

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIVATES
CURSO DE ENFERMAGEM

RÚBIA BAYER

CUIDADOS PALIATIVOS NO SETOR DE EMERGÊNCIA

Lajeado
2015

RÚBIA BAYER

CUIDADOS PALIATIVOS NO SETOR DE EMERGÊNCIA

Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem,
vinculado ao Centro Universitário UNIVATES, como
requisito parcial para a obtenção do grau de bacharel
em Enfermagem.

ORIENTADORA: Giselda Veronice Hahn

Lajeado

2015

RESUMO

Este estudo visa avaliar a percepção da equipe de enfermagem frente aos cuidados paliativos realizados a pacientes em estágio terminal em setores de emergência de um hospital geral. Trata-se de estudo qualitativo, descritivo, do tipo pesquisa de campo. A coleta de dados foi feita por meio de entrevista, com auxílio de um roteiro semiestruturado. Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais da equipe de enfermagem que trabalham na emergência de um hospital de médio porte, localizado na região do Vale do Taquari. Os aspectos éticos foram respeitados. Os resultados apontam que a equipe de enfermagem tenta prestar a melhor assistência possível aos pacientes e seus familiares, tentando deixá-los em conforto, medicando, dando a atenção necessária, proporcionando um ambiente que ele se sinta confortável e acolhido pela enfermagem.

Descritores: Cuidados paliativos, enfermagem, terminalidade.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	5
2	REFERENCIAL TEÓRICO	9
2.1	Cuidados Paliativos e a enfermagem.....	9
2.2	Serviços de emergência	14
3	METODOLOGIA	17
3.1	Tipo de estudo.....	17
3.2	Campo de estudo	17
3.3	Sujeitos de estudo.....	17
3.4	Coleta de dados	18
3.5	Análise de dados	18
3.6	Aspectos éticos.....	19
4	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	20
4.1	Oferecendo cuidados paliativos	20
4.2	Sentimento dos profissionais frente aos cuidados paliativos.....	21
4.3	Cuidando da família da pessoa em fase terminal	23
4.4	O profissional de enfermagem perante seu familiar em cuidados paliativos	24
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
	APÊNDICE A: INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	31
	APÊNDICE B: CARTA DE ANUÊNCIA.....	33
	APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	35

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) define como cuidados paliativos as medidas que aumentam a qualidade de vida de pacientes que enfrentam uma doença terminal. As medidas se dão por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação correta e tratamento de dor, entre outros problemas físicos, psicossociais e espirituais que o paciente possa vir apresentar. Prevê também o apoio aos familiares do doente.

Cuidados paliativos são dirigidos tanto a pacientes fora de possibilidades terapêuticas quanto à sua família, a fim de melhorar sua qualidade de vida e proporcionar conforto por meio do controle de sintomas apresentados pelo paciente. Essa prática entende a morte como parte integrante da vida (INCA, 2001).

Cuidado paliativo é todo cuidado ativo e global realizado a paciente cuja doença não respondeu ao tratamento curativo, que está sob o controle da dor e sofre de problemas psicológicos, sociais ou espirituais, e que tem por objetivo alcançar maior qualidade de vida. São cuidados proporcionados aos pacientes que não responderam ao tratamento curativo e que necessitam de controle dos sinais e sintomas da doença (WATERKEMPER; REIBNITZ, 2010).

Os cuidados paliativos têm como filosofia não apressar e nem retardar a morte, sempre considerando-a como um evento natural. Querem ainda aliviar a dor e sintomas que provocam sofrimento, integrar os aspectos psicológicos e espirituais nos cuidados aos pacientes e oferecer suporte para ajudar os pacientes a viverem ativamente tanto quanto possível, auxiliando a família a lidar com a doença do paciente e com o seu próprio luto (PESSINI, 2001).

Pensar em cuidados paliativos remete à abordagem interdisciplinar que assegure a integralidade do cuidado. Muitos dos profissionais requerem treinamento e aperfeiçoamento do aprendizado, para melhorar a maneira de cuidar desses pacientes (OLIVEIRA; SÁ; SILVA, 2007)³⁶. É necessária uma equipe multiprofissional qualificada, com preparo suficiente para que haja interação e dedicação aos pacientes e alcance dos resultados (BRASIL, 2008).

A discussão de casos com outros profissionais é importante, pois acrescenta dados sobre o histórico dos pacientes e de seus familiares e contribui para o crescimento profissional, colocando em prática o trabalho multidisciplinar. O processo de adaptação do paciente aos cuidados paliativos depende da idade, do estágio do desenvolvimento familiar, da natureza da doença, da experiência prévia individual e familiar em relação à doença e à morte, do estilo ou padrão de enfrentamento das situações de estresse e da condição social e econômica do doente e da família (MELO; FIGUEIREDO, 2006).

O profissional de enfermagem deve estar preparado para prestar atendimentos de qualidade aos pacientes em fase terminal, para os questionamentos e queixas da família e fortalecer o vínculo com o paciente frente à situação. A assistência deve ser humanizada respeitando este ser como um todo. O alívio da dor deve ser realizado, pois pode constituir-se no único problema envolvido no cuidado do paciente em fase terminal (BERNARDES e tal., 2008).

O investimento na formação profissional em Cuidados Paliativos pode proporcionar um menor sofrimento ao paciente e a sua família, além de minimizar o custo dos cuidados ao sistema de saúde, sendo que evita consultas reincidentes e internações hospitalares desnecessárias para o controle de sintomas (PIMENTA, 2006).

O papel da enfermagem é cuidar e apoiar o paciente em todos os momentos e etapas de sua vida, oferecendo cuidados técnicos, suporte emocional e atenção, respeitando seus sentimentos e limitações. Os Cuidados Paliativos não dizem respeito primordialmente aos cuidados institucionais, mas se trata de uma filosofia de cuidados que pode ser utilizada em diferentes contextos e instituições. Geralmente ocorrem no domicílio da pessoa portadora de doença em fase terminal ou na instituição de saúde onde está internada, em uma unidade específica dentro da instituição de saúde destinada exclusivamente para este fim (PESSINI, 2004).

Os cuidados paliativos podem ser realizados em qualquer espaço de cuidado que seja adequado às necessidades do paciente, como o domicílio, as casas de apoio e os hospitais. Os serviços de emergência também se constituem em espaços destinados aos cuidados paliativos, especialmente quando os pacientes enfrentam situações agudas como a dor.

Os profissionais de enfermagem acabam tornando-se frágeis quando atuam com pacientes em estágio final. Muitas vezes acionam mecanismos de defesa ao se defrontarem

com situações de morte, apresentando grande dificuldade em exercer a profissão, fator que leva a dificuldades de cuidar do paciente (SUSAKI; SILVA; POSSARI, 2006). Esta situação é agravada quando o cuidado a um paciente, fora de possibilidade terapêutica, deve ser realizado em um setor de urgência. O termo emergência identifica os problemas que necessitam de cuidados especiais imediatos para evitar a morte ou complicações graves no indivíduo. Os serviços de emergência estão preparados para situações deste tipo (RODRÍGUEZ; 2002). Os cuidados paliativos, ao contrário, não abreviam e nem prolongam a morte, eles aliviam a dor e o sofrimento, proporcionando melhor qualidade de vida, até que a mesma aconteça de forma natural (BRASIL, 2008).

