como principais fatores o déficit de conhecimento da equipe sobre o CP, a formação profissional voltada para cura e a dificuldade em aceitar que não podem atuar evitando a morte e dilemas éticos e legais⁽²⁰⁾.

A falta de clareza quanto à definição do CP pode gerar diferentes compreensões do fazer nessa modalidade de cuidado. Essa noção de CP deve ser trabalhada não só no contexto hospitalar, mas também nos processos formativos dos estudantes da área de saúde, no sentido de superarem os conflitos no contexto profissional ao se tornarem trabalhadores do setor^(14,21).

Um estudo realizado com seis membros da equipe multiprofissional, buscando conhecer a sua vivência no cuidado paliativo em contexto hospitalar, aponta que, entre os desafios para atuação em CP, foram descritos conflitos e necessidades de qualificação da equipe para identificar as dificuldades em lidar com o processo de terminalidade. Ou seja, a falta de preparo da equipe foi considerada o fato desencadeador de conflitos. Outro fator que os autores desse estudo apontam favorecer conflitos foi a dificuldade de consenso nas ações da equipe multiprofissional, quando da realização de procedimentos que possivelmente não iriam mais trazer benefícios ao paciente⁽²²⁾. Esse fator vai ao encontro do sentimento de angústia relatado pelos enfermeiros participantes deste estudo.

Outro estudo realizado com enfermeiros de terapia intensiva aponta que a maturidade profissional e anos de experiência em UTI são importantes para fazer a diferença no cuidado e alívio do sofrimento de paciente. Porém, essa mesma

pesquisa aponta que não há esforço da equipe em buscar discussões transparentes para implementar a filosofia de cuidados paliativos ao cuidado no contexto da UTI, apontando a ausência de discussão como um aspecto que dificulta a participação dos enfermeiros nesse processo⁽⁵⁾.

A habilidade de comunicar é indispensável ao trabalho multiprofissional, podendo ser uma ferramenta para transpor as dificuldades encontradas pela equipe durante a atuação em CP. A comunicação efetiva e o respeito entre os membros da equipe são comprovadamente fatores que contribuem para a qualidade da assistência prestada⁽²²⁾.

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

Outro fator que exerce influência sobre os enfermeiros nas decisões de final de vida e que corrobora com os resultados da presente pesquisa aponta que não é comum ao médico chamar a equipe para discussão relacionada à implementação do CP. Isso mostra as características do cuidado e as relações entre os membros da equipe no CP. Esse estudo ainda afirma que o poder de decisão sobre o CP aparece centrado na equipe médica⁽⁵⁾.

Nesse contexto, a equipe multiprofissional tem um importante papel, participando da imprescindível decisão em se estabelecer limites entre o prolongamento da vida e a possibilidade de melhorar a sua qualidade de vida⁽²³⁻²⁴⁾. Os enfermeiros, nesse sentido, são integrantes da assistência em saúde que desempenham um papel social inerente à prestação do cuidado, além de serem os profissionais que despendem mais tempo com pacientes no final da vida.

As atitudes comunicacionais do enfermeiro e o conteúdo da informação proporcionada são aspectos significativos na implementação e cuidado em palição. O processo de comunicação enfermeiro-família-equipe em contexto de CP contribui para uma melhor intervenção e cuidado⁽¹⁸⁾. A aceitação por parte dos profissionais e da família vai mudar conforme a implementação dessas medidas for conduzida. Ou seja, não havendo comunicação, é natural que sentimentos como insegurança e angústia estejam presentes na prática desses enfermeiros.

No DSC 4 foi possível identificar o sentimento de dúvida expresso pelos enfermeiros ao prestar os cuidados de enfermagem ao paciente em cuidado paliativo. Verifica-se que esse sentimento pode ser capaz de influenciar os enfermeiros no seu processo de trabalho e aceitação da filosofia de CP.

Durante a formação acadêmica, o tema da morte é pouco abordado, deixando, assim, várias lacunas, sendo que o profissional é incentivado a acreditar que somente a cura e a recuperação do paciente são características de um bom cuidado. O ambiente de trabalho, suas tecnologias e o processo da luta incessante pela vida, muitas vezes, não permitem nem abrem espaços para questionar, conversar e pensar na morte⁽⁶⁾. Isso decorre porque o docente pode se sentir inseguro na interpretação do tema morte e tenta se abrigar do contato com a dor e o sofrimento e suster as emoções sobre o propósito de finitude.

Observa-se que o modelo de ensino implementado pelas Instituições de Ensino Superior (IES) voltadas para saúde ainda está pautado predominantemente na lógica técnica científica centrada na patologia, desconsiderando a individualidade do ser humano⁽²⁵⁾. O processo de finitude e morte ainda desperta sentimentos de medo, raiva, impotência, insegurança, podendo, a partir da avaliação desses sentimentos, relacioná-los mais à perda e à separação do que a um processo natural da vida⁽⁸⁾.

