

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

GIOVANA GUIMARÃES OLIVEIRA

**CUIDADOS PALIATIVOS NO SETOR DE ONCOLOGIA EM UMA
INSTITUIÇÃO HOSPITALAR EM LINHARES-ES: PERCEPÇÕES NO
MANEJO DA ASSISTÊNCIA DE UMA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR**

VITÓRIA

2022

GIOVANA GUIMARÃES OLIVEIRA

**CUIDADOS PALIATIVOS NO SETOR DE ONCOLOGIA EM UMA INSTITUIÇÃO
HOSPITALAR EM LINHARES-ES: PERCEPÇÕES NO MANEJO DA
ASSISTÊNCIA DE UMA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR**

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Política Públicas e Desenvolvimento local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Tassiane Cristina Morais

Área de concentração: Políticas Públicas, Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local

Linha de pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais

VITÓRIA
2022

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

O48c Oliveira, Giovana Guimarães
Cuidados paliativos no Setor de Oncologia em uma instituição
hospitalar em Linhares – ES : percepções no manejo da assistência de
uma equipe multidisciplinar / Giovana Guimarães Oliveira. - 2023.
75 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Tassiane Cristina Moraes

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local –
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória,
EMESCAM, 2023.

1. Oncologia. 2. Paciente terminal - câncer. 3. Cuidados paliativos. 4.
Serviços hospitalares – Linhares (ES). I. Moraes, Tassiane Cristina. II.
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória,
EMESCAM. III. Título.

CDD 362.196994

GIOVANA GUIMARÃES OLIVEIRA

**CUIDADOS PALIATIVOS NO SETOR DE ONCOLOGIA EM UMA
INSTITUIÇÃO HOSPITALAR EM LINHARES-ES: PERCEPÇÕES NO
MANEJO DA ASSISTÊNCIA DE UMA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 25 de novembro de 2022.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Tassiane Cristina Moraes
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM
Orientadora



Prof. Dr. Alan Patricio da Silva
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM
Membro Titular Interno



Prof. Dr. Mauro José de Deus Moraes
FSM Cajazeiras – Faculdade de Santa Maria
UFAC - Universidade Federal do Acre
Membro Titular Externo

Às pessoas que se disponibilizaram a participar deste estudo, que com paciência e carinho aceitaram dividir suas vivências, dificuldades, angústias e sofrimentos enquanto profissionais de saúde.

Aos meus pais e marido que sempre me apoiaram em todas as etapas e decisões da minha vida.

Aos pacientes oncológicos que foram o motivo do meu despertar para esse estudo.

Agradeço a Deus em primeiro lugar que fez com que meus objetivos fossem alcançados, durante todos os meus anos de estudos, permitido que eu tivesse saúde e determinação para não desanimar durante a realização deste trabalho, pela minha vida, e por me permitir ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo da realização deste trabalho.

Agradeço ao meu esposo, minha mãe, irmãos e filhos, por todo o apoio e pela ajuda, que me incentivaram nos momentos difíceis e compreenderam a minha ausência enquanto eu me dedicava à realização dessa pesquisa. Aos amigos que sempre estiveram ao meu lado, pela amizade incondicional e pelo apoio demonstrado ao longo de todo o período de tempo em que me dediquei a pesquisa.

À instituição de ensino Emescam, essencial no meu processo de formação profissional, pela dedicação, e por tudo o que aprendi ao longo de desses anos.

Agradeço aos professores Carlota, Ítalla, pelas correções e ensinamentos que me permitiram apresentar um melhor desempenho no meu processo de pesquisadora, por todos os conselhos, pela ajuda e pela paciência com a qual guiaram o meu aprendizado e em especial, a minha orientadora Tassiane Cristina Moraes, por ter sido minha orientadora e ter desempenhado tal função com dedicação, e aos meus colegas do programa de mestrado obrigado pela amizade.

Agradeço a Direção e instituição da Fundação Hospital Rio Doce, Direção e Coordenação do setor de Oncologia e Coordenação de enfermagem obrigado pela disponibilização de estatísticas que foram de grande utilidade para a elaboração desta pesquisa científica com o fornecimento de dados e materiais que foram fundamentais para o desenvolvimento da pesquisa, que possibilitou a realização deste trabalho, agradeço a todos os médicos, enfermeiros, assistente sociais, farmacêuticos, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem, que aceitaram participar do questionário da pesquisa, que muito contribuíram para a realização deste trabalho, por vocês todo meu respeito e gratidão.

Agradeço a todos aqueles que contribuíram, de alguma forma, para a realização deste trabalho, todos que participaram, direta ou indiretamente do desenvolvimento desta

pesquisa, enriquecendo o meu processo de aprendizado, agradeço às pessoas com quem convivi ao longo dos dois anos, que me incentivaram e que certamente tiveram impacto na minha formação como mestre, gratidão.

“Com toda certeza posso garantir que não sou mais a mesma pessoa que fui antes de ingressar no programa de mestrado”.

Escolhi os plantões, porque sei que o
escuro da noite amedronta os enfermos.
Escolhi estar presente na dor porque já
estive muito perto do sofrimento.
Escolhi servir ao próximo porque sei que
todos nós um dia precisamos de ajuda.
Escolhi o branco porque quero transmitir
paz.
Escolhi estudar métodos de trabalho
porque os livros são fonte saber.
Escolhi ser Enfermeira porque amo e
respeito à vida!

Florence Nightingale

RESUMO

Introdução: O câncer tem um forte impacto sobre os indivíduos acometidos, levando em conta fatores psicoemocionais e familiares, e dispor de uma equipe estritamente capacitada para o manejo desses pacientes é de suma importância para uma sobrevida considerável no setor de oncologia. **Objetivo:** Analisar o conhecimento e percepções de uma equipe multiprofissional sobre cuidado paliativo no setor de oncologia de uma instituição hospitalar. **Método:** Foi realizado um estudo do tipo transversal, em um Hospital de Linhares, Espírito Santo, sendo a população de estudo constituída por 62 profissionais, e da equipe multiprofissional do setor de oncologia, sendo composta por: médicos, enfermeiros, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista; farmacêutico e técnicos. As variáveis foram expressas em frequências absolutas e relativas. O projeto possui aprovação do comitê de ética em pesquisa. **Resultados:** Observou-se que é importante o conhecimento dos profissionais sobre os cuidados paliativos e o apoio espiritual e familiar, os princípios éticos, o processo de adoecimento e morte, assim, notou-se que 79,03% dos entrevistados não receberam informação suficiente durante a formação sobre o controle de sintomas mais comuns em pacientes em cuidados paliativos. Outro destaque é o fato de que 66,13% alegaram que não aprenderam durante a formação ferramentas de comunicação e postura para dar más notícias aos pacientes e familiares. **Conclusão:** Os profissionais possuem conhecimento sobre cuidados paliativos, entretanto, ações são necessárias para aprimorar o conhecimento específico sobre o tema, tanto no âmbito laboral, e especialmente durante sua formação.

Palavras-chave: Oncologia. Paciente terminal. Cuidados paliativos.

ABSTRACT

Introduction: Cancer has a strong impact on affected individuals, considering psycho-emotional and family factors, and having a strictly trained team to manage these patients is of paramount importance for considerable survival in the oncology sector.

Objective: To analyze the knowledge and perceptions of a multidisciplinary team on palliative care in the oncology sector of a hospital institution. **Method:** A cross-sectional

study was carried out in a Hospital in Linhares, Espírito Santo, with the study population consisting of 62 professionals, and the multidisciplinary team of the oncology sector, comprising: physicians, nurses, psychologist, social assistant, a physiotherapist, a nutritionist; pharmacist and technicians. Variables were expressed in absolute and relative frequencies. The project is approved by the research ethics committee.

Results: It was observed that the knowledge of professionals about palliative care and spiritual and family support, ethical principles, the process of illness and death is important, thus, it was noted that 79.03% of respondents did not receive enough information during training on the control of the most common symptoms in patients in palliative care. Another highlight is the fact that 66.13% claimed that they did not learn communication and posture tools during training to give bad news to patients and family members. **Conclusion:** Professionals have knowledge about palliative care, however, actions are needed to improve specific knowledge on the subject, both in the workplace and especially during their training.

Keywords: Oncology. Terminal patient. Palliative care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Variáveis SociodemográficaVariáveis demográficas dos profissionais pesquisados	36
Tabela 2 - Conhecimentos sobre Cuidados Paliativos	37
Tabela 3 - Percepções sobre Cuidados Paliativos	39
Tabela 4 - Percepção dos entrevistados sobre a dor	42
Tabela 5 – Percepção dos entrevistados sobre a morte. sobre Morte	43

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Percepção dos profissionais sobre cuidados paliativos	38
Figura 2. Comunicação com o paciente e as terapias como auxílio no tratamento oncológico.	41

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS.....	16
2.1 OBJETIVO GERAL	16
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
3.1. CÂNCER E SAÚDE PÚBLICA.....	17
3.2. CUIDADOS PALIATIVOS.....	21
3.3. CÂNCER E A HUMANIZAÇÃO DE ENFERMAGEM	25
4. MÉTODO.....	33
4.1. TIPO DE PESQUISA.....	33
4.2. LOCAL DE ESTUDO	33
4.3. POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	33
4.3.1. Critério de inclusão	34
4.3.2. Critério de exclusão.....	35
4.4. COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS DE PESQUISA	35
4.5. ANÁLISE DOS DADOS.....	35
4.6. ASPECTOS ÉTICOS.....	35
5. RESULTADO	36
5.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA POPULAÇÃO ESTUDADA.....	36
6.DISSCUSSÃO	44
7.CONCLUSÃO	52
REFERÊNCIAS.....	53
ANEXO I – QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA.....	62
ANEXO II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	67
ANEXO III - CARTA DE ANUÊNCIA.....	70
ANEXO IV – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	71

1. INTRODUÇÃO

A morte é uma experiência humana universal. Embora seja um fenômeno natural, morte e morrer são mais do que eventos biológicos, possuem dimensão social, filosófica, antropológica, espiritual, religiosa, psicológica e pedagógica. Muitos são os questionamentos, desde tempos imemoriais e, em todas as culturas, sobre o seu significado e o que acontece quando morremos. A morte ainda é um acontecimento que causa temor com o qual temos que conviver, sejam pacientes ou familiares. Morrer atualmente tornou-se algo desolador, triste e, sobretudo, solitário, mecânico e desumano, pois o indivíduo, ao deixar seus familiares, seu lar e seus pertences, se sente em uma situação de abandono (KÜBLER-ROSS, 1998).

O câncer, em sua diversidade de tipologia, tem sido uma das doenças com elevado índice de mortalidade, causada pela multiplicação anormal das células da mama, que forma um tumor maligno. Pode surgir em qualquer parte do corpo, entretanto, alguns órgãos podem ser mais afetados com maior ou menor agressividade da doença. Para o triênio 2023-2025 a estimativa é de 704 mil casos novos de câncer. Uma das patologias de maior incidência de morte, excluindo o câncer de pele não melanoma, a incidência foi 17% (185,61) maior em homens do que em mulheres, com 154,08 (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2022). Quando o paciente é diagnosticado com câncer ocorre um misto de transformações, mudanças emocionais, físicas e sociais acabam por serem inevitáveis (ALCANTARA; SANT'ANNA; SOUZA, 2013).

Considerado um problema de saúde pública, cerca de 50% de novos casos de câncer são diagnosticados a cada ano segundo dados da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (BRASIL, 2006). O câncer traz o estigma de dor e mortalidade, causando um grande temor na população mundial (ALMEIDA et al., 2006). Paciente oncológico em estado terminal são indicados a receber cuidados paliativos (CP) que dá ênfase à dor e ao sofrimento do paciente, alcança as dimensões física, psíquica, social e espiritual (PESSINI; BERTACHINI, 2004). Com o passar dos anos, o estigma de ser uma doença com impossibilidade de cura, foi diminuindo, com o avanço da tecnologia, as possibilidades de cura foram aumentando ao longo dos anos, a reabilitação vem sendo utilizada em grande escala, possibilitando o retorno desses

pacientes a suas tarefas cotidianas (CAETANO; GRADIM; SANTOS, 2009).

Os avanços no cuidado de pacientes com câncer é uma realidade, dentre eles se destaca o cuidado paliativo oncológico que exerce grande impacto no paciente, na família e até nos profissionais de saúde envolvidos no cuidado. Objetiva promover a melhoria da sua qualidade de vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais e psicológicos que eventualmente ocorrem durante o tratamento (CAETANO; GRADIM; SANTOS, 2009). Doenças prolongadas e/ou terminais, de modo geral, afetam a família e nesse caso, aos pacientes é recomendado o tratamento paliativo. O cuidado paliativo, segundo Matsumoto (2013, p. 15) visa promover a qualidade de vida de “pacientes, familiares, prevenir e aliviar o sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza biofísica, psicossocial e espiritual”.

Por mais comum que seja a morte, nenhum paciente em estado terminal, assim, como sua família estão preparados para lidar com a situação e os cuidados paliativos auxiliam a encerrar o ciclo de sua vida com mais conforto, qualidade de vida menos sofrimento. O cuidado paliativo que não tem foco na cura e sim em melhorar as condições e a qualidade de vida do doente, tendo como eixo central prevenir e aliviar o sofrimento das partes envolvidas no processo. “Se apresentam como uma forma inovadora de assistência na área da saúde e vêm ganhando espaço no Brasil [...]” (GOMES; OTHERO, 2016, p. 3).

O conceito paliativo envolve muitos elementos que partem o que se considera evidente, destinado (paciente com câncer avançado, doente terminal, família, criança, idoso, pais em luto), promovido, relacionado e finitude. Por definição, cuidados paliativos estão associados a elementos que podem melhorar a qualidade de vida do paciente, além de “proporcionar conforto, compreendido como humanização, apoio à família, bem-estar do enfermo, atendimento de suas necessidades, assistência e capacidade de manter ou restaurar o bem-estar subjetivo”, desde que seja desenvolvido por equipes capacitadas (DARONCO et al., 2014, p. 3).

O ser humano tem consciência de que a vida tem começo, meio e fim e nesse percurso as doenças podem surgir e cuidados médicos serão necessários e a

assistência de enfermagem é fundamental. O câncer pode levar o paciente a viver em estado terminal, com vida prolongada, assim, o cuidado paliativo traz em seu princípio promover a qualidade de vida, bem-estar, conforto, orientação à família em como viver bem o tempo que ainda resta ao paciente. Observa-se a relevância do desenvolvimento de estudo nesta temática, por isto o objetivo da pesquisa é analisar o conhecimento e percepções de uma equipe multiprofissional sobre cuidado paliativo no setor de oncologia de uma instituição hospitalar. Entretanto, apesar da boa estrutura organizacional dos serviços de saúde que presta aos usuários, a cidade de Linhares-ES possui um programa de cuidados paliativos no setor de oncologia da maior instituição hospitalar local. Mesmo com essa deficiência, desenvolve ações de conscientização, por exemplo, sobre os cânceres bucal e de pele.