O processo de trabalho na emergência tem como objeto de trabalho os usuários portadores de casos clínicos de extrema gravidade, com risco de morte, bem como aqueles usuários com quadros clínicos leves ou moderados que não conseguem atendimento na rede de cuidados primários. Uma característica deste processo de trabalho são as situações inesperadas e imprevisíveis, e, por vezes, falta de condições e instrumentos de trabalho. Atuar em setor de emergência pode ocasionar sofrimento aos trabalhadores, devido ao fato de terem que lidar com situações incontroláveis frente às quais se sentem impotentes (OLIVEIRA; 2004).

O ambiente emergencial por vezes mostra-se hostil ao paciente, devido à mecanicidade e frieza que certas situações exigem. Sendo assim, é importante que toda equipe contextualize cada cliente naquele meio, como forma de assegurar a humanização do cuidado (FIGUEIREDO; COELHO, 2004).

O enfermeiro de um serviço de urgência e emergência é considerado profissional fundamental neste setor, devido à diversidade de condições e situações que representam um desafio diário. Isto se justifica porque este profissional protagoniza ações essenciais de cuidado e gerenciamento, além de ser intermediário entre a família e a equipe de atendimento (ALVES; RAMOS; PENNA, 2005).

Neste sentido, o enfermeiro defronta-se com situações e dilemas que requerem enfrentamento com competência e dignidade, e devem ser sustentados nos seus valores, nos valores da profissão, bem como no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. (MAZUR; LABRONICI; WOLFF, 2007)²⁸. Assim, o profissional poderá garantir um cuidado de excelência, com qualidade não apenas científica e técnica, mas humana, seja na

promoção, na proteção, recuperação, reabilitação da saúde e até mesmo na morte (SCHIRMER, 2006).

O propósito da assistência de enfermagem é encontrar no trabalho diário, junto aos que recebem cuidados paliativos, um equilíbrio entre a razão e a emoção. A equipe de enfermagem é aquela que está diretamente ligada ao paciente, tendo o compromisso e responsabilidade de ouvir e compreender melhor as necessidades de cada usuário, proporcionando apoio, compreensão e afetividade no momento de enfrentamento da doença ou da morte.

A partir dessas considerações, este estudo tem como tema a visão da equipe de enfermagem frente aos cuidados paliativos realizados em serviço de emergência, e partiu da seguinte questão norteadora: Qual a percepção da equipe de enfermagem frente aos cuidados paliativos realizados no setor de emergência?

Para responder à questão, foram definidos os seguintes objetivos: Verificar a percepção da equipe de enfermagem frente aos cuidados paliativos realizados em pacientes terminais em setores de emergência. E ainda, identificar os cuidados paliativos realizados nos setores de emergência, conhecer os sentimentos dos profissionais que prestam os cuidados paliativos, verificar os cuidados de enfermagem prestados à família de pacientes em fase terminal e conhecer a percepção dos profissionais frente aos cuidados paliativos realizados a familiares seus.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Cuidados Paliativos e a enfermagem

A Organização Mundial da Saúde (OMS) entende cuidados paliativos

Como uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e com prognóstico limitado, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas, não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais (WHO, 2002, p.2).

A palavra “paliativo” deriva do termo latino *pallium*, que quer dizer manta ou coberta. Enquanto que o conceito de cuidados paliativos teve origem no movimento *hospice*, e esta palavra tem origem no latim *hospes*, que significa estranho e depois anfitrião. Já *hospitalis* significa amigável, ou seja, bem-vindo ao estranho, e evolui para o significado de hospitalidade. Originado por Cecily Saunders, que disseminou pelo mundo a nova filosofia sobre o cuidar, os cuidados paliativos contém dois elementos fundamentais, os quais pregavam o controle efetivo da dor e de outros sintomas decorrentes dos tratamentos na fase avançada das doenças e o cuidado abrangendo as dimensões psicológicas, social e espiritual de pacientes e suas famílias (IAHPC, 2010).

Já em 1840, na França, os *hospices* eram abrigos para peregrinos durante seus percursos. Tinham origem religiosa e ali se cuidava dos enfermos que estavam morrendo. No ano de 1900, surgiu outro em Londres e, posteriormente, em 1967, o St Christopher’s Hospice, que revolucionou essa concepção dando início a outros *hospices* independentes (MELO; FIGUEIREDO, 2006).

Os cuidados paliativos constituem um campo interdisciplinar em relação aos cuidados totais, ativos e integrais, dispensados aos pacientes com doenças-crônico-degenerativas em estado inicial, estendendo-se até a fase terminal. Centrados no direito do paciente de viver os dias que lhe restam com serenidade e de morrer com dignidade, os cuidados paliativos ganharam ênfase na década de 1960, tendo em seu arcabouço teórico – conhecido como filosofia do moderno movimento *hospice* – o cuidar de um ser humano que está morrendo e de sua família, com compaixão e empatia (SANTOS, 2003).

Com esse movimento, divulga-se o conceito de cuidar, e não só o de curar e de se manter focado nas necessidades do paciente até o final de sua vida. Um novo campo de saber foi criado: o dos cuidados paliativos ou da medicina paliativa. A essa filosofia foi necessário incorporar-se equipes de saúde especializadas no controle da dor e no alívio de sintomas. O termo *palliare*, também originário do latim, significa proteger, amparar, cobrir, abrigar (MELO; FIGUEIREDO, 2006).

Desde essa evolução, o termo *hospice*, que é abrigo utilizado por monges ou hospitais para moribundos, passou a significar a estrutura médica especializada na assistência paliativa a pacientes incuráveis. O foco era desviado da cura para a qualidade de vida, com uma abordagem interdisciplinar para controlar o sofrimento humano por meio da pesquisa, do ensino e dos cuidados com os sintomas físicos, emocionais e espirituais (TEIXEIRA; LAVOR, 2006).

Em 1990, a OMS conceituou cuidados paliativos como cuidados ativos e totais aos pacientes quando a doença não responde aos tratamentos curativos, quando o controle da dor e de outros sintomas é prioridade, e cujo objetivo é alcançar a melhor qualidade de vida para os pacientes. Os cuidados paliativos utilizam uma abordagem multidisciplinar e abrangem o cuidado com o paciente, família e a comunidade. Muitos destes cuidados, ministrados durante o curso da doença visam reduzir o sofrimento, oferecendo cuidado total e também almejam avaliar as expectativas e necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais da pessoa, bem como integrar ao cuidado os valores, crenças e práticas culturais e religiosas (MELO; FIGUEIREDO, 2006).

Em 1995, a Associação Canadense Cuidados Paliativos conceituou os cuidados paliativos como uma filosofia de cuidar, que combina terapias ativas e visadas ao conforto e ao suporte individual e familiar para quem está vivendo com doenças. Durante todo o período da doença, o foco de cuidados é o atendimento das necessidades biopsicossociais e espirituais da pessoa, o que demanda a compreensão de crenças, valores e necessidades individuais. Os cuidados paliativos afirmam a vida e encaram a morte como um processo normal, e ajudam a família e os cuidadores no processo de luto (MELO; FIGUEIREDO, 2006).

A IAHP (Associação Internacional de *Hospice* e Cuidados Paliativos) está comprometida com o desenvolvimento dos cuidados paliativos em todo o mundo. Para que isso aconteça é necessário melhorar a educação profissional e, também, que os profissionais

da saúde, desejosos de adquirir o conhecimento e a prática necessária para o exercício dos cuidados paliativos, tenham acesso a ela. A IAHPHPC está ciente de que em numerosos países não existem livros sobre cuidados paliativos, os quais são caros e difíceis de serem obtidos (MELO; FIGUEIREDO, 2006).

