



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

Ana Luísa Teixeira da Costa Durante

Cuidados paliativos no hospital geral: o saber-fazer do enfermeiro

Rio de Janeiro
2014

Ana Luísa Teixeira da Costa Durante

Cuidados paliativos no hospital geral: o saber-fazer do enfermeiro

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

Orientadora: Prof^a Dr^a Teresa Tonini

Rio de Janeiro
2014

FICHA CATALOGRÁFICA

D951c Durante, Ana Luísa Teixeira da Costa.
Cuidados paliativos no hospital geral: o saber-fazer do enfermeiro./ Ana Luísa Teixeira da Costa Durante. – Rio de Janeiro: UNIRIO, 2014.
92f.; il.

Dissertação (Mestrado) – Pós-Graduação em Enfermagem- Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, 2014.
Orientadora: Teresa Tonini.

1. Enfermagem. 2. Cuidados Paliativos. 3. Cuidados de Enfermagem. I. Tonini, Teresa (Orient.). II. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. III. Título.

CDD 610.73

Ana Luísa Teixeira da Costa Durante

Cuidados paliativos no hospital geral: o saber-fazer do enfermeiro

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

Aprovada em 17 de fevereiro de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Teresa Tonini - UNIRIO
Presidente

Prof^a Dr^a Nébia Maria Almeida de Figueiredo –UNIRIO
1^o Examinadora

Prof^a Dr^a Gisella de Carvalho Queluci - UFF
2^o Examinador

Prof. Dr. Carlos Roberto Lyra da Silva - UNIRIO
Suplente

Prof^a Dr^a Monica de Almeida Carreiro - UNIRIO
Suplente

Rio de Janeiro
2014

DEDICATÓRIA

Dedico esse estudo a todos os pacientes e seus familiares os quais eu tive oportunidade de cuidar e que contribuíram imensamente para o meu crescimento profissional e pessoal.

AGRADECIMENTOS

Aos membros da banca examinadora, professores, Gisella de Carvalho Queluci, Nébia Maria Almeida de Figueiredo, Monica de Almeida Carreiro e Carlos Roberto Lyra da Silva a disponibilidade e valiosas contribuições durante todo o processo de construção desta dissertação;

À minha orientadora professora Dr^a Teresa Tonini, não somente as orientações, mas a paciência, disponibilidade, gentileza e incentivo. Agradeço por acreditar em mim, por sempre respeitar minhas escolhas científicas intervindo favoravelmente nos momentos mais difíceis. As suas críticas construtivas, as discussões e reflexões foram fundamentais ao longo de todo o percurso. Agradeço a orientação sábia e os ensinamentos transmitidos sempre com carinho e humildade. Agradeço por fim, pela convivência nesses dois anos;

À professora Dr^a. Nébia Maria Almeida de Figueiredo que em muitos momentos participou das orientações e discussões de ideias e compartilhou conosco preciosas informações;

À professora Eva Maria por permitir que eu participasse ao seu lado de momentos únicos junto às turmas de graduação da UNIRIO. Obrigada por todo incentivo;

À minha mãe, pessoa responsável por tudo que sou hoje. Sempre me incentivou a estudar e sempre me apoiou em tudo o que eu precisava;

Aos meus irmãos, em especial ao meu irmão gêmeo Bruno que me ajudou com a tecnologia e com o seu incrível talento de transformar o simples no belo;

Ao meu marido Leonardo por todo o seu incentivo e principalmente pela paciência e compreensão ao longo dessa jornada. Companheiro e amigo caminhou comigo com tolerância e compreensão, compartilhando todos os momentos. Essa vitória é nossa!

Aos meus colegas de mestrado, em especial a Luana Armini e Simone Amorim, agradeço o companheirismo e troca de experiências ao longo desses dois anos;

Aos professores e a todos os funcionários (da limpeza, segurança, biblioteca, secretaria) da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto que me receberam muito bem desde o primeiro dia em que aqui estive.

Você é importante porque você é único. Você será importante para nós até o último dia de sua vida, e nós faremos tudo o que pudermos, não apenas para que você morra em paz, mas para que você viva até o momento da sua morte.

Cicely Saunders

RESUMO

DURANTE, Ana Luísa Teixeira da Costa. Cuidados paliativos no hospital geral: o saber-fazer do enfermeiro. 2014. 92f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

Os clientes que apresentam doença em fase avançada recebem um tipo de assistência que não objetiva mais a cura, mas o controle dos sintomas, lhes proporcionando maior conforto e qualidade de vida, denominada Cuidados Paliativos. Para esses clientes, o processo de tratamento não atingiu o êxito curativo, porém, o cuidado torna-se premente para assegurar o atendimento às necessidades biopsicossocioespirituais. O cuidado, objeto de estudo e de trabalho da profissão do enfermeiro, é o foco da assistência paliativa em que os atos e ações se configuram como um saber de enfermagem. Diante disso, o objeto desse estudo é o saber-fazer de enfermagem na perspectiva dos clientes em cuidados paliativos e teve como objetivos: identificar atos e ações de cuidado dos enfermeiros aos clientes em cuidados paliativos internados em um hospital geral e discutir as implicações dos atos e ações dos enfermeiros para o saber-fazer de enfermagem. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa. Os sujeitos foram 30 enfermeiros que trabalham na unidade de internação de um hospital geral localizado no município do Rio de Janeiro. Os dados foram coletados nos meses de junho a agosto de 2013 por meio da observação sistemática não-participante conjugada à técnica de entrevista semiestruturada. Utilizou-se a pista 2 do método cartográfico e para tratamento dos dados a análise de conteúdo de Bardin. Após análise emergiu uma única categoria o (in) esperado do saber-fazer: acompanhando o processo do cuidado com clientes “terminais”. Os resultados apontam que os atos e ações destes enfermeiros são carentes de reflexões, pautados no modelo biomédico e executados de forma quase automática, com pouca atenção ao saber-fazer profissional. Finaliza-se esse estudo com a esperança de que os enfermeiros reconheçam que o cuidado é o objeto da profissão do enfermeiro e deve acontecer para todos os clientes, independente da fase da doença.

Descritores: Enfermagem. Cuidados Paliativos. Cuidados de Enfermagem

ABSTRACT

DURANTE, Ana Luísa Teixeira da Costa. Palliative care in a general hospital: the know-how of the nurse. 2014. 92f. Dissertation (Master's degree in nursing) - Postgraduate Program in Nursing, Federal University of the State of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

Customers who have disease in advanced stage receive a type of assistance that aims no more the cure, but the control of symptoms, providing a greater comfort and quality of life, called palliative care. For these customers, the treatment process did not achieve the success of cure; however, care becomes urgent to ensure attendance to biopsychosociospiritual needs. The care, study and working object of the profession of nurse, is the focus of palliative care in that the deeds and actions are configured as knowledge of nursing. Given this, the object of this study is the know-how of nursing in customers' perspective in palliative care and had as its objectives: identifying acts and actions of care of nurses in palliative care clients admitted to a general hospital and discussing the implications of the acts and actions of nurses to nursing know-how. This is a descriptive study with a qualitative approach. The subjects were 30 nurses who work in inpatient unit of a general hospital located in the municipality of Rio de Janeiro. The data were collected in the months of June to August 2013 through systematic observation non-participant coupled to the semi-structured interview technique. It was used the track 2 of the Cartographic method for data treatment and analysis of content of Bardin. After analysis emerged a single category (un) expected of know-how: accompanying the care process "terminal" customers. The results indicate that the deeds and actions of these nurses are lacking in reflections, based on the biomedical model and executed in an almost automatic, with little attention to professional know-how. It ends up this study with the hope that nurses recognize that care is the object of the profession of the nurse profession and must happen to all customers, regardless of the stage of the disease.

Descriptors: Nursing. Palliative Care. Nursing Care.

RESUMEN

DURANTE, Ana Luísa Teixeira da Costa. Cuidados paliativos en el hospital general: el know-how de la enfermera. 2014. 92f. Tesis (Maestría en enfermería) - Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal del Estado de Río de Janeiro, Río de Janeiro, 2014.

Los clientes que presentan la enfermedad en etapa avanzada reciben un tipo de asistencia que no apunta más a la curación, pero el control de los síntomas les proporciona una mayor comodidad y calidad de vida, llamado cuidado paliativo. Para estos clientes, el proceso del tratamiento no logró el aderezo de éxito, sin embargo, la atención se convierte en urgente para garantizar la asistencia a las necesidades biopsicosocioespirituales. La atención, objeto del estudio y del trabajo de la profesión de enfermera, es el foco de atención paliativa en que los hechos y las acciones están configurados como un conocimiento de enfermería. Ante esto, el objeto de este estudio es el conocimiento de enfermería en la perspectiva de los clientes en cuidados paliativos y tenía como objetivos: identificar los actos y acciones de cuidado de enfermería en atención a los clientes ingresados en un hospital general y analizar las consecuencias de los actos y acciones de enfermeras con conocimientos de enfermería. Este es un estudio descriptivo con un enfoque cualitativo. Los sujetos fueron 30 enfermeras (os) que trabajan en la unidad de hospitalización de un hospital general, ubicado en el municipio de Río de Janeiro. Los datos fueron recogidos en los meses de junio a agosto de 2013 a través de la observación sistemática no participante juntada a la técnica de entrevista semi-estructurada. Utilizamos la pista 2 del método cartográfico para el tratamiento de los datos y análisis del contenido de Bardin. Después del análisis emergieron una sola categoría el (in)esperado del know-how: acompañando el proceso de atención al cliente "terminal". Los resultados indican que los hechos y las acciones de estas enfermeras carecen de reflejos basados en el modelo biomédico y ejecutados en un casi automático, con escasa atención a los conocimientos profesionales. Termina este estudio con la esperanza de que las enfermeras (os) reconozcan que la atención es el objeto de la profesión de enfermera y debe pasar a todos los clientes, independientemente de la etapa de la enfermedad.

Descriptores: Enfermería. Cuidados Paliativos. Atención de Enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Artigos nacionais sobre cuidados paliativos e enfermagem.....	22
Figura 1 – Planta física do Hospital Federal de Bonsucesso.....	38
Figura 2 – O processo de atenção do pesquisador neste estudo	42
Quadro 2 – O saber-fazer dos enfermeiros.....	53

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos participantes por sexo	46
Gráfico 2 - Distribuição dos participantes por idade.	47
Gráfico 3 - Distribuição dos participantes por religião	48
Gráfico 4 - Distribuição dos participantes por tempo de atuação e formação.....	48
Gráfico 5 - Distribuição dos participantes por turno de trabalho.	49
Gráfico 6 - Participantes que possuíam algum tipo de especialização.	50

SUMÁRIO

CAPÍTULO I – CONSIDERAÇÕES INICIAIS	15
1.1 Objetivos do estudo	21
1.2 Justificativa e relevância	22
CAPÍTULO II – BASES QUE FUNDAMENTAM O OBJETO DE ESTUDO.....	24
2.1 Cuidados Paliativos: conceitos, história e filosofia	24
2.2 O saber-fazer do enfermeiro em Cuidados Paliativos.....	27
CAPÍTULO III MATERIAL E MÉTODOS	36
3.1 Natureza do estudo.....	36
3.2 Cenário do estudo	37
3.3 Seleção de participantes do estudo	39
3.4 Questões Éticas da Pesquisa	39
3.5 Coleta de dados	39
3.5 Análise dos dados coletados	44
CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	46
4.1 Discussão dos dados demográficos.....	46
4.2 A categoria: o (in)esperado do saber-fazer: acompanhando o processo do cuidado com clientes “terminais”	51
4.2.1 O esperado no saber-fazer dos enfermeiros	55
4.2.2 O inesperado no saber-fazer dos enfermeiros.....	66
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74

REFERÊNCIAS	76
APÊNDICES	83
A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	84
B. Roteiro de observação de campo.....	86
C. Instrumento de entrevista	87
D. Cronograma.....	88
ANEXOS	89
A. Aprovação do Projeto de Pesquisa.....	90
B. Autorização da Divisão de Enfermagem.....	91
C. Autorização da chefia da unidade de internação.....	92

CAPÍTULO I – CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Em decorrência do crescente avanço tecnológico na medicina e dos recursos utilizados em saúde, associado à queda acentuada das taxas de fecundidade, natalidade e mortalidade, pode-se identificar um aumento da expectativa de vida da população mundial. (PAIXÃO; BARBIERI, 2006). Todavia, para determinados indivíduos, esse avanço traz pouco ou nenhum benefício, em decorrência de serem portadores de doenças ou agravos, em grande parte de caráter crônico-degenerativo, para os quais todo o arsenal terapêutico é impotente.

Esses indivíduos que, na perspectiva do modelo biomédico, apresentam doença em fase avançada recebem um tipo de assistência que não objetiva mais a cura, mas o controle dos sintomas de forma paliativa, lhes proporcionando maior qualidade de vida e conforto.

Nos dias atuais, essa modalidade de assistência é denominada de “Cuidados Paliativos” e estima-se que, nos próximos anos, cerca de um milhão de pessoas necessitarão de tais cuidados. (INCA, 2011).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o conceito de Cuidados Paliativos trata de assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do cliente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio de prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação e tratamento não somente da dor, mas dos demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. (OMS, 2002).

Na perspectiva da Enfermagem, esse conceito pode ser aplicado a todos os seus clientes, independente da sua condição de saúde ou de risco de morte, isso porque a Enfermagem é uma profissão que na pragmática assistencial oferta seus cuidados a serviço do bem-estar de todo o ser humano. Por meio de aplicação de princípios científicos, a enfermeira deve avaliar as inter-relações dos fatores físicos, psíquicos, sociais e ambientais na saúde individual e coletiva. Cabe então, a priori, a preocupação de se pensar, efetivamente, “*o que é e o que não é*” cuidado paliativo para a Enfermagem. Em que pese o fato de aceitar que, por ser uma profissão que se compromete cuidar desde a vida até a morte, talvez possa ser contraditório, ou pouco compreensível se falar em Cuidados de Enfermagem Paliativos. No entanto, cabe a seguinte indignação: existe um cuidado de enfermagem diferenciado capaz de comportar o termo Paliativo?

Os cuidados paliativos nasceram, primordialmente, para atender aos clientes portadores de câncer avançado e AIDS, estendendo-se a todo cliente portador de alguma

doença que cause dor intensa, além de sintomas físicos, sofrimento emocional e espiritual tão profundo, que tornem a vida extremamente insuportável. Estes cuidados são direcionados aos clientes onde a cura deixou de ser o objetivo da terapêutica médica / corpo doente / enfermo, uma vez que a doença não responde ao tratamento curativo. Portanto, o seu objetivo direciona-se por completo para a perspectiva de propiciar qualidade de vida. Assim, posteriormente se beneficiaram desta modalidade de cuidar, os clientes portadores de insuficiência cardíaca congestiva grave, falência renal ou hepática, pneumopatas crônicos, neuromotores, mal de Parkinson, mal de Alzheimer, idosos portadores de graves sequelas causadas por diversas doenças, entre outras. (MCCOUGHLAN, 2003 p.11).

Conforme Silva; Hortale (2006, p.2060) o cuidado paliativo se baseia nos seguintes princípios: valoriza a vida e considera a morte como um processo natural; nem abrevia nem prolonga a vida; provê o alívio da dor e outros sintomas; integra os aspectos psicológicos e espirituais dos cuidados; oferece uma equipe interdisciplinar e um sistema de suporte para a família durante a doença do indivíduo e prolonga-se após a morte sob a forma de atendimento do luto dos familiares.

Inexiste o objetivo de curar o cliente, pois a doença está em fase progressiva, irreversível e não responde ao tratamento curativo. Trata-se daquela fase tão rotineira quando o médico diz à família: “não há mais nada o que fazer”, e assim, aos olhos do senso comum, a sentença que condena irremediavelmente o cliente ao abandono, a ficar entregue ao seu sofrimento, com ou sem esperança de um milagre (TAQUEMORI; SERA, p. 56).

Estudos corroboram com essa afirmativa demonstrando que as visitas dos profissionais de saúde diminuem sensivelmente quando o cliente entra na fase terminal (CARVALHO, 2006, p.116). Muitas vezes, esse comportamento vem acompanhado da justificativa racionalizada de que não há o que fazer com esse cliente. Essa justificativa, segundo Silva; Hortale (2006, p.2062) esconde a dificuldade dos profissionais em lidar com a morte e o acompanhamento do indivíduo que está morrendo. A ideia transmitida por essa afirmativa “de que nada mais pode ser feito” comunica a crença de muitos profissionais de que não existe nada de valor para oferecer aos clientes que estão além da cura (SMELTZER; BARE, 2005, p.394). O distanciamento e a negação são mecanismos usados por alguns profissionais frente à dificuldade em lidar com emoções levando esses a se distanciarem das situações mobilizadoras (CARVALHO, 2006, p.118).

Trata-se de clientes diagnosticados pela medicina como fora de possibilidades terapêuticas de cura, porém, demandam uma infinidade de cuidados de enfermagem fundamentais. Carvalho (2000, p.88), destaca que são clientes fora de terapêutica de cura, mas

não fora de recursos de tratamento sintomático, a ênfase deverá estar direcionada ao cuidar de modo a assegurar uma melhor qualidade de vida.

Segundo afirma Carvalho (2003, p.667), a enfermagem fundamental está relacionada aos elementos considerados básicos às ações profissionais de ajudar e assistir as pessoas nas situações mais gerais que interessam à saúde e à enfermidade, e não tem um campo específico de atuação, uma vez que ela permeia a enfermagem em sua inteireza e esse conceito está relacionado aos conhecimentos mais gerais, que convém a todas as categorizações que a enfermagem possa assumir em suas dimensões teórica e prática. Esses conhecimentos gerais estão presentes nas atividades mais simples que fazem parte das jornadas assistenciais diárias do profissional de enfermagem e das instituições de saúde (como exemplo: ajudar o cliente a se alimentar, a deambular, conversar de forma espontânea com o cliente e sua família, manter o ambiente agradável e seguro). Corroborando com a autora acima, não se deve procurar atender apenas a prescrições para o exercício de tais atividades, uma vez que esses conhecimentos integram a concepção de enfermagem e envolvem os princípios básicos para os cuidados de enfermagem.

A prestação de cuidados básicos se faz a qualquer clientela e em qualquer cenário de atuação da enfermagem. Para Carvalho (2003, p.668), “em cada uma das categorizações assumidas pela enfermagem em sua totalidade, a prestação de cuidados básicos constitui de fato e de direito, a pedra de toque do conceito de enfermagem fundamental”.

O enfermeiro exerce então ação fundamental porque está em contato direto e mais intenso com os clientes necessitados de cuidados paliativos, não somente em sua fase terminal, mas durante todo o percurso da doença, em que apresentam fragilidades e limitações específicas de naturezas física, psicológica, social e espiritual. (MENEZES, 2004).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1990), os enfermeiros têm um papel importante nos cuidados paliativos, com particular responsabilidade no gerenciamento do cuidado prestado, no provimento de informações, no aconselhamento e educação dos clientes e familiares e na manutenção do elo domicílio/ hospital. Pelo vínculo com os clientes, os enfermeiros são indicados a monitorar e avaliar a dor e outros sintomas prevalentes, devendo agir como um elo entre cliente, família e equipe multiprofissional em prol de melhor qualidade de vida ou morte digna (ARAÚJO, 2003, p.18). O cuidado, objeto de estudo e de trabalho da profissão do enfermeiro, é o foco da assistência paliativa em que os atos e ações se configuram como um saber de enfermagem.

Em síntese, os estudos aqui considerados afirmam que os cuidados paliativos visam à promoção do conforto e da qualidade de vida. Então, é aceitável que os enfermeiros possam

dizer que não há nada a ser feito a esses clientes? Essa ideia torna-se incoerente com a profissão do enfermeiro, que segundo Henderson (1962) é responsável por dar assistência ao indivíduo doente ou sadio no desempenho de suas atividades que contribuem para manter a saúde, para recuperá-la ou ter uma morte serena; atividades que ele desempenharia só se tivesse a força, vontade ou conhecimento necessário. As ações do enfermeiro compreendem, em sua essência, o cuidado em si, independentemente do objetivo do tratamento ser preventivo, curativo, de reabilitação ou paliativo.

Segundo Pimenta (2010, p.10), o cuidado paliativo não é "novidade" para o enfermeiro, uma vez que consiste de ações que são, e sempre foram inerentes ao "fazer" da enfermagem, mas o movimento pró Cuidados Paliativos é uma "re-ênfase de que cuidar, educar, acolher, amparar, aliviar desconfortos, controlar sintomas e minimizar o sofrimento devem ser ações cotidianas na vida dos profissionais.

Essas são questões que geram incômodos, inquietações e reflexões acerca dos cuidados paliativos prestados pelos enfermeiros, os saberes envolvendo os conceitos e os princípios dos cuidados paliativos, assim como as ações e competências do enfermeiro inserido neste contexto.

Incômodos porque a atuação do enfermeiro no cuidado a esses clientes tem se tornado mais distante das formas diretas de cuidar sob a alegação de que há pouco ou nada a ser feito como intervenções de enfermagem. Talvez esse comportamento ocorra por desconhecimento e receio, talvez por falta de clareza do significado dos cuidados paliativos, de formação específica e treinamentos pelos enfermeiros, fazendo com que o termo seja utilizado de forma pejorativa e impedindo que os profissionais promovam cuidados eletivos para qualidade de vida e dignidade na morte (RODRIGUES, 2005, p.10).

Observa-se frequentemente clientes sem possibilidade terapêuticas de cura, portadores de doenças diversas, como câncer avançado, insuficiência cardíaca congestiva, falência hepática e renal, doenças neuro-degenerativas e inúmeras outras encontradas nas enfermarias de um hospital geral carentes de informações sobre o tratamento paliativo, apresentando, muitas vezes, sintomas angustiantes, passíveis de controle e intervenções de enfermagem.

Além disso, nota-se que esses clientes permanecem internados por longos períodos, longe de familiares e da sua residência, sendo, na maioria das vezes, tratados de forma inadequada, submetidos a procedimentos invasivos e dolorosos desnecessários por falta de conhecimento e treinamento da equipe multiprofissional que os assiste, proporcionando mais dor e desconforto, ao contrário do que preconiza os cuidados paliativos.

