

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

BÁRBARA CRISTIANE GARNIZE

CUIDADOS DE CONFORTO A PACIENTES NA TERMINALIDADE

Porto Alegre

2011

BÁRBARA CRISTIANE GARNIZE

CUIDADOS DE CONFORTO A PACIENTES NA TERMINALIDADE

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^ª. Vera Portella.

Porto Alegre

2011

Dedico esta conquista aos meus pais Clecy e Jeverson que com muito carinho e esforço incondicional estiveram presentes e atuantes ao longo da minha caminhada; aos meus avós, e em especial minha avó Anadir que com muita sabedoria me ensinou a verdadeira arte de cuidar.

Agradecimentos

Agradeço a Deus, pelo milagre da vida e pela oportunidade dada a mim de pertencer a ela e ser afortunada com um lar e uma família maravilhosos.

Agradeço a minha família, a minha mãe por sua dedicação, carinho e exemplo de força e amor incondicional que sempre estivera presente durante a minha jornada. Ao meu pai que mesmo distante sempre esteve presente, com palavras de carinho, demonstrações de amor e auxílio sempre que precisei, ao meu irmão e amigo em todos os momentos. Aos meus avós que foram a base da minha criação, a minha avó que mesmo não verbalizando possui o sorriso mais lindo que conheci e uma história de exemplo de luta e dignidade que sempre será meu referencial de vida, ao meu avô que com poucas palavras demonstra seu amor e carinho. A minha avó auxiliar de enfermagem, principal responsável pela escolha do meu caminho e por essa conquista, por sempre acreditar em mim, mesmo quando eu já não conseguia, por ser uma mulher batalhadora, corajosa, meu exemplo de garra e amor. A minha dinda que é um exemplo de doçura, por suas palavras de conforto, sua paz, dedicação e principalmente pelo amor que transmite no cuidado da família. Ao meu dindo companheiro, amigo, irmão, exemplo de sabedoria. Aos meus amigos e em especial a uma grande amiga, além de companheira pra todas as horas, agora também futura colega de profissão.

Ao meu namorado, por dividir esta jornada igualmente, pelo apoio, carinho, paciência e amor e por me ensinar a cuidar e também ser cuidada.

A minha professora, amiga e orientadora que aceitou o desafio e me ajudou a concretizar esta etapa, por suas palavras, ensinamentos e pela dedicação na orientação deste estudo.

O sofrimento humano só é intolerável quando
ninguém cuida...

Cicely Saunders

Resumo

Cuidar é o principal instrumento de Enfermagem, quando observamos o cuidado percebemos que não é somente o corpo que adoece, mas sim o ser em sua totalidade. Paciente terminal é considerado aquele que não possui perspectiva de cura da sua doença e seu tratamento será focalizado no conforto. Trata-se de uma pesquisa realizada com acadêmicos de enfermagem do nono semestre do curso de graduação em enfermagem da UFRGS com o objetivo de conhecer o que os mesmos consideram como cuidados de conforto a pacientes na terminalidade. Foi realizado um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa. O estudo foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS e posteriormente pelo Comitê de Ética da UFRGS. Foi realizado através de uma entrevista semi estruturada com duas questões norteadoras sobre o assunto. Participaram do estudo 10 sujeitos que foram escolhidos de forma aleatória, sendo o critério de inclusão estar matriculado ativamente no curso de enfermagem no nono semestre. O estudo permitiu conhecer o que os futuros enfermeiros entendem sobre a diversidade dos cuidados de conforto a pacientes na terminalidade, sendo destacados: a presença do profissional enfermeiro, o atendimento de necessidades básicas de ordem física, emocional ou espiritual, o empenho em satisfazer as vontades do paciente na terminalidade e cuidados com o ambiente como principais itens a serem abordados e também se explicitou a existência de uma lacuna evidente entre o conhecimento teórico de cuidados de conforto da formação do profissional e as praticas presenciadas durante o período curricular.

Descritores: Cuidados de conforto, Cuidados de enfermagem, Doente terminal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	OBJETIVO	10
3	CONTEXTO TEÓRICO – conforto, cuidados paliativos, cuidado holístico e papel do enfermeiro	11
4	METODOLOGIA	16
4.1	Tipo de Estudo	16
4.2	Campo de Estudo	16
4.3	Participantes e Amostra	17
4.4	Coleta de Informações	17
4.5	Análise de Informações	18
4.6	Aspectos Éticos	19
5	ANÁLISES	20
5.1	Eles precisam sentir que tu estás ali	20
5.2	O importante é ele aproveitar o máximo cada dia que ele tem e da melhor forma	26
5.2.1	Cuidar da família é conforto	27
5.3	Preciso fazer coisas que gostaria que fizessem comigo	30
5.4	Atender necessidades básicas é uma forma de realizar cuidados de conforto	35
5.4.2	Espiritualidade	43
5.5	Não tinha mais o que fazer estava em coma, era uma paciente que estava jogada	48
5.6	Não sentir dor	51
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
7	RECOMENDAÇÕES	57
	REFERÊNCIAS	58
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	65
	APÊNDICE B – Instrumento de Coleta	66
	ANEXO A – Carta de Aprovação da COMPESQ	67
	ANEXO B – Carta de Aprovação do Comitê de Ética da UFRGS	68

1 INTRODUÇÃO

Ao ingressar na Universidade nós acadêmicos de enfermagem enfrentamos as primeiras experiências relacionadas a temas que nos convidam a questionar nossas atitudes como seres humanos. O profissional de enfermagem atua na prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais, mas quando não é possível promover nem recuperar a saúde do nosso paciente nos deparamos com uma experiência que não estava entre nossas expectativas, pois todo nosso enfoque está voltado para a preservação da vida.

A morte continua sendo uma certeza e ameaça o ideal de cura e preservação da vida para o qual os profissionais da saúde são preparados para atuar. Durante as vivências acadêmicas não era raro o professor preservar seus alunos da experiência “o morrer do paciente”.

Ao nos reportarmos aos conceitos de enfermagem a promoção, prevenção e recuperação da saúde são conceitos chave, mas Henderson (1966) em seu conceito de enfermagem registrou que cabe ao enfermeiro auxiliar o indivíduo saudável ou doente, em atividades que interfiram positivamente sobre sua saúde, auxiliem na sua recuperação ou resultem em uma morte tranqüila. Foi então que percebemos que a enfermagem tem papel de auxiliar o indivíduo para um desfecho de terminalidade e morte.

Hastings (apud Franciscone, 2000 P.6) escreve que morte tranqüila é a aquela em que “a dor e o sofrimento são minimizados, onde os pacientes não são abandonados, nem negligenciados”. O autor ainda enfatiza que o profissional deve valorizar da mesma forma os cuidados com o indivíduo que vai sobreviver ou não.

Segundo Oliveira, Sá e Silva (2007) a mudança do paradigma de cura para o de cuidado é lenta, ele acredita que a mudança deve ser resultado de uma implementação cautelosa de educação para profissionais da saúde salientando que na impossibilidade de cura a conduta da equipe de saúde deve focalizar a diminuição do sofrimento do paciente de forma a estabelecer a dignidade no adeus à vida. Ainda segundo os mesmos autores, as mudanças sociais e a criação de

sofisticadas tecnologias de diagnóstico e terapêutica da sociedade moderna incentivaram um pensamento onipotente de possuir controle sobre a morte, dando aos profissionais da saúde o objetivo principal de manter a vida.

Para Martins (2003) a assistência em saúde privilegia o tratamento terapêutico, evidenciando a presença forte e ainda marcante do modelo biomédico, ainda que muitas pessoas sigam lutando contra esse parâmetro. Ainda segundo o autor, o modelo Biomédico é fundamentado em princípios que destacam a eficiência técnica e o saber científico como forma de atuar no tratamento dos indivíduos, no qual existe uma preocupação exarcebada com métodos curativos que refletem uma visão mecanicista de assistência ao paciente na qual se valoriza essencialmente a cura da doença.

O novo Código de Ética Médica faz menção a uma diferente filosofia de cuidado ao paciente que não possui possibilidade de cura considerado paliativo. O parágrafo 41 reza que:

“Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou na sua impossibilidade a de seu representante legal.” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, Código de Ética, cap V art 41 § único, 2009
acesso em:
www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra_5.asp)

O conceito de cuidados paliativos teve origem no movimento hospice, que disseminou pelo mundo uma filosofia sobre o cuidar com dois elementos fundamentais: o controle efetivo da dor e de outros sintomas, presentes na fase avançada das doenças, e o cuidado com as dimensões psicológicas, sociais e espirituais de pacientes e suas famílias (PIMENTA; MOTA; CRUZ, 2006). A filosofia dos cuidados paliativos se relaciona ao conceito de conforto, conforme Watson (2002) conforto pode ser considerado o resultado de ações de enfermagem para amenizar a dor. Assim, os cuidados de enfermagem relacionados ao paciente paliativo terminal estão relacionados ao conforto do mesmo.

Confortar é um ato complexo que não se resume aos cuidados de higiene e mudança de decúbito no leito. Segundo Watson (2002) conforto é considerado uma

parte do cuidar que pode ser manifesto em atividades de suporte e proteção relacionadas a questões sociais como valores, hábitos, crenças, comportamentos e cultura de cada indivíduo.

Confortar os pacientes sempre foi uma meta a ser atingida na enfermagem. As palavras conforto e enfermagem estão diretamente relacionadas em sua origem etimológica na qual enfermeiro é composto pelo termo enfermo + sufixo eiro, enfermo tem sua origem no termo latino *infirmus* que faz menção aquele que não está forte e conforto tem sua origem de *confortare* que significa fortalecer. (CONFORTO, 2001, acessado em: <http://www.priberam.pt/dlpo/default.aspx?pal=conforto>>).

Morse (2000) considera tocar e falar dois componentes de maior importância no processo de confortar, e salienta que o objetivo da enfermagem deve ser de confortar tranquilizando o paciente e aliviar o estresse.

O alívio da dor e sofrimento pode ser traduzido como medidas de conforto, que se entende como atividades que causam bem-estar.

Frente às contextualizações, entendemos que a promoção de conforto ao paciente doente deveria ser uma das ferramentas fundamentais de trabalho do enfermeiro no seu dia a dia e, promover conforto nos parece, deveria ser ainda mais essencial quando se trata de alguém que não possui mais meios de tratar sua doença e está morrendo. Mas em nossa prática de acadêmicas percebemos que existe ainda uma forte tendência dos profissionais da saúde em querer manter a vida dos pacientes a qualquer custo, afastando as possibilidades de morte iminente. Daí percebe-se o problema. Se o enfermeiro procura a vida e sua preservação como referencial de trabalho, deve ter dificuldade para o cuidado de pacientes sem perspectiva de cura e que está morrendo.

Refletindo sobre o problema, surge a questão: o que significa para os futuros enfermeiros dar conforto à pacientes na terminalidade?

Acredita-se que este estudo poderá contribuir com subsídios para reflexões sobre o cuidado de conforto pela enfermagem a indivíduos na fase de terminalidade.

2 OBJETIVO

Considerando o tema proposto, descreve-se a seguir o objetivo deste estudo.

2.1 Objetivo geral

Conhecer o que os futuros enfermeiros entendem por cuidados de conforto a paciente na terminalidade.

3 CONTEXTO TEÓRICO

O presente capítulo visa através de uma revisão de literatura conhecer o que os autores escrevem sobre conforto, cuidado holístico, cuidados paliativos na terminalidade e o papel da enfermagem nesse contexto.

De acordo com Du Gás (1986) conforto define-se pelo estado de bem-estar e comodidade; ocorre quando o indivíduo sente-se bem, livre de tensões e sofrimentos físico e emocional.

Segundo Mussi (2005) a evolução dos conceitos de conforto na enfermagem tem sua origem nos cuidados primários, no qual existia a preponderância da atenção as necessidades básicas do paciente, ou seja, o foco estava direcionado aos cuidados com o corpo físico como cuidados com alimentação, hidratação, sono e repouso e questões espirituais ligadas à higiene que simbolizavam os cuidados com o espírito no qual o indivíduo precisava preservar a limpeza da alma evitando quaisquer doenças do espírito e do corpo, principalmente aqueles pacientes considerados terminais, existia em conjunto a relação conforto com a questão espiritual associada a formas de caridade trazendo o pensamento de salvação após a morte como uma forma de aliviar a dor do sofrimento do moribundo, ao mesmo tempo em que existia a salvação do objeto causador do cuidado no caso o enfermeiro que também seria salvo caso praticasse atos de caridade confortando aqueles que necessitavam.