Devido aos progressos da medicina e à melhoria das condições de vida das populações, a esperança média de vida cresceu, fazendo com que aumentassem não só o número das doenças crônicas, mas o número dos pacientes que não se curam. O modelo da medicina curativa, agressiva e centrada no ataque à doença não se coaduna com as necessidades deste tipo de paciente, necessidades estas que têm sido frequentemente esquecidas. (FALLOWFIELD; JENKINS, 2004).

O movimento moderno dos cuidados paliativos iniciado na Inglaterra na década de 1960, e que posteriormente expandiu para o Canadá, Estados Unidos da América e nos últimos 25 anos do século XX para o restante da Europa, teve o mérito de chamar a atenção para o sofrimento dos pacientes incuráveis e a falta de respostas por parte dos serviços de saúde. Também chama a atenção para a especificidade dos cuidados que deveriam ser dispensados a esta população, proporcionando aos pacientes que podem vir a morrer em curto prazo, a possibilidade de receber cuidados num ambiente apropriado (VADEBONCOUER; SPLINTER; RATTRAY, 2010).

Apesar das inúmeras discussões que o tema causa, importante não esquecer que o maior desafio ético em jogo ainda é considerar as questões não resolvidas da dignidade da vida antes de abordar a dignidade da morte. Visto que a qualidade da morte repete a qualidade da vida que se teve, as considerações devem ir além da dimensão físico-biológica e da perspectiva médico-hospitalar, incluindo os aspectos sociais e psicológicos do indivíduo (FIGUEIREDO, 2008).

A OMS, em 1990, conceituou cuidados paliativos como cuidados ativos e totais aos pacientes quando a doença não responde aos tratamentos curativos, quando o controle da dor e de outros sintomas, são prioridade e cujo objetivo é alcançar a melhor qualidade de vida para os pacientes. Os cuidados paliativos utilizam-se de uma abordagem multidisciplinar; abrangem o cuidado com o paciente, família e a comunidade. Muitos destes cuidados ministrados durante o curso da doença e visam reduzir o sofrimento, oferecendo cuidado total e almeja avaliar as expectativas e necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais da

pessoa, bem como integrar ao cuidado os valores, crenças e práticas culturais e religiosas (MELO; FIGUEIREDO, 2006).

Em 1995, a Associação Canadense Cuidados Paliativos conceituou os cuidados paliativos como uma filosofia de cuidar que combina terapias ativas e visadas ao conforto e ao suporte individual e familiar para quem está vivendo com doenças. Durante todo o período da doença, o foco de cuidados é o atendimento das necessidades biopsicossociais e espirituais da pessoa, o que demanda a compreensão de crenças, valores e necessidades individuais. Os cuidados paliativos afirmam a vida e encaram a morte como um processo normal e ajudam a família e os cuidadores no processo de luto (MELO; FIGUEIREDO, 2006).

A IAHPC (Associação Internacional de *Hospice* e Cuidados Paliativos) está comprometida com o desenvolvimento dos cuidados paliativos em todo o mundo. Para que isso aconteça é necessário melhorar a educação profissional e, também, que os profissionais da saúde, desejosos de adquirir o conhecimento e a prática necessária para o exercício dos cuidados paliativos, tenham acesso a ela. A IAHPC está ciente de que em numerosos países não existem livros de texto sobre cuidados paliativos, os quais são caros e difíceis de serem obtidos (MELO; FIGUEIREDO, 2006).

Devido aos progressos da medicina e à melhoria das condições de vida das populações, a esperança média de vida cresceu, fazendo com que aumentassem não só o número das doenças crônicas, mas o número dos pacientes que não se curam. O modelo da medicina curativa, agressiva, centrada no ataque à doença não se coaduna com as necessidades deste tipo de paciente, necessidades que tem sido frequentemente esquecida. (FALLOWFIELD; JENKINS, 2004).

O movimento moderno dos cuidados paliativos iniciado na Inglaterra na década de 1960, e que posteriormente expandiu para o Canadá, Estados Unidos da América e nos últimos 25 anos do século XX, para o restante da Europa, teve o mérito de chamar a atenção para o sofrimento dos pacientes incuráveis e a falta de respostas por parte dos serviços de saúde e para a especificidade dos cuidados que deveriam ser dispensados a esta população, proporcionando aos pacientes que podem vir a morrer em curto prazo, a possibilidade de receber cuidados num ambiente apropriado. (VADEBONCOUER; SPLINTER; RATTRAY, 2010).

Apesar das inúmeras discussões que o tema causa, importante não esquecer que o maior desafio ético em jogo ainda é considerar as questões não resolvidas da dignidade da vida antes de abordar a dignidade da morte. Visto que a qualidade da morte repete a qualidade da vida que se teve, as considerações devem ir além da dimensão físico-biológica e da perspectiva médico-hospitalar, incluindo os aspectos sociais e psicológicos do indivíduo (FIGUEIREDO, 2008).

O foco principal dos cuidados paliativos é o cuidar. São princípios básicos importantes:

Escutar o paciente; fazer um diagnóstico antes do tratamento, reconhecer muito bem as drogas a serem utilizadas, utilizar drogas que tenham mais de um objetivo de alívio, propor tratamentos mais simples possíveis, não tratar tudo que dói com medicamentos e analgésicos, aprender a reconhecer pequenas realizações e desfrutar delas. Há sempre alguma coisa a ser feita. (MELO; FIGUEIREDO, 2006. p. 19).

A enfermagem deve ter ainda atenção para a mudança de decúbito a cada 2 horas, evitando as úlceras de pressão; deve prevenir a queda do leito, realizar uma boa higiene corporal, para o bem estar do paciente e estimular a saída do leito e a deambulação, se possível. A enfermagem tem em sua essência buscar o atendimento das necessidades humanas básicas do paciente, oferecendo uma assistência planejada e individual, proporcionando uma morte tranquila (MEN et al, 2006).

As práticas dos Cuidados Paliativos se baseiam em controle rigoroso dos sintomas de natureza física, psicológica, social e espiritual. Segundo Neto (2006)³⁴ os princípios do controle destes sintomas se baseiam em: avaliar antes de tratar os sintomas, explicar as causas dos sintomas e não esperar que um doente se queixe adotar uma estratégia terapêutica mista e monitorizar os seus sintomas, reavaliar regularmente as medidas terapêutica, cuidando dos detalhes e estar disponível.

O cuidado vai além do atendimento às necessidades básicas do ser humano no momento em que ele está fragilizado. É o compromisso de cuidar do outro e envolve o autocuidado, a autoestima, a autovalorização do que cuida. Nesse sentido quem cuida tem a possibilidade de um crescimento pessoal através dessa prática. Quando uma pessoa se ocupa do cuidado com o outro atingido por uma doença crônica, os sentimentos podem oscilar entre a esperança de melhorar e a angústia quando a situação for irreversível. (SALDANHA; CALDAS, 2004).

Quando for o caso de paciente terminal, o planejamento terapêutico deve ter em vista alguns aspectos, tais como: o tratamento proposto poderá melhorar manter ou restaurar a qualidade de vida, beneficiar o paciente nos aspectos do conforto, bem-estar ou estado geral, aliviar os sintomas e o sofrimento. Caso não atenda a essas premissas o mesmo pode ser considerado fútil, e se provoca o prolongamento da agonia e sofrimento, esta ação é considerada obstinação terapêutica (PESSINI, 2001).

