



EEAN

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
DEPARTAMENTO DE METODOLOGIA DA
ENFERMAGEM
NÚCLEO DE PESQUISA GESTÃO EM SAÚDE E
EXERCÍCIO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM



DÉBORA CRISTINA LEITÃO DOS SANTOS

**PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE HOSPITALIZADO NA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ONCOLÓGICA NA PERSPECTIVA DOS
CUIDADOS PALIATIVOS**

RIO DE JANEIRO

2017

Débora Cristina Leitão dos Santos

PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE HOSPITALIZADO NA UNIDADE
DE TERAPIA INTENSIVA ONCOLÓGICA NA PERSPECTIVA DOS CUIDADOS
PALIATIVOS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional da Enfermagem – GESPEn, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Marcelle Miranda da Silva

Rio de Janeiro
2017

Débora Cristina Leitão dos Santos

PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE HOSPITALIZADO NA UNIDADE
DE TERAPIA INTENSIVA ONCOLÓGICA NA PERSPECTIVA DOS CUIDADOS
PALIATIVOS

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery – Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em::

Presidente: Profa. Dra. Marcelle Miranda da Silva – Orientadora

1ª Examinadora: Profa. Dra. Zenith Rosa Silvino

2ª Examinadora: Profa. Dra. Marléa Chagas Moreira

1ª Suplente: Profa. Dra. Geilsa Soraia Cavalcanti Valente

2ª Suplente: Profa. Dra. Marlucci Andrade Conceição Stipp

Felicidade

Marcelo Jeneci

Haverá um dia em que você não haverá de ser feliz

Sentirá o ar sem se mexer

Sem desejar como antes sempre quis

Você vai rir, sem perceber

Felicidade é só questão de ser

Quando chover, deixar molhar

Pra receber o sol quando voltar

Lembrará os dias

que você deixou passar sem ver a luz

Se chorar, chorar é vão

porque os dias vão pra nunca mais

Melhor viver, meu bem

Pois há um lugar em que o sol brilha pra você

Chorar, sorrir também e depois dançar

Na chuva quando a chuva vem

Melhor viver, meu bem

Pois há um lugar em que o sol brilha pra você

Chorar, sorrir também e dançar

Dançar na chuva quando a chuva vem

Tem vez que as coisas pesam mais

Do que a gente acha que pode aguentar

Nessa hora fique firme

Pois tudo isso logo vai passar

Você vai rir, sem perceber

Felicidade é só questão de ser

Quando chover, deixar molhar

Pra receber o sol quando voltar

Melhor viver, meu bem

Pois há um lugar em que o sol brilha pra você

Chorar, sorrir também e depois dançar

Na chuva quando a chuva vem

Melhor viver, meu bem

Pois há um lugar em que o sol brilha pra você

Chorar, sorrir também e dançar

Dançar na chuva quando a chuva vem

Dançar na chuva quando a chuva

Dançar na chuva quando a chuva vem!



Dedico este estudo a todas as pessoas que tenho tido a oportunidade de cuidar. Agradeço a elas por todo aprendizado e por despertarem o que há de melhor em mim.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por fortalecer a minha fé e me conceder a coragem e a perseverança, colocando em meu coração a cada dia a certeza de que tudo sempre vai dar certo.

A minha família, que amo muito e sempre esteve me apoiando e que soube entender meu distanciamento, mas que vive todos os dias em coração e em meus pensamentos, a qual é parte do ser que hoje me tornei. Obrigada por vocês existirem!

Ao meu querido irmão Otávio por estar sempre disposto a me ajudar.

Agradeço ao Alexandre, meu amado e companheiro, por estar sempre ao meu lado, por entender minha ausência e minhas intermináveis horas de estudos, por aceitar as mudanças de planos e por aguentar meus momentos de irritação e estresse com muita tolerância e calma. Obrigada por estar ao meu lado!

A minha querida enfermeira e colega de trabalho Karen Matsumoto, que me ajudou na elaboração inicial do projeto de pesquisa, que acreditou em mim, encorajando-me a ingressar no curso de Mestrado. Obrigada pela paciência e por sempre estar disponível para me ajudar!

Agradeço a também enfermeira e amiga Bárbara Gouveia pelas palavras de confiança, incentivo e companheirismo. Como também as minhas queridíssimas companheiras de plantão Joice, Raquel e Vanilda que tornaram mais fácil essa difícil jornada.

As minhas colegas mestrandas e também guerreiras do curso de Mestrado, Livia Gomes da Silva e Katy Caltado Domingues, pelo apoio e estímulo nos momentos mais difíceis.

A Equipe multiprofissional da Unidade de Terapia Intensiva do INCA, pela colaboração, disponibilidade, atenção e boa vontade de partilharem seus saberes comigo, fazendo com que essa pesquisa de fato acontecesse.

Agradeço aos professores Doutores Marléa Chagas Moreira, Zenith Rosa Silvino, Geilsa Cavalcanti Valente, Marlucci Andrade Stipp e Rafael Celestino, pela disponibilidade de estarem presentes nas bancas, pelo estímulo e pelas valiosas contribuições nas diversas fases do trabalho.

Agradeço a todos os funcionários da EEAN pelo respeito, dedicação e pela vontade de ajudar sempre.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Não poderia deixar de agradecer especialmente a pessoa que me acolheu e aceitou a compartilhar comigo os desafios que surgiram ao longo desta empreitada, minha respeitosa, admirada e querida orientadora Dra. Marcelle Miranda.

Mulher jovem, bonita, inteligente, enfermeira, professora, esposa e ainda mãe de uma linda garotinha chamada carinhosamente de Manu! Pessoa que me inspira a todo o momento e me faz crer que somos capazes, mesmo diante de tantas atribuições.

Pessoa que tive o imenso prazer de conhecer, que mesmo sem me conhecer recebeu-me de abraços abertos. Posso dizer que Deus me agraciou com um anjo para ajudar-me nessa difícil trajetória.

Mesmo diante de todas as minhas dificuldades sempre soube com carinho e delicadeza ajudar da melhor forma, ensinando-me humildemente que é errando que se aprende.

Com sua sabedoria sempre soube acalmar meu coração nos momentos de angústia e desânimo.

Não tenho palavras para dizer o quanto sou grata a você por ter acreditado em mim e me incentivado a conquistar o que por vários momentos pensei ser impossível.

Obrigada por me fazer chegar até aqui. Pela sua generosidade, sua amizade, confiança, pelos seus ensinamentos e sua ternura, mesmo quando a conversa não era para elogios.

Peço a Deus que preserve essa relação construída com muito trabalho, dedicação e cumplicidade no decorrer desses dois anos que se passaram.

RESUMO

SANTOS, Débora Cristina Leitão dos. **Planejamento da assistência ao paciente hospitalizado na unidade de terapia intensiva oncológica na perspectiva dos cuidados paliativos**. Orientadora: Profa. Dra. Marcelle Miranda da Silva. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2016. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Enfermagem).

A pessoa com câncer avançado pode necessitar de hospitalização e em muitas situações, influenciadas pelas incertezas no momento de sua entrada nos serviços é indicada à terapia intensiva. Nestes casos, o planejamento da assistência pode ser conflitante e desafiador e resultar em investimentos obstinados terapeuticamente para oferecer ao paciente uma condição de sobrevivência não mais que vegetativa. Assim, objetivou-se: analisar o entendimento dos profissionais da equipe de saúde multidisciplinar acerca da assistência ao paciente sem possibilidades terapêuticas para a cura no contexto da unidade de terapia intensiva (UTI) oncológica e discutir os objetivos que os profissionais da equipe de saúde buscam alcançar ao planejar esta assistência, na perspectiva dos cuidados paliativos. Estudo descritivo, qualitativo, realizado com profissionais da equipe de saúde multidisciplinar, a saber: enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e nutricionistas, que atuam na UTI adulto do Hospital do Câncer I, Instituto Nacional de Câncer, localizado no município do Rio de Janeiro, Brasil. Os dados foram coletados no período entre dezembro de 2015 e maio de 2016. A técnica de coleta de dados utilizada foi a entrevista semiestruturada e os dados foram analisados seguindo referencial metodológico da análise temática, resultando em seis principais núcleos temáticos. Os profissionais descreveram o perfil da clientela adulta em cuidados intensivos na oncologia como peculiar, com predomínio de pacientes para cuidados de fim de vida. Apesar disso, evidenciou-se ausência de um planejamento assistencial estratégico para os pacientes em situação de terminalidade da vida na UTI oncológica, bem como o reconhecimento dos desafios, principalmente éticos, dos processos relacionados com a sua complexidade. No entanto, sinaliza-se uma consciência por parte desses profissionais da importância de se garantir aos pacientes em cuidados intensivos condições terapêuticas menos danosas e sofridas, com vistas a respeitar a dignidade humana no processo de morrer. Contudo, dificuldades foram apontadas na adoção de melhores práticas assistenciais, dentre elas a falta de conhecimento específico, comunicação ineficaz, deficiências relacionadas ao processo de formação profissional sobre cuidados paliativos, necessidade de conscientização de todas as pessoas envolvidas no processo, déficit de recursos humanos, acúmulo de funções, falta de protocolos que norteiem tal assistência e a complexidade no processo de gestão (triagem e alocação) da clientela diante da atual estrutura hospitalar. Desponta como principal estratégia para viabilizar uma prática assistencial humanizada na perspectiva dos cuidados paliativos a necessidade de capacitação da equipe com investimento maciço na educação dos profissionais acerca dos preceitos paliativos, assim como a implementação de estratégias que minimizem o déficit de comunicação entre as equipes, visando favorecer a qualidade da assistência prestada na UTI oncológica. Para integração entre os cuidados curativos e paliativos na UTI oncológica sugere-se o modelo interconsultivo, uma vez que a instituição possui capital humano detentor deste conhecimento específico.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Unidades de terapia intensiva. Equipes de saúde. Neoplasia.

ABSTRACT

SANTOS, Débora Cristina Leitão dos. **Patient care planning hospitalized in the intensive care unit Oncology palliative care perspective.** Advisor: Prof. Dr. Marcelle Miranda da Silva. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2016. Dissertation (Master's Degree in Nursing).

The person with advanced cancer may require hospitalization, and in many situations, influenced by the uncertainties at the time of their entry in the services, is indicated for intensive care. In these cases, the planning of assistance may be conflicting and challenging, and result in therapeutically obstinate investments to provide the patient with a survival condition that is no more than vegetative. Thus, the objective of this study was to analyze the understanding of multidisciplinary health team professionals about patient care without therapeutic possibilities for healing in the context of the oncology intensive care unit ICU, and discuss the goals that the teams of health professionals seek to reach when planning this assistance, in the context of palliative care. Descriptive and qualitative study, conducted with a multidisciplinary health team professionals, namely: nurses, doctors, physiotherapists and nutritionists, who work in the ICU adult of the Cancer Hospital I, National Cancer Institute, located in the municipality of Rio de Janeiro, Brazil. The data were collected in the period between between December 2015 and May 2016. The data collection technique used was the semi-structured interview, and data were analyzed following methodological referential of the thematic analysis, resulting in six main thematic nuclei. The professionals described the adult clientele profile in intensive care in oncology as peculiar, with a predominance of patients for end-of-life care. Nevertheless, it was evidenced the absence of a strategic assistance planning for the patients in terminal situation of the life in the oncologic ICU as well as the recognition of the challenges, mainly ethical, processes related to their complexity. However, signals an awareness on the part of these professionals of the importance to ensure for patients in intensive care, therapeutic conditions less damaging and suffered, in order to respect human dignity in the process of dying. Although, difficulties were identified in the adoption of better assistance practices, including the lack of specific knowledge, ineffective communication, deficiencies related to the process of professional training in palliative care, need to raise awareness of all the people involved in the process, shortage of human resources, accumulation of functions, lack of protocols that guided such assistance, and complexity in case management (sorting and allocation) of the clientele faced with the current hospital structure. Stands out as a main strategy to enable assistive humanized practice in the perspective of palliative care, the need for team training with massive investment in professional education about palliative precepts, as well as the implementation of strategies that minimize the deficit of communication between teams, in order to promote the quality of assistance provided at the oncology ICU. For integration between curative and palliative care in the oncology ICU suggests the consultative model, since the institution has human capital that holds this specific knowledge.

Keywords: Palliative care. Intensive care units. Patient care team. Neoplasms.

RESUMEN

SANTOS, Débora Cristina Leitão dos. **Planificación de la atención al paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos de oncología en el contexto de los cuidados paliativos**. Asesor: Prof. Dr. Marcelle Miranda da Silva. Río de Janeiro: UFRJ / EEAN de 2016. Disertación (Maestría Académica en enfermería).

La persona con cáncer avanzado puede requerir hospitalización, y en muchas situaciones, influenciados por las incertidumbres en el momento de su entrada en los servicios, es indicada la terapia intensiva. En tales casos, la planificación de la asistencia, puede ser conflictiva, desafiante y resultar en inversiones terapéuticamente obstinadas, para ofrecer al paciente una condición de supervivencia no más de vegetativo. Por lo tanto, el objetivo fue: analizar la comprensión de los profesionales del equipo de salud multidisciplinario sobre el cuidado del paciente sin posibilidades terapéuticas para la curación en el contexto de la unidad de cuidados intensivos (UCI) del cáncer, y discutir las metas que los profesionales del equipo de salud tratan de alcanzar en la planificación de esta asistencia, en la perspectiva de los cuidados paliativos. Estudio descriptivo, cualitativo realizado con profesionales del equipo de salud multidisciplinario, a saber: enfermeras, médicos, fisioterapeutas y nutricionistas que trabajan en la UCI de adultos del Hospital del Cancer I, Instituto Nacional del Cáncer, ubicada en el municipio de Río de Janeiro, Brasil. Los datos fueron recogidos entre Diciembre de 2015 y Mayo de 2016. La técnica de recolección de datos utilizada fue la entrevista semi-estructurada, y se analizaron datos siguiendo referencial metodológico del análisis temático, lo que resulta en seis grandes núcleos temáticos. Los profesionales describieron el perfil de clientela adulta en cuidados intensivos en oncología como peculiar, con un predominio de pacientes en cuidados de final de la vida. Sin embargo, se reveló una falta de planificación de asistencia estratégica para los pacientes con enfermedades terminales de la vida en la UCI oncológica, así como el reconocimiento de los desafíos, principalmente éticos, y los procesos relacionados con su complejidad. Sin embargo, se muestra una conciencia por parte de estos profesionales de la importancia de asegurar a los pacientes en cuidados intensivos condiciones terapéuticas menos perjudiciales y sufridas, con el fin de respetar la dignidad humana en el proceso de la muerte. Apesar de eso, dificultades fueron identificadas en la adopción de mejores prácticas de asistencias, entre ellas la falta de conocimientos específicos, la comunicación ineficaz, las deficiencias relacionadas con el proceso de formación profesional en los cuidados paliativos, la necesidad de tomar conciencia de todas las personas involucradas en el proceso, la escasez de recursos humanos, acumulación de funciones, la falta de protocolos para guiar dicha asistencia, así como la complejidad en el proceso de gestión (selección y asignación) de la clientela delante de la estructura actual de los hospitales. Emergiendo como la principal estrategia para lograr una práctica asistencial humanizada en el contexto de los cuidados paliativos, la necesidad de capacitación del equipo con una inversión masiva en la educación de profesionales acerca de los preceptos paliativos, así como la implementación de estrategias para minimizar el déficit de comunicación entre los equipos, con el objetivo de promover la calidad de la asistencia en la UCI oncológica. Para la integración entre cuidados curativos y paliativos en la UCI oncológica, se sugiere el modelo consultivo, ya que la institución cuenta con capital humano poseedor de este conocimiento específico.

Palabras clave: Cuidados paliativos. Unidades de cuidados intensivos. Grupo de atención al paciente. Neoplasia.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição da produção científica (2011- 2015).....	24
Quadro 2 – Demonstrativo da construção das unidades temáticas.....	41
Quadro 3 – Caracterização dos participantes do estudo	44

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Sugestões para a tomada de decisão quanto ao paciente crítico com doença terminal	31
Figura 2 – Desenho esquemático do serviço de terapia intensiva - INCA	37

LISTA DE FLUXOGRAMA

Fluxograma 1 – Processo de seleção dos estudos	23
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMIB	Associação Brasileira de Medicina Intensiva
ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
CEMO	Centro de Transplante de Medula Óssea
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
GESPEn	Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional da Enfermagem
HC	Hospital do Câncer
IARC	Agência Internacional para Pesquisa em Câncer
INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Literatura Internacional em Ciências da Saúde
MESH	Medical Subject Headings – descritor controlado pela NLM (National Library Of medicine - USA) usado para indexação de artigos para PubMed
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UPO	Unidade Pós-Operatória
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
CAPÍTULO I	18
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	18
1.2 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO	21
1.3 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO.....	27
CAPÍTULO II.....	29
2.1 BASES CONCEITUAIS	29
2.1.1 Cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva oncológica adulto	29
2.1.2 Atuação multiprofissional na unidade de terapia intensiva ao paciente com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura.....	32
2.3 OPLANEJAMENTO E SUA VERTENTE ADMINISTRATIVA NA PRÁTICA ASSISTENCIAL EM SAÚDE.....	33
CAPÍTULO III	35
3.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA	35
3.1.1 Tipo de estudo	35
3.1.2 Cenário do estudo	36
3.1.3 Participantes do estudo	38
3.1.4 Estratégia de produção e coleta de dados.....	39
3.1.5 Análise dos dados.....	40
3.1.6 Aspectos éticos	43
CAPÍTULO IV.....	44
4.1 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	44
4.1.1 Caracterizando o perfil profissional dos participantes da pesquisa	44
4.1.2 Apresentando as unidades temáticas	47
CAPÍTULO V	71
5.1 DIALOGANDO COM OS AUTORES SOBRE OS RESULTADOS.....	71
CAPÍTULO VI.....	98
6.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
REFERÊNCIAS	101
APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL PROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA	112
APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA.....	113

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	114
ANEXO A – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA	117
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO ELABORADO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE	121
ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO ELABORADO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE	124

APRESENTAÇÃO

*"Não sei... Se a vida é curta ou longa demais pra nós,
mas sei que nada do que vivemos tem sentido,
se não tocamos o coração das pessoas."*

Cora Coralina

Vivenciar a experiência prática na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) faz parte do meu cotidiano de trabalho desde de que comecei a atuar na enfermagem. Trabalhei em terapia intensiva cardiológica, em terapia intensiva geral, mas foi a terapia intensiva oncológica que deu “corpo” às ideias que fomentaram esse trabalho.

Desde 2006, após aprovação em concurso público, integro a equipe de enfermagem do Instituto Nacional do Câncer¹, localizado no município do Rio de Janeiro, onde desde então trabalho na terapia intensiva oncológica adulto, a qual atende pacientes clínicos e pacientes advindos de cirurgias de grande porte.

Nesse contexto de trabalho, infelizmente, tive a infelicidade de estar diante de pessoas queridas enquanto pacientes, muito próximas do meu convívio social, mas confesso que ter um familiar dentro desse contexto é algo que impacta muito a vida profissional e traz reflexões que refletem no seu modo de ser, pensar e fazer. O cotidiano de trabalho do qual estou inserida tem me feito perceber a importância de uma assistência qualificada direcionada às necessidades da clientela oncológica, pressupondo do profissional o desenvolvimento de competências e habilidades específicas para atuar neste cenário.

Embora a internação em UTI seja habitualmente indicada para pessoas em estado de saúde crítico e recuperável, não é difícil encontrar pessoas com doença avançada, incurável e em processo de terminalidade da vida nesse ambiente e é o que tenho observado em minha prática cotidiana e lidar com isso requer do profissional intensivista uma postura apropriada para o melhor enfrentamento dessa situação.

Nessa perspectiva, visando contribuir para uma assistência qualificada ao paciente hospitalizado na UTI oncológica, a busca por conhecimento surgiu como uma estratégia pertinente. A partir daí, dei início ao curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem na Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, no Núcleo de

¹ Desde 21 de julho 2011 passou a se chamar Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. É o órgão auxiliar do Ministério da Saúde no desenvolvimento e coordenação das ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no Brasil, constituindo-se como Centro de Referência de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia do Ministério da Saúde.

Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional da Enfermagem – GESPEn, onde busco estudar a temática que envolve o paciente sem possibilidades terapêuticas para a cura no contexto da UTI oncológica, no sentido de desvelar, nesse ambiente, a filosofia dos cuidados paliativos enquanto instrumento para uma prática assistencial menos “técnica e mecânica” e mais digna e humana.

“Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”.

Boff (1999, p. 33)

CAPÍTULO I

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

O câncer é um problema de saúde pública mundial e de acordo com estimativas mundiais do projeto Globocan 2012, da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC, do inglês *International Agency for Research on Cancer*), da Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano 2030, a carga global será de 21,4 milhões de casos novos de câncer e 13,2 milhões de mortes por câncer. O maior efeito desse aumento incidirá nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2014).

No Brasil, as neoplasias são a terceira causa de morte, superadas apenas pelas doenças do aparelho circulatório e pelas causas externas – violência. As estimativas divulgadas pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) para o biênio 2016-2017 apontam a ocorrência de cerca de 600 mil casos novos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma. Os tipos mais frequentes em homens serão próstata (28,6%), pulmão (8,1%), intestino (7,8%), estômago (6,0%) e cavidade oral (5,2%). Nas mulheres, os cânceres de mama (28,1%), intestino (8,6%), colo do útero (7,9%), pulmão (5,3%) e estômago (3,7%) figurarão entre os principais, sem contar os casos de câncer de pele não melanoma. Espera-se que no meio do século XXI o câncer já seja a principal causa de morte no Brasil, reforçando a magnitude do problema no país (DATASUS, 2014; BRASIL, 2015).

Apesar do considerável avanço tecnológico e científico para o diagnóstico precoce e tratamento do câncer, muitos casos são diagnosticados tardiamente ou refratários às terapêuticas instituídas, culminando para a necessidade de cuidados paliativos. Segundo a OMS, os cuidados paliativos se referem a uma abordagem multidisciplinar que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (OMS, 2002).

Assim, ao longo do curso da doença avançada, a pessoa pode necessitar de hospitalização para controle de sintomas exacerbados, sejam por manifestações agudas ou crônicas, como no caso da dor. Contudo, a rede de atenção oncológica, em sua maioria, não dispõe de leitos específicos para pacientes em cuidados paliativos, nem mesmo de equipe de saúde especializada, o que pode comprometer a qualidade da assistência prestada (SILVA et al, 2015). Em muitas situações, influenciadas pelas incertezas no momento da entrada do paciente no serviço de emergência, por exemplo, é indicada a terapia intensiva.

Embora na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) exista a possibilidade para lidar com riscos e incertezas que permeiam a relação dialógica do viver e do morrer, as medidas curativas neste contexto são prioritárias, em razão especial ao paradigma biomédico que sustenta a práxis dos profissionais (MENDONÇA; MOREIRA; CARVALHO, 2012). É, sobretudo, na UTI que a morte assume seu caráter patológico, em detrimento à sua normalidade e condição natural da vida, uma vez que a evolução da ciência e a consciência coletiva e política tem direcionado esforços para investimentos na luta contra a morte e prolongamento indiscriminado da vida (MORIN, 1997).

Desta forma, o planejamento assistencial ao paciente acometido por câncer sem possibilidades terapêuticas de cura na UTI pode ser conflitante e desafiador, resultando, muitas vezes, em investimentos obstinados terapeuticamente para oferecer ao paciente uma condição de sobrevivência precária e até mesmo não mais que vegetativa (BARROS, 2012). De modo geral, essas relações de conflitos e desafios perpassam pelo processo de tomada de decisão dos profissionais diante de tal situação.

Para Baruzzi e Ikeoka (2013), o problema parece ter raízes em aspectos culturais, valores morais e éticos adotados pela sociedade, mas de forma muito peculiar, nos modelos de educação médica seguidos por nossas instituições de ensino na saúde. Em geral, a formação médica e de outros profissionais da saúde tem sido baseada em uma abordagem exclusivamente biotecnológica, objetivando primordialmente reverter os processos patológicos, mas sem uma atenção profunda aos aspectos humanos da doença e do doente.

Contudo, há de se considerar que as repercussões da multidimensionalidade dos fatores inerentes ao adoecimento por câncer e a finitude humana devem ser motivadores à investigação e ao debate visando uma prática assistencial de qualidade.

Nesta perspectiva, pacientes com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura carecem de cuidados paliativos, que por sua vez devem ser oferecidos na unidade de saúde responsável por seus tratamentos, independentemente do setor em que eles estejam.

Ressalta-se que o paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura é definido como aquele com progressão da doença incurável, onde não restam tratamentos que possam reverter à evolução natural de seu quadro e onde aliviar sintomas com cuidados paliativos pode diminuir os desconfortos de sua sobrevida limitada (WERLANG; CAGOL; HAHN, 2011).

Em assim sendo, apresenta-se o seguinte **objeto de estudo**:

Planejamento da assistência por uma equipe de saúde multidisciplinar ao paciente com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura no contexto da unidade de terapia intensiva oncológica na perspectiva dos cuidados paliativos.

As **questões** que nortearam o estudo foram:

- ✓ Qual o entendimento dos profissionais da equipe de saúde multidisciplinar acerca da assistência ao paciente sem possibilidades terapêuticas de cura no contexto da unidade de terapia intensiva oncológica?
- ✓ Quais objetivos buscam alcançar ao planejar a assistência a este paciente? Tais objetivos vão ao encontro da filosofia dos cuidados paliativos?

O estudo teve como **objetivo principal**:

- Analisar o entendimento dos profissionais da equipe de saúde multidisciplinar acerca da assistência ao paciente sem possibilidades terapêuticas de cura no contexto da unidade de terapia intensiva oncológica.

E como **objetivo secundário**:

- Discutir os objetivos que os profissionais da equipe de saúde buscam alcançar ao planejar esta assistência, na perspectiva dos cuidados paliativos.

Discussões recentes sobre o tema enfatizam a importância da integração precoce entre cuidados paliativos e curativos, inclusive na UTI a todas as pessoas com doenças ameaçadoras à vida, visando promover a qualidade de vida através da prevenção e alívio do sofrimento, com a oferta de um cuidado individualizado, prestado por uma equipe multiprofissional, considerando as necessidades dos pacientes e de seus familiares (MENDONÇA; MOREIRA; CARVALHO, 2012).

Contudo, Silva et al (2013) salientam que é fundamental a consolidação do cuidado paliativo como uma filosofia de cuidado também no ambiente da UTI, justificada por ser um direito do indivíduo e dever da equipe de saúde oferecê-los. Associado a isso, torna-se indispensável a implementação de um atendimento qualificado pela equipe multiprofissional através dos seus múltiplos olhares, objetivando assistir o paciente em seu processo de terminalidade em todas as dimensões, garantindo o seu bem estar e respeitando a sua dignidade.

A assistência em saúde não se trata apenas de um nível de atenção do sistema de saúde, mas corresponde a uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como o direito do ser, respeitando as relações de etnia, gênero e raça. Equivale a enxergar além da patologia, percebendo necessidades específicas. Pressupõe garantir acesso a outras práticas terapêuticas, permitindo ao usuário decidir acerca da melhor tecnologia médica a ser utilizada por ele (ALCANTARA; SANT'ANNA; SOUZA, 2013).

Os cuidados paliativos pressupõem a ação de uma equipe multiprofissional, já que a proposta consiste em cuidar do indivíduo em todos os aspectos: físico, mental, espiritual e social. O paciente com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura deve ser assistido integralmente e isto requer complementação de saberes, partilha de responsabilidades, onde demandas diferenciadas se resolvem em conjunto (HERMES; LAMARCA, 2013).

As propostas e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) defendem a necessidade de pensar o trabalho em equipe multiprofissional com vistas à interdisciplinaridade, contribuindo, deste modo, para a concretização da integralidade e de uma assistência de boa qualidade (MATOS; PIRES, 2009).

A interdisciplinaridade trata-se de um movimento contemporâneo que surge na perspectiva da dialogicidade e da integração das ciências e do conhecimento, com pretensão de romper com o caráter de hiperespecialização e com a fragmentação dos saberes.

Deste modo, a interdisciplinaridade representa uma nova consciência da realidade, um novo pensar, que resulta em um ato de troca, de reciprocidade e integração entre áreas distintas de conhecimento. Visa à produção de novos conhecimentos e a resolução de problemas, de modo global e abrangente (PELEIAS et al, 2011).

Logo, a interdisciplinaridade se destaca enquanto prática necessária ao atendimento integral das necessidades do paciente com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura na UTI, compreendendo minimamente a participação partilhada de profissionais da área médica, de enfermagem, psicologia, nutrição, terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiologia e assistência social, ultrapassando a tradicional preocupação técnica/tecnológica, nos contornos da humanização na saúde (BARROS, 2012).

1.2 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

A justificativa deste estudo se deu em consonância a diferentes aspectos, dentre eles destacam-se os avanços tecnológicos, preventivos e terapêuticos, aliados à urbanização e à industrialização, que vem gerando mudanças de hábitos e aumento na expectativa de vida da

população, com maior prevalência de condições crônicas de saúde que impõem potencial risco de morte (VASQUES et al, 2013). Tais condições crônicas passaram a predominar nas estatísticas de saúde, constituindo problemas emergentes nos países em desenvolvimento e nos grupos sociais mais pobres, representando gastos em tratamento ambulatorial, internações hospitalares e reabilitação pelos sistemas de saúde (BRASIL, 2014).

De acordo com estimativas mundiais do projeto “*Globocan 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012*”, da IARC/OMS, houve 14,1 milhões de casos novos de câncer e um total de 8,2 milhões de mortes por câncer em todo o mundo em 2012 (BRASIL, 2014).

Diante da preocupação mundial da vulnerabilidade da população às condições crônicas de saúde, em especial, ao câncer, o Ministério da Saúde no Brasil, estabeleceu em 2011, em sua terceira edição, a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, como recurso político favorável ao atendimento das necessidades nacionais e regionais de saúde. Assim, as neoplasias ganham destaque, considerando diversos tópicos relacionados, por exemplo, a morbimortalidade, fatores de risco e avaliação de programas de prevenção primária, de detecção precoce e de atenção a pacientes “fora de possibilidade terapêutica de cura” (cuidados paliativos) (BRASIL, 2011).

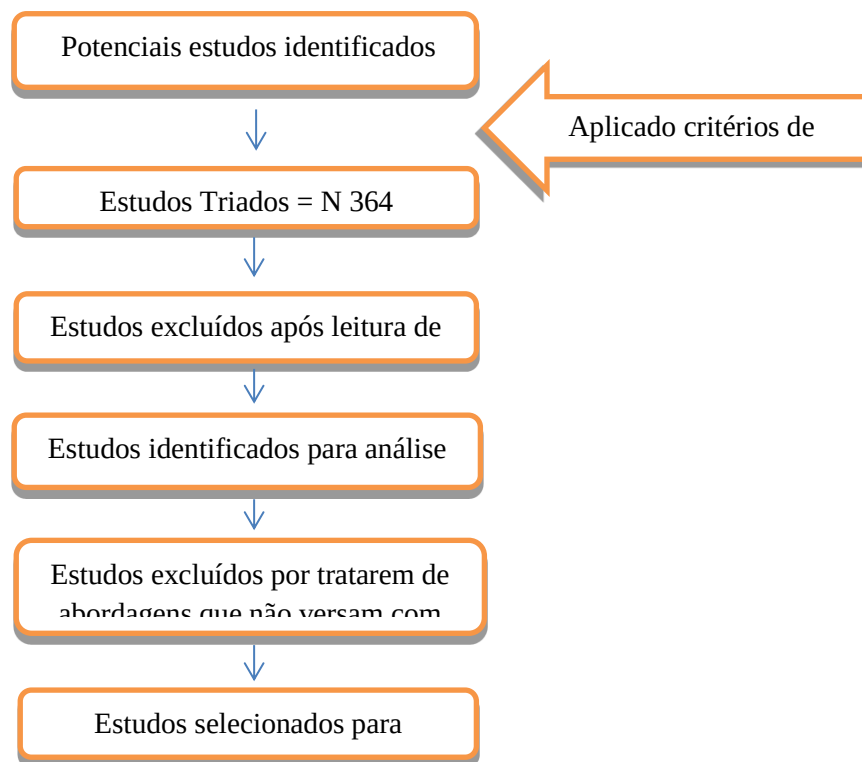
Para ampliar o entendimento acerca da temática foi realizado um levantamento bibliográfico, destacando a seguinte pergunta: como tem sido evidenciada na literatura a atuação da equipe de saúde na assistência ao paciente com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura no contexto da UTI?

Neste levantamento foram consultadas as bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde) e a SciELO (*Scientific Electronic Library Online*). Os descritores DECS/MESH selecionados foram: “Cuidados Paliativos (*Palliative Care*)”, “Unidade de Terapia Intensiva (*Intensive Care Unit*)”, “Equipe de Assistência ao Paciente (*Patient Care Team*)” e “Neoplasias (*Neoplasms*)”.

Estabeleceu-se como critérios de inclusão: artigos publicados nos últimos 05 anos (2011, 2012, 2013, 2014 e 2015) disponíveis nas bases/biblioteca ou no periódico CAPES, em português, inglês ou espanhol e com enfoque em humanos. Além disso, artigos de 2016 estão sendo utilizados para as discussões dos dados. Ressalta-se que o periódico da CAPES foi consultado sempre que os artigos não estavam disponíveis na íntegra em suas bases/biblioteca.

Os critérios de exclusão foram: editoriais, monografias, teses e estudos repetidos nas bases de dados. Deste modo, utilizando as bases de dados mencionadas, considerando os quatro descritores com o operador *booleano AND* (“Cuidados Paliativos” AND “Unidade de Terapia Intensiva” AND “Equipe de Assistência ao Paciente” AND “Neoplasias”) foram localizadas 4 publicações. Conjugando-se os três descritores com o operador booleano AND (“Cuidados Paliativos” AND “Equipe de Assistência ao Paciente” AND “Neoplasias”) foram encontradas 606 publicações. Associando-se os descritores (“Cuidados Paliativos” AND “Unidade de Terapia Intensiva” AND “Neoplasias”) foram encontradas 56 publicações. Na SciELO, o cruzamento dos descritores não foi favorável à busca, haja vista que nas várias possibilidades de associação entre os descritores o resultado foi nulo ou não atendia a todos. Neste sentido, o uso do descritor (“Cuidados Paliativos”) apresentou-se como o mais adequado para atender os objetivos da pesquisa, ampliando a busca a todas as possibilidades almejadas. Assim, foram localizadas 383 publicações.

Logo, a amostra inicial das produções científicas foi composta por 1049 artigos. A partir da leitura dinâmica dos títulos e dos resumos, procedeu-se a seleção dos artigos com base nos critérios mencionados, sendo então selecionados 36 artigos para leitura na íntegra, conforme pode ser observado no fluxograma 1.