Em um estudo etnográfico realizado com dez enfermeiros de UTI sobre os fatores que os influenciam nos processos em situações de fim de vida revela que esses profissionais ressaltaram a importância que a experiência, aquisição de conhecimentos e maturidade adquirida ao longo da carreira são fatores que auxiliam no trato de situações envolvendo o processo de finitude em UTI. O mesmo estudo ainda aborda que enfermeiros, especialmente os mais jovens, sentem-se despreparados e incapazes de lidar com os processos de final de vida, incluindo o conforto à família. Eles acreditam que o desenvolvimento dessa habilidade exigirá adequação do processo de formação profissional⁽⁵⁾.

Portanto, esse processo formativo pode ser considerado um fator interveniente à assistência do paciente em CP, gerando o abandono e morte indigna nas instituições hospitalares, além da angústia experienciada pelos familiares. Isso demonstra a necessidade de sistemas educativos que transcendem o ensino do aparato tecnológico e curativista das práticas de saúde⁽²⁵⁾.

Faz-se necessário refletir a prática da palição, tendo em vista que o modelo atual biomédico pode interferir na atuação e sentimento dos trabalhadores ao enfrentarem a angústia relacionada à terminalidade e à morte. Esse modelo incita a futilidade terapêutica, podendo os profissionais da saúde acreditarem que o êxito do cuidado está na cura ou em salvar a vida do paciente⁽¹⁴⁾, em não aceitar a morte como um processo natural, mas como uma frustração.

A compreensão dos enfermeiros acerca do CP se baseia em ações de enfermagem cotidianas, representando minimamente esse cuidado e revelando a insuficiência de conhecimento sobre essa modalidade de cuidar, além do desconhecimento da sociedade sobre a palição⁽¹⁴⁾. Apesar disso, os enfermeiros aqui focalizados identificam a palição no seu cotidiano de trabalho. Fica evidente em seu discurso que os profissionais trabalham apoiados por sua subjetividade, valores culturais e formação acadêmica voltada para cura.

Este estudo apresenta como uma das suas limitações o fato de ter sido desenvolvido em instituições hospitalares que não

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou compreender o significado dos sentimentos dos enfermeiros na prática dos cuidados paliativos na terapia intensiva de adultos, procurando, a partir da discussão realizada, contribuir para que esses profissionais tenham um maior entendimento sobre o quanto a sua percepção e os seus sentimentos podem interferir no processo de trabalho. Objetivou levá-los a refletir sobre a temática, buscando sensibilizá-los, uma vez que irão cuidar da pessoa na vida, mas em processo de finitude.

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

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

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

REFERÊNCIAS

1. Martins JT, Goldino MJQ, Garanhani ML, Sammi KM, Trevisan GS. Humanization in the work process in the view of intensive care unit nurses. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2015[cited 2015 Jan 10];20(3):589-95 Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/41521>
2. Passos SSS, Silva JO, Santana VS, Santos VMN, Pereira A, Santos LM. User embracement in care for families at an intensive care unit. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2015[cited 2015 Dec 20];23(3):368-74. Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6259>
3. Barros NCB, Alves ERP, Oliveira CDB, Dias MD, França ISX, Freire MEM. Palliative Care In The Uti: Nurses' Understanding. *R Pesq: Cuid. Fundam* [Internet]. 2013[cited