Os cursos da área da saúde, sobretudo os de Enfermagem, têm buscado uma formação mais humanista. Porém, os currículos ainda permanecem fragmentados, com disciplinas que destacam os conteúdos técnicos e profissionais. Esta perspectiva pode limitar uma atenção à saúde mais humanizada, pois o profissional não consegue visualizar o ser humano em suas diferentes dimensões (KRUSE, 2004).

2.2 Serviços de emergência

Urgência é um acontecimento imprevisto que causa dano a saúde do paciente, mas que não corre risco de morte. Emergência é quando a dano a saúde ocasiona o risco de morte (SANTOS, 2008).

O Conselho Federal de Medicina (CFM) define urgência como uma ocorrência repentina de agravo à saúde, com ou sem risco possível de morte, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Emergência é a constatação médica de condições de agravo à saúde que provoca risco iminente de morte ou sofrimento intenso, exigindo, tratamento médico imediato (VALENCIA, 2010).

Emergência é, quando um conjunto de circunstâncias a modificarem uma determinada situação. Tomados de forma isolada, seus elementos não justificariam uma medida imediata, mas sim o conjunto e a interação entre seus constituintes. A assistência em situações de emergência e urgência se caracteriza pela necessidade de um paciente ser atendido em um curto espaço, sem a protelação no atendimento. O mesmo deve ser imediato e é caracterizada como sendo a situação onde não pode haver o atendimento de um período não superior a duas horas. As situações não urgentes podem ser referidas para o pronto-atendimento ambulatorial (GOLDIM, 2003).

As unidades de emergência são locais destinados ao atendimento de pacientes com afecções agudas específicas. É um local onde existe um trabalho de equipe especializado, podendo ser dividido em pronto atendimento, pronto socorro e emergência (ANDRADE et al., 2000).

O serviço de urgência e emergência é a porta de entrada de um hospital, e ainda um recurso célere para o acesso à população. Por falta de estrutura ou reduzida oferta de atendimento nas unidades básicas, pacientes sem risco iminente de morte procuram esse atendimento com a intenção de encontrar um médico de plantão que o atenda. Como consequência, esse serviço se torna gradativamente cheio e a demanda de pacientes não é proporcional ao número de enfermeiros (VALENTIM; SANTOS, 2009).

Nas situações de atendimento de emergências ou urgências o critério de acesso aos serviços é o da gravidade e os pacientes em situação de emergência são atendidos em primeiro lugar. Muitos pacientes não têm outros recursos para recorrer, nem sempre a instituição dispõe de um pronto atendimento para atender a esta demanda, assim como pode não existir uma adequada interação com o sistema ambulatorial, a ponto de garantir que este paciente será atendido por um profissional nos próximos dias. Frente a esta situação difícil, muitas vezes o profissional opta por atender a estes pacientes, consciente de que está distorcendo o objetivo do serviço. Isto pode acarretar outra situação difícil, que é a de que os recursos emergenciais poderão estar não disponíveis para os pacientes que efetivamente necessitem deste tipo de atendimento (GOLDIM, 2003).

O setor de emergência surgiu com o objetivo de diminuir a morbimortalidade e as sequelas incapacitantes, entretanto, houve uma crescente demanda e procura pelo atendimento nesses serviços ocasionando um fluxo desordenado de usuários nas portas dos prontos-socorros (AZEVEDO et al., 2010; BRASIL, 2006).

Além disso, o setor de Emergência de um hospital é o mais crítico em relação à promoção da qualidade no atendimento, pois se observa que, ainda existem problemas com a falta de recursos materiais e humanos para realizar um atendimento de qualidade (BELLUCCI JUNIOR; MATSUDA, 2011).

A unidade de emergência é uma área que precisa de atenção pela sua diversidade de condições e situações, além de ser um ambiente de velocidade e desafios, necessitando de

profissionais capacitados para atuarem de forma habilidosa, ágil e humanizada (DAL PAI; LAUTERT, 2005).

Os serviços de emergência contemporâneos possuem uma especificidade que os distingue de todos os outros serviços de saúde, exigindo uma assistência imediata, eficiente e integrada e amplo conhecimento técnico, habilidade profissional e o emprego de recursos tecnológicos (ALMEIDA; PIRES, 2007).

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Humanização (PNH) com o intuito de proporcionar qualidade na atenção às urgências e solucionar os problemas preexistentes. Tem por objetivo reorganizar o processo de trabalho e impor mudanças na prática da assistência e gestão de saúde por meio do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, o qual visa reorganizar a ordem do atendimento de acordo com o grau de necessidade ou sofrimento e não impessoal ou por ordem de chegada (BRASIL, 2006; BRASIL, 2009; SOUZA et al., 2011).

Os serviços de atendimento de emergências deveriam explicar claramente a sua vocação assistencial para a população. Muitas vezes há confusão entre atendimento de emergência e pronto atendimento ambulatorial, feita pelas próprias instituições hospitalares e profissionais de saúde (GOLDIM, 2003).

Segundo Bellucci Júnior; Matsuda (2011)¹¹ cabe ao enfermeiro o gerenciamento e a qualidade do trabalho realizado em Serviço Hospitalar de Emergência. O atendimento de emergência é uma assistência prestada em um primeiro nível de atenção, aos portadores de quadros agudos, de natureza clínica. Afirmar-se, ainda, que diante de uma emergência, a Enfermagem deve estabelecer prioridades de assistência de acordo com a avaliação preliminar, de forma a garantir a identificação e o tratamento das situações que ameaçam a vida do paciente (BRASIL, 2006).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

A pesquisa realizada é de natureza qualitativa, descritiva e de campo. A pesquisa qualitativa tenta compreender um problema sob a perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, sua satisfação, emoções, sentimentos e desejos. A pesquisa descritiva tem como objetivo explorar uma realidade significativa, identificando suas características. Exige do pesquisador uma série de informações sobre o que deseja estudar, delimitando técnicas, métodos, teorias e modelos que orientam a coleta e interpretação dos dados (LEOPARDI, 2002).

Pesquisa de campo é a investigação empírica realizada no local onde ocorre ou ocorreu um fenômeno ou que dispõe de elementos para explicá-lo. Pode incluir entrevistas, aplicação de questionários, testes e observação participante ou não (MARCONI, 2011)²⁹. As pesquisas de campo são geralmente desenvolvidas em locais de convívio social, como hospitais, clínicas, unidades de tratamento intensivo, postos de saúde, asilos, abrigos e comunidades. (LEOPARDI, 2002).

3.2 Campo de estudo

A coleta de dados foi realizada nos setores de emergência de um hospital geral, sendo que um setor realiza atendimento a usuários do SUS e o outro a usuários que possuem plano de saúde ou buscam o atendimento privado. O referido hospital está localizado no interior do Vale do Taquari e é considerado referência em saúde nas mais diversas especialidades, sejam de alta ou média complexidade. É uma instituição filantrópica, de direito privado, está inscrita nos Conselhos Nacional, Estadual e Municipal de Assistência Social, e é reconhecida como Utilidade Pública Federal, Estadual e Municipal, localizado na região central do Rio Grande do Sul, nos Vales do Taquari.

