
CUIDADOS PALIATIVOS NA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR: A VIVÊNCIA DE UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Daniela Habekost Cardoso¹, Rosani Manfrin Muniz², Eda Schwartz³, Isabel Cristina de Oliveira Arrieira⁴

¹ Enfermeira. Residente do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: danielahabekost@yahoo.com.br

² Doutora em Enfermagem Fundamental. Professora Adjunto da Faculdade de Enfermagem da UFPel e Coordenadora da área de Enfermagem do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: romaniz@terra.com.br

³ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto da Faculdade de Enfermagem da UFPel. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: eschwartz@terra.com.br

⁴ Mestre em Ciências da Saúde. Enfermeira do Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar do Hospital Escola da UFPel. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: isa_arrieira@hotmail.com

RESUMO: Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo, que objetivou conhecer a vivência de uma equipe multiprofissional no cuidado paliativo no contexto hospitalar. Participaram do estudo seis membros de uma equipe multiprofissional de saúde, que atende pacientes em cuidados paliativos, de um Hospital Escola no Sul do Brasil. Identificou-se que os profissionais, ao iniciarem sua trajetória de cuidado na terminalidade, referiram frustração e impotência. Contudo, a experiência fez com que encontrassem novos significados para o cuidado prestado, passando a entender a morte como evento natural da vida e a importância de garantir qualidade de vida e conforto ao paciente. Os participantes relataram a necessidade do fortalecimento da comunicação, do trabalho em equipe e de um espaço para discutirem a terminalidade. Assim, a atenção hospitalar deve atender as necessidades do paciente em cuidados paliativos e família, articulando e promovendo ações que garantam o alívio dos sofrimentos e uma sobrevida digna.

DESCRIPTORES: Equipe de assistência ao paciente. Cuidados paliativos. Assistência hospitalar. Paciente terminal. Atitude frente à morte.

HOSPICE CARE IN A HOSPITAL SETTING: THE EXPERIENCE OF A MULTIDISCIPLINARY TEAM

ABSTRACT: The objective of this qualitative, descriptive and explanatory study was to identify the experience of a multidisciplinary team in providing hospice care in the hospital setting. The study included six members of a multidisciplinary health team providing palliative care in a university hospital in the South of Brazil. The results indicate that when professionals began providing care to terminal patients, they experienced frustration and a sense of helplessness. The experience, however, enabled them to find new meanings for care delivery, coming to understand death as a natural event of life, and realizing the importance of ensuring quality of life and providing comfort to patients. The participants reported the need to strengthen communication, teamwork, and to create opportunities to discuss terminality. Thus, hospital care should meet the needs of patients receiving hospice care and those of their families, connecting and promoting actions to ensure patients have their suffering relieved and can survive with dignity.

DESCRIPTORS: Patient care team. Palliative care. Hospital care. Terminally ill. Attitude to death.

LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN LA ASISTENCIA HOSPITALARIA: LA VIVENCIA DE UN EQUIPO MULTIPROFESIONAL

RESUMEN: Estudio cualitativo exploratorio descriptivo, cuyo objetivo era conocer la experiencia del equipo multi-profesional en la atención de pacientes en cuidados paliativos en el ámbito hospitalario. Participaron del estudio seis integrantes de un equipo multi-profesional de la salud, los cuales proporcionan atención a los pacientes en cuidados paliativos en un Hospital Escuela en el sur de Brasil. Se identificó que los profesionales, al comenzar su trayectoria en la atención a pacientes terminales relataron sentimientos de frustración y impotencia, sin embargo, el tiempo hizo que ellos encontraran nuevos significados a los cuidados prestados. Los profesionales identificaron como puntos a trabajar la necesidad de fortalecer la comunicación, el trabajo en equipo y la creación de un espacio para discutir sobre el proceso por el que pasan los pacientes terminales. Finalmente, la atención hospitalaria debe satisfacer las necesidades de los pacientes en cuidados paliativos y familiares, promoviendo acciones que garanticen el alivio al sufrimiento.

DESCRIPTORES: Grupo de atención al paciente. Atención paliativa. Atención hospitalaria. Enfermo terminal. Actitud frente a la muerte.

INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos surgiram como uma modalidade terapêutica, que tem por filosofia melhorar a qualidade de vida dos pacientes e famílias no enfrentamento de doenças que ameaçam a vida, por meio da prevenção e alívio dos sofrimentos físicos, psicossociais e espirituais.¹ O cuidado paliativo é tradicionalmente objeto de ação na área oncológica, embora possa ser utilizado em qualquer situação de terminalidade. Isso se deve ao fato de que 70% dos pacientes diagnosticados com câncer no mundo irão morrer em decorrência da doença que, normalmente, é acompanhada de sofrimentos.²⁻³

Neste contexto, existem mais de 7.000 serviços de cuidados paliativos em mais de 90 países. Contudo, no Brasil, atualmente, são apenas 40 serviços especializados nessa modalidade terapêutica.⁴⁻⁵ Assim, tendo em vista a expectativa do aumento no número de casos novos de câncer, sendo que em 2020 aproximadamente 15 milhões de pessoas irão apresentar esse diagnóstico, emerge a necessidade de expansão dos cuidados paliativos.⁶

Nesta perspectiva, surgem iniciativas no Brasil para consolidar a atenção paliativa. No ano de 2001, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) e o Ministério da Saúde (MS) publicaram um manual de cuidados paliativos como forma de divulgar informações e orientar profissionais da saúde que prestam assistência a esses pacientes. Entre as metas estabelecidas estão promover a finitude da vida de forma digna, por meio de uma terapêutica voltada ao controle sintomático e preservação da qualidade de vida, sem prolongamento ou abreviação da sobrevida, sendo indispensável uma abordagem multidisciplinar.⁷

Logo após, instituiu-se a Política Nacional de Atenção Oncológica e o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, indicando as diretrizes da assistência paliativa a serem implantadas em todas as unidades de saúde, sendo necessário estimular a organização de serviços e de equipes multidisciplinares para a assistência a essa clientela.⁸⁻⁹

Paliar é uma dimensão do cuidado em saúde e todos os profissionais devem saber quando os cuidados paliativos serão necessários. Assegurar este tipo de atenção propicia um cuidado de qualidade, não importando se oferecido em uma instituição de saúde ou na residência do indivíduo.⁴ Entretanto, aspectos culturais, associados aos fatores sociais, como a dificuldade do tratamento e

manejos dos sintomas do paciente em seu domicílio, podem ser a causa de, aproximadamente, 70% dos óbitos ocorrerem em hospitais.¹⁰

Neste sentido, a assistência paliativa, por se tratar de uma abordagem complexa e que objetiva atender todas as dimensões do ser cuidado e de sua família, prioriza uma equipe multiprofissional, que deve ser composta por enfermeiro, psicólogo, médico, assistente social, farmacêutico, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, dentista e assistente espiritual. Entretanto, para alcançar esse objetivo, torna-se fundamental que o profissional adote uma postura reflexiva em relação às práticas de cuidado, de modo que as instituições hospitalares visem à dignidade e totalidade do ser humano.⁵⁻¹¹

O cuidado paliativo implica, principalmente, a relação interpessoal entre as pessoas que cuidam e as que são cuidadas, sendo as intervenções técnicas secundárias à relação que se estabelece entre equipe multiprofissional e pacientes.² Contudo, ao observar a realidade, percebe-se que o processo de cuidar adquiriu características meramente tecnicistas e reducionistas.¹¹

Assim, tendo em vista todos os aspectos relevantes para o cuidado paliativo, e que esse depende de uma abordagem multidisciplinar para produzir uma assistência harmônica e convergente ao indivíduo, sem possibilidades de cura, e à sua família, os integrantes da equipe multiprofissional necessitam ter, como meta, uma opção de tratamento adequado para estes pacientes. Neste sentido, torna-se primordial o resgate da humanização do processo de morrer, ou seja, a morte é vista como parte de um processo da vida.¹²⁻¹³

Neste pensar, equipes que assistem pacientes em cuidados paliativos especializados ou treinados apresentam melhores resultados no controle de sintomas físicos como dor, bem como dos sofrimentos psicossociais, e a capacitação desses necessita ser priorizado pelos serviços de saúde.⁶

Entende-se que a assistência prestada pela equipe multiprofissional ao ser que enfrenta o processo de terminalidade em uma instituição hospitalar necessita ser discutida e refletida. Condições socioeconômicas e a dificuldade de controle de sintomas dificultam a permanência deste em seu lar, tornando necessária a hospitalização. Dessa forma, compreender a equipe que assiste o paciente em terminalidade no cenário hospitalar, de modo a conhecer suas concepções e o desenvolvimento do cuidado, poderá contribuir para qualificar a assistência e o alívio dos sofrimentos

em todas as suas dimensões, valorizando assim, a integralidade humana.

Portanto, considera-se relevante este estudo, pois o mesmo dará voz aos profissionais que realizam este cuidado, que teve como objetivo conhecer a vivência de uma equipe multiprofissional no cuidado paliativo no contexto hospitalar.