Fluxograma 1 - Processo de seleção dos estudos

As publicações descartadas por não atenderem aos critérios de inclusão da pesquisa, em sua maioria, referiam-se aos cuidados paliativos no âmbito domiciliar ou no âmbito da atenção primária; versavam sobre os cuidadores e/ou familiares; tinham a perspectiva de apenas uma categoria profissional específica; abordavam questões éticas; enfoque na assistência a criança; não se relacionavam com pacientes oncológicos e/ou não se aproximavam do âmbito da terapia intensiva no tange aos cuidados paliativos.

Destaca-se que a base com maior percentual de publicações foi a MEDLINE, com 44,4% das publicações, seguida da SCIELO, com 41,7% das publicações encontradas e a LILACS apresentou o menor percentual (13,9%). No que tange ao idioma a maioria estava em inglês (50%), mas também houve publicações em português (47,2%) e espanhol (2,8%). Com relação ao ano das publicações, dentre as 36 selecionadas para leitura na íntegra, 33,3% foram publicadas no ano de 2014; o segundo maior percentual (27,8%) ocorreu em 2013; seguido do ano de 2015 com (25%); 2011 e 2012 apresentaram (11,1%) e (2,8%) respectivamente.

Quadro 1 - Distribuição da produção científica (2011- 2015)

Nº	Título do Artigo	Periódico/Ano	Pais de Origem
1	Critically ill cancer patient in intensive care unit: issues that arise	J Crit Care, 2014	Grécia
2	Cuidados paliativos: o desafio das equipes de saúde	Psicologia USP, 2013	Brasil
3	Outcomes for patients with cancer admitted to the ICU requiring ventilatory support: results from a prospective multicenter study.	Chest, 2014	EUA
4	Comparison of the symptoms reported by post-operative patients with cancer and nurses' perception of patient symptoms	Eur J Cancer Care (Engl), 2014	Turquia
5	Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos	Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2014.	Brasil
6	Who should be admitted to the intensive care unit? The outcome of intensive care unit admission in stage IIIB-IV lung cancer patients.	Med Oncol, 2014	Republica da Coreia
7	Unmet quality indicators for metastatic cancer patients admitted to intensive care unit in the last two weeks of life	J Palliat Med, 2013	EUA

8	What else could be done for management of cancer patients in ED? Challenges and suggestions (cancer patients and emergency service)	Am J Emerg Med, 2015	Turquia
9	Concepções da equipe multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva	Ciência & Saúde Coletiva, Set 2013.	Brasil
10	Palliative Oncologists: Specialists in the Science and Art of Patient Care	J Clin Oncol, 2015	EUA
11	Minimally invasive palliative procedures in oncology: a review of a multidisciplinary collaboration.	Support Care Cancer, 2015	Canada
12	Effectiveness of multidisciplinary team conference on decision-making surrounding the application of continuous deep sedation for terminally ill cancer patients	Palliat Support Care, 2015	Japão
13	End-of-life care for patients with cancer	Aust Fam Physician, 2014	Australia
14	Cuidados paliativos para idosos na unidade de terapia intensiva: revisão sistemática	Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 2012.	Brasil
15	ESMO Clinical Practice Guidelines on palliative care: advanced care planning	Ann Oncol, 2014	Bélgica
16	Chronic cancer: bringing palliative care into the conversation	Soc Work Health Care, 2014	EUA
17	The oncological patient in the palliative situation.	Recent Results Cancer Res, 2014	Suíça
18	Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional	Texto & Contexto – Enfermagem, 2013.	Brasil
19	Early implementation of palliative care can improve patient outcomes	J Natl Compr Canc Netw, 2013	EUA
20	The dimensions of interprofessional practice	Br J Nurs, 2011	EUA
21	The effect of multidisciplinary team care on cancer management	Pan Afr Med J, 2011	Reino unido
22	Deliberação moral em sedação paliativa para uma equipe de cuidados paliativos oncológicos	Revista Bioética, 2015	Brasil
23	Cuidados paliativos na assistência de alta complexidade em oncologia: percepção de enfermeiros	Escola Anna Nery, 2015	Brasil
24	Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS	Saúde em Debate, 2015	Brasil
25	Nivel de información sobre cuidados paliativos en médicos residentes	Educación Médica Superior, 2015.	Cuba

26	Palliative care: science and protection at the end of life	Cadernos de Saúde Pública, 2014.	Brasil
27	Cuidados paliativos: desafios para cuidadores e profissionais de saúde	Fractal: Revista de Psicologia, 2015.	Brasil
28	A caminho da morte com dignidade no século XXI	Revista Bioética, 2014	Brasil
29	Saberes e práticas sobre cuidados paliativos segundo psicólogos atuantes em hospitais públicos	Psicologia, Saúde & Doenças, 2014.	Portugal
30	Ética e cuidados paliativos: o que os médicos sabem sobre o assunto?	Revista Bioética, 2013	Brasil
31	Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal	Ciência & Saúde Coletiva, 2013.	Brasil
32	O trabalho de cuidar de pacientes terminais com câncer	Ciência & Saúde Coletiva, 2013.	Brasil
33	Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal	Ciência & Saúde Coletiva, 2013.	Brasil
34	Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde	Ciência & Saúde Coletiva, 2013.	Brasil
35	The essence of interdisciplinary practice in palliative care delivery to cancer patients	Investigación y Educación en Enfermería, 2012.	Colômbia
36	II Fórum do "Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul": definições, recomendações e ações integradas para cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva de adultos e pediátricos.	Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 2011.	Brasil

Assim, foi possível evidenciar que as pesquisas foram realizadas em sua maioria no âmbito internacional, embora a diferença percentual não tenha sido tão significativa. O crescente número de publicações ao longo dos anos evidencia a atualidade, a importância e a relevância social da temática, o que justifica a necessidade de retratar novas realidades empíricas, ao considerar que o conhecimento se encontra em processo de construção. Observa-se no objeto de estudo proposto a necessidade de aprofundar os estudos envolvendo a equipe de saúde multidisciplinar, especialmente no que tange à área de conhecimento dos cuidados paliativos no âmbito da terapia intensiva.

Vale destacar que a enfermagem brasileira vem ampliando sua produção de conhecimento a partir da pesquisa científica, diante da necessidade de ser cada vez mais reconhecida e consolidada enquanto ciência e no intuito de aperfeiçoar sua atuação na prática.

Silva et al (2013), em estudo sobre concepções paliativas na UTI, afirmam que há uma escassez de publicações que avaliem o cuidado paliativo sob a ótica dos diferentes

profissionais de saúde que assistem ao paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura na UTI. Grande parte dos estudos está direcionada à divulgação da filosofia do cuidado paliativo ou se restringe a trabalhos envolvendo uma classe profissional específica, se distanciando, por conseguinte, da proposta da integralidade no cuidado a esse perfil de paciente.

Destaca-se que frente à necessidade de um cuidado mais específico, onde não há cura, mas há possibilidade de cuidados com ênfase na qualidade de vida e na boa morte, através da assistência interdisciplinar e da abordagem aos familiares faz-se imprescindível a filosofia dos cuidados paliativos (HERMES; LAMARCA, 2013).

Nesse sentido, o cuidado à pessoa com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura abrange múltiplas e complexas demandas de cuidado. Tal complexidade exige empenho da equipe de saúde para atender as necessidades de cuidado do paciente e de sua família (SILVA; MOREIRA, 2010), de modo a apoiá-lo em sua finitude, assim como seu núcleo familiar, reduzindo medos e anseios no processo de terminalidade da vida.

Diante dessa realidade e considerando a relevância de se desenvolver políticas públicas voltadas para atender pacientes com câncer e a necessidade de estratégias norteadoras ao enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis, foi instituída a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do SUS, através da Portaria n. 874, de 16 de maio de 2013. Na Portaria destaca-se como um dos princípios gerais da política o cuidado integral que abrange a prevenção, a detecção precoce, o diagnóstico, o tratamento e os cuidados paliativos, que devem ser oferecidos de forma oportuna, permitindo a continuidade do cuidado (BRASIL, 2013).

Face aos aspectos destacados, a realização desta pesquisa é considerada oportuna, haja vista que estudos que objetivam tratar das dificuldades encontradas na prática dos cuidados paliativos e que propõem estratégias para minimizá-las podem contribuir para a qualificação do cuidado prestado ao paciente na atenção oncológica, promovendo sua qualidade de vida e de seus familiares.

1.3 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

Espera-se que os resultados alcançados possam contribuir para a reflexão dos profissionais da equipe de saúde, no que diz respeito ao seu modo de pensar e agir acerca do planejamento e realização do cuidado ofertado, diante da qualidade de vida e de morte dos pacientes com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura na UTI.

No que se refere ao ensino, a presente pesquisa pretende trazer subsídios para discussão acerca da inclusão de conteúdos que envolvem a temática morte e cuidados paliativos na sua multidimensionalidade, no processo de formação dos profissionais de saúde. Temática ainda abordada de forma incipiente na graduação, tendo em vista o impacto social do câncer no Brasil e a importância da atuação dos profissionais de saúde diante dessa realidade epidemiológica.

Pretende-se ainda gerar contribuições aos campos teórico e prático da gerência em enfermagem e para o Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional da Enfermagem (GESPEen), da Escola de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ, ao qual a pesquisa está vinculada, com pretensão de ampliação para outros núcleos/grupos, inclusive multidisciplinares, por meio da divulgação dos resultados.

No contexto da qualificação da atenção oncológica no que tange às diretrizes da Política Nacional de Atenção Oncológica, busca-se contribuir com objetivos que vão ao encontro da necessidade de expansão de serviços e de qualificação profissional.

“Eu me importo pelo fato de você ser você, me importo até o último momento de sua vida e faremos tudo que está ao nosso alcance, não somente para ajudar você a morrer em paz, mas também para você viver até o dia da sua morte”.

Cicely Saunders

CAPÍTULO II

2.1 BASES CONCEITUAIS

2.1.1 Cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva oncológica adulto

O conceito de terapia intensiva surgiu no conflito da Criméia, quando Florence Nightingale, em Scutari (Turquia), atendeu, junto a 38 enfermeiras, soldados britânicos seriamente feridos, agrupados e isolados em áreas com medidas preventivas para evitar infecções e epidemias, como disenteria e tétano, sendo marcante a redução de mortalidade. O objetivo principal da UTI não mudou, continua sendo manter estrutura capaz de fornecer suporte para pacientes graves, com potencial risco de morte (FERNANDES et al, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde (2005), a UTI é um setor de grande especialização e concentração de tecnologia, identificada como espaço laboral destinado a profissionais da saúde, principalmente médicos e enfermeiros, possuidores de grande aporte de conhecimentos e habilidades para a realização de procedimentos.

Salienta-se que, embora a internação em UTI seja habitualmente indicada para pessoas em estado de saúde crítico e recuperável é frequente encontrar pessoas com doença avançada, incurável e em processo de terminalidade da vida nesse ambiente, pois os cuidados paliativos não excluem a possibilidade de cuidado e tratamento intensivo, desde que este possibilite o alívio do sofrimento (SILVA; PEREIRA; MUSSI, 2015).

Para Ferreira et al (2010), diversos fatores podem influenciar na admissão e/ou permanência de pacientes com câncer avançado e/ou na terminalidade da vida na UTI. Dentre eles destacam-se: utilização de escores prognósticos não específicos para a avaliação dos pacientes acometidos por câncer à admissão, o que pode subestimar o risco de morte; alteração de prognóstico após a hospitalização na UTI; falta de espaço físico para alocar as pessoas com câncer avançado em detrimento do número reduzido de serviços de cuidados paliativos; questões socioculturais e abordagem inadequada acerca da temática da finitude

humana e de cuidados paliativos junto aos profissionais de saúde em processo de formação, além daqueles que estão exercendo suas atividades profissionais no campo prático.

Nesta perspectiva a medicina curativa na UTI tem sido obstinada a ganhar mais tempo de vida, mas ainda se omite em proporcionar qualidade de vida ao seu término. A necessidade de proporcionar conforto e dignidade aos pacientes internados na terapia intensiva é fundamental na perspectiva dos cuidados paliativos (SANTANA et al, 2012).

Nesse sentido, o cuidado paliativo visa à melhoria da qualidade de vida de pacientes e seus familiares que enfrentam doenças ameaçadoras à vida. É uma maneira do processo de cuidar que busca a prevenção e alívio do sofrimento humano, identificando, avaliando e tratando a dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual (OMS, 2002).

Entende-se que os cuidados paliativos não devem competir com a UTI, mas devem auxiliar a assistência com a finalidade de oferecer um plano de cuidados mais humano. A terapêutica dos cuidados paliativos é voltada para o controle sintomático, sem função curativa, com vistas à preservação da qualidade de vida, a qual deve ser melhorada até o final da vida com a implementação de uma quantidade relativamente pequena de recursos e uma intervenção profissional apoiada na informação e comunicação como ferramentas terapêuticas disponíveis ao cuidar (NUNES; RODRIGUES, 2012; SANTANA et al, 2012).

Vale ressaltar que esse modo de cuidar é guiado pelos princípios da bioética e busca preservar a autonomia da pessoa sobre a sua vida e própria morte; a veracidade nas relações estabelecidas entre os profissionais, pacientes e familiares; evitar terapias fúteis que possam aumentar ou prolongar o sofrimento em prol da beneficência e proporcionalidade terapêutica, além da atenção integral das necessidades do paciente e familiar, que vão muito além dos aspectos físicos (PIMENTA, 2010).

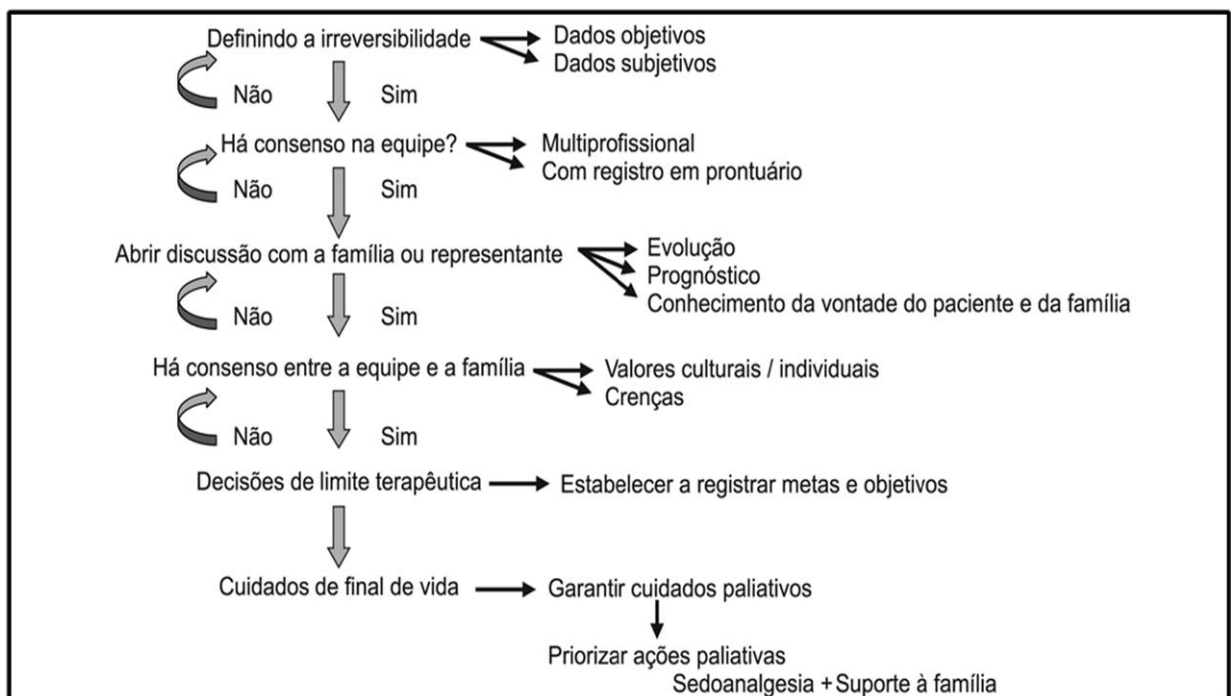
De acordo com a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), terapias fúteis são medidas adotadas que podem prolongar o sofrimento, não sendo efetivas para corrigir ou melhorar as condições que ameaçam a vida. São procedimentos diagnósticos ou terapêuticos inadequados e inúteis diante da situação evolutiva e irreversível da doença e que podem causar sofrimento acrescido ao paciente e à família (ANCP, 2012).

Em 2010 um importante fórum reuniu membros das Sociedades Argentina, Uruguia e Brasileira de Medicina Intensiva (AMIB) para o debate de propostas visando melhor atendimento ao paciente com doença terminal em UTI, contando com a participação de médicos, enfermeiros e psicólogo. Nele se considerou aconselhável a suspensão de medidas fúteis (nutrição parenteral ou enteral, administração de drogas vasoativas, terapia renal substitutiva, instituição ou manutenção de ventilação mecânica, etc.) que prolonguem a vida

sem qualidade e a adequação dos tratamentos não fúteis privilegiando o controle da dor e dos sintomas para o alívio do sofrimento dos pacientes com doença terminal (MORITZ et al, 2011).

Além disso, as discussões do fórum culminaram em um algoritmo para delinear ações integradas no que diz respeito às condutas para a tomada de decisão, bem como para a implantação de atenção paliativa a pessoas criticamente enfermas hospitalizadas nas UTI, visando a otimização de seu tratamento (Figura 1).

Figura 1 - Sugestões para a tomada de decisão quanto ao paciente crítico com doença terminal



Ressalta-se

⇒ O apoio ao paciente, seus familiares e a equipe multiprofissional deve ser garantido durante todo o processo

⇒ Toda e qualquer decisão pode ser reavaliado a qualquer momento

⇒ Deve ser respeitado o tempo de paciente e de seus familiares no que concerne a compreensão do processo

Fonte: MORITZ et al (2011)

Com base neste entendimento a interseção entre cuidados paliativos e a UTI deve ser entendida no contexto das mudanças, no padrão das doenças e na longevidade dos portadores de doenças crônicas. Assim, os cuidados paliativos devem ser oferecidos a todo paciente admitido em UTI. O conhecimento dos cuidados paliativos deve fazer parte do bom atendimento de pacientes internados em UTI e as práticas de cuidar precisam estar orientadas para o alívio dos sintomas físicos, especialmente o controle algico, bem como do sofrimento psicossocial do paciente e também de sua família.

2.1.2 Atuação multiprofissional na unidade de terapia intensiva oncológica ao paciente com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura

Os preceitos da filosofia dos cuidados paliativos preocupam-se com as necessidades do paciente e não com o seu diagnóstico. São cuidados integrais aos pacientes e familiares realizados por profissionais, membros de uma equipe multidisciplinar, todos com sua importância, já que tal cuidado planeja diminuir o sofrimento humano (BARROS et al, 2012).

Saunders (2006) ressalta que a abordagem multiprofissional é um fator significativo para a promoção dos cuidados paliativos ao paciente, portanto, deve acontecer mediante uma mudança de atitudes e de educação de todos os profissionais envolvidos. Para isso, exige um compromisso humano de toda a equipe (com competências específicas, mas sintonizadas entre si).

O trabalho multiprofissional, na lógica da interdisciplinaridade, é uma possibilidade de ampliar a capacidade humana de compreender a realidade e os problemas que nela se apresentam. Em se tratando do conhecimento que fundamenta as práticas dos profissionais da saúde, favorece a articulação do conhecimento de várias áreas com os seus saberes e fazeres, de forma a dar mais sentido à teoria, ampliar a compreensão dos problemas de saúde e, conseqüentemente, melhorar a prática (OLIVEIRA et al, 2010).

Matos e Pires (2013) corroboram quando salientam que reconhecer a multidimensionalidade do ser humano e a necessidade de intervenção cada vez mais complexas no contexto do trabalho em saúde impõem uma abordagem com ações interdisciplinares, uma vez que um profissional isoladamente não consegue dar conta de todas as dimensões do cuidado humano.

Para alguns autores cuidar é definido como um ato de assistir alguém ou prestar serviços quando este necessita, sendo uma atividade complexa, focalizada em várias dimensões, sejam elas éticas, psicológicas, sociais, físicas, tendo seus aspectos clínicos, técnicos e comunitários (WERLANG; CAGOL; HAHN, 2012).

Tendo em vista os aspectos relevantes para o cuidado paliativo para produzir uma assistência harmônica e convergente ao indivíduo e a sua família, os integrantes da equipe multiprofissional necessitam ter como meta uma opção de tratamento adequado para estes pacientes (CARDOSO et al, 2013).

No âmbito da UTI, as práticas assistenciais tem como premissa o restabelecimento da fisiologia, para isto implica na utilização de recursos terapêuticos, farmacológicos e dispositivos artificiais. No entanto, na perspectiva dos cuidados paliativos, o emprego dos

avanços tecnológicos na manutenção da vida do paciente internado na UTI necessita de um repensar por parte da equipe que atua nesse setor, devendo considerar-se até que ponto estes avanços tecnológicos são benéficos para o paciente e seus familiares (SANTANA et al, 2012).

Ressalta-se não se tratar do afastamento tecnológico no processo assistencial na UTI, mas o que merece ser focado é a maneira do emprego dos recursos de forma mais ética e humana, percebendo o paciente em todas as suas dimensões, respeitando os limites de intervenções terapêuticas e a autonomia do paciente, sendo fundamental a conscientização dos profissionais de saúde a respeito dos preceitos que regem os cuidados paliativos (SANTANA et al, 2012).

Neste pensar, os cuidados prestados à pacientes sem possibilidades terapêuticas de cura no contexto da UTI devem integrar uma proposta de assistência humanizada. Deste modo, o paciente deverá ter sua dor amenizada, seu bem-estar priorizado e suas crenças consideradas. Para tanto, é indispensável que todas as ações terapêuticas sejam planejadas com a participação do paciente sempre que possível, da família e da equipe multiprofissional de saúde.

2.1.3 O planejamento e sua vertente administrativa na prática assistencial em saúde

O cuidar envolve atos humanos no processo de assistir ao indivíduo, à família ou à comunidade, de tal forma que envolve de maneira igualitária o relacionamento interpessoal baseado em valores humanísticos e em conhecimento científico. O cuidar do outro, por sua vez, apresenta procedimentos de maior complexidade do que a cura. Nessa perspectiva, por conseguinte, espera-se que haja uma mudança de paradigma a partir da conscientização de que o cuidado é fato imprescindível tanto ao longo da vida quanto no momento da morte (SILVA; CAMPOS; PEREIRA, 2011).

Neste paradigma, em que o foco é cuidar, o enfoque terapêutico visa o alívio dos sintomas que comprometem a qualidade de vida, integrando ações médicas, de enfermagem, psicológicas, nutricionais, sociais, espirituais e de reabilitação, que influenciam também no tipo de morte que o paciente terá (SILVEIRA; CIAMPONE; GUTIERREZ, 2014).

Assim, perceber o paciente com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura traz significados diversos, mudanças de valores, crenças e atitudes que demandam intervenções apropriadas e individualizadas para minimizar ameaças à sua integridade física e psíquica, o que pode levar os profissionais da equipe de saúde a confrontarem-se com suas próprias vulnerabilidades e finitudes (SILVA; CRUZ, 2011).

Tendo em vista esses aspectos, a intervenção profissional no planejamento da assistência deve apoiar-se na informação e na comunicação como ferramentas terapêuticas disponíveis ao cuidar. Sendo assim, as práticas do cuidado precisam estar orientadas para o alívio do sofrimento, focalizando a pessoa e não a sua doença, valorizando as trocas intersubjetivas e o encontro autêntico entre quem cuida e é cuidado (NUNES; RODRIGUES, 2012; SILVA, PEREIRA; MUSSI, 2015).

Portanto, assistir ao paciente com câncer vai além de uma prescrição de cuidados, demanda atentar-se para sua trajetória e de sua família, desde os procedimentos diagnósticos, tratamento, remissão, reabilitação, possibilidade de recidiva e fase final da doença, ou seja, inteirar-se das situações do momento do diagnóstico à terminalidade (SILVA; CAMPOS; PEREIRA, 2011).

Neste pensar, conhecer o prognóstico do paciente é uma importante ferramenta para a decisão do cuidado, permitindo o adequado planejamento e distribuição dos recursos de saúde, evitando a futilidade terapêutica e diagnóstica.

Dessa maneira, o planejamento caracteriza-se como importante atividade no processo do cuidado. Implica estabelecer os objetivos da assistência, analisar as consequências que poderiam advir de diferentes atuações, optar entre alternativas, determinar metas específicas a serem atingidas e desenvolver estratégias adequadas à execução da terapêutica adequada (FUGITA; FARAH, 2000).

Chiavenato (2005) conceitua planejamento como uma função administrativa que determina antecipadamente quais são os objetivos que deverão ser atingidos e o que deve ser feito para atingí-los da melhor maneira possível. Entende-se assim, que para o desenvolvimento do planejamento destaca-se a determinação dos objetivos, estabelecimento de prioridades, seleção de recursos, estabelecimento do plano de ação, desenvolvimento e aperfeiçoamento.

Com base nesse entendimento, torna-se essencial adotar uma prática assistencial que esteja fundamentada no bem-estar biopsicossocial e espiritual da pessoa em sua finitude, a fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida e minimizar o sofrimento durante a doença terminal.

“Há muros que só a paciência derruba. E há pontes que só o carinho constrói”.

Cora Coralina

CAPÍTULO III

3.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA

3.1.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo do tipo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa. A abordagem qualitativa expõe o “universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 2014, p. 57).

Este tipo de pesquisa permite uma visão generalizada, possibilitando uma construção de novos paradigmas. Ilustrando com Pope et al. (2009, p. 14):

(...) uma gama de métodos qualitativos de pesquisa tem sido empregada para abordar questões importantes sobre fenômenos sociais, variando desde complexos comportamentos humanos, com a adesão de pacientes ao tratamento e a tomada de decisão por profissionais de saúde, até a organização da clínica hospitalar ou do sistema de saúde como um todo.

O estudo descritivo tem como característica a observação, a descrição e a classificação das informações. Quando se relaciona à abordagem qualitativa, esse tipo de estudo consiste em um método aprofundado para descrever as dimensões, as variações, a importância e o significado dos fenômenos (POLIT, BECK; HUNGLER, 2004).

Já os estudos exploratórios geralmente proporcionam maior familiaridade com o problema, ou seja, tem o intuito de torná-lo mais explícito. Seu principal objetivo é o aprimoramento de ideias ou descoberta de intuições (FIGUEIREDO, 2009).

Gil (2010, p. 28) ao referir-se à pesquisa exploratória afirma “que na maioria dos casos são pesquisas que envolvem: levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão”.

3.1.2 Cenário do estudo

O campo de desenvolvimento desse estudo foi o Setor de Terapia Intensiva do Hospital do Câncer I (HC I). O HC I faz parte do complexo hospitalar do INCA, sendo uma instituição federal de assistência à saúde especializada no tratamento oncológico, localizada no município do Rio de Janeiro, Brasil.

A escolha por tal cenário justificou-se por tratar-se de um órgão singular do Ministério da Saúde (MS). Compõe-se como uma unidade integrante da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e se constitui no Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia do MS, em conformidade com a Portaria n. 140 de 2014 (BRASIL, 2014).

O INCA tem como missão: “ações nacionais integradas para prevenção e controle do Câncer”. Para alcançá-la, tem como visão estratégica: “exercer plenamente o papel governamental na prevenção e controle do câncer, assegurando a implantação das ações correspondentes em todo o Brasil, e, assim, contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população” (RELATÓRIO ANUAL INCA, 2003).

Responsável pela prevenção e controle do câncer no Brasil, o INCA desenvolve ações, campanhas e programas em âmbito nacional em atendimento à Política Nacional de Atenção Oncológica. O Instituto também desempenha papel importante no cenário internacional por meio de acordos de cooperação técnica, ações de apoio e parcerias com entidades e organismos estrangeiros, incluindo as redes de colaboração.

Além do HC I, o INCA encontra-se dividido em quatro outras unidades hospitalares, a saber: Hospital do Câncer II, III e IV, e o Centro de Transplante de Medula Óssea (CEMO). Todas unidades estão localizadas no município do Rio de Janeiro. O HC II é especializado em cânceres ginecológicos, o HC III nos cânceres de mama, e o HC IV compreende a unidade de cuidados paliativos.

O HC I é a maior unidade hospitalar do INCA e a mais bem equipada entre as unidades assistenciais. Presta assistência médico-hospitalar gratuita para pacientes com câncer e funciona no seu atual endereço na Praça da Cruz Vermelha, no Rio de Janeiro, desde 1957. Servindo como sede à Direção do INCA e ao Centro de Transplante de Medula Óssea – CEMO a unidade hospitalar dispõe de 197 leitos (incluindo 19 leitos de terapia intensiva geral e pós-operatória) distribuídos num prédio de 11 andares, que ocupa uma área de 33.000 m².

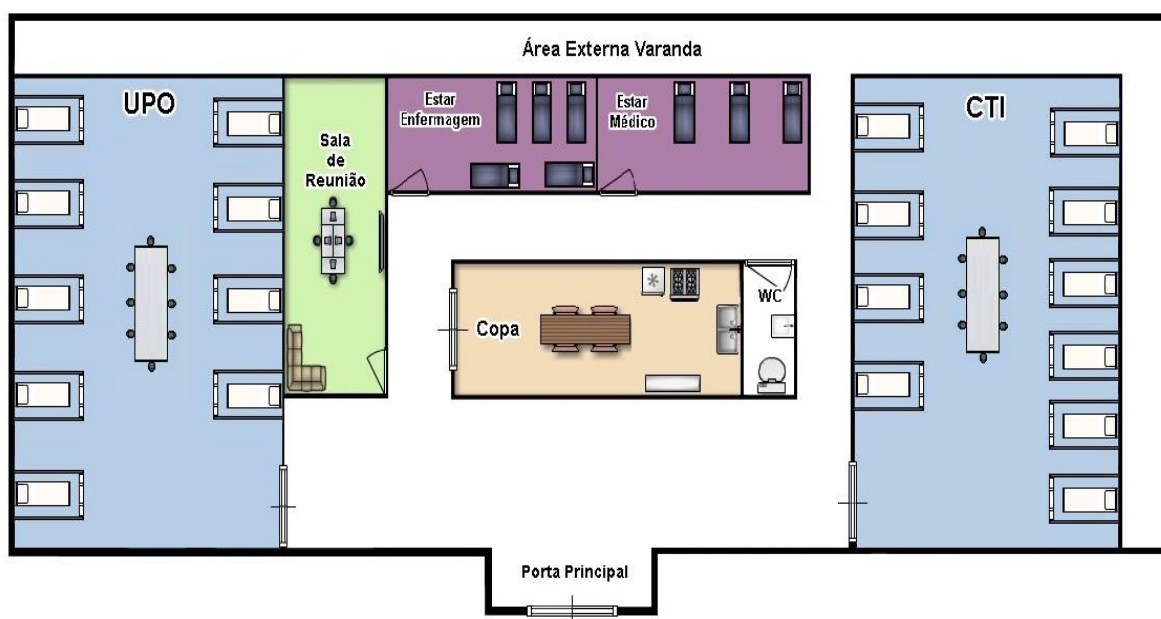
O HC I também exerce um papel importante no desenvolvimento da pesquisa oncológica do Instituto e dos programas de residência médica e de enfermagem, dos cursos de especialização e atualização, entre outros.

No décimo andar do prédio do HC I encontra-se o Serviço de Terapia Intensiva, setor responsável pelos cuidados de pacientes críticos. A Unidade de Terapia Intensiva foi inaugurada em 22 de janeiro de 1986 durante o Governo do Presidente José Sarney, pelo então Ministro de Estado da Saúde Carlos Correa de Menezes Sant'Anna, disponibilizando 10 leitos de tratamento intensivo. Em setembro de 2006 foi inaugurada a Unidade Pós-Operatória (UPO) anexa à UTI, com nove leitos destinados inicialmente aos pacientes em pós-operatório imediato de cirurgias de grande porte, pelo então Ministro de Estado da Saúde Humberto Costa.

Atualmente o HC I dispõe de 19 leitos de tratamento intensivo, divididos entre as duas unidades de modo integrado (UTI geral e Pós-Operatório), dispondo de grande número de aparatos tecnológicos, modernos e avançados. Vale ressaltar que as duas unidades recebem pacientes em condições clínicas bastante instáveis e graves igualmente. No entanto, é importante destacar que dos 19 leitos, dez estão direcionados aos pacientes clínicos e dos nove destinados primariamente aos pacientes cirúrgicos de grande porte apenas cinco estão ativos recebendo pacientes, por motivos de gestão operacional interna da instituição.

A seguir, é possível visualizar na Figura 2 o desenho esquemático deste Serviço de Terapia Intensiva, considerando esta articulação entre os leitos para paciente clínicos e para os cirúrgicos.

Figura 2 - Desenho esquemático do serviço de terapia intensiva INCA



A equipe que atua no Serviço de Terapia Intensiva encontra-se dividida em dois grupos: o primeiro formado por profissionais que compõem a equipe de assistência direta ao paciente na unidade. Nele estão incluídos: equipe de enfermagem, médicos, nutricionistas e fisioterapeutas. Contudo, outros profissionais como psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, eventualmente, prestam atendimento quando são solicitados através de parecer.

Destaca-se que o setor conta com aproximadamente 112 profissionais que atuam na assistência ao paciente, sendo a maioria formada pela equipe de enfermagem. Na visão geral são dois nutricionistas, cinco fisioterapeutas, vinte e oito médicos, sendo dois da chefia médica e setenta e sete profissionais de enfermagem, sendo duas enfermeiras líderes (chefia de enfermagem), vinte e seis enfermeiras plantonistas e quarenta e nove técnicos de enfermagem. Destaca-se que a enfermagem cumpre turnos de 12 horas, totalizando 40 horas de carga horária semanal; em relação aos outros profissionais os turnos e as cargas horárias semanais são diferenciadas, definidos conforme suas respectivas categorias. Na rotina diária do serviço de terapia intensiva atuam um nutricionista, de um a dois fisioterapeutas, sete médicos, sendo quatro rotinas e três plantonistas, de dois a três residentes médicos, uma média de seis enfermeiros, sendo uma diarista e dez técnicos de enfermagem.

O serviço conta ainda com profissionais de apoio, exercendo função administrativa ou de suporte nas áreas de recepção, manutenção, lavanderia, limpeza, transporte, etc.

Vale ressaltar que a gerência médica e de enfermagem é única para as duas unidades intensivas e que as equipes assistenciais se revezam entre ambas, justificando-se assim a integração das unidades.