3.3 Sujeitos de estudo

Os sujeitos do estudo foram dez profissionais da equipe de enfermagem que atuam no setor de emergência do referido hospital, que atenderam aos seguintes critérios inclusão: trabalhadores que integram a equipe de enfermagem, enfermeiros e técnicos de enfermagem,

que atuam na instituição por um período igual ou superior a seis meses, nos três turnos de trabalho, manhã, tarde e noite e que aceitaram participar da entrevista.

3.4 Coleta de dados

Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento contendo questões norteadoras sobre o assunto (Apêndice A).

3.5 Análise de dados

Os dados foram analisados pro meio do método de análise de conteúdo proposto por Bardin (2012). A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicações, dos quais são utilizados procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (BARDIN, 2012). As fases de análises propostas por Bardin (2012) são: pré-análise, exploração sistemática dos documentos e tratamento dos resultados.

- Pré-análise: é a fase de organização dos materiais coletados, ou seja, escolhas dos materiais que estão interligados aos objetos da pesquisa, bem como do seu referencial, que dar argumentos aos resultados encontrados.
- Exploração do material: é a fase correspondente à análise propriamente dita do conteúdo, ou seja, estudo e leitura dos dados coletados. Após é feita a codificação do material com o objetivo de se saber o porquê se analisam esses dados e saber como se deve analisá-los. Também é nessa fase que se verifica toda a documentação necessária que dá sustentação ao problema a ser estudado.
- Tratamento dos resultados: é a fase da validação dos resultados analisados. Porém para que ocorra essa validação, é imprescindível que os dados coletados sejam fidedignos. Assim, o pesquisador relacionará os objetos com os resultados encontrados e, a partir disso poderá até sugerir novas propostas de pesquisa, dependendo das conclusões obtidas.

3.6 Aspectos éticos

Os aspectos éticos envolvidos na realização do presente estudo buscaram atender a Resolução 466/12 (BRASIL, 2012) do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as pesquisas envolvendo seres humanos. Inicialmente o projeto foi encaminhado à instituição de saúde para avaliação e aprovação, acompanhado da Carta de Anuência (Apêndice B), a qual foi assinada pelos responsáveis. Posteriormente foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (COEP) da UNIVATES, o qual também foi aprovado sob o CAAE nº 47024815.6.0000.5310.

Obtidas as aprovações acima, o entrevistador fez contato com a coordenação dos setores de emergência da instituição para apresentar o projeto de pesquisa e viabilizar o desenvolvimento da pesquisa no local. Após isso, o projeto foi apresentado aos profissionais que atuam nos setores de emergência, ocasião em que os mesmos foram convidados a integrar o estudo. Aos profissionais que participaram da pesquisa foi lido e explicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – apêndice C), o qual contém todas as informações sobre a pesquisa. Uma via do TCLE foi entregue aos participantes e outra ficou de posse do pesquisador.

A coleta dos dados foi realizada no turno mais adequado aos profissionais e em sala privativa. O tempo gasto na entrevista levou em torno de 30 minutos, e será mantido o sigilo e anonimato em relação à identificação dos participantes da pesquisa. Todo o material resultante da pesquisa será mantido guardado em arquivo pessoal do pesquisador, em local seguro, por um período de cinco anos. Completado o tempo, o material será incinerado pelo próprio pesquisador, mantendo o sigilo destas informações.

Os dados serão divulgados no seminário de defesas dos trabalhos de conclusão do curso de enfermagem, em palestras, seminários, congressos e periódicos da área.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Foram entrevistados dez profissionais que atuam na equipe de enfermagem, sendo cinco enfermeiros e cinco técnicos de enfermagem. Após análise do material empírico, os dados foram agrupados em três categorias temáticas, as quais serão apresentadas a seguir.

4.1 Oferecendo cuidados paliativos

Os entrevistados referiram realizar diversos cuidados paliativos nos setores de emergência, especialmente o alívio da dor, levando em conta a integralidade do cuidado.

O alívio da dor, através de medicação, depois entrar com apoio psicológico, moral, fazendo com que o paciente saia do hospital com um pouco mais de esperança. (TE4).

Alívio da dor [...] procedimentos de responsabilidade de enfermagem, [...] promover ambiente que ele se sinta confortável e acolhido pela enfermagem. (E1)

TE5 [...] “sonda, drenos, a gente dá apoio à família e presta assistência ao alívio da dor.”

O cuidado paliativo é baseado nos preceitos de integralidade e interdisciplinaridade, o que não pode ser negligenciado no setor de emergência. (E1)

. Proporcionar o alívio da dor é o objetivo primordial dos cuidados paliativos. O sofrimento físico não aliviado é um fator de ameaça constante à sensação de plenitude desejada. O paciente terminal precisa ter seus desconfortos físicos aliviados e controlados para depois ocorrer o ajuste de outras necessidades, como as espirituais. Experimentar um processo de morte serena, sem dores é, antes de tudo, ter a oportunidade de viver em plenitude seu último momento (WATERKEMPER; REIBNITZ, 2010).

Os cuidados paliativos não abreviam e nem prolongam a morte, eles aliviam a dor e sofrimento, proporcionando melhor qualidade de vida, até que a mesma aconteça de forma natural (BRASIL, 2008).

“O cuidado paliativo é baseado nos preceitos de integralidade e interdisciplinaridade, o que não pode ser negligenciado no setor de emergência.” (E1)

Pensar em cuidados paliativos remete a abordagem interdisciplinar que assegure a integralidade do cuidado. Muitos dos profissionais requerem treinamento e aperfeiçoamento

do aprendizado, para melhorar a maneira de cuidar desses pacientes (OLIVEIRA; SA; SILVA, 2007).

4.2 Sentimento dos profissionais frente aos cuidados paliativos

Os profissionais sentem-se fragilizados emocionalmente frente ao cuidado de pacientes fora de possibilidades terapêuticas, sendo incerto como irão agir e reagir frente a estes sentimentos.

“Meu lado emocional é bastante emotivo, então, em alguns momentos fica difícil se manter firme frente à pacientes em cuidados paliativos.” (TE1)

Muitas vezes é difícil porque não tem palavras de conforto, nem de melhora, nem para os pacientes nem para os familiares. São pacientes que não têm um prognóstico bom, provavelmente eles não vão retornar dali pra frente só vão evoluir para a morte, não tem cura. (E2)

“[...] por que quanto mais a gente sabe, mais a gente sofre, e a gente sabe de todas as consequências que pode ter [...]” (E3)

De acordo com Araujo e Silva (2007), os cuidados paliativos mostram a morte como algo normal. Não servem para apressar e nem adiar a morte, mas sim promover o alívio das dores, melhora dos sintomas que trazem angústias, além de integrar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais. Têm o objetivo de dar apoio ao paciente e sua família.

De modo geral, falar sobre câncer ainda é um problema. Ainda prevalecem, em nossa cultura, crenças e preconceitos sobre o câncer, aliando-o à ideia de terminalidade e sofrimento, mesmo que o prognóstico possa variar de pessoa para pessoa e que nem sempre a enfermidade seja uma doença fatal (CAPONERO, 2006).

Os profissionais, muitas vezes não sabem como agir para que os cuidados paliativos prestados a um paciente em estágio terminal não afete seu trabalho e acreditam que devem conter-se frente aos pacientes.