A relevância do estudo está no fato ainda de mostrar que no campo da ciência a expectativa é contribuir com novas pesquisas no campo da saúde, enfermagem, oncologia e proporcionar mais conhecimento e informações aos profissionais da área. Também espera-se estimular e motivar novas pesquisas e aquisição de mais conhecimento sobre os benefícios e vantagens de um programa de cuidado paliativo para pacientes oncológicos e suas famílias, bem como ampliar e atualizar o conhecimento dos profissionais que atuam na área. Diante da problematização do tema e da justificativa do estudo, foi elaborado o seguinte questionamento: Qual o conhecimento e as percepções de uma equipe multiprofissional sobre cuidado paliativo no setor de oncologia de uma instituição hospitalar? Partimos do pressuposto de que esse conhecimento poderá ser utilizado como norteador de Políticas Públicas que visem a implantação de um serviço de cuidados paliativos, fornecendo assim subsídios para a efetivação do serviço melhoria da qualidade da assistência prestada no setor de oncologia.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o conhecimento e percepções de uma equipe multiprofissional sobre cuidado paliativo no setor de oncologia de uma instituição hospitalar.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a população estudada de acordo com as características sociodemográficas, formação acadêmica, função e religião;
- Descrever as o conhecimento dos profissionais sobre os cuidados paliativos apoio espiritual e familiar, princípios éticos, processo de adoecimento e morte;
- Descrever as percepções do profissional quanto as suas atribuições laborais perante seu papel no tratamento paliativo dos profissionais da área da saúde;
- Descrever os benefícios do cuidado paliativo.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. CÂNCER E SAÚDE PÚBLICA

Historicamente, o câncer se constituiu num problema de saúde pública para todo o mundo, caracterizado como uma doença com localizações e aspectos clínico-patológicos múltiplos, que pode ser detectada em vários estágios de evolução histopatológica e clínica (GOMES, et al., 2010). O termo câncer tem origem no latim e faz referência ao caranguejo, cuja característica é a fixação de seus membros inferiores na areia como forma de se proteger, dificultando a sua remoção (ALMEIDA et al., 2006).

O índice de mortalidade por câncer tem crescido nas últimas décadas, impondo ao ser humano o pensar sobre a morte, que é o fim da vida, mas final entendido como meta alcançada, plenitude almejada e lugar do verdadeiro nascimento. Apesar de trazer muito medo e insegurança, morrer é um processo natural e com o avanço da medicina tende-se a ser prorrogada (BRASIL, 2009; BOFF, 1985).

A terminalidade da vida, de acordo com Gutierrez (2001), ocorre quando se esgotam as possibilidades de cura de uma determinada doença e a morte se torna inevitável. Nesse momento crítico é importante o cuidado humanizado ao paciente terminal e seus familiares. Para Maciel (2008) é importante amenizar o sofrimento que precede a morte, oferecendo cuidados paliativos a pacientes e familiares que se deparam com a ameaça à continuidade da vida.

Têm se intensificado ultimamente os estudos sobre o cuidar do paciente em estado terminal, quando a doença não responde mais ao tratamento curativo. Falar sobre cuidados paliativos é não ter intenção curativa. Esse tratamento tem por objetivo “melhorar a qualidade de vida do paciente quanto à doença grave oncológica, buscando promover o controle de sintomas, oferecer suporte psicossocial e espiritual desde o diagnóstico até sua morte” (SOUSA, CARPIGANI, 2010, p.2).

O câncer é considerado um grande problema de saúde pública, e segundo o Instituto

Nacional do Câncer estima-se para o ano de 2013, 518.510 novos casos no Brasil. Os tipos de câncer mais diagnosticados são pele (134 mil novos casos), próstata (60 mil), mama feminina (53 mil), cólon e reto (30 mil), pulmão (27 mil), estômago (20 mil) e colo de útero (18 mil) (ROSAS, et al., 2013).

O conhecimento do percurso histórico do tratamento do câncer no Brasil é importante, pois o convívio com a doença vem permitindo o desenvolvimento de técnicas e métodos para o aprimoramento das ações de acompanhamento e sobrevida de pacientes oncológicos, sem as quais não seria possível o combate precoce da doença, ou o desenvolvimento de campanhas educativas (GOMES, et al., 2010).

Atualmente o câncer é uma doença crônica que provoca grande transtorno, dor e sofrimento ao paciente e seus familiares. Essa doença tem acometido grande número de pessoas em todas as faixas etárias, e por ser ativa, progressiva e ameaçadora, pode levar à morte, causar sentimentos de medo, insegurança e não aceitação. Caracterizado pela multiplicação desordenada de células, o câncer invade tecidos e órgãos, podendo se espalhar por todo o corpo (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007).

As ações de controle tratam de iniciativas para prevenção da doença, das formas de detecção precoce e rastreamento do câncer, das linhas de cuidado integral e tratamento, formação e educação permanente em oncologia. Um dos grandes problemas apontados pelo levantamento, de acordo com Barreto (2005) e Kroeft (2007), é que no Brasil, geralmente os tumores são diagnosticados em estágio avançado.

Aproximadamente 75% da população é tratada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que é organizado em 276 centros regionais de referência responsáveis pelo diagnóstico, estadiamento e tratamento. De acordo com o relatório de 2009 do Banco Mundial, 9,0% do produto interno bruto (PIB) do Brasil é gasto em saúde, e 45,7% deste montante é destinado à saúde pública (ROSAS, et al., 2013).

O tratamento pode ser curativo ou paliativo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em conceito definido em 1990 e atualizado em 2002, Cuidado Paliativo é a assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, identificação precoce, avaliação

impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (INCA, 2015). Em 2009, o Brasil gastou aproximadamente US\$734 por pessoa, um valor substancialmente inferior aos gastos nos EUA (US\$ 7410) e Reino Unido (US\$ 3285) (ROSAS, et al., 2013).

Nas fases iniciais do câncer, o tratamento geralmente é agressivo, com objetivo de cura ou remissão, e isso é compartilhado com o doente e sua família de maneira otimista. Quando a doença já se apresenta em estágio avançado ou evolui para esta condição mesmo durante o tratamento com intenção curativa, a abordagem paliativa deve entrar em cena no manejo dos sintomas de difícil controle e de alguns aspectos psicossociais associados à doença. Na fase terminal, em que o paciente tem pouco tempo de vida, o tratamento paliativo se impõe para, através de seus procedimentos, garantir qualidade de vida (INCA, 2015).

O corpo humano é constituído por trilhões de células vivas e normais, num ciclo onde se dividem, amadurecem e depois morrem de forma ordenada, tendo esse processo renovado a cada ciclo. Nos primeiros anos de vida do ser humano, esse processo de divisão celular ocorre mais acelerado de forma que venha permitir o desenvolvimento da pessoa, e quando chega à fase adulta, o processo sofre uma modificação, fazendo com que as células se dividam somente com função de substituição e reparação, tanto das células que sofreram desgaste natural como as células que morreram (BRASIL, 2010).

Diversas alterações em seu material genético, transformam a célula normal em uma célula cancerosa. Os genes supressores do tumor são afetados e com isso as células passam a dividir e proliferar sem controle, de forma autônoma, "altera-se a regulação normal e as células passam a se dividir de forma autônoma, a crescer desordenadamente e a acumular células alteradas que formarão o tumor" (BETTONI 2008, p. 15).

Essas células cancerosas são conhecidas por serem bastante organizadas e se dividirem bem mais rápido quando comparado às células normais, e com isso formam um tumor, caracterizado por uma massa de tecido sobrepostas uma sobre a outra (ALMEIDA et al., 2006). Também considerada como doença genética, o câncer tem a capacidade de transmitir as suas características fenotípicas para as células-filhas,

através de lesões acumuladas no Ácido Desoxirribonucleico (DNA) (BETTONI 2008).

Essa evolução de uma célula normal para uma célula anormal, que irá se transformar em um tumor maligno pode levar vários anos. Esse processo é dividido por estádios onde se consegue descrever a amplitude e a gravidade do câncer, tendo como estágio inicial um tumor maligno pequeno e estágio avançado que pode se alastrar para demais partes do causando metástases (BRASIL, 2010). O diagnóstico tardio da doença, em conjunto com a demora em iniciar o tratamento da doença, pode diminuir consideravelmente a possibilidade de cura do câncer, ocasionando a morte do paciente muito das vezes (SILVA; CRUZ, 2008).

Atualmente o câncer é uma doença crônica que provoca grande transtorno, dor e sofrimento ao paciente e seus familiares. Essa doença tem acometido grande número de pessoas em todas as faixas etárias, e por ser ativa, progressiva e ameaçadora, pode levar à morte, causar sentimentos de medo, insegurança e não aceitação. Caracterizado pela multiplicação desordenada de células, invade tecidos e órgãos, podendo se espalhar por todo o corpo (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007).

O índice de mortalidade por câncer tem crescido nas últimas décadas, impondo ao ser humano o pensar sobre a morte, que é o fim da vida, mas final entendido como meta alcançada, plenitude almejada e lugar do verdadeiro nascimento. Apesar de trazer muito medo e insegurança, morrer é um processo natural e com o avanço da medicina tende-se a ser prorrogada (BRASIL, 2009; BOFF, 1985).

O câncer é uma patologia de grande incidência e para o ano de 2008 calculou-se que ocorreriam cerca de 12 milhões de casos novos e sete milhões de óbitos no mundo. Estima-se que para os anos de 2010 e 2011 ocorrerão 489.270 novos casos de câncer de todos os tipos no Brasil. Os mais comuns, exceto o de pele do tipo não melanoma, são os cânceres de próstata e pulmão para o sexo masculino e os de mama e colo do útero para o feminino. Santos, Lattaro e Almeida (2011) destacam que segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), o câncer é segunda causa de morte por doenças no Brasil. Em 2020, no mundo o número de novos casos anuais estimados é de aproximadamente 15 milhões. Cerca de 60% desses, ocorrerão em países em desenvolvimento (BRASIL, 2008, 2009).

É importante frisar, considerando os elevados índices de mortalidade decorrente do

câncer que no final do século XIX, a morte foi excluída do saber médico, exceto em casos de medicina legal, e passou a ser considerada como um fracasso da ciência, no entanto, recentes investigações tentam reintroduzi-la nos estudos médicos. A dignidade da morte exige que seja reconhecida, não apenas como um estado real, mas como um acontecimento essencial que não pode ser escamoteado (SANTOS, 2007).

O índice de mortalidade por câncer tem crescido nas últimas décadas, impondo ao ser humano o pensar sobre a morte, que é o fim da vida, mas final entendido como meta alcançada, plenitude almejada e lugar do verdadeiro nascimento. Apesar de trazer muito medo e insegurança, morrer é um processo natural e com o avanço da medicina tende-se a ser prorrogada (BRASIL, 2009; BOFF, 1985).

Entretanto, Klüber-Ross (1998) ressalta que além de sofrerem com as consequências da evolução da doença oncológica, como paralisação dos órgãos e sistemas orgânicos, as pessoas adoecidas ainda enfrentam o isolamento e solidão; muitos morrem sozinhos, num ambiente estranho, com pessoas desconhecidas, cercados por aparelhos e ruídos que não lhe são familiares. Esse contexto evidencia a importância e objetividade do cuidado paliativo.

3.2. CUIDADOS PALIATIVOS

A abordagem do CP é voltada para o ser humano em sua integralidade e necessidade de intervenção em sintomas de natureza física, social, emocional e espiritual transformam a prática dos cuidados. Complementando, Gomes e Othero 2016, p. 4) destacam o conceito mais atual de cuidados paliativos apresentado pela OMS:

Cuidados Paliativos são uma abordagem para melhoria da qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentem uma doença ameaçadora da vida, através da prevenção e do alívio do sofrimento, através da identificação precoce e impecável avaliação e tratamento da dor e outros problemas, físicos, psicossociais e espirituais.

Um estudo sobre o índice de qualidade de morte, acessibilidade e qualidade de cuidados paliativos, entre 80 países, publicado na revista “The Economist Intelligence Unit (2015)”, classificou o Brasil em 42ª posição, atrás de países com PIB muito menor, tais como: Costa Rica, Jordânia, África do Sul, Cuba, Mongólia e Uganda.

Esse dado reforça a necessidade de implementação deste tipo de serviço no Brasil, que dentre outras questões, a capacitação de equipes torna-se fundamental.

Os cuidados paliativos são ações multiprofissionais que têm a meta de efetuar o controle dos sintomas do corpo, da mente, do espírito e do social, que afligem o homem na sua finitude, isto é, quando a morte se aproxima e se estende após o óbito com o atendimento ao luto dos familiares. A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) ressalta que a filosofia paliativista começou na antiguidade e tendo como primeira definição o cuidar. Gomez et al. (2019) destacam que ao longo das Cruzadas, por volta do ano de 1090, esses abrigos cresceram em número, eram administrados por religiosos católicos romanos e no início do século XIV, a ordem dos Cavaleiros Hospitalários de São João de Jerusalém abriu o primeiro "hospício" para os muito doentes (GOMEZ et al., 2019).

Cuidado paliativo é uma filosofia de cuidar com o objetivo de prevenir e aliviar o sofrimento humano em suas várias dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais e proporcionar aos pacientes e familiares melhor qualidade de vida. Segundo Bushatsky et al., (2012), o termo CP é utilizado para descrever a atividade das equipes que cuidam dos pacientes diagnosticados como fora de possibilidade terapêutica.

No cenário brasileiro, iniciativas isoladas e discussões a respeito do CP são encontradas desde os anos 70. Em 1990, a OMS tornou legal a definição de cuidados paliativos, que foi estabelecida no Brasil pela Lei nº 10.424/2002 acrescentando um capítulo na Lei nº 8.080/1990 dispondo sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organizando o funcionamento de serviços correspondentes, regulamentando a assistência domiciliar no SUS (BRASIL, 2002). Ainda é muito pequeno o número de serviços que oferecem atenção baseadas em critérios científicos e de qualidade. Em 2009, pela primeira vez na história da medicina no Brasil, o CFM incluiu em seu código de Ética Médica, o cuidado paliativo como princípio fundamental (ANCP, 2012).

Os critérios de recomendação estabelecidos para os cuidados paliativos consideram a possibilidade de indicação àqueles pacientes que esgotaram todas as possibilidades de tratamento de manutenção ou prolongamento da vida, que optam por manutenção

de conforto e dignidade da vida. O cuidado paliativo é um conceito que envolve muitos elementos que partem o que se considera evidente, destinado (paciente com câncer avançado, doente terminal, família, criança, idoso, pais em luto), promovido, relacionado e finitude. Entretanto, entre essa aceitação e a efetivação do luto, o caminho é cerceado de imprevistos e questões que já partem do diagnóstico, início de toda luta, angústia e sofrimento (MARKUS et al., 2017).

Os cuidados paliativos têm se tornado cada vez mais necessário, isto porque as causas de doenças de longos processos de tratamento e diante da ineficácia dos medicamentos, causam enorme sofrimento, tanto ao paciente quanto aos seus familiares. A palição ganha expressão e importância para o doente à medida que o tratamento modificador da doença (em busca da cura) perde sua efetividade. Na fase final da vida são impetuosos e perduram no período de luto, de forma individualizada. De acordo com a ANCP (2012), a OMS desenhou um modelo de intervenção em Cuidados Paliativos no qual as ações paliativas iniciam no momento do diagnóstico e se desenvolve, conjuntamente, com as terapêuticas capazes de modificar o curso da doença.

A saúde quando afetada por uma patologia incurável é uma situação complexa para o paciente e as pessoas ao seu redor. Entre as doenças crônicas degenerativas, o Silva e Hortanelli (20226, p. 7) ressaltam que o câncer é uma das que traz mais “transtorno aos indivíduos e seus familiares. Sofrimentos de diversas dimensões acometem tanto os portadores da doença como seus familiares. Entender o impacto do câncer nos indivíduos é essencial para estabelecer cuidados”.

Nessa perspectiva, Ferreira, Souza e Stuchi (2008, p. 34) ao abordarem os cuidados paliativos enfatizaram “o envolvimento da família é primordial, retomando o sentido de que esta exerce um importante papel no crescimento e desenvolvimento dos indivíduos e na recuperação da saúde”.

O respeito aos pacientes portadores de câncer se constrói lentamente, e se busca através de uma relação de equilíbrio durante todo o processo de tratamento. O doente deve ser visto, no processo de trabalho, como um sujeito que não se limita apenas a um leito e a uma patologia (GOMES et al., 2010).