3.1.3 Participantes do estudo

Participaram da pesquisa os profissionais de nível superior de diferentes categorias, considerando a composição multiprofissional da UTI, incluindo médicos, residentes de medicina, nutricionistas, enfermeiros e fisioterapeutas envolvidos na assistência diária aos pacientes hospitalizados na UTI investigada. Os seguintes critérios de inclusão foram atendidos:

- Estar atuando na UTI a ser investigada no momento da coleta de dados; possuir tempo de experiência em terapia intensiva maior ou igual a um ano; atuar na unidade investigada por no mínimo um ano e aceitar participar do estudo.

Como critério de exclusão adotou-se:

- O afastamento do trabalho por motivo de licenças e férias no momento da coleta de dados.

A definição do período de tempo de experiência no setor foi estabelecida com base na crença de que um ano é um tempo significativo quanto à adaptação do profissional às rotinas do setor e à equipe de trabalho, podendo, desse modo, contribuir de forma mais efetiva com a investigação.

Ressalta-se que com exceção dos residentes médicos e de enfermagem não há residentes de outras categorias na unidade. Os residentes de enfermagem não foram incluídos nesta pesquisa em virtude do baixo tempo de permanência na unidade, em média quatro semanas, inviabilizando a inclusão dos mesmos, conforme critérios estabelecidos.

Cabe destacar que dos 112 profissionais mencionados anteriormente, 59 atendem aos critérios de exclusão. Dentre eles, 49 técnicos de enfermagem, quatro profissionais da gerência e seis profissionais com tempo de atuação inferior ao estabelecido. Sendo assim, 53 profissionais foram considerados potenciais participantes da pesquisa.

Vale mencionar que dentre esses 53 profissionais, três foram excluídos durante o período de coleta de dados por tratar-se de uma de licença maternidade, uma aposentadoria, onde não houve tempo hábil para participação e uma recusa na participação.

Logo, no total participaram do estudo 25 profissionais, cerca de 50% dos potenciais participantes, sendo doze enfermeiros, seis médicos, dois residentes médicos, dois nutricionistas e três fisioterapeutas.

Ressalta-se que não foi possível a participação de todos na pesquisa, em especial, pelo fato de tratar-se de um setor de alta complexidade com uma dinâmica de serviço bastante instável e variável que por vezes inviabilizou o seguimento das entrevistas conforme cronograma de agendamento com alguns profissionais, além de outras dificuldades como desencontros nas escalas de serviços e recusa em relação à entrevista.

3.1.4 Estratégia de produção e coleta de dados

Para iniciar a fase de produção dos dados os profissionais que aceitaram participar da pesquisa foram convidados a preencher uma ficha de identificação com o propósito de caracterização do perfil profissional dos participantes (APÊNDICE A).

Em seguida foi utilizada a técnica de entrevista semiestruturada, através de um roteiro (APÊNDICE B) que possibilitou encorajar os profissionais a falar livremente acerca do assunto em questão, de acordo com o interesse do fenômeno estudado, contudo, garantindo a

flexibilidade necessária à exploração do tema com os participantes do estudo (POLIT; BECK, 2011).

Para Minayo (1999, p. 57),

[...] a entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo. Através dela o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. Suas formas de realização podem ser de natureza individual e/ou coletiva. Podem ser estruturadas e não estruturadas, ou ainda, semiestruturadas.

As entrevistas foram realizadas individualmente, em local privado no próprio cenário de pesquisa (destinado pela instituição). O ambiente era silencioso e tranquilo, garantindo privacidade e conforto para que os participantes expressassem livremente seus pontos de vista acerca do tema.

As entrevistas foram gravadas em dispositivo de áudio (MP4) e, posteriormente, transcritas na íntegra, respeitando-se a coloquialidade do discurso. Após a transcrição ocorreu o retorno ao campo, a fim de que os participantes da pesquisa pudessem validar as entrevistas, de modo a contribuir para a confiabilidade dos dados.

O período de coleta de dados por meio de entrevistas compreendeu-se entre dezembro de 2015 a maio de 2016.

3.1.5 Análise dos dados

Os dados que emergiram das entrevistas foram analisados utilizando-se a análise de conteúdo temática. Segundo Bardin (2009, p. 44) este método de análise envolve:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens indicadores (quantificáveis ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Ainda, segundo a autora, a organização da análise deve ser feita em três etapas:

- Pré-análise: deve ser realizada a leitura do material, que consistirá num contato inicial com os registros da coleta de dados, para que possamos nos deixar invadir por mensagens, impressões e orientações;
- Exploração do material: nesta fase, já tendo assinalado os pontos que parecem relevantes para o estudo, serão feitos os recortes nos registros, de maneira que seja possível promover uma transformação sistemática do material;

- Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: nesta etapa os dados serão classificados e categorizados e serão dadas as inferências, tendo em vista as questões propostas pelo estudo.

Na pesquisa, a organização da codificação ocorreu através da escolha das unidades. Neste caso, a unidade de registro utilizada foi o tema, que é amplamente utilizada na análise temática e que constitui uma das dimensões da análise de conteúdo. Bardin (2009, p. 131) lembra que: “[...] fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido [...]”.

O tema é geralmente utilizado como unidade de registro para estudar motivações de opiniões, atitudes, valores, crenças, tendências, entre outros, tal como as respostas dadas pelos participantes do estudo durante a entrevista.

Para sistematizar o processo de análise foram definidas categorias gerais de natureza temática, de acordo com os objetivos da pesquisa. Essas categorias foram elaboradas a partir dos conteúdos das entrevistas. Assim, a análise dos dados possibilitou a identificação de seis unidades temáticas, conforme apresentado no quadro 2 a seguir:

Quadro 2 - Demonstrativo da construção das unidades temáticas

Núcleos de Sentido	Unidades Temáticas
• Alta complexidade do perfil da clientela, relacionada à evolução da doença oncológica, seus tratamentos e gravidade; • Demora no estabelecimento de prognóstico e reconhecimento do paciente sem condições de cura; • Predomínio para o cuidado de fim de vida; • Uso da medicalização como único recurso para alívio de sintomas; • Necessidade de criação de oferta de leitos diferenciados para esse perfil de paciente;	As particularidades da UTI oncológica de adultos e suas relações com os cuidados paliativos e a medicalização
• Conceito coerente do que é ser fora de possibilidades terapêuticas de cura; • Reconhecimento da necessidade de mudanças no foco assistencial desses pacientes; • Despreparo para lidar com os pacientes fora de possibilidades de cura na UTI;	Percebendo o paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura no ambiente da UTI oncológica

• Conforto como conduta terapêutica; • Respeito a autonomia do paciente; • Família enquanto conforto e objeto a ser confortado; • Minimizar o desconforto é promover qualidade de vida;	Promovendo o conforto ao paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura na UTI oncológica
• Posição contrária à hospitalização de pacientes com câncer avançado em Unidades de Terapia Intensiva; • Déficit na formação profissional com relação ao tema; • Déficit de recursos humanos e sobrecarga de trabalho favorecendo a manutenção de cuidados automáticos; • Dificuldades na comunicação entre os membros da equipe multiprofissional; • Subestimação da sobrevida, falha na avaliação dos parâmetros clínicos e déficit no reconhecimento do paciente paliativo; • Imposição tecnológica sem adequada avaliação desconsiderando o paciente e sua família propiciando terapia fútil;	Limites e desafios no planejamento da assistência ao paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura na UTI
• Equipe pouco preparada nas abordagens para lidar com os familiares; • Relação familiar/paciente limitada; • Boletim diário de notícias em local inadequado, sem suporte psicológico social realizado apenas por um integrante da equipe de saúde; • Familiares despreparados diante do universo da terapia intensiva; • Família como parte integrante do cuidado;	Abordagem da família no ambiente da UTI oncológica de adultos
• Capacitação de toda equipe no que diz respeito aos cuidados paliativos e a temáticas que estejam relacionadas ao processo de morte na UTI; • Incentivar a humanização do ambiente da Terapia intensiva; • Promover atitudes que favoreçam o estabelecimento de relações de proximidade e de confiança com a família do paciente;	Estratégias e recursos necessários para implementação dos cuidados paliativos na UTI oncológica

- Estabelecer diálogo ampliado voltado a toda equipe multidisciplinar objetivando estabelecer condutas voltadas para uma melhor assistência, almejando qualidade de vida do paciente;
- Desejo futuro de implantação de protocolos e valorização da prática dos cuidados paliativos dentro do ambiente da terapia intensiva.

3.1.6 Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada por meio da Plataforma Brasil, pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN/HESFA), parecer n. 1.275.381 (ANEXO 2) e do Instituto Nacional do Câncer (CEP/INCA), através do parecer n. 1.324.491 (ANEXO 3), com anuência da Direção do INCA e da Chefia Médica e de Enfermagem da UTI (ANEXO 1). Foram respeitadas as diretrizes estabelecidas na Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que incorpora sob a ótica do indivíduo e das coletividades referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Após a aprovação do estudo, os profissionais foram convidados a participar da pesquisa, sendo agendado o cronograma para a realização da coleta de dados de acordo com a rotina do serviço e disponibilidade daqueles que concordaram e autorizaram a utilização dos depoimentos com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE C).

De modo a manter o anonimato dos participantes e sigilo das informações, os entrevistados foram identificados através de códigos alfanuméricos, utilizando a primeira letra da palavra PROFISSIONAL (P), seguida de uma numeração correspondente à ordem sequencial das entrevistas (Exemplo: P1; P2). Contudo, é importante mencionar que no recorte das entrevistas, no uso dos depoimentos, o código alfanumérico designa a categoria profissional do entrevistado.

Vale ressaltar que foram disponibilizados aos participantes da pesquisa os contatos necessários para acesso aos pesquisadores, garantindo-lhes quaisquer esclarecimentos, assim como foi informado a possibilidade de desligamento dos mesmos a qualquer momento da produção dos dados.

“O sofrimento somente é intolerável quando ninguém cuida.”

Cicely Saunders

CAPITULO IV

4.1 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

4.1.1 Caracterizando o perfil profissional dos participantes da pesquisa

As informações referentes à caracterização do perfil profissional dos 25 participantes da pesquisa podem ser observadas no quadro 3. Tais informações refletem no conteúdo e profundidade dos resultados por tratar-se de um grupo de profissionais experiente, com uma média de tempo de formação de 13,4 anos, variando entre 5 e 29 anos. Além disso, destaca-se que todos os profissionais são qualificados, sendo a maioria pós-graduado em terapia intensiva, o que representa 72% dos participantes.

Quadro 3 - Caracterização dos participantes do estudo

Código alfa numérico	Idade	Sexo	Categoria Profissional	Tempo Formação	Tempo de atuação em UTI	Tempo atuação na instituição	Qualificação
P1	31-40	Fem.	Enfermagem	10 anos	8 anos	3 anos e meio	Pós-graduação <i>lato sensu</i> em UTI e Docência do Ensino Superior
P2	31-40	Fem.	Fisioterapia	11 anos	11 anos	5 anos	Pós-graduação <i>lato sensu</i> em UTI Pós-graduação <i>stricto sensu</i> (Mestrado) em ciências da reabilitação.
P3	31-40	Fem.	Enfermagem	8 anos	6 anos	5 anos	Pós-graduação <i>lato sensu</i> em UTI Neonatal e Adulto
P4	31 - 40	Fem.	Enfermagem	7 anos	5anos	5 anos	Pós-graduação <i>lato sensu</i> em UTI e Oncologia Clínica Pós-graduação <i>stricto sensu</i> (Mestrado) em Enfermagem

P5	31-40	Fem.	Nutrição	13 anos	9 anos	5 anos	Pós-graduação <i>lato sensu</i> em Terapia Nutricional Enteral e Parenteral Pós-graduação <i>stricto sensu</i> (Mestrado) em Nutrição Clínica
P6	31-40	Fem.	Fisioterapia	15 anos	10 anos	5 anos	Pós-graduação <i>lato sensu</i> em Fisioterapia Pneumofuncional
P7	31-40	Fem.	Enfermagem	19 anos	10 anos	8 anos	Pós-graduação <i>lato sensu</i> em Auditoria e especialização em Oncologia Clínica
P8	20-30	Masc.	Residente M	5 anos	2 anos	2 anos	<i>Residência</i> Médica em Clínica Médica e Terapia Intensiva
P9	31-40	Fem.	Enfermagem	9 anos	6 anos	6 anos	Pós-graduação <i>lato sensu</i> em UTI residência em Oncologia Clínica Pós-graduação <i>stricto sensu</i> (Mestrado) em Enfermagem
P10	31-40	Fem.	Enfermagem	6 anos	6 anos	6 anos	Pós-graduação <i>lato sensu</i> em UTI
P11	41-50	Fem.	Enfermagem	18 anos	18 anos	5 anos	Pós-graduação <i>lato sensu</i> em Cardiologia para o enfermeiro
P12	31-40	Fem.	Fisioterapia	15 anos	7 anos	5 anos	Pós-graduação <i>lato sensu</i> Neurofuncional Pós-graduação <i>stricto sensu</i> (Doutorado) em Neurociências
P13	41-50	Masc.	Medicina	20 anos	11 anos	11 anos	Especialista em Medicina Intensiva
P14	41-50	Masc.	Medicina	22 anos	22 anos	19 anos	Especialista em Medicina Intensiva e Clínica Médica
P15	41-50	Fem.	Enfermagem	20 anos	25 anos	20 anos	Pós-graduação <i>lato sensu</i> em UTI

P16	31-40	Fem.	Enfermagem	9 anos	8 anos	6 anos	Pós-graduação <i>lato sensu</i> em UTI e Estomoterapia Pós-graduação <i>stricto sensu</i> (doutorado) em Saúde Coletiva
P17	31-40	Masc.	Nutrição	12 anos	10 anos	6 anos	Pós-graduação <i>stricto sensu</i> (Mestrado) em Clínica Médica para nutrição
P18	41-50	Masc.	Medicina	19 anos	19 anos	7 anos	Especialista em Medicina Intensiva
P19	31-40	Masc.	Enfermagem	13 anos	10 anos	10 anos	Pós-graduação <i>lato sensu</i> em UTI e Enfermagem do Trabalho
P20	61-70	Fem.	Medicina	29 anos	29 anos	27 anos	Especialista em Pneumologia, Clínica Médica e Medicina do trabalho.
P21	31-40	Fem.	Residente M	6 anos	4 anos	1 ano e meio	Residência Médica em Clínica Médica e Terapia Intensiva
P22	31-40	Masc.	Medicina	14 anos	14 anos	5 anos	Especialização em Medicina Intensiva e Clínica Médica
P23	31-40	Fem.	Medicina	8 anos	6 anos	4 anos	Especialização em Medicina Intensiva
P24	41-50	Fem.	Enfermagem	26 anos	24 anos	20 anos	Residência em cirurgia cardiovascular Especialização em Oncologia
P25	31-40	Fem.	Enfermagem	7 anos	7 anos	5 anos	Pós-graduação <i>lato sensu</i> em UTI Pós-graduação <i>stricto sensu</i> (Mestrado) em enfermagem intensiva

Desses 25 profissionais, 72% são do sexo feminino e 28% do sexo masculino. No que tange às categorias profissionais, 48% são enfermeiros, 32% médicos, incluindo os médicos

residentes, 12% fisioterapeutas e 8% nutricionistas. Com relação à faixa etária dos entrevistados, 17 possuem entre 31 a 40 anos, seis entre 41 a 50 anos, um entre 20-30 e um se enquadra na faixa etária de 61 a 70 anos. Seis profissionais, dentre eles enfermeiros, fisioterapeutas e nutricionistas tinham formação *stricto sensu* na modalidade mestrado e dois profissionais, um enfermeiro e um fisioterapeuta, na modalidade doutorado. O tempo de atuação na terapia intensiva variou entre dois a 29 anos e o tempo médio de atuação na UTI investigada foi de cinco anos.

4.1.2 Apresentando as unidades temáticas

Unidade Temática 1 – As particularidades da UTI oncológica de adultos e suas relações com os cuidados paliativos e a medicalização

Nessa unidade temática, aspectos relacionados às particularidades da UTI oncológica foram destacados nas falas dos entrevistados, de modo a evidenciar suas especificidades em comparação às outras unidades de terapias intensivas, especialmente relacionadas às características do rápido desenvolvimento do câncer e as agressividades dos seus tratamentos, fazendo uma relação com os quadros clínicos dos pacientes, em sua maioria, graves e instáveis, que configuram elevada taxa de mortalidade por esta doença. Tais constatações podem ser observadas nos depoimentos abaixo:

[...] comparando uma UTI geral e uma UTI oncológica tem uma diferença muito grande: na oncológica a gente se sente um pouco mais confortável, porque o paciente quando se matricula aqui, pelo menos a maioria, já tem o conceito de que o câncer é uma doença que infelizmente tem um curso ruim. É claro que tem alguns tipos de câncer que a gente acaba tratando de forma satisfatória e curando, mas ainda é um estigma de uma doença não favorável [...] (MEDICINA, P13).

[...] já vivenciei as terapias intensivas cardiológicas, gerais e a oncológica, existe uma comparação de terminalidade em cada uma delas, na oncologia isso para mim é bem claro, porque o paciente oncológico já entra aqui com início de cuidado paliativo. Os nossos pacientes são caquéticos pois o câncer consome a energia, consome eletrólitos, consome tudo, o catabolismo é muito grande, é muito diferente o paciente daqui com os de outros CTIs. No geral são pacientes que tem cirurgias complexas, com muitas ligações, com perdas de tecido importante, então ele não consegue às vezes se manter vivo por muito tempo [...] (ENFERMAGEM, P24).

[...] aqui não é um CTI comum e não é um CTI que tenha a taxa de mortalidade altíssima, porque a assistência não é adequada é porquê os pacientes já chegam muito graves e vários já chegam fora de possibilidades, a gente tem esse viés aqui, isso faz com que sejamos uma UTI para cuidados de fim de vida [...] (FISIOTERAPIA, P6).

Evidencia-se que a carga negativa da doença oncológica e suas consequências aliviam os profissionais diante de desfechos clínicos desfavoráveis ao paciente, como se o prévio conhecimento acerca do prognóstico sombrio do câncer fosse um conforto para estes nos casos de falência dos tratamentos curativos, consequentemente, de terminalidade da vida. Destaca-se que a compreensão desse conforto se relaciona tanto à questão humana, de aceitação da morte, quanto à questão profissional, de aceitação dos limites terapêuticos, sem que haja o sentimento de culpa por parte do profissional por entender que ao se tratar do câncer, muitas vezes, a medicina já inicia a luta perdendo.

Apesar das características supracitadas do câncer e seu estigma social atrelado à sentença de morte que esse diagnóstico médico representa, evidencia-se a dificuldade em reconhecer o paciente de cuidados paliativos, demandando internações inapropriadas na UTI, ao se considerar a filosofia dos cuidados paliativos.

[...] há duas situações em que o paciente está fora de possibilidade, do tratamento oncológico mesmo ou do clínico. O clínico é estabelecido aqui no CTI e o oncológico é estabelecido pelas clínicas que recebem o paciente aqui no hospital. Mas vejo que ainda existe uma dificuldade de estabelecer ou definir que o paciente é fora de possibilidade de tratamento curativo pelos profissionais e imagino que seja realmente por falta de conhecimento e dificuldade de assumir isso numa ideia de que ao assumir os cuidados paliativos o profissional estará se expondo, mas entendo que isso é por falta de experiência e capacidade profissional, no sentido do tratamento paliativo ou tratamento fora de possibilidade. Como tratar um paciente que não tem mais chance de cura? Isso é uma coisa que ainda dentro do INCA é uma dificuldade, ainda é uma discussão [...] (FISIOTERAPIA, P12).

Ao hospitalizar pacientes com câncer avançado em terminalidade da vida na UTI, as consequências pelas manifestações da doença são altamente perceptíveis e comprometedoras da qualidade de vida, o que pode levar os profissionais a implementarem medidas terapêuticas que não irão reverter a situação, prolongando a vida sem qualidade, levando à reflexão acerca do sofrimento gerado a todos os envolvidos.

É evidente no depoimento acima a falta de conhecimento e de segurança por parte dos profissionais, especialmente dos médicos, para o adequado processo de tomada de decisão ao prognosticar. Alerta-se sobre a existência de equipes médicas da especialidade clínica e intensivista que parecem não se comunicar, apesar da comum interseção entre as mesmas no curso da doença oncológica, quando, por exemplo, se faz necessária a terapia intensiva. Se o paciente pode ser prognosticado como de cuidados paliativos pela equipe médica da oncologia clínica que o acompanha desde o diagnóstico e se existem muitas situações de internações indevidas na UTI diante do avanço da doença, há a necessidade de reflexão dessa prática, com base em discursos e compartilhamentos das tomadas de decisão, incluindo, por

exemplo, a própria equipe médica da UTI e de cuidados paliativos, o que pode contribuir para decisões mais assertivas e sem o peso de terem sido tomadas por um único profissional.

Diante da realidade de uma UTI que lida rotineiramente com a terminalidade da vida, marcada por demandas múltiplas por parte dos próprios pacientes e seus familiares, tem-se uma prática limitada pela falta de conhecimento acerca dos cuidados paliativos, bem como pela política institucional desfavorável.

[...] a gente fica muito restrito a poucos cuidados, na verdade fazemos o pacote básico, que é tirar a dor, não que esteja errado, mas acho que a gente só se limita a isso. Poderíamos avançar mais e dar um apoio, um suporte mais abrangente ou talvez oferecer o cuidado paliativo bem antes. Talvez a gente dê já no momento que realmente está evidente que esse doente não tem mais perspectiva, mas nos últimos cinco dias você não deu suporte nenhum, ele sofreu cinco dias para no sexto, quando você já entubou, já sedou, aí você acha que colocou a morfina e que está dando cuidado paliativo. Mesmo que o doente ainda não esteja em definição que não tem possibilidade, já se pode tirar dor, tirar sofrimento, tirar angústia é possível fazer coisas que dê conforto para ele ainda naquela fronteira entre decidir se tem algum tratamento mais específico ou não. Acho que isso é que falta para a gente, o tratar antes de a gente definir. A certeza é muito fácil, quando está muito evidente todo mundo consegue, mas esse paciente que é limítrofe, esse que ainda não chegou ao CTI ou chegou, mas a gente ainda não sabe o que fazer, a gente perde tempo até alguém vir para cá e falar que ele é cuidado paliativo. Enquanto isso a gente não faz nada para ajudá-lo, só fica na esperança de alguém vir aqui e rotular ele como cuidado paliativo [...] (MEDICINA, P18).

Em geral, o senso comum no campo do saber profissional relacionado aos cuidados paliativos refere-se ao controle da dor física, diretamente atrelado à administração de morfina. Embora seja um dos sintomas mais comuns em cuidados paliativos oncológicos, o conhecimento mais aprofundado nesta área encaminha para o conceito de dor total e necessária abordagem integral e contextualizada. Assim, intubar e sedar o paciente em cuidados paliativos na UTI podem ser compreendidos como calar a dor, ao invés de efetivamente tratá-la. Em seus depoimentos, os profissionais entendem que é preciso ir além, que é preciso conhecimento e que os cuidados paliativos podem ser iniciados mesmo que ainda não haja uma definição acerca dessa condição e, para isso, é preciso investimento, é preciso querer. Diante das características do câncer que particularizam a UTI oncológica, destaca-se que a certeza de terminalidade da vida é acompanhada de uma sobrevida extremamente curta, na maioria dos casos, o que significa pouco tempo para paliar, pouco tempo para preparar para a boa morte.

Embora a UTI tenha sido criada para atender pacientes de alta complexidade e graves clinicamente, o uso de todos os recursos tecnológicos e científicos visam à reversão do quadro e reestabelecimento do paciente, que sai da unidade em vias de cura. Contudo, mudanças de

perfil da clientela têm sido percebida pelos participantes do estudo, fato particularizado ao se tratar do câncer. Assim, é preciso pensar em cuidados paliativos na terminalidade de vida na UTI oncológica.

[...] acho que tem mais doentes de cuidados de fim de vida as vezes do que de terapia intensiva no nosso setor, então das duas uma, ou deveria se rever os doentes que vem para a UTI ou deveríamos receber mais informação já que se torna uma terapia intensiva de cuidados de fim de vida. O que enxergo é que aqui todo mundo faz um trabalho muito mais direcionado para terapia intensiva, que foi o que a gente escolheu, então acho que está todo mundo meio que fora da casa [...] (ENFERMAGEM, P25).

[...] aqui na terapia intensiva a gente trabalha com paciente mais fim de vida, mas eu posso dizer que não existe um atendimento ao doente como cuidado paliativo, isso não existe! [...] (ENFERMAGEM, P3).

Subtrai-se dos depoimentos acima que a manutenção da vida sem qualidade acontece com o uso dos aparatos tecnológicos disponíveis na terapia intensiva, o que deve ser somado ao perfil profissional com formação específica, que valoriza a técnica e a realização de procedimentos sofisticados e acurados. Contudo, deve-se refletir sobre a proporcionalidade terapêutica, custos dos procedimentos e melhores escolhas no planejamento da assistência, considerando o processo de morrer na UTI oncológica. Aprende-se que é necessário triar adequadamente e, assim, admitir pacientes que de fato irão se beneficiar na UTI, bem como gerar subsídios por meio de educação permanente para que a equipe de saúde possa oferecer cuidados paliativos na UTI, se assim for o modelo institucionalizado.

[...] por mais que a gente não sinta, temos uma responsabilidade social e financeira, uma responsabilidade grande, a gente lida com terapêutica caríssima aqui dentro, como uma nutrição parenteral, determinados antibióticos, então é inocência nossa achar que esse dinheiro não está saindo do nosso bolso e que isso não demanda trabalho, não demanda custo e que também não poderiam estar outras pessoas ali se salvando [...] (MEDICINA, P8).

[...] o paciente paliativo na terapia intensiva teria que estar voltado para promover o conforto, mas sempre com o intuito de tentar não mantê-lo na terapia intensiva. Assim, você não só promove talvez o conforto, mas acho que reduz os custos, porque não mantém o doente em um ambiente que é caro, sem ter nenhuma perspectiva de cura [...] (ENFERMAGEM, P16).

Assim, embora na oncologia os profissionais médicos possam contar com parâmetros clínicos e de evolução da doença para melhor prognosticar, o reconhecimento do paciente com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura é um grande desafio, permeado pelo modelo curativista, intervencionista e hospitalocêntrico. Nessa perspectiva, se a avaliação

clínica do paciente no ato da admissão, especialmente se pela porta de entrada do serviço de emergência acontece sem que haja tempo hábil de avaliação de tais parâmetros, carecendo de informações e com implicações éticas e legais é indicada, em sua maioria, a terapia intensiva.

[...] a terapia intensiva deveria ter um protocolo para esses pacientes, mas principalmente deveria ter um eixo estabelecido no hospital para que tipo de doente viesse para a terapia intensiva, então assim, quem pede a vaga deveria saber o que está pedindo, quem dá a vaga deveria saber porque está dando e esses pacientes considerados quase fora de possibilidade ou muito inviáveis não deveriam vir para cá, fica perpetuando uma sobrevivência de uma forma cansativa, o que é desumano com o doente em primeiro lugar. Se houvesse uma terapia intensiva estabelecida com os pacientes mais viáveis, a gente estaria trabalhando nesse cuidado para que efetivamente aquele doente soubesse e outra equipe daria realmente um pouco mais de assistência mais bem preparada aos pacientes de fim de vida, que merecem tão ou maior cuidado, atenção e carinho do que talvez a gente possa dar nessa velocidade que a gente trabalha aqui na UTI [...] (ENFERMAGEM, P25).

[...] dentro da área médica o cuidado paliativo é uma área nova de especialização, para as outras profissões nem se fala! Então, a gente tem essa dificuldade. O objetivo normalmente é traçado por quem vai fazer o tratamento e quem irá fazer o tratamento são os médicos. Então se o objetivo é definido por eles como fora de possibilidades de tratamento e se eles não conseguem definir isso... a gente se perde nos nossos objetivos também [...] (FISIOTERAPIA, P12).

A falta de conhecimento reflete na incongruência, nas admissões sentida pelos profissionais que, na prática, não contam com protocolos ou outros meios de consultorias que possam guiá-los. Mais uma vez, destaca-se a importância da comunicação intra, ao tratar de médicos e interdisciplinar, em destaque ao trabalho coletivo para atendimento de todas as demandas de cuidado. Assim, evidencia-se a necessidade de integração entre as equipes médicas, considerando os intensivistas e os oncologistas, para que seja definida a melhor conduta terapêutica para o paciente, além da importância do papel do médico nesse contexto de definição do prognóstico, que irá nortear o planejamento da assistência por parte dos demais profissionais que compõem a equipe de saúde.

Nas situações de terminalidade da vida o processo de tomada de decisão nem sempre é fácil e quase sempre está centrado na equipe médica, contudo, deve-se considerar a necessidade de o processo de tomada de decisão ser compartilhado.

[...] é uma decisão complexa, é difícil, que passa por ser multisetorial, porque é da equipe do CTI, mas tem que ter a equipe assistencial, a equipe que é responsável pelo tratamento do câncer e, principalmente, que conheceu o doente antes, sabe como ele era, como era a qualidade de vida dele antes, quais as perspectivas dele antes do tratamento, de saber as condições, o que ele falou antes no ambulatório, se ia querer ficar em uma condição assim, passada ou não, então é uma decisão que a gente sempre passa, não só a gente, mas a equipe clínica que o assistia antes de vir para o CTI (MEDICINA, P23).

De acordo com os preceitos dos cuidados paliativos é preciso atuação de equipe multidisciplinar, com perspectiva de trabalho no âmbito da interdisciplinaridade. No contexto investigado o atendimento a esse preceito demonstrou-se falho, destacando a necessidade de comunicação entre os médicos oncologistas e os intensivistas, incluindo os outros integrantes da equipe assistencial. Ressalta-se a importância desta integração precoce, valorizando a história de vida do paciente e o respeito às possíveis diretivas antecipadas, que podem estar diretamente relacionadas ao local do óbito e suas circunstâncias, incluindo a implementação de medidas para prolongamento da vida ou não, daí a necessidade de avaliação criteriosa e atendimento aos desejos do paciente e seus familiares.

[...] as vezes acho que se a equipe de enfermagem pudesse opinar mais e nossa equipe pudesse opinar mais, sugeriríamos não fazer muitas das coisas que são feitas quando o paciente é fora de possibilidade, mas que acabam sendo feitas, porque a decisão é unilateral, não é como equipe. É uma das coisas que falta na terapia intensiva como um todo e aqui também, que toda equipe possa opinar e dizer sobre o que é viável ou não da sua parte da sua especialidade [...] (FISIOTERAPIA, P6).

É sabido que os leitos de terapia intensiva são escassos em nosso serviço de saúde e que há uma crescente demanda por esses leitos, o que não é diferente em se tratando de um hospital de oncologia, em que as intercorrências infecciosas e as complicações graves relacionadas diretamente ao câncer ou ao seu regime de tratamento são fatores determinantes para a necessidade de uma internação em um leito de UTI. Frente a isso é preciso refletir sobre as implicações geradas ao se manter um paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura na UTI, sem que tal medida possa de fato contribuir para a sua qualidade de vida e conforto.

[...] porque a demanda de vaga em um hospital grande, com essa complexidade é muito grande. E se temos um cirurgião que quer operar é preciso ter leito vazio para receber esse pós-operatório. Mas, se o doente grave é sempre doente do CTI, sem importar o que o levou a agravar, tem-se uma ocupação indevida dos leitos [...] Nós agimos de acordo com as demandas que são solicitadas, são pressões, mesmo que sejam mais disfarçadas possíveis, mas a gente lida com essa história toda de exigência de um local para colocar o doente, porque o doente precisa ficar em uma unidade fechada, ou seja lá o que for, mas esse paciente que a gente fala sobre (fora de possibilidade) ele não tem um local específico para ele e, não tendo um local específico é a demanda, ele vai parar onde cada um traçar sua direção [...] (MEDICINA, P20).

O dilema em não ter um local específico para o paciente em cuidados paliativos oncológicos perpassa por todas as dificuldades em reconhecê-lo nesta condição de antemão, uma vez que a instituição conta com uma unidade de cuidados paliativos. Ainda que possa

acontecer desta unidade especializada de cuidados paliativos também sofrer com grande demanda, aponta-se a necessidade de local específico para receber pacientes em cuidados paliativos oncológicos. Não há como negar que, considerando tamanha complexidade apresentada, uma vez na UTI, o planejamento da assistência deve ser provido adequadamente, em sua estrutura física, de recursos humanos e de recursos materiais, de modo a atender as necessidades de cuidado desse paciente.

[...] A assistência a esse paciente, acredito que tem que ter um local específico para ele, ele tem que ter um grupo, uma equipe para cuidar disso, esse paciente não é o paciente da terapia intensiva é um paciente de uma unidade, poderia chamar de unidade onde tivesse recursos para esse paciente, pois é um paciente que exige mais cuidado, exige um olhar mais atento, não é aquele paciente de enfermaria que é um paciente que está bem esperando algum tratamento ali, mas é um doente que tem dependência, então eu tenho que montar uma unidade onde haja cuidados intensivos para esse paciente, que não ultrapasse o limite que a gente estabelece, ou seja, eu não vou invadir esse doente, não vou aplicar tratamento nesse paciente tentando recuperar e resgatar uma coisa que já não tem mais como você recuperar, mas enquanto estiver ali eu tenho que dar aquele cuidado, o cuidado dele é pontual, eu teria que ter essa unidade, porque assim eu estaria evitando que esse doente passasse por essa etapa que é difícil, por exemplo, você vai dar alta a um paciente no respirador e esse paciente vai para o andar, quem vai aceitar isso? [...] (MEDICINA, P20).

Trata-se, portanto, de uma situação que requer reflexão e ação diante dos direitos dos pacientes em receber cuidados paliativos, independente do contexto, e, embora a UTI contemple uma assistência ao paciente em estado crítico agudamente enfermo, incorporando cuidados intensivos, com custos elevados e múltiplos aparatos tecnológicos, deve-se (re)pensar o delineamento das condutas com base nas demandas atuais, em especial, numa UTI oncológica, assumindo o câncer como condição crônica e com elevada taxa de morbimortalidade.

Unidade Temática 2 – Percebendo o paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura no ambiente da UTI oncológica

Nessa unidade temática buscou-se verificar, a partir dos depoimentos, o que os profissionais de saúde que atuam na UTI entendem sobre o paciente na condição de fora de possibilidades terapêuticas de cura, a forma como eles lidam com os aspectos relacionados às situações de terminalidade da vida que refletem a complexidade do ser humano e o processo de morrer, bem como os conhecimentos e as habilidades que permeiam a prática dos cuidados paliativos na assistência ao paciente e ao seu familiar nesse contexto.

Quando indagados sobre o paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura, os profissionais parecem não ter dificuldades ou carência de conhecimentos para conceituá-los. Os depoimentos abaixo podem dar a dimensão desse entendimento.