Muitas vezes a gente acaba se colocando no lugar desse familiar e até desse paciente, a gente acaba pensando como vai ser quando a gente chegar ao fim da vida e tenta trabalhar nosso lado emocional se colocando no lugar do paciente [...] (E3)

[...] o paciente chega para nós e diz: “Me dá um remedinho, porque não aguento mais viver. Me deixa morrer.” E a gente não pode. Precisa dar suporte, precisa seguir em frente [...] (E3)

Cuidado se traduz em atenção, dedicação, carinho; responsabilidade é perceber o outro indivíduo como ele é, os seus gestos, suas falas e limitações, indo além da percepção do corpo físico, considerando também as questões emocionais e a história de vida da pessoa. O cuidar é ajudar o outro em seus momentos de necessidade, estimulando-o a buscar a autonomia (BRASIL, 2008).

De acordo com Melo e Caponero (2006) utiliza-se uma abordagem multiprofissional para reduzir o sofrimento, oferecendo um cuidado total, aliviando expectativas e necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais, integrando todos os seus valores.

Para os entrevistados não é fácil presenciar o sofrimento de outras pessoas, ainda mais com os familiares sofrendo junto, mas acreditam que devem dar apoio e suporte para estas pessoas, amenizando seu sofrimento.

Acho que é bem difícil você ver o sofrimento de outras pessoas, só que na nossa profissão acabamos aprendendo a lidar com esse tipo de sentimento, acho que se tu põe na cabeça e vê que está fazendo tudo ao seu alcance para o paciente, isso ajuda a não se descontrolar, a se conter. (E4)

Trabalho meu lado emocional realizando as atividades com tranquilidade e segurança, converso com minha consciência e determino que tenho que ter determinação e postura perante o paciente em fase terminal. (E1)

De acordo com Carvalho (2004), profissionais de saúde sofrem um grande desgaste ao cuidar de pacientes no estágio avançado das doenças. Desgaste físico e emocional, por estarem acompanhando um processo de doença evolutiva e a triste realidade da morte estar próxima; pelo sofrimento do enfermo no despedir-se das pessoas queridas e na despedida da própria vida. E por acompanhar um dia-a-dia, muitas vezes dolorido e penoso, no caminho da morte.

Segundo os entrevistados, prestar cuidados paliativos é muito gratificante, pois é nesses momentos que os profissionais podem transmitir palavras de conforto para que seus dias de sofrimento possam ser mais amenos.

Desde a formação, o profissional enfermeiro sente-se comprometido com a vida, e é para preservação desta que deverá sentir-se capacitado. Sua formação acadêmica está fundamentada na cura, e nela está sua maior gratificação. Assim, quando em seu cotidiano de trabalho necessitam lidar com a morte, em geral, sente-se despreparado (SOUZA, 2013).

No setor de emergência os atendimentos são muito rápidos, pois sempre estão chegando novos pacientes, entre os quais estão acidentados e aqueles que apresentam parada cardiorrespiratória, sendo assim não há muito tempo para a equipe lhes dar a devida atenção.

A gente não consegue dar muita assistência, muita atenção, no setor de emergência, a gente deveria ter mais tempo para dar assistência a esses pacientes. (TE5)

Esse cuidado não é fácil, a gente não fica muito tempo com o paciente. (E5)

O que se observa na atualidade é o número excessivo de usuários nas filas desses serviços, onde se misturam, no mesmo espaço, situações graves e casos “estáveis”. Essa grande procura pelo serviço de emergência tem gerado a superlotação do setor, bem como a sobrecarga de trabalho para a equipe de saúde que faz o atendimento. Além disso, deve-se considerar que o atendimento rápido, a sobrecarga de trabalho e a pressa dos profissionais de saúde podem levar à prática de ações desprovidas de humanização (SOUZA, 2007).

As ações do enfermeiro, no cuidar do paciente terminal, não representam uma atividade fácil e nem isolada, há a necessidade de conhecer profundamente o paciente, valorizando seus sintomas, características pessoais, cultura e família, tendo-se a necessidade de um trabalho multiprofissional, podendo ser desenvolvido em unidades hospitalares, ajudando na qualidade de vida (MELO, 2006).

4.3 Cuidando da família da pessoa em fase terminal

O cuidado à família de pessoas em fase terminal pode ser realizado sanando suas dúvidas e orientando-os a respeito do cuidado a seu familiar, para que possam dar-lhe o apoio necessário nesse momento difícil.

Confortando os familiares com palavras, oferecendo ajuda sempre que precisarem. (TE2)

A gente tenta auxiliar conversando com o familiar, tirando suas dúvidas. (TE3)

Ajudar de forma a entrar em contato com assistente social, indicando lugares que são de acolhimento de outras cidades, tem muitos familiares que são de outras cidades. (TE5)

A gente tenta orientar o máximo possível, porque, muitas vezes, apesar de saberem que é paciente em fase terminal, eles ficam muito ansiosos quando o paciente estiver próximo da morte, eles vêm querendo salvar seu familiar, querendo com que este familiar não sofra, então a gente tenta orientar o máximo que a gente consegue e dar apoio a esse familiar. (E3)

A gente tenta dar mais atenção para eles, conversar mais com eles. A gente tenta entender o que eles estão passando, como é dentro de sua casa, quando se encontra em família. Esse cuidado não é fácil, a família deve estar bem amparada. (E5)

A filosofia dos cuidados paliativos afirma a vida e encara o morrer como um processo normal; não expressa nem adia a morte; procura aliviar a dor e outros sintomas angustiantes; integra os aspectos psicológicos e espirituais nos cuidados com o paciente; oferece um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viver ativamente o máximo possível até a morte; e oferece um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença ao paciente e seu próprio luto (PESSINI, 2003).

É errônea a suposição de que não há mais nada a se fazer pelo paciente sem possibilidades de cura: enquanto há vida, existe a necessidade do cuidado de enfermagem. Neste sentido, a atuação da equipe de enfermagem é primordial e indispensável para proporcionar o máximo de conforto ao paciente sob cuidados paliativos, ajudando-o a vivenciar o processo de morrer com dignidade, para que utilize da melhor forma possível, o tempo que lhe resta. Isto significa ajudar o ser humano a buscar qualidade de vida quando não é mais possível acrescentar quantidade (ARAÚJO, 2004).

Verifica-se que o paciente em fase terminal, deseja ser compreendido como um ser humano que sofre, porque, além da dor física, passa por conflitos existenciais e necessidades que os fármacos ou os aparelhos de alta tecnologia não podem prover. Assim, além de compartilhar seus medos e anseios relacionando-se com seus pares, através da comunicação, ele necessita sentir-se cuidado, amparado, confortado e compreendido pelos enfermeiros. Expressões de compaixão e de afeto na relação com o paciente trazem a certeza de que ele é parte importante de um conjunto, o que ocasiona sensação de proteção, de consolo e de paz interior (ARAÚJO, 2012).

4.4 O profissional de enfermagem perante seu familiar em cuidados paliativos

Os profissionais da saúde reconhecem que passar pela condição de ter um familiar em fase terminal não é tarefa fácil, pois, da mesma forma que frente aos pacientes em fase terminal, o lado emocional fica abalado e também requer esforço para ajudar este familiar.

[...] seria muito difícil lidar com isso, abala o lado emocional de todos da família. (TE1)

[...] a gente sempre tem esperança, a esperança nunca morre, eles nos dão mais coragem do que temos, pois sabemos que não tem mais volta. (TE3)

[...] mais complicado, pois não sabemos como vamos agir ou reagir. (TE5)

[...] iria lembrar que na situação eu sou um profissional da área da saúde, pois tudo o que eu fizesse seria para o bem-estar do paciente. (E1)

A Organização Mundial de Saúde (OMS 2000) tem entre as suas prioridades internacionais o alívio da dor, a redução do sofrimento, a oferta de cuidado paliativo para aqueles sem esperança de cura e a possibilidade da reabilitação no contexto social.