METODOLOGIA

Por se tratar de um estudo que visa a compreender a subjetividade das pessoas, optou-se pela abordagem qualitativa, exploratória e descritiva.¹⁴ A pesquisa foi desenvolvida em uma unidade clínica de internação de um hospital de ensino no Sul do Brasil. Esta instituição atende a pacientes exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e, a partir de 2007, recebeu nova habilitação de acordo com a atual legislação, passando a funcionar como unidade de assistência de alta complexidade em oncologia (UNACON). A unidade de internação, foco do estudo possui 24 leitos distribuídos a pacientes clínicos com diferentes patologias, dentre elas, os portadores de neoplasia em diferentes estádios da doença. Embora não seja uma unidade especializada em cuidados paliativos, atende a pacientes em processo de terminalidade e que necessitam desta terapêutica.

Para seleção dos sujeitos, foi eleito um turno de trabalho, de forma aleatória, a fim de preservar o anonimato dos profissionais. Salienta-se que esta unidade conta com cinco equipes, duas de dia (manhã e tarde) e três à noite. Os critérios para seleção dos sujeitos foram: ter idade igual ou superior a dezoito anos, fazer parte da equipe multiprofissional da unidade e permitir a publicação dos resultados nos meios científicos. As participantes do estudo foram seis profissionais que atuam nesta unidade, sendo um de cada área de atuação, ou seja, uma enfermeira, uma nutricionista, uma psicóloga, uma assistente social, uma fisioterapeuta e uma médica oncologista. As participantes foram identificadas por nomes fictícios escolhidos pelas mesmas.

Para tornar possível a coleta de dados, as profissionais foram convidadas verbalmente a participar do estudo. Depois do aceite, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e realizada uma entrevista semiestruturada, contendo cinco questões abertas que se referiam à vivência em cuidados paliativos, dificuldades e facilidades encontradas na prática profissional e dados de identificação. As entrevistas ocorreram

no período de setembro a dezembro de 2011, em uma sala reservada para essa finalidade, na mesma instituição onde o estudo foi realizado. Os dados foram coletados por meio de gravações em aparelho digital e, posteriormente, o material foi transcrito na íntegra.

A análise dos dados constituiu-se de três etapas: a ordenação dos dados, que compreendeu desde o momento da transcrição das entrevistas à leitura exaustiva dos relatos para a organização destes em ordem de classificação do tema investigado. A classificação dos dados foi o momento em que se agruparam os temas da pesquisa segundo os objetivos, com o embasamento teórico de autores sobre cuidados paliativos. Na análise final dos dados, ocorreu reflexão dos pesquisadores sobre o material empírico, buscando a sua interpretação.¹⁴

Previamente à coleta de dados, o projeto foi submetido à apreciação e à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, parecer n. 52/11, de acordo com as normas estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.¹⁵

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a equipe multiprofissional, a experiência de promover o cuidado paliativo no contexto hospitalar relacionou-se aos seguintes temas: paliar: controle de sintomas e humanização da assistência; vivenciar o processo de terminalidade e ressignificar o cuidado; e desafios para a equipe multiprofissional no cuidado paliativo.

Paliar: controle de sintomas e humanização da assistência

Ao descreverem o significado de paliar, as participantes mencionaram que para a implementação de ações paliativas a equipe multiprofissional deve ter a sensibilidade e a capacidade de identificar e cuidar das diversas dimensões do sofrimento humano.⁴

Neste sentido, as profissionais entenderam como cuidado paliativo a assistência prestada ao paciente fora de possibilidade de cura, na qual o objetivo é o controle dos sintomas. *Eu entendo por cuidado paliativo todo aquele cuidado que não tem perspectiva de cura, mas que tem perspectiva de qualidade de vida dentro da terminalidade. É o paciente que vai ficar sem dor, é o paciente que não vai ficar nauseado. É aquele cuidado que não vai reverter o quadro, não vai prolongar a vida, mas que vai dar conforto para esse*

paciente e para a família também [...] (Isabela); [...] quando alguém está em cuidados paliativos é porque não tem mais jeito, ou seja, a pessoa não tem mais cura, a pessoa apenas vai ter um cuidado para morrer melhor, ou seja, vai ter uma qualidade de vida, vão aliviar a dor, conforto [...] (Amanda); [...] cuidado paliativo é todo aquele cuidado que a gente demanda para um paciente que já não tem mais perspectiva de um tratamento oncológico específico na tentativa de dar maior bem-estar, melhorar todos os sintomas que aquele paciente venha a sentir, todos os desconfortos, eu acho que a palavra mais adequada. E não só com relação à parte clínica, mas também psicológica, familiar e social [...] (Claudia).