O ato de confortar está subentendido nos cuidados de enfermagem desde a origem da profissão, mas nem sempre se limitou às ações de atendimento às necessidades básicas pois houveram tempos em que sentir-se confortado se relacionava à harmonia entre corpo e mente focalizando aspectos psicoterapêuticos de cuidado levando em conta questões socioculturais, comportamentos e valores do indivíduo (APÓSTOLO, 2009).

Segundo Morse (2000) para compreender o conforto é possível usar o foco no desconforto e conforme Smeltzer et al (2005) durante a internação hospitalar são muitos os fatores que causam desconforto ao paciente entre eles: o ambiente, dúvidas, sentimentos em relação ao diagnóstico, tratamento, prognóstico e dor são os principais fatores de desconforto nos pacientes o que torna essencial a presença

de cuidados de enfermagem que preservem a subjetividade que este conceito possui para cada indivíduo.

Segundo Rosa, et al (2006) o conforto possui diversas faces, pois se trata de uma experiência subjetiva que acomete fatores físicos e psicológicos de cada indivíduo, engloba um conjunto de questões culturais e se relaciona muitas vezes a situação vivenciada pelo paciente naquele determinado momento, e com suas necessidades naquela determinada situação.

Figueiredo (1998) compara o ato de confortar a uma obra de arte cuja construção necessita de materiais objetivos para se concretizar como, por exemplo, utensílios para a realização de técnicas adequadas bandejas, material de limpeza, medicações e outros, a autora ainda destaca a importância desses materiais objetivos para o ato de confortar enfatizando a falta destes como possível comprometimento no conforto.

Alguns autores como: Silva e Kruse (2009) relacionam conforto ao ambiente em que se está inserido, se compararmos o lar como exemplo de conforto, no qual o indivíduo possui seu referencial de vida, tendo seus bens materiais e autonomia para exercer suas atividades habituais, a falta deste ambiente acarretaria em desconforto, como por exemplo, no caso da internação do paciente em uma instituição hospitalar na qual o mesmo não pode realizar suas atividades habituais, possui sentimento de perda da autonomia sobre seu próprio corpo, estando sob os cuidados da equipe de saúde e longe do seu referencial de vida, da família e outras pessoas que norteiam sua convivência social, passando a ter a equipe de saúde como referencial e sua rotina restrita ao leito no hospital.

Eis que o conforto e suas múltiplas faces surgem como um desafio para a equipe de saúde, sendo a enfermagem responsável pelo cuidado ao doente estando na linha de frente na promoção do conforto aos pacientes de forma geral, sendo ainda mais delicado quando se trata do paciente sem perspectiva de cura, no qual o ato de confortar se torna a peça fundamental.

Assim esses pacientes precisam de cuidados caracterizados pelo princípio de alívio da dor, promoção de higiene e conforto, atenção emocional, espiritual entre outros cuidados para promover o conforto. (ROSA , et al, 2006)

Pimenta, Mota e Cruz (2006) acreditam que para realizar o cuidado ao paciente terminal é preciso estabelecer estratégias que não acelerem a chegada da morte como um processo natural, o mesmo ainda ressalta a importância de integrar

os aspectos psicológicos e espirituais ao tratamento, oferecer um sistema de apoio que vise uma vida ativa enquanto possível até que sobrevenha a morte.

As situações que envolvem assuntos de vida e morte possuem vários personagens: pacientes, familiares e equipe de saúde, além da instituição hospitalar, ao existir a necessidade tomar qualquer decisão todos estes personagens deverão estar envolvidos debatendo os prós e os contras de todas as opções principalmente no assunto relacionado à doença.

Para Neves e Nunes (1998), confortar o paciente resulta na recuperação da força e do poder pessoal, também pode vir a restaurar o ânimo, trazer a sensação de bem-estar, auxiliar na mobilização dos mecanismos de enfrentamento para melhor se adaptar à condição vivenciada, essa visão de conforto como forma de cuidado aparece na filosofia dos cuidados paliativos.

A filosofia dos cuidados paliativos teve origem no movimento hospice no final da década de 1960, onde se procurou buscar a valorização do cuidado ao invés da cura. (PIMENTA; MOTA; CRUZ, 2006).

Em 1982, o Comitê de Câncer da Organização Mundial da Saúde (OMS) criou um grupo de trabalho responsável por definir políticas para o alívio da dor e cuidados do tipo *hospice* que fossem recomendados em todos os países para pacientes com câncer. O termo Cuidados Paliativos, já utilizado no Canadá, passou a ser adotado pela OMS devido a dificuldade de tradução adequada do termo *hospice* em alguns idiomas.

Segundo a World Health Organization (2009) cuidados paliativos se referem aos cuidados gerais e totais aos pacientes que não respondem a terapia medicamentosa e os cuidados essenciais são direcionados para o alívio da dor e aspectos psicológicos e sociais do paciente, trata-se de uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento, requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.

O termo paliativo segundo Pimenta, Mota e Cruz (2006) deriva do latim e significa proteger, amparar, cobrir, abrigar. Dentro desta filosofia, é fundamental amparar o paciente considerando sua subjetividade e respeitando sua singularidade, se empenhando em realizar o que for possível para manter ou

reconquistar a autonomia com sua vida frente a um processo de doença que possa colocá-la em risco.

A filosofia dos cuidados paliativos surgiu em 1967 sendo criada pela enfermeira, assistente social e médica inglesa Cicely Saunders que inconformada com as questões que permeavam o fim da vida, atuou em conjunto com outros profissionais da saúde com a intenção de tornar digno o momento final da vida. “dar mais vida aos dias do que acrescentar mais dias a vida”, seu objetivo principal era cuidar do corpo, da mente e do espírito daqueles que não possuíam mais perspectivas de cura (PIMENTA; MOTA; CRUZ, 2006). Cicely Saunders trabalhava em uma enfermaria e um dos pacientes que cuidou lhe marcou por ser um paciente que já sem possibilidade de cura era obrigado a permanecer em uma enfermaria em permanente atividade, sem conseguir amenizar sua dor e seu sofrimento, este paciente ao morrer lhe deixou em testamento e disse: “Quero ser uma janela da casa que vai criar porque eu conheço o que vai no seu pensamento e no seu coração.” Após este episódio Cicely se dedicou a uma nova idéia que mais tarde se tornaria uma filosofia e inaugurou o primeiro centro de acolhimento para doentes terminais utilizando como lema as palavras de seu colega de trabalho:

“Não pensamos nem falamos dos nossos doentes internados como “casos”. Sabemos que cada um deles é um microcosmo humano, com as suas próprias características, o seu universo pessoal de alegrias e tristezas, esperanças e medos, a sua própria história de vida que tem o maior interesse para ele e para o limitado círculo dos que lhe são próximos. Muitas vezes é a algum de nós que ele tudo confia.”(BARRET, HOWARD, 1909)

Eis que o movimento dos cuidados paliativos trouxe de volta a possibilidade de rehumanização do morrer, opondo-se à idéia da morte como o inimigo a ser combatido a todo custo. (KOVACS, 2003)

O Cuidado Paliativo no Brasil teve seu início em meados da década de oitenta, mas a divulgação dos seus ideais com maior significado ocorreu a partir de 2000, com a consolidação de serviços que buscavam confortar pacientes com doenças que ameaçavam a vida, cuidado paliativo é considerado uma forma de assistência que abrange as dimensões do ser humano além do físico e emocional

no qual existe a valorização de diversos aspectos como a espiritualidade que serve como fonte de grande bem-estar ao se aproximar da morte, os valores culturais, forma de vida e desejos (PERES et al, 2007), essa visão das dimensões física, psicológica, social e espiritual do existir são definidas como uma forma de cuidado holístico (PIMENTA; MOTA; CRUZ, 2006)

Com o passar do tempo, os constantes avanços tecnológicos e as praticas de saúde deixaram de focalizar o individuo como um todo. Segundo Leite e Strong (2006) o processo de desumanização foi resultante de diversos fatores, principalmente pelo surgimento das ciências exatas que desejavam explicar o ser humano de forma objetiva.

A visão holística buscou ir contra essa forma de pensamento, tentando enxergar o ser humano como um todo, considerando todos os fatores que fazem parte do seu meio. No cuidado holístico acredita-se que a visão integral do ser humano permite entender que existe um ser singular com seus valores, crenças e características pessoais.

A visão holística enfoca sempre o ser humano do ponto de vista do microcosmo e do macrocosmo. Do ponto de vista do microcosmo cada parte representa o todo, já do prisma do macrocosmo, o todo interage com os seus componentes. (LEITE e STRONG 2006, p.206)

Ao focalizar o cuidado holístico na assistência de enfermagem devemos considerar sua importância no cuidado integral do ser, vinculando essa totalidade as questões de saúde (BETTINELLI; WASKIEVICZ; ERDMANN, 2003).

Segundo Peres et al (2007) saúde requer a consideração do ser humano em todas as suas dimensões e conforme Molina (2002) o serviço de enfermagem atualmente é vinculado a um sistema institucional hospitalar que prioriza a quantidade e não a qualidade na assistência, dificultando assim um atendimento integralizado ao paciente e quando se trata do paciente em cuidado paliativo terminal a dificuldade de promover um atendimento integral de qualidade que possibilite conforto ao paciente é ainda maior devido a falta de incentivos políticos e o desconhecimento geral dessa área de cuidados (PIMENTA; MOTA; CRUZ, 2006)

O cuidado holístico envolve uma relação de acolhimento e confiança entre profissional e paciente no qual existe uma visão ampla de cuidado.

4 METODOLOGIA

Neste capítulo foram apresentados os caminhos metodológicos adotados para realização deste estudo.

4.1 Tipo de Estudo:

Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa. Escolheu-se a abordagem qualitativa por ser caracterizada conforme Minayo (2008) por uma abordagem que visa entender a lógica interna de grupos, instituições e atores quanto aos seus valores, temas específicos e as relações entre indivíduos.

A metodologia de pesquisa qualitativa é capaz de incorporar o significado e a intencionalidade como inerente aos atos e as estruturas sociais e requer como atitudes fundamentais a flexibilidade, a capacidade de observação e interação entre investigador e atores sociais envolvidos (MINAYO, 2008).

Normalmente num estudo qualitativo, o pesquisador inicia com uma questão de pesquisa ampla que vai assumindo direções e delineamentos mais precisos ao longo do estudo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004)

Segundo Gil (2002) um estudo exploratório visa proporcionar maior familiaridade com o problema e também possibilita uma análise dos diversos aspectos que permeiam a pesquisa.

4.2 Campo de estudo

O presente estudo teve como campo para coleta de dados a Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O curso de bacharelado em enfermagem conta com 405 alunos matriculados.

4.3 Participantes e Amostra:

A população do estudo foi constituída pelos alunos da graduação da escola de enfermagem, sendo escolhidos aqueles já matriculados no último semestre da grade curricular do curso de Enfermagem, por se tratarem de alunos que estão finalizando o curso e se preparando para o mercado de trabalho.

Fizeram parte da amostra do estudo 10 acadêmicos de enfermagem do nono semestre que foram entrevistados pela pesquisadora.

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004) a amostra é considerada após a saturação de dados coletados, pois o que interessa na avaliação de uma amostra é a sua representatividade. O critério de inclusão dos sujeitos foi estar matriculado no último semestre do curso de enfermagem da UFRGS. O critério de exclusão foi estar afastado do curso.

O processo de seleção dos participantes da pesquisa foi realizado de forma intencional através de contato prévio com os sujeitos, esclarecendo sua natureza e demais aspectos do termo de consentimento e a entrevista foi realizada posteriormente com aqueles que aceitaram participar do estudo em local reservado que havia sido combinado com cada um dos participantes.

4.4 Coleta de Informações.

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004) quando se trata de entrevistas semi-estruturadas o participante deve ser encorajado pelo pesquisador a expor livremente a sua opinião relacionada aos tópicos do assunto. A coleta de informações se deu através de entrevista semi-estruturada com duas questões norteadoras sobre o assunto. A coleta foi realizada em local reservado e em horário combinado com os informantes.