Embora os enfermeiros possuam competências técnicas e científicas demonstram dificuldades para prestar cuidados ou enfrentarem questões relacionadas aos clientes em cuidados paliativos, tais como qualidade de vida, dignidade no processo de morrer e autonomia nas escolhas em relação à própria vida. Para Queluci (2009, p.13), os enfermeiros “manifestam dificuldades em determinar condutas adequadas face à atribuição de causalidade em relação às condições específicas e aspectos afetados, ou frente aos graus de complexidade nas situações envolvendo os problemas dos clientes hospitalizados”.

Infelizmente, a predominância do cuidar em enfermagem embasada no modelo biomédico faz sobressair a execução de técnicas e o conhecimento de patologias em relação ao cuidar psicológico-espiritual, onde a comunicação e a escuta são essenciais. Queluci (2009, p.22) afirma que na prática assistencial, se observa, em geral, a complexidade de uma situação atrelada ao aparato tecnológico ou à execução de procedimentos de enfermagem, quando se deveria pensá-la e compreendê-la em sua totalidade.

Morin (1994, p.17) afirma que o pensamento complexo constitui uma forma de abordar a totalidade e seu propósito “não é dissolver o ser, mas compreender o ser, a existência e a vida com a ajuda também do sistema”.

Há maior preocupação do enfermeiro em executar corretamente os procedimentos e cumprir suas tarefas do ponto de vista técnico do que em refletir, previamente, sobre a condição clínica do cliente e em avaliar os benefícios e malefícios do procedimento para o cliente. Assim, outros cuidados de enfermagem que trariam mais conforto e alívio, respeitando a singularidade do cliente no processo de morrer, não são implementados. Por exemplo, a avaliação para banhar o cliente com dispneia e com dor exige a inclusão de questões/elementos como conforto e o desgaste metabólico, podendo decidir, em muitos casos, pela suspensão desse banho no leito e incluir a prescrição de uma higiene de rosto e cavidade oral, associada à higiene íntima, como forma de preservar o sistema respiratório e evitar mobilizações excessivas e desconfortantes.

Outro exemplo pode ser as constantes tentativas de punções venosas nesses clientes, que muitas vezes, possuem alterações circulatórias e um acesso venoso difícil devido aos tratamentos anteriores. Um cuidado seria identificar esses casos e propor vias alternativas que permitam viabilizar a terapêutica medicamentosa sem promover tanto sofrimento, tais como a hipodermoclise (terapia subcutânea) ou a via enteral, atentando sempre para as particularidades de cada caso.

Na prática de prestar cuidados de enfermagem, principalmente no âmbito da assistência hospitalar, a situação-problema do cliente envolve outros aspectos que não se

restringem somente à fisiopatologia da doença. Para Queluci (2009, p.42) à enfermeira, além de suas ações específicas do seu *que-fazer* junto aos clientes, cabe compreender a situação de enfermagem em sua totalidade, que abrange os elementos que podem influenciar a cada momento a realização dos cuidados e que acrescentam certa complexidade à situação do cliente.

Segundo Carvalho (2006) pode-se observar que “(...) a situação de enfermagem e seu grau de complexidade podem ser percebidos no plano do encontro enfermeira-cliente”. Pode-se dizer que os cuidados dos enfermeiros aos clientes em cuidados paliativos caracterizam-se por graus de complexidade não apenas pelas causas clínicas, sinais ou sintomas da doença, mas porque demandam um atendimento calcado no saber profissional sobre as necessidades dos clientes e a compatibilidade na execução dos procedimentos requeridos (QUELUCI, 2009, p.17).

A abordagem da complexidade nesta área de atuação da enfermagem admite o necessário empenho dos enfermeiros e de toda equipe de saúde, por meio do trabalho interdisciplinar, para atender às necessidades de cuidado do cliente e da família dentro das possibilidades, diante das incertezas, diversidades e imprevisibilidades que demarcam a realidade complexa, mediante a instabilidade do quadro clínico do cliente em cuidado paliativo.

Essas situações no cotidiano do hospital e no processo de cuidar desses clientes geram inquietações e angústias que impingem o aprofundamento de saberes e a ampliação de reflexões acerca da prática de enfermagem aos clientes fora de possibilidades terapêuticas de cura, isto é, em cuidados paliativos. Para esses clientes, pode-se afirmar que o processo de tratamento não atingiu o êxito curativo, porém, o cuidado torna-se premente para assegurar o atendimento às necessidades básicas, fisiológicas, psicológicas, de segurança, espiritual e, por vezes, a aceitação das condições clínicas em que se encontram.

A problemática até aqui exposta aponta para o que afirmam Figueiredo et al¹ (2005, p. 29) sobre os atos e ações de enfermagem, em que há um condicionamento de “saber se o que se faz, na prática assistencial, entendido como decorrente de atos médicos (implementação de prescrições/ordens)”. Em geral, o problema se instala na medida em que os enfermeiros “trabalham muito e não sabem o que significa este seu fazer como ciência e como prática substantiva que dê sustentação à autonomia/independência requerida pela profissão”, envolvendo “o quefazer” profissional. Trata-se, então, do saber-fazer das enfermeiras.

¹ Para Figueiredo et al (2005), atos se referem algo mais específico e ação à um empreendimento mais amplo. Assim, a ação é um processo que agrega vários atos.

Assume-se ainda, a posição das autoras acima de que o cuidado de enfermagem, composto por atos e ações dos enfermeiros, tem “sentido de terapêutico, de intervenção, de apoio remedial, de manutenção de condições de melhoria, de equilíbrio favorável à saúde, mesmo em situações que não podemos mudar, mas que nos permitem poder confortar e amparar”. As situações que não podemos mudar são definidas por Queluci (2009, p.126) como situações imprevisíveis ou inesperadas e requerem a capacidade de agir do enfermeiro diante dos problemas que podem surgir a cada instante, às vezes, inesperadamente.

Os enfermeiros como profissionais e partícipes da sociedade, podem exercer ações para fazer seu trabalho em plano de controle de atos e operações para cuidar dos clientes, com liberdade de pensamento e autonomia, de vez que agem/ atuam como representantes de uma profissão que tem legitimidade e determinação legal reconhecida. (FIGUEREDO et al, 2005, p.29).

Figueiredo et al (2005, p.37) afirmam que ato de enfermagem abrange conteúdo e elementos significativos próprios do corpo do conhecimento e da volição profissional para saber e fazer “o que deve ser feito”. As autoras afirmam ainda, que “ato de enfermagem não é uma ordem que se cumpre, mas sim um ato de compromisso da profissão, que implica dever para com o cliente, um ato de indiscutível impacto social, em que pese os cuidados específicos executados por específicos profissionais”.

Todavia, tem-se como pressuposto empírico deste estudo que os enfermeiros da unidade de internação, algumas vezes, não preveem e proveem atos e ações específicos aos clientes que se encontram em cuidados paliativos.

Dessa forma, foca-se o seguinte **objeto de estudo**: o saber-fazer de enfermagem na perspectiva dos clientes em cuidados paliativos.

Sendo assim, considerando o que foi exposto, passamos às **questões norteadoras** desse estudo:

- Que atos e ações de cuidado em enfermagem são prestados por enfermeiros em unidades de internação hospitalar aos clientes submetidos aos cuidados paliativos?
- Como agem os enfermeiros quando cuidam de clientes submetidos aos cuidados paliativos na unidade de internação de um hospital geral?

1.1 – Objetivos

Esse estudo teve como objetivos:

Identificar atos e ações de cuidado dos enfermeiros aos clientes em cuidados paliativos internados em um hospital geral.

Discutir as implicações dos atos e ações dos enfermeiros para o saber-fazer de enfermagem relacionado aos clientes em cuidados paliativos internados no hospital geral.

1.2 – Justificativa e relevância

Este estudo justifica-se à medida que a problemática apresentada mostra-se ainda pouco estudada, fato observado durante a revisão bibliográfica realizada. Na tentativa de encontrar estudos anteriores nesta temática realizou-se um levantamento de artigos científicos, dissertações e teses nas bases de dados: Lilacs, Scielo, Medline e Portal CAPES; nos idiomas inglês, português e espanhol, utilizando os descritores cuidados paliativos e enfermagem, no período de 2006 a 2012.

No âmbito nacional foram encontrados nessa busca artigos que abordavam os cuidados do enfermeiro no controle da dor e das feridas tumorais dentro de uma unidade oncológica especializada em cuidados paliativos, artigos que traziam como objeto de estudo a comunicação em cuidados paliativos, a espiritualidade/religiosidade, o uso de instrumentos de avaliação e sistematização da assistência de enfermagem e os cuidados paliativos dentro do CTI. Não foram localizados artigos que contemplassem os atos e ações dos enfermeiros a esses clientes nas unidades de internação de um hospital geral, ou seja, fora dos centros especializados em cuidados paliativos. Além disso, os artigos encontrados abordavam, em sua maioria, clientes oncológicos.

Quadro 1 – Artigos nacionais sobre Cuidados Paliativos e Enfermagem

Objeto do estudo	Artigos (nº)
Educação e instrumentos de avaliação em cuidados paliativos	4
Religiosidade/espiritualidade	3
Cuidador/familiar	3
Comunicação	2
Cuidados paliativos no CTI	2
Avaliação da dor	1
Processo de morrer na visão do cliente	1
Feridas tumorais	1

Fonte: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), 2012.

No entanto, a discussão da temática é necessária para a melhoria da qualidade da assistência prestada fundamentando a prática a partir dos preceitos técnicos, científicos e éticos que emergem na situação de doença e morte iminente.

O enfermeiro encontra-se em constante aprendizagem, seja ao longo da sua trajetória profissional, seja no processo de educação permanente, seja nos relacionamentos com a equipe multiprofissional, com os clientes e familiares. Aprende com a experiência que sua vida lhe proporciona. Aprende, especialmente, com a pesquisa, quando é possível a partir de questionamentos e hipóteses acerca de problemas identificados na prática, investigar e buscar bases que permitam refletir sobre as ações planejadas e desenvolvidas e então, contribuir para a melhoria da prática profissional. (MOURA, 2005, p.13)

A relevância deste estudo encontra-se ancorada na necessidade de reflexão sobre os cuidados de enfermagem aos clientes em cuidados paliativos e os resultados obtidos podem apresentar algumas evidências e favorecer reconsiderações acerca dos atos e ações do enfermeiro a esses clientes.

Pelo exposto, acredita-se que como consequência, esta pesquisa trará benefícios para o cliente e para o enfermeiro. Para o cliente porque os cuidados recebidos serão individualizados e para o enfermeiro que poderá refletir sobre as ações planejadas e desenvolvidas qualificando sua prática profissional.

Na esfera da formação profissional, com destaque para o ensino superior e formação do profissional enfermeiro, muitas universidades não apresentam a inserção formal do ensino dos cuidados paliativos em seus currículos, dessa forma, o estudo contribui com subsídios para reflexão do problema a partir da realidade investigada do saber-fazer de enfermagem aos clientes em cuidados paliativos.

Além disso, o investimento na formação profissional em Cuidados Paliativos pode proporcionar menor sofrimento ao cliente e família e minimizar o custo do cuidado ao sistema de saúde, uma vez que evita consultas reincidentes e internações hospitalares desnecessárias para o controle de sintomas.

Por fim, no âmbito da pesquisa, espera-se com o estudo contribuir junto ao Núcleo de Pesquisa e Experimentação em Enfermagem Fundamental (NUPEEF) e com a linha de pesquisa denominada “Enfermagem: O cotidiano da Prática de Cuidar e Ser Cuidado, de Gerenciar, de Pesquisar e Ensinar” da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

CAPÍTULO II – BASES QUE FUNDAMENTAM O OBJETO DE ESTUDO

RASTREANDO para se aproximar da realidade

2.1 Cuidados Paliativos: conceitos, história e filosofia.

A partir da segunda metade do século XX, na era dos antibióticos, da hidratação, da ressuscitação cardiopulmonar e da medicina que se esgota na cura, a morte passou a ter lugar no ambiente hospitalar. Posteriormente, verificou-se uma mudança, por vezes subversiva, da compreensão da morte como etapa vital, incluindo-se a ideia de consequência da falência terapêutica. Nessa época, a maioria dos hospitais gerais não apresentava o perfil adequado para responder às necessidades de um doente moribundo². (STEINHAUSER; TULSKY, 2010; p.135)

Sensibilizada por essa necessidade de atenção mais específica aos doentes, Cicely Saunders fundou, na década de 60, em Londres, o primeiro Hospice, um local especializado onde estes doentes poderiam acabar os seus dias de modo mais humano, contribuindo de modo marcante para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (RICHMOND, 2005, p.238).

A palavra hospice tem origem no latim *hospes*, que significa estranho e depois anfitrião; *hospitalis* significa amigável, ou seja, boas vindas ao estranho, e evolui para o significado de hospitalidade. (FIGUEIREDO; MELO, 2006, p.17).

O termo foi primariamente usado para definir espécies de abrigos destinados ao conforto e aos cuidados com peregrinos e viajantes. O relato mais antigo é do Hospício do Porto de Roma, século V, onde Fabíola, discípula de São Jerônimo, cuidava de viajantes oriundos da Ásia, África e do Leste. (CORTES, 2008 *apud* MACIEL, 2008, p.18).

Os Hospices medievais, por sua vez, abrigavam peregrinos e doentes, ao longo de trajetos conhecidos na Europa como o caminho de Santiago de Compostela. Nesses locais, o viajante cansado ou doente encontrava cama, comida e tratamento para os males que os atingiam e depois de recuperados prosseguiam na sua jornada. Em um local como este, o St. Lukes' Home, em Londres, a enfermeira e assistente social inglesa Cicely Saunders foi trabalhar em meados do século XX. Inconformada com o sofrimento humano estudou medicina, formou-se aos 40 anos de idade e dedicou-se ao estudo do alívio da dor nos doentes

² Moribundo é definido como indivíduo que está no momento de finitude, quase a morrer. (COLLIÈRE, 2003)

terminais. Ela publicou artigos fundamentais em que descreve as necessidades destes doentes, difundiu o conceito de dor total e se tornou ainda, uma grande defensora dos cuidados a serem dispensados ao final da vida. (MACIEL, 2008, p.18).

Em 1967, Cicely fundou, em Londres, o St. Christofer Hospice e deu início ao que se chama hoje de Movimento Hospice Moderno. A estrutura do St. Christopher permitiu não somente a assistência aos doentes, mas esforços de ensino e pesquisa, recebendo bolsistas de diversos países (PESSINI, 2005).

O movimento Hospice promoveu o conceito de cuidar e não só de curar e de manter-se focado nas necessidades do cliente, até o final de sua vida. Disseminou-se então, pelo mundo, uma filosofia sobre o cuidar com dois elementos fundamentais: o controle efetivo da dor e de outros sintomas, presentes na fase avançada das doenças, e o cuidado com as dimensões psicológicas, sociais e espirituais de clientes e suas famílias. Um novo campo de saber foi então criado: o do cuidado paliativo. (FIGUEIREDO; MELO, 2006, p.17).

O termo *palliare*, também de origem latina significa amparar, proteger, abrigar, cobrir. Dessa forma, a perspectiva do cuidar e não somente curar surge como foco principal. (PESSINI, 2006, P.46)

Em 1982, o comitê de Câncer da Organização Mundial de Saúde (OMS) criou um grupo de trabalho para definir políticas que visassem ao alívio da dor e aos cuidados do tipo *Hospice* para doentes com câncer e que fossem recomendáveis a todos os países. O termo Cuidados Paliativos passou a ser adotado pela OMS, em função das dificuldades de tradução fidedigna do termo *Hospice* em alguns idiomas (MACIEL, 2008, p.18).

A OMS publicou sua primeira definição de Cuidados Paliativos em 1990:

Cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva a tratamento de cura. O controle da dor, de outros sintomas e de problemas psicossociais e espirituais é primordial. O objetivo do Cuidado Paliativo é proporcionar a melhor qualidade de vida possível para pacientes e familiares (WHO, 1990).

Todavia, esse conceito foi superado, pois torna subjetivo o entendimento do momento de decretar a falência de um tratamento. Essa definição foi revisada em 2002 e substituída pela atual, com o objetivo de ampliar o conceito e torná-lo aplicável a todas as doenças, o mais precocemente possível (MACIEL, 2008, p.19), conforme apresentado abaixo:

Cuidados Paliativos é a abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (OMS, 2002).

Ainda em 2002, dois documentos importantes foram publicados pela OMS: *The Solid Facts of Palliative Care* e *Better Care of the Elderly*. Ambos recomendaram os Cuidados Paliativos como estratégia de ação em sistemas nacionais de saúde, ampliando-se para além da esfera do câncer, às outras áreas do conhecimento, como pediatria, geriatria, HIV/AIDS, doenças crônicas e outras. (DAVIES; HIGGINSON, 2004, p.12).

A OMS explicita, ainda, que os cuidados paliativos afirmam a vida e encaram a morte como um processo natural; não adiam nem prolongam a morte; integram os cuidados e oferecem suporte para os clientes e suas famílias (PESSINI; BERTACHINI, 2004, p.169):

O foco principal é o cuidar; e os princípios básicos são: fornecer alívio para dor e outros sintomas estressantes; reafirmar a vida e a morte como processos naturais; integrar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais ao aspecto clínico de cuidado do cliente, não apressar ou adiar a morte; oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do cliente, em seu próprio ambiente; oferecer um sistema de suporte para ajudar os clientes a viverem o mais ativamente possível até sua morte, usar uma abordagem interdisciplinar para acessar necessidades clínicas e psicossociais dos clientes e suas famílias, incluindo aconselhamento e suporte ao luto. (INCA, 2012).

Para Maciel (2008, p.21), a prática de cuidados paliativos visa o controle dos sintomas (físicos, psicológicos, espirituais e sociais) e se estabelece como fundamental: avaliar antes de tratar, explicar as causas dos sintomas, não esperar que um doente se queixe, adotar uma estratégia terapêutica, cuidar dos detalhes e estar disponível. Os sintomas devem ser regularmente avaliados por todos os membros da equipe e registrados de forma acessível por todos.

A OMS (2001) refere que os cuidados paliativos são fundamentados nos seguintes pilares: visão holística do cliente, controle dos sinais e sintomas, assistência interdisciplinar, comunicação clara e coesa e qualidade de vida.

Essa especialidade ainda não se configura no Brasil, porém, ainda que de forma incipiente, já começam a surgir experiências de assistência embasada na filosofia dos cuidados paliativos. Há registros que os primeiros serviços de cuidados paliativos no Brasil surgiram no final dos anos 80, no Rio Grande do Sul e depois no Rio de Janeiro, por meio do Instituto Nacional de Câncer, seguidos pelo Paraná, Santa Catarina e Jaú, interior de São Paulo. (SILVA; AMARAL, 2013, p.39). Outro destaque foi a criação da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos em 1997, com o objetivo de oferecer um espaço para a elaboração das diretrizes para a implementação da filosofia Hospice no Brasil.

Em 1998, o Instituto Nacional de Câncer inaugurou uma unidade exclusiva para atender clientes em cuidados paliativos, conhecido como Hospital do Câncer IV (HC IV). Essa Unidade oferece serviços de internação hospitalar, assistência domiciliar, pronto atendimento e ambulatório. Em 2000 surgiu o Programa do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, com uma enfermaria exclusiva para o atendimento paliativo.

Outros serviços de qualidade exemplar também foram surgindo, mas vários obstáculos precisam ser vencidos, bem como a consolidação prática de uma política nacional que colabore com sua implementação e com os avanços na área de ensino e da pesquisa (FIGUEIREDO; MELO, 2006, p.20).

Legalmente, alguns avanços importantes já foram conquistados. A portaria do Ministério da Saúde nº 3.535, de 02 de setembro de 1998, estabelece, dentro dos critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia, que o serviço disponha de unidade de cuidados paliativos. Há também a portaria nº 19, de 03 de janeiro de 2002, considerando a necessidade de progredir e incrementar as políticas já implementadas pelo Ministério da Saúde nas áreas de cuidados paliativos e de assistência ao cliente com dor, resolve instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Assistência a Dor e Cuidados Paliativos. (BRASIL, 1998; BRASIL, 2002).

Mais recentemente, a Portaria do Ministério da Saúde nº 2.439, de 08 de dezembro de 2005, institui a política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a serem implementadas em todas as unidades federais, respeitadas as competências das três esferas de gestão. (BRASIL, 2005).

2.2 O saber-fazer do enfermeiro em Cuidados Paliativos

Considerando os cuidados de enfermagem como objeto de estudo e de trabalho da profissão cabe refletir acerca do cuidado em si, o qual faz parte da Enfermagem em sua essência, e porque se constitui como saber e fazer da Enfermagem.

De acordo com Boff (1999), tudo o que existe e vive precisa ser cuidado para continuar a existir e a viver: um planeta, um animal, uma criança, um idoso, o planeta Terra.

O cuidado é intrínseco à humanidade, desde o nascimento, passando pela vida e pela morte. Existem construções filosóficas, teológicas, estéticas, éticas e técnico-científicas na arte de cuidar. (BARRETO, 2009, p.33)

Cuidar é um verbo que envolve atos humanos no processo de assistir o outro na sua multidimensionalidade e que exige igualmente o relacionamento interpessoal com base nos

valores humanísticos e o conhecimento científico. Cuidado é um substantivo que reflete o resultado da ação do cuidar, contudo, somente quando há um encontro terapêutico entre o ser cuidado e o ser que cuida, é possível existir o cuidado efetivo. (SILVA; SILVA, 2013)

Cuidar implica colocar-se no lugar do outro, como um princípio Nightingaleano, em situações diversas, quer na dimensão pessoal, quer na social. Um modo de estar com o outro, no que se refere a questões especiais da vida dos cidadãos e de suas relações sociais, entre estas o nascimento, a promoção, a recuperação da saúde e a própria morte. (SOUZA et al, 2005, p.267).

O cuidado se faz presente nos atos dos profissionais de enfermagem desde os primórdios da profissão, com Florence Nightingale e suas importantes concepções em relação ao cuidado com o ambiente, ruídos, limpeza corporal, ambiental e de roupas, fatores importantes e influentes no processo de cura do cliente. (QUELLUCI, 2005 p.34).

Os cuidados de enfermagem assumiram importância, valor e reconhecimento a partir de 1845 quando, durante a guerra da Criméia, Florence Nightingale, através de suas condutas, propiciava aos clientes condições para melhorar e se curar, através do estabelecimento de um ambiente físico favorável para manter e alcançar a saúde (TORRES, 2000).

Florence Nightingale em suas “notas” refere que tais cuidados ainda não são, em sua concepção, tão esclarecidos no campo da enfermagem.