O cuidar dos pacientes oncológicos terminais na sua totalidade dá ênfase à dor e ao

sofrimento do paciente, alcançando todas as dimensões: física, psíquica, social e espiritual (PESSINI; BERTACHINI, 2004).

Os cuidados paliativos ministrados a esses pacientes não abreviam e nem prolongam a morte, eles aliviam a dor e o sofrimento, proporcionando melhor qualidade de vida, até que aconteça de forma natural. Tais cuidados se iniciam com o diagnóstico da doença e se estendem até o luto é necessária uma equipe multiprofissional qualificada, com preparo suficiente para que haja interação e muita dedicação aos pacientes para alcançar os resultados (BRASIL, 2008).

Na prática do cuidado paliativo, torna-se parte da rotina a comunicação de más notícias, sendo necessário o treinamento de todos os profissionais envolvidos nesse contexto, sabendo que a forma em que a notícia é transmitida é fator crucial para o enfrentamento da doença.

A comunicação não verbal (aquela que não utiliza as palavras) é também um componente essencial em todo esse processo, e que às vezes o profissional não dá a devida importância, sendo que na maioria das vezes vai além e permite uma maior percepção e compreensão de sentimentos, dúvidas e angústias do paciente por meio de olhares e linguagem não simbólica - sinais típicos de quem está vivenciando um processo que não possui perspectiva de cura (BASTOS et al., 2017).

O câncer é uma patologia de grande incidência e para o ano de 2008 calculou-se que ocorreriam cerca de 12 milhões de casos novos e sete milhões de óbitos no mundo. Estima-se que para os anos de 2010 e 2011 ocorrerão 489.270 novos casos de câncer de todos os tipos no Brasil. Os mais comuns, exceto o de pele do tipo não melanoma, são os cânceres de próstata e pulmão para o sexo masculino e os de mama e colo do útero para o feminino (BRASIL, 2008).

Segundo Bushatsky, et al. (2012) o termo “Cuidados Paliativos” é utilizado para descrever a atividade das equipes que cuidam dos pacientes diagnosticados como fora de possibilidade terapêutica. “Das doenças crônicas degenerativas, o câncer é uma das que mais trazem transtorno aos indivíduos e seus familiares. Sofrimentos de diversas dimensões acometem tanto os portadores da doença como seus familiares. Entender o impacto do câncer nos indivíduos é essencial para estabelecer cuidados” (SILVA, HORTANELL, 2006, p. 7).

Por fim, “ao abordar sobre cuidados paliativos, o envolvimento da família é primordial, retomando o sentido de que esta exerce um importante papel no crescimento e desenvolvimento dos indivíduos e na recuperação da saúde” (FERREIRA, SOUZA, STUCHI, 2008, p. 34).

3.3 CÂNCER E A HUMANIZAÇÃO DE ENFERMAGEM

O papel do enfermeiro envolve o esclarecimento sobre os problemas apresentados em relação ao estágio atual da doença e o de sistematizar junto ao cuidador a melhor estratégia para enfrentá-los.

O profissional da saúde, ao receber o paciente, deve fazê-lo humanamente, com calor, identificando-se com sua dor, isto é, compaixão; oferecer-lhe segurança; olhar e permitir ser olhado, ouvir e permitir ser ouvido, sem julgamentos nem agressões. Tal mudança de cultura só será alcançada por uma busca honestíssima. Primeiro, de si mesmo e do entendimento de seus limites e depois do fortalecimento do sentimento fraternal (CANDIA, 2013).

De acordo com o compromisso da pessoa em ser solidária com o próximo, torna-se possível realizar com maior prazer e humanização o cuidado familiar, assim, essa pessoa manifesta um "estado de cuidado", que pode ser de mera ocupação ou pode ir além, passando a ser "preocupação", o que pressupõe uma abertura existencial para esse mundo cheio de possibilidades nos quais todos vivem.

Observa-se que a questão do cuidado humano é exercitada, vivida e sentida no interior de cada um, envolvem atos, princípios, valores, ética que devem fazer parte de nosso cotidiano. O valor em si, não depende de grupos sociais, culturais, regiões, épocas históricas, mas quando aplicados a pessoas, ou grupos, tem um enfoque diferente, seria o valor da importância na dinâmica do agir humano (CANDIA, 2013).

Em se tratando do relacionamento entre os profissionais de saúde e o paciente, é relevante destacar o fato de que a humanização está vinculada aos direitos humanos, é um princípio que deve ser aplicado a qualquer aspecto do cuidado. Na assistência humanizada o usuário participa das tomadas de decisões quanto ao tratamento tendo sua autonomia preservada. Na relação profissional - paciente, o profissional deve

valorizar a efetividade e a sensibilidade como elementos necessários ao cuidado, é preciso que haja um encontro entre pessoas, compartilhando saber, poder e experiência vivida, mantendo relações éticas e solidárias (BENEVIDES; PASSOS, 2005; CAMPOS, 2005).

Fica claro que os enfermeiros devem ser atuantes no processo ensino-aprendizagem, atuando não só na administração das atividades, mas sim estar em constante interação com o meio cuidar/cuidado, extraíndo elementos, contribuindo e melhor identificando soluções para os problemas, e através de seu conhecimento, desenvolver a humanização (CANDIA, 2016).

Humanização em saúde caracteriza-se como um movimento no sentido da concretização dos princípios do SUS no dia-a-dia dos serviços. Humanizar em saúde é atender as necessidades do outro com responsabilidade, levando em conta seus desejos e interesses, envolve valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, estabelecendo vínculos solidários, participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão. Humanização é o processo de produção de saúde proporcionando um atendimento integral ao usuário (SILVA, 2008).

Atualmente, os avanços tecnológicos nas biociências têm favorecido a sobrevivência dos pacientes com câncer, e com isso há um aumento do número de internações hospitalares de pacientes com câncer em fase terminal, fora de possibilidade de cura. No Brasil, o câncer é a segunda causa de morte na população, representando quase 17% dos óbitos de causa conhecida (BRASIL, 2010).

O cuidado de enfermagem tem seus fundamentos na filosofia, que responde à grande questão existencial do homem, tendo a ética, numa abordagem epidemiológica, efetivamente comprometida com a emancipação humana (GOMES, et al., 2010).

Com base nas contribuições de Boff (2005), considera-se o cuidado de modo integral e holístico, envolvendo ações de prevenção e recuperação de doenças e ações de promoção e proteção da saúde, pois o cuidado humanizado faz a diferença na recuperação do paciente. Estudos sobre a ética do cuidado e sobre o cuidar em oncologia atestam que a enfermagem, desde a sua origem, tem no cuidado seu princípio de atuação.

Segundo Recco e colaboradores (2005), a enfermagem se preocupa com o cuidado da pessoa em diferentes situações relacionadas à saúde. Numa perspectiva interdisciplinar, enquanto a medicina está envolvida com a cura do paciente, a enfermagem está voltada para a assistência do paciente em todas as dimensões.

O paciente fora de possibilidade de cura exige da equipe de profissionais, principalmente da Enfermagem, não só habilidade técnica para realizar cuidados físicos, mas habilidade para o cuidado emocional pautada na ética e na humanização (PINTO, 2011).

Esse cuidado inclui papéis significativos na educação para saúde e na prevenção de doenças. No caso específico do paciente com câncer, cuidar implica não só conhecer a patologia, mas também saber lidar com o paciente através da escuta qualificada de suas queixas clínicas, na execução de ações eficazes, de caráter ativo, preventivo e de suporte (RECCO, et al., 2005).

Esse contexto reforça um aspecto primordial: a educação em saúde que implica em ampliação do conhecimento prático e teórico que visam proporcionar melhorias e motivar, no comportamento profissional, assistência e atendimento ao paciente mudança de atitudes. De acordo com Oliveira e Gonçalves (2014, p. 1) a educação em saúde:

Tem relação com a aprendizagem, desenhada para alcançar a saúde, torna-se necessário que esta seja voltada a atender a população de acordo com sua realidade, porque provocar conflito nos indivíduos, criar oportunidade da pessoa pensar e repensar a sua cultura, e ele próprio transformar a sua realidade.

Aconselhamentos interpessoais ou impessoais são os meios pelos quais se processa a educação em saúde. Os aconselhamentos interpessoais ocorrem nos consultórios, escolas de modo mais direto e próximo do indivíduo. Por outro lado, o impessoal se realiza pela mídia visando atrair o maior número possível de pessoas. Salsi et al. (2013, p. 2) a complexidade que há no tema educação e saúde em função das “diversas dimensões: política, filosófica, social, religiosa, cultural e envolver aspectos práticos e teóricos do indivíduo, grupo, comunidade e sociedade”.

Devido à complexidade e diversidade, a educação permanente em saúde se torna um requisito profissional, levando em conta que estes profissionais desempenham

atividades nas quais é preciso atenção integral a saúde, aprimoramento do conhecimento e de suas técnicas para qualificar a assistência prestada aos pacientes. Em termos de Brasil, a educação tem um longo caminho a percorrer e grandes desafios a vencer (SALSI et al., 2013).

Devido ao despreparo da família e sofrimento do paciente diante da dor intensa, fadiga e outros sintomas angustiantes, estas mortes acabam acontecendo no hospital (PINTO, 2011). Estudos têm constatado que a morte é vista como inimiga, sinônimo de fracasso, provoca sentimento de culpa, tristeza e impotência, o que muitas vezes faz com que o profissional da saúde utilize mecanismos de defesa como distanciamento do doente, atitudes automatizadas e contenção dos próprios sentimentos (RUEDEL; BECK; SILVA; LISBOA, 2010).

O enfrentamento da morte depende de fatores sociais, culturais e espirituais, assim como da qualidade dos cuidados que, muitas vezes, está relacionada aos custos econômicos, acessibilidade e comunicação paciente-equipe de saúde (SANTOS; PAGLIUCA; FERNANDES, 2007).

Para Boff (2005), o cuidado constitui a categoria matricial do novo paradigma da civilização que emerge na contemporaneidade. Com base nas suas contribuições, pode-se afirmar que o “*ethos*” que ama se completa no “*ethos*” que cuida. Coerentemente, cuidar em enfermagem, na concepção de Boff (2005,) implica envia esforços para proteger, promover e preservar a vida, consequentemente, ajudar pessoas a encontrarem significado na doença, no sofrimento, como também, na vida, em geral.

As ações de enfermagem fazem parte da assistência de enfermagem; percebem que este é quem tem preparo e conhecimento para fazer essas atividades, e que são através destas ações que esse profissional garante qualidade no atendimento ao cliente. Porém, contraditoriamente, dizem que o enfermeiro realiza demasiadamente funções administrativas em detrimento das assistenciais; desvinculando as atividades administrativas das assistenciais (BERNADES, NAKAO e ÉVORA, 2000).

Para Silva e colaboradores (2005), no campo da enfermagem, o cuidado se revela na sua dimensionalidade moral, ética, ambiental, cultural, política e econômica. No dizer da autora, a busca de produção e conhecimento sobre o cuidado em enfermagem

compreende entender a ação de cuidar como arte e ciência (SILVA et al., 2005).

A preservação da qualidade de vida do paciente ganha prioridade sobre a preservação da vida, com valorização do cuidado emocional, traduzido em empatia, manifesta pelo saber ouvir, tocar e falar olhando nos olhos do paciente, com o objetivo de promover conforto e bem-estar do paciente e família até os momentos finais da vida do doente. Esta modalidade de cuidado é denominada de cuidados paliativos (PIMENTA, 2010).

Hoje, os cuidados paliativos constituem um desafio para as instituições e profissionais da saúde. Estes cuidados devem ser prestados por uma equipe multiprofissional, com objetivos bem definidos e com competência para atender as reais necessidades, quer sejam físicas, afetivas, emocionais, psicológicas ou espirituais da unidade paciente/família (MORAES, 2009).

Morte e óbito são termos utilizados para fenômeno natural do cessar permanente das atividades biológicas necessárias para a manutenção da vida de um determinado organismo. Bee (1997), conceitua a morte de uma maneira mais cultural, pela qual a mesma pode acometer a qualquer um, durante todo o seu trajeto de vida, mas no mundo moderno isso normalmente ocorre no fim da vida adulta.

Para Eizirik (2001, p. 192), “A morte representa, essencialmente, o poder sobre o qual não temos nenhum controle, invisível, intangível, indomável, desconhecido”. Esse grande temor se deve ao fato de não termos dia e hora pré-definidos para este encontro e nem definições de como ocorrerá esse fatídico momento, sendo para nós, algo desconhecido.

Ribeiro (2008), fala a respeito da importância do profissional se comprometer com o momento da morte e desenvolver ações para uma assistência completa, o cuidado não pode ser apenas durante a vida, é preciso que seja visto de forma integral.

Se, naturalmente na vida de qualquer pessoa, questiona-se sobre a morte, agora como Enfermeiro que precisam lidar diariamente com tal fato, surge assim, o questionamento do que fazer neste momento único de partida do paciente (EIZIRIK, 2001).

Neto (2008), afirma que é de fundamental importância que os profissionais se capacitem de maneira eficiente durante o período que passam pela graduação, para

se preparar para as situações que vão se deparar de perda e luto, evitando assim maior sofrimento e um aprendizado superficial.

A caracterização das atividades e das responsabilidades do enfermeiro fica indefinida sob o olhar da clientela. O cliente não consegue identificar o papel do enfermeiro, embora saiba que a função da enfermagem é prestar cuidados. A postura tênue, com a qual o enfermeiro aborda o paciente, revelada por uma comunicação genérica e informal, dificulta ainda mais a configuração de uma imagem definida pelo cliente sobre o papel do enfermeiro (CALDONHA et al., 2002).

O cuidado holístico, na perspectiva de Waldow (2005 e 2008), implica acolhimento e confiança, estabelecimento de vínculos e atitudes de compaixão. Muitas vezes, o profissional da saúde não oferece esse tipo de apoio por falta de conhecimento de ações do cuidado, que envolve as dimensões física, psicológica, cultural, social, cognitiva e humanística.

Para Carvalho e colaboradores (2002), o cuidado inclui atribuições técnicas, mas, acima de tudo, pressupõe a capacidade de compreender o ser humano, perceber como ele está em seu mundo e como desenvolve sua identidade e constrói sua própria história de vida.

Os cuidados prestados ao paciente fora de possibilidade de cura, para a Organização Mundial de Saúde (OMS), visam à promoção de conforto e bem-estar, e são basicamente voltados para higiene, alimentação, curativos e cuidados gerais, assim como para a atenção à analgesia, para o alívio do sofrimento ou dor, a estes se acrescenta o cuidado emocional e espiritual que implica em amparar, apoiar e confortar a unidade paciente/família desde a descoberta do câncer avançado, tornando o profissional ainda mais presente no processo de terminalidade e depois, durante o período de luto (NADER; HANNA; SILVA, 2010).

O que se observou é que o alívio da dor é, atualmente, visto como um direito humano básico e, portanto, trata-se não apenas de uma questão clínica, mas também de uma situação ética e humanizada que envolve o trabalho de todos os profissionais de saúde (BRASIL, 2008).

As intervenções de enfermagem, principalmente na situação de cuidados a pacientes

fora de possibilidade terapêutica, devem ser traçadas objetivando proporcionar uma experiência menos dolorosa também à família, com cuidado especial na transmissão da notícia da morte e no preparo do ambiente, garantindo a privacidade e respeito ao tempo necessário para a despedida do doente (POLES; BOUSSO, 2006).

Ao se tratar do paciente oncológico em fase avançada, o profissional enfrenta um grande desgaste emocional pelo contexto do trabalho, que envolve o controle da própria ansiedade e da depressão acompanhado do sofrimento e morte do ser cuidado (VENEGAS; ALVARADO, 2010).