Nos depoimentos, observou-se a preocupação com o alívio dos sintomas físicos, especialmente o controle algíco, e do sofrimento psicossocial. Contudo, nenhuma participante relatou a dimensão espiritual. Constatou-se, ainda, a inclusão da família como parte do cuidado e a necessidade de garantir qualidade de vida, concordando com a filosofia de cuidados paliativos, definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Ainda percebeu-se, em parte das entrevistas, a preocupação com a humanização do cuidado prestado, focando sua atenção não apenas no controle de sintomas, mas na necessidade de ouvir o paciente e sua família, e sendo solidário com estes: *[...] e eu acho que para o paciente é ouvir, conversar, se mostrar presente, afeto [...] junto com o restante da equipe procurar ter um entendimento daquela situação, procurar ouvir as dificuldades, os medos, nesse sentido, acolher naquele momento de insegurança e de dor [...] (Isabela); [...] então, se a gente tivesse no hospital um lugar que tu possas, agora a gente tem a sala de TV, mas se tivesse um lugar que tu possas levar esse paciente, dar um passeio. Nem que fosse um lugar pequenininho, um jardim, mas que ele pudesse ver o sol, né? Já seria bem melhor [...] (Aline).*

Para que haja excelência nos cuidados ao final da vida, é indispensável que a equipe de saúde encontre estratégias para o controle de sintomas físicos, mas que, também, valorize a necessidade de alívio dos sofrimentos psicológicos e espirituais presentes nessa situação. Destacou-se, ainda, a relevância de uma assistência humanizada e um relacionamento empático entre trabalhadores de saúde com clientes e família, promovendo melhor qualidade de vida a esses.

O cuidado paliativo propõe, ao profissional de saúde, o desafio de cuidar com competência científica sem, no entanto, esquecer-se da valorização do ser humano.¹⁶ Para que essas necessidades sejam atendidas, e o cuidado seja integral, é pri-

mordial que a equipe de saúde resgate a relação interpessoal empática, sendo fundamental ouvir e tornar-se sensível às necessidades dos pacientes, mais do que habilidades técnicas para diagnosticar e tratar. Estes pacientes esperam que a relação com os profissionais da saúde seja alicerçada por compaixão, respeito e empatia, de modo a auxiliá-los no processo de morte, valorizando a sua experiência.⁵⁻¹⁷

Observou-se, no depoimento de Isabela, sua experiência com uma paciente em terminalidade, que se recusou a realizar um procedimento cirúrgico. *[...] eu acho que eles têm que ter autonomia, tem que ser respeitados. Por exemplo, no caso dessa paciente [...] quem sou eu para obrigar ela a fazer essa cirurgia? O que eu fiz foi aquilo que estava ao meu alcance, eu conversei, o médico conversou com ela [...] avisei a ambulância, ficou tudo pronto para a ida dela. O que dependia da equipe de saúde foi feito, agora a decisão é dela. Eu acho que isso a gente tem que respeitar. É um direito [...] (Isabela).*

Em sua fala, pôde-se perceber o direito de autonomia do paciente, preservado por parte da equipe multiprofissional. Entende-se que as ações paliativas devem visar não apenas ao controle de sintomas apresentados, mas valorizar a relação e fortalecer a confiança entre o paciente e a equipe de saúde, e para isso, deve-se respeitar o direito de autonomia destas pessoas, sendo este um dos princípios que permeia o cuidado paliativo.

O trabalho multiprofissional é necessário para o cuidado paliativo que procura resgatar os valores éticos e humanos, assim como a autonomia individual.¹⁸ O cuidado deve ser compartilhado, e o paciente com câncer merece do profissional toda a benevolência e respeito. Auxiliá-lo, em todas as fases deste processo, implica orientá-lo sem coagir, mostrando-lhe os benefícios e desvantagens de cada tratamento, de forma inteligível a seu nível de compreensão.¹²

Vivenciar o processo de terminalidade e ressignificar o cuidado

Ao mencionarem aspectos relacionados ao cotidiano de trabalho no processo de terminalidade, identificou-se que, no início, as profissionais encontraram dificuldades em aceitar a finitude da vida, assim como a impossibilidade de impedir a evolução da doença. Contudo, a experiência trouxe mudanças em suas concepções e novos significados para o cuidado prestado.

O início do trabalho foi marcado, segundo as profissionais, por sofrimentos e angústias, atrela-

dos ao fato de se sentirem impotentes e frustradas com relação à morte: [...] *então, no começo foi muito pesado, as primeiras vezes, quando eu vim para cá e comecei a tratar com paciente oncológico, foi muito angustiante, a gente sofre muito no início [...]. E tu admitires que não tem mais nada a que fazer. É lidar com a impotência [...]* (Amanda); [...] *no início foi muito difícil, era muito difícil aceitar, né, [...]* nós não estamos preparados para enxergar um paciente que extrapola o nosso conhecimento. Parece que somos nós que estamos falhando, que falta conhecimento para conseguir atender até o fim da vida [...] *é muito frustrante a gente ter o conhecimento, ter recursos, e chegar a um ponto de ver que tudo que tu estás fazendo, tu não consegues. Chega um ponto que ultrapassa a tua vontade, é o limite [...]* (Ana).