Já foi dito e escrito vezes sem conta que qualquer mulher pode ser uma boa enfermeira. Acredito, pelo contrário, que os princípios fundamentais, a essência da enfermagem, continuam completamente desconhecidos (Nightingale, 1989, p.14).

A relevância do cuidado na enfermagem ganha destaque a partir da década de 50, quando várias teóricas, dentre elas, Virginia Henderson, Dorothea Orem, Jean Watson, Madeleine Leininger, buscaram subsídios teóricos com o objetivo de concretizar a enfermagem como profissão de cunho científico. Elas objetivaram, principalmente, eternizar o cuidado como uma âncora no assistir ao indivíduo, família e comunidade de uma forma sistematizada. (SALES, 2002, p.2).

O cuidado consiste na essência da profissão do enfermeiro e pertence a duas esferas distintas: uma objetiva, que se refere ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos, e uma subjetiva, pautada na sensibilidade e criatividade para cuidar de outro ser. A forma de cuidar, a sensibilidade, a intuição, o “fazer com”, a cooperação, a disponibilidade, a participação, o amor, a interação, a cientificidade, a autenticidade, o envolvimento, o vínculo compartilhado, a espontaneidade, o respeito, a presença, a empatia, o comprometimento, a compreensão, a confiança mútua, o estabelecimento de limites, a valorização das potencialidades, a visão do

outro como único, a percepção da existência do outro, o toque delicado, o respeito ao silêncio, a receptividade, a observação, a comunicação, o calor humano e a simpatia, são os elementos essenciais que fazem a diferença no cuidado (FIGUEIREDO; MACHADO; PORTO, 1995 *apud* SOUZA, et al. 2005, p.269).

Os cuidados de enfermagem são um conjunto de ações (ações e atos de cuidado) direcionadas às pessoas sadias ou doentes, às demais pessoas a elas ligadas, as comunidades e aos grupos populacionais com o objetivo de promover e manter conforto, bem-estar e segurança, no máximo limite de suas possibilidades profissionais e institucionais, “é uma ação incondicional do corpo que cuida e envolvem impulsos de amor, de ódio, alegria, prazer, esperança, desespero, energia, porque é um sujeito em situação que envolve disponibilidade do corpo que cuida para tocar, manipular humores e odores; é um ato libertador que representa a essência da ação humana que é carregada de emoção e de possibilidade de manter o outro livre”. (FIGUEIREDO; MACHADO, 2009, p. 414). Trata-se de uma ação que pode romper com o passado, com o que está estabelecido como cuidado e tornar os envolvidos sujeitos de suas próprias ações.

(...) cuidar em enfermagem é ação humana, transpessoal, espiritual, política que se caracteriza por um jeito especial de ser e de fazer e que acontece entre corpos sensíveis e envolve: solidariedade, presença, movimentos corporais, impulsos e emoções, energia, disponibilidade para sentir e tocar o outro. O processo de cuidar acontece durante a realização do trabalho de enfermagem o qual, devido sua natureza, se constitui em um movimento dinâmico, efervescente, variado, cheio de ondulações físicas e emocionais. (FIGUEIREDO, 1997, p.122 *apud* NEVES, 2002, P.83 In: QUELLUCI, p.35).

Compreender o valor do cuidado de enfermagem requer uma concepção ética que contemple a vida como um bem valioso em si, começando pela valorização da própria vida para respeitar a do outro em sua complexidade, suas escolhas, inclusive a escolha da enfermagem como uma profissão. (SOUZA et al, 2005, p.267)

Visando uma atuação em plano de multidisciplinas, à enfermeira cabe dar importância aos princípios que fazem parte de sua arte de cuidar, e que implicam valores relativos à enfermagem entendida como arte e ciência de cuidar/ajudar pessoas, e que contribuem para a distinção do que é, realmente, a enfermagem.

O cuidado sempre pertenceu à Enfermagem, enquanto que a cura é domínio da Medicina e, para ela, o cuidado é o atributo mais valioso que a enfermagem tem a oferecer à humanidade (WATSON *apud* FIGUEIREDO 1994, p.38).

Cuidar e atuar são aspectos relacionados ao processo de trabalho de enfermagem e ambos refletem o *quefazer* na profissão, principalmente dentro do que entendemos como enfermagem fundamental (CARVALHO 1999 *apud* QUELUCI, 2005,p.15).

De acordo com Carvalho (2003), a arte de cuidar e as formas de atuar interferem no fenômeno do conhecimento, na aprendizagem de pensar e ser na enfermagem e os dois aspectos implicam-se, intrínseca e extrinsecamente, na intimidade do ato de conhecer e, conseqüentemente, no sentido da enfermagem como profissão. O primeiro aspecto, a arte de cuidar, relaciona-se aos cuidados prestados ofertados pela profissão, com conotações de significados substantivos tangíveis ao encontro de enfermeiros com os clientes; e o segundo, o das formalidades de atuar no processo de trabalho de enfermagem, com denotações de significados adjetivos para atribuições profissionais e que subordinam os cuidados aos clientes ao crivo de ordens médicas.

No âmbito do *quefazer* na enfermagem, além dos diversos procedimentos técnicos realizados, o contato com o sujeito do cuidado é fundamental para a realização da arte de cuidar, a qual visa, acima de tudo, conforto, prazer, tranquilidade e bem-estar, compreendendo os sentimentos do cliente, suas angústias e aflições. (QUELUCI, 2005 p.35)

Segundo Figueiredo e cols (2005) a independência no ato de enfermagem envolve princípios relacionados ao saber fazer (conhecimento), princípios de enfermagem (conforto, higiene corporal, orientar/conversar); princípios do ambiente e do querer-fazer (volição). Ainda, segundo as autoras, o que se passa em âmbito de atividades de trabalhar e executar atos de cuidar tem relação a tudo que se refere ao saber-fazer da enfermagem e a uma maneira de a consciência de ser profissional ater-se à obrigação moral e legal. (FIGUEIREDO E COLS, 2005 *apud* QUELLUCI, 2005 p. 101).

É essencial destacar que o cuidado necessita de alguns requerimentos de condutas, como: querer cuidar, envolver-se para manter a saúde; prover um ambiente rico em estímulos, a partir do conhecimento dos desejos dos clientes, ou seja, um cuidado singular; se preparar emocionalmente para cuidar; pensar e refletir sobre o cuidado prestado; estar constantemente avaliando e julgando o que faz como cuidado.

O cuidado é indispensável ao ser humano, o cuidado como essência da Enfermagem e como função precípua do enfermeiro há de ser conceituado e compreendido por todos, com a perspectiva de dar sentido ao fazer da enfermagem para os que oferecem cuidados para quem recebe os cuidados (clientes), para educadores e educandos da área de Enfermagem. (VALE; PAGLIUCA, 2011, p.107).

A valorização do cuidado, inscrita na valorização da vida em todas as suas formas, pode ainda dar maior visibilidade às injustiças sociais, assim como permitir mais facilmente compreender as experiências dos limites humanos do sofrimento e da morte e da própria sociabilidade humana. A valorização do cuidado em enfermagem pode levar à necessidade moral de convivermos em nossa corporeidade com o outro, respeitando precisamente a dignidade do corpo o outro, ou seja, o outro em sua totalidade. Nesse sentido, a política e o humanismo oferecem suportes para que a enfermagem reafirme os valores, sentido e existência do cuidado que se preconiza como próprio desta prática profissional e que se convalida na convivência cidadã. (SOUZA, et al. 2005, p.269)

Para Figueiredo (2006, p.96) “o cuidado deve considerar algumas dimensões do corpo que transcendem o biológico”, tais como a ética, ecologia, epidemiologia, economia e política, educacional, psico-sócio-cultural e transcendental, sendo este relacionado com a religiosidade.

Na realidade assistencial identifica-se a relação das ações de enfermagem com a tecnologia, numa perspectiva de cura, pautada na visão biomédica: "A enfermagem no Brasil, não muito diferente de outros países, passou a desvalorizar o cuidado, atendendo a uma ideologia da cura. As ações curativas ocupavam a maior parte das atividades, utilizando-se tecnologias cada vez mais sofisticadas" (WALDOW, 1998 apud BRUM, TOCANTINS; SILVA, 2005 p 1020).

O mesmo autor diz acreditar no cuidado de forma mais humanística, priorizando a ação de cuidar voltada para a pessoa, o meio ambiente e não somente centrada em procedimentos, patologias ou problemas.

A ação do cuidar pelo enfermeiro deve valorizar o ser humano em sua existência, independente da expectativa de recuperação ou possibilidade de viver e sim pelas necessidades de cuidados.

O cuidado de enfermagem comporta em sua estrutura o conhecimento (o saber da Enfermagem) corporificado em um nível técnico (instrumentos e condutas) e relações sociais específicas, visando o atendimento de necessidades humanas, que podem ser definidas, biológica, psicológica e socialmente. (...) A educação em enfermagem prepara e legitima sujeitos para este trabalho, através do aparato ético-filosófico e do saber da Enfermagem. (ALMEIDA; ROCHA, 1989 *apud* SANTO; PORTO, 2006, 594)

Deve-se ressaltar que a enfermagem é uma profissão comprometida com o ser humano, desde o nascimento até a morte, por isso, ela deve utilizar o cuidado para transformar os desequilíbrios em equilíbrios, ou evitá-los (BARRETO, 2009 p.35).

Os cuidados básicos de enfermagem refletem o que é enfermagem. É claro, que ainda há muito por detrás da arte de ser enfermeira, mas saber-fazer e bem, assim como valorizar esses cuidados, não nos deixa dúvida de que a arte de cuidar e de atuar na enfermagem é independente em qualquer situação dada na prática assistencial (QUELUCI, 2005, p.102).

Em 1962 Virginia Henderson descreveu os princípios básicos de Enfermagem dentre os quais destaca a atenção e a ajuda ao cliente na respiração, alimentação, higiene pessoal, eliminação, sono e repouso, conforto, riscos ambientais, prevenção de infecção, auxílio na comunicação, atividades recreativas, aprendizado e religião. A autora deixa claro que a enfermeira é a “autoridade do cuidado básico” de enfermagem, sua “única função” na qual ela trabalha independente, e os componentes inerentes a este cuidado, que são as funções da vida física, psíquica e social.

Henderson (1962) identificou e listou quatorze necessidades humanas básicas (respirar normalmente, comer e beber adequadamente, eliminar resíduos orgânicos, movimentar-se e manter postura correta, dormir e repousar, manter a temperatura corporal, manter o corpo limpo e bem arrumado, evitar perigos ambientais, comunicar-se, praticar de acordo com a própria fé, realização do trabalho, recreação e aprender) as quais não representam propriamente os problemas de saúde dos clientes, mas as áreas nas quais os problemas podem acontecer. Estas necessidades relacionam-se a qualquer cliente, independente do seu diagnóstico e prognóstico e pode servir de guia na prestação de cuidados de enfermagem.

Cuidar da pessoa que se encontra, fora de possibilidades terapêuticas de cura envolve, portanto, a promoção dos cuidados básicos de enfermagem, além de atos de humanismo e habilidade relativos ao relacionamento interpessoal para que se obtenham condições de compreender e ajudar a pessoa e sua família no contexto do processo de morrer, proporcionando um cuidado digno nesse momento tão difícil. Segundo Collière (2003 p.170) existindo ou não tratamento, os cuidados de acompanhamento no fim da vida são, da mesma maneira, vitalmente indispensáveis.

Acredita-se que o propósito de cuidar deve estar desvinculado da expectativa de recuperação ou de cura e dessa forma, os clientes em cuidados paliativos e em cuidados ao fim da vida não deixam de exigir cuidados de enfermagem e medidas que ponderem a subjetividade.

O cuidado deve atender às necessidades físicas e não físicas do cliente, englobando ambiente, cliente e família, contemplando a vida. Com este entendimento o cuidar é:

"A verdadeira atenção à saúde da pessoa humana, enquanto conceituada como estado de bem-estar físico, psíquico e social, compreende não apenas a busca da cura das doenças, mas apoio e a palição quando a cura já não é possível, e,

finalmente, o apoio para um fim de vida sem dores e sem sofrimentos desnecessários, preservada a dignidade da pessoa humana, derivada de sua condição de ser biológico e biográfico". (PAPALÉO 1999 *apud* BRUM, TOCANTINS; SILVA, 2005, p. 1021)

Pode-se afirmar, portanto, conforme sustenta Tonini (2006, p.4), que a enfermagem atual pauta-se na cientificidade e seu processo de cuidar ocorre de forma mais sólida e não de maneira frágil, submissa e sem reflexão. O processo de cuidar em enfermagem é impregnado de saberes científicos, devendo o cuidado prestado ser avaliado como produção de um produto ou como oferta de um serviço.

No caso dos cuidados paliativos, há a necessidade de se pensar em cuidados priorizados a partir das necessidades específicas do cliente, com base no conjunto de saberes do enfermeiro que envolve os conhecimentos clínicos, fisiopatológicos, de semiótica e semiologia e da subjetividade (social, psicológico, espiritual e religioso). Esse arcabouço de conhecimento (saber) será a força motriz para a autonomia de atuação (fazer) da Enfermagem.

A atuação do enfermeiro compreende tarefas e relações que vão desde a interação com cada cliente até articulações mais complexas, com familiares e equipe de saúde, permeando diferentes faces do processo de cuidado, desde a admissão até a saída do cliente, seja pela alta hospitalar, seja pelo óbito.

O enfermeiro tem em sua atividade diária de observação e assistência ao cliente e sua família uma função importante de identificar os problemas, analisá-los e chegar a um diagnóstico de enfermagem, objetivando encontrar a melhor intervenção de enfermagem para atender aos sintomas das necessidades básicas não atendidas. (PIRES, 2002).

Na especificidade da área de cuidados paliativos os objetivos da assistência de enfermagem permeiam a promoção de conforto e de qualidade de vida através do controle dos sintomas e apoio às necessidades de ordem psicológica, social, espiritual e emocional dos clientes e familiares.

Nessa esfera, o enfermeiro exerce seu papel desenvolvendo ações práticas e gerenciais em maior consonância com toda a equipe de saúde, em especial porque é o profissional da equipe interdisciplinar que mais tem contato com o cliente e seus familiares. Apesar do cuidado não ser prerrogativa de uma única profissão, inegavelmente, é a enfermagem que tem mais oportunidade de cuidar, e assim, incorpora essa função como objeto intrínseco da sua prática. (SILVA; SILVA, 2013). Dessa forma, o enfermeiro e sua equipe conseguem cuidar e apoiar o cliente nas alterações físicas, emocionais, sociais e espirituais, identificando as suas necessidades e promovendo maior conforto.

Trata-se de uma abordagem de enfermagem generalizada em uma prática clinicamente especializada. Nesse espaço clínico, o enfermeiro deve ocupar seu espaço profissional junto à equipe multiprofissional, desenvolvendo as habilidades clínicas inerentes ao controle de sintomas, planejando uma assistência individualizada, na tentativa de promover maior qualidade de vida.

As habilidades dos enfermeiros deverão estar voltadas para a avaliação sistemática dos sinais e sintomas, para o auxílio da equipe multiprofissional no estabelecimento de prioridades para cada cliente, bem como para a sua própria equipe e para a instituição que abriga o atendimento designado como cuidados paliativos, na interação da dinâmica familiar e, especialmente, no reforço das orientações feitas pelos demais profissionais da equipe de saúde, de modo que os objetivos terapêuticos sejam alcançados (FIRMINO, 2009, p.217).

Prestar um cuidado qualificado e diferenciado é responsabilidade de todos os profissionais de saúde, cada um focando diferente ângulo, de acordo com sua formação e especialidade. No entanto, a enfermagem e, sobretudo, o enfermeiro, têm enorme potencial para otimizar esse cuidado. No plano técnico, o enfermeiro é um excelente avaliador dos sintomas físicos e não-físicos, pode ajudar muito a prevenir complicações indesejáveis, tem a arte do manejo das feridas e de saber como lidar com as limitações do cliente que vão surgindo a cada dia. Sua proximidade mais efetiva com o cliente e a família favorece a comunicação terapêutica, tão essencial na arte de cuidar.

Assim, ao prestar os cuidados paliativos, ele intrinsecamente presta o que se espera como cuidado de um profissional de Enfermagem, ou seja, os efeitos terapêuticos do cuidado. No entanto, apesar das discussões acerca do cuidado como objeto de estudo da enfermagem remontar do século XIX, há, ainda hoje, a dificuldade em reconhecer o que é o cuidado de enfermagem, a ponto de confundí-lo com as técnicas desenvolvidas junto ao cliente em prol da sua recuperação. (SILVA; SILVA, 2013).

O desenvolvimento das técnicas certamente pressupõe a existência do cuidado, no entanto, apesar da sua relevância, não são as técnicas em si que se pode considerar como tal. O cuidado caracteriza-se também como atitudes simples, muitas vezes, pouco valorizadas, tais como ouvir/escutar, tocar o cliente, apoiar/auxiliar na sua deambulação, ajudar o outro a alimentar-se, a tomar banho, a trocar uma fralda, a mudar de posição, a sentir-se seguro.

Oferecer cuidados paliativos em enfermagem é vivenciar e compartilhar momentos de amor e compaixão, aprendendo com os clientes que é possível morrer com dignidade; é proporcionar a certeza de não estarem sozinhos no momento da morte; é oferecer atenção humanizada, associados ao controle de dor e de outros sintomas; é ensinar ao cliente que uma

morte serena e digna é seu direito; é contribuir para que a sociedade compreenda que é possível desassociar a morte e o morrer do medo e da dor. (SILVA; ARAÚJO; FIRMINO, 2008, p.61).

CAPÍTULO III – MATERIAL E MÉTODOS

RASTREANDO para TOCAR

3.1 Natureza do estudo

Esta pesquisa é um estudo descritivo, com abordagem qualitativa.

A abordagem qualitativa, segundo Minayo (2008, p. 25), responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com 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.

A pesquisa qualitativa visa, prioritariamente, trabalhar com variáveis subjetivas, que revelam de alguma forma como o sujeito vivencia suas experiências de vida, seus sentimentos, opiniões sobre variadas situações. A pesquisa qualitativa não busca a generalização, ou seja, quando da análise dos dados coletados, ela terá por objetivo apenas “compreender um fenômeno em seu sentido mais intenso, em vez de produzir inferências que possam levar à constituição de leis gerais ou a extrapolações que permitam fazer previsões válidas sobre a realidade futura” (APPOLINÁRIO, 2006, p.159).

Já os estudos descritivos são aqueles que têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população, levantamento de suas opiniões, atitudes e crenças, através da identificação da existência de relações entre variáveis, com possibilidade de determinar a natureza destas relações (GIL, 2008).

Triviños (2000, p.110) diz que “os estudos descritivos exigem do investigador, para que a pesquisa tenha certo grau de validade científica, uma precisa delimitação de técnica, métodos, modelos e teorias que orientarão a coleta e interpretação de dados”.

O tipo de estudo descritivo com abordagem qualitativa foi adotado a partir da premissa de Polit, Beck e Hungler (2004) de que o conhecimento sobre os indivíduos e seus ambientes só é possível com a descrição de suas experiências e definidas por seus próprios atores.

3.2 Cenário do estudo

O cenário escolhido foi a unidade de internação adulto localizada no prédio 1 do Hospital Federal de Bonsucesso (HFB), denominado anteriormente Hospital Geral de Bonsucesso. Este foi inaugurado em 1948 e é o maior hospital da rede pública do Estado do Rio de Janeiro em volume geral de atendimentos, sendo categorizado como hospital federal com porta hospitalar de emergência e reconhecido como Centro Regional Terciário. (MS, 2010)

O HFB está situado no bairro de Bonsucesso, Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro, na Área Programática 3.1 (AP 3.1) do município do Rio de Janeiro e localiza-se na Avenida Brasil próximo à confluência desta com as Linhas Amarela e Vermelha, que são as principais vias expressas da cidade. Duas dessas vias comunicam a cidade diretamente com a Baixada Fluminense, fazendo com que o Hospital esteja mais próximo da população dessa região do que a maioria dos hospitais da cidade do Rio de Janeiro e mesmo de alguns outros municípios da Baixada. A AP 3.1, onde se localiza o Hospital, tem uma população de cerca de 886.551 habitantes, 14 % do total do município (IBGE 2010).

A missão do HFB é promover atenção integral à Saúde, oferecendo serviços de qualidade à população, com atendimento humanizado e multiprofissional, integrado ao SUS, participando da formação e desenvolvimento de recursos humanos. A Instituição estabeleceu como visão de futuro ser reconhecido nacional e internacionalmente pela excelência assistencial e organizacional, pela humanização do cuidado ao cliente, pela elevada capacidade técnica e valorização de seus profissionais, por ser um centro de ensino e pesquisa e pela garantia de acesso público e democrático aos seus serviços (MS, 2010).

O Hospital Federal de Bonsucesso oferece serviços terciários de referência para a região metropolitana e todo o estado do Rio de Janeiro, emergência e maternidade de nível III e modalidades extra-hospitalares de assistência.

A unidade de internação do Prédio 1 do HFB é composta pelos setores:

2º andar – Ortopedia/Cirurgia vascular.

3º andar – Clínica Médica A (feminina) e Endoscopia.

4º andar – Clínica Médica B (masculina), Urologia, Neurocirurgia, Clínica Cirúrgica A e Clínica Cirúrgica B.