- 2016 May 5];5(1) 3293-301. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1954/pdf_696
4. Wessman BT, Sona C, Schallom M. Improving caregivers' perceptions regarding patient goals of care/end-of-life issues for the multidisciplinary critical care team. *J Intensive Care Med* [Internet]. 2015[cited 2015 Dec 10];1-9. Available from: <http://jic.sagepub.com/content/early/2015/09/24/0885066615606063.abstract>
 5. Baliza MF, Bousso RS, Poles K, Santos MR, Silva L, Paganini MC. Factors influencing intensive care units nurses in end-of-life decisions. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015[cited 2015 Dec 10];49(4):572-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n4/0080-6234-reeusp-49-04-0572.pdf>
 6. Tamaki CM, Meneguim S, Alencar RA, Luppi CHB. Care to terminal patients: perception of nurses from the intensive care unit of a hospital. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 2014[cited 2016 May 18];32(3):414-20. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v32n3/v32n3a06.pdf>
 7. Aslakson RA, Curtis R, Nelson JE. The changing role of palliative care in the ICU. *Crit Care Med* [Internet]. 2014[cited 2016 May 5];42(11):2418-28. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4695994/>
 8. Lima RS, Júnior JAC. The process of death and dying in nurses vision. *ReOnFacema* [Internet]. 2015[cited 2015 Jan 10];1(1):25-30. Available from: <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/13>
 9. Silva SED, Camargo BV, Padilha MI. The social representations theory in Brazilian nursing research. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2011[cited 2014 Dec 26];64(5):947-51. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a22v64n5.pdf>
 10. Lefevre F, Lefevre AMC. Discourse of the Collective Subject: social representations and communication interventions. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2014[cited 2015 Feb 8];23(2):502-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00502.pdf
 11. Creswell JW. *Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens*. Porto Alegre: Penso; 2014.
 12. Bazemore A, Petterson S, Peterson LE. More comprehensive care among family physicians is associated with lower costs and fewer hospitalizations. *Ann Fam Med* [Internet]. 2015[cited 2016 Jan 20];13(3):206-13. Available from: <http://www.annfammed.org/content/13/3/206.full.pdf+html>
 13. Blinderman CD, Billings JA. Comfort care for patients dying in the hospital. *N Engl J Med* [Internet]. 2015[cited 2016 Jan 15];373(26):2549-61. Available from: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1411746#t=article>
 14. Machado JH, Silveira RS, Lunardi VL, Fernandes GFM, Gonçalves NGC, Prestes RC. Patients requiring palliative care: nurses' perception. *Enferm Foco* [Internet]. 2015[cited 2015 Dec 20];4(2). Available from: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/534>
 15. Santana JCB, Caldeira CLG, Martins FPL, Andrade JD, Silva CCD. Experiences of caring for patients of life in terminal: perception of a group of students of nursing. *Enferm Rev* [Internet]. 2015 [cited 2016 Jan 10];18(2). Available from: <http://200.229.32.55/index.php/enfermagemrevista/article/view/10684>
 16. Jo KH, Park AR, Lee JJ, Choi SJ. The effect of suffering experience, empathy ability, caring behaviors on terminal care performance of clinical nurses. *Korean J Hosp Palliat Care* [Internet]. 2015[cited 2016 may 10];18(4):276-84. Available from: <http://dx.doi.org/10.14475/kjhpc.2015.18.4.276>
 17. Rezende MCRA, Lopes MRANE, Gonçalves DA, Zavanelli AC, Fajardo RS. Host and welfare in humanized health care. *Arch Health Invest* [Internet]. 2015[cited 2015 Dec 17];4(3). Available from: <http://www.archhealthinvestigation.com.br/index.php/ArchHI/article/view/904>
 18. Freire ER. Medical futility, from theory to practice. *Arq Med* [Internet]. 2015[cited 2015 Dec 10]29(4):98-102. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/am/v29n4/v29n4a03.pdf>
 19. Silveira RS, Martins CR, Lunardi VL, Vargas MAO, Lunardi Filho WDL, Avila LI. The moral dimension of care in intensive therapy. *Ciênc Cuid Saúde* [Internet]. 2014[cited 2016 Jan 7];13(2):01-12. Available from: <http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19235x>
 20. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. *Manual de cuidados paliativos academia nacional de cuidados paliativos: ampliado e atualizado*. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2012. 590 p.
 21. Wittenberg E, Goldsmith J, Neiman T. Nurse-perceived communication challenges and roles on interprofessional care teams. *J Hosp Palliat Nurs* [Internet]. 2015[cited 2015 Dec 17];17(3):257-62. Available from: http://journals.lww.com/jhpn/Abstract/2015/06000/Nurse_Perceived_Communication_Challenges_and_Roles.16.aspx
 22. Cardoso DH, Muniz RM, Schwartz E, Arriera ICO. Hospice care in a hospital setting: the experience of a multidisciplinary team [Internet]. 2013[cited 2015 Jan 20];22(4):1134-41. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400032
 23. Fitch MI, Fliedner MC, O'Connor M. Nursing perspectives on palliative care 2015. *Ann Palliat Med* [Internet]. 2015[cited 2015 Nov 10];4(3):150-5. Available from: <http://www.amepc.org/apm/article/view/7034/7817>
 24. Leemans K, Van den Block L, Stichele RV, Francke AL, Deliens L, Cohen J. How to implement quality indicators successfully in palliative care services: perceptions of team members about facilitators of and barriers to implementation. *Support Care Cancer* [Internet]. 2015[cited 2016 Jan 10];23(12):3503-11. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007%2F00520-015-2687-8>
 25. Rodrigues LA, Ligeiro C, Silva M. Hospice care, diagnostic and terminally: indication and process start palliation. *CuidArte, Enferm* [Internet]. 2015[cited 2016 may 8];9(1):26-35. Available from: <http://fundacaopadrealbino.org.br/fac/ipa/ner/pdf/Revistacuidartenfermagem%20v.%209%20n.1%20%20jan.%20jun%202015.pdf>