Ao se depararem frente à realidade da morte e da impossibilidade de evitá-la, pois esta pode ser um desfecho natural de doenças avançadas como câncer, as trabalhadoras passaram a questionar sua atuação profissional, seus conhecimentos técnicos e científicos para assistirem a quem morre. Todavia, este processo deve servir como disparador para discussões sobre a necessidade e importância da assistência paliativa no contexto hospitalar.

A morte ainda é vista, por muitos profissionais de saúde, como um fracasso, incapacidade ou incompetência, uma vez que eles foram formados para combatê-la.¹⁹ A terminalidade está relacionada a sentimentos de medo, impotência, tristeza, depressão, culpa, fracasso e falha.²⁰

Contudo, as rotinas de trabalho levaram as profissionais a refletirem sobre sua prática e a encontrarem novos significados para o cuidado, aceitarem a terminalidade da vida e a importância do seu trabalho para com o paciente e a família que enfrentaram esse momento: [...] *no início foi muito difícil, né, trabalhar com a questão da terminalidade [...]. Mas depois, eu pude perceber que o papel da equipe era um papel fundamental, de auxílio daquele momento tão difícil [...]. Então o próprio trabalho, o próprio dia a dia e muitas famílias me ajudaram a conseguir lidar com essa situação [...]* (Isabela); [...] *e na hora tu tens que ser uma pessoa forte, ser profissional. Mas como pessoa tu te sentes uma pessoa útil, sabe? Como profissional, tu te sentes fazendo o teu papel [...]* (Amanda); [...] *e uma das situações que a gente pode ajudar e que se sente mais gratificada, eu acho que é quando tem algum sintoma importante que a gente consegue controlar [...]* (Claudia).

Neste sentido, as entrevistadas, após entenderem suas limitações e aceitarem a morte como um evento natural, ressignificaram sua vivência de cuidado, sendo a possibilidade de auxiliar

pacientes e famílias entendida como gratificante e o trabalho multidisciplinar como fundamental.

O trabalho dos profissionais de saúde leva a diversas formas de estresse, mas, também, proporciona momentos de satisfação.⁴ A equipe multiprofissional, que vivencia o cuidado a pacientes em terminalidade, muitas vezes, envolve-se e sensibiliza-se com o doente e sua família, e não raro compartilha seus sofrimentos.²¹

Dessa forma, desenvolvem um espaço de relacionamento interpessoal que possibilita a construção de vínculos com pacientes e familiares, conforme referem as participantes do estudo: [...] *o vínculo é grande e, quando acontece a morte, também o sentimento é grande [...]* (Ana); [...] *ai, como eu sabia que ela estava bastante mal, eu tardei a minha chegada, mas parece que ela esperou [...]. Parece que ela esperou a gente chegar para [morrer]. E a gente ficou envolvida, tanto eu quanto a assistente social, até o fim da tarde, com a família [...]* (Carolina); [...] *não é como tu manipular um remédio, 2 ml de uma coisa, 5 ml de outra, não, é uma pessoa, é um ser humano, que vai fazer trocas contigo. Então, é claro que tem vínculos [...]* (Isabela).

Os profissionais de saúde em instituições hospitalares tendem a passar grande parte do seu tempo na prestação de cuidados diretos a pacientes e familiares e, ao se deparar com situações de sofrimento, como o processo de terminalidade, compartilham suas angústias e dificuldades, sendo um importante momento de trocas em suas vidas. Neste sentido, o ato de cuidar do paciente no final da vida, e de sua família, possibilita a formação de vínculos,²² sendo decisiva para concretizar a humanização da assistência prestada.

Desafios para a equipe multiprofissional no cuidado paliativo

Entre os desafios para a equipe multiprofissional no cuidado paliativo, foram descritos conflitos e necessidades de qualificação da equipe para identificar as dificuldades de lidar com o processo de terminalidade. [...] *às vezes, se torna uma coisa cansativa, também por parte dos funcionários. Porque nem todo mundo está preparado para lidar com esse tipo de paciente. Porque, quando tu tens um serviço específico para isso, é diferente. Porque aquela pessoa, que está ali para trabalhar, sabe que vai trabalhar com aquilo. Não é o nosso caso aqui [...]* (Aline); [...] *também tem esse medo de ser cobrado porque não fez alguma coisa. Tem que ter essa tranquilidade de dizer assim: a partir de agora a gente não vai fazer mais nada, [...]* mas tem que ter certeza e um cuidado para fazer certo. Isso aí

tem que ter muito, muito preparo, preparo profissional, multiprofissional [...] (Amanda).