A entrevista teve duração aproximada de 30 minutos e se deu após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, as respostas foram gravadas e após o material foi transcrito e analisado.

4.5 Análise das Informações:

Os dados foram organizados e categorizados para análise de conteúdo seguindo o modelo Lüdke e André (1986) no qual refere que a pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento-chave sendo que este deve preocupar-se mais com o processo e não simplesmente com os resultados do produto, pois entende-se que o significado que as pessoas atribuem aos fatores relacionados a vida é essencial na abordagem qualitativa.

As entrevistas foram transcritas para ser possível compreender e validar as informações obtidas, confrontando-as com os objetivos do estudo.

O primeiro passo da análise foi à construção de um conjunto de categorias descritivas. Para a formulação destas foi preciso ler e reler o material até chegar a uma espécie de impregnação do seu conteúdo. Estas leituras possibilitaram a diferenciação do material em seus elementos componentes. É importante lembrar que nesta etapa deve-ser considerado tanto o conteúdo manifesto quanto o conteúdo latente do material. A categorização por si só não esgota a análise, é preciso que o pesquisador ultrapasse a mera descrição e faça um esforço de abstração, estabelecendo conexões e relações que possibilitem a proposição de novas explicações e interpretações. É preciso acrescentar algo ao já conhecido (LÜDKE, ANDRÉ, 1986).

4.6 Aspectos éticos

Este estudo levou em consideração os aspectos éticos assegurando a autenticidade das informações dos participantes da pesquisa.

O estudo foi enviado para análise da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sendo aprovado (ANEXO A), após sua aprovação foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS (ANEXO B) e após a aprovação foi realizada a pesquisa.

Para atender às questões éticas os informantes foram convidados a assinar em duas cópias o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) onde foram informados dos objetivos, justificativas do estudo, do anonimato de sua participação. Foram informados ainda que os dados coletados seriam gravados transcritos e analisados, sendo utilizados especificamente para este estudo e que teriam a liberdade de se retirar do estudo a qualquer momento sem sofrer qualquer prejuízo em sua avaliação de desempenho junto à Instituição do Campo de pesquisa.

As gravações serão armazenadas por cinco anos, sendo este material guardado em um local seguro pela pesquisadora, sob total responsabilidade da mesma. Após o material será destruído.

Entende-se que o benefício do estudo será conhecer melhor o que os futuros enfermeiros percebem sobre conforto em cuidados paliativos a pacientes na terminalidade para que sejam realizadas reflexões sobre tais cuidados ao mesmo tempo em que seja possível expandir e suscitar novos conhecimentos referentes ao assunto.

5 CONHECENDO O QUE OS ACADEMICOS DE ENFERMAGEM ENTENDEM POR CUIDADOS DE CONFORTO A PACIENTE NA TERMINALIDADE

Ao conhecer o que os acadêmicos de enfermagem do nono semestre referem sobre cuidados de conforto em pacientes na terminalidade foi possível observar a presença de elementos fundamentais de conceitos acadêmicos adquiridos durante a graduação, bem como, experiências vivenciadas com os cuidados ao paciente na terminalidade que entram em contradição com as idéias formuladas ao longo do curso.

Neste capítulo são apresentadas as análises do material coletado ao longo das entrevistas sob a forma de categorias para fins de facilitar a análise.

Foram identificadas 06 categorias, sendo elas: categoria 1: ***Eles precisam sentir que tu estás ali.*** Categoria 2: ***O importante é ele aproveitar o máximo cada dia que ele tem e da melhor forma.*** Categoria 3: ***Preciso fazer coisas que gostaria que fizessem comigo.*** Categoria 4: ***Atender necessidades básicas é uma forma de realizar cuidado de conforto.*** Categoria 5: ***Não tinha mais o que fazer, estava em coma, era uma paciente que estava jogada.*** Categoria 6: ***Não sentir dor.***

5.1 Eles precisam sentir que tu estás ali

Constituir um relacionamento de confiança com o paciente é o aspecto chave para obter melhor compreensão das suas metas e valores (PIMENTA; MOTA; CRUZ, 2006).

Quando uma pessoa tem uma doença que ameaça a sua vida muitas mudanças ocorrem e sentimentos diversos surgem como angustias, dificuldades conflitos, medos e partilhar esses sentimentos com o paciente poderá ser necessário em algum momento do cuidado. O enfermeiro é o profissional que atuará na linha de frente do cuidado, compreendendo tarefas e relações que vão desde a interação com os pacientes até muitas vezes o momento da morte.

A presença se faz necessária, o cuidado inclui aproximação do outro na convivência, a fim de ajudar na superação dos desafios e adaptação frente a novas situações de saúde e doença. (PARO, PARO; FERREIRA, 2005).

Ao serem questionados sobre cuidados de conforto a pacientes na terminalidade, os entrevistados salientam a importância da presença do enfermeiro como sendo aspecto fundamental do cuidado, que possa permitir que o paciente se sinta acolhido e que seja capaz de criar certo vínculo com o profissional da saúde, estabelecendo uma relação de confiança, pois estar junto ao paciente que está morrendo também é poder partilhar o momento difícil que ele está vivenciando, se preocupar em demonstrar que o cuidado vai muito além das questões biológicas, ele engloba diversos aspectos que refletem nossas atitudes como seres humanos, a presença do enfermeiro a beira do leito, permite demonstrar aquela pessoa o quanto ela é especial e singular, e que ela não estará sozinha, pois poderá contar com o enfermeiro sempre que for necessário:

Eles precisam sentir que tu estas ali, envolvida com eles, que se preocupa (S4).

Aquela pessoa tem de saber que alguém se importa com ela (S2).

Quando se esgotam as possibilidades de resgate das condições de saúde e a morte se torna inevitável e previsível, paciente, família e equipe de saúde ficam frente a impossibilidades e limites, morrer só, ou rodeado por pessoas às quais não se pode falar de sua angústia, resulta em um sofrimento difícil de ser avaliado. A presença de alguém para compartilhar esses momentos, ou alguém que apenas se coloque a disposição para permitir ou assegurar cuidados que permitam uma sensação de conforto pro paciente se torna imprescindível (ROSS, 1985).

O papel do enfermeiro frente à situação de terminalidade inclui total atenção aos sinais apresentados pelo paciente, respeito aos seus direitos, sua dignidade e acima de tudo estar atento as suas necessidades zelando pelo seu conforto.

Tu poderes estar do lado dela, escutá-la, eu acho que já conforta a pessoa mesmo que tu não digas nada (S5).

Realizar um cuidado junto a esses pacientes contribui para a melhoria da sua qualidade de vida independente do tempo que lhe resta, alguns dos entrevistados manifestaram a importância de se oferecer ao paciente sem perspectiva de cura e na fase terminal um atendimento de qualidade conforme a necessidade que ele apresenta, e esse atendimento envolve fatores básicos de conduta como educação e esforço em querer proporcionar o melhor para o paciente, se empenhar em resolver suas dificuldades atentando para suas reais necessidades, qualificando o trabalho através de ações de cuidado que permitam proporcionar a sensação de bem estar.

Evidentemente é necessário que os profissionais da saúde sejam preparados para lidar com a perspectiva da morte iminente sendo qualificados para isso, se fazer presente como forma de confortar o paciente terminal poderá trazer uma série de inquietações difíceis de vivenciar, que poderão colocar a prova o preparo do profissional para possibilitar um cuidado digno ao paciente. Conforme Pimenta, Mota e Cruz (2006) a relação de cuidar é uma relação de reciprocidade, ainda segundo o mesmo autor um dos elementos importantes do cuidar é a comunicação aberta nos quais sentimentos e emoções podem ser compartilhados entre o profissional e o paciente, e o fato de não se comunicar integralmente exercendo apenas o ato da escuta por si só, pode provocar o distanciamento entre o cuidador e aqueles que são cuidados e através dos depoimentos dos entrevistados percebemos que mesmo valorizando a presença como cuidado de conforto, às vezes falta preparo do profissional para lidar com certas situações:

A pessoa contando a sua história de vida e chorando, às vezes a vontade era chorar junto, e aí tinha que dizer alguma coisa e se retirar, não dava pra ficar ali porque era muito chocante (S5).

A companhia do enfermeiro como cuidado deve diminuir ou até mesmo impossibilitar sentimentos de isolamento e abandono Fonseca, Mira e Gato (2008) salientam que as relações que se estabelecem com os doentes requerem maior proximidade, envolvimento e intimidade para evitar o sentimento de abandono, as autoras ainda ressaltam a importância de acolher esse doente que não possui perspectiva de cura, e definem acolher no sentido de iniciar uma relação de ajuda do paciente. Conforme Wenzl (2001) o enfermeiro necessita de habilidades tais

como ter e manifestar interesse pelo outro, dar-se, estar aberto para discutir a fé, proporcionar esperança, escutar, passar confiança, orar a pedido da família ou do paciente, ajudar o paciente no encerramento das questões do passado e amar, bem como citam alguns dos entrevistados:

Nesse momento eu acho que é fundamental essas pessoas não se sentirem deprimidas, não se sentirem só, não sofrerem mais do que já estão e eu não tenho visto isso, acho que a enfermagem deveria fazer mais (S1).

Tratar aquele corpo como um ser humano que está precisando de ajuda (S3)

Para proporcionar segurança é necessário adquirir a confiança do paciente e são através de atos e atitudes diárias de cuidado que uma relação é conquistada pelo profissional da saúde. O enfermeiro desde que se sinta preparado pode conquistar a confiança do paciente auxiliando o mesmo a expressar seus sentimentos oferecendo apoio psicológico quando necessário através de uma comunicação adequada.

A **Comunicação** é um aspecto fundamental no cuidado e foi abordada com destaque nas respostas de todos os entrevistados e segundo Pimenta, Mota e Cruz (2006) o que nos caracteriza como humanos é a capacidade de dizer sobre nós e a capacidade de ouvir, ouvir a nós mesmos e ouvir aos outros. Quando falamos de pacientes sob cuidados paliativos na terminalidade não podemos deixar de apontar a importância da comunicação da equipe de saúde com o paciente e seus familiares.

Ao expor suas concepções acerca do que consideram como cuidados de conforto ao paciente na terminalidade, os informantes enfocam a comunicação com o paciente como quesito fundamental do cuidado:

Cada paciente é muito peculiar e muito particular [...], é necessário que antes de tudo a gente ouça o que ele tem pra dizer (S1).

Às vezes conversar com a pessoa perguntar como a pessoa esta, deixar que ela exprima aquele sentimento aquela necessidade que ela tem de se comunicar. Isso também é conforto (S3).

O termo comunicação segundo Steffanelli (2005) é um processo compreendido como uma troca de mensagens que exercem influências no comportamento das pessoas envolvidas, sendo através desta habilidade que existem as relações de transmissão do conhecimento humano para o mundo, os depoimentos acima refletem o processo de comunicar-se como um cuidado de conforto capaz de aproximar o profissional da saúde, promover a troca de informações, conhecimento a cerca das necessidades do paciente, a comunicação faz com que as pessoas se relacionem, compartilhando experiências, idéias e sentimentos e segundo Bordenave (1997) quando as pessoas criam um tipo de relação social, é possível modificar a realidade em que estão inseridas.

A comunicação é um ato que envolve a troca de informações através da fala e da escuta. Segundo Pimenta, Mota e Cruz (2006) o sentido da palavra escuta é associado a estar consciente do que se ouve, estar atento. Alguns sujeitos relatam o processo de comunicação como um processo que vai além da escuta:

Falar com ele por mais que ele não esteja respondendo, dizer o que está acontecendo, o que será feito, falar que ele não sentirá dor, conversar com ele (S9).

Quando o paciente não tinha resposta verbal então a gente incentivava ao máximo que ele pudesse expressar seus sentimentos e interagir (S2).

Pimenta, Mota e Cruz (2006) referem que uma escuta atenta envolve também o olhar, ir além das palavras, do conteúdo, do tom da voz, das reticências, do silêncio. As entrelinhas podem comunicar muito mais do que as linhas.