Para os pacientes sob Cuidados Paliativos, a comunicação interpessoal e o relacionamento humano são ressignificados, representando a essência do cuidado que sustenta a fé e a esperança nos momentos mais difíceis de enfrentamento (ARAÚJO, 2006).

[...] tratar ele em casa é uma das coisas que sempre que falo para os pacientes e familiares. Quanto mais próximo da família puder estar e longe dos hospitais, é melhor. Acho que é uma medida de conforto, ter amigos, família, todos vão poder acompanhar que é diferente do que estar em um hospital, onde tem pessoas estranhas que acabam fazendo cuidados em ti e pra tua família. (E2)

A internação domiciliar emerge como modalidade de cuidado para suprir as necessidades atuais de cuidados permanentes, tanto aos pacientes terminais, quanto aos doentes crônicos, evitando dessa forma as internações hospitalares que expõem esses indivíduos a riscos de infecções, bem como ao distanciamento de seu ambiente familiar. No início do século XXI, a OMS fez seu pronunciamento acerca da assistência domiciliar, justificando-se frente à necessidade de cuidados em longo prazo nas doenças crônicas, as quais aumentam em relação à transição demográfica e epidemiológica dos últimos anos (WHO, 2000).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo possibilitou identificar a percepção da equipe de enfermagem frente aos cuidados paliativos realizados em setores de emergência.

Ao oferecer cuidados paliativos, a equipe de enfermagem leva em consideração, de forma prioritária, o alívio da dor e a organização de um ambiente confortável para esses pacientes. Os profissionais sofrem grande pressão emocional e angústia, pois os usuários não têm um prognóstico bom e perspectivas de melhora. No cuidado a família do paciente em fase terminal, os profissionais os auxiliam por meio da escuta e do diálogo, apoiando-os com palavras de conforto. Perante um familiar seu em fase terminal, os profissionais também demonstraram angústia e tiveram dificuldade em expressar seus sentimentos.

A equipe de enfermagem está ligada diretamente ao paciente em estágio terminal, tem a responsabilidade de ouvir e compreender suas necessidades, proporcionar-lhe apoio, afeto e compreensão para enfrentar a doença e sua trajetória de cuidado e oferecer-lhe conforto, de acordo com as possibilidades de trabalho. Este cuidado torna-se gratificante, quando é baseado nos preceitos da integralidade e interdisciplinaridade.

Refletir sobre o cuidado a pacientes em fase terminal e seu significado é tarefa constante entre os profissionais da equipe de enfermagem. Tão importante quanto cuidar para salvar é cuidar para aliviar o sofrimento daquele que não tem mais possibilidades terapêuticas. Sugere-se que os profissionais tenham suporte psicológico e emocional para prestar os cuidados paliativos, levando em consideração a vulnerabilidade do paciente e de sua família frente à doença, pois cada um tem seu modo de agir e reagir frente ao seu problema.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P.J.S., Pires, D.E.P. **O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2007. [cited 2010 jul 27];9(3):617-29. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a05.html>
- ALVES, M.; RAMOS, F.R.S.; PENNA, C.M.M. **O trabalho interdisciplinar e aproximações possíveis na visão de enfermeiras de uma unidade de emergência**. Texto e Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 323-331, jul./set. 2005.
- ANDRADE LM, CAETANO JF, SOARES E. **Percepção das enfermeiras sobre a unidade de emergência**. Rev RENE 2000; 1(1): 91-7
- ARAÚJO, M. M. T. Quando uma palavra de carinho conforta mais que um medicamento: necessidades e expectativas de pacientes sob cuidados paliativos. Dissertação - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.
- ARAUJO, M.M.T.; SILVA, M.J.P. **Comunicando-se com um paciente terminal**. Revista Soc. Bras. Câncer, 2003.
- ARAÚJO, MMT, Silva MJP. Communication with dying patients: perception of ICU nurses in Brazil. J Clin Nurs. 2004; 13(2): 143-9.
- AZEVEDO, Ana Lúcia de Castro Sajioro, et al. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. Rev. Eletr. Enf. [Internet], v.12, n.4, p.736-745. 2010
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução: Luiz Antero Reto. São Paulo: Edições 70, 2012.
- BELLUCCI, JÚNIOR, J.A.; MATSUDA, L.M. **O enfermeiro no gerenciamento à qualidade em Serviço Hospitalar de Emergência: revisão integrativa da literatura**. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2011 dez;32(4):797-806. Acesso em 12 de maio de 2015.
- BERNADES, A. P. F. ; GASDA, V. L. P. ; PEZENTI, D. ; PINHEIRO, S. R. . **A Ética da Enfermagem Frente à Assistência aos Pacientes Terminais**. In: 2º SITEn, 2008, Curitiba. 2º SITEn, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Especializada. Regulação médica das urgências**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 126 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3. ed. atual. ampl. Rio de Janeiro: INCA, 2008. Acesso em 20 de março de 2015
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Cancer. **Cuidados paliativos oncológicos: controle de sintomas**. Rio de Janeiro: INCA; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Cancer. **Cuidados paliativos oncológicos: controle de sintomas**. Rio de Janeiro: INCA; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196/96. Disponível em: [HTTP://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf). Acesso em 6 maio 2015.

CAPONERO, R; Vieira, Daniele Evaristo. **Urgências em cuidados paliativos. Dor e cuidados paliativos**. Enfermagem, Medicina e Psicologia. 2006.

CARVALHO, M.. M. M. J, (2004). **A Dor no Estágio Avançado das Doenças**. In: Angerami, V. A – Camon (org.), **Atualidades em Psicologia da Saúde** (pp.85-101). São Paulo: Pioneira Thompson Learning.

DAL PAI, Daiane; LAUTERT, Liana. **Suporte humanizado no pronto-socorro: um desafio para a enfermagem**. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 58, n. 2, Apr. 2005. Acesso em 14 março de 2015.

FALLOWFIEL L, JENKINS V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. Lancet 2004;363(9405)312-9. **Cuidados paliativos na prática médica: contextbioético**. Ver. Dor. São Paulo.

FIGUEIREDO, N.M.A; COELHO, M.J. **Aprendendo a cuidar em emergência hospitalar: equipe, funções e ações**. In: FIGUEIREDO, N.M.A, organizador. **Cuidando em emergência**. São Caetano do Sul: São Paulo; 2004.p.101-12

INTERNACIONAL ASSOCIATION POR HOSPICE AND PALLIATIVE CARE.MANUAL OF PALLIATIVE CARE, [cited 2010 jul 18] Available from: <http://www.hospicecare.com>.

KRUSE MHL. **Os poderes dos corpos frios: das coisas que se ensinam às enfermeiras**. Brasília (DF): ABEn; 2004.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da pesquisa em saúde**. Florianópolis: FSC, 2002.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia científica: ciência e conhecimento científico: métodos científicos: teoria, hipóteses e variáveis: metodologia jurídica**. São Paulo: Atlas, 2011. 314 p. ISBN 978-85-224-6625-2

MELO, A. G. C; FIGUEIREDO, M.T.A. **Cuidados Paliativos. Conceitos básicos, histórico e realizações da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos e da Associação Internacional de Hospice e Cuidados Paliativos**. In: Pimenta CAM, Mote DDCE, Cruz DALM. **Dor e cuidados paliativos: Enfermagem, Medicina e Psicologia**. Barueri, SP. Manole, 2006.