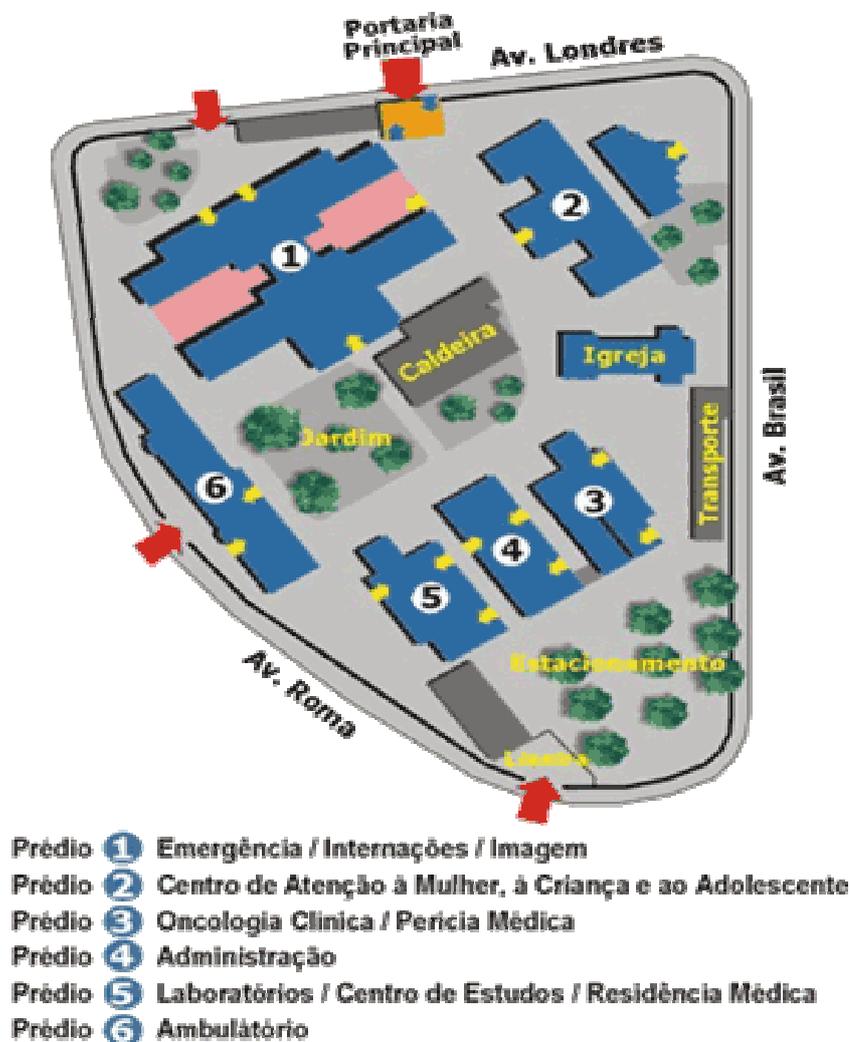
5º andar – Broncoesofagolaringologia, Curta Permanência.

O setor de endoscopia foi excluído do estudo por ser exclusivo para exames, ao mesmo modo, houve a exclusão do setor de curta permanência visto que interna apenas

clientes em pré e pós-operatórios de buco-maxilo e de cirurgia plástica, cujo tempo de internação é breve e o perfil de clientes não se enquadra na temática em estudo.

Há ainda no prédio 1 do HFB, os seguintes setores: CTI adulto, coronária, CTI da cirurgia cardíaca, transplante hepático e unidade de nefrologia, que embora estejam localizados no prédio 1 do HFB, não fazem parte da unidade de internação e possuem suas especificidades, como número diferenciado de funcionários e número reduzido de leitos, por isso, também não foram incluídos no estudo.

Figura 1: Planta física do Hospital Federal de Bonsucesso



Fonte: Ministério da Saúde, 2010.

3.3 Seleção de Participantes do Estudo

Os participantes deste estudo foram 30 enfermeiros diaristas e plantonistas que trabalham nas enfermarias da unidade de internação do Hospital Federal de Bonsucesso. Esses enfermeiros cumprem escala de 12h de trabalho por 60h de descanso para cobertura do dia e da noite, com exceção do diarista que se encontra de segunda a sexta-feira, de 7 às 13 horas. Assim sendo, há três plantões diurnos e três plantões noturnos em cada setor.

A seleção se deu considerando a disponibilidade e o interesse em participar do estudo. Para tanto, o único critério de inclusão foi o tempo de atuação do profissional na unidade de internação deste hospital de no mínimo três meses por acreditar que se trata de um prazo suficiente para conhecimento e assunção das normas e rotinas institucionais, e para terem vivenciado experiências na assistência a clientes em cuidados paliativos. Excluíram-se os enfermeiros que estavam de férias ou licença médica no período da coleta de dados.

3.4 Questões éticas da pesquisa

Atendendo ao disposto na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012, que dispõe sobre Pesquisa envolvendo Seres Humanos, o presente estudo foi remetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro e do Hospital Federal de Bonsucesso, sendo aprovado em 07 de junho de 2013 pelo parecer nº 296.569 e cadastrado sob o número CAAE: 12586513.6.0000.5285 (anexo A).

Também foram encaminhadas solicitações à divisão de enfermagem (anexo B) e a chefia de enfermagem da unidade de internação do HFB (anexo C) com o propósito de obter autorização para o desenvolvimento deste estudo.

Além disso, todos os participantes do estudo foram informados previamente quanto à pesquisa e autorizaram por escrito à utilização dos depoimentos, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice A).

Garantiu-se aos sujeitos do estudo o anonimato de suas identidades, a privacidade e o sigilo de suas informações, e para tal, eles foram identificados por pseudônimos.

3.5 Coleta de dados

Considerando a implicação que o pesquisador tem com o objeto de sua pesquisa e a necessidade de um controle de erros sistemáticos no processo de pesquisar, buscou-se a utilização do método cartográfico em todo o processo da coleta e análise dos dados.

O método cartográfico propõe a ideia de pistas para guiar o trabalho de pesquisa considerando que para acompanhar processos, a totalidade de procedimentos metodológicos não pode ser pré-determinada. As pistas são como referências que guiam o cartógrafo para manutenção de uma atitude de abertura ao que vai se produzindo, não impedindo os processos em curso (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009, p.12).

Há oito pistas do método cartográfico: pista 1, a cartografia como método de pesquisa intervenção; pista 2, o funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo; pista 3, cartografar é acompanhar processos; pista 4, movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia; pista 5, o coletivo de forças como plano de experiência cartográfica; pista 6, cartografia como dissolução do ponto de vista do observador; pista 7, cartografar é habitar um território existencial; pista 8, por uma política da narratividade. O processo do método cartográfico envolve idas e vindas entre os momentos metodológicos e seus passos, uma vez que é um método que acompanha processos em curso, permitindo ao pesquisador uma postura intuitiva.

A aplicação de todas as pistas não é obrigatória, podendo-se uma ou mais serem descartadas, uma vez que a “apresentação das pistas não corresponde a uma ordem hierárquica” (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009, p.14). A princípio, nesta pesquisa não havia a pretensão do descarte de quaisquer pistas, uma vez que inexistia um conhecimento prévio do que se encontraria na coleta de dados da realidade estudada. Todavia, optou-se por aplicar apenas a pista 2 por se tratar do funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo, favorecendo o controle da ação do pesquisador. Essa decisão de exclusão das demais pistas foi mais resoluta e efetiva ao fim da coleta e durante a preanálise dos dados.

A pista 2 relaciona-se ao funcionamento da atenção durante o trabalho de campo e é o momento da produção de dados da pesquisa. Para essa produção, deve-se seguir 2 (dois) pontos. O primeiro diz respeito à própria função da atenção para a detecção de signos e forças circulantes; ou seja: de pontas do processo em curso. É a detecção e apreensão de material. O segundo ponto, é que a atenção assume diferentes funcionamentos, como seletivo ou flutuante, focado ou desfocado, concentrado ou disperso, voluntário ou involuntário, em várias combinações, chamadas de políticas cognitivas, que determinarão as atitudes atencionais realista ou construtivista que refletirão na investigação (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009, p.32).

Segundo Kastrup (2007, p.18) são quatro as variedades de atenção do cartógrafo: o rastreio, o toque, o pouso e o reconhecimento atento.

O rastreio é um gesto de varredura do campo, visando a uma meta. O importante é a localização de pistas, de signos de processualidade, de acompanhamento de mudanças de posição, de velocidade, de aceleração, de ritmo. O princípio básico é a atenção aberta e sem foco, com uma fina sintonia com o problema. É uma atitude de concentração.

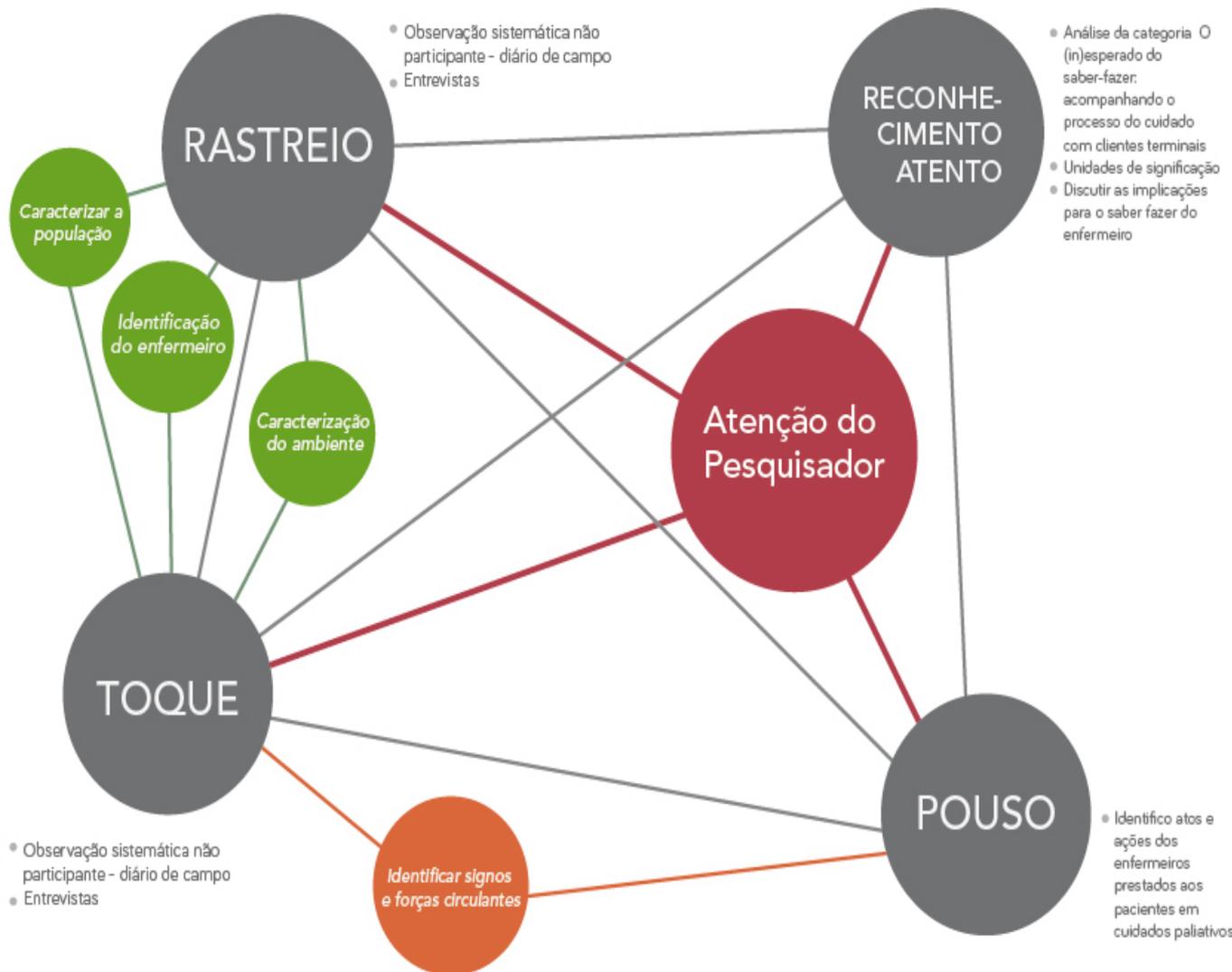
O toque, por sua vez, é a percepção háptica e é formada por movimentos de exploração do campo perceptivo tátil, para construir o conhecimento do objeto, considerando-se que a percepção háptica “é um bloco tátil-sinestésico que envolve uma construção a partir de fragmentos sequenciais. Ela mobiliza a atenção e requer uma ampla memória de trabalho para que, ao fim da exploração, haja uma síntese, cujo resultado é o conhecimento do objeto” (PASSOS; KASTRUP; ESCÓCIA, 2009, p. 41). O toque pode levar tempo para acontecer e pode ter diferentes graus de intensidade. Sua importância no desenvolvimento de uma pesquisa de campo revela que esta possui múltiplas entradas e não segue um caminho unidirecional para chegar a um fim determinado.

O gesto do pouso indica que “a percepção, seja ela visual, auditiva ou outra, realiza uma parada e o campo de fecho numa espécie de zoom. Forma-se um novo território, a atenção muda de escala” (*op.cit* p.43).

O reconhecimento atento é o quarto gesto ou variedade atencional. Kastrup (2007, p. 20) questiona “o que fazemos quando somos atraídos por algo que obriga o pouso da atenção e exige a reconfiguração do território de observação?” E afirma que se perguntamos “o que é isto?” saímos da suspensão e retornamos ao regime da reconhecimento. A atitude investigativa do cartógrafo seria mais adequadamente formulada como um “vamos ver o que está acontecendo”, pois o que está em jogo é acompanhar um processo e não representar um objeto. Reconhecer um objeto é saber servir-se dele. A percepção é lançada para imagens do passado, ao contrário do que ocorre no reconhecimento automático, em que ela é lançada para a ação futura.

Com base nessas quatro variedades, o processo de atenção do cartógrafo (pesquisador) deste estudo está sintetizado no esquema abaixo:

Figura 2 - O processo de atenção do pesquisador neste estudo



Fonte: CARREIRO; TONINI; DURANTE, 2013.

TOCANDO para PERCEBER

Cabe ressaltar que para a coleta de dados obteve-se autorização prévia da divisão de enfermagem e da chefia da unidade de internação do HFB para a entrada na instituição e acesso às escalas mensais dos enfermeiros, de modo que eles pudessem ser convidados para participação na pesquisa.

Os dados foram coletados nos meses de junho a agosto de 2013 por meio da observação sistemática não-participante conjugada à técnica de entrevista semiestruturada.

Para Minayo (1994, p.35), “a observação é uma forma de complementar a captação de realidade empírica”. Buscando a compreensão desta realidade, optou-se por utilizar a observação não-participante porque deixa transparecer para o observador e para o sujeito da pesquisa que a relação é meramente de campo.

Segundo Gil (2008, p.114), a observação sistemática tem como principal característica a predefinição de categorias a serem observadas e, ainda, para minimizar o efeito da presença do observador, uma vez que não é possível omitir a sua ação de observação, é imprescindível que o entrevistado não se sinta pressionado ou ameaçado. Para isso, o observador deve explicar e divulgar a pesquisa anteriormente, de forma a conquistar a cooperação dos observados.

A observação foi feita em alguns setores da unidade de internação selecionados para a pesquisa após o consentimento e agendamento prévio com os participantes. A escolha do setor estava intrínseca a presença de clientes em cuidados paliativos internados nele. A confirmação desta internação foi feita mediante o questionamento direto ao enfermeiro diarista e/ou ao enfermeiro plantonista. A opção por perguntar diretamente aos enfermeiros foi feita acreditando que a minha observação seria mais fidedigna se o profissional soubesse que havia em seu setor um cliente em cuidados paliativos.

Essa observação ocorreu nos plantões diurnos e noturnos totalizando 27h e as situações vivenciadas foram registradas em um roteiro de campo (apêndice B).

Com relação às entrevistas semiestruturadas, estas foram implementadas a partir de um instrumento previamente elaborado (apêndice C). Esse modelo de investigação envolve a participação e promove a interação entre o pesquisador e os depoentes, que “o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada” (Minayo 2008, p. 261).

LoBiondo-Wood e Haber (2001) classificam a entrevista semiestruturada como uma técnica de coleta de dados planejada para reunir perguntas abertas e fechadas que dirigirão o discurso dos depoentes a respeito de conhecimentos e atitudes.

Durante a aplicação do instrumento o informante tem a possibilidade de conversar sobre suas experiências, a partir da questão central exposta pelo entrevistador. A vantagem desta técnica é a utilização de perguntas espontâneas para valorização e direcionamento do discurso. As questões elaboradas se fundamentam no constructo teórico da investigação e as informações que o pesquisador recolheu sobre o fenômeno investigado. (Op. Cit, 2001).

Segundo Minayo (2008), esse procedimento não é apenas um momento de troca de informações, mas de interação entre os sujeitos, quando as informações produzidas pelo entrevistado podem ser afetadas pela natureza das suas relações com o entrevistador.

As entrevistas ocorreram de acordo com a disponibilidade e interesse de cada participante do estudo, em data e hora agendadas com o entrevistado, de forma privativa, na sala de estar ou na copa de enfermagem. Nenhuma entrevista foi realizada em local que expusesse publicamente os envolvidos.

A produção dos discursos foi registrada por meio da gravação da voz dos participantes em áudio para garantia da fidedignidade das informações e os depoimentos gravados foram transcritos, na íntegra, o mais breve possível após a entrevista para possibilitar ajustes que fossem necessários na forma de apresentar a pergunta aos depoentes subsequentes, a partir de o processo de preanálise dos conteúdos.

3.6 Análise dos dados coletados

Nesta fase, vislumbrou-se encontrar as respostas às questões norteadoras do estudo e o alcance dos objetivos do estudo a partir da análise dos dados.

Após a transcrição dos depoimentos, na íntegra, o conteúdo foi organizado e analisado, segundo a análise de conteúdo de Bardin (2008), compreendido como um conjunto de instrumentos metodológicos aplicados à pesquisa qualitativa, com o objetivo de compreender os discursos dos sujeitos.

A primeira fase é a preanálise: seu objetivo foi a organização das ideias iniciais, um período de intuições, onde o pesquisador se inteira com a fala do sujeito. Segundo Bardin (2008, p.95), a primeira fase serve para a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final.

Na segunda fase seguiu-se a exploração do material, considerada exaustiva, pois nesta fase foram exploradas as falas de cada sujeito, visando os objetivos deste estudo. Neste momento ocorreu a análise detalhada do material selecionado e da codificação dos dados com base nas unidades temáticas, possibilitando uma descrição das características pertinentes ao conteúdo.

Na terceira fase de tratamento e interpretação, realizamos o agrupamento dos dados em categorias temáticas, tornando como referência a similaridade semântica dos conteúdos proferidos nos discursos dos sujeitos. O processo de categorização consistiu na classificação

dos elementos segundo suas semelhanças e diferenciações, e o reagrupamento em função das características comuns. A análise permitiu a emergência da categoria intitulada: o (in) esperado do saber-fazer: acompanhando o processo do cuidado com clientes “terminais”, que será discutida no próximo capítulo “Discussão dos resultados”.

CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

TOCANDO para POUSAR

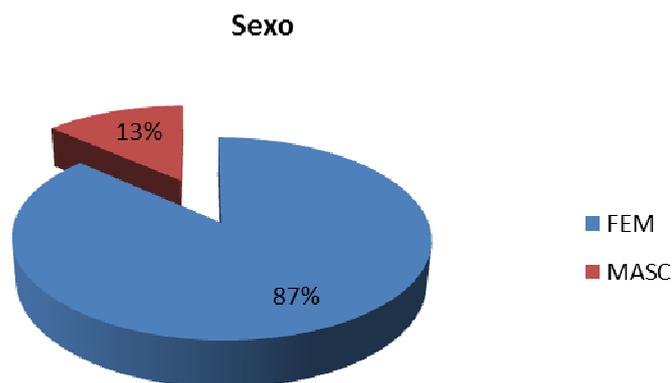
Este capítulo tem como finalidade apresentar os dados demográficos dos participantes do estudo, apresentar os temas que emergiram a partir dos depoimentos obtidos nas entrevistas e na observação não participante, bem como a interpretação destes.

4.1 Discussão dos dados demográficos

Esses dados demográficos foram produzidos a partir das perguntas para caracterização dos participantes do instrumento de entrevista (apêndice C). Apresentá-los nesse capítulo foi uma escolha na tentativa de oferecer uma leitura contínua desde a organização da análise até a categorização.

Conforme demonstrado no gráfico 1, dos enfermeiros entrevistados, 87% (26) eram do sexo feminino e 13% (4) do sexo masculino, como mostra o gráfico 1.

Gráfico 1 - Distribuição dos participantes por sexo

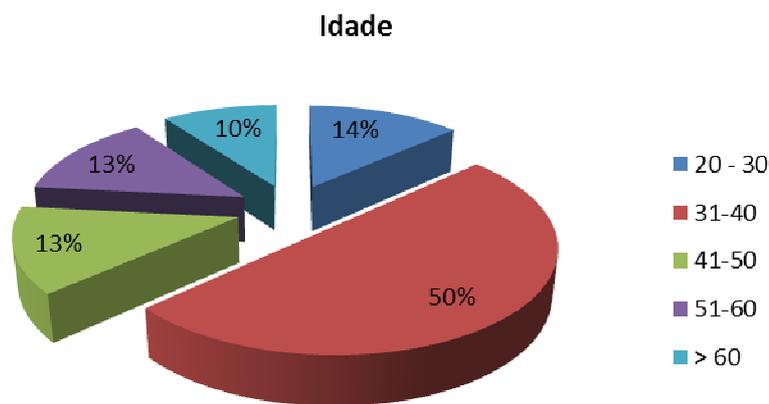


Esses dados confirmam a afirmação de Figueiredo (2001) que considera a enfermagem uma profissão majoritariamente feminina e que o território criado por Florence Nightingale possibilitou a abertura de um espaço social e epistemológico amplo para desenvolver cuidados, contemplando as habilidades femininas e a incorporação de muitos valores morais e sociais na própria formação dos enfermeiros modernos.

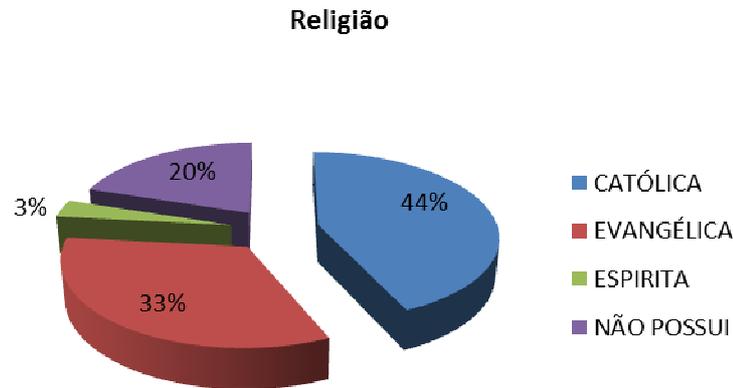
A predominância do sexo feminino entre os participantes é corroborada, também, por Padilha, Vaghetti e Brodersen (2006), que a enfermagem é uma profissão predominantemente feminina; visto ter havido ao longo do tempo, um elo entre os papéis e ações femininas com o gênero e a enfermagem.