Cuidar de pacientes fora de possibilidade de cura é vivenciar e compartilhar momentos de amor e compaixão, aprendendo que é possível proporcionar o morrer com dignidade; é garantir aos pacientes a certeza de não estarem sozinhos no momento da morte; é oferecer cuidado integral e atenção humanística associada à batalha do controle dos sintomas; é contribuir para que a sociedade perceba que é possível desassociar a morte e o morrer do medo e da dor (NADER; HANNA; SILVA, 2010).

O enfermeiro deve estar disponível para atender o paciente no que diz respeito aos exames e procedimentos de enfermagem a serem realizados. É seu dever garantir proteção para o paciente que tenha autonomia reduzida. Além disso, o profissional da enfermagem como técnico da área, deverá dar o consentimento para a realização dos procedimentos previstos, garantindo uma relação humana no atendimento de saúde (GOMES, et al., 2010).

Para Boff (2005), esse apoio e acompanhamento devem abranger diferentes dimensões: a física, a emocional, a cultural, a ético-religiosa e a técnica.

Torna-se importante ainda salientar que cuidar em oncologia implica lidar com o humano em situação de fragilidade, envolve uma relação de afetividade revestida de grande complexidade, requerendo do profissional uma competência que supera a esfera técnico-científica (GOMES, et al., 2010).

Por esses motivos, Popim e Boemer (2005) recomendam o uso de estratégias que minimizem o desgaste a que é submetido esse profissional no acompanhamento de pacientes oncológicos.

Salomé et al. (2009), também fala a respeito da grande impotência dos profissionais

que lidam com a morte, os mesmos normalmente não conseguem se habituar e compartilhar sua tristeza, devido ao envolvimento com os pacientes e o grande esforço para salva-los, que muitas vezes deixa o sentimento de não ter cumprido o objetivo que é “salvar vidas”.

Segundo Barbosa et al. (2011), frequentemente os profissionais de saúde não estão preparados para lidar com o processo de morte e morrer. E essa falta de preparo na formação profissional de certa forma prejudica o lidar com a situação de morte dos pacientes, confirmando assim a hipótese levantada a respeito do assunto. Ainda cita que “A formação profissional não privilegia o fortalecimento emocional dos profissionais de saúde”. A formação principalmente da Enfermagem ainda é fragmentada, voltada apenas para o cuidar.

Kovács (2005, p. 495), “fala a respeito da grande importância de se educar para a morte, que é de fundamental importância para a formação dos profissionais de saúde, podendo assim aprender a lidar com a situação”.

Portanto, assim como foi concluído por Oliveira (2009), constatamos em nossa pesquisa que, a formação técnica e a graduação em si não estão ofertando um preparo profissional que vise a reflexões e discussões sobre o tema morte. Este assunto ainda é retratado com deficiência, muitas vezes de forma superficial.

4. MÉTODO

4.1 TIPO DE PESQUISA

Foi realizado um estudo do tipo transversal com entrevistas, via questionário semiestruturado, a profissionais de uma equipe multidisciplinar que atuam na assistência de pacientes oncológicos em cuidados paliativos em uma instituição de saúde do município de Linhares, Espírito Santo (ES), Brasil.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado no setor de oncologia de uma unidade hospitalar localizada no município de Linhares-ES.

A Região de Linhares, num processo percebido, em termos de Espírito Santo, apenas na Região de Vitória, tem-se mostrado como polo atrativo de população, nos anos 1960 e 1980, quando as demais regiões sofreram forte evasão populacional devido, em parte, ao programa de erradicação dos cafezais improdutivos. Apesar disso, a Região não apresenta ainda maiores níveis de urbanização, embora possua altas taxas de crescimento urbano, só superadas pela Região de Vitória. O Município de Linhares tem apresentado aumentos populacionais tanto na área rural, quanto na urbana (LINHARES, 2022).

A população do Município apresentou um aumento significativo no período 40/50, quando a taxa de crescimento foi de 14,3% a.a; passando a apresentar um crescimento de 5,0% a.a durante o período 50/60/70 e um aumento de 4,6% a.a. no período 70/80. Deve-se esclarecer, entretanto, que quanto à situação atual, o quadro populacional apresenta-se bastante confuso, pois o Censo Escolar/PSE-1977 registrou para o Município uma população de 93.867 habitantes, e uma estimativa por expansão de amostra, realizada pela Fundação Jones dos Santos Neves, para 1979, no trabalho Localização e Dimensionamento da Rede Escolar chegou-se a uma população de 121.462 habitantes (LINHARES, 2022).

A Secretaria Municipal de Saúde de Linhares (Semus) é responsável pelo atendimento integral da saúde de seus cidadãos. Por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) as famílias do município passaram a ter mais acesso, maior garantia de continuidade das ações, maior assistência e acompanhamento na área da saúde, contribuindo para maior controle das doenças e agravos (LINHARES, 2022).

A Semus sempre promove a capacitação, treinamento, aperfeiçoamento e especialização dos profissionais da área a fim de melhorar a qualidade e o atendimento à saúde. O município possui atualmente 37 Unidades de saúde para atender toda população da região.

O Hospital Rio Doce é uma instituição filantrópica mantida pela Fundação Beneficente Rio Doce (FNRD) instituído em 1966, o então prefeito Senatillo Perin viu, na obra de uma maternidade edificada pelo seu antecessor Antenor Elias, a possibilidade de torná-la um Hospital Geral. Em 1970, por meio da Lei 529 doou o “prédio da Maternidade Carmosina Elias, com equipamentos e mobiliários, dando-lhe a formatação jurídica de Fundação para que seu funcionamento fosse autogerenciável. Nesse contexto, ampliou seu espaço físico, constituiu seus instrumentos legais e, em 26 de julho de 1969, inaugurou o novo hospital (HOSPITAL RIO DOCE, 2021).

4.3. POPULAÇÃO DE ESTUDO

oncológicos e em outros setores no geral, a equipe multiprofissional do setor de oncologia é composta por 13 médicos; 19 enfermeiros; quatro (4) assistentes sociais; três (3) fisioterapeutas; três (3) farmacêuticos e 20 técnicos.

4.3.1. Critérios de inclusão

Foram incluídos os profissionais maiores de dezoito anos lotados sendo 62 no setor de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon); 74 no Pronto Atendimento; 97 na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e 86 no setor de internação oncológica do hospital.

4.3.2. Critérios de exclusão

Foram excluídos os profissionais que estavam de férias, licença médica ou afastados do serviço por quaisquer outras razões.

4.4. COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS DE PESQUISA

O instrumento para coleta de dados (Anexo I) foi um roteiro estruturado com 33 questões para identificar as informações sociodemográficas, formação acadêmica, conceito e princípios dos cuidados paliativos, atribuições dos profissionais da área da saúde e benefícios dos cuidados paliativos.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram tabulados em planilha de Microsoft Excel® e para melhor visualização os resultados foram apresentados em gráficos e tabelas, com as variáveis foram ilustradas em frequência absoluta (n) e relativa (%). Foram consideradas diferenças significativas quando $p < 0,05$.

4.6. ASPECTOS ÉTICOS

Os profissionais foram convidados a participar do estudo livre de coação e/ou conflito de interesses e deram o aceite via assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo II). A pesquisa foi autorizada pela instituição a partir da assinatura da Carta de Anuência assinada pelo responsável técnico da instituição, cenário do presente estudo (Anexo III). Foram seguidos todos os aspectos éticos vigentes estando em consonância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória- EMESCAM sob o parecer número 5.004.636 (Anexo V).

5 RESULTADO

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA POPULAÇÃO ESTUDADA

As variáveis sociodemográficas dos entrevistados foram descritas na Tabela 1.

Tabela 1 - Variáveis demográficas dos profissionais pesquisados.

Variáveis sociodemográficas	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Faixa etária (em anos)		
20 a 29	15	24,19
30 a 39	29	46,78
40 a 49	17	27,42
50 a 59	1	1,61
Sexo		
Masculino	13	20,80
Feminino	49	79,20
Estado Civil		
Solteiro	24	38,71
Casado ou União estável	34	54,84
Divorciado	3	4,84
Viúvo	1	1,61
Religião		
Agnóstico	2	3,23
Católico	33	53,23
Evangélico	20	32,25
Outro	11,29	
Formação Acadêmica		
Ensino Médio	19	30,65
Ensino Superior	39	62,9
Pós-Graduação Lato Sensu	3	4,84
Residência Multiprofissional	1	1,61
Função/Profissão:		
Assistente Social	4	6,45
Enfermeiro	19	30,64
Farmacêutico	3	4,84
Fisioterapeuta	3	4,84
Médico	13	20,97
Técnico de Enfermagem	20	32,26
	62	100,00

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Observou-se que em relação à faixa etária dos entrevistados, a maioria, 46,78% estão na faixa etária entre 30-39 anos; a maior parte dos entrevistados, 79,20 são do sexo feminino; 54,84%, a maioria é casada ou vive em união estável. A religião predominante é católica com 53,23%. 62,65% são profissionais com curso superior e apenas um está na condição de residência multiprofissional. Quanto à função exercida, 32,26% são técnicos de enfermagem.

Os conhecimentos sobre cuidados paliativos dos entrevistados foram ilustrados na Tabela 2.

Tabela 2 –Quantificação do conhecimentos dos pesquisados sobre cuidados paliativos.

Conhecimento sobre cuidados paliativos	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Recebeu informação suficiente durante a formação sobre o controle de sintomas mais comuns em pacientes em cuidados paliativos		
Não	49	79,03
Sim	13	20,97
Aprendeu durante a formação ferramentas de comunicação e postura para dar más notícias aos pacientes e familiares		
Não	41	66,13
Sim	21	33,87
Conhece a definição da Organização Mundial de Saúde para Cuidados Paliativos		
Não	25	40,32
Sim	37	59,68
Tem conhecimento sobre o seu papel no tratamento paliativo, como profissional da saúde na sua área específica de atuação		
Não	8	12,90
Sim	54	87,10
É necessário melhorar meu conhecimento no tratamento de pacientes classificados como cuidados paliativos oncológico		
Não	1	1,61
Sim	61	98,39
	62	100,00

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Em relação aos cuidados paliativos, os resultados ilustraram que quase 80% dos entrevistados não receberam informação suficiente durante a formação sobre o controle de sintomas mais comuns em pacientes em cuidados paliativos. Por sua vez, 66,13% alegaram que não aprenderam durante a formação ferramentas de comunicação e postura para dar más notícias aos pacientes e familiares.

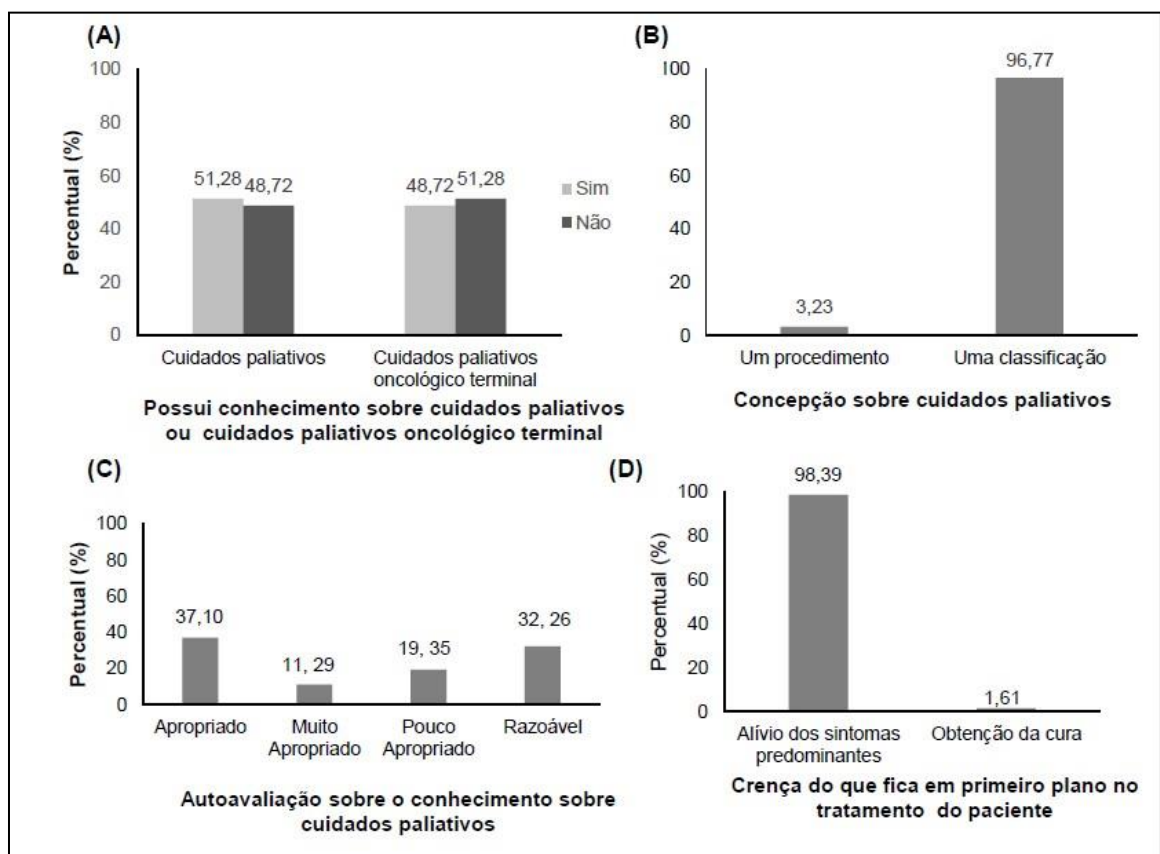
Constatou-se que 59,68% dos entrevistados afirmaram que conhecem a definição da

Organização Mundial de Saúde para Cuidados Paliativos; 87,10% disseram ter conhecimento sobre o seu papel no tratamento paliativo, como profissional da saúde na sua área específica de atuação.

Para 98,39% dos entrevistados é necessário melhorar o conhecimento no tratamento de pacientes classificados como cuidados paliativos oncológico.

As distribuições dos profissionais de saúde sobre o entendimento sobre cuidados paliativos (A), a concepção sobre cuidados paliativos (B), a autoclassificação sobre os conhecimentos que possui a cerca de cuidados paliativos (C) e a crença do que fica em primeiro plano no tratamento do paciente em cuidados paliativos (D), serão apresentadas na Figura 1.

Figura 1 –Percepção dos profissionais sobre cuidados paliativos.



Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Observou-se que a maioria declarou ter conhecimento sobre cuidado paliativos, sendo que o mesmo número de participantes declarou que não possuiu conhecimento sobre cuidados paliativos oncológicos (Figura 1A). A maioria declarou que possui concepção de que cuidados paliativos se trata de uma classificação (Figura 1B), 37,10%

alegaram que possui um conhecimento apropriado sobre o assunto, assim como acreditam que o alívio dos sintomas fica em primeiro plano no tratamento do paciente (Figura 1C). Quanto a crença do que fica em primeiro lugar, 98,39% consideraram o alívio dos sintomas predominantes (Figura 1D).

As percepções dos entrevistados sobre os cuidados paliativos foram evidenciadas na Tabela 3.

Tabela 3 – Percepção entrevistados sobre cuidados paliativos.