[...] entendo que uma vez que o paciente é caracterizado como um paciente fora de possibilidades terapêuticas curativa, ele não está fora de possibilidade terapêutica como um todo, existe a possibilidade de se tomar uma série de medidas, que apesar de não curar sua doença possibilitem que ele que tenha qualidade de vida enquanto existir em conjunto com sua doença [...] (MEDICINA, P8).

[...] é aquele paciente que não temos uma linha de tratamento curativo para ele, mas isso não quer dizer que o paciente não deva ter uma assistência integral no que concerne ao conforto, analgesia, sedação se for necessário, ele tem que ficar o mais confortável possível, sabendo que não existe uma proposta curativa, mas esse paciente tem que estar, eu diria, confortável, isso em todos os atos físicos, psicológicos, religiosos, familiares, por isso é fundamental uma equipe multiprofissional no que concerne à assistência desse paciente [...] (MEDICINA, P14).

[...] são pacientes que do ponto de vista oncológico não tem mais cura, mas do ponto de vista do cuidado é um paciente que nós podemos ainda dar uma qualidade de vida para ele e para a família [...] (ENFERMAGEM, P1).

No entendimento dos profissionais acerca do perfil clínico desses pacientes é possível perceber uma aproximação com os preceitos dos cuidados paliativos, bem como a preocupação em não ignorar a sua presença ou descuidá-lo. Em associação aos depoimentos anteriores, o trecho abaixo revela que alguns profissionais também conhecem preceitos bioéticos que permeiam a prática dos cuidados paliativos.

[...] é você colocar na balança de um lado a terapia utilizada, seja ela qual for e do outro lado você não incorrer em desconforto para o paciente e prejuízo. Isso passa por aquilo que se tem na bioética conhecido como um dos seus princípios, que é o princípio da não maleficência. A sua terapêutica tem que estar sempre em uma balança, ponderação de valores para que você, na tentativa de trazer um benefício para o paciente, não acabe trazendo maior prejuízo [...] (NUTRIÇÃO, P17).

Desse modo, este entendimento encaminha para um planejamento assistencial que vise à qualidade de vida e dignidade do ser humano também no seu processo de morte.

A terminalidade é um fenômeno que faz parte da condição humana e o cuidado à pessoa na fase final da vida é uma questão que surge nos diversos cenários da atenção à saúde. Na terapia intensiva os profissionais lidam com a dialógica do viver e do morrer a todo tempo, revelando situações complexas e, muitas vezes, imprevisíveis, em função do perfil dos pacientes, que geralmente estão em risco iminente de morte. No entanto, para esses

profissionais treinados para salvar vidas, atuar com pacientes em condições de impossibilidade terapêutica de cura pode criar novas demandas para as quais talvez não estejam preparados, podendo gerar sentimentos conflituosos, como relatado nos depoimentos abaixo:

[...] dependendo do que você traz de vida, tua visão muda a partir do momento que você se torna mãe, por exemplo, parece bobo, mas não é, as coisas catalisam, sublimam muito rápido, se torna um 3D, digamos assim, a coisa fica um pouco mais visível a seus olhos e você vê esse sofrimento perpetuar é desgastante. Não vivo muito bem esse tipo de paciente, principalmente por não ter algo estabelecido, porque não tem algo efetivamente pontuado e a flutuação perpetua a sobrevivência desse doente, é cansativo cuidar de um paciente desses que você não tem nada estabelecido, pois um dia você tem que fazer absolutamente tudo por aquele doente e no outro você tira tudo, apaga a luz e deixa só uma hidratação. Isso tecnicamente não é bom e emocionalmente pior ainda, então onera muito tempo na enfermagem e onera o emocional também [...] (ENFERMAGEM, P25).

[...] não gosto, para mim é muito difícil, na minha cabeça é coisa que não consegue ser muito bem trabalhada. A realidade é que a gente tenta fugir desses pacientes, quando me perguntam na escala se quero ficar com esse, esse ou esse, se eu puder fugir daquele que é fora de possibilidades eu prefiro. Mas por quê? Porquê ele está assim ou assado? Não. O cuidado que eu tenho com os outros vai ser o que eu tenho com ele. Mas o que me incomoda é de que não posso fazer além e isso me doi. O meu grande ponto em relação a esses pacientes é a nossa impotência diante do cuidar [...] (ENFERMAGEM, P4).

[...] tem profissionais que não digerem muito bem essa situação da terminalidade. O ideal não é nem você colocar ele com um paciente que está nesse tipo de condição clínica, esse paciente na maioria das vezes consome muito nossa energia, porque está indo embora, está se despedindo desse mundo e precisa, às vezes, de uma palavra, às vezes estão conscientes e aquele profissional não tem paciência, não tem condição psíquica de estar enfrentando isso, não tem condição física de estar suportando aquele dia a dia que já começa desgastado, irritado. É uma pena que a gente não possa substituir as pessoas como deveríamos, porque, às vezes, as pessoas insistem em trabalhar em certo local, mas não é mais o momento delas [...] (ENFERMAGEM, P24).

Enfrentar a morte pode repercutir em sentimentos de impotência, frustração e incapacidade técnica, como evidenciado nos depoimentos acima, requerendo que a missão de salvar vidas a qualquer custo seja repensada diante da necessidade de aceitar a morte e reconhecer que muitas pessoas hospitalizadas na UTI oncológica precisam de intervenções que as ajudem a morrer de forma menos sofrível quanto possível e preservando sua dignidade.

Nesta perspectiva o depoimento abaixo reflete o entendimento dos profissionais acerca da necessidade de mudanças nos objetivos das ações terapêuticas impostas aos pacientes com impossibilidades de cura dentro da UTI.

[...] a intensidade e a dedicação dos profissionais não podem mudar, o que vai mudar é o foco assistencial, que passa a ser um atendimento mais voltado para busca ativa da correção de sintomas que estão exacerbados como dor, desconforto, dispneia, mais voltado para o controle desses sintomas, objetivando a qualidade de vida. Ao invés de buscar fins curativos que, muitas vezes, mesmo para paciente que tem viabilidade nesse sentido geram um desconforto, dor e tudo mais [...] (MEDICINA, P8).

Unidade temática 3 – Promovendo o conforto ao paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura na UTI oncológica

Nessa unidade temática o destaque é o conforto, que foi apontado pelos profissionais como uma finalidade terapêutica do cuidar para os pacientes com impossibilidades terapêuticas de cura no ambiente da terapia intensiva. Assim, dentre os objetivos traçados ao planejar essa assistência, na perspectiva dos cuidados paliativos, houve destaque na implementação de ações em prol do conforto, atreladas principalmente ao adequado controle de sintomas, asseio corporal e boa aparência.

[...] conforto é ausência de dor e de sofrimento é a primeira coisa que tenho que pensar. Toda medida que eu fizer tem que ser visando isso. Do cuidado com a via aérea ao cuidado articular, tem que ser visando a ausência de sofrimento e dor [...] (FISIOTERAPIA, P6).

[...] o conforto não é você deixar de investir no paciente, não. Ele vai fazer a passagem sim, mas tem que ser da melhor maneira possível, se é que tem melhor maneira possível, mas pelo menos que ele não sofra. Está aqui para receber assistência e não para sofrer [...] (ENFERMAGEM, P7).

A partir desse entendimento, muitos depoimentos abordam uma assistência que vise à manutenção do conforto e da qualidade de vida, além do enfoque aos cuidados de higiene e a preocupação em manter o paciente com boa aparência e zelo, em especial nos momentos da visita familiar.

[...] manter a integridade física, o respeito pelo corpo, pela vida que esta ali, pela família que vem vê-lo, que mesmo sabendo que é uma vida que esta em vias de morrer, mas é uma pessoa que é amada pela família e que eles querem chegar ali e ver seu parente dentro do possível, apresentável, com aparência de estar cuidado, de estar limpo, de estar bem posicionado, de não estar ali jogado na cama, todo torto, sujo, com cheiro ruim [...] (ENFERMAGEM, P10).

[...] manter o paciente confortável no respirador, manter o paciente com via aérea pérvia, manter o paciente com possibilidades articulares para que seja feito o cuidado com ele. As nossas condutas são assim, visando qualidade de vida mesmo quando a expectativa de vida não é tão prolongada [...] (FISIOTERAPIA, P6).

[...] primeiramente proporcionar conforto para esse paciente que não tem possibilidade de se tratar, mas que tenha ainda uma expectativa de um tempo de vida e que merece ter um mínimo de dignidade durante esse tempo, então você tem que planejar um cuidado para ele de forma que possibilite minimamente uma qualidade de vida, nas últimas semanas de vida, cuidados de fim de vida, enfim, com o mínimo de conforto que ele possa ter nesse momento [...] (NUTRIÇÃO, P5).

Promover o alívio da dor, do sofrimento e de outros sintomas desagradáveis é um dos princípios dos cuidados paliativos. Contudo, no contexto da terapia intensiva os pacientes que são considerados fora de possibilidades terapêuticas de cura, em sua maioria, encontram-se totalmente dependente de cuidados, na condição de ventilados e sedados, o que restringe a possibilidade de comunicação e dificulta o processo de avaliação por parte do profissional. Para esses pacientes, o depoimento a seguir reflete o que se considera como conforto.

[...] deixar sedado, não acrescentar nenhum tratamento fútil, infecções, deixar as complicações se desenvolverem, mas sem trazer nenhuma agressão, nem instituir nenhuma terapia nova. Então, não fazer nenhum procedimento, nenhum exame invasivo, nada que implique transporte, não trazer nenhum tipo de desconforto do tipo glicemia horária, furar dedo, tentar deixar o doente bem acoplado, que é o que se tem aqui, a ventilação mecânica, não tratar a hipotensão, deixar a coisa transcorrer no rumo natural da doença dele” (MEDICINA, P22).

Aprende-se do depoimento acima que evitar a terapia fútil também é considerado conforto. Contudo, a utilização de recursos tecnológicos no ambiente da terapia intensiva pode ser interpretada como distanásia diante dos preceitos dos cuidados paliativos, uma vez que o paciente já foi submetido previamente às medidas invasivas para prolongamento da vida.

[...] um doente que fica sob a nossa responsabilidade quarenta, setenta dias, como vemos aqui e que ou evolui para óbito ou sai numa dependência tamanha e que a sobrevida que temos visto é de 24 a 48 horas na enfermaria, depois de muito tempo passado na UTI, alguma coisa está errada e onde está o erro? O erro está exatamente porque aquele organismo não se sustenta sem um suporte, então a gente colocou o suporte nele o tempo todo [...] Então, o que eu fiz esse tempo todo? Adiei a morte de uma pessoa? Essa coisa é muito crítica, entra a formação, entram simbolismos, sentimentos, emoções, entra o conhecimento técnico, entra tudo, mas eu acho que fundamentalmente você tem que ser uma pessoa que tem que pensar num todo e que não posso adiar a morte de uma pessoa, mas eu posso intervir diminuindo o sofrimento dela, seja qual passo ela for, que vá com dignidade, o que não acontece aqui [...] (MEDICINA, P20).

O ambiente é tumultuado, cercado de muitos aparatos tecnológicos e equipamentos que emitem sons, repleto de pessoas circulando e falando a todo o momento, onde as luzes nunca se apagam, o clima geralmente é muito frio, na maioria das vezes não é possível saber quando é dia e quando é noite. Diante de tamanha complexidade do ambiente intensivo,

medidas de conforto parecem não ser cabíveis. Apesar disso, a depoente abaixo apresenta o que se pode oferecer de conforto e qualidade de vida na UTI.

[...] um sono adequado, não sentir dor, não ter sintomas de enjoo, ter oportunidade de algum momento para distração, televisão, rádio ou alguma coisa que goste ou uma leitura. Estar acompanhado de quem se gosta, família, amigo o tempo que precisar, se quiser visita estendida, ficar com o familiar o tempo todo, o deixar saber o que quiser, deixar ele confortável se quiser saber sobre a doença, se aquele é o momento final, se a pessoa quiser saber, acho que isso também traz um conforto, por que as vezes o desconforto dele é a dúvida, do que está acontecendo, quanto tempo tem de vida, as preocupações que tem lá fora, das relações, as vezes é alguém que queria se desculpar, algum filho que não vê há muito tempo e queria ver de novo. Então, eu acho que também é ter essa conversa, para que dentro daquilo que ele quer saber, se ele quiser saber, isso acho que também faz parte do conforto, você deixar ele informado, esclarecido dentro do que ele quer saber [...] (MEDICINA, P23).

Subtrai-se do depoimento acima a família como fator importante da qualidade de vida e conforto do paciente. Salienta-se que a família é parte integrante da proposta dos cuidados paliativos, tanto no que diz respeito ao processo decisório, quanto no processo do cuidado.

[...] a maior parte dos pacientes já vem de um tratamento prolongado, então a família já é muito resignada e sofrida e o que eles precisam é conforto, porque no fundo eles sabem que a hora esta chegando, e a nossa posição é a posição de oferecer o conforto, à medida que a família busca esse conforto da gente, a menos que eles tenham uma visão equivocada do que vai acontecer, aquela família que acredita que a pessoa vá sair e mesmo esclarecida tem dificuldade de aceitar a posição de fora de possibilidade, essa família precisa de conforto [...] (FISIOTERAPIA, P6).

O trecho acima evidencia a preocupação dos profissionais com os familiares que também precisam ser confortados diante do processo de terminalidade do seu ente querido, esse entendimento vai ao encontro da abordagem paliativa, que tem como foco o cuidado não apenas do paciente e de sua doença, mas se estende para a família.

Unidade Temática 4 – Limites e desafios no planejamento da assistência ao paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura na UTI

Nessa unidade temática algumas limitações e dificuldades foram relatadas para o seguimento e aplicação dos preceitos dos cuidados paliativos oncológicos diante do paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura na UTI, apesar dos profissionais vivenciarem situações e dilemas relacionados a este perfil de paciente cotidianamente. Dentre as limitações mencionadas pelos profissionais destacam-se os aspectos relacionados ao deficit na formação profissional, que diante da necessidade de qualificação e de educação permanente, se vêem

desafiados, tendo que enfrentar essa realidade, porém, fazendo parte de um plano de ação para sanar esse déficit.

[...] dentro da UTI a gente sabe que tem profissionais de todas as especialidades médicas, alguns são intensivistas, outros não tem formação em terapia intensiva e, independente disso, quase ninguém tem formação, nem que seja mínima ou pelo menos de leitura e interesse em cuidado paliativo. É uma questão de orientação e treinamento para todo mundo, não só para os médicos, para todos nós [...] (FISIOTERAPIA, P12).

[...] não tenho uma formação em cuidados paliativos, penso que talvez tivesse que ter um curso periódico, reciclagem, fornecido pelo INCA mesmo, palestras, enfim, para tentar equalizar o discurso. Sem a equalização dos discursos e das condutas, fica muito do que eu acho, do que o outro acha. Se você tem um protocolo, um grupo que estuda que reforça sempre isso é óbvio que vai ter as condutas um pouco mais ou menos apaixonadas, um pouco mais voltadas para a sua cultura, para a sua religião, para sua formação, mas as diferenças vão ser menores, senão ficamos achando que cuidado paliativo é só colocar morfina, retirar antibiótico e diminuir noradrenalina e é muito mais do que isso, acredito. As vezes, drenar um tórax pode ser um cuidado paliativo se essa drenagem aliviar a dispneia do paciente. Como o INCA é especializado, com certeza tem gente muito capacitada que possa reciclar, vir no plantão e falar ou alguns livros educacionais, folhetos, acredito que isso poderia ajudar todo mundo [...] (MEDICINA, P18).

A qualidade da assistência prestada pelos profissionais da terapia intensiva aos pacientes requer um planejamento de educação permanente, o que pode ser difícil diante da complexidade das tarefas diárias a serem cumpridas e priorizadas, sem maior investimento em discutir o processo e a qualidade do trabalho.

Com base nos depoimentos destaca-se que a falta do conhecimento adequado no que diz respeito ao reconhecimento do paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura revela práticas e condutas desconexas e que variam de plantão para plantão, desqualificando a assistência. Esta falta de referência gera insegurança entre as equipes, de modo que tais incertezas perpassam pelo receio em ser julgado por ter ou não implementado tal conduta, que pode variar de acordo com o prognóstico do paciente. Segue depoimento abaixo:

[...] aqui cada profissional age conforme aquilo que acha que sabe. Tem plantão que faz isso, tem plantão que faz aquilo e tem plantão que faz aquilo outro, então varia de profissional para profissional, o que reflete nossa deficiência em relação ao assunto, porque cada um faz o que acha que sabe, principalmente a categoria médica, onde cada um faz uma coisa. Não tem um planejamento em comum. Alguns podem até ouvir em relação a nossa fala, agora ter aquela rotina de sentar e discutir sobre o paciente fora de possibilidade que está na UTI em cuidados de fim de vida, isso não tem não. Cada profissional utiliza de seu conhecimento e faz aquilo que acha que é certo. Uns tem um conhecimento maior para fazer um pouco direcionado mesmo aos cuidados paliativos, tem outros que fazem aquilo que pensam e acabam deixando o paciente daquela forma, às vezes até sentindo dor [...] (ENFERMAGEM, P9).

[...] as vezes, fica aquele paciente que: - Ah, é fora de possibilidade, aí se tira o antibiótico, tudo bem. Ué, mais ontem não estava sem antibiótico, hoje já está com antibiótico de novo? É ou não é fora de possibilidade? Ontem era, hoje já não é mais! É ou não é? Aí você fica até sem saber como agir com aquele doente. Você fica meio que “pisando em ovos”, porque você tem medo de chegar [...]. - Ah, é fora de possibilidade, aí você assume uma conduta como sendo um paciente fora de possibilidade, no caso das aminas, drogas vasoativas, padrão ventilatório, enfim, logo depois: - Ah não, não é bem assim. Quem deixou de ver? Quem não deixou? Pode acontecer uma situação dessa se você não tem um plano, um protocolo, não tem quem assine ali e diga de fato, vamos lá, de agora em diante é isso aqui que vai ser feito[...] (ENFERMAGEM, P10).

A partir dos depoimentos percebe-se que a comunicação duvidosa e com falhas entre os profissionais da equipe de saúde também interfere no estabelecimento das metas e objetivos ao se planejar a assistência, uma vez que não há certeza e descrição clara acerca da condição do paciente, que ora é reconhecido como um paciente sem possibilidades terapêuticas de cura, ora não. Assim, evidencia-se um deficit de comunicação atrelado à relação de interdependência profissional para o planejamento, especialmente nas determinações das condutas e prognósticos relacionados ao diagnóstico da equipe médica.

[...] sinceramente não há diálogo, acho que as equipes funcionam mesmo com multidisciplinariedade e não de forma conjunta, não tem essa relação de cooperação, a gente vai definir junto, a gente vai pensar junto um cuidado para esse paciente, mesmo a gente falando esse paciente está assim, está assado, vendo o progredir não da doença talvez, mas o estado de saúde dele, isso não é muito levado em consideração e também não sabemos com que critério eles definem essa questão, porque se um dia ele é paliativo e no outro já não é, qual foi o critério, tanto para definir quanto depois para mudar de ideia que não era paliativo? Então, não sei, acho que as coisas são feitas muito aleatórias e sempre com uma decisão médica que se sobrepõe e que as outras equipes acabam seguindo assim [...] (ENFERMAGEM, P16).

Destaca-se do depoimento acima a imposição de condutas por parte da equipe médica, a individualidade nos processos de tomada de decisão e a falta de estratégias para melhor definir o paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura. Todas essas situações refletem principalmente nas questões relacionadas ao planejamento da assistência ao paciente, como relatado no depoimento a seguir:

[...] não existe um planejamento efetivo para esse doente, o que existe é um planejamento doente a doente, caso a caso, dia a dia, não existe um planejamento para um doente cuidado de fim de vida, esse planejamento é precário e é o que a gente tem no momento. A velocidade do trabalho, a quantidade de equipe é planejada para a terapia intensiva, para o que tem que ser feito para aquele doente naquele dia. Infelizmente! Se é troca de acesso, se é tomografia, se é mudança de decúbito, é higiene no leito, fixação dos tubos e cateteres. Existe um planejamento sim, mas não voltado para os pacientes em fim de vida [...] (ENFERMAGEM, P25).

[...] a maior dificuldade é de estabelecer esse planejamento como equipe. É algo que precisa ser institucionalizado. Não existe uma padronização do que os profissionais vão fazer para aquele paciente, isso não é decidido em equipe, assim como a maior parte das coisas [...] (FISIOTERAPIA, P6).

No âmbito do planejamento para o paciente em cuidado paliativo preconiza-se uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, que possa atender as demandas do paciente e de seus familiares. O compartilhamento das condutas e das decisões é o que torna a dinâmica da assistência paliativa mais humana. É sabido que no contexto da UTI há diferentes categorias profissionais, no entanto, nem sempre é possível atender as necessidades com o conhecimento que se tem, deste modo é importante ter a humildade em reconhecer que é preciso pedir ajuda, para que se possa de fato oferecer um cuidado integral.

[...] Aqui nós temos até a clínica da dor, que nós exploramos pouco, você pode observar quantas vezes nós a chamamos aqui e quiçá alguns acham até bobagem que não é, alguns falam não é só uma clínica da dor eu faço um analgésico, mas não é assim, é aquele paciente que já usava morfina previamente que você quer associar, trocar por uma metadona para ver se é mais efetivo, porque com morfina ele está com dor, aí aumenta a dose de morfina, mas se ele começar a ficar constipado, começar a fazer um globo vesical como efeito adverso à morfina eu não vou poder elevar isso até os extremos, o céu é o limite? Isso não pode. Talvez tenha que associar a outra droga. Um exemplo: eu tenho experiência com oxicodona? Não. Eu tenho experiência com metadona? Não. Sei que é um analgésico potente, opiáceo, mas experiência com essas drogas não tenho, então é preciso chamar a clínica da dor. Percebo que cuidado paliativo que me lembro desde que entrei aqui no INCA é muito pouco discutido e nós sabemos pouco (MEDICINA, P14).

Outro ponto destacado como desafio se refere à questão da necessidade de mudança do plano assistencial, tendo em vista que o foco muda a partir do momento que se tem um paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura dentro da UTI, tem-se então o objetivo das ações terapêuticas que eram de cura voltada para a palição.

Muitos depoimentos abordam que o desrespeito à autonomia inviabiliza a realização dos cuidados paliativos adequadamente nesse contexto, de modo que este desrespeito estaria atrelado à imposição da tecnologia e ferimento ao direito de escolha.

[...] aqui no hospital em geral os pacientes fora de possibilidade não deveriam ser postos em ventilação mecânica, a ideia é você deixar o paciente num nível de sedação que ele fique confortável e não tenha que ter mais esse desgaste, ele vai chegar ao fim de vida ao lado da família, sem precisar passar pelo trauma da ventilação. Infelizmente na terapia intensiva eles não chegam assim. Não existe essa escolha aqui dentro. Os graves já estão na condição de pacientes ventilados. Eles não têm a opção do suporte não invasivo. Paciente fora de possibilidade quando você pensa só no foco dos cuidados de fim de vida é um paciente que você invade menos possível. Não é o que acontece na terapia intensiva, aonde você vai invadindo cada vez mais [...] (FISIOTERAPIA, P6).

Seguindo essa linha de entendimento, o processo de admissão da UTI também foi relatado como potencial gerador de desafio, pois alguns profissionais se mostram contrários à admissão desses pacientes na UTI, porque consideram o serviço como potencializador do sofrimento no processo de morrer, além de significar mau uso dos recursos.

[...] certas vezes acontece de um paciente fora de possibilidade vir para a UTI e ocupar uma vaga que de repente poderia ser de um paciente com uma melhor possibilidade de cura, uma melhor possibilidade de “saída”. Penso que este paciente que ocupou a vaga poderia ter uma qualidade de vida melhor, um conforto melhor ficando com a família, do que vir, ser invadido, passar por procedimento desnecessários por falta mesmo de alguém chegar e falar: - Não, é paciente do HC4 (unidade especializada em cuidados paliativos). É um paciente de cuidado paliativo! [...]” (ENFERMAGEM, P1).

[...] o cuidado paliativo não cabe na terapia intensiva. A terapia intensiva tem sua definição: é cuidar do doente grave. Se eu começar a aplicar tratamentos paliativos na unidade intensiva ela se perde, mistura tudo, porque o doente no momento que passou a ser fora de possibilidade terapêutica já não cabe mais nessa unidade, não tem lugar para ele, ele é cuidado, mas não faz mais parte dali. Ele é cuidado porque ocupa um leito, mas na verdade não tem uma relação direta com as condutas dessa unidade [...] (MEDICINA, P20).

Citando outro processo gerador de desafio está a questão da desproporcionalidade e futilidades terapêuticas que podem acontecer diante da dificuldade em estabelecer coerências e continuidade das condutas, sendo problemas relacionados em sua maioria aos déficits de conhecimento para tomada de decisão, além de insegurança no âmbito ético-legal diante do medo de possíveis repercussões judiciais geradas por familiares, por exemplo.

[...] algumas vezes, por determinados profissionais de saúde não terem o completo entendimento do motivo dele estar necessitando de determinados suportes, seja ele alimentar, dialítico, hemodinâmico [...] Até mesmo, muitas vezes por parte dos médicos do porquê desse suporte ter sido iniciado ou não, há desencontro de informações e não é homogêneo o pensamento com relação ao que é melhor para aquele doente naquele momento e a maneira como aquilo tem que ser conduzido. Às vezes, o paciente mesmo já sendo elegível ao suporte paliativo ainda fica com excesso de medicamentos, ou até mesmo com falta de medicamento que seria voltado para terapêutica ideal para ele, ou então, ocorre momento de transição, a rotina do CTI, por exemplo, define que o paciente é suporte não invasivo ou cuidados de fim de vida, mas essa condição fica na espera da clínica assistente vir e respaldar esse tipo de conduta [...] (MEDICINA, P8).

No que se refere ao processo de trabalho, foi possível identificar em alguns depoimentos que a sobrecarga de trabalho prejudica a assistência e que em função do grande quantitativo de tarefas a serem desempenhadas, por vezes, não é possível proporcionar tão ativamente os cuidados aos pacientes em cuidados paliativos hospitalizados na UTI.

[...] infelizmente, a gente vive numa realidade de falta de pessoal, é preciso priorizar os esforços para aqueles pacientes que tem uma possibilidade maior de sair daqui e haver rotatividade. Infelizmente, na prática é assim que funciona. O tempo que eu gasto em cada paciente tem que ser otimizado, então na prática, quando você tem um paciente fora de possibilidade, você tem que dedicar o tempo a ele que vai ser suficiente para atender a demanda dele de conforto em todos os aspectos, mais ao mesmo tempo não se pode esquecer de otimizar o tempo visando os pacientes que precisam de um suporte de reabilitação maior. Ou seja, ele não fica sem assistência, ele é assistido. Mas o tempo que se dedica a ele, de todos os profissionais é sempre um pouco menor[...] (FISIOTERAPIA, P6).

Nas UTIs, onde os pacientes são geralmente totalmente dependentes dos cuidados, na maioria deles, de enfermagem a redução quantitativa e qualitativa do pessoal tende a colaborar para a instalação de conflitos que podem afetar a assistência prestada ao paciente, tendo em vista o impacto de tal situação na satisfação do profissional, que acaba na maioria das vezes realizando as tarefas da sua rotina diária de modo mecanizado e automático, como destaca o depoimento abaixo:

[...] temos tantas obrigações por fazer que aquela parte à beira no leito você não pode dar aquela assistência da qual o paciente está precisando naquele momento, você termina sendo um pouco máquina, verifica sinais vitais, examina ali o abdômen, padrão respiratório, aspira, vê como está o débito urinário, mas aquela coisa dos pacientes que não estão na prótese e que poderiam conversar se expressar, termina que você não tem tempo no seu dia a dia, de fazer uma coisa básica, que é escutar o paciente [...] (ENFERMAGEM, P7).

O uso do tempo para o cuidado demonstrou ser comprometido e insuficiente diante da sobrecarga de trabalho, contribuindo para a geração de conflitos ao ter que fazer escolhas e estabelecer prioridades, na lógica de valorizar a cura no ambiente da terapia intensiva, levando à desconsideração das necessidades do paciente em cuidados paliativos. Diante de tal circunstância a saúde do trabalhador pode apresenta-se comprometida, com surgimento de sentimentos de fraqueza e desânimo diante das situações estressantes.

[...] questionar muito mais até os serviços médicos, serviços de outras equipes, de repente a gente até se cala para evitar estresse e muitas vezes a pessoa que está ali precisando de alguém que realmente lute por ela e você não luta. Até como prevenção de estresse, para evitar problemas futuro, evitar mal entendido, para evitar desgaste emocional, então muitas vezes você vê que a coisa não está indo legal, você poderia questionar muito mais até embasado nos seus conhecimentos do dia a dia mais você termina fechando os olhos [...] (ENFERMAGEM, P7).

[...] hoje eu tive que ouvir do nosso colega que ele se sente matando os doentes. Nossa, é muito triste. Para ele o que a gente faz aqui é eutanásia. A gente não faz cuidado de fim de vida. Acho que isso está trazendo um mal para equipe inteira, penso que daqui a pouco todos vão estar muito desanimados e deprimidos. É um problema sério [...] (ENFERMAGEM, P3).

[...] porque muitas vezes as pessoas ficam assim, aí trabalhar aqui é ruim, a gente lida com doença, a gente lida com morte. Não, eu tento inverter isso na minha cabeça, porque senão a gente fica doida aqui dentro realmente. Começa a ficar neurótica, então passei a trabalhar na minha cabeça que estamos aqui com um objetivo diferente. Eu estou aqui diante de pessoas que precisam de mim, eu posso fazer a diferença [...] (ENFERMAGEM, P4).

Unidade Temática 5 – Abordagem da família no ambiente da UTI oncológica de adultos

Nesta unidade temática questões relacionadas aos familiares foram consideradas relevantes pelos profissionais, com destaque para as situações desfavoráveis ao enfrentamento do processo de internação e terminalidade da vida no contexto da UTI.

De acordo com a sua dinâmica de atendimento e objetivos, o ambiente físico da UTI é despreparado para que a atenção às necessidades da família aconteça de forma apropriada. Não há espaço físico para que se tenha uma conversa com os familiares, de modo a facilitar a comunicação empática, o envolvimento e a veracidade nesta relação. Há dificuldade ou mesmo impossibilidade para atendimentos mais específicos das necessidades de ordem psicológica e social, bem como para orientações práticas para o entendimento das burocracias inerentes ao processo da terminalidade.

[...] eu sinto que aqui no hospital no nosso setor ainda é difícil ter esse tipo de cuidado, principalmente pela estrutura física, por exemplo. Se o paciente ou familiar quer uma visita estendida, não tem espaço adequado para isso; não tem espaço para acolher, conversar com as famílias e poder abordar as questões mais profundas; a gente não tem na unidade uma equipe multidisciplinar bem coesa com psicólogo e assistente social, que aí acho que entram também aquelas questões do paciente estar imaginando os seus últimos dias de vida, está preocupado com questões sociais, enfim, filhos, criança pequena, quem vai cuidar [...] (MEDICINA, P23).

Além da falta de uma estrutura física e apoio de equipe multiprofissional, a abordagem aos familiares é uma tarefa que se concentra como atribuição da equipe médica, especialmente no horário da visita, o que exige os demais profissionais da unidade na corresponsabilidade em atender as necessidades da família, que nos cuidados paliativos deve ser considerada uma unidade de cuidado.

“[...] a notícia durante as visitas não é multiprofissional, só a equipe médica é responsável [...]” (ENFERMAGEM, P3).

[...] não se tem um protocolo institucional onde sentam vários profissionais para discutir, para falar para aquela família o que está acontecendo, o que não está acontecendo, o porquê levou aquilo, até o próprio médico da clínica você não vê ele

tendo esse tipo de conversa com o familiar, pelo menos aqui na terapia intensiva, normalmente é o plantonista que fala, não se vê mais ninguém da equipe nesse contexto, isso também deixa muito a desejar[...] (ENFERMAGEM, P15).

[...] a gente peca muito nisso, a gente acaba não tendo tanto contato com a família, o horário de visita acaba sendo um horário que utilizamos para fazer outras coisas que no caos do plantão não deu, as vezes até relacionada ao paciente, mas longe da família, ao invés de utilizar aquele momento para se aproximar da família. Então não conseguimos saber muito bem como aquela família enfrenta aquilo, como estão lidando com a doença, se ele for para casa traqueostomizado, por exemplo, como vão ter condições de cuidar, mesmo que a gente oriente vão saber cuidar em casa ou não, acho que acaba que as coisas aqui ficam muito atropeladas, em parte por conta de falta de pessoal mesmo e talvez por falta de entender que isso é importante [...] (ENFERMAGEM, P16).

As deficiências na abordagem da família consequentemente refletem na comunicação e explicação da situação clínica atual do paciente, em especial, porque não há uma linearidade das informações passadas a esses familiares, tendo em vista que as equipes trabalham sob regime de plantão, isso faz com que a cada dia esses familiares se deparem com profissionais diferentes, podendo gerar confusão e insegurança.

[...] eu, como plantonista, dou uma notícia hoje, só que o colega de amanhã que não sabe o que falei vai dar a notícia e o próprio colega tem uma forma de expressão diferente da minha, então ele pode dar a mesma notícia com outra roupagem e isso para a família pode ficar confuso, porque eu dei uma notícia com minha personalidade, repara, o quadro clínico é o mesmo, mas a roupagem, a forma com que você vai dar a notícia muda de profissional para profissional, então vejo que é necessário, desejável que tivesse uma pessoa para dar notícias aos familiares de forma encadeada, de modo a manter uma horizontalidade no que se é falado, isso é importante [...] (MEDICINA, P14).

Diante dos relatos acima se pode imaginar o quanto deve ser difícil para uma pessoa ter um familiar gravemente enfermo internado em um ambiente tão hostil como a terapia intensiva, ainda mais se ele for um paciente sem possibilidades terapêuticas de cura para sua doença. O depoimento a seguir dá essa dimensão através do olhar do profissional.

[...] o pior lugar para se morrer é no hospital, porque afasta a pessoa do ente querido dela, seja ela estando consciente ou inconsciente. Essa relação familiar é muito importante e você não pode quebrar isso. E a gente quebra a partir do momento que ele passa por esta porta, porque aqui é horário marcado para visitar, para ver seu familiar [...] (MEDICINA, P20).

[...] eu não sei o que é ter um parente numa situação dessa e gostaria muito que se um dia, espero eu não precisar passar por isso, mas se um dia eu tiver que passar, eu gostaria de ser tratada com sensibilidade, porque é uma situação muito ruim, muito difícil [...] (ENFERMAGEM, P10).