Estes dados refletem a proporções observadas no Brasil, segundo o relatório Empregabilidade e Trabalho dos Enfermeiros no Brasil, da Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ, 2006). O documento, que traz uma análise da tendência nacional do mercado de trabalho de enfermeiros, no universo pesquisado 88,9% dos enfermeiros era do gênero feminino. Apesar do aumento da procura de do curso de enfermagem pelo sexo masculino a profissão de enfermeiro ainda é predominantemente feminina.

Gráfico 2 - Distribuição dos participantes por idade.



A faixa etária dos sujeitos do estudo variou de 28 a 69 anos, sendo que metade dos entrevistados (15) possuía idade entre 31 a 40 anos. Esses dados apontam para uma equipe de enfermagem relativamente jovem, indo de encontro aos achados de Carvalho; Lima (2001) e Matsuda; Évora (2003), quando detectaram que a maioria dos profissionais de enfermagem encontra-se na faixa etária mais produtiva de suas vidas.

Gráfico 3 - Distribuição dos participantes por religião

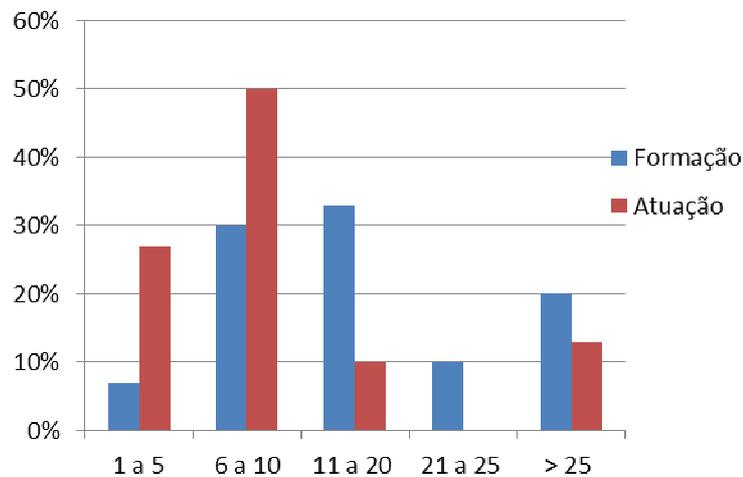
Com relação à religião, 44% (13) declararam ser católicos, 33% (10) evangélicos, 20% (6) afirmaram não possuir nenhum tipo de religião e 3% (1) espíritas.

No Brasil, há uma diversidade de credos e ou pluralidade de crenças, entretanto a predominância ainda é da religião católica (64,6 %), seguida pelas igrejas evangélicas (22,2%), em terceiro lugar os que relatam não possuir religião (8 %) em quarto lugar a espírita (2,0%), o que coincide com os dados obtidos nesse estudo. O recenseamento de 2010 quanto à distribuição da população, segundo a religião ou crença, indica que houve uma diminuição dos católicos e um crescimento da religião evangélica em número de adeptos nas últimas décadas. Outro dado revelado é o aumento do percentual de espíritas e das pessoas que declaram não possuir religião. (IBGE, 2010).

Os profissionais de enfermagem cuidam de pessoas que professam uma gama variada de religiões e, por esse motivo, devem estar atentos para a maneira de como a espiritualidade é expressa, visando à ação do cuidado na dimensão espiritual. Procurar distinguir as características pessoais de cada pessoa contribuirá para a personalização do cuidado e também para a construção das competências e habilidades indispensáveis para a excelência buscada na prática profissional.

Gráfico 4 - Distribuição dos participantes por tempo de formação e atuação no hospital geral.

Tempo de formação e atuação no hospital



Observamos que a 63% dos entrevistados (19) possuíam mais de 10 anos de formação. Este percentual poderá ostentar um crescimento importante nos próximos anos em virtude do aumento esperado de egressos de graduação de enfermagem, que vem evoluindo de forma expressiva a partir de 2001 (VARELLA, 2006).

Com relação ao tempo de atuação, 73% (22) dos participantes trabalhavam há mais de 5 anos no hospital geral, cenário do estudo, sendo que 50% (15) destes atuavam neste hospital na faixa de 6 a 10 anos.

Gráfico 5 - Distribuição dos participantes por turno de trabalho



A maior parte dos participantes (67%) trabalhavam como plantonistas diurnos (20), 27% (8) eram plantonistas noturnos e 6% (2) diaristas.

Gráfico 6 - Participantes que possuíam algum tipo de especialização em Cuidados Paliativos



Conforme demonstrado no gráfico 7, dos participantes do estudo, 90% (27) não possuíam especialização ou nenhum tipo de curso em cuidados paliativos. Apenas 13% (3) referiram já ter feito algum tipo curso relacionado com a área, sendo que em todos os casos os cursos possuíam carga horária inferior a 10 horas e tratavam do tema ‘Comunicação de más notícias’. Não encontramos nenhum enfermeiro com especialização ou curso de atualização/aperfeiçoamento em Cuidados Paliativos, o que era de se esperar, afinal, a pouca abordagem desse tema na graduação em enfermagem não ajuda a despertar o interesse por esse conteúdo.

O cuidar, no contexto da assistência paliativa, envolve terminalidade/morte; um momento difícil e pouco comentado na educação profissional. No Brasil, o fato de não ser abordado os cuidados paliativos, a morte e o morrer como disciplina no Curso de Graduação em Enfermagem faz com que o enfermeiro não obtenha conhecimentos que lhe permitam assistir o cliente em um momento importante da vida, o morre com a qualidade necessária (DIAMANTE, 2007).

4.2 A categoria: o (in) esperado do saber-fazer: acompanhando o processo do cuidado com clientes “terminais”.

POUSANDO para COMPREENDER

Diante do objetivo de identificar atos e ações dos enfermeiros prestados aos clientes em cuidados paliativos internados em um hospital geral e de acordo com os depoimentos dos enfermeiros, emergiu a categoria: **o (in) esperado do saber-fazer: acompanhando o processo do cuidado com clientes “terminais”.**

Essa categoria trata dos atos e ações inerentes ao saber e ao fazer dos enfermeiros, cuja base está fundamentada nas três áreas da enfermagem: Enfermagem Fundamental, Enfermagem Assistencial (ou Clínica) e Metodologia da Enfermagem.

Carvalho (2013, p. 182) afirma que a Enfermagem Fundamental surge como área apropriada aos estudos de temas teóricos e práticos e às pesquisas endereçadas, principalmente, à produção de dissertações e teses. Contempla os elementos considerados básicos às ações profissionais de ajudar e assistir às pessoas e aos grupos humanos, nas situações mais gerais que interessam à saúde e à enfermidade.

O conceito de Enfermagem Fundamental está ligado à noção de conhecimentos mais gerais, que convêm a todas as categorizações que a Enfermagem possa assumir. Esses conhecimentos gerais e os princípios básicos constituem, segundo Carvalho (2013, p.188), “a primazia do instrumental essencial da arte de enfermeira que nos foi ensinado desde a transposição do Sistema Nightingale para o Brasil” e implantando por Ethel Parsons, “enfermeira norte-americana, chefe /superintendente da Missão Técnica de Cooperação para o Desenvolvimento da Enfermagem no Brasil – 1922/1931” (Idem, 2006).

Ainda segundo essa autora, a Enfermagem Assistencial compreende um conjunto de disciplinas ministradas para assegurar o ensino, a pesquisa e a prática de assistir as pessoas. Como o anterior, esse conceito tem suas raízes na proposta de Enfermagem Moderna de Florence Nightingale, a qual descreve os princípios básicos ou os fundamentos da profissão, o que se deve fazer para ensinar e prestar cuidados de enfermagem aos clientes nos cenários hospitalares. Esses são espaços em que, indubitavelmente, os clientes são mais vulneráveis aos danos e riscos de erros e negligência de profissionais, exigindo o conhecimento específico relacionado aos desvios de saúde para a tomada de decisão clínica.

Pensar em Enfermagem Assistencial é pensar em uma prática de cuidar entendida como arte e ciência desenvolvida através de uma teia complexa e diversificada de cuidados,

serviços e produtos que as enfermeiras e sua equipe ofertam aos clientes. Ademais, envolve níveis de complexidade apresentados pelos clientes, graduado em bem-estar a mal-estar (saúde-doença) (FIGUEIREDO, 2002, p. 179).

A Metodologia da Enfermagem envolve as disciplinas relativas a conceitos e práticas de educação e liderança, de gerência e administração, de supervisão e formação de recursos humanos, e de regulamentação de atividades no interesse do exercício da profissão, incluída a pesquisa (CARVALHO, 2013, p.182).

A categoria deste estudo constituiu-se de duas subcategorias: **o Esperado no Saber-Fazer dos Enfermeiros** e **o Inesperado no Saber-Fazer dos Enfermeiros**, apresentadas no quadro 2.

Quadro 2 – Saber-fazer da Enfermagem constituído por atos e ações dos enfermeiros.

<u>Código da UR</u>	<u>Unidade de Significação</u>		<u>Total</u>
A	ESPERADO SABER-FAZER	Promover conforto (conforto físico)	150
B		Cuidados de enfermagem: cuidar de forma generalizada, cuidar na morte e cuidar sem expectativa	82
D		Melhorar os recursos estruturais e humanos	26
E		Apoiar/orientar a família	23
F		Atender as necessidades básicas	19
G		Flexibilizar regras institucionais	9
H		Evitar procedimentos invasivos	8
I		INESPERADO SABER-FAZER	Terminalidade
J	Treinamento e capacitação		35
L	Melhorar a comunicação: entre diferentes categorias e entre as equipas de enfermagem		31
M	Reservar um setor e uma equipa especializada em Cuidados Paliativos		24
N	Desenvolvimento de protocolos		13
O	Humanização do cuidado		8

A primeira subcategoria – **O Esperado no Saber-Fazer dos Enfermeiros** – trata dos atos e ações de enfermagem que devem ser implementados por enfermeiros que atuam nas unidades de internação de um hospital geral. Representa o saber-fazer apoiado em um “conjunto de proposições e de ideias mais gerais e mais simples” de onde se deriva a totalidade dos conhecimentos da Enfermagem, que Carvalho (2006, p. 201) denomina de “saber-fazer fundamental”.

Para essa autora, os conhecimentos gerais de enfermagem são de interesse às distintas áreas de enfermagem (Médico-Cirúrgica, Materno-Infantil, Saúde-Pública, etc.) e têm equivalência à nomenclatura “Enfermagem Geral”, a exemplo da adotada por outras ciências (Biologia geral, Clínica Geral, entre outras). Os conhecimentos mais simples guardam sua originalidade singela, em que novos elementos não foram acrescentados, mantendo-se sua exclusiva acepção dada.

Explica-se, assim, a emergência das unidades de significação caracterizadas, com forte prevalência, por “Promover conforto” (n=150) e “Cuidados de enfermagem” (n=82) no discurso dos depoentes, seguidos por “Melhorar os recursos estruturais e humanos”, “Apoiar/orientar a família” e “Atender as necessidades básicas”, “Flexibilizar regras institucionais” e “Evitar procedimentos invasivos”.

À análise acurada, identifica-se que essas unidades de significação estão relacionadas, em si e por si, ao saber-fazer esperados como competências e habilidades de enfermeiros generalistas, cuja base é da área de Enfermagem Fundamental ou Enfermagem Geral, tão bem considerada acima por Carvalho (2006).

A segunda subcategoria – **O Inesperado no Saber-Fazer dos Enfermeiros** – aborda os aspectos de dificuldade desses enfermeiros para inter-relacionar os distintos saberes inerentes às três áreas de Enfermagem (Fundamental, Assistencial e Metodologia) e aplicá-los nas situações-problema de diferentes níveis de complexidade demandadas pelos clientes em cuidados paliativos internados no hospital estudado.

As unidades de significação mais prevalentes foram “Terminalidade” (n=53), “Treinamento e capacitação” (n=35), “Melhorar a comunicação entre diferentes categorias e entre as equipes de enfermagem” (n=31), seguidos de “Reservar um setor e uma equipe especializada em Cuidados Paliativos”, “Desenvolvimento de protocolos” e “Humanização do cuidado”.

Para melhor apreciação e compreensão da análise dos conteúdos, apresenta-se, a seguir, a discussão das duas subcategorias, separadamente, em subcapítulos.

4.2.1 O esperado no saber-fazer dos enfermeiros

A formação profissional do enfermeiro busca focalizar o ensino e a aprendizagem baseados na aquisição de competências e habilidades por meio de aplicação de princípios científicos nos atos e ações de enfermagem ou na implementação de processos de enfermagem em situações que envolvam os cuidados de clientes, famílias ou comunidade. (CARVALHO, 2006, p.142).

Essas competências e habilidades definem o perfil do enfermeiro e refletem a qualidade do cuidado prestado à clientela da enfermagem. Demonstra, portanto, a capacidade do enfermeiro para o exercício profissional de forma consciente, ética e científica, com efetivo domínio para atuar como enfermeiro e líder no processo da assistência à saúde para identificação dos diagnósticos de enfermagem, elaboração de planos de cuidados de enfermagem e avaliação da qualidade dos cuidados prestados.

Nesse sentido, Carvalho (2006, p.142) alerta que o arcabouço teórico-prático dos princípios da arte de enfermagem e dos componentes básicos dos cuidados está sintetizado nas necessidades fundamentais dos seres humanos e a preocupação em atendê-las são defendidas por Virginia Henderson em seu livro “Princípios Básicos sobre Cuidados de Enfermagem”.

Portanto, espera-se que o saber-fazer dos enfermeiros seja o fulcro e o assentamento quando se pretende ou se exige a prestação de cuidados aos clientes e a promoção de conforto, inclusive daqueles em condição, conceituada pela OMS, como cuidado paliativo.

Preocupar-se com o conforto como aspecto do cuidado de enfermagem é um princípio nightingaleano, entendido por Florence (1989) como responsabilidade precípua da enfermeira no que concerne ao processo de restauração da saúde. A abordagem de conforto é enfatizada nas ações dirigidas à higiene, ao ambiente, à posição do cliente no leito, à manutenção da integridade corporal, sono e repouso, entre outros.

Kolcaba (2003, p.14) é uma teórica do conforto e o conceitua como “a experiência imediata de ser fortalecido por ter as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência satisfeitas em quatro contextos (físico, psicoespiritual, social e ambiental)”. Amplia-se então, para um enfoque além de controle de dor e sintomas físicos.

Outros estudos têm sido desenvolvidos em busca de atribuir predicativos ou de se compreender as implicações do conforto nos cuidados de enfermagem. Cabe destaque para a tese de doutorado de Silva C.R.L (2008, p.164) que, ao estudar um conceito para conforto, afirmou que “é um estado de relaxamento experimentado no corpo seguido de bem-estar

físico, psicoespiritual e social – em razão do cuidado de enfermagem e da satisfação das necessidades sentidas pelo cliente, podendo resultar em qualidade de vida”

A promoção de conforto se apresentou como uma questão fundamental para os depoentes, mas sob uma visão um pouco míope em sua denotação, cujo significado está relacionado somente ao que é físico ou técnico-instrumental, desconsiderando os seus fatores psicológicos, sociais, espirituais e culturais.

Os recortes dos depoimentos abaixo explicitam a relação de conforto com necessidades fisiológicas e controle de dor:

Como enfermeiro eu tento oferecer conforto a esse paciente em cuidado paliativo, esse paciente necessita de cuidados de higiene, de alimentação, pode precisar de uma sonda nasoentérica, de soroterapia, medicação para aliviar a dor... (E14)

Eu procuro fornecer o máximo de conforto possível, atendendo as necessidades básicas do paciente, por exemplo, se ele estiver com dispneia eu solicito avaliação médica, forneço oxigênio, procuro orientar os técnicos para fazer a medicação de dor no horário certo... (E4)

Aqui a gente trabalha mais com o conforto do paciente... Conforto é tudo aquilo que é feito para melhorar a sobrevivência e aliviar a dor. (E03)

(...) cuidado paliativo é fornecer conforto em termos de dor, em termos de padrão respiratório... (E15)

Para Silva C.R.L (2008, p.172) o conforto está contido no ambiente (objetivo e subjetivo), no corpo (de quem cuida e é cuidado) e no cuidado de enfermagem como facilitador e/ou agente efetor do “bem-estar”. Promover conforto vai muito além de atender as necessidades físicas do cliente, envolve uma abordagem situacional, independente da complexidade do cliente.

Em relação aos cuidados especiais com o cliente terminal, Bernardo (2000) defende a promoção do conforto, por meio do controle dos sintomas, atenção na alimentação, higiene do corpo, conforme as condições e necessidades do cliente e manutenção do bem-estar; ambiente agradável, aliado ao conforto espiritual, ao estímulo e à presença dos familiares junto ao cliente e demonstração de carinho, preocupação e compaixão por parte dos profissionais (BERNARDO, 2000 apud RODRIGUES, 2004, p. 83).

Esses aspectos subjetivos do ambiente e do cliente que os enfermeiros cuidam surgem, timidamente, nos depoimentos de poucos enfermeiros quando se manifestam sobre o conforto, como exemplos abaixo relacionados ao conforto psicológico/emocional:

É preciso estar presente, ouvir o paciente para que ele possa se sentir acolhido. Dessa forma, nossa atuação vai gerar bem-estar e conforto, conforto físico e emocional. (E10)

Eu tento prestar e propor ao paciente esses cuidados básicos que ele precisa: de higiene, conforto, apoio emocional, alimentação, alívio de dor, dentro do que é proposto para paciente que está nessas condições aí. (E18)

A subjetividade permite um processo de formação e desinformação de figuras ou imagens nos corpos-maquínicos dos profissionais e dos clientes, possibilitando ver o que está dentro e fora deles. Por se um tecido móvel de forças e fluxos, a pele que os cobrem passa a ter uma densidade ilusória ao comportar a subjetividade. (ROLNIK, 1995)

Silva C.R.L (2008, p.75) considera que, no ato de cuidar em enfermagem, é preciso remeter essas considerações subjetivas do corpo que é cuidado, endereçando ações para além das manifestações físicas e de caráter biológico.

Pensar em promover conforto emocional e social aos clientes envolve também o cuidado com família, que exerce papel fundamental para almejar esse conforto. Afinal, é nela que, frequentemente, o indivíduo procura ajuda para enfrentar as dificuldades que surgem ao longo da vida e da doença.

Quando uma pessoa tem uma doença que ameaça sua vida muitas mudanças ocorrem. Essas mudanças são mais do que físicas devido à doença e seus sintomas, abarcam as sociais, psicológicas e espirituais tanto na pessoa doente como em todos os membros da família. Todos sentirão algum grau de impacto advindo da doença.

Contudo, é possível observar que em poucos depoimentos há a menção à família, há pouca preocupação em apoiar/orientar, em aproximá-la do cliente e em cuidar deste binômio: cliente-família.

A gente tenta aqui na clinica fazer o melhor, o melhor para o paciente e para a família. Nessa hora, a família quer ficar perto e eu como enfermeira líder sempre libero a família para acompanhar, a família tem livre acesso. Eu acho importante a participação dos familiares e com isso eu noto que o doente fica mais calmo, mais tranquilo e faz uma partida serena. (E14)

Nós devemos estar sempre trazendo a família para perto desse paciente em cuidado paliativo. Eu sempre deixo a família estar presente, ainda mais se a gente não sabe o momento que vai acontecer o óbito, então eu procuro ter essa relação bem próxima com a família e com o paciente para que ele possa se sentir seguro. (E02)

A presença de doença na família provoca ruptura com a vida anterior e ajustamento a uma nova realidade social/emocional/espiritual; implica em um processo de reorganização em sua estrutura, nos papéis e nas relações afetivas. As alterações de cada família relacionadas com a doença de seu ente querido dependem do papel social dele, idade, sexo e da própria estrutura familiar. Em seu conjunto, essas variáveis influenciarão todo o processo de

ajustamento, a sua dinâmica e a percepção que cada um dos intervenientes tem sobre os acontecimentos (ALMEIDA, 2012).

Cuidar envolve longos períodos de tempo prestados ao cliente provocando desgaste físico e psicológico. As doenças ditas “terminais” geram repetidas hospitalizações e tratamentos, ocasionam alterações na vida do doente e suas famílias que, perante a ineficácia do tratamento curativo, confrontam-se com o decurso natural da doença e da fase paliativa. Sabe-se, contudo, que a participação dos familiares na prestação de cuidados de conforto aos seus doentes é fundamental, pois lhes permite manter o domínio da situação quando impotentes perante o doente e doença. Para que a família desempenhe o seu papel de cuidador tem que ser apoiada na prestação de cuidados e informada acerca das mudanças que ocorrem. (ALMEIDA, 2012).

Dessa forma, a comunicação entre os profissionais de saúde e as famílias é imprescindível. Os enfermeiros exercem papel fundamental na orientação e treinamento desses cuidadores/familiares, devendo estimular e permitir a participação direta da família nos cuidados com o seu ente familiar. Para Fitch (2006), como seres humanos, todos têm necessidades físicas, psicológicas, sociais, emocionais, espirituais, práticas e de informações.