Observou-se, nos relatos, que os participantes mencionaram a falta de preparo da equipe de saúde da atenção hospitalar, com relação aos cuidados paliativos, sendo este fato desencadeador de conflitos. Em outros momentos, foi possível perceber a dificuldade de consenso nas ações da equipe multiprofissional, quando da realização de procedimentos que possivelmente não tragam benefício ao paciente: [...] *mas outra dificuldade assim é que, às vezes, tu és obrigado a usar meios que tu não gostarias de usar. Por exemplo, um paciente que tu sabes que não vai somar muito naquela doença dele, naquele momento, como a passagem de uma sonda, administração da alimentação por sonda. Mas tu te vês obrigada, às vezes, por insistência da própria família, por insistência de outros colegas. Eu não sei, mas eu vejo mais o lado do paciente, né? Porque ele sabe que aquilo ali não vai adiantar muito, vai ser mais um sofrimento para ele [...] (Carolina).*

A relação de trabalho entre a equipe multiprofissional influencia decisivamente na assistência prestada ao paciente em terminalidade. Assim, entende-se como fundamental que suas decisões permitam a participação democrática de seus integrantes e, sobretudo, do próprio cliente, priorizando seu conforto e qualidade de vida.

A preocupação em poder alimentar o paciente com câncer em estágio avançado é motivo de discussão entre os profissionais de saúde. Entretanto, o cuidado nutricional deve estar integrado aos cuidados oncológicos globais e contribuir para a qualidade de vida.²³ Mas, sobretudo, a coesão da equipe, em relação à meta e aos planos, é fundamental, e contribui para construir uma relação de confiança com pacientes e famílias.²¹

Em relação à comunicação da equipe com os pacientes: [...] *então, eu acho que a facilidade que se tem aqui, no hospital, de cuidar desse paciente, é a gente tentar ter essa facilidade de comunicação e trabalhar mais em equipe, né? E conseguir prestar um cuidado melhor [...] (Aline). [...] às vezes, não tem essa comunicação de dizer o que mudou, depende muito das equipes [...] (Ana).*

A habilidade de comunicar, indispensável ao trabalho multiprofissional, é entendida pelos entrevistados como estratégias para transpor as dificuldades e limitações encontradas. Este pensar também foi observado em outro estudo, no qual a comunicação excelente e o respeito entre os membros contribuíram para a qualidade da assistência prestada.²⁴

As participantes referiram sobre a importância da educação para a boa prática de cuidados paliativos: [...] *talvez uma das tentativas fosse se as pessoas tivessem mais cursos de cuidado paliativo, entendessem mais disso, se houvesse uma disciplina disso na faculdade, eu acho que iria ajudar muito [...] (Amanda); [...] realmente, essa área é bem deficitária na área da saúde, em todos os sentidos de conhecimento e de prática também, [...] mas, os pacientes estão vivendo mais e cada vez mais precisando de cuidados paliativos. E eu acho que a demanda só tende a crescer, e a gente vai ter que se informar mais. Seria ótimo se toda a equipe multiprofissional pudesse participar de atualizações, mas com pessoas que realmente estejam preparadas para nos falar disso [...] (Claudia).*

O processo de formação, necessariamente, deve contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades específicas relacionadas com o cuidado no fim da vida.¹⁹ Profissionais de saúde especializados ou treinados apresentam melhores resultados no controle de sintomas físicos como dor, bem como dos sofrimentos psicossociais, e a capacitação desses necessita ser priorizado pelos serviços de saúde.⁶

As entrevistadas reforçaram a importância de reuniões ou grupos abordando esta temática e, também, a mudança de cultura no cuidado à saúde focando a espiritualidade: [...] *isso é uma necessidade de todos, discutir sobre a terminalidade, discutir sobre a própria espiritualidade de quem está trabalhando [...] então, falta uma discussão, acho que a terminalidade em relação não só ao conhecimento científico, mas na parte de espiritualidade de preparação do profissional para entender essa morte, não sei se para entender, mas para discutir realmente [...] (Ana); [...] cada um tem a sua ideia, e talvez seja assim mesmo, por causa da religião e das crenças de cada um. Mas eu acho importante ouvir diferentes opiniões, como um pastor, alguém de outra religião, ou alguma outra pessoa mais entendida sobre isso, para nos dar uma base melhor [...] (Cláudia); [...] a morte é uma coisa difícil, é uma coisa que a gente não está preparado [...] isso é uma coisa cultural que não o fato de a gente ser trabalhador de saúde, de trabalhar aqui dentro, que a gente pega os sentimentos e atira pela janel. Tem que ser trabalhado dentro da gente. Acho importante aquelas pessoas que têm uma espiritualidade desenvolvida, que conseguem lidar muito por esse lado espiritual. Eu acho que isso ajuda [...] (Isabela).*

Observou-se, nos depoimentos, a necessidade de discutir sobre questões que envolvem a espiritualidade do profissional, também como modo de qualificar a assistência prestada ao paciente em terminalidade. Nesse momento, as participantes

não apontaram as questões espirituais como alívio do sofrimento, conforme preconiza a OMS. Talvez este fato esteja relacionado com a reduzida discussão sobre o assunto.