A comunicação também se faz necessária como meio de informação primordial para se obter qualidade na prestação de serviços pelos profissionais da saúde, bem como auxilia acerca do processo de adesão aos meios terapêuticos ao qual o paciente está sendo submetido, visto que a informação acerca do cuidado lhe traz conhecimento sobre sua situação de saúde e o enfermeiro deve ser capaz de propiciar toda a informação necessária para esclarecer as formas de cuidado que deverão ser realizadas.

Em se tratando de cuidados de conforto a pacientes na terminalidade alguns dos entrevistados acreditam na necessidade de abordar através da comunicação questões relacionadas à morte:

Eu acho que é uma obrigação quando tu lida com um paciente que esta em fase terminal tu conversar com ele sobre morte dentro daquilo que ele aceita que tu converse (S8).

Ross (1979) coloca que o paciente deverá estar preparado para abordar o tema da morte e quando ele estiver pronto e solicitar informações deverá receber atenção para conseguir sanar suas dúvidas, mas ressalva que em nenhum momento o mesmo deverá ser privado do sentimento de esperança. A enfermagem é destinada a cuidar do ser humano e deve ter a consciência de que cada ser é singular e irá apresentar sua forma de vivenciar a situação da morte e o enfermeiro deve assegurar que em todos os momentos a visão que o paciente tem da sua situação de saúde deverá ser respeitada e o enfrentamento da realidade jamais deverá ser apressado ou forçado, o movimento dos cuidados paliativos trouxe a tona o tema morrer com dignidade e segundo Pimenta, Mota e Cruz (2006) criou um espaço para favorecer as despedidas e facilitar a preparação para a separação considerando a morte como uma parte significativa da existência.

A comunicação como cuidado de conforto vai além da relação paciente e profissional da saúde, ela envolve uma série de outros fatores e entre eles a relação social do paciente no qual a família está inserida e representa papel fundamental no ato de confortar conforme se elucidam através dos depoimentos a seguir:

Conforto também é incentivar quando a gente tem contato com este familiar de deixar clara a importância que tem pro paciente que eles estejam lá mesmo que muitas vezes o paciente não consiga ter uma expressão verbal, mas que ele consiga mostrar para o familiar como é importante a presença dele neste momento (S2).

Tentar confortar a família, apoiando, escutando, dando afeto (S4).

Neste contexto, as habilidades de comunicação segundo Mourão et al (2008) que são principalmente demonstrar interesse ao que está sendo proferido pelo paciente, permanecer em silêncio quando ele se expressa, ouvir reflexivamente atentando para a comunicação não-verbal que se apresenta através de expressões

e gestos são instrumentos necessários que viabilizam ao profissional identificar a forma que se apresenta o processo de morrer para o paciente.

5.2 O importante é ele aproveitar ao máximo cada dia que ele tem e da melhor forma

Para o doente que sabe que a morte se aproxima, alguns momentos como passar os últimos dias longe dos familiares e amigos, o sentimento de se despedir de uma vida e tudo o que fez parte dela é extremamente angustiante. Moura et al (1995) salienta que enfrentar o processo da morte torna-se ainda mais difícil quando é realizado no ambiente inevitavelmente despersonalizado que é o hospital.

Noronha (1985) afirma que o enfermeiro deve utilizar todas as medidas de conforto de que dispõe, a fim de que o paciente possa viver os seus últimos dias com o máximo de conforto possível. Durante as entrevistas foi revelada essa idéia de que o enfermeiro deve proporcionar o que estiver ao seu alcance para trazer bons momentos e aliviar o sofrimento do paciente na terminalidade:

Tu vais fazer de tudo pra que cada dia que passar cada hora que passar esteja mais confortável, esteja se sentindo melhor e ele possa ter minimizado tanto o sofrimento psíquico como o sofrimento físico que eventualmente o paciente terminal têm (S8).

Com o paciente em paliativo e terminal tu tem que ter extremo cuidado com o conforto dele então se ele não quer fazer curativo naquele dia tu não faz, se ele quer receber 5 familiares tu deixa, o importante não é o risco de infecção dele, o importante é ele aproveitar o máximo cada dia que ele tem e da melhor forma possível (S4)

Segundo Moura et al (1995) o doente na fase final da vida muitas vezes espera tanto ou mais da nossa condição humana do que dos nossos conhecimentos técnicos, valorizar o que o paciente sente e verbaliza nos aproxima e permite enxergar o ser humano como um todo, para Poles e Bousso (2007) nos dias atuais a morte reside nos hospitais e deixou de ocupar como outrora o conforto do lar, isso faz com que cada dia mais e mais os profissionais de saúde tenham a

necessidade de estar preparados emocionalmente e qualificados para tratar do assunto, e isso coloca o profissional enfermeiro na obrigação de se aprimorar no conhecimento dos cuidados com esse paciente, para que a enfermagem possa vir a se tornar a principal parceira para a melhoria da qualidade de vida do paciente enquanto for possível.

Entre os fatores que interferem diretamente no conforto está a possibilidade de o enfermeiro atender o que for possível de desejos do paciente, permitindo que o mesmo possa usufruir o que lhe traz a sensação de bem estar, satisfazendo suas vontades. A pessoa em fase de terminalidade deve ter prioridade na satisfação do seu conforto desde que o atendimento não entre em conflitos com sua segurança e preceitos éticos no processo de assistência prestado. Consideramos importante confortar o paciente na medida do possível respeitando sua dignidade e autonomia de decisão. Acreditamos que a preocupação com todos os personagens envolvidos deve fazer parte do processo de cuidar com conforto.

ARAUJO E SILVA (2007) registram que para Cicely Saunders, criadora do conceito de cuidados paliativos, o que importa é ser possível dar mais vida aos dias do que dias à vida. A equipe de enfermagem deverá ajudar o paciente no processo de morrer com dignidade para que o mesmo utilize da melhor forma o tempo que lhe resta, ou seja incentivar o indivíduo a encontrar qualidade de vida ao invés de quantidade .¹

5.2.1 Cuidar da família é conforto

Devido ao destaque dado pelos participantes aos cuidados da família como uma forma de cuidado de conforto, optou-se por criar este sub item.

¹ Eu me importo pelo fato de você ser você, me importo até o último momento de sua vida e faremos tudo que está ao nosso alcance, não somente para ajudar você a morrer em paz, mas também para você viver até o dia da sua morte. (SAUNDERS apud ARAUJO E SILVA, 2007, p. 669)

A família é a célula social, na qual se inicia a formação do ser, é referência para o indivíduo, pode ser representada por laços de parentesco, bem como, por laços de afetividade ou amizade (SANTANA et al, 2009).

Segundo Ross (1985) a família desempenha um importante papel na doença e suas reações podem contribuir nas reações do paciente. Na abordagem ao paciente que possui doença sem possibilidade de cura o envolvimento da família é essencial. Os cuidados com a família representam muitas vezes cuidados de conforto ao paciente, essa idéia fica evidenciada através de algumas falas dos entrevistados:

O grande cuidado é muitas vezes psicológico, é tu chegar e ter uma boa orientação, é tu conversar com a família, cuidar da família é conforto! (S10)

Valorizando a família e valorizando o paciente tu fazes com que ele participe mais do tratamento e consiga fazer um tratamento muito melhor (S9).

Eu acho que medidas de conforto também estão relacionadas aos familiares (S5)

A família deve ser considerada e incluída no atendimento ao paciente de forma geral, através dela será possível desenvolver um cuidado integral ao paciente levando em consideração o seu meio social e suas relações dentro deste ambiente. No entanto, nos cuidados ao paciente na fase terminal, a família necessita de atenção especial.

Se não considerarmos a presença da família do paciente terminal não será possível ajudá-lo com eficácia e por vezes a presença da doença e a possível morte poderá vir acompanhada de muito sofrimento e isso poderá fazer com que familiares se afastem do paciente temendo a impotência diante da situação de perda (MORAES, 2009).

A compreensão da importância da presença da família frente à situação de terminalidade revela-se nos discursos de todos os sujeitos entrevistados:

Eu também acho que é conforto a presença do familiar, é o bem estar do paciente, às vezes eles estão longe da família longe dos netos há muito tempo [...] tem que liberar (S7)

Respeitando as vontades dele deixando ele receber o acompanhamento dos familiares o quanto ele quiser [...]tu só tem que tentar fazer com que ele não sinta dor e deixar os familiares o mais próximo pra se despedirem (S4)

Alguns pacientes apresentam a necessidade de se reintegrar caso estejam isolados, pedir ou conceder perdão, e estar com “aquela pessoa especial” torna-se com o passar do tempo cada vez mais imprescindível, Campbell (2011) refere que o paciente frente a sentimentos de solidão ou medo pode vir a solicitar repetidamente a presença do enfermeiro e ressalta que essa interação freqüente mesmo que breve pode ser muito produtiva.

Eu acho que duas coisas são extremamente importantes nos cuidados paliativos a primeira delas é que o paciente tem que sentir o mínimo de dor e a segunda delas é que o paciente não pode se sentir sozinho nem abandonado, são as duas coisas mais importantes (S1).

Ao analisar as reflexões sobre a interação família e equipe de enfermagem, os sujeitos entrevistados de uma forma geral enfatizam a importância de cuidados diferenciados que deverão ser atribuídos aos familiares, cuidados que vão além da não restrição de visitas, mas sim cuidados que possam abordar as dificuldades enfrentadas pelos familiares:

Um grupo entre os familiares [...] pra eles desabafarem um com o outro, quem fazia era uma enfermeira, eles podiam falar qualquer coisa, podiam trocar muita experiência, eu como enfermeira faria esse grupo também porque ai eles vêem que tem outras pessoas com a situação parecida (S4).

Tem gente que até o fim não consegue aceitar é meio chocante quando acontece. Nesse momento tentávamos dar um chá ou levar pra outro lugar pra desabafar fazer chorar (S4).

A família do paciente deverá receber um acompanhamento adequado para conseguir se fazer presente e atuar junto a equipe de saúde no tratamento do doente terminal, a atenção despendida ao familiar para que o mesmo possa enfrentar a situação junto ao paciente reflete no conforto do mesmo, oferecer um local privativo para a expressão de sentimentos, bem como, a criação de grupos para compartilhar o momento vivenciado como fora mencionado são atitudes que poderão auxiliar no enfrentamento da realidade.

Ross (1985) coloca que o profissional da saúde deve estar ciente que no momento em que existe o diagnóstico de doença terminal muitas alterações

ocorrem no meio familiar, principalmente com as pessoas mais próximas do doente, e o enfrentamento dependerá muito da estrutura familiar existente, pois muitas vezes o familiar cuidador precisará se readaptar as rotinas e ter que solucionar problemas financeiros, moradia, e outras responsabilidades que antes eram divididas, e também pode ocorrer do próprio doente compartilhar esses sentimentos de preocupação com a situação familiar após a sua partida.

Realizar um trabalho adequado com o doente pode possibilitar que o mesmo ajude seus familiares no processo de sua morte, Ross (1985) coloca que partilhar os pensamentos naturalmente com a família pode contribuir para que os mesmos compartilhem seus sentimentos com o próprio doente, e se o mesmo for capaz de enfrentar a dor seus familiares serão incentivados a valer-se do seu exemplo pra enfrentar a perda.

5.3 Preciso fazer coisas que gostaria que fizessem comigo

Quando nos deparamos com a provável morte de alguém, ou com a possibilidade de fim das terapêuticas de cura e a progressão da doença nos deparamos também com nossos conceitos de morrer, nos colocamos no lugar do nosso semelhante, e ao fazermos isso experienciamos sentimentos de repulsa e alívio por se tratar do outro. Py (2007) refere que quando nos colocamos a pensar sobre a morte, sempre seremos espectadores, a autora ainda coloca que quando os profissionais trabalham no cenário da terminalidade, confrontam a sua própria mortalidade.

Muitas das nossas atitudes com o doente na situação de terminalidade têm a ver com nossas concepções acerca da morte e seus significados, em certos momentos torna-se inevitável nos projetarmos no lugar do doente, até mesmo na forma de cuidados que gostaríamos que fossem prestados caso estivéssemos no lugar do mesmo:

Eu acho que são coisas que tu faz, que tu acredita que farão bem pra pessoa (S3)

A forma que tu lida com o paciente, ter empatia, se colocar um pouco no lugar dele e ver o que seria bom pra ti, vai ser bom pra ele (S9)

Eu vou pensar que terei de fazer coisas que eu gostaria que fizessem comigo (S3).