No ambiente hospitalar a vigilância bacteriológica é muito rígida e na UTI isso reflete em um “isolamento” que restringe a circulação de pessoas nesse ambiente. Em virtude disso, os familiares dos pacientes internados sofrem as consequências dessas medidas, pois ficam limitados a ver e estar com seu parente conforme norma estabelecida pela unidade hospitalar que geralmente restringe o número de pessoas, dias, horários. Entretanto, essa conduta que afasta o familiar do paciente não é bem vista por alguns profissionais da UTI.

[...] na minha concepção todos tem o direito de acompanhar o seu familiar dentro da Unidade de Terapia Intensiva. Paciente que vem lúcido, paciente que está sedado, tem que ter. A não ser que a família queira abrir mão disso, ela também tem esse direito. A experiência que tenho é que a família não atrapalha, a família ajuda, o paciente acorda mais tranquilo, sente a mão da mãe, a mão da esposa, do marido. A pessoa que está ali na cama tem sentimentos, tem afeições e a presença da família nisso é muito importante. A família tem que participar de todo o processo. O paciente na terapia intensiva é um paciente que é limítrofe, corre risco de morte, pode vir para cá acordado, orientado agora e daqui a meia hora ter uma intercorrência e morrer. Então a gente tira da família o direito de estar com seu ente amado nos últimos momentos de vida dele. Tira das pessoas o direito de dizer, - “Eu te amo, estou muito preocupada com você”, porque além do horário da visita ser uma hora, são apenas duas pessoas diariamente [...] (ENFERMAGEM, P11).

Compreende-se do depoimento acima o quanto é importante a participação do familiar no processo de internação do paciente que está na UTI. Além disso, reconhecer que a família também é foco assistencial do cuidado e precisa estar inserida nesse contexto vai ao encontro ao que se preza no cuidado paliativo, em que a família deve ser assistida durante todo o processo de doença do indivíduo, assim como no período de luto.

[...] nosso papel é deixar que a família se sinta assistida e que ela saiba que seu familiar esta sendo assistido, que ele não foi esquecido mesmo que seja fora de possibilidade. Eu acho que a família precisa disso [...] (FISIOTERAPIA, P6).

[...] essa discussão da família participar é uma discussão que entra muito dentro do cuidado paliativo, então você precisa atender as necessidades do paciente que não sejam só asseio, higiene e dor, não é só isso. É muito maior do que isso, a família precisa estar inserida [...] (FISIOTERAPIA, P12).

As informações obtidas a partir dos depoimentos dos profissionais sugerem que as famílias precisam ser aproximadas e mais participativas do processo do cuidar de seus familiares. Contudo, esta inclusão deve vir anteriormente à necessidade de hospitalização na UTI, contribuindo para melhor compreensão da situação de saúde do seu ente querido, dos processos de tomada de decisão e da inevitabilidade das perdas.

[...] nós temos que conversar melhor com os familiares, não só dos pacientes com cuidados paliativos, porque o familiar ainda está muito desinformado, pois percebo que muitos familiares ainda carecem de muitas informações, acho que a instituição tem que incentivar essa questão de trazer mais o familiar e dizer: - Seu familiar tem uma doença grave, um câncer e você tem que participar, é importante. Nós profissionais colocamos o risco de morte no paciente e eu aprendi o seguinte, apesar do risco de morte ter semelhança com o risco de vida, o risco para a morte é mais impactante, então temos sim que em muitos momentos falar: - Olha seu familiar tem um risco de morte. Risco de morte todos nós temos, é propriedade da vida, a morte está relacionada à vida, mas temos que mostrar que o risco de morte do paciente oncológico é muito maior, até para o familiar aceitar essa questão de que ele tem uma doença grave e que tem um risco de morte alto, mas por falha nossa muitas vezes não nos expressamos adequadamente de acordo com o grau de compreensão de cada familiar, essa questão precisa ser revista, é um trabalho multiprofissional [...] (MEDICINA, P14).

Unidade Temática 6 – Estratégias e recursos necessários para implementação dos cuidados paliativos na UTI oncológica

Esta unidade temática apresenta as diferentes estratégias e recursos a partir da percepção dos profissionais para melhor qualificar a assistência prestada aos pacientes com sem possibilidades terapêuticas de cura na UTI, bem como contribuir para um cuidado mais humanizado e reflexivo em todo o ambiente da terapia intensiva oncológica adulta.

A declaração abaixo vem ilustrar que apesar das dificuldades apontadas existe o entendimento de que a realidade pode ser diferente, desde que alguns investimentos aconteçam, o que remete que, ao pensar no âmbito do planejamento da assistência a este paciente, que os profissionais que ali atuam encontram-se numa fase anterior ao planejamento em si, englobando a necessidade de entendimento prévio dos cuidados paliativos na UTI e estratégias e recursos para operacionalização, ou seja, avançando do pensar para o agir.

Assim, dentre as principais estratégias destaca-se a demanda por aprimoramento do conhecimento por meio de educação permanente, visando à capacitação dos profissionais no diz respeito ao reconhecimento do paciente sem possibilidades terapêuticas de cura, bem como ao processo de terminalidade da vida e cuidados paliativos.

“[...] o mais urgente é fazer com que os profissionais, e aí médicos na verdade, sejam capazes de definir o diagnóstico, mas também definir condição de fora de possibilidade. Quais são os critérios? Precisam existir discussões que devem ser diárias [...]” (FISIOTERAPIA, P12).

[...] sou a favor que o conhecimento dos cuidados paliativos se torne cada vez mais difundido e a gente se aprimore cada vez mais, que exista educação continuada em relação a isso. A medicina paliativa teria que fazer parte da formação da terapia intensiva, porque você lida o tempo todo com esses dilemas, com esses tipos de

escolha, acredito que isso contribuiria muito na condução desses doentes. Na universidade todos os profissionais, de todas as áreas da saúde, tinham que ter cadeira de medicina paliativa para melhorar sua abordagem e visão desses doentes [...] (MEDICINA, P8).

[...] A gente só torna a prática melhor com base em boa teoria. Então, o que falta aqui para todos é a teoria. Saber e ter conhecimento em relação ao cuidado do paciente fora de possibilidade terapêutica de cura dentro da terapia intensiva. A partir do momento que meu conhecimento científico é de qualidade, a minha prática se torna também [...]” (ENFERMAGEM, P9).

Para que se possa ofertar uma assistência com qualidade, associado ao conhecimento teórico-prático é preciso que haja investimento no quantitativo de recursos humanos e materiais, bem como organização dos processos inerentes ao serviço.

“[...] para todos nós o número de pessoas é definitivo para melhorar a assistência e até para essa questão de atenção ao paciente e a família, se você tem uma equipe maior você tem mais tempo para oferecer o que seja realmente conforto e cuidado [...]” (FISIOTERAPIA, P12).

“[...] tem a questão do material, se a gente tivesse um pouco mais de órteses para o posicionamento, poderíamos gerar um pouco mais de conforto [...]” (FISIOTERAPIA, P6).

[...] seria um pouco institucional, do setor mesmo ser um pouco mais organizado em relação aos critérios de definição e admissão na UTI. A enfermagem também se organizar para ver como tem que mudar a assistência desse paciente, se a gente tem condições com o que temos, o que a gente tem para atender esses pacientes ou não, o que mais a gente precisa. Um pouco de organização mesmo, talvez *check list*, que oriente que mantenha os cuidados [...] (ENFERMAGEM, P16).

A terapia intensiva é um ambiente de múltiplas tarefas, para se oferecer um cuidado mais humano é preciso que se tenha uma visão integral das necessidades de quem está sendo cuidado e que os profissionais tenham o senso do trabalho em equipe. A filosofia dos cuidados paliativos preconiza a interdisciplinaridade, onde cada profissional tem sua importância. Os depoimentos a seguir sugerem melhoras nesse sentido.

“[...] um *round* com todos os representantes profissionais da equipe, leito a leito para trocar ideias. Todo mundo junto acho que ia servir não só de aprendizado como também seria melhor para o paciente [...]” (ENFERMAGEM, P7).

“[...] temos que desenvolver mais o multiprofissionalismo e também mais multiespecialidades, isto é, nós temos que ter um entrosamento maior para melhorar essa assistência [...]” (MEDICINA, P14).

A partir das falas acima se observa o quão é importante um debate acerca da assistência em que todos possam contribuir, de modo a haver consenso entre as opiniões e medidas implementadas para um cuidado direcionado, em especial, quando o paciente não tiver condições terapêuticas de cura no ambiente da UTI. Estratégias nesse pensar também foram relatadas.

[...] teria que ter um cuidado, uma rotina planejada, multiprofissional feito com todas as equipes, cada um dentro da sua especificidade. Deveria ter uma rotina, uma estratégia de abordagem do paciente em cuidados paliativos em terapia intensiva. Os profissionais tem que estabelecer uma rotina de cuidados, porque quando você estabelece, todos falam a mesma língua [...] (ENFERMAGEM, P11).

[...] acho que um plano de cuidados, que seja um protocolo padrão, independente mesmo da doença original do doente para ser usado a partir do momento que ele passou a ser considerado de fato fora de possibilidade terapêutica aqui na UTI, seria muito interessante, bom para o profissional como também para o paciente [...] (ENFERMAGEM, P10).

É sabido que a terapia intensiva é composta por diferentes profissionais de diversas áreas, no entanto, no cuidado ao paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura faz-se necessário ampliar a discussão sobre os cuidados paliativos. Isto requer complementação dos saberes e fazeres, partilha de responsabilidades, onde demandas diferentes se resolvam em conjunto.

“[...] seria interessante ter uma equipe de medicina paliativa no hospital que pudesse atuar aqui na UTI, isso poderia ajudar muito o hospital tentando dar um suporte nas indicações de internações aqui para a UTI [...]” (MEDICINA, P8).

“[...] temos um grupo de apoio religioso no hospital, temos clínica de controle da dor, poderíamos talvez permitir que o paciente ficasse com o familiar um pouco mais de tempo, acho que tudo isso facilitaria [...]” (FISIOTERAPIA, P12).

Os cuidados paliativos preconizam humanizar a relação equipe de saúde-paciente-familiares de modo a proporcionar maior qualidade assistencial, bem como maior entendimento entre os envolvidos no processo do cuidar. A visita e a mudança no acolhimento dos familiares de pacientes internados na UTI foram estratégias mencionadas para melhorar a assistência prestada no ambiente da terapia intensiva.

[...] periodicamente poderiam ter reuniões ou até mesmo ali no *hall* onde os familiares estão esperando, poderia ter uma roda de conversa que as pessoas pudessem se expressar, algum enfermeiro de repente pudesse escutar o que eles esperam da terapia intensiva, explicar o que provavelmente vão encontrar, o que vão ver, como o paciente pode estar aqui ou não, entubado e tal, acho que isso é uma

coisa que poderia ser feita, não sei como assim, mas acho que poderia existir[...] (ENFERMAGEM, P16).

“[...] esse tipo de paciente você não sabe se vai estar vivo hoje, se vai estar vivo amanhã, então eu acho que esse tipo de clientela tinha que ter horário de visita estendido [...]” (ENFERMAGEM, P24).

A dificuldade em lidar com a finitude humana pode gerar nos profissionais que atuam na UTI sentimentos que tornem sua rotina de trabalho uma tarefa árdua, que muitas vezes podem acarretar em um distanciamento da assistência. Na tentativa de reverter essa situação alguns profissionais destacam o apoio psicológico como estratégia mais importante no enfrentamento do sofrimento profissional, que tem no seu dia a dia a morte como objeto de trabalho.

[...] precisamos ter um apoio psicológico aqui dentro da nossa unidade. É preciso formar grupos de convivência dentro do serviço, não só na equipe de enfermagem, todas as equipes tem que participar. Um grupo para você contar suas experiências, falar, fazer dinâmica [...] (ENFERMAGEM, P11).

“[...] Precisamos de um psicólogo específico para a clínica de terapia intensiva [...]” (ENFERMAGEM P24).

“A compaixão é o desejar que outros seres se libertem do sofrimento. E o amor é desejar que eles encontrem a felicidade”.

Dalai Lama

CAPÍTULO V

5.1 DIALOGANDO COM OS AUTORES SOBRE OS RESULTADOS

Discutir cuidados paliativos na UTI pode parecer paradoxal à medida que as práticas parecem não ser compatíveis, tendo em vista que pacientes em processo de terminalidade da vida em consequência de doença crônica como o câncer, podem não se beneficiar das tecnologias disponíveis nesta unidade, diante da irreversibilidade da doença, que se manifesta nas múltiplas esferas do ser humano e anuncia a morte. Mas apesar disso, perante a noção curativista que guia a lógica de assistência à saúde, especialmente no hospital, são frequentes os pacientes sem possibilidades terapêuticas para a cura hospitalizados na UTI, recebendo cuidados que ora objetivam reverter o quadro clínico e ora buscam equacionar os avanços tecnológicos para alívio do sofrimento e a manutenção do conforto, em meio a conflitos éticos e nuances que demarcam a (des)proporcionalidade terapêutica.

O processo de cuidar de pacientes no contexto dos cuidados paliativos na UTI é, pois, multifacetado, permeado de contradições, sentimentos negativos e assistência pouco humanizada. Embora faça parte do cotidiano dos profissionais que atuam na UTI, o enfrentamento da morte ainda se constitui um desafio, uma vez que propicia dilemas éticos e paradigmáticos, tendo em vista que são formados e treinados com base no modelo que prioriza a doença e a cura (PESSINI, 2016).

Além disso, a morte desperta nos profissionais a consciência das suas próprias finitudes, gerando conflito interno, dúvidas sobre a eficácia, objetivos e a relevância dos cuidados prestados. Em especial, os processos de tomada de decisão, principalmente se concentrados em uma única pessoa, geram intensos questionamentos sobre a capacidade de reverter a situação, resultando em obstinação terapêutica, ou seja, em excesso de investimento terapêutico, oferecendo ao paciente uma “vida” não mais que vegetativa (PICANÇO; SADIGURSKY, 2014).

Esta pesquisa retratou os desafios para lidar com a terminalidade da vida na UTI sob o prisma da especialidade oncológica, mas apesar das características evolutivas do câncer, de certa forma, facilitarem o prognóstico e a previsão de sobrevida quando comparadas com

outras doenças crônicas de evolução lenta, não foram identificadas distinções no âmbito do planejamento do cuidado. Assim, os desafios, bem como as dificuldades interpretadas ao longo dos depoimentos dos participantes, foram semelhantes ao contexto de uma UTI geral, a partir do que pode ser verificado em resultados de pesquisas já publicadas.

Desse modo, ao se tratar de um paciente com câncer, é entendido que seu quadro clínico é afetado por variáveis da própria doença e dos tratamentos agressivos, gerando impacto negativo na qualidade de vida, em especial se estiver em estádios avançados da doença, manifestando algum sintoma físico e ainda em uso de tratamentos anticâncer, mesmo com objetivos paliativos (SAWADA et al, 2016). Tais manifestações, quando exacerbadas agudamente, podem demandar hospitalização na terapia intensiva e o planejamento da assistência, a partir de então, deve objetivar estabilizar e melhorar tais causas que, por outro lado, podem ser refratárias ao tratamento, somar novas afecções decorrentes, muitas vezes, do próprio processo de hospitalização e finalizar o quadro como sem possibilidades terapêuticas para a cura.

A transição entre os cuidados curativos e paliativos na UTI oncológica é, pois, evento frequente, o que não representa, em alguns casos, que a indicação da terapia intensiva tenha sido imprópria. Contudo, quando isso acontece é preciso reconhecer os limites terapêuticos e gerenciar a situação com base nos princípios que regem o cuidado humano, a bioética e a palição. Mas, como nas primeiras horas de internação a expectativa por bons resultados pode dominar profissionais e familiares, tem-se a dificuldade em aceitar a situação e fazer essa transição (ALCANTARA et al., 2013).

Dentre as principais causas que demandam hospitalização na UTI de pacientes com câncer destacam-se: a recuperação no pós-operatório (a cirurgia é o tratamento realizado na maioria dos pacientes com câncer, sendo geralmente extensa, agressiva, mutiladora e radical); a septicemia (que é de três a cinco vezes mais incidente em pacientes com câncer, especialmente nos cânceres hematológicos e marca o processo ativo de falência múltipla de órgãos); a insuficiência respiratória (intercorrência que pode advir da própria doença, dependendo da localização do tumor, ou por seu avanço); dentre outras como sangramentos e emergências oncológicas (por exemplo: síndrome de lise tumoral) que podem ocorrer a qualquer momento durante a evolução da doença (KOSTAKOU et al., 2014; SOARES et al., 2010).

Apreende-se que as peculiaridades de uma UTI oncológica requeiram que os profissionais de saúde sejam qualificados a partir do domínio de conhecimento geral e específico, ao se tratar das complicações advindas do câncer e dos seus tratamentos, por

exemplo (TORRES; SOARES, 2015). Além disso, defende-se a necessidade de conhecimento na área dos cuidados paliativos, o que não foi observado no depoimento dos participantes do estudo, ao relatarem a falta de conhecimento como uma das grandes dificuldades em integrar essa modalidade de cuidado na UTI. Assim, essa realidade, confrontada com outras pesquisas cujos cenários foram UTIs gerais, evidencia que não há especificidade no cuidado quando diante de um paciente sem possibilidades terapêuticas para a cura, apesar da evidência empírica de elevada incidência de casos como esse tipo de prognóstico, o que compromete o planejamento da assistência.

Essa peculiaridade da UTI oncológica foi expressa pelos participantes do estudo, que influenciados por fatores que englobam o perfil da clientela oncológica destacaram a gravidade dos pacientes. Segundo esses profissionais, os pacientes atendidos na unidade são diferentes de tudo que já vivenciaram em sua trajetória profissional intensivista. “São pacientes que vão além do grave” e por isso, demandam um manejo terapêutico complexo e muitas vezes desafiador. Parte dos dilemas e conflitos éticos provém da falta de alinhamento com os preceitos dos cuidados paliativos, o que vai de encontro às recomendações da OMS, ao se tratar de uma doença crônica que ameaça a continuidade da vida e a necessidade de implementar ações paliativistas desde o seu diagnóstico inicial, embora a utilização destas seja muito mais clara e evidente quando a doença progride e atinge níveis elevados de sofrimento, e a medicina nada mais tem fazer pela doença, e sim pela pessoa (ARANTES, 2016).

Ao pensar na complexidade da pessoa, além do cuidado técnico, do domínio das tecnologias de última geração, é preciso que os profissionais estejam preparados e tenham suporte psicológico contínuo para lidar com a perda, a dor, o sofrimento e a morte. Estudos alertam para o despreparo e a resistência desses profissionais em aceitar a morte como algo natural, sendo, muitas vezes, encarada como um fracasso terapêutico. O despreparo para trabalhar com a finitude humana e a impotência frente a essas situações podem gerar conflitos internos, sentimentos negativos e desgaste emocional e o distanciamento da realidade pode ser estratégia adotada como mecanismo de defesa para enfrentar seu cotidiano de trabalho (PICANÇO; SADIGURSKY, 2014; SALIMENA et al., 2013).

Segundo Hercos et al (2014) tal situação pode levar ao *burnout*, que é uma resposta do organismo a repetitivos agentes estressores relacionados ao trabalho, tendo como característica o desgaste emocional (o indivíduo revela inicialmente um forte abalo físico, psíquico e emocional), a despersonalização (mostra um profissional frio e insensível ao sofrimento do outro) e a incompetência profissional (que se reflete por uma baixa estima

manifestando-se como uma insatisfação e desmotivação no que se faz), constituindo-se em fatores que podem ser determinantes para o desenvolvimento do trabalho da equipe multiprofissional.

Destaca-se que os profissionais da enfermagem constituem um grupo com grande predisposição para o desenvolvimento de tal síndrome, por serem os profissionais da saúde que mais tempo permanecem em contato com o paciente e seus familiares no ambiente de trabalho, pela excessiva carga de trabalho justificada pela deficiência de profissionais, complexidade dos procedimentos, trabalhos noturnos, que geram maior exposição aos acidentes de trabalho, entre outros. Podendo impactar na eficácia do trabalho realizado, bem como a qualidade de vida desses profissionais (SKOREK; SOUZA; BEZERRA, 2013).

A necessidade de integração precoce entre cuidados curativos e paliativos na UTI tem sido abordada na literatura, em especial, na internacional. Apesar de estratégias variadas para fomentar essa prática, a necessidade de educação dos profissionais de saúde que atuam na UTI é unânime, pois assim, independente do modelo a ser seguido, terão condições de desenvolver habilidades para reconhecer o paciente de cuidados paliativos, melhor prognosticar e, mesmo, triar pacientes elegíveis ou não à terapia intensiva (BAKER; LUCE; BOSSLET, 2015; ASLAKSON; CURTIS; NELSON, 2014; WALKER et al., 2013; COOMBS; ADDINGTON-HALL; LONG-SUTEHALL, 2012; VILLARREAL et al., 2011).

Frente às dificuldades apontadas, cabe reforçar que, de acordo com as recomendações do Conselho Federal de Medicina, que constam na Resolução n° 2.156/2016, a qual estabelece os critérios de admissão e alta em UTI, este serviço é destinado ao tratamento intensivo de pessoas com condições clínicas graves e de risco, porém, com probabilidade de sobrevida e recuperação. Esta Resolução ratifica ainda que, em casos de doenças incuráveis e terminais devem os médicos oferecer cuidados paliativos, em detrimento de ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas. Assim, em seu artigo 6º, a priorização de admissão na UTI deve respeitar determinados critérios, ordenados da prioridade um a cinco. Destaca-se aqui que a última prioridade, ou seja, a cinco, abrange pacientes com as características sem possibilidades terapêuticas para a cura. “No entanto, seu ingresso pode ser justificado em caráter excepcional, considerando as peculiaridades do caso e condicionado ao critério do médico intensivista”. Ainda, o artigo 8º contempla o seguinte: os pacientes classificados como Prioridade 5, conforme descrito no parágrafo 5º do artigo 6º, devem prioritariamente ser admitidos em unidades de cuidados paliativos (CFM, 2016). Entende-se que, por se tratar de uma Resolução recente, é vivenciado franco processo de mudança, que tem caráter lento por

envolver paradigma até então muito enraizado, mas que aclama por mudanças importantes no futuro.

É preciso pensar em diferentes alternativas para assistência aos pacientes em terminalidade da vida no contexto do hospital, contudo, enquanto isso não acontece a conjuntura atual não exclui esse perfil de clientela da UTI, sendo, pois, premente a oferta de cuidados paliativos nesse ambiente sempre que necessário.

A partir das orientações em pesquisas e do estudo da realidade investigada, sugere-se que o modelo consultivo seja o mais apropriado no momento para implementação dos cuidados paliativos na UTI, considerando que a Instituição possui uma unidade especializada em cuidados paliativos e capital humano especializado. Neste modelo a equipe especializada pode ser acionada por meio de parecer entre os profissionais e dentre as diferentes categorias. Contudo, estratégias de médio e longo prazo podem ser pensadas e implementadas em concomitância, de modo a continuamente investir na integração entre os cuidados curativos e paliativos na UTI.

Este tipo de investimento é extremamente necessário, pois é preciso aliar cientificidade, técnica e humanização na prestação da assistência na UTI, de modo que os profissionais sejam capacitados para agir de acordo com a ciência e a técnica, mas sem negar, ignorar ou suprimir crenças pessoais ou sentimentos e emoções advindas das singularidades de cada pessoa. Para isso, a morte deve constar na pauta de discussão no processo de formação desses profissionais e no cotidiano de trabalho, para que possam compreendê-la na prática como parte integrante da vida (VICENSI, 2016).

Infelizmente, o compartilhamento de conhecimentos sobre cuidados paliativos na formação universitária de profissionais de saúde ainda é deficiente, inclusive nos países desenvolvidos. O ensino existente é incipiente e não prepara adequadamente os estudantes nessa perspectiva (GILLAN; RIET; JEONG, 2014). Porém, a utilização de metodologias ativas, com ênfase na simulação realística, tem se tornado uma opção que demonstra ser promissora para o ensino deste conteúdo, uma vez que o desenvolvimento de habilidades e competências necessárias, incluindo comunicação e trabalho em equipe, demanda experiências práticas, que podem ser intencionalmente proporcionadas ao estudante por meio de simulações clínicas em seu processo ensino-aprendizagem (COBO, 2014; COSTA; POLES; SILVA, 2016).

Uma das medidas que podem facilitar o planejamento da assistência ao paciente sem possibilidades terapêuticas de cura na UTI é o compartilhamento da tomada de decisão entre os próprios profissionais, e entre esses e familiares. A tomada de decisão compartilhada se

baseia nas discussões abertas e honestas das razoáveis opções de tratamento. Isso implica em comunicação clara e constante, com vistas a estabelecer relação de confiança, especialmente, com os familiares. A comunicação falha cria falsas esperanças de cura, implicando na não aceitação dos limites terapêuticos, bem como na adoção de medidas paliativas, persistindo então, na exigência de terapêuticas adicionais infundáveis e desencadeando processos de luto patológicos.

As ocorrências de transtornos psicoemocionais em familiares são documentadas em muitos estudos ao vivenciarem a morte de seus entes queridos na UTI. Alguns hospitais possuem unidades de cuidados paliativos com recursos e capacidades de cuidados críticos, numa abordagem mais abrangente. São unidades flexíveis e aceitam pacientes com suporte invasivo, com o provimento do cuidado multidisciplinar, juntamente com a família, para programar descontinuidade desses suportes mais invasivos e cuidado na fase do luto. Reduz custo e melhora a qualidade da assistência nos casos em que a morte acontece no hospital e não significa acelerar a morte.

Assim, parece fácil compreender que a UTI não deve ser indicada para pacientes com câncer sem possibilidades terapêuticas para a cura, uma vez que a UTI é o ambiente hospitalar de cuidado à saúde que mais reflete os avanços tecnológicos; é obrigatório o uso de tecnologia médica de última geração para gerenciar o risco de morte nesse contexto (PESSINI, 2016). Mas infelizmente não é fácil! Muitos profissionais, especialmente médicos, enfrentam dilemas no cotidiano, mas a falta de conhecimento sobre cuidados paliativos e falhas na comunicação entre os envolvidos, incluindo o próprio paciente e seus familiares, desfavorecem a proporcionalidade e o reconhecimento dos limites terapêuticos.

Prognosticar é um desafio, acompanhado de dilemas em diversos domínios, como técnico, ético e legal. O déficit de conhecimento e/ou o desinteresse pelos cuidados paliativos da equipe médica e dos demais profissionais envolvidos, a relutância em aceitar que não se pode mais atuar em busca da cura e a impotência diante da morte inevitável, são questões que influenciam o processo de tomada de decisão, resultando em ocupações indevidas de leitos, superlotações, práticas distanásicas, e mau uso de recursos financeiros na UTI (SILVA et al., 2013).

Com base nos sentimentos negativos que podem advir da ocorrência da morte na UTI, ressalta-se a necessidade de se oferecer suporte emocional e jurídico aos profissionais, visto à intensa carga emocional e possíveis processos judiciais.

Na esfera da ocupação de leitos por mandatos judiciais, destaca-se que é preciso considerar que frente a escassez de leitos na UTI, pacientes e seus familiares recorrem à

justiça, na esperança de obtê-los por meio de determinação judicial. Segundo Diniz et al (2014) “a judicialização da saúde é uma questão ampla e diversa de reclame de bens e direitos nas cortes envolvendo insumos, instalações, medicamentos, assistência em saúde, entre outras demandas a serem protegidas pelo princípio do direito à saúde”.

Kappaum e Gomez (2013) sugerem que a implementação de atividades como ginástica laboral ou alongamento antes do início das atividades, grupos de reflexão, presença permanente de um profissional da psicologia a disposição na unidade, períodos de pausa na rotina e até mesmo apoio espiritual, podem melhorar as condições de trabalho e saúde dos profissionais envolvidos na assistência ao paciente em terminalidade. Embora a dinâmica da UTI possa não favorecer o desenvolvimento de alguns desses tipos de atividades ao longo do plantão, outros momentos podem ser pensados para a sua execução.

A despeito disso, é importante entender que os profissionais que compõem a equipe da UTI, em especial a oncológica, que está atrelada a uma doença que remete ao sofrimento e à morte, merecem atenção e precisam ser cuidados. Reconhecê-los antes de qualquer coisa como seres humanos que estão imersos num contexto de responsabilidade repleto de emoções pode ser o passo inicial para a promoção de seu adequado preparo para lidar não só com questões que envolvem seus próprios sentimentos, mas também de outros profissionais, familiares e especialmente da pessoa que está doente.

As necessidades sentidas pelos profissionais podem ser expressas por sentimentos de insatisfação, revolta, impotência e sensibilização, como pôde ser observada na oportunidade de expressão oferecida aos mesmos no decorrer desta pesquisa. Apesar de saberem, muitas vezes a definição dos cuidados paliativos, tem-se a insatisfação como o modo com o qual muitos casos são conduzidos no cenário, o que perpassa pela política institucional, que pode facilitar ou dificultar a integração entre cuidados curativos e paliativos na UTI. Além da correlação desses sentimentos com a falta de experiência prática na aplicação dos preceitos dos cuidados paliativos, a política institucional deve direcionar ações para fomentar essa prática. Uma vez que a formação profissional é falha no compartilhamento desse tema e ainda não despertar o interesse para investimentos pessoais futuros é preciso pensar a inclusão dos cuidados paliativos em curto prazo no processo de capacitação profissional.

O exagerado tecnicismo assimilado durante a formação, e as atitudes de profissionais mais experientes vivenciadas no trabalho, entram em choque com o que cada pessoa traz dentro de si, seja de suas crenças e formação religiosa, seja das sensações comuns a todos os seres humanos. Dessa forma, muitos profissionais mostram-se despreparados para lidar com situações envolvendo a morte, além de

não saberem como agir para que a vivência da prática os leve à descoberta do que é importante nesse processo (VICENSI, 2016, p. 69).

A falta de instrumentalização para aplicação dos cuidados paliativos na UTI e/ou outros fatores internos mobilizam sentimentos que podem provocar sofrimento diante do cuidado prestado ao paciente fora de possibilidades terapêuticas para a cura. Mas, tais sofrimentos podem ser minimizados por meio de educação sobre o tema (VASQUES et al., 2013).

Vicensi (2016) ressalta que o “ponto chave” do difícil processo de lidar com a morte pode estar diretamente ligado à formação e preparação dos profissionais de saúde, que ainda é pouco eficiente na tarefa de incentivar uma atuação que alie cientificidade, técnica e humanização. Do contrário, teríamos profissionais capacitados para agir de acordo com a ciência e a técnica, mas sem negar, ignorar ou suprimir crenças pessoais ou sentimentos e emoções advindas das singularidades de cada pessoa. Faz necessário então, que a morte e os cuidados paliativos sejam temas das discussões no processo de formação desses profissionais, para que possam compreendê-la na prática como parte integrante da vida.

Nesse contexto, o Brasil ainda utiliza o modelo técnico e mecanicista, no processo de formação do profissional de saúde, que resulta em práticas pró-curativas e profissionais heróis que salvam vidas, sem se preocupar com o cuidado integral e a humanização da assistência. Pesquisa recente realizada em uma faculdade federal de Minas Gerais, desenvolvida com alunos de graduação dos cursos de medicina e enfermagem foi capaz de afirmar que a “abordagem curricular dos cuidados paliativos é insuficiente, tanto em conteúdo quanto em instigar o acadêmico a procurar mais conhecimento sobre o assunto” (COSTA; POLES, SILVA, 2016, p. 1046). O aluno que não se envolve com atividades extracurriculares relacionadas ao tema, tende a graduar-se sem o adequado preparo para oferecer suporte a pacientes e familiares que estão vivenciando situações relacionadas à morte. As atividades extracurriculares foram apontadas como importante ferramenta de ensinamento no campo teórico e principalmente no campo prático, onde foi possível o desenvolvimento das habilidades e competências necessárias para se prestar tal cuidado. Contudo, o estudo ressalta a importância de se estimular cada vez mais o ensino teórico e prático dos cuidados paliativos nas grades curriculares dos cursos de graduação da área da saúde, bem como o incentivo às pesquisas que visem o aprimoramento para esta formação (COSTA; POLES; SILVA, 2016).

Estudos indicam um cenário oposto em muitos países desenvolvidos onde há muito tempo já se discute com a sociedade questões relacionadas à terminalidade da vida, incluindo o direito de uma morte digna. Além disso, universidades e cursos da área da saúde incluem

em seu currículo, sendo cadeira obrigatória a disciplina da tanatologia, relevante para diversos segmentos da área da saúde. Em países como Inglaterra, Austrália e Canadá a medicina paliativa é considerada uma especialidade (MAIA; SANTOS; RIBEIRO, 2015; FONSECA; MENDES JUNIOR; FONSECA, 2012). No Brasil, a medicina paliativa foi reconhecida como especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina apenas em 2011, como consta na Resolução n° 1.973/11, revogada pela Resolução n° 2.149/16 (CFM, 2016).

Países como Grã-Bretanha, Austrália e Nova Zelândia possuem o melhor índice de qualidade de morte, segundo dados de uma pesquisa da consultoria britânica *Economist Intelligence Unit*, que avaliou 80 países considerando critérios como ambiente de saúde e cuidados paliativos, recursos humanos, formação de profissionais, qualidade de cuidado e engajamento da comunidade. O Brasil ficou na 42ª posição, atrás de países como a Mongólia, que ficou em 28º lugar no *ranking* após investimentos em instalações de cuidados paliativos e Uganda, que ficou na 35ª posição por seus esforços para melhorar o controle da dor (SBGG, 2015).

A filosofia e o modo de viver contemporâneo cultivam atitudes que tentam esquecer, ignorar ou mesmo matar a morte, na tentativa de vencê-la em busca da imortalidade (ARIÉS, 2014). Apesar disso, o Brasil caminha ao encontro de melhores práticas nos cuidados paliativos. Além das Resoluções supracitadas, destacam-se os avanços na redação do Código de Ética Médica Brasileiro, por exemplo, promovendo a garantia da autonomia do paciente, por meio da veracidade, bem como o respaldo para o profissional médico para esse tipo de prática. Contudo, o receio das repercussões ético-legais em relação à tomada de decisão, especialmente do médico, interfere na implementação dos preceitos dos cuidados paliativos, situação demarcada ainda, pela falta de critérios clínicos para reconhecer o paciente de cuidados paliativos e delimitar o investimento no que concerne às tecnologias disponíveis na UTI. O Brasil carece ainda de uma política pública específica para os cuidados paliativos, alinhando possibilidades para que seja exequível na prática, o que requer muitos investimentos, bem como melhor educação social sobre o tema, especialmente, diante do envelhecimento populacional.