Desse modo, assistir pessoas em terminalidade mobiliza emoções nos membros da equipe de saúde, pois a morte passa a ser parte do seu cotidiano, gerando conflitos e necessidade de reflexão, sendo necessário um suporte. A formação de grupos que possibilitem aos profissionais expressar ansiedades e dificuldades relacionadas ao processo de morte e morrer pode promover conforto, e contribuir na sua prática de cuidado a esta clientela. Assim, é preciso atentar para as necessidades do trabalhador da saúde, como um ser humano que cuida, mas que também precisa ser cuidado, pois esta condição parece influenciar sua disposição para cuidar do próximo, especialmente ao oferecer atenção voltada para os aspectos espirituais.²⁵⁻²⁶ Gestores dos serviços de saúde devem identificar as fragilidades das instituições e priorizar estratégias para atendê-las,²⁷ especialmente no que se refere a qualificar as habilidades dos profissionais e, assim, garantir um cuidado paliativo científico e humano de excelência aos pacientes e familiares que enfrentam o processo de terminalidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A equipe multiprofissional, que assiste os pacientes em cuidados paliativos no hospital, compreende o cuidado de formas diversas, sendo sua vivência construída e reconstruída durante sua vida profissional. Desse modo, percebe-se que, ao iniciarem essa trajetória, esses se sentem frustrados e impotentes com relação à morte, pois esta é culturalmente vista como fracasso, sendo formados para combatê-la.

Todavia, a rotina de trabalho e a experiência conquistada na assistência a pacientes em terminalidade, exigem que esses profissionais reflitam sobre suas práticas e concepções e, assim, ressignificam o cuidado prestado. Com isso, passam a entender a morte como evento natural da vida e a importância da equipe multiprofissional para garantir qualidade de vida e conforto ao paciente e sua família. Este fato está atrelado à construção de vínculos entre as participantes do estudo e seus clientes, de modo que estes compartilham momentos de dificuldade e angústias, o que causa sofrimento nessas trabalhadoras, mas, sobretudo, proporciona satisfação e realização profissional, promovendo um cuidado humanizado indispensável à atenção paliativa.

Nesse processo de construção, as profissionais identificam fragilidades e desafios da equipe multiprofissional, como a necessidade de qualificar a comunicação e o trabalho em equipe. Assim, vislumbram, como ferramenta para esses objetivos, o desenvolvimento de treinamento e educação em serviço para a área hospitalar, já que a maior parte das ações de cuidados paliativos, nessa instituição, é voltada à atenção domiciliar.

Por fim, destaca-se que a atenção ao paciente com câncer avançado, dependente de cuidados paliativos, necessita ser refletida e fortalecida também nas instituições hospitalares, pois, muitas vezes, condições socioeconômicas e físicas, como dificuldade de controle de sintomas, falta de um cuidador, assim como a escassez de leitos e equipes de internação domiciliar, impossibilitando a permanência dele no seu domicílio, sendo necessária a hospitalização.

Nesse momento, a equipe multiprofissional deve estar apta para atender a suas necessidades de forma integral e humanizada, articulando e promovendo ações que garantam uma sobrevivência digna e controle adequado dos sintomas físicos, psicológicos e espirituais, conforme recomenda a filosofia paliativista, compreendendo este ser e sua família na sua subjetividade e complexidade, a quem ainda se tem muito a fazer.

Espera-se que este estudo possa contribuir para construção de conhecimentos e, especialmente, para deter a atenção de gestores e profissionais sobre a necessidade de educação continuada, bem como de um espaço para discussão dos aspectos psicológicos e espirituais, destinado à equipe de saúde que atende a pacientes em cuidados paliativos no cenário hospitalar, a fim de qualificar a assistência prestada.