Partindo da premissa de que o homem é motivado pelo desejo de satisfazer muitas necessidades, Maslow (1954) estruturou sua Teoria da Motivação Humana sob uma hierarquia das necessidades humanas básicas (NHB). Esta teoria parte do princípio de que todo ser humano tem necessidades comuns motivadoras de comportamento no sentido de satisfazê-las, segundo cinco diferentes níveis, a saber:

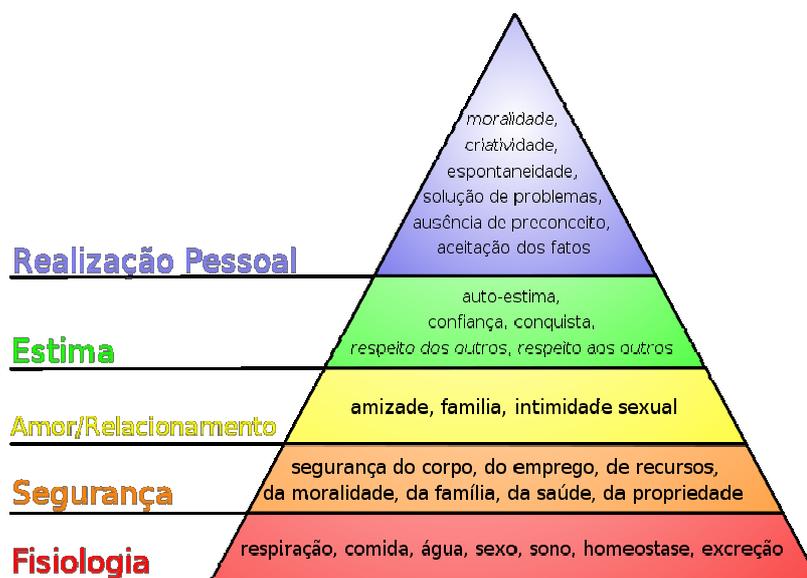


Figura 02: Pirâmide das Necessidades Humanas Básicas

No Brasil, na década de 60, a enfermeira Wanda de Aguiar Horta, estimulada por ideias de Maslow, defendeu sua própria teoria, denominada de Teoria das Necessidades Humanas Básicas (HORTA, 1979). Surgiu, então, uma nova percepção acerca da enfermagem, com a proposta de refletir a assistência prestada e difundir a preocupação com o significado do papel da enfermagem. (VIEIRA, et al. p.53)

Com vasta experiência profissional, repleta de observações, aprendizados, estudos e reflexões, Wanda Horta voltou-se em sua teoria à natureza da enfermagem; definiu o seu campo de ação específica e sua metodologia científica. Elaborou conceitos importantes para a profissão como o de enfermagem ciência e arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente para cuidar de si, quando possível, pelo ensino do autocuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais (VIEIRA et al. p.53)

Segundo Horta (1979, p.39) as necessidades humanas básicas são necessidades comuns a qualquer ser humano, portanto, são universais. O que varia de um indivíduo para outro é a sua manifestação e a adequada maneira de satisfazê-las.

Horta faz um relacionamento entre as necessidades humanas básicas e os conceitos de ser humano e ambiente, em que na interação com o universo dinâmico, o ser humano vivencia estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço. Os desequilíbrios geram necessidades que se caracterizam por estados de tensão conscientes e inconscientes, levando o ser humano a buscar a satisfação de tais necessidades para manter seu equilíbrio. Assim, as necessidades básicas precisam ser atendidas, porém, quando o conhecimento do ser humano a respeito de suas necessidades é limitado pelo seu próprio saber, faz-se necessário o auxílio de pessoas habilitadas para atendê-las. Parece que a maioria dos enfermeiros deste estudo necessita resgatar esses conceitos na aplicação em seu campo prático, de modo a avançar o primeiro degrau da pirâmide de Maslow onde se localiza apenas as necessidades fisiológicas consideradas como: respiração, comida, água, sexo, sono, homeostase e excreção.

Abdellah (1960) também já apontava que a assistência de enfermagem deve considerar o cliente como um todo, inclusive suas necessidades físicas, sociais, psicológicas e espirituais, e da sua família. A autora propõe a Teoria Centrada nos Problemas, enfocando os “21 problemas de enfermagem” relacionados às necessidades do cliente e, conseqüentemente, à ação de enfermagem. Verifica-se nessa concepção uma preocupação mais ampla com o indivíduo, esclarecendo a função do profissional quanto ao cuidado ao corpo doente, à atenção à pessoa em todas as suas dimensões de vida, contribuindo para que as intervenções sejam elaboradas para o cliente como sujeito de si e por si e não apenas para a doença.

Quando questionados sobre os cuidados de enfermagem prestados aos clientes em cuidados paliativos, os enfermeiros participantes do estudo referem à busca em atender as necessidades humanas básicas do cliente como forma de promoção do conforto. Todavia, há uma grande prevalência de um discurso fisiológico, vendo o corpo do cliente como a máquina e suas engrenagens que necessitam apenas de uma instalação (cateter, monitor, equipamentos, leito) ou de um fluido no sentido da relação hidrostática entre líquidos e gases para a circulação, respiração ou analgesias corpóreas.

Essa prevalência se mostra nas descrições dos enfermeiros sobre as necessidades básicas atendidas em relação às necessidades fisiológicas priorizadas, como o controle da dor, os cuidados de higiene e com a alimentação, com destaque à preocupação com o conforto físico.

Eu tento prestar e propor as necessidades humanas básicas, os cuidados básicos que o paciente precisa: cuidados de higiene, conforto, alimentação e alívio de dor. Tudo aquilo que leva ao conforto mínimo do paciente que não tem mais cura. (E18)

Eu cuido da mesma forma (...) trocando fralda, mudando de decúbito, vendo a medicação, vendo a temperatura. (E14)

O controle da dor foi um dos principais cuidados aos clientes em cuidados paliativos citados pelos enfermeiros, demonstrando sua preocupação com este sintoma. Desde os primórdios da civilização, a dor foi e continua sendo uma das maiores preocupações da humanidade.

Eu procuro pedir aos técnicos para fazerem a medicação analgésica corretamente, porque mesmo se o paciente não está no auge da dor, a dor vai acontecer e ele pode sentir e não falar nada para ninguém, então eu sempre enfatizo que se tem aquela dosagem regular, tem que ser feita. (E12)

Eu tenho muito cuidado para os técnicos não deixarem de fazer os horários da medicação, me preocupo se tem a medicação no setor para fazer no horário certinho, para o paciente não ficar sentido dor. (E4)

Em 2000, a Joint Commission Accreditation on health Care Organization (JCAHO) e a Sociedade Americana de Dor (SAD) descreveram a dor como 5º sinal vital. Isso sugere que a avaliação da dor deve ser feita monitorada tal como os outros sinais vitais (PEDROSO; CELICH, 2006).

A Associação Internacional para o estudo da Dor defende a seguinte definição:

Dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma real ou potencial lesão do tecido ou descrita em termos desta lesão (...) a dor é sempre subjetiva (...) esta definição evita ligar a dor ao estímulo (WALL, 2007, p.54).

Essa definição faz entender que apesar da dor ser considerada sentido físico ligado à lesão corporal, o emocional tem influência decisiva na forma como ela se apresenta. Não se pode mais pensar em corpo separado da mente, mas encará-lo como um sistema integrado. Os indivíduos são singulares e respondem aos estímulos e tratamentos de forma diferente.

Não é raro se deparar na assistência com um cliente que possui uma dor que não responde ao tratamento farmacológico, ainda que dentro dos padrões considerados de excelência.

Tratar um indivíduo requer também considerações biológicas, psicológicas, familiares, sociais e emocionais. Em suma, aquelas que estão nas relações estabelecidas entre os sistemas: cliente e seu universo. Não basta tratar a dor, mas do sujeito em sua totalidade.

Essa forma de tratamento da dor é uma questão já tratada há bastante tempo pelas enfermeiras. Na década de 1960, Cicely Saunders desenvolveu o conceito de “Dor Total”, permitindo compreender a dor até então considerada intratável. Esse conceito compreende a dor como multidimensional, percebendo-a para além de o domínio e controle farmacológico da medicina. Assim, interpreta esse fenômeno doloroso também relacionado às dimensões emocionais, sociais e espirituais que influenciam na gênese e na expressão da queixa de dor.

O modo de pensar “não há nada mais que pode ser feito” converteu-se em um novo olhar onde “precisa-se pensar em novas possibilidades de fazer tudo”. Assim, permitindo um repensar acerca do poder disciplinar do modelo biomédico hegemônico. A partir do conceito de dor total é possível se ver uma ordenação múltipla da dor, tão complexo a ponto de ser capaz de ultrapassar o corpo-objeto (CLARK, 1999 *apud* ARAÚJO, 2013, p.67). Clientes que já se encontram em estágio avançado da doença, carregam em si um sofrimento que ultrapassa a dor física, sentem a dor da perda, do sofrimento, do isolamento, mas, sobretudo, a dor da morte.

É fundamental que o enfermeiro entenda o ser humano como um todo: corpo, mente e espírito. Quando o corpo ou a mente sofre, a pessoa é afetada em sua totalidade. Não se deve, portanto, focar apenas as partes que a incomodam; ela precisa ser valorizada nos seus aspectos sociais, emocionais, para que o seu processo de atendimento torne-se individualizado e humanizado.

A ênfase na atenção as necessidades fisiológicas corrobora com a preocupação dos enfermeiros em promover conforto físico, o que nos faz pensar que os cuidados de enfermagem estão cada vez mais voltados para o cuidado exclusivo do físico, por meio da execução de técnicas instrumentais/procedimentos.

Observa-se um cuidado de enfermagem generalizado, carente de reflexão e pautado no saber médico. Há despreocupação em relacionar os saberes de enfermagem e aplicá-los na prática, de acordo com a necessidade individual do cliente.

O cuidado aqui é generalizado. Aqui no setor quando têm esses pacientes, você acaba fazendo um cuidado generalizado, você não tem essa diferenciação, você não consegue ter a interação realmente da família no cuidado (...). E 09

O cuidado que enfermagem que nós procuramos oferecer é o mesmo para todos, independente do diagnóstico e do prognóstico da doença. E 11

(...) então o cuidado acaba sendo o mesmo para todo mundo, sem especificidade, o que faz para um faz para o outro. E 16

Aqui se instala a preocupação com esse discurso dos enfermeiros deste estudo, cujo saber-fazer é dialético e antagônico no que se espera e no que não se espera que saibam e fazem ao cuidar de clientes em situações as quais requerem cuidados paliativos. Trata-se de um poder fazer precário porque está pautado em um saber e um fazer sob uma única dimensão – a fisiológica ou biomédica do corpo partido, do corpo objetivado apenas no físico, com descarte ao corpo subjetivo, ao ambiente, ao gregário, ao social, ao emocional e ao desejo.

Queluci (2009, p.20) ressalta que clientes com o mesmo prognóstico ou diagnóstico médico manifestam aspectos distintos, caracterizando cada caso como uma “situação-problema” particular, singularizada, que poderá estar relacionada a quaisquer fatores, seja de ordem pessoal, emocional, institucional, ambiental, entre outros.

Carvalho (2006, p.171) descreve as características das situações-problemas da seguinte forma:

“(...) As situações comportam componentes como a totalidade, as coisas ou fatos, o lugar, a duração, e os personagens. Mas cada situação é única, embora as situações de enfermagem possam assemelhar-se entre si. Isto permite que se aprenda com os dados da experiência concreta. As dificuldades na abordagem situacional surgem em razão de fatores ligados à ambiência social, ao índice crescente de transformações, às novidades e transitoriedade das coisas, às implicações psicológicas relativas aos erros de percepção, às dificuldades de adaptação, à incapacidade de fazer escolhas, e talvez a uma certa falta de coragem para assumir os riscos e os desafios de nosso tempo”.

Corroborando com a autora, não há como pensar em um cuidado de enfermagem generalizado, um cuidado igual para todos os clientes, como foi observado nas falas dos depoentes.

Ao longo do tempo, a Enfermagem se tornou, assumidamente, uma pequena organização dentro das instituições hospitalares. Agora, as enfermeiras buscam ampliar esta microorganização em relação ao seu fazer e saber, por meio das sociedades específicas

conforme as áreas de conhecimento das ciências biomédicas. Infelizmente, esse saber está sendo construído descolado dos conteúdos das ciências humanas. Essa falha, seguramente, dificulta a reflexão sobre atos de cuidar capazes de proporcionar uma prática autônoma e descentralizada do ato médico, em especial da prescrição médica. (TONINI, 2006, p.20)

Para Silva, E.P (2008, p.20), o modelo biomédico tão largamente utilizado na assistência à saúde, baseado na doença do indivíduo, determina a separação entre corpo e mente, esquecendo que esse indivíduo, além do corpo doente é, também, portador de uma dimensão espiritual e psicossocial que interferem claramente no processo saúde/doença.

Collière (2003) enfatiza que cuidar não é tratar. O modelo biomédico tem sua concepção pautada na abordagem da doença, na obtenção da cura e é centrado em técnicas, enquanto a enfermagem assume o cuidar como seu domínio e se reveste de ações e comportamentos que garantem ao indivíduo ser visto como um ser único, com a finalidade de melhorar a condição humana no processo de viver e morrer. Ao seguir o modelo biomédico e tecnicista, a prática de enfermagem distancia-se, progressivamente, dos valores morais e religiosos, ofertando cuidados técnicos, orientados e determinados pela doença.

Florence Nightingale ao tentar refletir sobre em “o que é e o que não é” enfermagem, mostra a possibilidade e a necessidade de preparação formal e sistemática para a aquisição de um conhecimento de natureza distinta daquela buscada pelos médicos, cujos fundamentos permitiram manter o organismo humano em condições de não adoecer ou de se recuperar de doenças. O conhecimento da enfermagem nightingaleana difere do conhecimento da medicina, ao incluir conhecimentos fundados no discurso que contempla pessoas e ambiente. A importância essencial atribuída à capacidade da enfermeira de observar com profundidade e descrever com propriedade confere um caráter intelectual e científico à enfermagem.

Cabe, então, resgatar essa esperada vigilância de enfermagem nos depoimentos dos enfermeiros quando assumem um cuidado paliativo diferenciado à aplicabilidade da técnica ou do procedimento invasivo em si. Elas resgatam a defesa de um cuidado que respeita o ser humano e a sua qualidade de vida, ao evocarem a necessidade de evitar procedimentos invasivos nos clientes em cuidados paliativos, como intubação orotraqueal e repetidas punções venosas.

Um saber-fazer esperado à particularidade e especificidade das complexas necessidades demandadas por esse cliente, que, por vezes, se encontra em processo de morte iminente. Um processo que pode causar ansiedade, tensão e diversas emoções ao cliente e sua família, exigindo atos e ações em prol de um conforto físico, espiritual, psicológico, social ou

de qualquer natureza, bem como o respeito à pessoa humana e a qualidade de vida para aquele momento da vida (SILVA, E.P, 2008, p. 26).

Esse é um agir de enfermagem em defesa de uma vida digna, de um cuidado de terapêutica de enfermeiros. A reflexão possível segue ao encontro do pensamento de Arruda (2005), no sentido que cuidado e conforto estão intrinsecamente interligados, a ação de cuidar é um processo cujo objetivo principal é promover o conforto do cliente, minimizando seu desconforto e proporcionando-lhe a sensação de que está sendo cuidado por alguém que se importa por ele. No entanto, muitas vezes os enfermeiros pensam que fazem atos e ações de conforto, quando na verdade, estão provocando uma situação desagradável e desconfortante ao introduzir sondas e cateteres, tentar punções venosas inúmeras vezes sem se questionar a validade e importância do procedimento em si para a situação clínica do cliente que requer cuidados de enfermagem mais do que paliativos.

Por isso, a vigilância e a reflexão dos enfermeiros acerca de benefícios e malefícios de conforto/desconforto gerados no cuidado quando ofertado sob uma precária avaliação geral e específica de sua condição clínica e humana. Até que ponto a intervenção técnica pode sobrepor-se à intervenção no sujeito em sua totalidade como ser humano?

Por fim, os enfermeiros evocam, timidamente, um saber-fazer esperado em relação à sua atuação gerencial dos cuidados paliativos quanto à flexibilização de regras institucionais. De certa maneira, trata-se de assumir sua autonomia profissional para a tomada de decisão do que se pode fazer na prática e o que se pode determinar como *modus operandi* na organização. Infelizmente, não se trata de uma institucionalização de novas regras, mas, não deixa de ser um discreto ato instituinte de alguns enfermeiros.

O gerenciamento desse cuidado direto e indireto instituído é realizado pelas enfermeiras por uma hierarquização de cargos funções, conforme a estrutura organizacional do hospital. Nesse estudo, aos chefes de setores cabe a gerência de atividades de cunho administrativo, tais como: gerenciamento dos recursos materiais; escala mensal e mapa de férias do pessoal de enfermagem lotado em sua unidade; além da elaboração e implementação do plano diretor da unidade. Há os seus subordinados diretos – enfermeiros líderes – que gerenciam o cuidado, dedicando maior percentual do tempo para o atendimento direto ao cliente, coordenando o grupo de auxiliares e técnicos de enfermagem escalados especificamente em seu plantão.

Olhar esses modos de atuação dos enfermeiros exige reconhecer a Enfermagem como uma micro-organização ou, como defende Tonini (2006, p.27) uma Enfermagem-micro inserida em uma instituição-macro – o Hospital. Fazer parte dessa Enfermagem-micro confere

outra natureza ao trabalho organizacional do chefe de setor ou líder, uma vez que possibilita contato direto e articulações com os clientes, familiares e demais profissionais da organização, inclusive o pessoal da limpeza, manutenção e segurança.

Tonini (2006, p.28) destaca que, apesar de a enfermagem assistir por 24 horas a clientela hospitalar, as enfermeiras não se têm dado conta de que este tempo pode ser seu aliado, um elemento justificador e facilitador de sua participação na definição de macro diretrizes gerenciais. Saber o que se passa na instituição, em todos os horários do dia, confere ao enfermeiro um saber que não tem sido considerado, mas que ela assume como um “estatuto de poder” para tomar decisões contrárias às regras e normas estabelecidas pelo grupo da superestrutura ao qual está subordinada.

O enfermeiro é frequentemente responsabilizado por toda a organização dentro da instituição hospitalar. Ele é responsável por comandar a equipe de enfermagem, prever, prover, organizar e controlar os insumos necessários para o cuidado ao cliente, assumindo a posição de organizador da assistência. No cuidado direto aos clientes, os enfermeiros adotam uma posição de controle quando aprendem a cuidar do corpo do outro, controlando a hora de banhar, dormir, ingerir o medicamento, ver televisão, receber visita, trocar o curativo, entre muitas outras. Por isso, que os enfermeiros, quando gerenciam, precisam ser flexíveis em busca de alternativas de soluções e improvisações para dar conta da complexidade cotidiana do cuidado (TONINI, 2006, p. 84).

Portanto, ao lidar com clientes em cuidados paliativos, e muitas vezes em cuidados ao fim de vida, o enfermeiro pode usar o seu saber para flexibilizar regras institucionais que interferem no seu fazer. Segundo Tonini (2006, p.60) o fazer do enfermeiro pauta-se à luz do princípio estabelecido por ele como essencial para o seu gerenciamento, podendo gerar, assim, rupturas de normas institucionais a partir de necessidades do cliente e de sua família. Isso não significa que a enfermeira não reconheça o valor e a importância das normas, mas assume a sua condição de poder fazer com base em seu saber-fazer profissional.

Bettinelli; Waskievicz; Erdmann (2004) ressaltam a importância da flexibilidade do profissional na utilização das normas e rotinas e na necessária revisão dos rígidos protocolos utilizados no ambiente hospitalar. Ao flexibilizar as regras e normas hospitalares, o enfermeiro também está promovendo o cuidado ao cliente/família, tornando-o individualizado. Permitir uma visita fora do horário estabelecido, porque o cliente está no processo de morrer ou mudar o horário de um banho ou não realizar um procedimento doloroso a pedido do cliente se configuram medidas simples que podem ser adotadas pelo

enfermeiro. No entanto, em poucos depoimentos foi possível constatar esse cuidado, conforme o recorte a seguir:

Eu deixo entrar mais familiares no horário da visita do que é de costume ou fora até desse horário. Permitir até que o paciente coma alguma coisa que ele tenha vontade que não faz parte da dieta do Hospital. (E07)

Cumprir normas instituídas sem questioná-las ainda é uma ideia incessantemente repetida em diversos momentos da formação acadêmica em Enfermagem e essa obediência está vinculada ao discurso do planejamento e da avaliação de sua aprendizagem e de seu saber-fazer. Porém, para Tonini (2006, p.60) seguir algo a risca e de forma incondicional é característica de robôs ou de máquinas biológicas não pensantes. Além de cumprimento das normas, o princípio de atender às necessidades e desejos dos clientes pode contribuir contrariamente para esse estado de coisas ou de coisificação do sujeito. Cabe lembrar que o posicionamento crítico é fruto da assunção e aplicação de um saber-fazer bem assentado e fundamentado em conhecimentos gerais e específicos de Enfermagem.

4.2.2 O inesperado no saber-fazer dos enfermeiros

Como apresentado na introdução deste capítulo, essa subcategoria abarca as questões relacionadas ao saber-fazer que não se espera encontrar nos depoimentos dos enfermeiros referentes ao que sabem e fazem como cuidado paliativo. O discurso dominante é de um cuidado associado ao cliente fora de possibilidades terapêuticas de cura tão comum e vinculado à área da medicina.

Os conteúdos das entrevistas apontam para uma “cegueira” dos enfermeiros geradora de dificuldades para “enxergarem” as possibilidades de articulação/relacionamento/aplicação das áreas de Enfermagem Fundamental, Assistencial e Metodologia na prática profissional.

Ao se posicionarem, evocando a terminalidade como uma explicação do que é cuidado paliativo, deixam de contemplar um conjunto de saberes de enfermagem aprendidos como competências e habilidades no processo de formação; cuja intercessão se dá no encontro das três distintas áreas da Enfermagem.

Torna-se, então, uma questão inesperada por se tratar de um profissional que, à priori, detém os conhecimentos gerais e específicos exigidos para atender os clientes hospitalizados, independente das complexidades das situações-problema apresentadas.

Vale esclarecer que o termo doente terminal existe. Há outros termos para designar a mesma denotação, tais como: estado terminal, fase terminal, fim da vida, situação limite ou

agonia e a última etapa da vida. Termos, cujo sentido é a condição irreversível, independente de ser tratado ou não, e que apresenta alta probabilidade de morrer em um período relativamente curto de tempo (KNOBEL; SILVA, 2004, p.133).

De acordo com Gutierrez (2001) a elaboração de um conceito para cliente terminal é complexa. Isso se deve ao fato de existirem diversas avaliações consensuais, de diferentes profissionais, e por haver dificuldade maior em reconhecer tal cliente do que objetivá-lo.

A terminalidade parece ser o eixo central do conceito em torno da qual se situam as consequências. Referido quando se esgotam as possibilidades de resgate das condições de saúde do cliente e a possibilidade de morte próxima parece inevitável e previsível. O cliente se torna "irrecuperável" e caminha para a morte, sem que se consiga reverter este caminhar.

De acordo com França (2003), definir cliente terminal não tem sido tarefa tão fácil como aparentemente pode dar a entender. Inclusive a expressão "terminal", no presente momento, é complexa e arriscada, porque um cliente portador de uma enfermidade de evolução fatal e grave pode, em determinados instantes, voltar às suas atividades. Por exemplo, os portadores de neoplasias mais severas que podem ter uma sobrevida estimável, às vezes, por tempo prolongado, graças ao avanço vertiginoso das terapêuticas hoje empregadas. Seu conceito, portanto, é impreciso, até porque a própria vida já é por si terminal.