O paciente é sempre o foco do cuidado, muitas vezes partimos da nossa concepção de conforto para confortar o próximo, baseando-se nisso tomamos atitudes em prol do paciente visando seu bem estar e também partimos do nosso pressuposto de entendimento sobre desconforto para repulsar atitudes alheias que a nossa percepção julga como sendo incorreta.

Ter empatia com o paciente é uma atitude comum dentro da equipe de saúde, analisando o significado de empatia (EMPATIA, 2011, disponível em: <http://www.priberam.pt/dlpo/default.aspx?pal=empatia>) entendemos que trata-se da forma de identificação intelectual ou afetiva de um sujeito com outro, essa identificação pode proporcionar fatores positivos bem como circunstâncias não apropriadas, principalmente no que tange ao sofrimento e decisões mais importantes como no caso da morte, julgamentos superficiais que não levem em consideração um contexto abrangente de discussão do caso principalmente com a família deverão ser evitados, quando se trata do paciente terminal a equipe de saúde deve estar atenta e cuidadosa com relação a sua opinião e forma de expressão, bem como, atitudes tomadas em relação ao cuidado:

Tu tens que seguir cuidando [...] a gente não decide quem vive e quem não vive. (S3)

A relação de empatia com o paciente aparece principalmente nos casos de pacientes terminais que já não verbalizam ou não conseguem se expressar de forma geral seja por ação da própria doença ou por condutas terapêuticas que resultem na sedação do paciente, as falas de alguns dos entrevistados demonstra essa relação:

E mais difícil, eu acho que não tenho muito conhecimento de como confortar ele, como ver se ele está com dor, tentaria observar se tem algum gesto ou expressão no rosto, caso não tenha eu tentaria fazer medidas que eu acredito serem confortáveis pra ele, mas não teria certeza (S4)

Através das falas se evidencia certa insegurança na realização dos cuidados que não foram solicitados pelo paciente, surge à dúvida de como saber se estamos realizando a forma adequada de cuidar do paciente se ele não consegue manifestar seus desejos ou expressar com um olhar ou um gesto que está aprovando ou desaprovando nosso cuidado para confortá-lo. Py (2007) afirma que falar do ponto de vista dos pacientes nos coloca na impossibilidade de saber da experiência do outro frente à sua morte, vivenciar o processo de morrer e efetivamente morrer é vivência singular de cada ser humano, os profissionais da saúde observadores e acompanhantes, podem apenas realizar suposições com 'pálidas idéias', a autora ainda ressalta a possibilidade de se criarem confusões identificatórias, capazes de conduzir a hipóteses alienadas com relação à opinião efetiva do paciente.

Alguns dos entrevistados enxergam na família seu porto seguro com relação aos cuidados específicos ao paciente que não consegue se expressar:

Isso é uma coisa que eu vou ter que descobrir ao longo da minha vida profissional, mas aí mais uma vez eu acho que a família é no caso meu porto seguro quando eu não sei o que fazer em relação ao paciente [...] na dúvida eu vou pra família e tento conversar (S8).

A família poderá ser a referência do cuidado ao paciente no caso do mesmo não puder expressar seus desejos, a equipe de saúde deverá atuar em conjunto com a família no tratamento do doente e suas necessidades devem ser atendidas na medida do possível. Devemos lembrar que assim como o doente não pode vivenciar a morte o tempo todo, a família também sentirá necessidade de fugir da realidade triste em alguns momentos e a equipe de saúde deverá estar preparada para auxiliar no enfrentamento também por parte dos familiares da situação da morte.

Os entrevistados durante seus depoimentos salientaram também outro aspecto como sendo muito relevante no cuidado, enfatizaram a importância que eles atribuem e acreditam que também deve ser proporcionado da mesma forma ao paciente, trata-se de **Cuidados com a higiene** como medida de conforto.

O termo higiene vem da mitologia grega origina-se do nome da deusa Hígia que era responsável pela saúde e bem estar, esta era filha de Asclépio, o deus

solar e da saúde. Segundo Du Gás (1986) o conceito de higiene está relacionado às medidas causadoras de saúde, bem estar e prevenção de doenças semelhante ao significado dado ao nome da Deusa na mitologia grega (ALVES, 2008). A palavra higiene é comumente associada a hábitos de limpeza, mas seu significado vai além, explorando o conceito de higiene em amplo sentido, percebermos a abrangência de todos os hábitos e condutas que previnem doenças e mantêm a saúde e bem estar (ALVES, 2008).

O acadêmico de enfermagem, ao deparar-se com a presença de um paciente sobre cuidados paliativos na fase da terminalidade se vê obrigado a promover uma série de cuidados que visam o conforto do mesmo e entre esses cuidados foram mencionados nas entrevistas os cuidados que visam à higiene do paciente, como se percebe a seguir:

Banho também é conforto (S6).

Analisando as respostas dos sujeitos entrevistados, percebemos a higiene como um cuidado de conforto que promove sensações de bem estar e relaxamento, sendo o banho citado como exemplo de cuidado causador dessa sensação. O banho trata-se de um momento muito íntimo, particular, no qual o paciente fica longe de estímulos externos, a redução de estímulos externos permite que o indivíduo evidencie outras sensações (internas) que aumentam a sensação de relaxamento, vigor e tranquilidade (HORN, 1986)

Em algumas das colocações realizadas pelos entrevistados, a higiene aparece como cuidado de conforto associado à saúde, sendo relacionada pelos alunos em alguns momentos á cuidados mínimos, mas indispensáveis de hábitos de limpeza como banho, higiene oral, e uso de roupas limpas.

Higiene deles também fazer a higiene oral, banhos, trocar fraldas e sempre estar observando, uma vez tinha um paciente [...] pra fazer uma endoscopia porque estava com sangramento oral, [...]mas na verdade ele estava com miíase na cavidade oral, ninguém olhou pra boca dele, ninguém fez a higiene oral nele e ele ia fazer uma endoscopia, as vezes a gente esquece dos cuidados mínimos (S4).

É ele conseguir ter as eliminações dele bem, não tendo que esperar por horas até alguém vir trocar [...] não

ficar todo urinado pra não correr risco de criar uma ferida ali (S6).

A palavra higiene também esta ligada a um contexto social, em determinado momento na história, cujo processo de industrialização resultou em cidades com condições precárias de higiene na qual se disseminaram uma série de doenças como cólera, varíola, tuberculose, lepra, entre outras (ALBERTINI, P. et al, 2008)

Diante deste quadro social, surgiu um pensamento que entendia que a ampla disseminação de doenças estava ligada tanto às condições de saneamento básico quanto aos hábitos pessoais de higiene, esse novo pensamento começou a atuar na modificação dos aspectos sociais e pessoais, então para fins de desviar a atenção dos trabalhadores sobre as precárias condições de trabalho se difundiu a idéia de que o problema poderia ser resolvido pela educação higiênica e desde então a saúde começou a ser associada à higiene (ALBERTINI, P. et al 2008).

Du Gas (1986) traz que as medidas de higiene, além de essenciais para a saúde e controle de infecções são também importantes no conforto do paciente e contribuem para o seu relaxamento, trazendo a sensação de tranqüilidade, e além disso, também colaboram com a socialização do individuo.

Segundo Byrd (1965) a higiene engloba a saúde e a vitalidade mental, física e social do indivíduo, ou seja, trata-se de um termo abrangente que visualiza o ser humano como um todo.

5.4 Atender necessidades básicas é uma forma de realizar cuidado de conforto

Certas necessidades são básicas na vida das pessoas e requerem cuidados para ser possível satisfazê-las da maneira mais adequada, algumas são em determinados momentos priorizadas em detrimento de outras, necessitando de urgência na sua satisfação para fins de confortar o paciente. (SMELTZER et al, 2005).

Através da reflexão sobre cuidados de conforto a paciente na terminalidade surgiram abordagens de cuidado focadas nas necessidades humanas básicas mencionadas pelos acadêmicos de enfermagem:

Nossa profissão ela necessita sempre que possamos prover as necessidades básicas do ser humano e eu acho que cuidados de conforto é isso é prover aquilo que é necessário para o momento. (S1)

A pessoa tem sua necessidade de alimentação suprida, tem suas necessidades de oxigenação fisiológicas enfim, necessidade de interação social de afeto, então eu entendo que a pessoa só tem conforto e bem estar se ela tem atendida essas necessidades (S2)

As necessidades humanas básicas são divididas em cinco categorias segundo Maslow sendo elas: fisiológicas; segurança, amor e companhia; estima e auto-realização.

Entre as necessidades fisiológicas estão as necessidades de alimentação e hidratação, essa necessidade de nutrição aparece com bastante freqüência no discurso dos sujeitos entrevistados:

Alimentação também é importante dentro do conforto não necessariamente a qualidade da alimentação no caso desse paciente, o que ele gosta, se ele quiser comer um xis por mais que o diagnóstico dele seja desfavorável [...] é difícil, mas se tiver alguma comida, alguma coisa acho que da pra fazer. (S9)

Ah eu vou verificar se a alimentação dele não está apenas adequada de acordo com aquilo que os livros ensinam, mas

se ele está gostando, se está sendo prazeroso pra ele se alimentar (S8)

Nutrição é o processo no qual o corpo faz uso dos alimentos para produzir energia, preservar a saúde, bem como o funcionamento dos órgãos e tecidos. (REIRIZ et al, 2008). A nutrição trata-se de um hábito diário, mas não só isso, trata-se também de uma questão com significado cultural simbólico, pois dar de comer e beber ao nosso semelhante é um ato de humanidade e cuidado com o próximo.

Além dos meios naturais de nutrição, existem meios de nutrição artificiais utilizados nas instituições de saúde para possibilitar uma maior sobrevivência dos pacientes que possuem um aporte nutricional inadequado, mas quando trata-se de pacientes terminais existem divergências sobre a real necessidade de aporte nutricional dos mesmos no caso do procedimento causar desconforto, REIRZ et al (2008) ao tratar do assunto nutrição em paciente terminal acreditam que acima de qualquer evidência científica está a autonomia do paciente, o que nos leva a entender que acima dos benefícios clínicos que um aporte artificial de alimentação poderá trazer está a decisão do próprio paciente sempre que for possível.

Essas divergências também aparecem na vivência dos acadêmicos de enfermagem como revelam os sujeitos:

Eu já vi, tinha um residente que não aceitava muito os termos do paliativos e ele tentou duas vezes colocar uma sonda nasoentérica num paciente que já não estava mais consciente e o paciente arrancou duas vezes a sonda e ele queria colocar a terceira e foi dito pra ele que o paciente não iria receber a terceira e não seria amarrado na cama [...] algumas medidas não tem porquê serem feitas (S9).

Existem estudos que mostram que fornecer hidratação por via intravenosa também pode ser uma medida controversa no caso de pacientes na terminalidade, pois em determinado estágio da doença poderá trazer mais malefícios do que benefícios, causar náuseas e vômitos, bem como, edema pulmonar e periférico junto à necessidade de cateterização, mas em contrapartida, a desidratação também poderá levar a confusão e insuficiência renal que poderá ser exacerbada pelo constante uso de medicamentos, ou seja, todos esses fatores poderão causar desconforto no paciente por isso torna-se fundamental a avaliação cautelosa da situação em que o mesmo se encontra, e se existe o desejo de alimentação ou hidratação manifesto pelo paciente:

O que o paciente puder aceitar o que ele tiver em condições eu acho que tem que dar, se ele esta em cuidados mínimos e a terapêutica não vai ajudar, por que ele não vai tomar água se está com sede? Eu libero (S7).

Quando nos referimos à alimentação do paciente devemos levar em conta seu desejo e sua escolha juntamente com a real possibilidade de conforto do mesmo, aliviando e não ampliando seu sofrimento.

Outro cuidado que envolve as necessidades humanas básicas se refere aos cuidados com a pele daqueles pacientes que se encontram restritos ao leito sem possibilidade de realizar movimentação voluntária:

Procuro ver se tem algum fator ali que esta interferindo, ver se na posição dela tem alguma coisa física que esta agindo (S6).