A transição demográfica e a mudança no perfil epidemiológico, com destaque para o curso de doenças crônicas como o câncer, remetem à necessidade de implementação dos cuidados paliativos desde o momento do diagnóstico da doença que ameaça a continuidade da vida, devendo assim, concentrar ações integradas às medidas curativas e que devem ser individualizadas e intensificadas de acordo com a evolução de cada caso e desejo dos pacientes e familiares.

Silva et al (2012) apontam que a não aceitação da condição terminal de um ente querido impulsiona nos familiares uma reação desesperada que os leva a pressionar os profissionais para investir desnecessariamente no processo de cura, solicitando que façam uso de todas as terapias possíveis na tentativa de adiar a morte de seu familiar. Embora haja reconhecimento que a vida tem um limite e que a condição humana é vulnerável, é no contexto da UTI que se fortalece a capacidade de o homem ir além dos limites das condições objetivas. Entretanto, é preciso aceitar o processo de morrer para que medidas de tratamento ostensivas sejam evitadas e seja oferecida a possibilidade de uma morte digna.

Diante da incapacidade de argumentação e da dificuldade em dar más notícias, muitos profissionais cedem a esses pedidos obstinados por parte dos familiares, que muitas vezes levam a internações e terapias desnecessárias em UTI. Desse modo, é comum encontrar nas UTIs pessoas acometidas por doenças avançadas com prognósticos sombrios, sem qualquer sinal de melhora diante das terapias implementadas, mas, que mesmo assim, continuam sendo submetidas a condutas ostensiva, dolorosas e inúteis, que apenas prolongam sua vida e retardam a sua morte. Dados revelam que dos 2/3 das mortes que acontecem hoje nos hospitais, 1/3 são nas UTIs (CFM, 2015).

Sob essa questão, Mendonça et al (2013) destacam os fatores que influenciam e contribuem para a admissão e/ou permanência de pacientes fora de possibilidades terapêuticas para a cura na UTI, estando estes relacionados com a utilização de escores prognósticos inadequados no processo de admissão hospitalar, evolução prognóstica após hospitalização na UTI, a falta de espaço físico adequado para alocar esses pacientes e a inadequada abordagem dos profissionais frente ao processo de terminalidade. Aliás, é preciso destacar que estudos indicam que não há objeção quanto destinar cuidados intensivos a pacientes sob cuidados paliativos, desde que esse objetivo alívio do sofrimento. Assim, não é porque o indivíduo tem câncer de pulmão e apresenta uma infecção urinária que o leva a um quadro de sepse grave que ele não pode tratar essa infecção com cuidados intensivos adequadamente indicados posteriormente e retornar seu seguimento ambulatorial em cuidados paliativos, por exemplo. Para isso, é fundamental que os uso dessas tecnologias sejam usadas com sabedoria e que haja comunicação e trabalho e equipe (SILVA; PEREIRA; MUZZI, 2015).

Entretanto, o planejamento da assistência e a tomada de decisão são etapas complexas desse processo, diante da dificuldade de se estabelecer um consenso em se definir que cuidados deverão ser mantidos e que cuidados deverão ser suspensos ou mesmo não implementados, o que direciona para a necessidade de protocolos específicos. A futilidade terapêutica na terminalidade da vida é uma crescente preocupação. Uma vez feita a opção pela

ressuscitação cardiopulmonar, por exemplo, esta futilidade na UTI relaciona-se, em muitos casos, com a impossibilidade de reversão da dependência do paciente das medidas para sustentação da vida.

Assim, evidencia-se o despreparo da equipe multiprofissional no reconhecimento do paciente de cuidados paliativos na UTI, na tomada de decisão e no estabelecimento dos limites terapêuticos diante da incurabilidade e irreversibilidade de muitas doenças e, consequentemente, da inevitabilidade da morte. A prática dos cuidados paliativos na UTI é desafiadora, uma vez que se tem dificuldade no reconhecimento das necessidades dos pacientes e familiares e que a frieza do contexto e sua agressividade geram sofrimento difícil de ser aliviado.

Para indicação apropriada da UTI nos casos de pacientes com câncer avançado, ressalta-se a necessidade da realização de uma avaliação pré-admissional criteriosa por meio de rotinas, fixação de critérios objetivos e protocolos bem estabelecidos, de modo que sejam admitidos os pacientes com real suscetibilidade de se beneficiar do apoio dos cuidados intensivos, para isso é preciso que haja comunicação intradisciplinar, incluindo médico solicitante da vaga e médico intensivista. Essa prática pode evitar que pacientes sem perspectivas razoáveis de recuperação sejam admitidos e submetidos a tratamentos desnecessários, que provavelmente irão causar desconforto e criar expectativas ilusórias com potencial para o prolongamento do processo de morte e sofrimento, evitando, desse modo, o uso inadequado de recursos tecnológicos e financeiros, bem como a indisponibilização de leitos de UTI com ocupações indevidas.

Segundo levantamento recente, realizado com base no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do MS, o Brasil possui quase 41 mil leitos de UTI, o que representa atualmente 9,3% dos leitos de internação existentes no país, se consideradas as unidades públicas e privadas. Em outras palavras, existem 1,86 leitos para cada grupo de 10 mil habitantes. Proporcionalmente, no entanto, o SUS conta com 0,95 leitos de UTI para cada grupo de 10 mil habitantes, enquanto a rede “não SUS” tem 4,5 leitos para cada 10 mil beneficiários de planos de saúde – quase cinco vezes a oferta da rede pública. Constatou-se que em 19 unidades da federação o índice de UTI por habitante na rede pública é inferior ao preconizado – todos os estados das regiões Norte (exceto Rondônia), Nordeste (exceto Pernambuco e Sergipe) e Centro-Oeste, além do Rio de Janeiro e Santa Catarina. No Acre, Roraima, Amapá e Maranhão o índice permanece abaixo do ideal, mesmo se considerados os leitos privados disponíveis nestes estados. Segundo a Portaria ministerial n. 1.101/2002, devem existir de 2,5 a 3 leitos hospitalares por cada 1 mil habitantes. No caso dos leitos de

UTI, a oferta necessária deve ficar entre 4% e 10% do total de leitos hospitalares, o que corresponde a um índice de um a três leitos de UTI para cada 10 mil habitantes (CFM, 2016).

Sobre esses dados, Baruzzi e Ikeoka (2013) alertam que se grosseiramente estimarmos que 20% desses leitos encontram-se ocupados por pacientes cuja doença encontra-se em estágio avançado, irreversível e incurável, com perspectiva de morte iminente e indicação de cuidados paliativos (analgesia, conforto e proximidade com a família), significa que pelo menos 5.000 leitos/dia ou 150.000 leitos/mês deixam de ser disponibilizados aos pacientes com doenças reversíveis, significando em elevados custos para saúde com irreparáveis perdas para sociedade.

Embora pareça ser uma discussão desumana, pautada em bases financeiras e econômicas é preciso que seja feita, para que o sistema de saúde se organize e alinhe condutas diante das necessidades da população, de modo que a condução das situações seja vivenciada pelos envolvidos com base na veracidade e na garantia dos direitos e deveres cumpridos. Estudos alertam que a crescente judicialização das ações de saúde potencializa as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, bem como compromete a eficácia das políticas públicas, tendo em vista a necessidade de realocação de verbas para o atendimento das demandas judicializadas. Por outro lado, destaca que não se pode esquecer o paciente que buscou a justiça, afinal receber atendimento é um direito garantido. Nesse sentido, faz-se necessário estreitar os canais de comunicação entre gestor e magistrado, de modo a conter a judicialização, mas sem prejudicar o exercício do direito à saúde por parte dos cidadãos (SILVA, 2013; NUNES; RAMOS JÚNIOR, 2016).

A despeito disso, Ramos et al (2016) destacam que os profissionais de saúde respondem negativamente frente a realidade imposta pela judicialização, no entanto, reconhecem tal recurso como medida necessária diante da crise na saúde pública. Além disso, apontam que o processo de judicialização repercute na prática profissional daqueles que testemunham o aprofundamento das desigualdades, percebido através do agravamento de pessoas que tem seu acesso limitado a determinado recurso terapêutico em virtude do cumprimento imediato de uma ordem judicial, que nem sempre está devidamente indicada, impelindo sentimentos de injustiça.

Diante da necessidade de mudanças, Kostakou et al (2014) recomendam que os processos de admissão na UTI sejam pautados por adequada triagem dos pacientes, levando em consideração a aplicação de diferentes critérios caso a caso, em se tratando de um grupo de pacientes que não é homogêneo, enfatizando a importância da internação o mais precoce possível, visto que a admissão tardia na UTI está associada a um aumento da mortalidade dos

pacientes, que por sua vez, tem sido agravada, tendo em vista que até 50% dos pacientes de enfermagem recebem atendimento de baixa qualidade antes da admissão na UTI, o que os coloca em maior risco para o desenvolvimento e/ou agravamento das disfunções orgânicas.

Acerca disso, Song et al (2012) destacam que a intervenção precoce e adequada por uma equipe de emergência médica, mesmo antes da admissão na UTI, tende a diminuir a mortalidade intra-hospitalar, a mortalidade na UTI, bem como o tempo de permanência na mesma. Nessa perspectiva, a colaboração ou cooperação intra e interprofissional apresentam-se como estratégias para oferecer melhor condução clínica de cada caso, bem como adequado aconselhamento de pacientes e familiares quanto ao prognóstico, opções e preferências de tratamento. Nesse contexto, “o diálogo é justamente a oportunidade de se produzir conhecimento, esclarecimento e um momento para acolhimento, em especial, quando se trata de situações críticas” (SOUZA; FORTE, 2012, p. 5). Cabe aqui destacar que a comunicação faz parte do processo de cuidar.

Além da comunicação, pautada no fornecimento de informações claras e objetivas, o profissionalismo e a demonstração de preocupação diante das situações e a tomada de decisão compartilhada são estratégias essenciais para integração dos cuidados paliativos na UTI (MENDES, 2016).

Destaca-se que as instituições hospitalares agregam múltiplos setores e profissionais, mas no caso das unidades de terapia intensiva, o arsenal terapêutico está inteiro e completamente a disposição dos profissionais de saúde que ali trabalham. Com base nessa posição privilegiada, percebeu-se, a partir das narrativas, o quanto os profissionais da UTI se distanciam de outras unidades assistenciais da própria instituição hospitalar a que estão inseridos, situação que prejudica e pode até inviabilizar os processos de troca intrasetoriais. Os depoimentos evidenciaram que serviços de apoio específicos para dor, suporte religioso e um polo de cuidados paliativos são menosprezados pelos profissionais da UTI, muitos os desconhecem e alguns nunca foram acionados. Alguns interpretaram tal fato como “fruto da arrogância” de pessoas que não reconhecem a necessidade de pedir ajuda, por se colocarem em uma posição de superioridade do saber, com isso deixam por fazer atividades que poderiam ser benéficas para os pacientes da UTI, se fossem feitas com suporte adequado.

Sobre essa questão, Alcantara et al (2013) corroboram destacando em seu estudo que a UTI, sendo um centro de atendimento tecnologicamente diferenciado, se posiciona historicamente como unidade fechada e de acesso restrito, que restringe não só o universo social, referindo-se àqueles que apesar de não estarem envolvidos diretamente com cotidiano hospitalar estão circunstancialmente envolvidos com a unidade em um determinado momento,

mas também as próprias estruturas assistenciais que a circundam, seja no nível hospitalar ou extra-hospitalar.

Contudo, entende-se que a compreensão multideterminada do adoecimento do paciente pode proporcionar a equipe assistencial uma atuação mais ampla e diversificada mediante a observação, análise e orientação, com vistas a identificar os aspectos positivos e negativos que se apresentam como relevantes para a identificação e evolução de cada caso. Os saberes precisam ser complementados/compartilhados para que o paciente seja cuidado em todas as suas esferas, considerando que não se trata apenas de um ser biológico, mas também de um ser que é social, espiritual e psicológico (HERMES; LAMARCA, 2013).

Sendo assim, torna-se importante que haja efetiva comunicação entre os envolvidos no processo de seleção e admissão dos pacientes, por meio de estreita relação colaborativa intrasetorial e interprofissional, sejam eles intensivistas, oncologistas/hematologistas e as equipes da emergência, que por sua vez, se caracteriza como porta de entrada da unidade hospitalar. Nesse sentido, dentre os modelos de integração dos cuidados curativos e paliativos, é possível, por meio de uma sistematização para avaliação individual de cada caso na ocasião da indicação desse tipo de tratamento, melhor prognosticar no momento da admissão, visando qualidade da assistência e redução de custos com terapias fúteis.

Merece destaque nesse contexto os especialistas em cuidados paliativos que tem como premissa a assistência integral e que junto com as equipes de emergência podem desempenhar papel fundamental no adequado processo de triagem dos pacientes, auxiliando nas possíveis indicações para uma UTI em tempo hábil, nas decisões sobre limitação do tratamento e nas tomadas de decisões de fim de vida, evitando com isso a “deterioração” do paciente durante a internação hospitalar (PATTISON; O’GARA; WIGMORE, 2015).

Estudos ressaltam que o envolvimento de uma equipe de cuidados paliativos no início de uma doença grave pode não só ajudar o paciente, mas também pode ser uma grande ajuda para a família em lidar de forma mais eficaz com a doença de seu ente querido, tanto antes como após a morte. Na UTI, o envolvimento da equipe paliativistas no planejamento da assistência não deve ser entendido como fracasso por parte da equipe intensiva, mas como um complemento valioso no processo que envolve a terminalidade. Contudo, esses estudos apontam que ações de cunho paliativo ainda são pouco exploradas, sendo até mesmo consideradas inapropriadas no espaço das UTIs, que segue pautado na filosofia mecanicista do cuidar (PAPADIMOS et al., 2011; BARROS et al., 2012).

Dentre as contradições e problemáticas na implantação do modelo de integração com base na consulta ao especialista, muitos profissionais podem considerar não ser necessário

este tipo de acionamento, à medida que é comum a medicina oferecer conforto e, por isso, as práticas de palição não devem ser reconhecidas como especialidade. A respeito disso, Arantes (2016, p. 53) em sua obra diz:

[...] nem todos os médicos que trabalham com pacientes terminais sabem cuidar de pacientes terminais. A maioria fala que Cuidados Paliativos todo mundo sabe fazer. Dizem que é apenas uma questão de bom senso. O problema é que nem todo mundo tem bom senso, embora todos pensem que têm! [...] A sociedade precisa entender que Cuidados Paliativos devem ser aprendidos e ajudar os médicos e profissionais de saúde a aprender. É um conhecimento de alta complexidade, de alto desempenho e, principalmente, de altíssima realização. Realização profissional e humana.

Narrativas dos profissionais entrevistados revelam que poder salvar vidas é gratificante e que uma das melhores sensações vivenciadas no cotidiano de trabalho é ver o paciente receber alta para a enfermaria. Todavia, não se deve considerar menos importante o cuidado ao paciente em processo de morte, que não tem possibilidades reais de viver fora da UTI. Para Biondo, Araújo e Silva (2013, p. 92) poder assegurar o “melhor cuidado ao paciente que vivencia a terminalidade na terapia intensiva e vê-lo partir com dignidade e serenidade oferece sensação de segurança e dever cumprido com dignidade e competências em meio às situações delicadas e complexas” que envolve esse processo.

É importante frisar que o cuidado paliativo na UTI é uma abordagem recomendada desde o momento da admissão. Em definição, “cuidados paliativos em ambientes intensivos são aqueles a serem prestados a todos os pacientes com risco de vida e com sintomas que comprometem a qualidade de vida”, sendo a intensidade individualizada de acordo com as necessidades, os desejos dos pacientes e familiares, bem como, considerando a evolução do paciente (MORITZ et al., 2011).

Assim, dentre os modelos já citados para a integração dos cuidados paliativos na UTI, destaca-se, além do modelo interconsultivo, a possibilidade do modelo integrativo, que visa incorporar os cuidados e intervenções paliativas na prática diária dos profissionais intensivistas, e que requer essencialmente educação sobre o tema (BARROS et al., 2013).

Sobre experiências exitosas no contexto nacional, destaca-se que o modelo interconsultivo foi apresentado por algumas instituições hospitalares, no último Congresso Internacional de Cuidados Paliativos, realizado no mês de setembro de 2016, em Bento Gonçalves, como estratégia eficaz na implementação dos cuidados paliativos no atendimento hospitalar. Representantes de instituições como Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFG), Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas (HEUFPel), Hospital São Vicente de Paula (HSVP) – Passo Fundo/RS e Hospital AC

Camargo/SP, que participaram do evento, relataram suas experiências e enfatizaram a importância dos cuidados paliativos, reforçando a ideia de que tal cuidado deve ser realizado em conjunto com o tratamento curativo, o mais precoce possível. Garantindo, de modo geral, melhor fluxo nos processos de gestão clínica e alta hospitalar responsável com redução significativa das reinternações, diminuição dos encaminhamentos para a UTI, redução nos custos e maior qualidade na assistência. Para tal, as equipes de interconsultoria em cuidados paliativos trabalham de maneira integrada com os profissionais e residentes de todos os setores assistenciais, incluindo clínica médica, cirurgia, pediatria, ginecologia, UTI e atenção domiciliar, cujo objetivo é interagir com vistas a minimizar o sofrimento seja ele físico, emocional, social e espiritual dos pacientes, incluindo seus familiares, com um rigoroso controle de sintomas, construído de forma compartilhada com as equipes assistenciais.

Contudo, quando se fala em UTI, Silva et al (2013) destacam que o grande obstáculo para o desenvolvimento dessa prática é o despreparo profissional para aceitar e indicar tal abordagem. O déficit de conhecimento da equipe médica e dos demais profissionais envolvidos, a relutância em aceitar que não se pode mais atuar em busca da cura, a impotência diante da morte inevitável e dilemas éticos legais envolvendo o tema são questões que interferem diretamente a decisão dos profissionais em instituir e implementar a abordagem paliativa na UTI e, assim, realizar o planejamento do cuidado pautado nessa filosofia.

Salienta-se que os cuidados paliativos não devem ser pensados como uma opção diante da falha do tratamento curativo, mas sim como uma alternativa terapêutica que deve ser oferecida ao paciente na fase inicial de seu adoecer. Nesse sentido, é importante que as equipes de saúde reconheçam a necessidade de tal alternativa a partir do diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida e não apenas no momento em que a morte se apresenta iminente (RODRIGUES; LIGEIRO; SILVA, 2015).

Estudo realizado na Califórnia mostrou que mesmo após cerca de duas semanas de internação na UTI, considerando pacientes de alto risco de morte ou incapacidade funcional, não houve por parte da equipe médica qualquer indicativo dos cuidados de conforto como uma alternativa para o tratamento de suporte de vida para esses pacientes. Fato que pode ser justificado pela alternância sobre o que os médicos consideram cuidado adequado ao paciente crítico com prognóstico reservado, visto que, alguns descrevem cuidados intensivos como “fazer tudo” e pode inversamente visualizar cuidados de conforto como “fazer nada” por seus pacientes (SCHENKER et al., 2011).

Acerca disso, no cenário da pesquisa, alguns achados corroboram com a literatura acima referenciada. Apesar dos profissionais reconhecerem a importância dos cuidados

paliativos, foi possível verificar uma compreensão fragilizada, uma vez que a maioria dos entrevistados correlacionou esses cuidados apenas para os pacientes em fim de vida, poucos mostraram-se preocupados em oferecer tal cuidado com fins de alta da unidade, por exemplo, e houve enfoque no cuidado físico. Outro ponto em destaque foi o temor dos profissionais em identificar e definir um paciente como fora de possibilidades terapêuticas para a cura na UTI, atitude considerada por eles difícil e sempre atrelada à concentração na decisão do médico, e, conseqüentemente, na sua prescrição. Além disso, destaca-se a falta de continuidade do cuidado, com alternâncias nas orientações das condutas de acordo com o plantão médico, que se pauta em diferentes experiências empíricas e visões de mundo. Essa falta de consenso lentifica por demais a transição entre os cuidados curativos e paliativos, não permitindo que medidas de conforto possam e sejam implementadas em tempo hábil, reservando para os mesmos que seus últimos dias de vida sejam marcados pela manutenção de alguns cuidados (banho, morfina e sedação) até seu óbito e um processo de comunicação deficitário, insuficientes, ou mesmo sem veracidade, para com seus familiares, o que perturba a fase do luto.

A centralização no poder médico nas tomadas de decisão, em sua prescrição, condutas a serem seguidas e transferência de informações aos familiares sobre o estado clínico e evolutivo do paciente, são fatores que comprometem o trabalho em equipe, mas a interdisciplinaridade é fundamental para os cuidados paliativos. Atrelado a essa realidade, tem-se a inexistência de rotinas estabelecidas que norteiem as condutas direcionadas ao paciente fora de possibilidades terapêuticas para a cura. O que abre margem para o “eu acho”. Isso implica na adoção de condutas baseadas na subjetividade de cada um, tornando o processo decisório, muitas vezes, inconstante e contraditório, à medida que condutas definidas e estabelecidas oscilam de um dia para o outro, não havendo sustentação das medidas que foram implementadas, indicando a dificuldade que esses profissionais apresentam no que diz respeito às limitações terapêuticas. Isso gera desconforto e desconfiança entre os outros membros da equipe, interferindo diretamente na assistência que está sendo ou será prestada ao paciente.

Essas situações mostram as características da organização assistencial e das relações entre os diferentes profissionais no contexto do cuidado na unidade investigada. Visto isso, é inegável que o processo de cuidar de pacientes na perspectiva dos cuidados paliativos nessa UTI, se reflete em contradições, sentimentos de negatividade, assistência pouco humanizada, desconhecimento e despreparo da equipe para atuar frente à terminalidade. É preciso considerar que estamos falando de uma unidade de atendimento exclusivo para pacientes

oncológicos, que tem como base uma doença ameaçadora da vida, de evolução rápida, que pressupõe tratamento agressivo e de longa duração, quando possível, além de ser marcada pelo estigma da morte, o que sugere que todos os pacientes são elegíveis para cuidados paliativos.

Nesse contexto adverso ao paciente, destaca-se o posicionamento dos enfermeiros entrevistados que se mostraram sensibilizados em fazer a diferença no cuidado do paciente e da família. Mesmo reconhecendo suas limitações frente ao processo de terminalidade do paciente, demonstraram compromisso em cuidar independente da condição terapêutica e intencionalidades para atenção aos familiares, mesmo que valorizando o cuidado físico, mas indiretamente há uma preocupação constante baseada na estética e na aparência do paciente no momento da visita, e assim, transparecer aos familiares que o cuidado está sendo prestado pautado na preocupação com o outro, na empatia, e da melhor forma possível. Ao identificarem uma necessidade emocional dos familiares os enfermeiros demonstraram solidariedade e, na medida do possível, procuram ajudar, o que, infelizmente, não acontece rotineiramente. Em alguns casos flexibilizam o horário da visita, permitem visitas fora do horário e em números de visitantes maiores do que o permitido, liberam acompanhantes para alguns casos, procuram questionar condutas analgésicas quando não concordam, mas enfatizam como ação principal a manutenção dos cuidados higiênicos como medida de conforto.

Baliza et al (2015, p. 576) evidenciaram resultados semelhantes em seu estudo, destacando que os enfermeiros sentem quase que uma “obrigação moral em assegurar ao paciente um final de vida digno, com alívio do sofrimento físico e emocional”. Para tal, destaca que os enfermeiros precisam manter uma boa relação dialógica com a equipe, especialmente com os médicos, além de se mostrarem proativos frente aos problemas e as discussões, sendo essenciais nesse processo habilidades para transmitir informações com sensibilidades e capacidade para negociação.

A proximidade estabelecida entre equipe de enfermagem, paciente e familiar na rotina do trabalho, coloca o enfermeiro na posição de mediador nas relações entre paciente/família e os demais profissionais envolvidos no processo. Nesse sentido, alguns autores trazem a ideia de que os enfermeiros estão mais engajados em interceder e até mesmo advogar em prol do paciente e de sua família, especialmente no que diz respeito à orientação e proteção do paciente, mas, sobretudo, buscando garantir a qualidade do cuidado. Contudo, é necessário considerar que tais condutas não são estáticas e fixas, sendo influenciadas por características que envolvem particularidades de cada indivíduo, das organizações e relações de trabalho,

situações clínicas e ambientes de atuação. Estar em prol dos pacientes é considerado um requisito importante no cuidado de enfermagem, que pode e deve ser praticado por profissionais de outras áreas (LUZ et al, 2015; NOGARIO et al, 2015).

Demonstração de preocupação e profissionalismo diante das situações difíceis, a construção de um cuidado empático com fornecimento de informações claras e objetivas e apoio nos processos de tomada de decisão foram estratégias apontadas como fundamentais na prática dos enfermeiros que atuam na UTI. Por instilar nos familiares maior confiança e segurança nos cuidados prestados ao seu ente querido, bem como propiciar a eles, melhor entendimento para lidar com as situações vivenciadas na UTI, refletindo em uma maior satisfação da família, que se sente acolhida e, por conseguinte, expressa sentimentos de estar melhor preparada para enfrentar as questões do processo de adoecimento e morte de seu familiar (ADAMS et al, 2014).

Por falar em empatia, atenta-se que a compaixão é fundamental em cuidados paliativos. Diferente da empatia é preciso estar presente para oferecer ou buscar ajuda, sem sentir a dor do outro de modo que limite a ação pelo sofrimento vivido e sentido. “A compaixão nos leva a compreender o sofrimento do outro e a transformá-lo. Por isso precisamos ir além da empatia. Todos nós precisamos de pessoas capazes de entender nossa dor e de nos ajudar a transformar nosso sofrimento em algo que faça sentido” (ARANTES, 2016).

Embora tenha sido evidenciada a preocupação dos enfermeiros com o sofrimento do paciente e da família, os resultados do estudo indicaram que há uma lacuna no acolhimento do familiar por parte dos profissionais que atuam na unidade investigada. A interação com os familiares se dá de modo superficial e ineficaz, quase sempre restrita a poucas orientações no momento da admissão do paciente. Os depoimentos apontaram que não há uma rotina de abordagem ao familiar, nem mesmo durante o horário da visita, período que seria propício para uma aproximação, avaliação e orientação da família no intuito de buscar informações que indiquem como eles estão lidando frente a essa situação de internação, por exemplo. O que não ocorre. Ao invés disso, o horário da visita é utilizado para a realização de outras atividades à parte da família, ficando exclusivamente a cargo médico o contato com os familiares. Desse modo, o contato mais próximo com a enfermagem só acontece quando o familiar se mostra interessado e solicita, ou quando o paciente permanece por um longo tempo internado.

No entanto, é importante salientar que a internação na UTI também gera repercussão para a família do paciente, que tem todo o seu cotidiano alterado, provocando uma desordem,

que em geral, pode ser percebida durante o período de visitação na UTI. É natural o familiar se mostrar vigil, querer saber dos cuidados prestados, querer estar perto e poder acompanhar, se mostrar presente na tentativa de melhores resultados na recuperação de seu familiar. Porém, é preciso considerar o adoecimento desse familiar que sofre com o distanciamento e a possível perda do ente querido, refletindo em desequilíbrios de sono, distúrbios alimentares, estresses e até a necessidade de uso de ansiolíticos. Desse modo, a família revela sua vulnerabilidade, destacando que também precisa ser cuidada, ser confortada, ser ouvida, ou seja, que seu sofrimento seja reconhecido (SOUZA; FORTE, 2012).

Autores corroboram e destacam que um fenômeno comum aos familiares de pacientes em final de vida na UTI é o luto antecipatório, que se constitui em um “processo complexo, multidimensional e inconsciente de resposta emocional à ameaça potencial de morte de uma pessoa amada”. Demonstrado por depressão, preocupação com a perda e antecipação dos ajustes pessoais necessários ao existir sem aquela pessoa que ama, que leva a quadros de cefaleia, exaustão, mialgia, falta de ar, vertigens e até comprometimento da função cognitiva. É preciso compreender que as últimas lembranças da pessoa amada serão permanentemente lembradas pelo seu familiar. Pensando nisso, é importante considerar a participação do familiar no processo do cuidar para que ele sinta e tenha a certeza de que tudo foi feito da melhor maneira possível. O luto sempre acontecerá, mas a certeza de que seu ente querido foi cuidado até o momento final pode acalantar o sofrimento (BIONDO; ARAÚJO; SILVA, 2013, p. 88).

Vicensi (2016) destaca em seu estudo as recomendações da *Society of Critical Care Medicine* que alerta para as necessidades específicas dos familiares nas situações de terminalidade que precisam ser consideradas:

[...] estar próximo ao paciente; sentir-se útil ao paciente; ter ciência das modificações do quadro clínico – comunicação eficiente; compreender o que está sendo feito no cuidado e por quê; ter garantias da gestão e cuidado da dor e sofrimento; estar seguro de que a decisão quanto à limitação do tratamento curativo, interrompendo ou suspendendo alguma terapia, medicação ou procedimento, foi apropriada; poder expressar seus sentimentos e angústias; ser confortado e consolado; e, finalmente, encontrar um significado para a morte do paciente.

Assim, fica evidente que a hospitalização na UTI é um acontecimento estressante para pacientes, bem como para os familiares. Nesse contexto, o enfermeiro e sua equipe detêm uma posição privilegiada por serem os profissionais com possibilidade de permanecerem mais tempo com o paciente e também com a família, podendo contribuir significativamente, seja identificando sinais e necessidades que nem sempre podem ser objetivamente percebidos, seja

ofertando apoio, esclarecendo dúvidas, facilitando na compreensão dos acontecimentos, desde que estejam, particularmente, sensíveis e atentos a essa situação que por si só gera uma enorme vulnerabilidade.

Nessa perspectiva, o momento da visita de familiares aos pacientes na UTI se torna oportuna para a atuação dos enfermeiros, que podem assumir o seu papel educativo, como também, o de intermediador entre o paciente e sua família e os demais profissionais, tornando-se um elo com potencial para estabelecer vínculo entre todos os envolvidos, promovendo acolhimento e orientação num ambiente com equipamentos que geram medo e curiosidade dos familiares e condições estressantes tanto para o paciente quanto para o familiar. Sendo assim, o fornecimento contínuo de informações claras à família é um elemento formador de vínculo e essencial ao acolhimento, que por sua vez, não deve ser entendido como um espaço ou um local, mas como uma postura de escuta e compromisso. Destaca-se que o ato de acolher torna-se um caminho para os profissionais que desejam o resgate do cuidado humanístico na saúde (PASSOS et al, 2015).

O acolhimento faz parte da Política Nacional de Humanização, que tem o papel de garantir que os cidadãos sejam ouvidos com atenção e acolhidos para que tenham um acesso adequado a todas as unidades da rede pública de saúde, podendo esclarecer suas dúvidas e amenizar seus medos e anseios com o devido atendimento às suas necessidades respeitando, dessa forma os seus direitos (MS, 2004).

Sentir-se acolhido, para alguns familiares, é ter apoio e atenção de cada profissional, é perguntar e encontrar a resposta, mesmo que aquela não seja uma resposta desejada. A humanização visa colocar em prática a produção dos cuidados em saúde capazes de conciliar a melhor tecnologia disponível com a promoção de acolhimento nos espaços de trabalho favoráveis ao bom exercício técnico e a satisfação dos profissionais e usuários (PASSOS et al, 2015).

Apesar de reconhecerem a importância do familiar para o paciente no ambiente da UTI, até mesmo como fator terapêutico, a justificativa dos enfermeiros para a falta de atenção a família recaiu sobre as rotinas burocráticas do trabalho aliada ao déficit de recursos humanos e as questões institucionalizadas na unidade investigada. Dados semelhantes foram identificados por outros estudos revelando que a sobrecarga de trabalho dos enfermeiros, geralmente imposta por déficit de pessoal, gera um acúmulo de tarefas, levando-os a executá-las de forma técnica e mecânica o que, de fato, potencializa o seu afastamento da família (PASSOS et al, 2015). É justificável que a falta de atenção a família ocorre devido a uma junção de fatores, entretanto, esses não podem ser visto pelos profissionais como barreira

impeditiva para que não se alcance o acolhimento. Acolher a família em cuidados intensivos precisa ser entendido como um cuidado relevante na UTI.

Aliado a tal fato, foi possível perceber na maioria dos enfermeiros entrevistados uma falta de vontade para real acontecimento de uma aproximação com os familiares, tendo em vista que os depoimentos não evidenciaram barreiras proibitivas institucionalizadas que pudessem impedir tal aproximação, que talvez não ocorra como medida protetiva, justificada pelo medo de se envolver evitando situações com as quais não se sintam preparados para enfrentar. Salimena (2013) ressalta que lidar com pacientes críticos, terminais e acometidos por doenças que levam a grandes sofrimentos devido a sua agressividade e tratamento, como é o caso das neoplasias, pode traduzir-se em uma tarefa bastante árdua.

“Para alguns profissionais da saúde as relações subjetivas com pacientes e familiares na UTI aumentam sua exposição aos sentimentos de dor, sofrimento e medo”, é o que apontam Maestri et al (2014 p. 362) em um estudo realizado com enfermeiros de UTI da Região Sul do Brasil, destacando que sem o devido preparo, grande parte dos trabalhadores da enfermagem apresenta sentimentos de impotência, dificultando o desenvolvimento de ações mais humanizadas no contexto da saúde.

Revela-se nesse sentido um dilema da prática da enfermagem, onde os profissionais entendem o quanto pode ser complexo cuidar, em especial, quando se trata de pacientes sem possibilidades terapêuticas para a cura e reconhecem a importância da humanização na sua prática, mas em virtude de uma série de fatores pessoais, profissionais e institucionais o deixam de fazer, muitas vezes por estarem submetidos a um regime de trabalho mecanicista, com pouca valorização e incentivo, envolvidos por um sistema tecnológico dominante, estressante, que gera desgaste físico e mental, no qual inexiste um apoio psicológico, que aumenta o desafio à prestação do acolhimento, uma vez que para cuidar do outro é necessário cuidar de si, pois o cuidado perpassa por uma transmissão de sentimentos (OLIVEIRA; NUNES, 2014).

O cuidado engloba atos, comportamentos e atitudes de quem cuida e de quem recebe o cuidado. Nessa perspectiva, entende-se que o cuidar de si é um fator primordial para a prestação do cuidado ao outro, pois o descuido de si pode acarretar prejuízos à saúde, levando ao afastamento do trabalho, além de potencialmente prejudicar a qualidade do cuidado prestado. Destaca-se que o “cuidado de si envolve saber lidar com as tensões próprias do cotidiano da vida, mas também do ambiente de trabalho do cuidado intensivo, criando estratégias para evitar o estresse” (FERREIRA et al, 2015, p. 980).