MEN Fernandes, Fernandes AFC, Albuquerque ALP, Mota MLS. **A morte em unidade de terapia intensiva: percepção do enfermeiro**. Rev. RENE. 2006 jan/ abr; 7(1): 43-51. 8. Miguez Burgos A; Muñoz Simarro D. Enfermería y El paciente em situación terminal. Enferm glob. 2009;16:1-9.

NETO IG. **Princípios e filosofia dos cuidados paliativos: manual de cuidados paliativos**. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa; 2006.

OLIVEIRA, A.C. de; SÁ, L.; SILVA, M.J.P. **O posicionamento do enfermeiro frente à autonomia do paciente terminal**. Ver. bras. Enferm, Brasília, DF, v.60, n.3, p. 286-290, June 2007.

PESSINI, L. **Como lidar com o paciente em fase terminal**. 5 ed. Aparecida: Santuário; 2003.

PESSINI, L. **Distanásia: até quando prolongar a vida?** São Paulo: Loyola; 2001.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos**. 3 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

ROGERS JH, OSBORN HH, POUSADA L. **Enfermagem de emergência: um manual prático**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. Goldim, 2003.

Rosa NG. **Dilemas éticos no mundo do cuidar de um serviço de emergência**. [dissertação] Porto Alegre: UFRGS, 2001.

SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P. **Saúde do idoso: a arte de cuidar**. 2ed. Interciência. Rio de Janeiro, 2004, p 38.

SANTOS NCM. **Urgência e Emergência para Enfermagem – do Atendimento Pré-Hospitalar (APH) à Sala de Emergência**. 5a ed. São Paulo: Editora Iátrica; 2008.

SANTOS NCM. **Urgência e Emergência para Enfermagem – do Atendimento Pré-Hospitalar (APH) à Sala de Emergência**. 5a ed. São Paulo: Editora Iátrica; 2008.

SOUZA LPS, Ribeiro JM, Rosa, RB, Gonçalves RCR, Silva CSO, Barbosa DA. **A morte e o processo de morrer: sentimentos manifestados por enfermeiros**. Rev. eletrônica trimestral de enfermería global. 2013. Nº 32 Outubro 2013.

SOUZA RB, Silva MJP, Nori A. **Pronto – Socorro: uma visão sobre a interação entre profissionais de enfermagem e paciente**. Rev Gauch Enferm. 2007, jun; 28(2): 242-9.

SOUZA, Cristiane Chaves de. et al. **Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 19, n. 1, p. 1-8, jan-fev. 2011.

TEIXEIRA, Mirian; Lavor Mariangela. **Dor e cuidados Paliativos**. Assistência no modelo *HOSPICE*, 2006

VADEBONHCOUER C M, SPLINTER WM, RATRAY M, et al. **A paediatricPalliative care programme in development: trends in referral and location of de ath**. ArchDisChild 2010; 95(9):686-9.

VALÊNCIA, Edivia Sabina Jurado; BARROSO, Ana Valéria dos Santos, BRASILEIRO, Marislei Espíndula. **Pesquisas científicas relacionada à Assistência do Enfermeiro na urgência e emergência na Unidade Básica de Saúde, segundo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde**. Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição [serial on-line] 2010 jan-jul1(1): 1-15.

VALENTIM, Márcia Rejane da Silva; SANTOS, Mauro Leonardo Salvador Caldeira dos. **Políticas de saúde em emergência e a enfermagem**. Rev. enferm. UERJ; 17(2):285-289, abr.-jun. 2009. Acesso em 10 de março de 2015.

VIEIRA, R.M., RODRIGUES, V.D. **Cuidados paliativos: relevância, dificuldade e o papel do enfermeiro**. EFDesportes.com, revista digital, ano 15, n.15, n.151, 2010.

WATERKEMPER R. **Concepções e contribuições de enfermeiras que atuam em cuidados paliativos sobre a avaliação da dor de pacientes com câncer: uma prática de educação no trabalho** [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - Expert Committee. **Cancer, pain relief and palliative care**, Geneve: 2002.

APÊNDICE A:
Instrumento para coleta de dados

APÊNDICE A: INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

- 1- Você presta cuidados paliativos ao paciente em fase terminal na unidade de emergência?
- 2- Se afirmativo que cuidados de enfermagem são prestados ao paciente em fase terminal na unidade de emergência?
- 3- Como é feito o cuidado à família do paciente em fase terminal nos setores de emergência?
- 4- Como é para ti realizar os cuidados paliativos no setor de emergência?
- 5- De que maneira você trabalha seu lado emocional perante pacientes em fase terminal?
- 6- Qual seria sua reação perante um familiar seu com uma doença em fase terminal?

APÊNDICE B:
Carta de Anuência

APÊNDICE B: CARTA DE ANUÊNCIA

Lajeado, dede 2015.

Prezada senhora

Declaro que tenho conhecimento e autorizo a execução do projeto de Pesquisa intitulado **Práticas de cuidados paliativos em setor de emergência: desafio à enfermagem**, proposto por **Rúbia Bayer**, sob orientação da Prof^a **Giselda Veronice Hahn**, vinculado ao Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, do **Centro Universitário Univates**.

O referido projeto será realizado no setor de emergência do **Hospital Bruno Born** e poderá ocorrer somente a partir da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (Coep) da Univates.

Atenciosamente,

Nome e cargo do responsável pelo local de realização da pesquisa

Prof^a Catia Gonçalves
Coordenadora do COEP/UNIVATES
Lajeado, RS

APÊNDICE C:
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa **Práticas de cuidados paliativos em setor de emergência: desafio à enfermagem** será realizado como condição para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, do curso de Enfermagem da UNIVATES Centro Universitário e tem como objetivo avaliar a percepção da equipe de enfermagem frente aos cuidados paliativos realizados em setores de emergência a pacientes em estágio terminal.

Os dados serão coletados por meio de entrevista semiestruturada, cuja finalidade é abordar os cuidados paliativos em pacientes em fase terminal. A mesma será gravada. Será preservada a identidade dos participantes. Poderão ser publicados em periódicos relevantes à área e todos os materiais referentes à pesquisa serão arquivados por cinco anos em arquivo conforme normas da resolução 466/12.

Por meio dos dados coletados será possível averiguar a importância das práticas de cuidados paliativos em setor de emergência.

A pesquisa não oferece riscos ou custos aos participantes, tendo estes a liberdade de desistir ou interromper sua participação na pesquisa no momento que desejarem. Será necessário em torno de 30 minutos para responder às questões.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação nesta pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e dos procedimentos que serei submetido, bem como benefícios, riscos e desconfortos, todos acima listados.

Fui igualmente informado:

- 1 Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca da pesquisa;
- 2 Da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso traga qualquer prejuízo;

- 3 Da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- 4 Do compromisso do pesquisador de proporcionar-me informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- 5 De que se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O pesquisador responsável por esta pesquisa é Giselda Veronice Hahn, sendo que os dados serão coletados pela acadêmica Rúbia Bayer, cujo telefone para contato é (51) 9818-9175.

Este documento foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVATES e o mesmo será elaborado em duas vias, uma ficando com o pesquisado e outra com o pesquisador.

Lajeado,.....

Nome e assinatura do sujeito

Nome e assinatura do pesquisador