O paciente acamado encontra-se muito debilitado, identificar as reais condições de movimentação do paciente e possibilidades de realizar mobilizações globais em conjunto com possíveis mudanças ambientais podem fazer muita diferença no conforto, favorecem a respiração, circulação, evitam edemas e possível dor, bem como auxiliam na prevenção de úlceras de pressão e facilitam os cuidados de higiene (MANUAL DA DOR ONCOLOGICA INCA, 2001, p. 230)

Esse paciente precisa estar toda hora mudando o decúbito dele, pra que não tenha uma ulcera de pressão, porque uma ulcera de pressão vai acabar causando desconforto e dor (S1).

Cada articulação do nosso corpo possui uma amplitude de movimento, quando o paciente fica em repouso no leito por tempo prolongado as funções das articulações e músculos ficam limitadas, podendo desenvolver contraturas que são encurtamentos dos tendões e músculos, quando isso ocorre surgirá a dor quando houverem tentativas de mobilização. Devido a isso a enfermagem deve estar atenta nos detalhes sobre a movimentação do paciente que deverão aparecer no histórico de enfermagem do mesmo, para ser possível criar um plano de cuidados que possa auxiliar o paciente dentro dos seus limites e possibilidades sem causar mais desconforto.

Existem autores que defendem uma menor movimentação do paciente quando este estiver acamado e totalmente dependente no caso de realizar mudança de decúbito, mas cabe aqui mencionarmos que evitar excesso de manipulação nem sempre equivale à diminuição da pressão nas saliências ósseas, o que geralmente é realizado com almofadas e travesseiros. Campbell (2011) refere que reduzir a frequência das mudanças de decúbito pode causar mais benefícios do que dor se o paciente encontra uma posição confortável e que ajude no seu padrão respiratório, um dos acadêmicos entrevistados menciona o excesso de manipulação no paciente terminal como um fator gerador de desconforto.

Às vezes desgasta muito o paciente mesmo tentando fazer o melhor, mas às vezes esse excesso de manipulação física tira o conforto do paciente, às vezes tu quer demais dar o conforto e desgasta mais ainda (S5).

A avaliação cuidadosa do paciente é sempre o elemento essencial na prescrição de cuidados que visam promover o conforto, o paciente sob cuidados paliativos na fase terminal muitas vezes se encontra imóvel, o que ocasiona uma perfusão tissular diminuída, estado nutricional alterado e excesso de umidade que desencadeiam uma série de alterações cutâneas que possibilitam a criação de úlceras de pressão e conseqüentemente dor. (SMELTZER et al, 2005).

No caso dos pacientes que não se movimentam que são acamados seria tu manter ele limpo e confortável em cima da cama numa posição boa, fornecer travesseiros[...]a gente sabe que tem o dever de respeitar o corpo do outro vou procurar mobilizar essa pessoa de tempos em tempos pra que não fique sempre aquela mesma posição machucando a musculatura (S3).

As forças mecânicas contribuem para o desenvolvimento de úlceras de pressão e em conjunto com o excesso de umidade devido à transpiração e eliminações causam irritações na pele e propiciam o rompimento da pele deixando a suscetível ao ataque de microorganismos que mais tarde podem levar a um quadro infeccioso(GEOVANINI e JUNIOR, 2009).

O alívio de pressão é essencial para prevenção e para isto é necessário que a equipe de saúde trabalhe em conjunto na mobilização do paciente, ou seja, é

necessário uma visão de cuidado multidisciplinar no qual a equipe de fisioterapia deverá estar presente.

Através das entrevistas se percebe a necessidade de promover um sistema de apoio que auxilie o paciente a viver o mais ativamente possível e também fazer com que o mesmo sintá-se satisfeito, de bem consigo mesmo apesar da doença.

Essa sensação de bem estar vem acompanhada pela necessidade de auto estima que implica em uma auto valorização e aceitação.

A maneira como nos sentimos acerca de nós mesmos é algo que afeta crucialmente todos os aspectos da nossa experiência. Os dramas da nossa vida podem ser reflexo das visões mais íntimas que temos de nós mesmos, Branden (2000) acredita que a auto-estima pode ser a chave para compreensão dos nossos atos e a forma como lidamos com as nossas dificuldades.

Eu me sentir bonito, me arrumar, me perfumar, botar uma roupa limpa, mesmo que não seja uma roupa nova, mas se for uma roupa limpa ta bom, eu acho que isso faz parte também é auto estima faz parte do sentir se bem, sentir se confortável (S5).

Uma jovem com um câncer e a gente fez uma sessão de beleza assim de pintar unha e tal e foi super bom assim, deu outro animo (S2)

De todos os julgamentos que realizamos, nenhum deles é tão importante quanto o que fazemos sobre nós mesmos, quando a doença toma conta do corpo físico ela poderá modificar nossa percepção sobre nós mesmos, e se não estivermos preparados para lidar com essa situação sentimentos negativos e de frustração podem tomar conta do nosso ser, e é nesse momento que surge a necessidade de se resgatar a auto-estima, Branden (2000) acredita que o resgate da auto estima deve ser através de incentivos que possibilitem uma valorização ou através de uma auto avaliação que nos permita modificar conceitos errôneos sobre nós mesmos.

O paciente portador de uma doença sem possibilidade terapêutica de cura vivencia um conflito muito intenso consigo mesmo, segundo Ross (1985) ele passa por cinco fases até aceitar o fim da vida, são elas: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Cada uma representa uma etapa que deve ser vivenciada, são mecanismos de defesa que atuam para enfrentar o medo pelo desconhecido,

não existe uma ordem e alguns pacientes podem não vivenciar todas as etapas ou vivenciá-las concomitantemente, mas mesmo assim o enfermeiro deverá auxiliar a decodificar as mensagens emitidas pelo paciente acerca do que ele necessita para viver melhor consigo mesmo no tempo que lhe resta.

O viver bem consigo mesmo é uma sensação de conforto que poderá estar atrelado a rede social em que o paciente estiver inserido, pessoas que ele conviveu e que possuem um significado importante na vida do mesmo, a necessidade de afeto se faz presente, sendo afeto considerado a relação de carinho ou cuidado que se tem com alguém íntimo ou querido, a expressão de sentimentos (FREITAS, 2003):

Eu penso que as necessidades fisiológicas que a interação social que o afeto[...]afeto é saber que a pessoa se importa por ela, que ela tem pessoas que ela goste também, amigos familiares (S2).

Sentimentos nos dizem se o que estamos experimentando é ameaçador, doloroso, triste ou alegre, eles podem ser explicados de maneiras simples e direta através da linguagem verbal ou não verbal, Viscott (1982) refere que os sentimentos nos tornam humanos, alguns dos entrevistados colocam em seus depoimentos a importância de expressão dos sentimentos àqueles que possuem uma relação de afeto com o doente em fase terminal:

No momento em que morre uma pessoa que tu gosta muito é importante que a tua vida com essa pessoa esteja bem resolvida, tem pessoas que haviam sido penosas as convivências a vida inteira e no final da vida eles estavam dizendo que amavam e pedindo desculpas e isso era importante não só pro paciente mas também pros familiares (S9).

O afeto pode ser uma demonstração de carinho para com as pessoas, familiares e amigos que conviveram com o paciente, o afeto pode ser demonstrado até mesmo pelos animais de estimação que também são grandes companheiros pra vida toda, para algumas pessoas a convivência com seus animais de estimação assume um papel importante na vida, ter contato com estes, e ter a possibilidade de se despedir surge também como um cuidado de conforto:

Teve um até que levou um cachorro pra dentro da unidade eu não vi eu só sei da historia, e ele levou um cachorro e foi

muito legal porque às vezes o bichinho é tão importante pra pessoa (S4).

O fato de ter um bichinho um cachorrinho ou um gatinho é um conforto também pra algumas pessoas (S10).

A relação homem-animal vem sendo cada vez mais estudada e utilizada na medicina alternativa para fins terapêuticos. A denominação oficial do uso terapêutico de animais é Terapia Assistida por Animais (TAA). Segundo Machado et al (2008) TAA é uma prática com critérios específicos onde o animal é a parte principal do tratamento, objetivando promover a melhora social, emocional, física e cognitiva de pacientes humanos”, A TAA entende como princípio que o “amor e amizade que podem surgir entre seres humanos e animais geram inúmeros benefícios”. No Brasil a TAA começou a ganhar muitos adeptos ajudando a melhorar a auto estima e diminuindo o estresse dos indivíduos e apesar de ser uma forma de pensamento recente, vem sendo expandida pelo mundo todo e pode vir a ser planejada para hospitais no futuro no qual o ambiente hospitalar possa ser reestruturado de uma forma moderna com espaços mais lúdicos e confortáveis.

Outros acadêmicos de enfermagem revelam ainda que cuidados de conforto a pacientes na terminalidade deve envolver cuidados com aspectos ligados a estrutura física do meio ao qual o paciente se encontra:

Às vezes o paciente esta no leito A e tu muda pro outro leito B pra ele pegar um pouco de sol, isso é medida de conforto, ou tu trocas ele pra outro quarto que todo mundo é amigo e conversa [...] então acaba sendo mais conforto ele ficar lá, o fato dele ter esse convívio já faz com que ele evolua dentro do quadro dele (S10).

Diante dessas comorbidades relacionadas ao local físico em que o paciente se encontra cabe refletir sobre a qualidade dos cuidados no ambiente hospitalar, segundo Padilha e Mancia (2005) Nightingale em 1989 dizia que colocar o paciente em um local em que a natureza possa ajudá-lo a atingir uma melhor condição de saúde é responsabilidade do enfermeiro, e essa idéia de confortar o ambiente presente no discurso dos futuros enfermeiros reflete um olhar mais atento capaz de modificar os fatores ambientais que possam influenciar na condição clínica do paciente:

Tentar deixar o ambiente o melhor possível, se a luz incomoda apagar a luz, a bolsa de água quente, ofertar ajuda dependendo do tipo de dor tentar distrair conversando, proporcionar alguma atividade. (S4).

Trazer TV, musica e dependendo do paciente eu acho que muitas vezes faz ele pensar menos na doença (S5)

Prestar assistência ao paciente fora de possibilidade de cura é ter a convicção de que sempre é possível oferecer conforto ao paciente, assim toda forma de propiciar alguma sensação boa configura como um fator positivo para o conforto, como por exemplo, utilizar alguns mecanismos lúdicos para humanizar e por alguns instantes, desassociar o ambiente do sofrimento e atribuí-lo características acolhedoras e divertidas, se tornam fatores interessantes que podem significar uma diferença no cuidado, o uso de meios de distração geralmente são associados a cuidados pediátricos, mas nada impede a sua associação com o público adulto que pode através de imagens, desenhos, objetos expressarem seus sentimentos que nem sempre são verbalizados.

Cuidados relacionados à acomodação do paciente no meio hospitalar que leve em consideração a estrutura física de alojamento juntamente com cuidados do leito, temperatura corporal e iluminação podem e devem ser modificados quando for necessário visando o conforto do mesmo.

Barulho, o barulho também atrapalha, não conseguir dormir, então sono e barulho são algumas coisas que trazem desconforto, temperatura a gente já falou também (S6).

Padilha e Mancia (2005) colocam que Nightingale em 1989 afirmava que o ambiente onde o doente se encontra deve possuir incidência da luz solar, boa ventilação, limpeza e silêncio e ainda refere: “pode parecer talvez um estranho princípio enunciar como primeiro dever de um hospital não causar mal ao paciente”.

A necessidade de repouso também aparece durante as entrevistas, e enfatiza a importância de um ambiente que permita um sono tranquilo isento de barulhos em momentos inapropriados, em ambiente aconchegante que possibilite o cumprimento do seu papel de restabelecer as funções do organismo e relaxar o corpo ajudando o paciente a restabelecer as energias de que necessita, visto que o

sono é responsável por inúmeros benefícios no nosso organismo e entre eles o restabelecimento do sistema imunológico, secreção de hormônios, consolidação da memória, sensação de relaxamento físico, segundo GEIB et al (2003) o sono representa um período de repouso para o corpo e a mente, ambos precisam repousar para restaurar as forças e quando não realizado de forma adequada causa dor ou desconforto físico e emocional.