Percepções sobre cuidados paliativos	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Os cuidados paliativos são reconhecidos como um elemento essencial dos cuidados de saúde com os doentes na fase final da vida		
Não	7	11,29
Sim	55	88,71
Acredito que através das condutas do cuidado paliativo é possível promover, tanto quanto possível e até ao fim, o bem-estar e a qualidade de vida do doente		
Não	3	14,52
Sim	59	85,48
Pauta as condutas na abordagem paliativista		
Não	21	33,87
Sim	41	66,13
Utiliza escalas para avaliar pacientes paliativo oncológico		
Não	45	72,58
Sim	17	27,42
Conhece alguma escala para avaliação de paciente para classificação de paliativatividade		
Não	37	59,67
Sim	25	36,23
Acredita que quando se determina que a possibilidade de cura não exista não há mais nada a fazer pelo doente		
Não	53	85,48
Sim	9	14,52
Acredita que as ações paliativas e ações curativas devem coexistir		
Não	4	6,45
Sim	58	93,55
Concorda com os princípios éticos de autonomia do paciente, justiça, beneficência e não maleficência		
Não	1	1,61
Sim	61	98,39
Como você se sente no processo de assistência do tratamento		
Inútil	1	1,61
Útil	50	80,65
Não sei responder	11	17,74
	62	100,00

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Em relação às percepções do cuidado paliativo constatou-se que a maioria reconhece que os cuidados paliativos são reconhecidos como um elemento essencial dos cuidados de saúde com os doentes na fase final da vida; assim como a maior parte dos entrevistados acreditam que através das condutas do cuidado paliativo é possível promover, tanto quanto possível e até ao fim, o bem-estar e a qualidade de vida do doente.

Evidenciou-se que menos da metade dos entrevistados não pautam suas condutas na abordagem paliativista; apenas 36,23% conhecem alguma escala para avaliação de paciente para classificação de paliatividade, além do mais, a minoria utiliza escalas para avaliar pacientes paliativo oncológico.

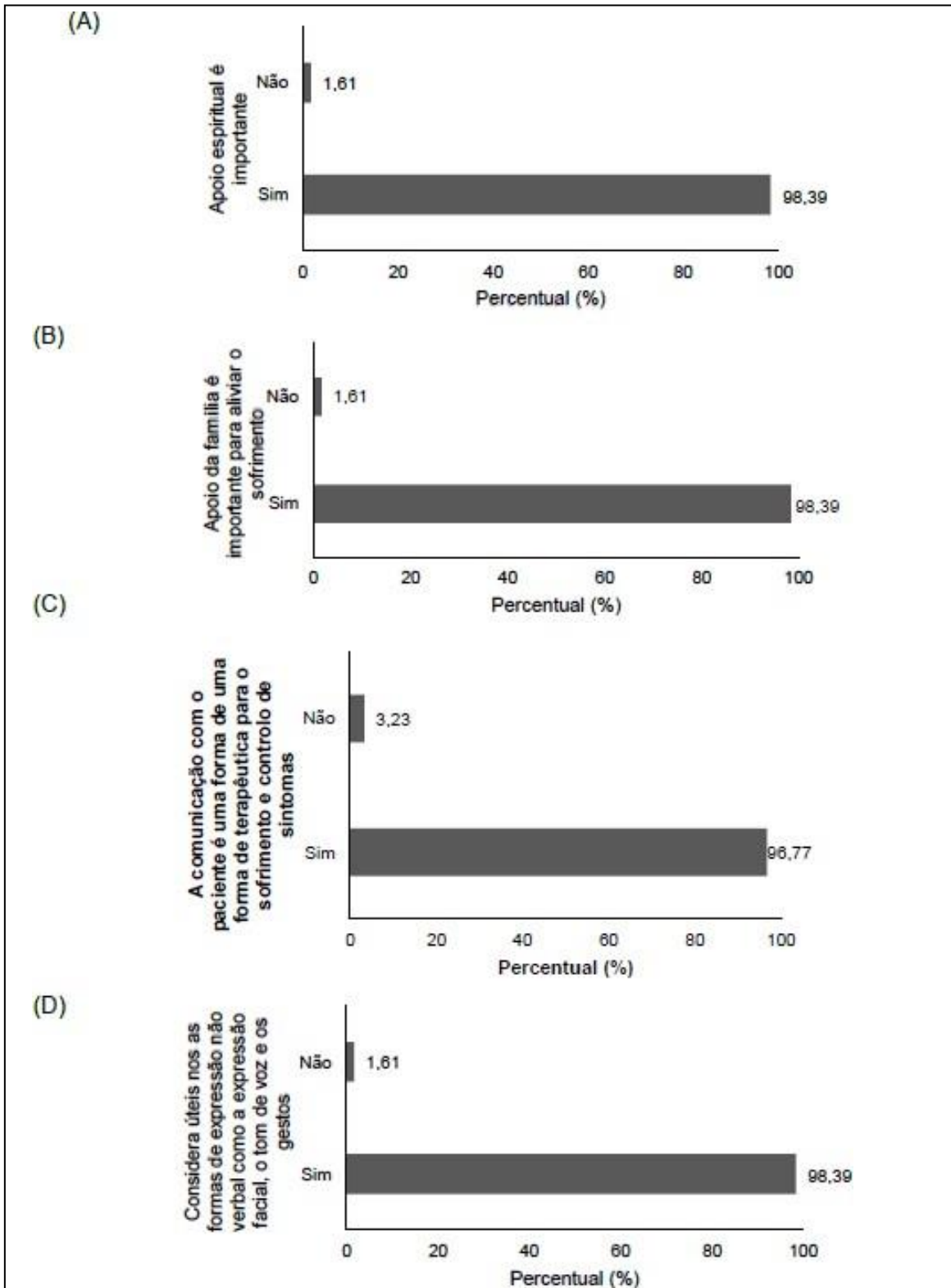
Ademais, destacou-se que a minoria dos entrevistados acredita que quando se determina que a possibilidade de cura não exista, não há mais nada a fazer. Ao serem perguntados se acreditam que as ações paliativas e ações curativas devem coexistir, verificou-se que mais de 90% disseram que sim.

Quando perguntados se concordam com os princípios éticos de autonomia do paciente, justiça, beneficência e não maleficência, quase todos afirmaram que sim, e, ao serem questionados sobre como você se sente no processo de assistência do tratamento, grande parte dos entrevistados disseram que se sentiam úteis.

A Figura 2 apresenta o entendimento dos entrevistados acerca de questões que permeiam as relações entre profissionais de saúde e paciente oncológico em tratamento paliativo e terapias como auxílio nesse processo que envolve apoio espiritual, familiar, comunicação e forma de expressão não verbal.

Os resultados estão apresentados na Figura 2 enfatizando o percentual de importância de cada contexto apresentado nas respectivas categorias.

Figura 2. Importância do apoio espiritual (A), apoio familiar (B), comunicação com o paciente (C) e forma de expressão não verbal (D).



Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Verificou-se que somente um dos pesquisados considera que o apoio espiritual não é importante, 98,39% disseram sim (Figura 2A). Para 98,39% é importante o apoio da

família (Figura 2 B). Para 96, 77% a comunicação com o paciente é uma forma de terapêutica para o sofrimento e controle de sintomas do paciente (Figura 2C). No entendimento de 98,39% são uteis as formas de expressão não verbal, facial, tom de voz e os gestos (Figura 2 D).

Outro questionamento junto aos entrevistados abordou a questão da dados, como mostra os resultados na Tabela 4.

Tabela 4 –Percepção dos entrevistados sobre a dor.

Percepções sobre dor	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
O alívio da dor, em cuidados paliativos, inclui apenas a medidas farmacológicas		
Não	57	91,94
Sim	5	8,06
Sente-se seguro para iniciar o manejo da analgesia em um paciente oncológico com dor		
Não	21	33,87
Sim	41	66,13
Conhece o mecanismo de ação dos antidepressivos no manejo da dor		
Não	27	43,55
Sim	35	56,45
Total	62	100,00

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Os resultados indicaram que 91,94% acreditam que o alívio da dor, em cuidados paliativos, não inclui apenas a medidas farmacológicas. 66,13% dos profissionais se sentem seguros para iniciar o manejo da analgesia em um paciente oncológico com dor. Quanto conhecer o mecanismo de ação dos antidepressivos no manejo da dor, 56,45% disseram que sim.

A morte desperta inúmeros sentimentos no ser humano: dor, perda, negação, sofrimento, entre outros. Nesse contexto, a pesquisa buscou identificar como os profissionais que atuam junto a paciente em estado terminal e que recebem cuidado paliativo foram questionados sobre sua percepção acerca da morte. Os resultados estão apresentados nas seguintes categorias: compreensão, proporcionar uma morte digna ao paciente, função do profissional da saúde no CP e assistência à família durante o luto, conforme apresentado na Tabela 5.

Tabela 5 –Percepção dos entrevistados sobre a morte.

Percepções sobre morte	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Compreensão sobre a morte		
Evento natural	49	79.03%
Momento de luto	8	12.90%
Momento de sofrimento	5	8.06%
Acredita que é possível proporcionar uma morte digna ao paciente		
Sim	62	100.00%
É função do profissional da saúde, nos cuidados paliativos, a assistência à família durante o luto		
Não	8	12.9
Sim	54	87,10
Total	62	100,00

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Sobre a compreensão, para 79,03% trata-se de um evento natural; 12,90% consideram um momento de luto e 8,06% disseram ser um momento de sofrimento. Quando perguntados se acreditam ser possível proporcionar uma morte digna ao paciente 100% disseram sim. E se é função do profissional da saúde nos cuidados paliativos, prestar assistência à família durante o luto, 87,10% disseram que sim.

6. DISCUSSÃO

O cuidado paliativo é essencial em pacientes com câncer terminal, a maioria dos profissionais atuantes em uma equipe multiprofissional apresentam conhecimento sobre o seu papel no tratamento paliativo de pacientes oncológicos, entretanto, ainda se faz necessários ações que possam contribuir com melhorias tanto no âmbito de ambiente de formação profissional, assim como nos serviços, visando melhorar a segurança do profissional quanto ao conhecimento do cuidado paliativo, reverberando na melhorias ao suporte ao paciente e família.

Guimarães e colaboradores (2016), a partir de uma pesquisa com levantamento de dados primários (entrevista), relatam que os profissionais da saúde que lidam diretamente com pacientes que apresentam neoplasias malignas devem se atentar à necessidade de controlar outros sintomas, como desconforto respiratório, disfagia e dificuldade de locomoção, que são fatores periódicos em pacientes em cuidados paliativos, levando em conta a progressão do quadro patológico ou mesmo os efeitos dos medicamentos.

A equipe de profissionais participantes do estudo foi composta por médicos, enfermeiros, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico e técnicos de enfermagem. Esses profissionais são de relevada importância dentro do cuidado paliativo. Esse tipo de cuidado terapêutico envolve uma equipe multidisciplinar adequadamente treinada, de forma a atender todas as necessidades e visando identificar os problemas do paciente, como físicos, psicológicos e sociais (SILVA et al., 2013).

O atendimento multiprofissional visa melhorar a qualidade de vida destes pacientes, assim como na proximidade da morte, permite um final digno. O Serviço de Atendimento envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação que também podem ser desenvolvidas em domicílio (HOL, 2018).

A atuação da equipe multiprofissional, mediante a um paciente em condições extremas, deve possuir ações profiláticas e de controles que possam contribuir para a avaliação diagnóstica no seu tratamento, reabilitação e no seu contato com os

familiares. As ações desta equipe podem estar embasadas no desenvolvimento de educações de saúde que favoreçam um maior entendimento dos familiares sobre a doença e os recursos que irão utilizar dentro do método paliativo, além de realizar reuniões com outros profissionais que participam do auxílio ao paciente em questão e, principalmente, sempre identificar incômodos nos paciente e familiar que possam afetar todo o processo realizado (SILVA, 2018).

Se tratando dos familiares, Fernandes et al., (2013, p. 6) ressaltam que:

Para a família, a fase terminal de um paciente é um momento de dor e, frequentemente, a aceitação dessa situação é difícil e dolorosa, principalmente, no processo de enlutamento, quando ao perceber que a morte do ente querido não traz somente saudades ou sentimento de incompletude, mas causa também incertezas do futuro. Porquanto, os enfermeiros devem promover os cuidados paliativos a essa família tanto no processo de finitude como no luto.

Segundo Fernandes (2013), a atuação da equipe multiprofissional que realiza nesses cuidados paliativos pode ser formada por médico, enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social, psicólogo, nutricionista, assistentes espirituais com possibilidade de acessar outros profissionais, quando necessário. O conjunto desses profissionais nessa atuação é importante para se ter uma visão de ambas as partes, para que tenham um olhar diferenciado de toda e qualquer situação que venha a surgir. O atendimento domiciliar é feito por uma equipe de campo que vai auxiliar e capacitar o familiar a ser cuidador, ensinando métodos e formas de amparar aquele enfermo em situações críticas.

No atual estudo verificou-se a maior prevalência de médicos e enfermeiros na equipe multiprofissional. No que tange os médicos, eles devem atuar em conjunto com o paciente, orientando sem coagir, mostrando-lhe os benefícios e as desvantagens de cada tratamento, de forma inteligível a seu entendimento. Agindo assim, este profissional se torna um facilitador para toda a equipe trabalhando de maneira a ajudar os familiares e o paciente terminal a exercer sua autonomia, o médico tem o papel determinante dentro do grupo e na coordenação da comunicação entre os profissionais envolvidos, o paciente e a família (HERMES; LAMARCA, 2013).

Portanto, para Burgos (2017), a medicina paliativa apresenta como função essencial cuidar dos pacientes cujos quais não obtém melhora no prognóstico da doença, tendo a necessidade de um preparo específico para gerar profissionais que se baseiam não

somente nos conceitos técnicos da profissão, mas também nos relatos sintomatológicos dos pacientes em estado terminal que temem a morte. Ademais, o autor explicita que é necessário a estruturação de materiais de cunho científico que abordem esse tema, para que seja otimizado o atendimento humanizado para com pacientes com câncer em estado terminal.

Os enfermeiros também apresentam papel fundamental em todo o processo. A assistência de enfermagem no modelo do cuidar em casos de cuidados paliativos oncológicos, passa por diversos pontos específicos vivenciados como: a avaliação e manejo da dor, possibilidades de cura, participação da família nesses cuidados paliativos, discussão de protocolos de pacientes com câncer e também a importância da espiritualidade (MARTINS, 2018).

O enfermeiro deve saber atrelar uma interação com o paciente e seus familiares compreendendo suas dificuldades e facilidades no modo como ampara este paciente. Este profissional tem a capacitação para atuar na área de cuidados paliativos, ele precisa saber orientar o paciente e a família nos cuidados a serem realizados, esclarecendo a medicação, e os procedimentos a serem realizados. O mesmo deve saber educar em saúde de maneira clara e objetiva, sendo prático em suas ações. Este profissional está nas categorias que mais se desgastam emocionalmente devido à constante interação com os pacientes enfermos, as constantes queixas, acompanhando de perto o sofrimento, dor, doença até seu leito de morte (CARDOSO, 2018).

Enfatiza-se que o cuidado paliativo ou paliativismo, como também é chamado, tem o objetivo de prevenir e aliviar o sofrimento desses pacientes que possuem essa doença progressiva e quase que irreversível, e auxiliar a promover uma melhor qualidade de vida do paciente e de sua família, gerando um maior conforto e tranquilidade (SILVA et al., 2013).

O cuidado paliativo não se caracteriza por apressar ou postergar a morte com práticas tecnologizadas, tratamentos caros e invasivos, mas de favorecer o alívio da dor e de outros sintomas angustiantes, oferecendo apoio à família durante o processo de doença e processo de morrer do paciente, com o objetivo de garantir qualidade de vida a ambos (MORAES, 2009).