Considera-se cliente terminal aquele que, na evolução de sua doença, não responde mais a nenhuma medida terapêutica conhecida e aplicada, sem condições, portanto, de cura ou de prolongamento da sobrevivência, necessitando de cuidados que lhe facultem o máximo de conforto e bem-estar. (FRANÇA, 2003). Essa é uma situação em que a Enfermagem, disciplina e profissão, se faz mais necessária, cabendo aos enfermeiros assumir os cuidados integrais desde a higiene, conforto, hidratação da pele até o preparo do corpo pós-morte.

Trata-se de um período de sobrevivência para dar apoio/suporte ao cliente e sua família, resgatando-se os laços familiares; o preparo para despedir-se de seus entes; os desejos e preferências de alimentos ou de livros, filmes, fotografias que gostaria de "revisitar"; dos rituais que considera mais importante no momento de partir, entre outros.

Esses são atos e ações de enfermagem que se constituem em cuidados fundamentais e diferenciados se comparados aos cuidados prestados pelos demais profissionais de saúde. Um cuidado que exige a interação dos enfermeiros com o seu cliente/família, através da comunicação terapêutica, de conhecer o sujeito que se cuida, de saber de seus medos e de sua coragem no processo de morrer. Esse é um cuidado especial para um momento bastante complexo.

Todavia, esses não foram os atos e ações elencados pelos depoentes enfermeiros. O saber-fazer deles foi inesperado porque há um distanciamento do que lhes cabe como cuidado paliativo, mesmo se o cliente se encontra em “terminalidade”- conceito denotado por eles.

Llaveria; Polaino-Lorente (1994) não consideram o termo doente terminal adequado, pois leva uma denotação negativa, entre os familiares, amigos e profissionais de saúde, o que, pode ser estigmatizante para o cliente (LLAVERIA; POLAINO-LORENTE 1994 *apud* SILVA E.P 2008, p.8).

Com pesar, observa-se certa denotação negativa da palavra terminal associado com a ideia de que nada mais pode ser feito, com o fim da vida, conforme as falas a seguir:

O paciente terminal é aquele que não tem mais recurso, não tem mais cura para a doença, então não tem mais nada o que fazer. (E7)

A gente sabe que o paciente não vai ter cura, que é um paciente que nós não temos muito o que fazer, ele vai fazer apenas uma colostomia... a gente orienta os cuidados com a colostomia e só, só isso, não passa disso...(E7)

Muitas vezes eu fico prestando aquele cuidado e então me pergunto: para que eu estou fazendo isso se não vai adiantar mais nada? Então eu fico muito com essa dúvida...(E21)

Assumir que não há mais nada o que fazer para esses clientes é contraditório com profissão do enfermeiro, uma vez que as ações de enfermagem compreendem, em sua essência, o cuidado em si, independentemente do objetivo do tratamento ser preventivo, curativo, de reabilitação ou paliativo. Dessa forma, a impossibilidade de cura não deveria ser a justificativa para a ausência de um cuidado de enfermagem, pelo contrário, configura-se como um momento em que se esgotam as intervenções médicas com vistas à cura da doença do cliente, cujo agravamento clínico demandará uma infinidade de cuidados de enfermagem fundamentais, que deverão ser ofertados com base no saber-fazer do enfermeiro.

Em um dos depoimentos, o enfermeiro reconhece essa incoerência gerada pela frase “não há mais nada o que fazer” quando o cliente não tem mais proposta de tratamento curativo.

Não tem mais nada o que fazer é um caminho meio duplo aí, não tem mais o que fazer; então você pode até entender, eu espero que isso não aconteça, mas você pode até entender que aquele paciente não deveria receber o mesmo cuidado de enfermagem. (E19)

Admitir que se esgotaram os recursos de arsenal tecnológico/equipamentos para o resgate de uma cura e que o cliente se encaminha para o fim da vida, não significa que não há mais o que fazer. Ao contrário, abre-se uma ampla gama de condutas que podem ser oferecidas ao cliente e sua família. Condutas no plano concreto, visando, agora, o alívio da

dor, a diminuição do desconforto, mas, sobretudo a possibilidade de situar-se frente ao momento do fim da vida, acompanhados por alguém que possa ouvi-los e sustente seus desejos. Espera-se um agir profissional para reconhecer, sempre que possível, o lugar ativo do cliente e família, sua autonomia, suas escolhas, permitir-lhe chegar ao momento de morrer, vivo, não antecipando o momento desta morte a partir do abandono e isolamento.

Silva, E.P (2008, p.44) afirma que as enfermeiras devem cuidar com a finalidade de melhorar a condição humana no processo de viver e de morrer. Para a autora, o cuidado do profissional de enfermagem não deve ser baseado somente em técnicas, mas acima de tudo identificando e compreendendo todas as dimensões do indivíduo a ser cuidado. Mesmo quando se esgotam as possibilidades de intervenção do arsenal tecnológico, há a necessidade de continuar o investimento na dignidade humana no ato de cuidar.

Maciel et al (2006) sinalizam que a fase final da vida pode propiciar momentos de reconciliação e crescimento pessoal, sendo fundamental o respeito à autonomia e a valorização do sujeito, de forma a favorecer uma morte digna, respeitando o local de escolha do cliente. Ressaltam também a importância de que haja o reconhecimento e a aceitação dos valores e prioridades do sujeito. Nesse sentido, cabe lembrar a proposta da Política Nacional de Humanização como qualificação da atenção em saúde.

Segundo a Política Nacional de Humanização (PNH), humanizar significa valorizar os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde e inclui os valores como autonomia e protagonismos dos sujeitos, corresponsabilidade, estabelecimento de vínculos solidários e participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2008).

O termo humanização é concebido como o atendimento das necessidades biopsicossocioespirituais do indivíduo tanto no contexto do trabalhador (servidor) quanto na do usuário (cliente). Nessa perspectiva, cada um deve ser compreendido e aceito como ser único e, portanto, com necessidades e expectativas particulares (MATSUDA; SILVA; TISOLIN, 2003, p. 163).

Em apenas duas entrevistas pode-se observar a preocupação dos enfermeiros com a questão da humanização do cuidado de enfermagem.

(...) a minha equipe trabalha com carinho, o cuidado é humanizado e eu acho que assim que a gente ajuda esses pacientes em cuidados paliativos. Às vezes você não tem como fazer nada, mas só o seu carinho, a sua atenção já é importante e eles percebem esse carinho, esse amor e atenção e os próprios pacientes agradecem. (E01)

Eu acho que falta mais humanização no nosso cuidado de enfermagem. (E29)

Discutir humanização na enfermagem é falar de seu objeto de trabalho: o cuidado, que “se caracteriza como uma relação de ajuda, cuja essência constitui-se em uma atitude humanizada”, apoiando o cuidado numa relação inter-humana (RIZZOTO, 2002).

Cuidar é usar da própria humanidade para assistir a do outro, como ser único, composto de corpo, de mente, vontade e emoção. O cuidado está apoiado numa relação inter-humana (CORBANIL; BRÊTAS, MATHEUS, 2009, p.350).

Boff (1999, p.34) afirma que sem cuidado o ser humano deixa de ser humano, se não receber cuidado desde o nascimento até a morte, ele desestrutura-se, define e perde o sentido e morre. Cuidado significa um fenômeno existencial básico, ou seja, um fenômeno que é a base possibilitadora da existência humana enquanto humana. Por isso, esse termo humanização se faz desnecessário ser advogado, porque há uma redundância ao que, por si e em si, é a essência do humano.

Nesse sentido, humanização do cuidado já está implícita na atuação de enfermagem desde Florence Nightingale com a preocupação do cuidado integral e fundamental para o cliente da Enfermagem.

Não há como considerar um cuidado de enfermagem sem considerar a humanização desse cuidado, não há como desarticular a promoção do bem-estar e do conforto do envolvimento do profissional.

Na enfermagem, enxergar o outro é estar numa relação de reciprocidade com ele quando o profissional se coloca em sua totalidade, sem subterfúgios, de modo a ver o outro face a face pelo encontro, num instante único, presente. Desse modo, o outro deixa de ser uma soma de qualidades ou tendências ou nosso meio de sobrevivência e passamos a compreendê-lo e a confirmá-lo como o outro em sua totalidade. Daí é só lhe dar forma, descobrir, conduzir, surgindo então o verdadeiro cuidado (CORBANIL; BRÊTAS, MATHEUS, 2009, p.350).

Fortes (2004, p. 31) ressalta que “humanizar na atenção à saúde é entender cada pessoa em sua singularidade, tendo necessidades específicas, e, assim, criando condições para que tenha maiores possibilidades para exercer sua vontade de forma autônoma”.

A partir dessas considerações sobre humanização, explica-se como inesperada por se acreditar que o cuidado humanizado é um conceito que já deveria ser inerente ao cuidado promovido por enfermeiros, independente do seu local de atuação e do diagnóstico/prognóstico do cliente assistido.

Quando questionados sobre como qualificar a assistência de enfermagem prestada a esses clientes em cuidados paliativos, os enfermeiros trouxeram como sugestões a

necessidade de treinamentos, capacitação e elaboração de protocolos para auxiliarem na prestação desses cuidados. Essas sugestões se enquadram nas unidades de significação consideradas **inesperadas**, uma vez que os cuidados que essa clientela necessita se enquadra nos cuidados fundamentais de enfermagem, descritos desde os primórdios da profissão, por Virginia Henderson e Florence Nightingale como cuidados básicos e essenciais da profissão do enfermeiro.

Cabe, porém, ressaltar que a busca pela capacitação profissional é relevante para o profissional e conseqüentemente para a assistência de enfermagem, mas não pode ser limitante para tal.

Apesar das especificidades que um cliente em cuidados paliativos ou em cuidados ao fim de vida requer, à enfermagem, compete a reflexão e a implementação de atos e ações que permitam a qualidade de vida e uma boa morte, pois o cuidado é domínio da enfermagem e independe do diagnóstico e prognóstico.

Os enfermeiros aludiram à necessidade de ter um setor específico para cuidar desses clientes, bem como uma equipe especializada. A ideia de ter um setor somente para cuidar dos clientes que se encontram no processo de morrer, com a proposta de conseguir flexibilizar as regras institucionais e promover o conforto em todas as suas dimensões vai ao encontro à proposta de muitas instituições de saúde que estruturam serviços ou unidades hospitalares com esse escopo, como o Instituto Nacional de Câncer, que construiu em 1998 uma unidade especializada em cuidados paliativos no Rio de Janeiro e o Hospital A.C Camargo que criou em 2004 o serviço de cuidados paliativos.

Ao pensar em um ambiente favorável para o cuidado desses clientes deve-se considerar um setor/unidade que inclua o cliente e sua família. Dessa forma, há a necessidade de um espaço adequado para a permanência em tempo integral da família/cuidador, para que esta possa ser incorporada ativamente nos cuidados prestados e, por sua vez, possam, de forma construtiva, compreender e colaborar nos ajustamentos que a doença e o cliente determinam.

O ambiente desse setor ou unidade de cuidados paliativos deve ser harmônico e os elementos que envolvem o ambiente devem estar em equilíbrio. Florence Nightingale (1989) já apontava que um ambiente saudável era necessário aos cuidados de enfermagem e à sua específica condição de adequabilidade, devendo o enfermeiro atentar para fatores como ventilação, iluminação, ruídos e higiene/limpeza do ambiente.

Para Florence Nightingale a circulação do ar não devia ser apenas adequada, mas agradável. A iluminação não podia incomodar o cliente, os ruídos precisavam ser suavizados

e a limpeza devia ser adequada no lugar onde o cliente vai ficar na internação. Além disso, as roupas precisavam ser limpas e cheirosas e os móveis de boa aparência, desinfetados após a saída do cliente para terem condições apropriadas para receber o próximo. Tudo isso, na contingência do cotidiano hospitalar, quando bem executado e proporcionado, pode contribuir para a promoção de conforto ao cliente internado.

Observa-se nos depoimentos que a criação de um setor específico tem a intenção de separar esses clientes dos demais que “ainda têm cura” com a proposta de diminuir o impacto que a morte causa nos clientes internados.

Eu tenho pacientes que têm possibilidade de cura e eu tenho pacientes que não têm. Isso se mistura com diversas outras patologias, acaba sendo um risco para uns e para outros (...). (E06)

(...) às vezes um paciente que vem aqui só pra fazer uma cirurgia simples que vai embora no outro dia está lidando com outro tipo de paciente em fase terminal, é um contraste. (E16)

O paciente em cuidado paliativo interfere muito na cabeça do paciente que ainda tem chance de tratamento, de cura. (E18)

A alegação dos enfermeiros sobre a necessidade de um setor exclusivo e uma equipe especializada para cuidar desse cliente deve estar pautada na proposta de promover um cuidado cada vez mais qualificado, não podendo ser a ausência desse espaço ou dessa especialização a justificativa para o não cuidado como observado nos depoimentos.

Eu acho que as coisas não são feitas da forma como deveriam ser feitas, falta muito conhecimento teórico e muito conhecimento prático, falta entender muito de cuidados paliativos, por isso o cuidado não acontece. (E 06)

É uma agonia para equipe porque a gente fica vendo aquilo sem poder fazer o que tem que fazer porque ele não está no lugar correto. [CTI] (E14)

Pode-se notar ainda que alguns enfermeiros quando falam em ter um setor específico para esses clientes referem o CTI como sendo o local ideal, afirmação essa bastante inesperada, afinal, o CTI é um setor de tratamento intensivo, destinado ao atendimento de clientes graves, cercado de equipamentos e tecnologia, onde são executados inúmeros procedimentos invasivos e tem o objetivo de restabelecer a saúde por meio da monitorização completa e vigilância nas 24 horas. Além disso, devido a sua especificidade, não há a participação da família na prestação dos cuidados e sua permanência é permitida apenas em um curto espaço de tempo.

Portanto, ao pensar em clientes em cuidados paliativos, onde a doença não mais responde ao tratamento curativo e que requer cuidados para promover mais conforto e

qualidade de vida, não se pode associar o CTI como o ambiente adequado. Esses depoimentos só ressaltam o desconhecimento do significado de cuidados paliativos e a carência de reflexão acerca da temática por parte dos enfermeiros do estudo.

O desconhecimento da filosofia dos cuidados paliativos e o aparente despreparo dos enfermeiros em se comunicar e cuidar desses clientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo podem gerar silenciamentos, falsas promessas de cura ou afastamento com sérios prejuízos à relação terapêutica e sofrimento de difícil assimilação, tanto para os clientes quanto para os profissionais. A reflexão sobre os cuidados de enfermagem oferecidos a esses clientes é então imprescindível para suscitar mudanças de atitudes e comportamentos em relação ao cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

COMPREENDENDO OS RESULTADOS

Existem diferentes formas de cuidar na enfermagem, mas, em todas, o objetivo maior é a valorização do indivíduo, respeitando a sua condição humana. A partir dessa reflexão, a discussão não deveria estar em torno das práticas curativas ou preventivas, mas voltada para os atos e ações que visem melhor qualidade de vida.

Observou-se que os cuidados prestados pelos enfermeiros do hospital geral aos clientes em cuidados paliativos, considerados pela Medicina como fora de possibilidades de cura da doença, são cuidados voltados ao controle de sintomas físicos. Os enfermeiros deste estudo se preocupam quase que exclusivamente com o conforto físico, mesmo que para a obtenção desse conforto seja necessário à implementação de técnicas e procedimentos de enfermagem desconfortantes para o cliente.

Identificou-se que os atos e ações destes enfermeiros são carentes de reflexões, executados de forma quase automática, com pouca atenção ao saber-fazer profissional. São cuidados onde há a valorização da execução de técnicas e o conhecimento de patologias em detrimento aos cuidados psicológico-espiritual. Há uma preocupação com a promoção do conforto físico e com o controle da dor, porém, existe uma lacuna na atenção ao conforto psicossocioespiritual que faz parte do cuidado do enfermeiro.

Pode-se considerar que este cuidado é deficiente, pois há uma denotação negativa do termo “cuidado paliativo” e um desconhecimento do seu significado. O que implica em um cuidado de enfermagem embasado no modelo biomédico, ou seja, tem sua concepção pautada na abordagem da doença, ao invés do cuidado que o enfermeiro deveria assumir revestido de ações e comportamentos que garantem ao indivíduo ser visto como um ser único, com a finalidade de melhorar a condição humana no processo de viver e morrer.

Após a discussão dos resultados, identificam-se fatores alarmantes ao cuidado de enfermagem, como a carência do saber e do fazer dos enfermeiros a estes clientes que não tem mais como curar a sua doença, mas que requerem uma infinidade de cuidados. O cuidado, objeto da profissão do enfermeiro, deve acontecer para todos os clientes, em qualquer local, independente da fase da doença, o que é priorizado e ensinado desde os primórdios da profissão.

Não existe a frase “não há mais nada o que fazer” para a Enfermagem. Para os enfermeiros, todo o ser humano necessita e merece ser cuidado e deve, portanto, ser visto como um todo: corpo, mente e espírito. Quando o corpo ou a mente sofre, a pessoa é afetada em sua totalidade e precisa ser valorizada nos seus aspectos físicos, sociais, emocionais e espirituais para que o seu processo de atendimento torne-se individualizado e humanizado.

Este estudo, para a pesquisadora, foi um momento singular, no qual lhe foi dada a oportunidade de ampliar suas inquietações e reflexões sobre o cuidado do enfermeiro aos clientes em cuidados paliativos e cuidados ao fim de vida.

Acredita-se que este estudo venha a ser um instrumento para a melhor compreensão do saber-fazer dos enfermeiros aos clientes em cuidados paliativos. Sua realização proporcionou a construção dos argumentos com os quais se pretendeu ter explicado as questões que lhe deram origem. A abordagem metodológica atendeu ao objeto e objetivos propostos, visto que permitiu que os sujeitos expusessem livremente suas respostas acerca do tema.

Nesse sentido, os objetivos propostos foram atingidos, na medida em que se conseguiu identificar atos e ações de cuidado dos enfermeiros aos clientes em cuidados paliativos internados em um hospital geral e discutir as implicações dos atos e ações dos enfermeiros para o saber-fazer de enfermagem.

É fundamental evidenciar que este estudo é uma experiência primeira e necessita, portanto, de outros estudos, com outros sujeitos, a fim de desenvolver ainda mais o conhecimento sobre a temática abordada.

Finaliza-se este estudo com a esperança de que os enfermeiros que trabalham em hospitais gerais apreendam cada vez mais e compreendam que se faz necessário a adoção e a implementação de um cuidado cada vez mais efetivo, reconhecendo o cliente como um ser dotado de múltiplas faces, e que necessita de ajuda contínua para o enfrentamento do seu adoecimento e processo de terminalidade, ajuda essa que é, e deve ser fornecida pelo profissional que tem o cuidado como seu fazer.

Pela carência de investigações desta natureza, principalmente em âmbito nacional, entende-se que esta dissertação pode ser considerada como um ponto de partida para reflexão sobre os cuidados de enfermagem aos clientes em cuidados paliativos, principalmente no ambiente hospitalar. Neste sentido, vislumbram-se novas investigações que busquem os predicativos relacionados ao conceito de paliativo e ao gerenciamento de pessoas e do ambiente neste contexto.

REFERÊNCIAS

ABDELLAH, F. et al. **Patient-centered approaches to Nursing**. 3. ed. New York: MacMillan, 1961.

ALMEIDA, A.C.P. **A família em cuidados paliativos: avaliação da satisfação dos familiares dos doentes em cuidados paliativos; contributo para a validação da escala FAMCARE**. 2012. 148f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Paliativos)-Faculdade de Medicina, Lisboa, 2012.

APPOLINÁRIO, F. **Metodologia da ciência: filosofia e prática da pesquisa**. São Paulo: Cengage Learning, 2009.

ARAÚJO, T.C. **Conforto proporcionado pela música: experiências de pessoas sob cuidados paliativos**. 2013. 134f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal da Bahia, UFBA, Salvador, 2013.

ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. Comunicando-se com um paciente terminal. **Revista da Sociedade Brasileira de Câncer**, v.6, n. 23, p. 16-20, 2003.

ARRUDA, E.N. Conforto e as suas interfaces com o cuidar e os cuidados de enfermagem. Mesa Redonda. **Enfermagem Atual**. São Paulo. jul/ago. 2005.

BETTINELLI, L.A.; WASKIEVICZ, J.; ERDMANN, A.L. **Humanização do cuidado no ambiente hospitalar**. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. Humanização e cuidados paliativos. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.535, de 2 de setembro de 1998. Centro de atendimento em oncologia. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n.196-E, seção 1, p. 53-4, 14 out. 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 19 GM/MS, de 03 de janeiro de 2002. Institui o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos. 2002. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br/sas>>. Acesso em 15 mai. 2013.

_____. Portaria nº 2.439, de 08 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 76, 9 dez. 2005. Seção 1, p. 80-1.

_____. Ministério da Saúde. Hospital Federal de Bonsucesso. **Relatório de Gestão 2010**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: http://www.hgb.rj.saude.gov.br/gestao/relatorio_de_gestao/Relatorio_de_Gestao_2010.pdf>. Acesso em: 3 set. 2013.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 4.ed. Lisboa: Edições, 2009.

BARRETO, Viviane Pinto Martins. **A gerência do cuidado prestado pelo enfermeiro a clientes internados em terapia intensiva**. 2009. 123f. Dissertação (Mestrado em

Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, UNIRIO, 2009.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRUM, A.K.R.; TOCANTINS, F.R.; SILVA, T.J.E.S. O enfermeiro como instrumento de ação no cuidar do idoso. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1019-26, nov./dez. 2005.

CARVALHO, M.V.B. Paciente com prognóstico reservado: preservando sua dignidade pela prática profissional assistida. **Revista de Ciências Médicas**, v.9, n. 2, p. 86-90, maio/ago. 2000.

CARVALHO; D. V; LIMA, E.D.R.P. Sintomas físicos de estresse na equipe de enfermagem de um centro cirúrgico. **Nursing**, v. 4, n. 34, p. 31-4, mar. 2001.

CARVALHO, V. Enfermagem fundamental: predicativos e implicações. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 11, n.5, p. 664-71, set./out. 2003.

_____. A equipe de saúde e suas vicissitudes emocionais. In: PIMENTA, C.A.M.; MOTA, D.D.C.F.; CRUZ, D.A.L.M.C. **Dor e Cuidados Paliativos: enfermagem, medicina e psicologia** (Org.). 10 ed. São Paulo: Ed. Manole; 2006. p. 103- 123.