5.4.1 Espiritualidade

O tema Espiritualidade como cuidado de conforto foi abordado com destaque nos depoimentos dos sujeitos entrevistados e por este motivo optou-se por colocá-lo como sub item.

“Uma lenda mexicana conta que cientistas guiados por indígenas escalavam uma montanha e a uma certa altura os guias locais não quiseram continuar, fizeram uma pausa, os cientistas não compreendiam o motivo pelo qual tiveram que esperar para prosseguir, e o chefe da tribo lhes esclareceu: “Andamos depressa demais, precisávamos esperar nossas almas”.(OLIVEIRA, 2008, p.183-185)

Atualmente os avanços tecnológicos e da ciência culminaram em certo afastamento das pessoas com o meio espiritual.

O ser humano tem a capacidade de pensar, filosofar, buscar significado na sua existência, Peres et al (2007) afirma que a medida em que nos aproximamos da morte buscamos a transcendência da nossa existência através da espiritualidade e também da religião, estes dois termos são distintos mas mesmo que por momentos, ambos se integram e se manifestam como um só. (OLIVEIRA, 2008)

Espiritualidade segundo Campbell (2011) trata-se da interligação consigo e com os outros, com a natureza e com a força absoluta transcendente da vida/Deus.

Ainda segundo a mesma autora, religião pode ser definida como a crença ou prática institucionalizada que caracteriza uma pessoa.

A filosofia do cuidados paliativos busca abranger as dimensões do ser humano em uma visão holística, ou seja, nos ramos físico, psíquico e espiritual, e o apoio e preparo deste último possui imenso significado como cuidado de conforto nesse momento de vida do paciente conforme aparece em alguns relatos:

Cada pessoa tem a sua crença porque daqui a pouco pra ela aquele familiar está ouvindo está entendendo e ela ainda tem muita coisa importante pra dizer, eu acho que é um momento que a gente deve permitir (S3)

A idéia de “permitir” a manifestação espiritual ou religiosa surge nos discursos dos entrevistados como a principal função do enfermeiro frente a essa necessidade do paciente, evidenciando o respeito pela decisão do mesmo em receber a presença de alguém que possa compartilhar aspectos específicos relacionados à crença do paciente, Moraes (2009) coloca que espiritualidade possui significados individuais e coletivos juntamente com propósitos e valores humanos e os sujeitos entrevistados manifestam essa percepção de individualidade nas questões espirituais, destinando a função de confortar os pacientes na terminalidade no aspecto religioso ao líder religioso ou representante da congregação ao qual o paciente faz parte:

Pode ser que o paciente goste de ter o apoio religioso, alguns acreditam que essas pessoas vão dar a benção pra ir ate um outro local, céu ou qualquer coisa do tipo, então se isso é importante pro paciente, isso não tem nada a ver conosco, o máximo que podemos fazer é liberar pra que essas pessoas possam visitar (S1)

Quando tu conversas com o paciente e sabe que de repente a crença dele é outra talvez tu não saibas agir de acordo com a crença dele, mas tu vais chamar alguém que saiba, e pode ser um pastor um monge o que for (S8)

Bailey, Moran e Grahan (apud SILVA, 2009, p.10) colocam que a enfermagem deverá oferecer ao paciente aquilo que ele necessita para suprir a espiritualidade, como exemplo promover o contato com o padre ou pastor, esse é um quesito fundamental para cuidado de conforto ao paciente na fase terminal da vida, alguns dos sujeitos colocaram também que a comunicação do paciente sobre

o que deseja poderá abordar aspectos espirituais, além disso, não foram abordadas outras formas de contribuição para a espiritualidade do paciente pela equipe de enfermagem na visão dos entrevistados, alguns relacionam certa dificuldade em abordar essas questões com o paciente:

Tem o lado espiritual que eu não gosto muito de falar, porque acredito que essa questão de espiritualização é algo muito pessoal, e eu não posso colocar a minha crença para quem não acredita em nada ou acredita em outra coisa, mas é importante, às vezes pode vir um ministro religioso da congregação do paciente que pode confortar, então eu acho importante que venha alguém e que eu esteja atento para autorizar que ele entre, pra poder dar palavras de conforto pro paciente ou pros familiares, acho que eu não estaria apto pra isso(S5).

O mesmo sujeito autor do depoimento acima, durante a entrevista acrescenta em outro momento outra abordagem sobre o que poderia fazer para confortar o paciente na questão da espiritualidade:

É a espiritualidade é importante, eu falei que até evitaria falar, mas acho que ouvir não seria mal, poderia perguntar o que o paciente acredita, enfim, ouvir sem dar a minha opinião, e caso ele queira a presença do líder religioso eu tentaria localizá-lo(S5)

Essa fala evidencia a importância da questão da espiritualidade, e demonstra certa insegurança do sujeito em abordar o assunto, mas o mesmo faz menção a escuta como melhor forma de realizar o cuidado de conforto, bem como, assim como os demais sujeitos mencionaram, também possibilitar a vinda de alguém que possa abordar especificamente as questões religiosas do paciente com o mesmo, e o papel de atenção do enfermeiro em possibilitar essa visita.

Narayanasamy (2007) coloca que uma das formas de compreender as necessidades do paciente e saber como lidar com as questões espirituais pode ser através da realização de uma anamnese que busque verdadeiramente a historia espiritual para fornecer dicas preciosas sobre o significado de vida e seus propósitos, e através desse conhecimento o enfermeiro poderá sugerir opções de cuidados de conforto.

Alguns sujeitos mencionaram durante as entrevistas momentos em que foi possível confortar espiritualmente o paciente em seu leito a beira da morte e de como isso foi gratificante:

Conseguimos buscar um mestre budista para um paciente antes da sedação dele, ele era budista então se postergou em um dia a sedação pra que aquele mestre budista viesse conversar com ele e dar a benção, os médicos queriam sedar ele antes por causa da dor, mas ele pediu e a gente conseguiu achar o mestre dele, foi muito importante pra ele no final da vida, mas o paliativos é uma coisa fora da realidade, é muito legal mas não é assim sempre, se tem uma unidade com trinta e poucos pacientes tu não vai ter condições de conseguir arranjar um suporte, ali tu consegue porque é uma enfermeira pra seis pacientes(S9).

A fala revela o empenho do profissional enfermeiro em proporcionar um ultimo bom momento na vida do paciente mesmo com a recusa dos demais profissionais da saúde, acima disso permaneceu a decisão do paciente em postergar sua sedação mesmo em meio à tamanha dor, para receber a visita do seu líder religioso representante da sua crença, mas a fala do sujeito também menciona a realidade de trabalho vivenciada nas instituições de saúde de forma geral na qual prestar uma assistência verdadeiramente qualificada e ir em busca das necessidades mencionadas pelos pacientes se torna muito difícil devido as altas demandas de serviço e falta de recursos para proporcionar uma atenção digna no final da morte, restringindo esse comportamento a unidades de cuidado especializados em pacientes sob cuidados paliativos.

Alguns autores revelam que pacientes que enfrentam doenças avançadas no fim da vida podem experimentar um estado de desequilíbrio ou desarmonia do corpo, mente e espírito e através de uma abordagem holística é possível ajudar o doente a experimentar um reequilíbrio, Narayanasamy (2007) afirma que as necessidades espirituais dos pacientes incluem uma série de fatores nos quais o profissional de enfermagem poderia atuar como: respeitar a privacidade, realizar uma oração, há quem diga que orar desencadeia mecanismos para neutralizar o estresse e promover emoções positivas, ir a igreja ou capela, uso de imagens e objetos que tenham significância para o indivíduo, abordar questões sobre a morte e também localizar leituras de cunho religioso e de interesse do paciente.

Elias (2001) sugere a existência de um paralelo entre o nascimento e a morte porque são polaridades de uma mesma realidade, a de viver. O apoio e algum preparo espiritual pela equipe de enfermagem torna-se essencial nesse momento. O pensamento do doente deve ser sempre respeitado e jamais o doente pode ser pressionado no final da vida a aceitar qualquer tipo de preceito religioso como aparece no depoimento a seguir:

Acho que se ele tem fé acho importante, se ele tem alguém, algum padre acho importante a questão da espiritualidade, se ele não tem, acho que não, acho que é uma invasão de privacidade e do modo de vida dele, e acontece de pessoas que vão lá de congregações que vão pra tentar rezar por aquele paciente, mas se o paciente não tem fé naquela congregação não adianta, aquilo só vai incomodar ele (S9).

A busca pelo sentido da vida, por algo maior em que confiar, é expressa de muitas formas, em metáforas ou através do silêncio, em gestos ou símbolos ou até mesmo através de uma interação terapêutica com uma nova experiência, Pessini e Bertachini (2005) colocam que espiritualidade é a dinâmica de integração da pessoa em relação à sua identidade, que cada ser possui necessidades espirituais e estas necessidades adquirem uma importância muito maior quando as pessoas têm de enfrentar a própria morte, portanto a presença da enfermagem junto ao paciente deve ser baseada em um acolhimento constante e sincero para possibilitar cuidados de conforto efetivos ao paciente terminal no ramo espiritual.

5.5 Não tinha mais o que fazer, estava em coma, era uma paciente que estava jogada

Elias (2001) aponta que a morte, e o tratamento dado aos pacientes sem perspectiva de cura fazem parte de um problema que se relaciona a estrutura do grupo ao qual o indivíduo pertence e é exposto.

Essa categoria apresenta a visão dos futuros enfermeiros frente as suas vivências dentro dos estágios curriculares, embora não retratem o que os mesmos entendem como cuidados de conforto, as visões a seguir apareceram com relevância nas falas dos mesmos:

Não se investe tanto nesse paciente, muitas vezes deixa se de fazer certas coisas porque é um paciente terminal e não porque isso é designado pela instituição, mas porque as pessoas inconscientemente introjetaram a idéia de que para este paciente não é preciso fazer certas coisas (S1)

Eu vi paciente terminal cair do leito, eu acredito que eles ficam meio deixados de lado, porque já que não tem perspectiva de cura a equipe não visita com freqüência [...] podiam investir na qualidade de vida deles mas eu sinto que isso não ocorre (S4).

Py (2007) afirma que as situações de desigualdade de acesso são um problema da responsabilidade pública, do Estado que deveria se empenhar em solucionar desenvolvendo políticas públicas adequadas, a mesma ainda refere que o ideal de "justiça como equidade" se debate em conflito com as "políticas de universalização" responsáveis pela distribuição dos bens para todos, e as "políticas de focalização" responsáveis pela eleição das pessoas e os bens que devem ser distribuídos, e é em meio a esse cenário, de distribuição de recursos para a saúde que se encontram os pacientes ao final da vida, "na solidão absoluta da sua terminalidade" como refere à autora, muitas vezes sem ter a oportunidade de cogitar manobras de ressuscitação, sem ter sequer alguém "que testemunhe o seu inacabamento".