As limitações deste estudo relacionam-se ao número de sujeitos e ao local do estudo, um único hospital, o que impede a generalização dos achados, porém, estes são considerados válidos, pois refletem condições semelhantes verificadas em pesquisas de maior abrangência, destacando-se a necessidade de estudos complementares que envolvam o tema. Ainda existe uma carência de estudos sobre a prática de cuidados paliativos nas instituições hospitalares, sendo mais discutida e pesquisada essa modalidade de assistência no ambiente domiciliar.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde [pagina da internet]. Definition of palliative care. Genebra (CH): OMS,

2002. [acesso 2011 Mar 20]. Disponível em: www.who.int/cancer/palliative/definition
2. Simoni M, Santos ML. Considerações sobre cuidado paliativo e trabalho hospitalar: uma abordagem plural sobre o processo de trabalho de enfermagem. *Psicologia USP*. 2003; 14(2):169-94.
3. Organização Mundial de Saúde, Organização Panamericana de Saúde. *Cuidados paliativos: guías para el manejo clínico*. Genebra (CH): OMS; 2004.
4. Silva RCF, Hortale VA. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. *Cad Saúde Pública*. 2006 Out; 22(10):2055-66.
5. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. *Manual de cuidados paliativos*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2009.
6. Higginson IJ, Evans CJ. What is the evidence that palliative care teams improve outcomes for cancer patients and their families. *Cancer J*. 2010 Sep-Oct; 16(5):423-35.
7. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer. *Cuidados paliativos oncológicos: controle de sintomas*. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2001.
8. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 19/GM de 03 de janeiro de 2002: institui o programa nacional de assistência à dor e cuidados paliativos. Brasília (DF): MS; 2002. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 8 Jan 2002. Seção 2.
9. Ministério da Saúde (BR). Portaria 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005: institui a política nacional de atenção oncológica. Brasília (DF): MS; 2005. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 9 Dez 2005. Seção 1.
10. Moritz RD, Lago PM, Souza RP, Silva NB, Meneses FA, Othero JCB. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2008 Out-Dez; 20(4):422-8.
11. Siqueira KM, Barbosa MA, Boemer MR. O vivenciar a situação de ser com câncer: alguns desvelamentos. *Rev Latino-Am Enferm*. 2007 Jul-Ago; 15(4):605-11.
12. Oliveira AC, Silva MJP. Autonomia em cuidados paliativos: conceitos e percepções de uma equipe de saúde. *Acta Paul Enferm*. 2010 Abr; 23(2):212-17.
13. Bifulco VA, Iochida LC. A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura. *Rev Bras Educ Med*. 2009 Jan-Mar; 33(1):92-00.
14. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2007.
15. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1996.
16. Faresin C, Portella MR. Cuidados paliativos e o modo de cuidar: até onde vai o envolvimento? *Estud Interdiscipl Envelhec*. 2009 Jun; 14(2):249-64.
17. Oliveira EA - Santos, MA, Mastropietro AP. Apoio psicológico na terminalidade: ensinamentos para a vida. *Psicol Estud*. 2010 Jun; 15(2):235-44.
18. Girond JBR, Waterkemper R. Sedação, eutanásia e o processo de morrer do paciente com câncer em cuidados paliativos: compreendendo conceitos e inter-relações. *Cogitare Enferm*. 2006 Set-Dez; 11(3):258-63.
19. Rego S, Palácios M. A finitude humana e a saúde pública. *Cad Saúde Pública*. 2006 Ago; 22(8):1755-60.
20. Silva KS, Ribeiro RG, Kruse MHL. Discursos de enfermeiras sobre morte e morrer: vontade ou verdade? *Rev Bras Enferm*. 2009 Mai-Jun; 62(3):51-6.
21. Swetenham K, Hegarty M, Breaden K, Grbich C. Refractory suffering: the impact of team dynamics on the interdisciplinary palliative care team. *Palliat Support Care*. 2011 Mar; 9(1):55-62.
22. Valente HS, Teixeira MB. Estudo fenomenológico sobre a visita domiciliar do enfermeiro à família no processo de terminalidade. *Rev Esc Enferm USP*. 2009 Set; 43(3):655-61.
23. Benarroz MO, Faillace GBD, Barbosa LA. Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos. *Cad Saúde Pública*. 2009 Set; 25(9):1875-82.
24. Manicom CI. Where do our patients die? A review of the place of death of cancer patients in Cape Town, South Africa. *Palliat Support Care*. 2011 Mar; 9(1):31-41.
25. Silva MM, Moreira MC, Leite JL, Erdmann AL. Análise do cuidado de enfermagem e da participação dos familiares na atenção paliativa oncológica. *Texto Contexto Enferm*. 2012 Jul-Set; 21(3):658-66.
26. Nascimento LC, Oliveira FCS, Moreno MF, Silva FM. Cuidado espiritual: componente essencial da prática da enfermeira pediátrica na oncologia. *Acta Paul Enferm*. 2010 Mai-Jun; 23(3):437-40.
27. Rabow MW, Pantilat SZ, Kerr K, Enguidanos S, Ferrell B, Goldstein R, et al. The intersection of need and opportunity: assessing and capitalizing on opportunities to expand hospital-based palliative care services. *J Palliat Med*. 2010 Oct; 13(10):1205-10.