Estudos revelam que a execução do cuidado de si reduz o adoecimento e influência positivamente na prática de atividades extra laborais, repercutindo em algumas condições que são favoráveis à adoção de atitudes humanizadas no ambiente da UTI, dentre elas o bem-estar do profissional, o bom relacionamento com toda a equipe, gerando cooperação e satisfação no trabalho, a formação e capacitação profissional, visando produzir força de trabalho capacitada para atuar de acordo com as exigências e dificuldades impostas pelo cotidiano laboral, além do reconhecimento e valorização do trabalho realizado (FERREIRA et al, 2015; RODRIGUES; CALEGARI, 2016).

Na UTI, com sua prática mecanizada e especializada, é imperativo que os enfermeiros repensem sua postura e façam uma reflexão sobre o real sentido da assistência como prática do cuidado, buscando resgatar a essência de sua atuação que é o cuidar, prezando pelo acolhimento, alívio do sofrimento e dignidade daquele que precisa de seus “cuidados”. Nessa perspectiva, é importante considerar o cuidado baseado no diálogo, na atenção que tende a estabelecer as relações entre as pessoas fortalecendo o ser e o fazer da enfermagem. Assim as relações construídas através da atenção e preocupação com o outro revelam o sentido de ser na própria existência da profissão. Desse modo, as relações estabelecidas no cuidado estão presentes no saber-fazer da enfermagem (SEBOLD et al, 2016).

Nesse ponto é importante ressaltar que a comunicação é o elo da tríade equipe/enfermagem/paciente-família, e a sua ineficiência pode ser a principal dificultadora no processo de humanização do cuidado. Pelo fato de a maioria dos pacientes internados em UTI estarem intubados/traqueostomizados, o processo de comunicação verbal não é levado em consideração na maioria das vezes. No entanto, “a perda ou a incapacidade momentânea de usar a comunicação verbal não faz o paciente perder sua humanidade; ele pode ficar em desvantagem, mas não perde sua condição de pessoa”. Nesse sentido, a comunicação não verbal tem papel relevante, visto que a interação não pode se restringir a pacientes capazes de se comunicar verbalmente. Desse modo, é importante que os profissionais, em especial os enfermeiros desenvolvam estratégias efetivas que facilitem e garantam o processo de comunicação com todos os pacientes, bem como seus familiares (OLIVEIRA et al, 2013, p. 339).

Assim, faz-se necessário que as instituições invistam na capacitação dos profissionais que atuam nas UTIs, buscando o avanço da prestação de cuidados mais dignos e humanizados no ambiente intensivo, tendo em vista que esses profissionais estão expostos a excessiva especificação e tecnificação do trabalho, que os conduz ao afastamento do paciente que passa a ser percebido apenas pela sua doença, implicando numa assistência fria e muitas vezes

desumana. Só é possível falar em cuidado humanizado quando o profissional de saúde se sente responsável e sensibilizado pela satisfação das necessidades dos pacientes. Na UTI é importante que conhecimentos humanos, tecnológicos e científicos sejam empregados com vistas a valorizar o indivíduo como um todo, dentro da sua complexidade de ser humano e não somente sua doença, de modo a oferecer-lhe um mínimo de qualidade de vida possível, por meio de modalidades terapêuticas mais apropriadas e menos invasivas, com o tempo que resta, mesmo que seja curto.

Vale ressaltar que as ações humanísticas na saúde são consideradas subsídio para a melhoria na qualidade do cuidado, seja ele prestado aonde for. Sendo assim, a humanização deve ser um investimento a ser aplicado na formação crítico-reflexiva dos estudantes da área da saúde, visando desenvolver comportamentos, atitudes humanísticas e habilidades para uma atuação diferenciada na prática, que poderão concretizar os princípios do SUS com estabelecimento de vínculo e compromisso com o usuário, resultando na assistência humanizada e resolutiva (RODRIGUES; CALEGARI, 2016).

É preciso levar em consideração que a humanização em saúde vai além das modificações nos modos de cuidar, que depende de atitudes internas de cada indivíduo. Mas também e, principalmente, do investimento das instituições na gestão do trabalho, no sentido de oferecer condições laborais favoráveis aos profissionais para que possam sentir-se valorizados e, assim, motivados para o cuidado humanizado, bem como, a adequação da estrutura física e organização dos serviços. Isso implica em melhorar os espaços destinados à equipe e aos pacientes e seus familiares, investir na qualificação dos profissionais, favorecendo o fornecimento de informações mais compreensíveis e adequadas e a revisão de certas normas e rotinas institucionalizadas.

Para Sanches et al (2016, p 53):

[...] pensar em humanização na UTI visando o cuidado integral as pessoas adoecidas, envolve, além das tecnologias diferenciadas, profissionais capacitados e qualificados para conceber a humanização como um conjunto de diferentes dimensões, aspectos, eventos e movimentos que compõem a amplitude de sua conceituação, assim como o conjunto de estrelas que compunham uma constelação.

É importante ressaltar que na UTI oncológica, base para esse estudo, o cuidado ainda é orientado pelo modelo biologicista, ou seja, a atenção está voltada principalmente para a patologia, para o órgão doente e principalmente para os procedimentos técnicos, que buscam a erradicação da doença a qualquer preço. Diante de tal realidade sinaliza-se a necessidade de se pensar e desenvolver novas lógicas de trabalho, desenvolvendo um novo olhar para o

paciente, para o colega de trabalho e para si mesmo, no sentido de buscar formas eficazes para humanizar a prática em saúde realizada na unidade, com vistas a ir além da realização de tarefas formais e mecânicas no processo do cuidar.

Sabe-se que a melhoria da qualidade da assistência prestada aos pacientes em UTI está relacionada às condições de trabalho, ao bem estar da equipe que ali atua e às boas relações estabelecidas no ambiente. Apesar disso, os depoimentos revelaram problemas relevantes envolvendo o trabalho da equipe investigada, que apontaram a ocorrência de falhas no processo de comunicação, acarretando em situações de desvalorização do trabalho do outro, inexistência de trabalho em equipe e a ausência de discussões transparentes com a participação ativa de todos. Logo parece tratar-se apenas de “mero somatório de pessoas, com papéis interdependentes, orientadas para objetivos comuns e que regulam o seu comportamento por um conjunto de normas” estipulado para aquele ambiente (ROCHA; SILVA; AMARAL, 2013).

Entretanto, o fato de alocar pessoas de diferentes áreas profissionais num mesmo local de trabalho não é suficiente para garantir uma assistência de qualidade, que dirá uma atenção integral. É importante frisar, que a assistência prestada no contexto da terapia intensiva pressupõe a necessidade do trabalho em conjunto, multiprofissional e interdisciplinar, haja vista que identificar e reconhecer a intervenção mais coerente com os objetivos terapêuticos de um determinado paciente é uma questão bastante complexa, e por isso, precisa ser amplamente discutida com toda a equipe (FREITAS; PEREIRA, 2013).

Estudos indicam que falhas no processo de comunicação, geralmente ocasionadas pela falta de colaboração entre os profissionais, é a principal causa de dano acidental em todos os ambientes de cuidado. Dados da AMIB revelam que 32% dos erros dentro das UTI são decorrentes de falhas e conflitos na comunicação. Dentre os fatores intervenientes para tal prática estão a dinamicidade do ambiente, a instabilidade dos pacientes, a necessidade de manejo com terapias e sistemas de informação diversos associado ao elevado valor tecnológico. Além de fatores hierárquicos e sociais atrelados à relutância de questionar, em especial, os mais “velhos” com receio de sofrer repressão (BARROS; ELLERY, 2016; TEIXEIRA et al., 2010; AMIB, 2014).

Cabe ressaltar que a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico destaca a interdisciplinaridade como prática necessária para o atendimento integral das necessidades do paciente crítico/potencialmente crítico, compreendendo minimamente a participação partilhada de profissionais da área médica, de enfermagem, psicologia, nutrição, terapia

ocupacional, fisioterapia, fonoaudiologia e assistência social, ultrapassando a tradicional preocupação técnica e tecnológica, visando a humanização na saúde (BRASIL/MS, 2005).

De acordo com Matos, Pires e Gelbcke (2012, p. 231):

A interdisciplinaridade no contexto do trabalho em saúde é um processo em construção em que estão envolvidas as diversas disciplinas/profissionais em busca de um objetivo comum – a assistência integral aos usuários dos serviços. Neste processo alguns elementos são indispensáveis: a comunicação autêntica, o diálogo, o respeito e o reconhecimento do saber e do fazer de cada um dos profissionais e a possibilidade de participação na tomada de decisão. A equipe interdisciplinar constitui-se em um espaço privilegiado para o estabelecimento de relações mais igualitárias entre os envolvidos, uma vez que pressupõe a construção de outros modos de vivenciar a gestão e organização do trabalho em saúde com a participação de todos no planejamento, execução e avaliação global da assistência.

A interdisciplinaridade é citada em diferentes estudos como estratégia para melhorar a interação entre os profissionais, a efetividade e a eficácia dos serviços, uma vez que amplia a compreensão do processo saúde. Todavia, na prática, muitos obstáculos são encontrados na adesão à colaboração interprofissional e integração de saberes como método de trabalho, em grande parte isso se deve à influência do modelo fragmentado de organização do trabalho, bem como, ao modelo de formação ainda centrado nas defesas dos espaços profissionais e a insegurança diante de “território” desconhecido (ROCHA; SILVA; AMARAL, 2013; RODRIGUES; LIGEIRO; SILVA, 2015).

De acordo com Barros e Ellery (2016) a interação e o trabalho em equipe não se estabelecem de forma automática, são necessários o envolvimento e a abertura dos profissionais. Para tal, a educação permanente dos trabalhadores mostra-se como estratégia primordial para a transformação do fazer profissional, que deve acontecer de forma integrada. Com vistas a construir um ambiente favorável à colaboração interprofissional, exigindo além de mudanças de hábitos, atitudes transparentes, humildade e abertura para o diálogo é preciso difundir o assunto.

Entende-se que as relações humanas são a base do trabalho dos profissionais que atuam na UTI, independentemente de formação acadêmica ou categoria profissional. Nesse sentido, a comunicação, seja ela verbal ou não, se apresenta como uma ferramenta essencial no ambiente de trabalho com potencial para diminuir distâncias e fortalecer laços interdisciplinares, assim como as relações entre pacientes e seus familiares. Portanto, “a comunicação efetiva e relacionamentos colaborativos entre as equipes e os familiares dos pacientes se destacam como componentes vitais para o equilíbrio e o bom funcionamento da

equipe e consequentemente do serviço”, gerando maior qualidade da assistência prestada (SOUZA; FORTE, 2012, p.13).

Sendo assim, torna-se fundamental que os profissionais de saúde, durante seu processo de formação acadêmico, sejam estimulados a praticar a comunicação, incluindo, também, o saber ouvir para depois falar, bem como respeitar as opiniões do outro. Além disso, é essencial que busquem, a cada dia, aperfeiçoá-la por meio da formação continuada e permanente, adequando o seu diálogo às singularidades de cada situação, afim de que possam ser compreendidos, mas também saibam ouvir e compreender o outro (CIELO; CAMPONOGARA; PILLON, 2013).

As imprecisões comunicativas despontaram para outro aspecto importante destacado neste estudo, que diz respeito ao planejamento da assistência. A fala dos profissionais evidenciou uma grande dificuldade, em especial por parte da equipe médica, de estabelecer parâmetros de cuidados, ou seja, de identificar e reconhecer em que momento do tratamento o paciente assistido está. Saber determinar a irreversibilidade ou não de um quadro clínico é de fundamental importância na UTI, porque permite estabelecer prioridades em relação ao cuidado a ser oferecido ao paciente.

Associado a isso, percebeu-se que as decisões terapêuticas são sempre unilaterais, estabelecidas apenas pelas equipes médicas, sem a adequada compreensão dos limites terapêuticos, quase sempre sem consenso, porque são baseadas no tempo e na subjetividade de cada profissional, mediante a falta de rotinas estabelecidas que pudessem embasar tais condutas, marcadas quase sempre pelo paradigma da cura.

Sob esse prisma, esforços anti-bioéticos, muitas vezes cheios de incertezas, impulsionados pela busca insensata da imortalidade do ser humano, fazem do ambiente da terapia intensiva o cenário para morrer, onde geralmente, o paciente é distanciado dos seus familiares, confinado à dependência de aparelhos e a procedimentos invasivos e dolorosos, cercado por profissionais que, obstinados pela cura da doença, insistem em prolongar-lhe a espera da morte, mesmo que essa esteja sob uma lógica (MARREIRO, 2013).

“Parece simples admitir que o tratamento fútil em uma fase final e irreversível da doença é desumano e fere de forma inequívoca a dignidade humana”. Apesar disso, as situações destacadas acima foram relevantes para sustentar a ideia dos profissionais entrevistados, que sugeriram a prática da distanásia no ambiente em que trabalham. Segundo seus relatos, recursos tecnológicos têm sido usados com o propósito de prolongar a vida na maioria das vezes, sem benefícios significativos ao prognóstico do paciente e a qualidade de vida do mesmo.

“O bem que você faz hoje, pode ser esquecido amanhã. Faça-o assim mesmo. Veja que, ao final das contas, é tudo entre você e Deus!

Nunca foi entre você e os outros”.

Madre Teresa de Calcutá

CAPÍTULO VI

6.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A magnitude do câncer enquanto problema de saúde pública destaca-se, em especial, pelo crescente e elevado número de casos novos, acompanhado por suas taxas de morbimortalidade. Os avanços no tratamento e a maior compreensão dessa doença têm permitido as pessoas adoecidas um aumento na sobrevida, contudo, é importante considerar que estamos falando de tratamentos agressivos que muitas vezes levam à necessidades de hospitalização, algumas com indicações para cuidados intensivos. Tal situação exige dos profissionais de saúde um olhar diferenciado diante das diversas situações impostas por esta realidade.

No cenário da terapia intensiva, em que se destaca a complexidade do cuidado prestado pela utilização de diversas tecnologias com capacidade de adiar a morte, mudar o paradigma da assistência, da cura para um cuidado que englobe o alívio do sofrimento do paciente e da família é uma necessidade emergente. Sobretudo, pelo despreparo desse modelo assistencial para lidar com os casos em que a cura não é mais possível, podendo levar a atitudes distanásicas que subestimam o conforto da pessoa em situação de morte, iminente ou não, expondo-a há um prolongado sofrimento existencial.

Pensando nisso, essa dissertação assumiu como objetivo analisar o entendimento dos profissionais da equipe de saúde multidisciplinar acerca da assistência ao paciente sem possibilidades terapêuticas de cura no contexto da UTI oncológica e discutir os objetivos que os profissionais da equipe de saúde buscam ao planejar esta assistência, na perspectiva dos cuidados paliativos.

Nesse sentido, entende-se que o primeiro objetivo foi alcançado, a medida que o estudo revelou que os profissionais possuem conhecimento deficiente acerca dos preceitos paliativos, agravado pela experiência prática quase nula. O que denota a ausência de relevância do tema no ambiente da terapia intensiva oncológica. No entanto, quando indagados sobre o que se entende ser um paciente fora de possibilidades terapêuticas para a

cura todos tiveram suas respostas alinhadas a visão de conforto como objetivo final para esse paciente. Cabe aqui salientar, que de um modo geral, conforto na perspectiva dos participantes é ausência de sofrimento. Contudo, na concepção da maioria dos profissionais participantes, os cuidados paliativos, na unidade em questão, estão direcionados a ter sua aplicabilidade apenas quando o paciente se encontra em fase final de vida, destacando a ventilação mecânica e a sedação nesse contexto de cuidado.

Em relação ao segundo objetivo, ressalta-se que há um contra censo no que os profissionais objetivam e no que eles de fato realizam, o que compromete o planejamento da assistência. Ao serem indagados sobre o que objetivam ao cuidar de um paciente sem possibilidades de cura na UTI, expressaram quase que unanimemente, que almejam o conforto como conduta terapêutica, no entanto, não há um plano assistencial na prática para que tal objetivo seja alcançado, favorecendo uma assistência permeada por condutas técnicas que perpetuam quase sempre o sofrimento do paciente e sua família.

O estudo revelou que ausências de normas de condutas pré-definidas, fragilidade de conhecimento sobre o tema e a falta de interesse dos profissionais em buscar a temática, fazem dos cuidados paliativos uma abordagem quase que totalmente adversa ao ambiente da terapia intensiva oncológica.

Fatores como a má formação do profissional, falta de uma boa comunicação entre as equipes e opiniões divergentes em relação às condutas terapêuticas, foram entendidas como obstáculos no desenvolvimento dos cuidados paliativos na UTI. Além disso, em virtude da deficiência de conhecimento sobre aspectos ético-legais que envolvem a prática, muitos profissionais expressam dificuldades em indicar tal abordagem como medida terapêutica e assim determinar que os cuidados paliativos efetivamente sejam realizados na UTI.

Face aos resultados da pesquisa, torna-se primordial conscientizar os profissionais da relevância do processo paliativo no âmbito da terapia intensiva oncológica, por meio de estratégias que reduzam os déficits de conhecimento da equipe sobre o assunto, através de investimentos maciços na capacitação dos profissionais. Para tal, a educação permanente em serviço se constitui como ferramenta fundamental nesse processo de “transformação” do conhecimento prévio, proporcionando avanços significativos nas práticas em saúde.

Outro ponto fundamental que merece atenção é a consolidação de uma comunicação efetiva, que valorize a participação de todos da equipe, considerando a articulação entre os profissionais, a complementação de saberes e a partilha de responsabilidades nos processos decisórios. Nesta perspectiva, as reuniões de equipe, também chamadas de “*rounds*” apresentam-se como estratégia importante, uma vez que constitui espaço privilegiado para a

construção da “democracia do cuidado”, permitindo durante sua realização a avaliação dos casos, a definição de planos de cuidados na perspectiva de diversos olhares e as tomadas de outras decisões. Além disso, contribui para um trabalho mais cooperativo, favorecendo o bom relacionamento entre a equipe, refletindo na melhor organização do trabalho e numa assistência de melhor qualidade. Salienta-se que sempre que possível a família deve participar como parceira nos cuidados que seu ente querido requer.

E por fim, é de suma importância na condução do paciente crítico, incluindo àqueles sem possibilidades terapêuticas de cura mais que habitam as terapias intensivas, a construção e a implementação de planos terapêuticos individualizados, ou seja, para cada paciente. Sendo possível, através dele, fazer um diagnóstico situacional mais amplo, um plano de cuidado na perspectiva da integralidade, logo, envolvendo também seu familiar, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados aos pacientes, melhor eficácia no tratamento oferecido e menor número de iatrogênicas causadas por ações fragmentadas.

Acredita-se que essa pesquisa pode oferecer pontos de reflexão acerca do cotidiano assistencial, ampliando a compreensão da dimensão do cuidado na UTI oncológica, bem como, contribuir para reforçar a necessidade de ênfase e priorização desse tema, tanto no processo de formação quanto nas próprias instituições de saúde.

Nesse sentido, salienta-se a necessidade de uma política nacional que respalde o cuidado ao paciente crítico na perspectiva dos cuidados paliativos no país. Para tanto, é imprescindível que se desperte o interesse e reconheça a necessidade de se ampliar as discussões sobre o tema no cenário da medicina intensiva, exigindo apoio e a presença de um sistema de gestão (clínica e administrativa) que fortaleça a prática e que integre assistência à saúde, a pesquisa e a formação.

Considerando tratar-se de uma pesquisa realizada apenas em um serviço, o que não a torna menos importante, estudos futuros seriam fundamental no intuito de melhor aprofundar as questões que se relacionam com a assistência prestada ao paciente em condições de morte, iminente ou não, na UTI, de modo a oferecer subsídios e estratégias que possam contribuir na redução dos impasses apontados pelos profissionais atuantes nas UTI oncológicas, proporcionando um atendimento mais humanizado, seguro e menos desconfortável ao pacientes.

Assim, muito se tem a caminhar quando o assunto a ser tratado é o paciente fora de possibilidades para a cura de sua doença. E os profissionais de saúde precisam estar atentos em melhor conhecer e explorar essa temática que apesar de difícil é rica, mas ainda pouco discutida, em especial, nos ambientes da terapia intensiva.

REFERÊNCIAS

ADAMS, J. A. *et al.* **Nursing strategies to support family members of ICU patients at high risk of dying.** *Heart Lung*. v. 43, n. 5, p. 406-415. 19 mar. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24655938>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

AIRÉS, P. **O Homem diante da Morte.** Tradução Luiza Ribeiro. 1. ed. São Paulo: Editora Unesp, 2014. p. 837.

ALCANTARA, L. S. *et al.* Interdisciplinaridade e Integralidade: a Abordagem do Assistente Social e do Enfermeiro no INCA. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 60, n. 2, p. 109-118. 2014.

ALCANTARA, Luciana da Silva; SANT'ANNA, Joana Lezan; SOUZA, Maria da Glória Nascimento de. Adoecimento e finitude: considerações sobre a abordagem interdisciplinar no Centro de Tratamento Intensivo oncológico. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2507-2514, set. 2013.

AMIB. **Comunicação entre equipe, familiares e paciente é uma importante ferramenta para evitar erros adversos.** 7 nov. 2014. Disponível em: <<http://www.amib.org.br/detalhe/noticia/comunicacao-entre-equipe-familiares-e-paciente-e-uma-importante-ferramenta-para-evitar-erros-adversos/>>. Acesso em: 20 out. 2016.

_____. **Relatório de unidades de Terapia Intensiva 2010.** Disponível em: <<http://www.amib.org.br/censo-amib/relatorio-de-unidades-de-terapia/>>. Acesso em: 22 out. 2016.

ANCP. **Academia Nacional de Cuidados Paliativos.** Rio de Janeiro: Diagraphic. 2. ed. 2012. p. 590.

ARANTES, Ana Claudia Quintana. **A morte é um dia que vale a pena viver.** 1. ed. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2016.

ASLAKSON, R. A.; CURTIS, J. R.; NELSON, J. E. **The changing role of palliative care in the ICU.** *Crit Care Med*. v. 42, n. 11, p. 2418-2428. nov. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4695994/pdf/nihms-737802.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2016.

BAKER, M.; LUCE, J.; BOSSLET, G. T. Integration of Palliative Care Services in the Intensive Care Unit: A Roadmap for Overcoming Barriers. **Clin. Chest. Med.** Estados Unidos, v. 36, n. 3, p. 441-448. set. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26304281>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

BALIZA, Michelle Freire. *et al.* Fatores que influenciam enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva nas decisões de final de vida. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 572-579, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n4/pt_0080-6234-reeusp-49-04-0572.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2016.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Edições 70. Lisboa, Portugal; LDA, 2009.

BARROS, Eveline Rodrigues da Silva; ELLERY, Ana Ecilda Lima. Colaboração interprofissional em uma Unidade de Terapia Intensiva: desafios e possibilidades. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Ceará, v. 17, n. 1, p. 10-19, 12 jul. 2015. Disponível em: <[Http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/2600](http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/2600)>. Acesso em: 10 nov. 2016.

BARROS, Nara Calazans Balbino. *et al.* Cuidados paliativos na UTI: compreensão, limites e possibilidades por enfermeiros. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 2, n. 3, p. 630-640, 2012. Disponível em: <<http://cascavel.cpd.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/5857>>. Acesso em: 25 mai. 2016.

_____. Palliative Care In The Uti: Nurses' Understanding. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 3293-3301, jan. 2013. ISSN 2175-5361. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1954>>. Acesso em: 16 abr. 2015.

BARUZZI, Antônio Cláudio do A.; IKEOKA, Dimas T. Terminalidade e cuidados paliativos em terapia intensiva. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v. 59, n. 6, p. 528-530, dec. 2013.

BIONDO, C. A.; ARAUJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. Cuidados Paliativos em Terapia Intensiva: Diretrizes para Atenção aos Pacientes e Familiares Sob a Ótica da Bioética. In: **Enfermagem em cuidados paliativos cuidando para uma boa morte**. 1. ed. São Paulo: Martinari, 2013. p 77-95.

BRASIL. **Estimativa 2014**: Incidência de câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: Inca, 2014.

_____. **Estimativa 2016**: Incidência de câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: Inca, 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Ações de Enfermagem para o controle do Câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Cuidados paliativos oncológicos**: controle da dor. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cuidados paliativos oncológicos: controle de sintomas**. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, DF: Editora MS, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 140/GM de 27 de fev. 2014. Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 02 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 874/GM de 16 de maio de 2013. Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 16 mai. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.439/GM de 08 de dezembro de 2005. Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 08 dez. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 13 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de informações sobre mortalidade**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/pobt10uf.def>>. Acesso em: 27 mai. 2016.

CARDOSO, Daniela Habekost. *et al.* Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1134-1141, dec. 2013.

CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.149/2016. Homologa a Portaria CME nº 02/2016, que aprova a relação de especialidades e áreas de atuação médicas aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades. Conselho Federal de Medicina. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 03 ago. 2016.

_____. Resolução CFM nº 1.973/2011. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.845/2008, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Conselho Federal de Medicina. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 01 ago. 2011.

_____. Resolução CFM nº 2.156/2016. Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva. Conselho Federal de Medicina. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 17 nov. 2016.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **V Congresso de Direito Médico debate ocupação de leitos de UTI por determinação judicial**. 08 mai. 2015. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25498:2015-05-08-13-32-55&catid=3:portal>. Acesso em: 24 out. 2016.

_____. **5065 municípios brasileiros não possuem leitos de UTI, aponta estudo do CFM**. 16 mai. 2016. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26167:2016-05-16-12-15-52&catid=3>. Acesso em: 24 out. 2016.

CHIAVENATO, I. **Administração da Produção**: Uma abordagem introdutória. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

COBO, C. M. The influence of institutionalization on the perception of autonomy and quality of life in old people. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 1011-1017, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/0080-6234-reeusp-48-06-1013.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

COOMBS, M. A.; ADDINGTON-HALL, J.; LONG-SUTEHALL, T. Challenges in transition from intervention to end of life care in intensive care: a qualitative study. **Int. J. Nurs. Stud.**, Estados Unidos, v. 49, n. 5, p. 519-527, mai. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22078212>>. Acesso em: 10 out. 2016.

COSTA, Álvaro Percínio; POLES, Kátia; SILVA, Alexandre Ernesto. Palliative care training: experience of medical and nursing students. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 1041-1052, dez. 2016.

DINIZ, Debora; MACHADO, Teresa Robichez de Carvalho; PENALVA, Janaina. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 591-598, fev. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200591&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 nov. 2016.

FALKEMBACH, E. M. F. **Diário de campo**: um instrumento de reflexão. Contexto e educação, Ijuí, v. 2, n. 7, p. 19-24, jul./set. 1987.

FERLAY, J. *et al.* **GLOBOCAN 2012 v1.0, cancer incidence and mortality worldwide**. IARC Cancer Base, 11. Lyon, France: IARC, 2013. Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr>>. Acesso em: 24 jun. 2015.

FERNANDES, Maria Andréa. *et al.* The perception by nurses of the significance of palliative care in patients with terminal cancer. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2589-2596, sept. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 mai. 2015.

FERREIRA, Eliane Silva. *et al.* A relevância do cuidado de si para profissionais de enfermagem. **Revista ciência, cuidado e saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, jan/mar, 2015. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/23360>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

FIGUEIREDO, Nebia Maria Almeida. **Método e metodologia na pesquisa científica**. 3ed. São Paulo: Yendis, 2009. 239p.

FONSECA, Anelise Coelho da; MENDES JUNIOR, Walter Vieira; FONSECA, Maria de Jesus Mendes da. Palliative care of elderly patients in intensive care units: a systematic review. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 197-206, jun. 2012.

FREITAS, N. O.; PEREIRA, M. V. G. Percepção dos enfermeiros sobre cuidados paliativos e o manejo da dor na UTI. **Mundo saúde (Impr.)**, v. 37, n. 4, p. 450-457, out/ dez. 2013. Disponível em: <<http://www.saocamilosp.br/novo/publicacoes/publicacoesDownload.php?ID=155558&rev=s&ano=2013>>. Acesso em: 05 out. 2016.

FUGITA, R. M. I.; FARAH, O. G. D. O planejamento como instrumento básico do enfermeiro. In: Cianciarullo TI, Organizadora. **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade da assistência**. São Paulo, SP: Atheneu. 2000. p. 99-109.

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

GILLAN, P. C.; VAN DER RIET, P. J.; JEONG, S. End of life care education, past and present: a review of the literature. **Nurse Educ. Today**, Estados Unidos, v. 34, n. 3, p. 331-342, mar. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23838297>>. Acesso em: 10 out. 2016.

HERCOS, T. M. *et al.* O Trabalho dos Profissionais de Enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva na Assistência ao Paciente Oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, São Paulo, v. 60, n. 1, p. 51-58, 27 fev. 2014. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_60/v01/pdf/08-revisao-literatura-o-trabalho-dos-profissionais-de-enfermagem-em-unidades-de-terapia-intensiva-na-assistencia-ao-paciente-oncologico.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2016.

HERMES, Héliida Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2577-2588, set. 2013.

INCA. **Relatório Anual 2003**. Missão – Visão Estratégica. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=681>. Acesso em: 02 mai. 2016.
KAPPAUN, Nádia Roberta Chaves; GOMEZ, Carlos Minayo. O trabalho de cuidar de pacientes terminais com câncer. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2549-2557, set. 2013.

KOSTAKOU, E. *et al.* Critically ill cancer patient in intensive care unit: issues that arise. **J Crit Care**. v. 29, p. 817. 2014.

LUZ, Kely Regina da. *et al.* Ethical problems experienced by oncology nurses. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 6, p. 1187-1194, dec. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000601187&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 nov. 2016.

MAESTRI, E.; NASCIMENTO, E.; BERTONCELLO, K.. O enfermeiro de unidade de terapia intensiva necessita de acolhimento. **Revista de enfermagem UFPE online**, Recife (PE), 8 fev. 2014. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3343>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

MAIA, Fabrícia Vieira; SANTOS, Tamires Regina dos; RIBEIRO, Ivete Maria. Ortotanásia em unidade de terapia intensiva sob a ótica dos profissionais. **CuidArte Enfermagem**, Santa Catarina, v. 9, n. 1, p. 36-43, jan.-jun.2015. Disponível em: <<http://fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/Revistacuidarteenfermagem%20v.%209%20n.1%20%20jan.%20jun%202015.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

MARREIRO, Cecília Lôbo. Responsabilidade civil do médico na prática da distanásia. **Rev. bioét. (Impr.)**, v. 21, n. 2, p. 308-17, 2013.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P.; GELBCKE, F. L. Implicações da interdisciplinaridade na organização do trabalho da enfermagem: estudo em equipe de cuidados paliativos. **Rev. Eletr. Enf.** Goiânia, Goiás, v. 14, n. 2, p. 230-239, abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v14i2.13237>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

MENDES, Anabela Pereira. Sensibility of professionals to information needs: experience of the family at the intensive care unit. **Texto Contexto Enferm.**, Lisboa, v. 25, n. 1, p. e4470014, 17 ago. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/en_0104-0707-tce-25-01-4470014.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2016.

MENDONÇA A. C. A.,; MOREIRA, M. C.; CARVALHO, V. **Atenção paliativa oncológica em Unidade Terapia Intensiva**: um estudo da produção científica da enfermagem. Esc Anna Nery (impr.), v. 16, n. 4, p. 817-823, out/dez, 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

MORIN, E. **O homem e a morte**. 3. ed. Tradução: Cleone Augusto Rodrigues. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1997.

MORITZ, R. D. *et al.* II Fórum do Grupo de Estudos do fim da vida do Cone do Sul: definições, recomendações e ações integradas para cuidados paliativos na unidade de terapia

intensiva de adultos e pediátrica. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. vol. 23, n. 1, p. 24-29. 2011.

NOGARIO, Aline Carniato Dalle. *et al.* Nursing Actions in practicing inpatient advocacy in a Burn Unit. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 580-588, ago. 2015.

NUNES, Carlos Francisco Oliveira; RAMOS JUNIOR, Alberto Novaes. Judicialização do direito à saúde na região Nordeste, Brasil: dimensões e desafios. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 192-199, june. 2016.

NUNES, M. G. S; RODRIGUES, B. M. R. D. Tratamento Paliativo: Perspectiva da Família. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 338-343, jul/set. 2012.

OLIVEIRA, A. C.; SILVA, M. J. P. Autonomia em cuidados paliativos: conceitos e percepções de uma equipe de saúde. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 212-217, abr. 2010. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 jul. 2015.

OLIVEIRA, Carolinny Nunes; NUNES, Emanuelle Dias Caires Araújo. Caring for family members in the ICU: challenges faced by nurses in the interpersonal praxis of user embracement. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 954-963, dec. 2014. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072014000400954&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 nov. 2016.

PAPADIMOS, Thomas J. *et al.* An overview of end-of-life issues in the intensive care unit. **Int. J. Crit. Illn. Inj. Sci.**, Estados Unidos, v. 1, n. 2, p. 138-146, jul/dez. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3249847/>>. Acesso em: 03 set. 2016.

PASSOS, Silvia da Silva Santos. *et al.* O acolhimento no cuidado à família numa unidade de terapia intensiva. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 368-374, maio/jun. 2015.

PATTISON, N.; O'GARA, G.; WIGMORE, T. Negotiating Transitions: Involvement of Critical Care Outreach Teams in End-of-Life Decision Making. **Am. J. Crit. Care**, Estados Unidos, v. 24, n. 3, p. 232-240, mai. 2015. Disponível em:
<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25934720>>. Acesso em: 03 set. 2016.

PELEIAS, I. R. *et al.* Interdisciplinaridade no ensino superior: análise da percepção de professores de controladoria em cursos de ciências contábeis na cidade de São Paulo. **Avaliação**, Campinas; Sorocaba, v. 16, n. 3, p. 499-532, nov. 2011.

PESSINI, Leo. Life and death in the ICU: ethics on the razor's edge. **Rev. bioét. (Impr.)**, Itália, v. 24, n. 1, p. 54-63, jan/abr. 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v24n1/en_1983-8034-bioet-24-1-0054.pdf>. Acesso em: 15 set. 2016.

PICANÇO, Carina Marinho; SADIGURSKY, Dora. Concepções de enfermeiras sobre o prolongamento artificial da vida. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 668-673, set/out. 2014. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/15527/12302>>. Acesso em: 15 set. 2016.

PIMENTA, C. A. M. Palliative care: a new specialty in profession of nursing? **Acta Paul Enferm.** v. 23, n. 3, p. 8, mai/jun, 2010.

POLIT, D. F.,; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. Tradução Denise Regina Sales. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem – métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2009.

RAMOS, Raquel de Souza et al . Access the Unified Health System actions and services from the perspective of judicialization. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2797, 2016.