De acordo com Melo et al., (2013), cuidados paliativos são representantes da filosofia no qual abrange não somente curar, e sim atender aos pacientes até o fim de suas vidas. E a partir desse conceito, foram criados novos campos (medicina paliativa) para realizar o controle das dores e alívio dos quadros sintomatológicos, sendo todos voltados proporcionalmente ao progresso da doença no paciente, tornando-se exclusivos até o fim da vida. No entanto, uma intervenção multidisciplinar com formação específica para realizar os cuidados paliativos se faz necessária, principalmente em pacientes com câncer terminal.

O conhecimento de cuidados paliativos é percebido pela maioria dos profissionais entrevistados, embora eles tenham conhecimento sobre o cuidado paliativo, houve um predomínio de profissionais que declararam que não receberam informações suficientes durante a formação sobre cuidados paliativos, inclusive ferramentas de comunicação e postura para dar más notícias e acreditam que é necessário ter mais conhecimento sobre cuidados paliativos oncológicos.

Neto (2008), afirma que é de fundamental importância que os profissionais se capacitem de maneira eficiente durante o período que passam pela graduação, para se preparar para as situações que vão se deparar de perda e luto, evitando assim maior sofrimento e um aprendizado superficial.

O paciente oncológico requer auxílio e cuidados específicos devido às decorrências da patologia por ser uma doença de maior complexidade, essa assistência acometida ao paciente deve ser bastante abrangente, através de um cuidar holístico, observando tanto os fatores físicos quanto psicológicos, já que essa patologia é uma das que mais causam dor, sofrimento, medo, ansiedade e estresse ao paciente, família e aos profissionais que cuidam de tais enfermos (THEOBALD et al., 2016).

No âmbito dos pacientes oncológicos é necessário também que os profissionais façam uma autoavaliação do conhecimento, principalmente, diante do fato de cuidar dos pacientes oncológicos terminais na sua totalidade, é necessário dar atenção à dor e ao sofrimento do paciente, alcançando durante a assistência todas as dimensões: física, psíquica, social e espiritual (PESSINI; BERTACHINI, 2004).

O cuidado aos pacientes terminais inclui atribuições técnicas, mas, acima de tudo, pressupõe a capacidade de compreender o ser humano, perceber como ele está em

seu mundo e como desenvolve sua identidade e constrói sua própria história de vida (CARVALHO et al.; 2002).

Neste contexto de cuidados paliativos, Bastos e colaboradores (2017), relatam que na prática, torna-se parte da rotina a comunicação de más notícias, sendo necessário o treinamento de todos os profissionais envolvidos nesse contexto, sabendo que a forma em que a notícia é transmitida é fator crucial para o enfrentamento da doença.

Durante a fase terminal, de acordo com Barreto (2005), os pacientes podem experimentar cinco etapas que caracterizam esse processo de morte: negação, cólera, barganha, depressão e aceitação. Porém esta fase é muito peculiar e individual, pois nem todos passam por todos estes estágios (SILVA et al., 2007).

A morte representa um assunto polêmico, segundo Eizirik (2001, p. 191) discutir o que “representa a morte e como as pessoas encaram a sua morte pode apresentar dificuldades por conter um significado subjacente: o de refletir sobre a nossa própria morte e sobre como será o nosso morrer”. Complementa ressaltando que as constantes discussões entre os profissionais de saúde sobre a temática, que se encontram diretamente ligados ao cuidar de pacientes que muitas vezes morrem sob seus cuidados. Sugere uma melhor elaboração desse assunto por meio de discussões para que, mesmo que indiretamente seja possível lidar melhor com a morte e sobre como será o nosso morrer.

Quintana e colaboradores (2010, p. 23), fala que: “a morte é uma das únicas certezas da vida, e deveria ser natural, no sentido de sua aceitabilidade, por ocorrer a todos os seres vivos e, logicamente, por ser parte integrante do ciclo vital humano”. É possível observar nesta passagem que principalmente para a Equipe de Enfermagem a morte deveria ser mais aceita, não gerando tantos transtornos diretos.

Entretanto, este também é um tema difícil para os profissionais, pois eles tomam para si a responsabilidade de curar, salvar e/ou aliviar a dor procurando sempre preservar a vida, pois a morte, para os profissionais de saúde, é vista como um fracasso por isso é sempre duramente combatida evitando-se assim ao máximo que se finalize a vida (SOUZA et al., 2006).

Dentro deste cenário de difícil manejo, considera-se que para o paciente a religião e o apoio familiar são medidas de enfrentamento que podem proporcionar benefícios ao indivíduo, estes fatores são reconhecidos pelos profissionais de saúde entrevistados.

Isso posto pode-se afirmar através das palavras de Waldow (2008) que o cuidado holístico, implica acolhimento e confiança, estabelecimento de vínculos e atitudes de compaixão. Muitas vezes, o profissional da saúde não oferece esse tipo de apoio por falta de conhecimento de ações do cuidado, que envolve as dimensões física, psicológica, cultural, social, cognitiva e humanística.

É fundamental que os profissionais de saúde tenham a percepção de que a religião é um elemento importante para os pacientes, pois segundo Mesquita e colaboradores (2013), em um estudo sobre a utilização do enfrentamento espiritual por pacientes com câncer, mostraram que mais de 90% dos pacientes consideravam a religião muito importante. Assim, pode-se inferir que a concepção do profissional sobre espiritualidade pode fortalecer o vínculo e a sensação de conexão do paciente, uma vez que ele entende que essa parte de sua vida também é importante para o profissional. Confiança, sensação de atenção às necessidades e valorização das prioridades são melhoradas na relação.

No que tange o apoio familiar, os achados deste estudo corroboram com resultados e com a literatura científica. É fundamental que os profissionais de saúde conheçam os cuidadores familiares, direta ou indiretamente envolvidos no cuidado pois eles exercem importante papel, inclusive no ambiente domiciliar (FREITAS; 2013).

Na visão de Ferreira, Souza, Stuchi (2008, p. 34) “o envolvimento da família é primordial, retomando o sentido de que esta exerce um importante papel no crescimento e desenvolvimento dos indivíduos e na recuperação da saúde”.

Hermes e Lamarca (2013) destacam o fato de que o familiar contribui para um maior conforto emocional e psicológico do seu ente querido durante o período da sua doença terminal; eles também exercem um importante papel no cuidado para que o paciente possa receber os cuidados paliativos em seu domicílio.

A orientação e apoio fornecido pela equipe de cuidados paliativos ao familiar/cuidador que exerce funções muitas vezes desconhecidas pela maioria deles, como: realização

de curativos, higiene, administração de algumas medicações, manejo de sondas e drenos, além de lidar com agravamento do quadro de saúde do seu ente e a possibilidade de morte. Essa realidade leva em consideração que o cuidado no domicílio é peculiar, principalmente na fase avançada da doença. Logo, essas atividades podem gerar desgastes emocionais, físicos, sociais e econômicos podendo levar até a depressão afetando a qualidade da sua vida (OLIVEIRA et al, 2017).

É importante enfatizar que “das doenças crônicas degenerativas, o câncer é uma das que mais trazem transtorno aos indivíduos e seus familiares. Sofrimentos de diversas dimensões acometem tanto os portadores da doença como seus familiares. Entender o impacto do câncer nos indivíduos é essencial para estabelecer cuidados”(SILVA, HORTANELL, 2006, p.7).

Outro ponto importante é a interação entre profissionais, com os pacientes ou familiares é importante saber escutar ativamente, observar a linguagem corporal, ouvir não só o que as pessoas estão dizendo, mas também como estão dizendo. Dessa maneira, é possível reconhecer as reais necessidades dos pacientes e familiares e cuidar de forma integral. Assim deve desenvolver assistência integral ao paciente e família por meio da escuta com objetivo de diminuir a ansiedade devido ao medo da doença no futuro (ALLEN; CROUCH; 2005).

Martins; Cardoso (2018) afirmam que então a partir disso, o cuidado do enfermeiro deve ser repassado com uma comunicação de forma simples, mas que alcance as inseguranças e dúvidas e também de forma acessível e de acordo com as características dos interlocutores. No cuidado ao paciente com câncer avançado, os familiares valorizam que esse cuidado sendo feito pela enfermagem seja realizado com bom humor, eficiência, agilidade, dedicação, carinho, atenção e empatia, em especial diante da possibilidade de tratar-se de um momento de despedida do seu ente querido.

A comunicação não verbal, aquela que não utiliza as palavras, é também um componente essencial em todo esse processo, e que às vezes o profissional não dá a devida importância, sendo que na maioria das vezes vai além e permite uma maior percepção e compreensão de sentimentos, dúvidas e angústias do paciente por meio de olhares e linguagem não simbólica - sinais típicos de quem está vivenciando um

processo que não possui perspectiva de cura (BASTOS et al.,2017).

Pimenta (2010) afirma que a preservação da qualidade de vida do paciente ganha prioridade sobre a preservação da vida, com valorização do cuidado emocional, traduzido em empatia, manifesta pelo saber ouvir, tocar e falar olhando nos olhos do paciente, com o objetivo de promover conforto e bem-estar do paciente e família até os momentos finais da vida do doente.

Desta feita, através da pesquisa realizada foi possível identificar que de um programa de cuidados paliativos fundamentado na assistência, educação e pesquisa, o conhecimento em saúde, o cuidado com o paciente, o aprimoramento é fundamental no atendimento e assistência ao paciente com câncer que recebe cuidado paliativo. É importante ressaltar que com o cuidado paliativo em pacientes com câncer terminal, a doença é prolongada, haja vista que o objetivo não é a cura e sim o conforto dos sintomas e a qualidade de vida do paciente.

7. CONCLUSÃO

Os profissionais atuantes em uma equipe multiprofissional no setor de oncologia de uma instituição hospitalar possuem conhecimento sobre o conceito e o seu papel no tratamento paliativo de pacientes oncológicos. Porém, observou-se que as instituições de ensino em seus diversos níveis poderiam promover mais informação sobre cuidados paliativos durante a formação. Afinal, por mais que a morte seja um evento esperado para todos, nenhum paciente em estado terminal, assim como sua família, está preparado para lidar com a situação e os cuidados paliativos auxiliam a encerrar o ciclo de sua vida com mais conforto, qualidade de vida menos sofrimento.

Assim, espera-se contribuir com resultados que possam proporcionar mais conhecimento e informações aos profissionais da área da saúde e oncologia sobre o tema cuidados paliativos. Também espera-se estimular e motivar novas pesquisas e aquisição de mais conhecimento sobre os benefícios e vantagens de um programa de cuidado paliativo para pacientes oncológicos e suas famílias, bem como ampliar e atualizar o conhecimento dos profissionais que atuam na área.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Manuela de Souza Sampaio; COLLEONI, Gisele Wally Braga. Mieloma múltiplo. **Oncologia para a graduação**. São Paulo: Tecmedd, 2008, p.591-603.

ALLEN, Crouch. Cultural and spiritual health assessment. *Vital Notes for Nurses: Health Assessment*, v.10, 2005, p.311-30.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **O que São cuidados paliativos**. 2012. Disponível em: www.paliativo.org.br/ancp/php?p=oqueecuidados. Acesso em: 06 fev. 2021.

BOEMER, Magali Roseira. Sobre cuidados paliativos. **Revista de Enfermagem da USP**, v.43, n.3, São Paulo Set. 2009.

BARBOSA, Camila Sandrianny Pereira et al. **Percepção da morte no olhar do enfermeiro**. XV Encontro Latino-Americano de Iniciação Científica e XI Encontro Latino-Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba. 2011, p. 1-4. Disponível em: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2011/anais/arquivos/RE_0578_0588_01.pdf. Acesso em: 06 fev. 2021.

BARRETO, Eliana Maria Teixeira. Acontecimentos que fizeram a história da oncologia no Brasil: Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Revista Brasileira de cancerologia**. v.3, n.51, 2005, p.267-275. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1954>. Acesso em: 25 fev. 2021.

BEE, Helen. **O ciclo vital**. Tradução Regina Garcez. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 584.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a14v10n3.pdf>. Acesso em: 06 fev. 2016.

BETTONI, Fabiana. Mutações e câncer. **Oncologia para a graduação**. São Paulo: Tecmedd, 2008. p. 15-28.

BOFF, Leonardo. **O cuidado essencial: princípio de um novo ethos**. Inclusão Social, v.1, n.1, 2005, p.28-35. Disponível em: <https://revista.ibict.br/inclusao/article/view/1503>. Acesso em: 2 de setembro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2010 - Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro; 2010. Disponível: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2010/>. Acesso em: 2 de setembro de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/ Instituto Nacional de Câncer; 2008.

_____. Ministério da Saúde. **A Situação do Câncer no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2010.

BURGOS, Daiane Bruna Leal. Fisioterapia paliativa aplicada ao paciente oncológico terminal. **Ensaio e Ciência Biológicas Agrárias e da Saúde**, v. 21, n. 2, 2017, p. 117-122. Disponível em: <https://revista.pgsskroton.com/index.php/ensaioeciencia/article/view/4021>. Acesso em: 02 de jan. 2023.

CAETANO, Edilaine Assunção. Câncer de mama: reações e enfrentamento ao receber o diagnóstico. **Revista de Enfermagem UERJ**, v.17, n.2, 2009, p. 257-61. Disponível em <http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a21.pdf>. Acesso em 2 de set. 2016.

CANDIA, Maria Aparecida Bortolatto de. A Enfermagem e o Cuidado Humanizado. **Saúde e Beleza**. Publicado em 27 de maio de 2009. Disponível em: <https://www.webartigos.com/artigos/enfermagem-e-o-cuidado-humanizado/18713>. Acesso em: 2 de set. 2016.

CALDONHA, Alessandra Mazzo, et al. A enfermagem e o enfermeiro na visão de clientes internados em um hospital privado. Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem, ano 8, maio, 2002. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sibracen/n8v1/v1a040.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2022

CARVALHO, Emilia Campos de, MELO, Alexandra de Souza, MULLER, Melina et al. O significado do cuidar para o enfermeiro oncológico. Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem, 8., 2002, São Paulo. **Anais online...** Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000200016&lng=en&nrm=abn. Acesso em: 10 nov. 2022.

CARVALHO, Matilde Sampaio; MARTINS, José Carlos Amado. O cuidado paliativo a idosos institucionalizados: vivência dos ajudantes de ação direta. **Revista Brasileira**

de Geriatria e Gerontologia, v. 19, n. 5, 2016, p. 745-758. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/QGYDjbfTxGwgCzjrZXXQPy/?lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2022.

DARONCO, V.F et al. Cuidados paliativos a pacientes oncológicos: percepções de uma equipe de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 13, n.4, 2014, p. 657-664. Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/19146/pdf_247. Acesso em jul. 2022.

EIZIRIK, Cláudio Laks; KAPCZINSKI, Flávio; BASSOLS, Ana Margareth Siqueira. **O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001, p. 191-193.

FERNANDES, Maria Andrea et al. Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2589-2596, 2013. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v18n9/v18n9a13.pdf. Acesso em: 05 de jan. 2023.

FERREIRA, Noeli Marchioro Liston Andrade; SOUZA, Claudenice Lei Bertoli; STUCHI Zaiana. Cuidados paliativos e família. **Revista de Ciências Médicas**. São Paulo (Campinas), v.17, n.1, jan./fev., 2008. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-509370>. Acesso em: 20 jul. de 2020.

GOMES, Suzana dos Santos, et al. A ética do cuidado no exercício da enfermagem: um olhar sobre os pacientes oncológicos. **Revista Belo Horizonte**, v. 8, n. 18, 2008, p. 145-169. Disponível em <http://periodicos.pucminas.br/index.php/horizonte/article/download/P.2175-5841.2010v8n18p145/2515>. Acesso em: 20 jul. de 2020.

GOMES, Ana Luiza Zaniboni; OTHERO, Marília Nense. Cuidados paliativos. **Estudos Avançados**, v. 30, n. 88, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000300155>. Acesso em: 10 jul. 2020.