_____. A formação profissional do enfermeiro. In: CARVALHO, V. (Org.). **Sobre a Enfermagem: ensino e perfil profissional**. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2006.

COLLIÈRE, M.F. **Cuidar... a primeira arte da vida**. 2. ed. Loures: Lusociência, 2003

CORBANIL, N.M.S.; BRETAS, A.C.P.; MATHEUS, M.C.C. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? **Rev Bras Enferm**, Brasília 2009 maio-jun; 62(3): 349-54.

CORTES, C.C. Historia y desarrollo de los cuidados paliativos. In: MACIEL, M.G.S. **Definições e princípios: cuidados paliativos**. São Paulo, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: CREMESP, 2008.

DAVIES, E.; HIGGINSON, I. **The solid facts: palliative Care**. Geneva: WHO; 2004.

DIAMANTE, L.M.; **Cuidados paliativos: conhecimentos e sentimentos do enfermeiro que atua nas unidades de clínica médica e moléstia infecto-contagiosa de um hospital geral**. 2007. 101f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Guarulhos, São Paulo, 2007.

FRANÇA, G.V. Eutanásia: um enfoque ético-político. **Caderno Jurídico**, v.2, n.2, jun. 2003.

FIGUEIREDO, N.M.A. **O Corpo da enfermeira como instrumento do cuidado de enfermagem: um estudo sobre representações de enfermeiras**. 1994. 282f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery/ Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, UFRJ, 1994.

_____. Enfermagem Assistencial. In: SANTOS, I. et al. **Enfermagem fundamental: realidade, questões, soluções**. São Paulo: Atheneu, 2002. 179-89.

_____. et.al. Do ato médico para o ato de enfermagem: princípios para uma prática autônoma de enfermagem. **Revista de Enfermagem Escola Anna Nery**, v. 9, n. 1, p. 28-38, abr. 2005.

FIGUEIREDO, N.M.A.; MACHADO, W.C.A.; PORTO, I.S. Dama de negro X dama de branco: o cuidado na fronteira vida / morte. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 3, n.2, p. 139-49, out. 1995.

FIGUEIREDO, N.M.A. Uma perspectiva do cuidar em enfermagem considerando a estética, ecosofia e autopoiese. In: _____. et al. **Enfermagem fundamental: realidades, questões e soluções**. São Paulo: Atheneu, 2001, cap.13, p.179-189.v.1.

FIGUEIREDO, M.T.A.; MELO, A.G.C. Cuidados paliativos: conceitos básicos, histórico e realizações da associação brasileira de cuidados paliativos e da associação internacional de hospice e cuidados paliativos. In: PIMENTA, C.A.M.; MOTA, D.D.C.F.; CRUZ, D.A.L.M.C. **Dor e Cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia** (Org.). 10. ed. São Paulo: Manole, 2006. p. 16-28.

FIGUEIREDO, N.M.A.; MACHADO, W.C.A. **Corpo e saúde: condutas clínicas de cuidar**. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2009.

FIRMINO, Flavia. Papel do enfermeiro na equipe de cuidados paliativos. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: ANCP, 2009, p. 216-17.

FITCH, M. Necessidades emocionais de pacientes e cuidadores em cuidados paliativos. In: PIMENTA, C.A.M.; MOTA, D.D.C.F.; CRUZ, D.A.L.M.C. **Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia**. (Org.). 10. ed. São Paulo: Manole, 2006.

FORTES, P.A.C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 13, n. 3, p. 30-35, 2004.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUTIERREZ, P.L. O que é o paciente terminal? **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.47, n. 2, p. 92, jun. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302001000200010&lng=pt&nrm=isso. Acesso em: 12 out. 2013.

HENDERSON, V. **Princípios básicos sobre cuidados de enfermagem**. Tradução: Anyta Alvarenga. Associação Brasileira de Enfermagem, Rio de Janeiro, 1962, p. 62.

HORTA, W.A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro, 29 jun. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000009352506122012255229285110.pdfhttp://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?uf=rj>. Acesso em: 18 set. 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativas para o Câncer 2012**. Rio de Janeiro: INCA, 2012. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=474>. Acesso em: 26 abr. 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=474>. Acesso em: 15 out. 2012.

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. **Empregabilidade e trabalho dos enfermeiros no Brasil**: relatório final. Rio de Janeiro: UERJ, 2006. Disponível em: <http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/IMSUERJ/Empregabilidade_trabalho.pdf>. Acesso em: 16 set. 2013.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. **Psicologia e Sociedade**, v.19, n. 1, p. 15-22, jan./abr. 2007.

KNOBEL M, SILVA, A.L.M. O paciente terminal: vale a pena investir no tratamento? **Einstein**, v.2, p. 133, 2004.

KOLCABA, K. **Comfort theory and practice**: a vision for holistic health care and research. New York: Springer Publishing Company, 2003.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem**: métodos, utilização. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MACIEL, M.G.S. et al. **Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil**: Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006.

MACIEL, M.G.S. **Definições e princípios**: cuidados paliativos. São Paulo, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: CREMESP, 2008

MATSUDA, L.M; SILVA, N.; TISOLIN, A.M. Humanização da assistência de enfermagem: estudo com clientes no período pós-internação de uma UTI adulto. **Acta Sci. Health Sci**. v. 25, n. 2, p. 163-70, 2003.

MATSUDA, L.M.; ÉVORA, Y.D.M. satisfação profissional em uma UTI adulto; subsídios para a gestão da equipe de enfermagem. **Nursing**, v.6, n.56, p. 22-7, jan. 2003.

MATSUMOTO, D.Y. Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, R.T.; PARSONS, H. A. **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 23-41.

McCOUGHLAN, M. A necessidade de cuidados paliativos. **Mundo Saúde**. São Paulo, v.27, n.1, p.6-14, jan./mar. 2003.

MENEZES, R.A. **Em busca da boa morte**: antropologia dos cuidados paliativos. 228f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa social: teoria método e criatividade**. 17. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

_____. **O Desafio do conhecimento**. 11. ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.

MOURA, A.C.F. **A unidade de quimioterapia na perspectiva dos clientes: indicativos para o enfermeiro na gestão do ambiente**. 2005, 130f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UFRJ, 2005.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Lisboa: Instituto Piaget, 1994.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre a enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.

PADILHA, M.I.C.S.; VAGHETTI, H.H.; BRODERSEN, G. Gênero e enfermagem: uma análise reflexiva. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 14, n. 2, p. 292-300, abr./jun. 2006.

PAIXÃO, M.A.; BARBIERE, J. Brasil é hoje um país de meia idade. In SILVA, E.P. **Cuidar de pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura: visão das enfermeiras intensivistas**. Dissertação (mestrado). EEUFBA, Salvador, 2008.

PASSOS, E.; KASTRUP, V. ESCOSSIA, L. (Org). **Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção da subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PEDROSO, R.A.; CELICH, K.L.S.; Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.15, n. 2p. 270-, 2006.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Org.). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004.

PESSINI, L. Cuidados paliativos: alguns aspectos conceituais, biográficos e éticos. **Prática hospitalar**, n.4, p. 107-12, set./out. 2005.

_____. Bioética e cuidados paliativos: alguns desafios do cotidiano aos grandes dilemas. In. In: PIMENTA, C.A.M; MOTA, D.D.C.F; CRUZ, D.A.L.M.C. **Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia** (Org.). 10. ed. São Paulo: Manole, 2006. p.45-66.

PIMENTA, C.A.M. Cuidados paliativos: uma nova especialidade do trabalho da enfermagem? **Acta Paulista de Enfermagem**, v.23, n. 3, maio/jun. 2010.

PIRES, A.A. **A gerência do cuidado paliativo de enfermagem ao cliente oncológico na visita domiciliar**. 2002. 143f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, UFRJ, 2002.

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

QUELUCI, G.C. **Formalidades na arte de cuidar**: atuar na enfermagem: independência versus interdependência profissional. 2002. 127f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ, Rio de Janeiro: UFRJ, 2002.

QUELUCI, G.C. **Situações-problema de clientes hospitalizados**: um estudo baseado em graus de complexidade na prática da Enfermagem. 2009. 159f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UFRJ, 2009.

RICHMOND, C. Dame Cicely Saunders. **British Journal of Medical**, v. 331, n. 7510, p. 238-39, jul. 2005.

RODRIGUES, I.G. **Cuidados paliativos**: análise de conceito. 2004. 231f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo, 2004.

RODRIGUES, IG ZAGO M.M.F., CALIRI, M.H. Uma análise do conceito de cuidados paliativos no Brasil: **Mundo de Saúde**. São Paulo, v. 29, n. 2, p. 147-54, abr./jun. 2005.

ROLNIK, S. Pensamento, corpo e devir; uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. **Cadernos de Subjetividade**. São Paulo, v.1, n.2, p. 241-251, set. 1992/fev. 1995.

SALES, C.A. Compreendendo a linguagem de discentes de enfermagem sobre o cuidado. In: **Simpósio Brasileiro de comunicação em Enfermagem**. São Paulo. Anais... São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo: USP, maio 2002.

SILVA, C.R.L. **O Conceito de conforto na perspectiva de clientes e de enfermeiras em unidades de internação hospitalar**. 2008. 185f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro: UFRJ, 2008.

SILVA, E.P. **Cuidar de pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura**: visão das enfermeiras intensivistas. 2008. 185f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal da Bahia, Salvador: EEUFBA, 2008.

SILVA, M.J.P.; ARAÚJO; M.T.; FIRMINO, F. Multidisciplinaridade e Interdisciplinaridade. Enfermagem. In: MACIEL, M.G.S. **Definições e princípios**: cuidados paliativos. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Cuidado Paliativo. Reinaldo Ayer de Oliveira (Coord.). São Paulo: CREMESP, 2008.

SILVA, R.C.F.; HORTALE, V. A. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. **Caderno de Saúde Pública**, v.22, n. 10, p. 2055-66, 2006.

SILVA, R.S.; AMARAL, J.B. Trajetória histórica do movimento hospice moderno e as contribuições de uma enfermeira. In: SILVA, R.S.S.; AMARAL, J.B.; MALAGUTTI, W. (Org.). **Enfermagem em cuidados paliativos**: cuidando para uma boa morte. São Paulo: Martinari, 2013.

SILVA, R.S.; SILVA, M.J.P. Enfermagem e os cuidados paliativos. In: SILVA, R.S.S.; AMARAL, J.B.; MALAGUTTI, W. (Org.). **Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte**. São Paulo: Martinari, 2013.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Cuidados em fase terminal. In: _____. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 394-421p.

SOUZA, M.L. et al. O cuidado em enfermagem: uma aproximação teórica. **Texto Contexto em Enfermagem**, v.14, n. 2, p. 266-70, abr./jun. 2005.

STEINHAUSER, K.; TULSKY, J. Defining a "good death". In: G. et al. **Oxford textbook of palliative medicine**. 4.ed. New York, Oxford University Press, 2010, p. 135-40.

TAQUEMORI, L.Y.; SERA, C.T.N. **Interface intrínseca: equipe multiprofissional. Cuidado Paliativo**. Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), 2008. 689 p

TONINI, Teresa. **Enfermeira instituída/instituinte: a subjetividade das estratégias de cuidar**. 2006. 107f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro, UERJ, 2006.

TORRES, G. Florence Nightingale. In: GEORGE, J.B. (Org.) **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre; Artes Médicas, 1993.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2000.

VALE, E.G.; PAGLIUCA, L.M.F. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.64, n. 1, p. 106-13, jan./fev. 2001.

VARELLA, T.C. **Mercado de trabalho de enfermeiro no Brasil: configuração de emprego e tendências no campo do trabalho**. Instituto de Medicina Social. 2006. 255f. Tese (Doutorado em Ciências Coletiva)- Instituto de Medicina social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, rio de Janeiro: UERJ, 2006.

VIEIRA, S.T. et al. Caracterização da produção científica sobre a teoria das necessidades humanas básicas. **Revista Interdisciplinar**. UNINOVAFAPI, Teresina. v.5, n.3, p.52-57, Jul-Ago-Set, 2012.

WALL, P. Dor: A **Ciência do sofrimento**. 2. ed. Lisboa: Ambar, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Expert committee on cancer pain relief and active supportive care**. Cancer pain relief and palliative care: report of a WHO Expert Committee. Geneva: World Health Organization; 1990. 75 p. (Technical Report Series n.804).

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Estudo: Cuidados paliativos no hospital geral: o saber-fazer de enfermagem.

Pesquisador responsável: Ana Luísa Durante

Orientadora da pesquisa: Prof. Dr. Teresa Tonini

Instituição a que pertence o pesquisador: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Nome do voluntário: _____

Idade: _____ **RG:** _____

Convidamos você para participar do estudo sobre cuidados paliativos no hospital geral: o saber-fazer de enfermagem. Trata-se de uma dissertação do curso de mestrado em enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, realizada pela mestrandia Ana Luísa Durante, sob a orientação da Prof. Dr. Teresa Tonini, cujos objetivos são:

- Identificar atos e ações de cuidado dos enfermeiros aos clientes em cuidados paliativos internados em um hospital geral.
- Discutir as implicações dos atos e ações dos enfermeiros para o saber-fazer de enfermagem relacionado aos clientes em cuidados paliativos internados no hospital geral.

Para sua participação neste estudo, solicitamos que seja assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução CNS 196/96.

Devemos informar que o estudo não trará benefício imediato a você, mas com ele poderemos compreender como os enfermeiros assistem os clientes em cuidados paliativos dentro do hospital geral, podendo vir a fornecer subsídios para uma avaliação crítica dos enfermeiros envolvidos no ensino, pesquisa e prática de cuidados a estes clientes. Informamos, ainda, que não haverá qualquer custo para você e que também não haverá nenhuma forma de remuneração por sua participação. Você poderá recusar a participar da pesquisa ou se retirar da mesma em qualquer uma de suas fases, sem qualquer prejuízo, e todas as suas dúvidas poderão ser esclarecidas a qualquer momento do estudo diretamente com a pesquisadora principal Enfermeira Ana Luísa Durante.

Se você concordar em participar deste estudo, após sua autorização, a coleta de informações será realizada através de uma entrevista semiestruturada e da observação não-participante do pesquisador nos setores da unidade de internação do HFB. A entrevista ocorrerá de forma privativa, na sala de estar ou na copa de enfermagem e de acordo com a sua disponibilidade, em data e hora previamente agendadas. Nenhuma entrevista será realizada em local que o exponha publicamente. A observação não-participante do pesquisador será feita somente após o seu consentimento e agendamento prévio.

Os riscos contidos nesta pesquisa são os mesmos de responder a uma entrevista semiestruturada, pode acontecer da sua não segurança para responder à pesquisa por acreditar que de alguma forma seus dados serão divulgados. Garanto sua liberdade de retirar seu consentimento, a qualquer momento, sem qualquer prejuízo a suas atividades.

Os dados coletados serão analisados de forma a manter o sigilo das informações e seu anonimato. Concluído o estudo, os dados permanecerão sob a guarda da pesquisadora por cinco anos e após será incinerado.

Os resultados da pesquisa serão utilizados para a elaboração da dissertação, trabalhos para a apresentação em eventos científicos e para a publicação de manuscritos em periódicos científicos e, possivelmente, em livros, respeitando-se sempre o sigilo e a confidencialidade das informações.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone/e-mail e o endereço do pesquisador responsável, e dos demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Assinatura do participante

Rio de Janeiro, __ de _____ de 2013

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes deste estudo ao participante indicado acima.

Pesquisador Responsável

Rio de Janeiro, __ de _____ de 2013

Telefones para contato:

-Pesquisadores: Ana Luísa Durante - (21) 99534969 analuisadurante@gmail.com

Teresa Tonini – (21) 8173-1913 tonini@terra.com.br

-CEP UNIRIO - (21) 2542-7796 Av. Pasteur, 296, Urca – Rio de Janeiro-RJ.

-CEP do Hospital Federal de Bonsucesso - (21) 3977-9532 / 3977-9833

(endereço: Av. Londres, nº 616, Prédio 5 - 5º andar (CEAP), Bonsucesso, Rio de Janeiro/RJ - CEP: 21041-030)

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato ao Comitê de Ética em Pesquisa do HFB pelo telefone 3977-9833.

APÊNDICE B

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DE CAMPO

Data:

Hora – Início:

Término:

1. Cuidados prestados pelos enfermeiros aos clientes.

O cuidado é individualizado para esse cliente em cuidado ao fim da vida?

Como?

Comunicação/interação

2. Interação do enfermeiro com outros profissionais da equipe de saúde.

Como acontece?

Quais profissionais?

3. Ações educativas com os clientes hospitalizados e seus cuidadores conforme demanda específica.

4. Capacitação em cuidados paliativos com equipe de enfermagem.

Como?

Com quem?

APÊNDICE C

INSTRUMENTO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Data:
Nome Fictício:
Sexo: F () M ()
Idade: 20-30 () 31 – 40 () 41-50 () 51-60 ()
Religião
Tempo de formação:
Tempo de atuação no hospital geral:
Setor de atuação
Turno de Trabalho: Diarista () Plantonista dia () Plantonista noite ()
Possui algum tipo de especialização em cuidados paliativos? S () N () Qual?
<ol style="list-style-type: none"> 1. O que você sabe sobre cuidados paliativos? 2. Como você desenvolve o seu trabalho no contexto da internação hospitalar para atender as necessidades dos clientes em cuidados paliativos internados no seu setor de trabalho? 3. A forma como acontece o cuidado de enfermagem aqui vai ao encontro que você considera importante? Se não, por quê? 4. Na sua avaliação, como você considera o cuidado de enfermagem prestado aqui? Por quê? 5. Quais modificações que você propõe para melhorar a prática de enfermagem?

APÊNDICE D

CRONOGRAMA DO ESTUDO

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES	2012		2013		2014
	1° SEM.	2° SEM.	1° SEM.	2° SEM.	Jan/Fev
Revisão do projeto de pesquisa					
Levantamento Bibliográfico					
Envio ao Comitê de Ética em Pesquisa					
Coleta e tratamento dos dados					
Análise e discussão dos resultados					
Qualificação do projeto					
Revisão e digitação final					
Defesa do relatório final					

ANEXOS

Anexo A – Aprovação do Projeto de Pesquisa

Dados do Projeto de Pesquisa

Título da Pesquisa: Cuidados paliativos no hospital geral: o saber-fazer de enfermagem.

Pesquisador: Ana Luísa Teixeira da Costa Durante

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 12586513.6.0000.5285

Submetido em: 15/04/2013

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Situação: Aprovado

Localização atual do Projeto: Pesquisador Responsável

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Anexo B – Autorização da Divisão de Enfermagem

Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2013.

De: Enf. Ana Luisa Durante

Para: Divisão de Enfermagem do Hospital Federal de Bonsucesso (HFB)

Assunto: Solicitação de autorização para pesquisa

Ilma Sr^o. Fátima Ottoni,

Diretora de Enfermagem do HFB,

Eu Ana Luísa Teixeira da Costa Durante, portadora do RG12836420-5 DIC-RJ, responsável principal pelo projeto de pesquisa intitulado “Cuidados paliativos no hospital geral: o saber-fazer de enfermagem”, estudo desenvolvido junto ao curso de mestrado em enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), venho pelo presente solicitar, através da Divisão de Enfermagem do Hospital Federal de Bonsucesso, autorização para realizar a pesquisa na unidade de internação adulto deste hospital. Este estudo tem os seguintes objetivos: identificar atos e ações dos enfermeiros prestados aos pacientes em cuidados paliativos internados em um hospital geral e discutir as implicações dos atos e ações dos enfermeiros para saber-fazer de enfermagem relacionado aos pacientes em cuidados paliativos internados no hospital geral.

Solicito também autorização para ter acesso, junto à chefia de enfermagem da unidade de internação hospitalar, à escala dos enfermeiros que atuam na unidade de internação do referido hospital com o objetivo de agendar as entrevistas e então viabilizar a pesquisa.

Este projeto será primeiramente submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa para obtenção do parecer consubstanciado.

Atenciosamente,

Ana Luisa Durante
Enfermeira
COREN 147804



Ana Luísa Teixeira da Costa Durante

Dados para contato: Ana Luisa Durante

Telefone: (21) 99534969

Email: aninha_durante@yahoo.com.br

Ciente e de acordo:

Marly da Silva

Enf.^a COREN-RJ 11960

Matr. SIAPE 0626408

Substituta da Diretora de Divisão de Enfermagem

Divisão de Enfermagem do Hospital Federal de Bonsucesso

Anexo C – Autorização da Chefia da Unidade de Internação

Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2013.

De: Enf. Ana Luisa Durante
Para: Chefia de Enfermagem da Unidade de Internação do HFB
Assunto: Solicitação de autorização para pesquisa

Ilma Sr^o. Cindi Mendes,

Chefe de enfermagem da Internação hospitalar do HFB,

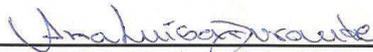
Eu Ana Luísa Teixeira da Costa Durante, portadora do RG12836420-5 DIC-RJ, responsável principal pelo projeto de pesquisa intitulado “ Cuidados paliativos no hospital geral: o saber-fazer de enfermagem”, estudo desenvolvido junto ao curso de mestrado em enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), venho pelo presente solicitar, através da Chefia de Enfermagem da unidade de internação hospitalar do Hospital Federal de Bonsucesso, autorização para realizar a pesquisa na unidade de internação adulto deste hospital. Este estudo tem os seguintes objetivos: identificar atos e ações dos enfermeiros prestados aos pacientes em cuidados paliativos internados em um hospital geral e discutir as implicações dos atos e ações dos enfermeiros para saber-fazer de enfermagem relacionado aos pacientes em cuidados paliativos internados no hospital geral.

Solicito também autorização para ter acesso a escala dos enfermeiros que atuam na unidade de internação do referido hospital com o objetivo de agendar as entrevistas e então viabilizar a pesquisa.

Este projeto será primeiramente submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa para obtenção do parecer consubstanciado.

Atenciosamente,

Ana Luísa Durante
 Enfermeira
 COREN 14780



Ana Luísa Teixeira da Costa Durante

Dados para contato: Ana Luisa Durante
 Telefone: (21) 99534969
 Email: aninha_durante@yahoo.com.br

Ciente e de acordo:

Cindi Cristine Mendes de Moraes
 Chefe de Enfermagem da
 Unidade de Internação
 Matr.: SIA 1535592

Chefia de Enfermagem da Unidade de Internação Hospitalar do Hospital Federal de Bonsucesso