RODRIGUES, Amanda Cunha; CALEGARI, Tatiany. Humanização da assistência na unidade de terapia intensiva pediátrica: perspectiva da equipe de enfermagem. **REME rev. min. enferm.** Minas Gerais, v. 20, 18 jan. 2016. Disponível em: <<http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20160003>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

RODRIGUES, Ligia Adriana; LIGEIRO, Cristiane; SILVA, Michele da. Cuidados paliativos, diagnósticos e terminalidade: indicação e início do processo de palição. **CuidArte Enfermagem**, Santa Catarina, v. 9, n. 1, p. 26-35, jan.-jun.2015. Disponível em:<<http://fundacaopadrealbino.org.br/facipa/ner/pdf/Revistacuidarteenfermagem%20v.%209%20n.1%20%20jan.%20jun%202015.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2016

SALIMENA, Anna Maria de Oliveira et al. Estratégias de enfrentamento usadas por enfermeiros ao cuidar de pacientes oncológicos. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 3, n. 1, p. 08-16, mai. 2013. ISSN 2179-7692.

SANCHES, Rafaely de Cassia Nogueira. *et al.* Perceptions of health professionals about humanization in intensive care unit adult. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 48-54, mar. 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100048&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 nov. 2016.

SAWADA, NamieOkino. *et al.* Qualidade de vida de pacientes brasileiros e espanhóis com câncer em tratamento quimioterápico: revisão integrativa da literatura . **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, p. e2688-, jan. 2016. ISSN 1518-8345. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/115585>>. Acesso em: 10 out. 2016.

SBGG. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. **Divulgado Índice de Qualidade de Morte 2015, da Economist Intelligence Unit**. São Paulo, 11 nov. 2015. Disponível em :<<http://www.sbgg-sp.com.br/pro/divulgado-indice-de-qualidade-de-morte-2015-da-economist-intelligence-unit/>>. Acesso em: 20 out 2016.

SCHENKER, Y. *et al.* Association between physicians' beliefs and the option of comfort care for critically ill patients. **Intensive Care Med.**, Estados Unidos, v. 38, n. 10, p. 1607-1615, out. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22885651>>. Acesso em: 10 set. 2016.

SEBOLD, Luciana Fabiane et al . Perception of nursing faculty on the care: Heidegger constructions. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. spe, p. 39-46, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342016001100039&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 nov. 2016.

SILVA, Ceci. Figueredo da. *et al.* Concepções da equipe multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. **Ciência & saúde coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2597- 2604, out. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a14.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

SILVA, Karla Cristiane Oliveira; QUINTANA, Alberto Manuel; NIETSCHE, Elisabeta Albertina. Obstinação terapêutica em Unidade de Terapia Intensiva: perspectiva de médicos e enfermeiros. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 697-703, dez. 2012.

SILVA, Liliane Coelho da. Judicialização da saúde: em busca de uma contenção saudável. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XVI, n. 112, maio 2013. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13182&revista_caderno=9>. Acesso em: 24 out 2016.

SILVA, M. M.; MOREIRA, M. C. Standardization of nursing care in a palliative care oncology setting: perceptions of nurses. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 172-178, 2011.

SILVA, Rudval Souza da; PEREIRA, Álvaro; MUSSI, Fernanda Carneiro. Conforto para uma boa morte: perspectiva de uma equipe de enfermagem intensivista. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 40-46, mar. 2015.

SILVEIRA, Maria Helena; CIAMPONE, Maria Helena Trench; GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 7-16, mar. 2014.

SKOREK, J.; SOUZA, R.; BEZERRA, R.. Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem atuantes em unidade de terapia intensiva. **Journal of Nursing UFPE on line**, Recife, PE, 7 set. 2013. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3146>>. Acesso em: 20 out. 2016.

SONG, J. U. *et al.* Early intervention on the outcomes in critically ill cancer patients admitted to intensive care units. **Intensive Care Med.** v. 38, p. 1505-1513. 2012.

SOARES, M. *et al.* Characteristics and outcomes of patients with cancer requiring admission to intensive care units: a prospective multicenter study. **Crit Care Med.** v. 38, p. 9-15. 2010.

SOUZA, R. P.; FORTE, D. Especificações da comunicação em situações críticas. In: **Cuidados paliativos nas unidades de terapia intensiva**. Org. Rachel Duarte Moritz, p. 5-17. 2012.

TEIXEIRA, Cassiano. *et al.* Appropriate medical professionals communication reduces intensive care unit mortality. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 112-117, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2010000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 nov. 2016.

TORRES, Viviane Bogado Leite; SOARES, Marcio. Patients with hematological malignancies admitted to intensive care units: new challenges for the intensivist. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 193-195, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v27n3/0103-507X-rbti-27-03-0193.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2016.

VASQUES, T. C. S. *et al.* Percepções dos trabalhadores de enfermagem acerca dos cuidados paliativos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 15, n. 3, p. 772-779, jul./set. 2013.

VICENSI, Maria do Carmo. Reflection on death and dying in the ICU from a professional perspective in intensive care. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 24, n. 1, p. 64-72, abr. 2016.

VILLARREAL, D. *et al.* A Model for Increasing palliative care in the Intensive care unit: enhancing interprofessional consultation rates and Communication. **J. Pain Symptom Manage**, Estados Unidos, v. 42, n. 5, p. 676-679, nov. 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22045372>>. Acesso em: 10 set. 2016.

WERLANG, E. F.; CAGOL, A. R.; HAHN, G. V. História de Vida do Cuidador de Paciente Fora de Possibilidade Terapêutica. **Revista Brasileira de Oncologia Clínica**. v. 28, n. 8, p. 73-78, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition of palliative care**. 5 mai. 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>>. Acesso em: 10 mai. 2016.

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Escola de Enfermagem Anna Nery
Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa
Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional em Enfermagem
Curso de Mestrado em Enfermagem

**APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL
PROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA**

Código alfanumérico: _____

Sexo: () F () M

Idade: () 20 – 30 () 31 – 40 () 41 – 50 () 51 – 60 () 61-70

Categoria profissional: () medicina () enfermagem () fisioterapia () nutrição
() residente médico

Tempo de formação profissional: _____

Tempo de atuação na Terapia Intensiva: _____

Tempo de atuação na UTI investigada: _____

Tem pós-graduação/especialização? () Sim () Não

Qual área: _____

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Escola de Enfermagem Anna Nery
Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa
Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional em Enfermagem
Curso de Mestrado em Enfermagem

APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Equipe de saúde

Qual o seu entendimento acerca da assistência ao paciente sem possibilidades terapêuticas de cura no âmbito da unidade de terapia intensiva oncológica?

Você já vivenciou essa assistência nesta unidade de terapia intensiva oncológica? Se sim, como foi? Se não, como acha que seria?

Como você planejou (planejaria) suas ações frente a este paciente? Houve (haveria) dificuldades?

Que objetivos almejou (almejaría) alcançar ao planejar a assistência a este paciente?

Como se deu a participação da equipe assistencial nessa situação?

Em sua prática, adota preceitos da filosofia dos cuidados paliativos?

Como foi sua relação com os familiares?

Você acha que pode melhor assistir esta clientela? De que modo? Do que você precisaria?

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Escola de Enfermagem Anna Nery
Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa
Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional em Enfermagem
Curso de Mestrado em Enfermagem

**APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO/
RESOLUÇÃO Nº 466/12 – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

Título: Planejamento da assistência ao paciente hospitalizado na unidade de terapia intensiva oncológica na perspectiva dos cuidados paliativos

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que pretende tratar do planejamento da assistência por uma equipe de saúde multidisciplinar ao paciente com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura no contexto da unidade de terapia intensiva oncológica na perspectiva dos cuidados paliativos. Para que você possa decidir se quer participar ou não deste estudo, precisa conhecer seus benefícios, riscos e implicações.

Após conhecer as informações, e ter suas dúvidas esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento por escrito, caso queira participar.

PROPÓSITO DA PESQUISA

Esta pesquisa tem como objetivo principal: analisar o entendimento dos profissionais da equipe de saúde multidisciplinar acerca da assistência ao paciente sem possibilidades terapêuticas de cura no contexto da unidade de terapia intensiva oncológica. E como objetivo secundário: discutir os objetivos que os mesmos buscam alcançar ao planejar esta assistência, na perspectiva dos cuidados paliativos.

PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Se você concordar em participar da pesquisa receberá este termo em duas vias. Após assinatura dos mesmos, uma cópia ficará com você e outra com a pesquisadora. Participará de uma entrevista que será gravada com a sua autorização. Os dados serão transcritos na íntegra, e serão apresentados a você para que aprove os mesmos. Não serão utilizados dados na pesquisa que não forem aprovados pelos participantes.

BENEFÍCIOS

Embora a participação nesta pesquisa possa não oferecer benefícios diretos a você, espera-se que em médio prazo a pesquisa possa gerar oportunidade para reflexão crítica acerca da temática, bem como avanços no conhecimento na área de atuação.

RISCOS

Toda pesquisa realizada com seres humanos confere riscos aos mesmos em graus variados. Esta pesquisa poderá ocasionar riscos mínimos, podendo gerar incômodos durante o seu horário de trabalho ou mesmo provocar emoções durante seu depoimento.

Estes riscos serão gerenciados pela pesquisadora da melhor forma possível, de modo que a entrevista seja realizada em horário de sua preferência, podendo ser pausada ou mesmo interrompida, se necessário, sem que haja prejuízo para a prática profissional ou ao cuidado prestado ao paciente.

CONFIDENCIALIDADE

Se você optar por participar da pesquisa, seus dados pessoais serão mantidas de maneira confidencial e sigilosa. Seu nome não será revelado ainda que informações de seus registros sejam utilizadas para propósitos de divulgação e/ou publicação científica. Seus registros poderão ser consultados somente pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto e pela pesquisadora.

CUSTOS

Você não terá nenhum custo ou qualquer forma de pagamento pela sua participação na pesquisa.

BASES DA PARTICIPAÇÃO

É importante que você saiba que a sua participação nesta pesquisa é completamente voluntária e que você pode recusar-se a participar ou interromper sua participação a qualquer momento sem penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito. Caso você decida interromper sua participação na pesquisa, a pesquisadora deve ser comunicada e a coleta de dados será interrompida, e o conteúdo da entrevista fornecida será apagado.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

Nós estimulamos você a fazer perguntas a qualquer momento do estudo. Neste caso, por favor, ligue para a pesquisadora, a Enfª Débora Cristina L. dos Santos no telefone (21) 98621-3253. Se você tiver perguntas com relação a seus direitos como participante da pesquisa, também pode contar com um contato imparcial, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer (CEP-INCA), situado na Rua do Resende, 128 - sala 203, Centro, Rio de Janeiro – Brasil, de segunda a sexta-feira de 9:00 às 17:00 horas, nos telefones (21) 3207-4550 ou 3207-4556, ou também pelo e-mail: cep@inca.gov.br.

CONSENTIMENTO

Li as informações acima e entendi o propósito desta pesquisa, assim como os benefícios e riscos potenciais da participação na mesma. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato. Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar nesta pesquisa, recebendo uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

_____	____ / ____ / ____
Nome e Assinatura do participante	Data

_____	____ / ____ / ____
Nome e Assinatura do Responsável Legal/	Data
Testemunha Imparcial	
(quando pertinente)	

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao paciente/participante indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo mesmo. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente/participante para a participação desta pesquisa.

_____	____ / ____ / ____
Nome e Assinatura da pesquisadora responsável	Data

ANEXO A – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA



FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO DE ESTUDOS NO INCA

Prezado Pesquisador,

No cadastro do seu estudo na Plataforma Brasil (<http://www.saude.gov.br/plataformabrasil>), você deverá:

1. Anexar cópia digitalizada deste formulário, devidamente preenchido e assinado pelos envolvidos direta ou indiretamente, na execução da pesquisa;
2. Relacionar na Equipe de Pesquisa (Tela 1 - Informações Preliminares) da Plataforma Brasil, os colaboradores identificados neste formulário.

1) Título da Pesquisa			
Planejamento da assistência ao paciente hospitalizado na unidade de terapia intensiva oncológica por perspectiva dos cuidados paliativos.			
2) Pesquisador Principal (Responsável pelo Cadastro na Plataforma Brasil)			
Nome: Débora Cristina Leitão dos Santos			
Categoria Profissional: Enfermeira			
Vínculo: ☒ INCA ☐ Servidor/Funcionário ☐ Residente ☐ Aluno ☐ Outro Qual? ☐ Outra Instituição Qual?			
Setor de Lotação no INCA: H.C.I. - Unidade Pós Operatória			
Contatos: Telefone: (21) 2135-1538 Celular: (21) 98621-3253 E-mail: debvalente@ig.com.br			
Assinatura: Débora C. L. dos Santos.			
3) Pesquisador Principal no INCA			
Quando se tratar de pesquisa na qual o INCA for a Instituição Coparticipante, deverá indicado um responsável que possua vínculo formal com a Instituição			
Nome: Débora Cristina Leitão dos Santos			
Categoria Profissional: Enfermeira			
Vínculo: ☒ INCA ☐ Servidor/Funcionário ☐ Residente ☐ Aluno ☐ Outro Qual? ☐ Outra Instituição Qual?			
Setor de Lotação no INCA: H.C.I. - Unidade Pós Operatória			
Contatos: Telefone: (21) 2135-1538 Celular: (21) 98621-3253 E-mail: debvalente@ig.com.br			
Assinatura: Débora C. L. dos Santos.			
4) Finalidade da Pesquisa			
☐ Não envolve obtenção de título acadêmico ☐ Especialização/Residência ☐ Pós-Doutorado			
☐ Trabalho de Graduação/Iniciação Científica ☒ Mestrado ☐ Livre-docência			
☐ Aperfeiçoamento ☐ Doutorado			
☐ Outro. Qual?			
Orientador(a): Ileana L. L. da Silva			
Vínculo do(a) Orientador(a): ☐ INCA ☒ Outro Qual? Escola de Enfermagem Anna Neri / UFRS			
5) Natureza da Pesquisa			
Abordagem	☒ Qualitativa	☐ Quantitativa	☐ Ambas
Natureza	☐ Pesquisa Básica	☒ Pesquisa Aplicada	
Objetivos	☒ Exploratória	☒ Descritiva	☐ Explicativa
Dimensão Temporal	☐ Retrospectiva	☐ Prospectiva	☐ Ambas

**6) Local de Realização**

Serviço do INCA ou de outra Instituição onde a pesquisa será efetivamente realizado. Deverá ser assinado *a priori* pelo Chefe da Unidade ou Serviço, e por seu substituto ou a chefia imediata quando o Pesquisador Principal e/ou Colaboradores forem os chefes dos serviços relacionados.

Serviço de Terapia Intensiva/ HC I	
------------------------------------	--

Nome do Serviço**Assinatura e Carimbo da Chefia****7) Autorização dos Serviços que serão requisitados para execução desta pesquisa**

Deverá ser assinado *a priori* pelo Chefe da Unidade ou Serviço, e por seu substituto ou a chefia imediata quando o Pesquisador Principal e/ou Colaboradores forem os chefes dos serviços relacionados.

SEÇÃO DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO	 Roberto Caetano S. e Souza Chefe do Centro de Terapia Intensiva INCA - HC I Matrícula: 242320 - MS
-----------------------------------	---

Nome do Serviço**Assinatura e Carimbo da Chefia**

DIVISÃO DE ENFERMAGEM	
-----------------------	--

Nome do Serviço**Assinatura e Carimbo da Chefia**

--	--

Nome do Serviço**Assinatura e Carimbo da Chefia**

--	--

Nome do Serviço**Assinatura e Carimbo da Chefia**

--	--

Nome do Serviço**Assinatura e Carimbo da Chefia**

--	--

Nome do Serviço**Assinatura e Carimbo da Chefia**

--	--

Nome do Serviço**Assinatura e Carimbo da Chefia**



8) Equipe de Pesquisa			
Nome:			
Categoria Profissional:			
☐ INCA ☐ Servidor/Funcionário ☐ Residente ☐ Aluno ☐ Outro Qual?			
Vínculo: ☐ Outra Instituição Qual?			
Setor de Lotação no INCA:			
Contatos:	Telefone:	Celular:	E-mail:
Assinatura:			
Nome:			
Categoria Profissional:			
☐ INCA ☐ Servidor/Funcionário ☐ Residente ☐ Aluno ☐ Outro Qual?			
Vínculo: ☐ Outra Instituição Qual?			
Setor de Lotação no INCA:			
Contatos:	Telefone:	Celular:	E-mail:
Assinatura:			
Nome:			
Categoria Profissional:			
☐ INCA ☐ Servidor/Funcionário ☐ Residente ☐ Aluno ☐ Outro Qual?			
Vínculo: ☐ Outra Instituição Qual?			
Setor de Lotação no INCA:			
Contatos:	Telefone:	Celular:	E-mail:
Assinatura:			
Nome:			
Categoria Profissional:			
☐ INCA ☐ Servidor/Funcionário ☐ Residente ☐ Aluno ☐ Outro Qual?			
Vínculo: ☐ Outra Instituição Qual?			
Setor de Lotação no INCA:			
Contatos:	Telefone:	Celular:	E-mail:
Assinatura:			



9) Termo de responsabilidade do Pesquisador Principal

DECLARO que conheço e que:

- cumprirei os requisitos da Resolução CNS Nº 466/2012 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados, sejam eles favoráveis ou não.
- concordo em conduzir a pesquisa de acordo com o protocolo de pesquisa, com as Boas Práticas Clínicas, com as Boas Práticas de Laboratório e com o Documento das Américas.
- concordo em conduzir e supervisionar a pesquisa pessoalmente.
- concordo em informar o patrocinador do estudo, o Comitê de Ética em Pesquisa e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária sobre os eventos adversos graves que venham a ocorrer durante o desenvolvimento da pesquisa (no caso de ensaios clínicos).
- li e entendi a informação contida na Brochura do Investigador ou documento correspondente, incluindo os riscos potenciais e eventos adversos da droga em estudo (no caso de ensaios clínicos).

Quanto aos Compromissos de Financiamento e Orçamentação, DECLARO que conheço e que:

- não deve haver pagamento ao participante da pesquisa para sua participação, ressalvadas as pesquisas clínicas de Fase I ou de bioequivalência; e que se admite apenas o ressarcimento de despesas relacionadas à participação no estudo, por exemplo, despesas com transporte e alimentação.
- nenhum exame ou procedimento realizado em função da pesquisa pode ser cobrado do paciente ou do agente pagador de sua assistência, devendo o patrocinador da pesquisa cobrir tais despesas.
- o duplo pagamento pelos procedimentos não pode ocorrer, especialmente envolvendo gasto público não autorizado (pelo SUS).
- o estabelecimento dos pagamentos de exame e/ou procedimento realizados em função da pesquisa, em caso de patrocinadores externos, deve ser feito em comum acordo entre o patrocinador e a instituição.
- a Instituição deve ter conhecimento da pesquisa e de suas repercussões orçamentárias.

Quanto ao Compromisso de Indenização, DECLARO que conheço e que:

- o fato de que esta pesquisa irá garantir a indenização dos participantes da pesquisa (cobertura material), em reparação a dano imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade, sendo o dano de dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa ou dela decorrente. Declaro ainda, que jamais será exigido dos participantes da pesquisa, sob qualquer argumento, renúncia ao direito à indenização por dano.

Quanto ao Compromisso Metodológico, DECLARO que conheço e que:

- toda a pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. As pesquisas serão admissíveis quando o risco se justifique pelo benefício esperado. (Resolução CNS Nº 466/2012 – V. 1.a).
- se o projeto de pesquisa for inadequado do ponto de vista metodológico, ele é inútil e, portanto, eticamente inaceitável - o arquivo contendo a íntegra do projeto de pesquisa deve também conter metodologia e lista de referência bibliográfica adequada, suficiente e atualizada. Declaro ainda que os critérios de inclusão e exclusão do estudo serão claramente delineados no projeto em tela.

Quanto ao Compromisso de documentação, DECLARO que conheço e que:

- entregarei, ao sistema CEP/CONEP, relatórios da pesquisa (parciais – no mínimo semestrais – e de encerramento) e notificações de eventos adversos sérios e imprevistos no andamento do estudo.

CONCORDO EM SOMENTE INICIAR A PESQUISA APÓS OBTIVER AS APROVAÇÕES NECESSÁRIAS OU CABÍVEIS DO SISTEMA CEP-CONEP

Rio de Janeiro, 24/08/2015

Deborah Cristiana L. dos Santos
[Assinatura] [Nome do(a) pesquisador(a) responsável] [Número do documento de identidade]

10) Termo de Compromisso do responsável pela Instituição:

DECLARO que:

- conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.
- a Instituição está ciente de suas responsabilidades e de seu compromisso no resguardo da segurança e o bem-estar dos participantes recrutados na pesquisa em tela, dispondo de condições para a garantia de tal segurança e bem-estar.
- os participantes da pesquisa que vierem a sofrer complicações e danos relacionados à sua participação na pesquisa receberão assistência integral imediata nas unidades assistenciais do INCA. Nos casos em que houver patrocínio externo, os gastos decorrentes da assistência integral serão ressarcidos pelo patrocinador e nem o SUS, nem o paciente serão onerados por isso (Resolução CNS Nº 466/2012 – V.6).
- a Instituição possui condições e infra-estrutura para o desenvolvimento deste projeto de pesquisa.
- a Instituição tem conhecimento da pesquisa e de suas repercussões orçamentárias.

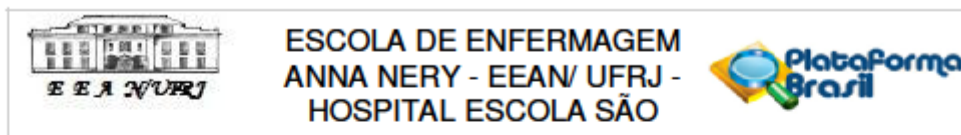
Assim sendo, autorizo sua execução.

Rio de Janeiro, 24/8/15

Paulo Augusto Vianna
[Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade]

Paulo Augusto Vianna
Diretor do Hospital de Câncer
INCA - ACI
Matrícula: 242324 - RJ
CREMERJ: 8139673

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Planejando a assistência ao paciente com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura na Unidade de Terapia Intensiva Oncológica.

Pesquisador: Débora Cristina Leitão dos Santos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 49143915.0.0000.5238

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.275.381

Apresentação do Projeto:

Projeto de dissertação de mestrado do Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional em Enfermagem – GESPE. Bem redigido e fundamentado nas questões do cuidado paliativo em UTI. Temática atual, presente nas discussões sobre terminalidade e cuidados em fim de vida diante do paradigma de cuidados paliativos. Apresenta como objeto "o planejamento da assistência por uma equipe de saúde multidisciplinar ao paciente com câncer sem possibilidades terapêuticas de cura no contexto da unidade de terapia intensiva oncológica na perspectiva dos cuidados paliativos."

Objetivo da Pesquisa:

- Analisar o entendimento dos profissionais da equipe de saúde multidisciplinar acerca da assistência ao paciente sem possibilidades terapêuticas de cura no contexto da unidade de terapia intensiva oncológica;
- Discutir os objetivos que os mesmos buscam alcançar ao planejar esta assistência, na perspectiva dos cuidados paliativos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora relata o risco de incômodo durante o horário de trabalho do participante ou

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

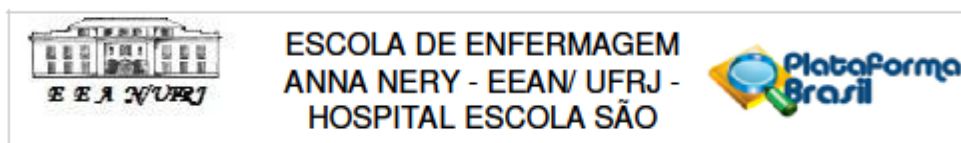
CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2293-8148

E-mail: cepeeanhista@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.275.381

mesmo de provocar alguma emoção durante seu depoimento. Ela se compromete a zelar pela integridade e o bem-estar dos participantes da pesquisa, de modo que a entrevista seja realizada em horário de sua preferência, podendo ser pausada ou interrompida, se necessário, sem que haja prejuízo à prática profissional ou ao cuidado prestado ao paciente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Proposta exequível e relevante diante do grande número de pacientes acometidos de neoplasias e que, por causas diversas, não são elegíveis para tratamentos com vistas a cura e encaminhados tardiamente a cuidados paliativos. Há de ser considerado também a dificuldade de aceitação dessa modalidade terapêutica por parte dos pacientes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: adequada
- 2) Projeto de Pesquisa: adequado
- 3) Orçamento financeiro e fontes de financiamento: adequado
- 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: adequado
- 5) Cronograma: adequado
- 6) Anuência da Instituição cenário: adequada
- 7) Instrumentos de coleta de dados: adequado

Recomendações:

Finalizar o projeto na Plataforma Brasil após a sua conclusão.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não Há.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução 466/12 do CNS/MS APROVOU o referido projeto na reunião ocorrida em 29 de setembro de 2015. Caso o(a) pesquisador(a) altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao Sistema Plataforma Brasil para uma futura avaliação e emissão de novo parecer. Lembramos que o(a) pesquisador(a) deverá encaminhar o relatório da pesquisa após a sua conclusão, como um compromisso junto a esta instituição e o Sistema Plataforma Brasil.

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

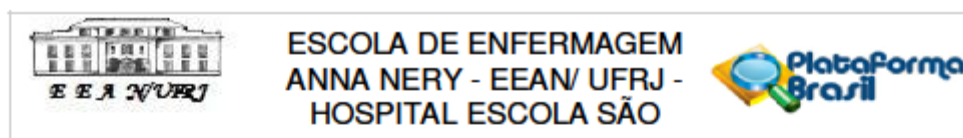
UF: RJ

Telefone: (21)2293-8148

CEP: 20.211-110

Município: RIO DE JANEIRO

E-mail: cspeenhesa@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.275.381

mesmo de provocar alguma emoção durante seu depoimento. Ela se compromete a zelar pela integridade e o bem-estar dos participantes da pesquisa, de modo que a entrevista seja realizada em horário de sua preferência, podendo ser pausada ou interrompida, se necessário, sem que haja prejuízo à prática profissional ou ao cuidado prestado ao paciente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Proposta exequível e relevante diante do grande número de pacientes acometidos de neoplasias e que, por causas diversas, não são elegíveis para tratamentos com vistas a cura e encaminhados tardiamente a cuidados paliativos. Há de ser considerado também a dificuldade de aceitação dessa modalidade terapêutica por parte dos pacientes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: adequada
- 2) Projeto de Pesquisa: adequado
- 3) Orçamento financeiro e fontes de financiamento: adequado
- 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: adequado
- 5) Cronograma: adequado
- 6) Anuência da Instituição cenário: adequada
- 7) Instrumentos de coleta de dados: adequado

Recomendações:

Finalizar o projeto na Plataforma Brasil após a sua conclusão.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

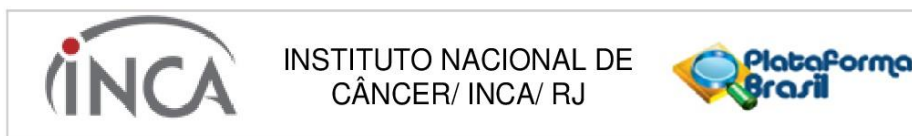
Não Há.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução 466/12 do CNS/MS APROVOU o referido projeto na reunião ocorrida em 29 de setembro de 2015. Caso o(a) pesquisador(a) altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao Sistema Plataforma Brasil para uma futura avaliação e emissão de novo parecer. Lembramos que o(a) pesquisador(a) deverá encaminhar o relatório da pesquisa após a sua conclusão, como um compromisso junto a esta instituição e o Sistema Plataforma Brasil.

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275
 Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-110
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2293-8148 E-mail: cepeeanhista@gmail.com

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Planejamento da assistência ao paciente hospitalizado na unidade de terapia intensiva oncológica na perspectiva dos cuidados paliativos

Pesquisador: Débora Cristina Leitão dos Santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 50839515.4.3001.5274

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.324.491

Apresentação do Projeto:

Conforme descrito no Parecer Substanciado CEP-INCA número 1.301.690 de 29 de outubro de 2015.

Objetivo da Pesquisa:

Conforme descrito no Parecer Substanciado CEP-INCA número 1.301.690 de 29 de outubro de 2015.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme descrito no Parecer Substanciado CEP-INCA número 1.301.690 de 29 de outubro de 2015.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme descrito no Parecer Substanciado CEP-INCA número 1.301.690 de 29 de outubro de 2015.

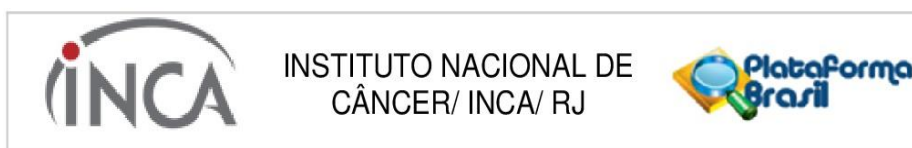
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Conforme descrito no Parecer Substanciado CEP-INCA número 1.301.690 de 29 de outubro de 2015.

Recomendações:

Não se aplica.

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203
Bairro: CENTRO **CEP:** 20.231-092
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br



Continuação do Parecer: 1.324.491

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendência 1) Quanto Projeto de Pesquisa e Projeto PB:

1.1- Dividir os objetivos em principal e secundário. Onde se lê:

"Analisar o entendimento dos profissionais da equipe de saúde multidisciplinar acerca da assistência ao paciente sem possibilidades terapêuticas de cura no contexto da unidade de terapia intensiva oncológica; discutir os objetivos que os mesmos buscam alcançar ao planejar esta assistência, na perspectiva dos cuidados paliativos.".

Resposta:

O estudo terá como objetivo principal:

- Analisar o entendimento dos profissionais da equipe de saúde multidisciplinar acerca da assistência ao paciente sem possibilidades terapêuticas de cura no contexto da unidade de terapia intensiva oncológica; E como objetivo secundário:

- Discutir os objetivos que os profissionais da equipe de saúde buscam alcançar ao planejar esta assistência, na perspectiva dos cuidados paliativos.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

1.2- Quanto à metodologia, esclarecer essa etapa e de que forma há relação como os objetivos da pesquisa:

"Os prontuários serão consultados (...) tais informações irão completar os dados que serão obtidos por meio das entrevistas e observação, visando atendimento dos objetivos". Observação não participante não pode ser caracterizada como coleta de dados em prontuário.

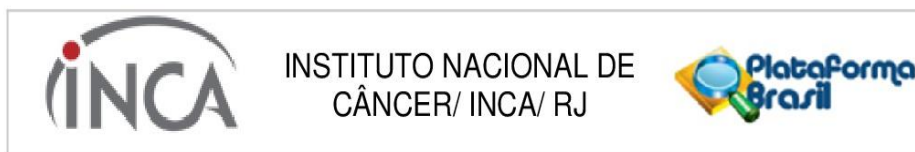
Resposta:

Realizada revisão da observação não participante, sendo mantida esta técnica de coleta de dados, associada à entrevista semi-estruturada, que serão suficientes para alcance dos objetivos almejados nesta pesquisa. Foi desconsiderada a necessidade da consulta aos prontuários.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

1.3- No instrumento de coleta de dados retirar o campo "NOME", pois é importante ressaltar que

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203
Bairro: CENTRO **CEP:** 20.231-092
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br



Continuação do Parecer: 1.324.491

sob nenhuma circunstância poderá constar qualquer informação (nome, CPF, registro médico, endereço etc.) que permita a identificação dos participantes de pesquisa. O pesquisador principal deverá garantir a anonimização dos dados através do uso de formulários específicos.

Resposta:

Retirado o termo NOME do instrumento de coleta de dados. Assim, serão utilizados apenas códigos alfanuméricos na identificação dos depoimentos, garantindo o anonimato dos participantes, conforme Resolução no 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

Pendência 2) No Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

2.1- Unificar os termos utilizados "estudo" ou "pesquisa".

Resposta:

Unificado para "pesquisa" o termo utilizado na redação do TCLE.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

2.2- Colocar o horário de funcionamento CEP INCA.

Resposta:

Adicionada informação referente ao horário de funcionamento do CEP/INCA.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

2.3- Redigir um novo TCLE para pacientes e/ou responsáveis para utilizar os dados, ou esclarecer quais os dados coletados e pedir isenção através de documento com justificativa.

Resposta:

TCLE mencionado não incluso, tendo em visto, que dados secundários de pacientes não mais serão utilizados nesta pesquisa, uma vez que se desconsiderou a consulta aos prontuários como técnica de coleta de dados.

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203
Bairro: CENTRO **CEP:** 20.231-092
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER/ INCA/ RJ



Continuação do Parecer: 1.324.491

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

Pendência 3) Caso seja necessário coleta de dados secundários em prontuário. Deverá obter a assinatura do Chefe do Arquivo no Formulário de Submissão de Estudos no INCA.

Resposta:

Foi desconsiderada a necessidade da consulta aos prontuários, o que dispensa a obtenção da assinatura do Chefe do Arquivo.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer (CEP-INCA), de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 e na Norma Operacional N° 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Ressalto o(a) pesquisador(a) responsável deverá apresentar relatórios semestrais a respeito do seu estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_620892.pdf	11/11/2015 05:57:00		Aceito
Outros	CARTAEMRESPOSTAAOPARECERufjr.docx	10/11/2015 21:16:26	Débora Cristina Leitão dos Santos	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_620892.pdf	09/11/2015 21:43:43		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	08/11/2015 18:38:29	Débora Cristina Leitão dos Santos	Aceito
Outros	CurriculoLattes.pdf	08/11/2015 18:37:51	Débora Cristina Leitão dos Santos	Aceito
Outros	fomularioSubmissaoInca.pdf	08/11/2015 18:37:13	Débora Cristina Leitão dos Santos	Aceito
Outros	CARTAEMRESPOSTAAOPARECERINCA.docx	08/11/2015 18:36:08	Débora Cristina Leitão dos Santos	Aceito
Outros	cartadeencaminhamentoCEPUFRJ.pdf	08/11/2015 18:35:31	Débora Cristina Leitão dos Santos	Aceito
Outros	Instrumentocoletadadospesquisa.doc	08/11/2015 18:34:55	Débora Cristina Leitão dos Santos	Aceito

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203

Bairro: CENTRO

CEP: 20.231-092

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3207-4550

Fax: (21)3207-4556

E-mail: cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER/ INCA/ RJ



Continuação do Parecer: 1.324.491

Orçamento	TABELACUSTOSPROJETO.docx	08/11/2015 18:33:47	Débora Cristina Leitão dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmodelointituicaocoparticipante.docx	08/11/2015 18:33:19	Débora Cristina Leitão dos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetomestradodeboracristina.doc	08/11/2015 18:32:54	Débora Cristina Leitão dos Santos	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	08/11/2015 18:32:19	Débora Cristina Leitão dos Santos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 16 de Novembro de 2015

Assinado por:
Carlos Henrique Debenedito Silva
(Coordenador)

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203
Bairro: CENTRO **CEP:** 20.231-092
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br