GUIMARÃES, Tuani Magalhães et al. Cuidados paliativos em oncologia pediátrica na percepção dos acadêmicos de enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 2, 2016, p. 261-267. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/q7bshsbnMcML5FcjdQMrW8m/?lang=pt>. Acesso em: 31 dez. 2022.

GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello; BARROS, Thabata Cruz de. Odespertardascompetênciasprofissionais de acompanhantes de idosos em cuidados paliativos. **Revista TemáticaKairósGerontologia**, v. 15, n. 4, 2012, p. 239-258. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/17049>. Acesso em: 31 dez. 2022.

HOSPITAL RIO DOCE. **Dados da instituição**. Linhares, 2022. Disponível em: <https://www.hospitalriodoce.com.br/br/>. Acesso em: 30 dez. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Estimativa 2020**: incidência de câncer no Brasil. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil>>. Acesso em: 25 jul. 2020.

_____. **Cuidados Paliativos**. Brasil 2017. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento/cuidados_paliativos. Acesso em: 15 dez. 2022.

KROEFF, M. **Resenha da luta contra o câncer no Brasil**. Documentário do serviço Nacional de Câncer Brasília. DF, 2007. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/resenha_luta_contra_cancer.pdf. Acesso em: 15 dez. 2022.

MARKUS, Lucimara Andréia et al. A atuação do enfermeiro na assistência ao paciente em cuidados paliativo. **Revista, Gestão&Saúde**, 17 (Supl 1), 2017, p. 71-81. Disponível em: <http://www.herrero.com.br/files/revista/file808997f5fc0c52242592dc99ca39b7.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2020.

MATSUMOTO, Dalva Yukie. Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. **Manual de cuidados paliativos da ANCP**. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2012.

MACIEL, Maria Gorete Salles. Avaliação do paciente sob Cuidados Paliativos. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **Manual de Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. p. 37-45.

MELO, Ticiania Pinto Torres et al. A percepção dos pacientes portadores de neoplasia pulmonar avançada diante dos cuidados paliativos da fisioterapia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.59, n.34, 2013, p. 547-53. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/980/589>. Acesso em: 4 de jan. 2023.

MORAES, Tania Mara. **Como cuidar de um doente em fase avançada de doença.** O Mundo da Saúde, v. 33, n. 2, 2009, p. 231-8. Disponível em: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/775>. Acesso em: 3 out. 2022.

MORAES, Sandra Alamino Felix de; KAIRALLA, Maisa Carla. Avaliação dos conhecimentos dos acadêmicos do curso de Medicina sobre os cuidados paliativos em pacientes terminais. **Einstein**, v. 8, n. 2, 2010, p. 162-167. Disponível: <https://www.scielo.br/j/eins/a/KWrKpcsmnBsVfZ3r6BTs9cs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 out. 2022.

MESQUITA, Ana Cláudia et al. A utilização do enfrentamento religioso/espiritual por pacientes com câncer em tratamento quimioterápico. **Revista Latino-Am Enfermagem**, v. 21, n.2, 2013. Acesso em 3 out. 2022.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK. Clinical Practice Guidelines in Oncology. **Palliative Care**. 2011. Disponível em: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/palliative.pdf. Acesso em 7 out. 2022.

MARTA, Gustavo Nader; HANNA, Samir Abadallah; SILVA, João Luis Fernandes da. Cuidados paliativos e ortotanásia. **Diagnóstico e Tratamento**, v. 15, n. 2, 2010, p. 58-60. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2010/v15n2/a58-60.pdf>. Acesso em: 10 out. 2022.

NETO, Carlos Henrique de Aragão; OLIVEIRA, Cláudia Aline de Brito. A importância da tanatologia na formação do psicólogo. **Psicologia na Atualidade**. 2008. Disponível em: http://psicologianaatualidade.kit.net/tanatologia_curso_psicologia.html. Acesso em 7 out. 2022.

OLIVEIRA, L. M.; SANTOS, L.D.; OLIVEIRA, M.A.L. A enfermagem e a morte: análise dos sentimentos de enfermeiras frente à morte em uma UTI pediátrica. **61º Congresso Brasileiro de Enfermagem**. 2009, p. 6561-6566.

OLIVEIRA, Hadelândia Milon; GONÇALVES, Maria Jacirema Ferreira. Educação em saúde: uma experiência transformadora. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.57, n.6, nov./dez, 2004, p. 761-3. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n6/a28>. Acesso em: 24 ago. 2022.

PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos. Cuidados paliativos: uma nova especialidade do trabalho da enfermagem? **Acta Paulista de Enfermagem**, v.23, n.3, 2010, p. 5-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/fbq3GWHpTK5dDC4Yk3hWXZh/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em:24 ago. 2022.

PINTO, Maria Helena, et al. O cuidado de enfermagem ao paciente oncológico fora de possibilidade de cura: percepção de um grupo de profissionais. **Cogitare Enferm**, v.16, n.4, 2011 p. 647-53. Disponível em:

<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/download/25433/17052>. Acesso em:24 ago. 2022.

POLES, Katia; BOUSSO,Regina Szytit. Compartilhando o processo de morte com a família: a experiência da enfermeira na UTI pediátrica. **Revista Latino-Am Enfermagem**, v. 14, n. 2, 2006, p. 207-13. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/GHNbRJyDzSJy5g9RrkPkrGH/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em:03 set. 2022.

POPIM, Regina Célia; BOEMER, Magali Roseira. Cuidar em Oncologia na Perspectiva de Alfred Shütz. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 5, set./out. 2005, 677-85. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a11.pdf>. Acesso em: 03 set. 2020.

QUINTANA, Alberto Manuel; BERTOLINO, Karla Cristiane Oliveira; OLIVEIRA, Stefanie Grielber. Reflexões acerca de morte: um desafio para a enfermagem.

Revista Brasileira de Enfermagem. 2010. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/XxPKddWrnvsKnqz95ndcHpQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 03 set. 2022.

RECCO, Daiene C.; LUIZ, Cintia B.; PINTO, Maria H. O cuidado prestado ao paciente portador de doença oncológica:na visão de um grupo de enfermeiras de um hospital de grande porte do interior do estado de São Paulo. **Arquivo Ciência e Saúde**, v.2, n.2, 2005, p.85-90. Disponível em: https://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/Vol-12-2/5.pdf. Acesso em:30out. 2022.

ROSAS, M. S. L.; SILVA, B. N. M.; PINTO, R. G. M. P.; SILVA, B. V.; SILVA, R. A.; Guerra, L. R.; SOARES G. C. M. T.; CASTRO, H. C; LIONE, V. O. F. Incidência do Câncer no Brasil e o Potencial Uso dos Derivados de Isatinas na Cancerologia Experimental.**Revista Virtual Química**, v. 5, n. 2, 2013, p. 243-265. Disponível em <http://www.uff.br/rvq>. Acesso em:30out. 2022.

RIBEIRO, Euler Esteves. **Tanatologia**: vida e finitude. Informações gerais para os módulos: velhice e morte, Medicina e morte, cuidados paliativos e bioética. Rio de Janeiro: UERJ, UNATI, 2008. p. 57. Disponível em:

<https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/lil-488315>: Acesso em:30out. 2022.

RUEDEL LM, Beck CLC, Silva RM, Lisboa RL, Prochnow A, Prestes FC. **Relações**

interpessoais entre profissionais de enfermagem e familiares em unidade de tratamento intensivo: estudo bibliográfico. **Cogitare Enfermagem**, v.15, n.1, 2010, p. 147-52. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4836/483648970003.pdf>. Acesso em: 20 out. 2022.

RODRIGUES Juliana Stoppa Menezes; FERREIRA, Noeli Marchioro Liston Andrade. Caracterização do perfil epidemiológico do câncer em uma cidade do interior paulista: conhecer para intervir. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.56, n.4, out-dez, 2010, p. 431-41. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1464/859>. 30 set. 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA. **Câncer ginecológico [Internet]**. 2016. Disponível em: <http://www.sbcancer.org.br/wpcontent/uploads/2016/10/cancer-ginecologico.pdf> . Acesso em 30 set. 2022.

SOUZA, Raissa Silva; SIMÃO, Delma Aurélia; LIMA, Elenice Dias Ribeiro de Paula. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes atendidos em um serviço ambulatorial de quimioterapia paliativa em Belo Horizonte. **REME-Revista Mineira de Enfermagem**, v.16, n.1, 2012, p. 38-47.

SALOMÉ, Geraldo Magela; CAVALI, Amanda; ESPÓSITO, Vitória Helena Cunha. Sala de Emergência: o cotidiano das vivências com a morte e o morrer pelos profissionais de saúde. **REBEN -Revista Brasileira de Enfermagem**, 2009, p. 684. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/p5jgVDdJh5fq4SZLQZwNJwc/abstract/?lang=pt>; Acesso em: 7 out. 2022.

SANTOS, Míria Conceição Lavinas; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag; FERNANDES Ana Fátima Carvalho. Cuidados paliativos al portador de câncer: reflexiones según la visión de Paterson y Zderad. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.15, n. 2, 2007, p 350-4. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/HgCrDLPhq3KmKH3MtJdpqgm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 out. 2022.

SILVA, Carlos Henrique Debenedito. A moralidade dos Cuidados Paliativos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.50, n.4, 2004, p. 330-333. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/2017/1237>. Acesso em: 15 out. 2022.

SILVA, Marcelle Miranda; MOREIRA, Marléa Chagas. Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros. São Gonçalo-RJ. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.24, n. 2, 2011, p. 172-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/yZdFkGWtdHzDXKRVKXbx5Fk/abstract/?lang=pt>

SILVA, Ronaldo Corrêa; HORTALE, Virgínia Alonso. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. **Caderno de Saúde Pública**, v.22, n.1, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/YDmZRGTwP3xDkyd7dGCmHxf/?lang=pt>. Acesso em: 04 nov. 2022

SOUSA Karla Carolina; CARPIGIANI, Berenice. Ditos, não ditos e entreditos: a comunicação em cuidados paliativos. **Psicologia: Teoria e Prática**, v.12, n.1, 2010, p. 97-10. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872010000100009. Acesso em: 04 nov. 2022.

SILVA, Maria Júlia Paes da. **Comunicação em remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Loyola, 2002.

SILVA, Luzia Silva Santana et al. Arte na enfermagem: iniciando um diálogo reflexivo. **Texto e contexto – enfermagem**, v.14, n.1, 2005, p.120-123. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/n6PTLJtqzStJGrD9SBr5bQq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 nov. 2022.

SILVA, Cátia Andrade et al. Vivendo após a morte de amigos: história oral de idosos. **Enferm., Santa Catarina**, v.16, n.1, 2007, p. 97-104. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a12v16n1.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2022.

SILVA, Maria Anice da; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; CARDOSO, Renata da Silva. O sistema de enfermagem hospitalar: visualizando o cenário das políticas gerenciais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.10, n.2, 2008, p. 2008, p. 448-59. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a16.htm>. Acesso em: 27 ago. 2021.

SOUSA, Daniele Martins de et al. A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. **Enfermagem**. Piauí, v.18, n.1, 2009, p.41-47. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a05.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2021.

SUSAKI, Taiana Thaller; SILVA, Maria Júlia Paes; POSSARI, João Francisco. Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de Enfermagem. **Acta Paulista Enfermagem**. São Paulo, v.19, n. 2, 2006, p. 9-144. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a04v19n2.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2021.

SALSI, Maria Aparecida et al. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto e Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, 2013, p. 224-30. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_27. Acesso

em: 23ago. 2021.

SILVA, Lúcia Cecília da. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino: **Psicologia em Estudo**, Maringá, n. 2, 2008, p. 231-237. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/Nt9QhBh3Z6T9pY8hRTgQVjQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 out. 2022.

SILVA, Rita de Cássia Veloso; CRUZ, Enêde Andrade. Planejamento da Assistência de Enfermagem ao Paciente com Câncer: Reflexão Teórica sobre as dimensões. **Esc Anna Nery**, São Paulo, n. 15, 2011, p. 180-185. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/VDQkFLJcKpQdKsCLz9PP7TP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2022.

VENEGAS, Maritza Espinhosa; ALVARADO, Olívia Sanhueza. Os Fatores relacionados à qualidade do processo de morrer na pessoa com câncer. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 18, n. 4. 2010, p. 725-31. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/jBqDGdmYxjnZZSY45Rc49mc/?format=pdf&lang=pt#:~:text=Os%20resultados%2C%20para%20essas%20pessoas,a%20dor%20e%20a%20fadiga>. Acesso em: 10 out. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Worldwide palliative care alliance*. Global atlas of palliative care at the end of life. 2014.

WALDOW, Vera Regina. **Bases e Princípios do Conhecimento e da Arte da Enfermagem**. Editora Vozes, 2008.

_____. **Estratégias de ensino na Enfermagem: Enfoque no Cuidado**. Editora Vozes, 2005.

ANEXO I- QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA



ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA - EMESCAM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM STRICTO SENSU EM NÍVEL DE MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO LOCAL

PESQUISADORA: GIOVANA GUIMARÃES OLIVEIRA

ORIENTADORA : TASSIANE CRISTINE MORAIS

Título: “**POSSIBILIDADES E LIMITES PARA IMPLANTAÇÃO DE UM SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS NO SETOR DE ONCOLOGIA EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR EM LINHARES-ES**”.

Linha de Pesquisa: Política de Saúde, Integridade e Processos Sociais/Educação em Saúde

Você está sendo convidado a participar da pesquisa cujo título é: “**POSSIBILIDADES E LIMITES PARA IMPLANTAÇÃO DE UM SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS NO SETOR DE ONCOLOGIA EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR EM LINHARES-ES**”.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária e se dará de forma a responder questões relacionadas ao tema de pesquisa. Serão garantidos o sigilo e a sua privacidade, ou seja, não serão divulgados o seu nome, imagem ou identidade. Os formulários digitados na coleta de dados serão guardados pelos pesquisadores no período de 5 (cinco) anos, e após esse período, serão descartados.

Os dados serão coletados em local reservado, previamente agendado e os riscos relacionados a constrangimento durante a entrevista serão evitados, garantindo o seu conforto, a sua privacidade e o seu anonimato. Os benefícios da pesquisa serão para ampliação do conhecimento sobre o tema em estudo.

Solicitamos que marque uma única resposta objetiva a seguir, que melhor define sua resposta.

NOME: _____
DATA DE NASCIMENTO: _____
IDADE: _____ SEXO _____
FORMAÇÃO ACADÊMICA: _____
FUNÇÃO/PROFISSÃO: _____
ESTADO CIVIL: _____ RELIGIÃO: _____

I – FORMAÇÃO ACADÊMICA

1. Você acredita que durante a graduação recebeu informação suficiente para realizar o manejo de pacientes de cuidados paliativos oncológico?

() Sim

() Não

2. Você acredita que durante a graduação recebeu informação suficiente sobre controle de sintomas mais comuns (dispneia, vômitos, obstipação, caquexia) em pacientes em cuidados paliativos?

() Sim

() Não

3. Você aprendeu durante a graduação ferramentas de comunicação e postura para “dar más notícias” aos pacientes e familiares?

() Sim

() Não

II – CONCEITO E PRINCÍPIOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS

4. Você conhece a definição da Organização Mundial de Saúde para Cuidados Paliativos?

() Sim

() Não

5. Você acha que tem algum entendimento por cuidados paliativos?(

) Sim

() Não

6. Você acha que tem algum entendimento por cuidados paliativos oncológico terminal?

() Sim

() Não

7. Como você classificaria o conhecimento que possui sobre cuidados paliativos?

() Inexistente

() Pouco Adequado

() Razoável

() Adequado

() Muito Adequado

8. Para você o que fica em primeiro plano no tratamento de pacientes que estão em cuidados paliativos?

() obtenção da cura

() alívio dos sintomas predominantes

9. Para você, os cuidados paliativos seriam:

() um procedimento

() uma instituição

() uma classificação de assistência em saúde

10. Você costuma pautar suas condutas na abordagem paliativista?(

) Sim

() Não

11. Em sua opinião, o apoio espiritual é importante na assistência à saúde?

- ☐ Sim
- ☐ Não

12. Você concorda com os princípios éticos de autonomia do paciente, justiça, beneficência e não maleficência, no que se refere às condutas dos profissionais da saúde?

- ☐ Sim
- ☐ Não

13. Acredita que o apoio da família pode trazer alívio ao sofrimento dos pacientes em situação terminal?

- ☐ Sim
- ☐ Não

14. Você acha possível proporcionar uma morte digna ao paciente?

- ☐ Sim
- ☐ Não

15. Você acredita que quando se determina que a possibilidade de cura não exista não há mais nada a fazer pelo doente?

- ☐ Sim
- ☐ Não

16. O que você compreende como morte?

- ☐ momento de luto
- ☐ momento de sofrimento
- ☐ evento natural

III – ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE

17. Você tem conhecimento sobre o seu papel no tratamento paliativo, como profissional da saúde na sua área específica de atuação?

- ☐ Sim
- ☐ Não

18. Você considera úteis nos cuidados paliativos as formas de expressão não verbal como a expressão facial, o tom de voz e os gestos?

- ☐ Sim
- ☐ Não

19. Em sua opinião, é função do profissional da saúde, nos cuidados paliativos, a assistência à família durante o luto?

- ☐ Sim
- ☐ Não

20. Como classifica a importância da comunicação entre profissional da saúde e pacientes?

- ☐ Sem importância
- ☐ Pouco importante
- ☐ Muito importante

21. Você acha que as ações paliativas e ações curativas devem coexistir?(
) Sim
 () Não
22. Como você se sente no processo de assistência do tratamento paliativo?(
) útil
 () Inútil
 () Não sei responder
23. Para você, a dor do paciente pode se manifestar em quais aspectos? (Marque quantas alternativas quiser)
 () físicos
 () psicológicos
 () sociais
 () espirituais
24. O alívio da dor, em cuidados paliativos, inclui apenas as medidas farmacológicas?
 () Sim
 () Não
25. A comunicação com o paciente é uma forma de tratamento terapêutica para o sofrimento e controle de sintomas?
 () Sim
 () Não
26. Você utiliza escalas para avaliar pacientes paliativo oncológico?(
) Sim
 () Não
27. Você conhece alguma escala para avaliação de paciente para classificação de paliativividade?
 () Sim
 () Não
28. Você acha necessário melhorar seu conhecimento no tratamento de pacientes classificados como cuidados paliativos oncológico?
 () Sim
 () Não
29. Caso você atenda um paciente oncológico com dor, você se sentiria seguro para iniciar o manejo da analgesia?
 () Sim
 () Não
30. Você conhece o mecanismo de ação dos antidepressivos no manejo da dor?(
) Sim

() Não

IV – BENEFÍCIOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS

31. Os cuidados paliativos são reconhecidos como um elemento essencial dos cuidados de saúde com os doentes na fase final da vida?

() Sim

() Não

32. Em sua opinião, através de suas condutas é possível promover, tanto quanto possível e até ao fim, o bem-estar e a qualidade de vida do doente?

() Sim

() Não

33. Qual o papel do enfermeiro diante da eficácia dos Cuidados Paliativos?(

() Ser um suporte quando é grande a possibilidade de o paciente ir a óbito

() Apoio familiar

() Oferecer cuidados médicos e assistenciais

() Realizar ações e intervenções de enfermagem no cuidado paliativo junto à família do paciente

() Identificar as características que definem o doente oncológico terminal;

() Caracterizar as intervenções de enfermagem nos quatro pilares básicos dos cuidados paliativos.

ANEXO II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA - EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM STRICTO SENSU EM NÍVEL DE
MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO LOCAL**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa intitulada **“POSSIBILIDADE E LIMITES PARA IMPLANTAÇÃO DE UM SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS NO SETOR DE ONCOLOGIA EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR EM LINHARES-ES”** sob a responsabilidade de **GIOVANA GUIMARÃES OLIVEIRA**. A presente pesquisa justifica-se considerando um problema de saúde pública nacional e mundial, cerca de 50% de novos casos de câncer são diagnosticados a cada ano, conforme informação da Organização Pan-Americana de Saúde, juntamente com a problemática criasse a estigma de dor e mortalidade, causando um grande temor na população mundial. O cuidado paliativo prestado ao paciente oncológico exerce grande impacto não somente no paciente, mas também em sua família e até mesmo nos profissionais de saúde envolvidos no cuidado, que consiste em promover a melhoria da sua qualidade de vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais e psicológicos que eventualmente ocorrem durante o tratamento. Assim, para melhor compreender o estudo é fundamental teorizar o que é a doença câncer e o que são os cuidados paliativos. O tema elegido trata-se de uma área dos cuidados de enfermagem que sempre suscitou interesse e sobre o qual pretende-se desenvolver e aprofundar conhecimentos teóricos e práticos que possam demonstrar uma realidade vivida no interior do Estado do Espírito Santo. Os objetivos desta pesquisa são: Analisar as possibilidades e limitações para a implantação de um serviço de cuidados paliativos no setor de oncologia em uma Instituição Hospitalar em Linhares-ES; identificar benefícios e vantagens sobre os cuidados paliativos no setor de oncologia em uma instituição hospitalar de Linhares-ES e apontar os aspectos da educação permanente para o serviço e suas contribuições para o desempenho dos enfermeiros em cuidados paliativos em uma instituição hospitalar de

Linhares-ES. Sua participação nesta pesquisa é voluntária e se dará de forma a responder questões relacionadas ao tema da pesquisa, e a qualquer momento, você poderá desistir de seu consentimento sem nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador. Eu na qualidade de pesquisadora aplicarei um questionário em forma de entrevista para caracterizar os participantes, esses dados depois serão agrupados, e analisados.

As entrevistas serão realizadas com os participantes em sala de consulta privativa de escolha da instituição, e cada entrevista deve durar em torno de 30 minutos, e será agendado previamente o dia da entrevista. Os constrangimentos durante a entrevista serão evitados, garantindo o seu conforto, a sua privacidade e o seu anonimato. Os benefícios da pesquisa serão para ampliação do conhecimento sobre o tema do estudo.

A sua participação na pesquisa não prevê custos para você e será assegurado reparação sobre possíveis danos originados pela sua participação nesta pesquisa, e será garantido a prestação de assistência imediata e integral gratuita por qualquer dano decorrente desta pesquisa. Depois de terminada a pesquisa os resultados serão compartilhados e informados os desfechos da pesquisa aos participantes. Serão garantidos o sigilo e sua privacidade, ou seja, não serão divulgados o seu nome, imagem ou identidade, mesmo após finalizada e publicada a pesquisa. Os Formulários digitados na coleta de dados serão guardados pela pesquisadora no período de cinco anos, e após esse período, serão descartados. Fica garantido ao participante o direito de ser indenizado, em caso de eventuais danos decorrentes desta pesquisa. Você receberá uma via deste termo e outra ficará com a pesquisadora.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou para relatar algum problema, você poderá contatar a pesquisadora GIOVANA GUIMARÃES OLIVEIRA, Giovana.Oliveira@edu.emescam.br, nos telefones (27) 997167748/ (27)998321852 ou endereço Avenida Conceição da Barra Nº 2266/110 bairro Shell- Linhares/ES, CEP 29901-590 e a Orientadora Profa. Dra. Tassiane Cristina Moraes, tassiane.morais@emescam.br, Av. Nossa Sra. da Penha, 2190 - Santa Luiza, Vitória - ES, 29027-TEL (27) 997285534. Você também pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Ciências da Saúde- EMESCAM (CEP/EMESCAM) através do telefone (27) 3334-3586, e-mail comite.etica@emescam.br ou correio: Av. N. S. da Penha, 2190, Santa Luiza – Vitória – ES – 29045-402. O CEP/ EMESCAM tem a função de analisar projetos de pesquisa visando à proteção dos participantes dentro de padrões éticos nacionais e internacionais. Seu horário de funcionamento é de segunda a quinta-feira das 13:30h às 17h e sexta-feira, das 13:30h às 16h.

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada pelo(a) pesquisador(a) principal ou seu representante, rubricada em todas as páginas.

Linhares...../...../.....

Participante da pesquisa/Responsável legal

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa eu, **POSSIBILIDADE E LIMITES PARA IMPLANTAÇÃO DE UM SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS NO SETOR DE ONCOLOGIA EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR EM LINHARES-ES**” GIOVANA GUIMARÃES OLIVEIRA, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV. 3 e IV. 4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Pesquisador

ANEXO III – CARTA DE ANUÊNCIA

CARTA DE ANUÊNCIA

LINHARES, 27 DE JULHO DE 2021

De: GIOVANA GUIMARÃES OLIVEIRA

Para: Fundação Beneficente Hospital Rio Doce

Nome e cargo do responsável: Maria de Fátima Fiorino Biancardi - Diretora Administrativa da Fundação Beneficente Hospital Rio Doce.

Eu GIOVANA GUIMARÃES OLIVEIRA, solicito através desta autorização institucional para a realização da pesquisa intitulada: "POSSIBILIDADE E LIMITES PARA IMPLANTAÇÃO DE UM SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS NO SETOR DE ONCOLOGIA EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR EM LINHARES-ES", com os seguintes objetivos:

- 1 - Caracterizar o setor de oncologia e os Cuidados Paliativos no Setor de Oncologia em uma Instituição Hospitalar em Linhares-ES.
- 2 - Discutir os principais aspectos da educação em saúde e suas contribuições para a atuação e desempenho dos profissionais que atuam junto às pacientes com câncer e assistidos com cuidados paliativos.
- 3 - Identificar a importância dos cuidados paliativos para pacientes terminais, partindo das concepções de profissionais do setor oncológico de uma instituição hospitalar de Linhares-ES.
- 4 - Discriminar as práticas do profissional enfermeiro sobre os cuidados paliativos na assistência a pacientes com câncer no setor oncológico, principais ações e intervenções de enfermagem no cuidado paliativo junto à família do paciente.
- 5 - Identificar as características que definem o doente oncológico terminal;
- 6 - Caracterizar as intervenções de enfermagem nos quatro pilares básicos dos cuidados paliativos.

Informo que a autorização na realização da pesquisa NÃO ACARRETERÁ CUSTOS para a instituição e serão tomadas todas as precauções relacionadas a documentos da instituição caso seja necessário utilizar.

Atenciosamente,


 GIOVANA GUIMARÃES OLIVEIRA
 Nome do pesquisador
☒ concordo☐ não concordo

Assinatura, função e carimbo do responsável pela instituição


 Maria de Fátima Fiorino Biancardi
 Diretora Administrativa
 Fundação Beneficente Rio Doce

ANEXO IV–PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS			
1. Projeto de Pesquisa: POSSIBILIDADES E LIMITES PARA IMPLANTAÇÃO DE UM SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS NO SETOR DE ONCOLOGIA EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR EM LINHARES-ES			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 29			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde, Grande Área 5. Ciências Sociais Aplicadas			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: GIOVANA GUMARAES OLIVEIRA			
6. CPF: 034.805.917-35	7. Endereço (Rua, n.º): CONCEICAO DA BARRA n° 2266 SHELL cond. vila venetto ap.110. LINHARES ESPRITO SANTO 29201590		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: 27997167748	10. Outro Telefone:	11. Email: giovana1974balista@gmail.com
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo. Data: ____ / ____ / ____ Assinatura			
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM	13. CNPJ: 28.141.190/0004-39	14. Unidade/Órgão:	
15. Telefone: 273334.3586	16. Outro Telefone:		
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução. Responsável: _____ CPF: _____ Cargo/Função: _____ Data: ____ / ____ / ____ Assinatura			
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: POSSIBILIDADES E LIMITES PARA IMPLANTAÇÃO DE UM SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS NO SETOR DE ONCOLOGIA EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR EM LINHARES-ES

Pesquisador: GIOVANA GUIMARAES OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 51475921.0.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.004.636

Apresentação do Projeto:

O projeto intitulado "Possibilidades e limites para implantação de um serviço de cuidados paliativos no setor de oncologia em uma instituição hospitalar em Linhares-ES" tem por objetivo "analisar as possibilidades e limitações para a implantação de um serviço de cuidados paliativos no setor de oncologia em uma Instituição Hospitalar em Linhares-ES".

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva de abordagem qualitativa que será realizada no setor de oncologia de um hospital do município de Linhares, tendo como participantes 29 profissionais da equipe multiprofissional do setor de oncologia composta por: 2 médicos; 10 enfermeiros; 1 psicólogo; 1 assistente social; 1 um fisioterapeuta, 1 nutricionista; 1 farmacêutico e 12 técnicos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Analisar as possibilidades e limitações para a implantação de um serviço de cuidados paliativos no setor de oncologia em uma Instituição Hospitalar em Linhares-ES.

Objetivo Secundário:

- Identificar benefícios e vantagens sobre os cuidados paliativos no setor de oncologia em uma

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa

Bairro: Bairro Santa Luiza

CEP: 29.045-402

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3334-3586

Fax: (27)3334-3586

E-mail: comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM



Continuação do Parecer: 5.004.636

instituição hospitalar de Linhares-ES

- Argumentar sobre os pressupostos de cuidados paliativos frente a terminalidade da vida em pacientes oncológicos;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS:

A responsável pela pesquisa reconhece que o risco está relacionado a constrangimentos “[...] durante as entrevistas [e] serão minimizados a partir de agendamento prévio. As entrevistas serão realizadas em local privativo e confortável e será mantido o anonimato dos participantes e sigilo das informações”.

BENEFÍCIOS:

Os benefícios da pesquisa, de acordo com a responsável pela pesquisa, estão voltados para “[...] ampliação de conhecimento sobre o tema, melhoria do serviço de assistência ao paciente oncológico e subsídios para as políticas públicas sobre cuidados paliativos”.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, viável e de cunho científico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados:

- Folha de rosto assinada pela Coordenadora de Pesquisa da Emescam - Profª Italla M. R. Bezerra
- Carta de anuência assinada pela Diretora Administrativa da Fundação Beneficente Rio Doce.
- Projeto de pesquisa e PB – Informações Básicas do Projeto com cronograma e financiamento adequados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Favorável à aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa

Bairro: Bairro Santa Luiza

CEP: 29.045-402

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3334-3586

Fax: (27)3334-3586

E-mail: comite.etica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM**



Continuação do Parecer: 5.004.636

Plataforma Brasil;

- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1819236.pdf	04/09/2021 09:14:03		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	04/09/2021 09:13:01	GIOVANA GUIMARAES OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	04/09/2021 09:12:33	GIOVANA GUIMARAES OLIVEIRA	Aceito
Outros	instrumento.pdf	04/09/2021 09:08:05	GIOVANA GUIMARAES OLIVEIRA	Aceito
Orçamento	financiamento.pdf	04/09/2021 09:06:31	GIOVANA GUIMARAES OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia.pdf	04/09/2021 09:06:02	GIOVANA GUIMARAES OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	04/09/2021 09:05:07	GIOVANA GUIMARAES OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	04/09/2021 09:04:50	GIOVANA GUIMARAES OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa

Bairro: Bairro Santa Luiza

CEP: 29.045-402

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3334-3586

Fax: (27)3334-3586

E-mail: comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM



Continuação do Parecer: 5.004.636

VITORIA, 28 de Setembro de 2021

Assinado por:
rubens josé loureiro
(Coordenador(a))

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br