E essa idéia de "não investir" testemunhada pelos sujeitos das entrevistas não está apenas relacionada à falta de recursos financeiros e suas repercussões

no paciente que não tem perspectiva de cura em detrimento daquele que têm, a idéia de não investir é também relacionada a um descaso da equipe de forma geral para com este paciente como se evidencia na fala a seguir:

Eu tive muitos pacientes que ninguém visitava porque era uma contagem regressiva, então a pessoa ficava jogada, atirada num canto qualquer, e de tempos em tempos a pessoa passava ali só pra dar uma olhada e ver se ainda tinha movimento respiratório e batimentos, mas os cuidados em si... (S3)

Segundo Elias (2001, p. 103) “o cuidado com as pessoas às vezes fica muito defasado em relação ao cuidado com seus órgãos”, os pacientes terminais quando tratados com descaso pela equipe de saúde no meio hospitalar sentem-se afastados, as pessoas ao seu redor ao demonstrarem constrangimentos contribuem para o isolamento do paciente

Outro fator que apareceu nas entrevistas está relacionado as expressões que fazem referencia ao paciente na terminalidade dentro das instituições hospitalares, são expressões que sinalizam a equipe de saúde que o paciente está fora de possibilidades terapêuticas e não deverá ser submetido a reanimação cardiorrespiratória. Essas expressões se modificaram ao longo dos tempos entre elas estão: SPP (se parar parou), JEC (Jesus está chamando!), MA (medidas de andar) e atualmente MC (medidas de conforto), essas denominações se alteraram para fins de modificar os princípios dos cuidados oferecidos a eles, medidas de conforto deveria remeter a cuidados que confortassem o paciente, esses cuidados teoricamente são conhecidos pelos profissionais da saúde de forma geral, mas na realidade não são difundidos no ramo da prática e de acordo com as falas dos sujeitos da pesquisa esses cuidados são por vezes negligenciados:

Eu penso que muitas vezes ele é negligenciado pela equipe de profissionais que não consegue trabalhar com isso (S2)

É uma denominação de se deve ou não chamar o plantão da CTI pra fazer as medidas de ressuscitação, infelizmente trata se assim o paciente que não esta no andar especializado pra isso de medidas de conforto (S1)

A partir do momento em que ocorre a designação de medidas de conforto ao paciente o mesmo inicia um novo momento, ele deixa de pertencer ao universo dos

demais doentes que estão buscando a recuperação pela vida, e o comportamento da equipe de saúde que atende esse paciente poderá variar, são inúmeras as suposições para esse tipo de comportamento, algumas delas aparecem nas falas:

Eu penso que é porque esses profissionais não conseguem trabalhar com a morte, então eles acabam negligenciando (S2)

A impressão que tenho é que as pessoas que já trabalham há muito tempo 20 30 anos elas perdem um pouco do sentimento de se identificarem com a situação, de se colocarem no lugar daquela pessoa [...] quanto mais tempo tu trabalhas menos sensível tu és a esse tipo de situação (S3)

A primeira fala evidencia como justificativa para o descaso presenciado pelos sujeitos aos pacientes na terminalidade as possíveis dificuldades por parte da equipe de saúde em lidar com a presença da morte, para Silva e Hortale (2006) a morte poderá ser ocultada, ao seu redor permeiam uma série de sentimentos negativos que faz com que o paciente sob medidas de conforto não seja reconhecido como um ser humano. A outra fala faz menção ao tempo de serviço como possível hipótese da causa do defasamento no cuidado aos pacientes na terminalidade, se refere ao tempo como agente responsável pelo costume com o sofrimento do semelhante e causador de resistência ao sentimento de humanização que deveria existir na equipe.

Para Santana et al (2009) a equipe de enfermagem se preocupa excessivamente com os problemas de rotina da profissão e coloca em segundo plano aquilo que deveria ser o mais importante: o ser humano.

Dentro deste contexto se torna essencial a união de uma proposta de cuidado mais humanizada ao pensamento da equipe de saúde desenvolvendo ações e serviços de saúde para a equipe, bem como, para o paciente.

5.6 Não sentir dor

Dor é caracterizada segundo a Associação Internacional de estudo da dor – IASP (1993), como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano real ou potencial ou descrita em termos de tal dano.

Segundo Pimenta (2006) a dor no paciente em cuidados paliativos é revestida de características especiais, Cicely Saunders dizia que a dor no paciente terminal é considerada como “dor total” na qual possui diversas dimensões que vão além do corpo físico, a mesma referia que toda a experiência da vida do indivíduo se refletia no momento da sua morte.

Todos os entrevistados afirmaram durante seus depoimentos a responsabilidade de priorizar o cuidado com a dor do paciente terminal como medida para conforto:

A enfermagem já está colocando a dor como 5º sinal vital então avaliar e ajudar na terapêutica é muito importante [...] eu acredito ser esse o instrumento mais importante da enfermagem avaliar e tratar, auxiliar no tratamento da dor (S1)

O que eu mais vejo na minha experiência de estágio no hospital é com relação a dor, ninguém gosta de sentir dor, isso é normal e a dor é algo que cada um sente da sua forma [...] então eu acho que a dor é algo que pesa bastante nas medidas de conforto nos pacientes que estão internados porque ninguém precisa ficar com dor (S5)

Existem instituições que vêm empregando a dor como quinto sinal vital devido a sua necessidade de ser avaliada e principalmente pela sua subjetividade, Pedroso e Celich (2006) afirmam que já existe dificuldade em se descrever a própria dor, então compreender a dor do outro é praticamente impossível.

Em 2000 a dor foi descrita como quinto sinal vital após a publicação pela Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations (JCAHO), a partir desse ano seu registro e avaliação deveriam ser obrigatórios junto aos demais sinais vitais, mas se sabe que trata-se de um processo de implantação em andamento até hoje nas instituições hospitalares.

De forma geral a dor é um dos primeiros sintomas a serem descritos como cuidado no paciente terminal, segundo o Manual de Cuidados Paliativos (ANCP, 2009, p. 92) acredita-se que isso ocorre devido ao método de abordagem amplamente difundido descrito como “escada analgésica” utilizado no controle da dor do paciente terminal no qual a dor deve ser tratada de acordo com uma escala ascendente de potencia medicamentosa relacionada com sua intensidade favorecendo uma terapêutica com menor risco de toxicidade.

Devido ao seu caráter subjetivo, segundo os sujeitos da entrevista, o cuidado de conforto em relação à dor deverá estar focado sempre que for possível, na descrição ou expressão apresentada pelo paciente:

Primeiro tem que escutar o paciente, entender o que está causando desconforto, a partir do momento que eu escutei entendo melhor, irei agir naquilo que objetivamente está causando desconforto, eu como enfermeira vou ver dentro dos cuidados do dia o que a minha equipe está propondo para amenizar ou excluir aquela dor (S8)

Fazer a pessoa mensurar quando possível a dor dela, avaliar se o tratamento está sendo efetivo, fazer o que está prescrito nos horários certos, usar não só as terapias medicamentosas mas também as não medicamentosas (S1)

Sendo a dor um fator multidimensional, a forma de abordagem da mesma também poderá incluir diversos fatores de acordo com o tipo de dor e manifestação da mesma. O conceito de “dor total” coloca que a dor possui significados de natureza física, psíquica e espiritual e isso permite que se avance nos diversos tipos de tratamentos para seu alívio, que nem sempre serão focados apenas na questão objetiva e física do problema como se percebe em algumas falas:

Medidas para o alívio da dor são analgesia, medicação e medidas alternativas, como respiração controlada, imaginação de imagens que possam acalmar a pessoa (S2).

Tem um paciente [...] que tem muita dor de coluna devido a um CA, esses dias eu olhei pra ele e vi que ele tinha fácies de dor, então eu disse pra ele: “vamos por uma bolsa de água quente?” ele disse que não precisava, mas eu coloquei e ele ficou muito aliviado com aquilo e agora todas as vezes ele vem e pedi a bolsa (S4)

A “qualidade” da dor que sentimos é resultado de nossas recordações de experiências dolorosas, por este motivo a investigação do conhecimento que o doente possui sobre a dor, seus medos e fantasias se faz essencial, por se tratar de uma experiência individual, a opinião do paciente bem como suas crenças e cultura devem ser respeitadas quando lhe fizerem bem, e não serem criticadas em nome da ciência, pois acredita-se que pensamentos e atitudes podem modificar os processos psicológicos (MANUAL DA DOR ONCOLOGICA INCA, 2001) juntamente com técnicas de relaxamento e distração, aplicação de calor ou frio local e outras:

Distrações, metas do dia, se aquela dor é um caso de paciente terminal se ele ficará mais confortável olhando uma novela ou tendo a presença de um filho, então a gente vai trabalhar com ele isso como se fosse algo bom, entra também a questão cultural, religiosidade, costumes, e vai depender do esforço do profissional de tentar enxergar o que deixa ele mais feliz e distante do pensamento da dor [...] tem coisas que dependem da maneira que o paciente entende a dor. (S8)

Um dos entrevistados refere que no caso do paciente com doença sem possibilidade de cura, a dor ela assume um efeito devastador que nem sempre poderá ser amenizado com medidas não farmacológicas, esse sujeito dá ênfase na questão farmacológica como sendo o ponto principal para alívio da dor na sua opinião:

Medidas não farmacológicas de alívio da dor, eu acho que funcionam em alguns casos mais voltados para parto que está ligada a uma emoção boa, no momento que tu estás num tratamento que não tem bom prognóstico é muito mais complicado que uma medida não farmacológica funcione, eu acho que a medida farmacológica faz efeito melhor mas tem coisas que podem aliviar, talvez até funcione, dê um alívio, mas não por muito tempo (S9).

Quando se trata do paciente sob cuidados paliativos na terminalidade, é importante lembrarmos uma série de procedimentos que poderão trazer desconforto ao paciente quando o mesmo encontra-se institucionalizado, e as reais necessidades de realização desses procedimentos deverão ser avaliadas conforme referem os entrevistados:

Eu sou contra tu infringir procedimentos que façam ela sentir mais dor do que já está acostumada, acredito que não tenha necessidade de tu piorar, de dar pra pessoa experiência pior do que a que ela já está vivendo (S3)

Se evita fazer tantos procedimentos invasivos nas pessoas que não tem mais condições clínicas (S10).

Segundo Campbell (2011) quando o doente se encontra no final da vida, realizar uma avaliação cautelosa da relação custo-benefício das intervenções é necessário, e é preciso estar consciente de que o objetivo principal do tratamento a esse paciente se concentra no conforto e sua autonomia de decisão deverá ser respeitada quando este puder manifestá-la, mesmo no caso de sedação:

Dando o que ele precisar de medicação pra dor e mais pro final se for vontade dele ficar sedado, que ele possa escolher (S4).

A sedação é definida conforme Girond e Waterkemper (2006) como sendo a indução da diminuição do nível de consciência em pacientes com sintomas severos, intratáveis pelo uso de medicações específicas, com vistas a controlar sintomas psicológicos ou de dor, os autores ainda referem à existência do termo sedação terminal utilizado para tornar o paciente inconsciente para certas situações de difícil controle.

É extremamente importante pesquisar e conhecer a amplitude de fatores que contribuem para a sensação da dor, juntamente com as suas repercussões na vida da pessoa e no meio social em que a mesma está inserida, Miceli (2002) acredita que atualmente a doença e a dor já não são mais consideradas isoladamente no momento do tratamento.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A morte traz consigo uma série de sentimentos, o medo do desconhecido juntamente com as concepções sobre a morte arraigadas em nossa sociedade são grandes dificuldades dentro do cuidado de forma geral.

A enfermagem possui sua origem relacionada ao cuidado e dentro da forma de cuidar se encontra a necessidade de confortar o paciente sob qualquer circunstância em que este se encontra, principalmente no caso de pacientes em que o foco do tratamento é justamente o cuidado como forma de conforto.

O estudo permitiu conhecer o que os futuros enfermeiros entendem sobre cuidados de conforto a paciente na terminalidade. Entre os aspectos importantes os informantes salientaram a presença do profissional enfermeiro como sendo fundamental.

Ficou claro que o atendimento de necessidades básicas de ordem física, emocional ou espiritual devem ser priorizadas, ou seja, o enfermeiro na visão dos sujeitos entrevistados deve proporcionar o que estiver ao seu alcance para satisfazer as vontades do paciente que se encontra ao final da vida, se empenhando em concretizar seus últimos pedidos como medidas de conforto para possibilitar uma harmonia nos campos físico, mental e espiritual, mas através dos depoimentos também se percebeu que muitas vezes os cuidados de conforto podem ser restritos ao cumprimento de rotinas e protocolos.

Os informantes também valorizaram conforto em relação às condições ambientais quer de ruídos, temperatura, iluminação e demais fatores relacionados.

Ficou evidente pelas informações que existem diferenças significativas no conceito de cuidados de conforto, observados por eles na prática acadêmica, em unidades de cuidados paliativos de terminalidade e a atenção prestada ao mesmo tipo de pacientes em unidades de internação onde não existe atenção específica para este nível de atendimento.

Os sentimentos e percepções dos sujeitos como futuros enfermeiros para proporcionar cuidados ao paciente em terminalidade também fez parte dos discursos e evidenciaram as dificuldades enfrentadas durante o período acadêmico. Percebemos a existência de contradições evidentes entre a teoria abordada na formação do profissional enfermeiro durante a graduação e a manutenção da sua

aplicabilidade na prática profissional, sendo acompanhada em muitos relatos por um aparente sentimento de impotência vivenciado na tentativa de proporcionar cuidados de conforto ao paciente na terminalidade.

Portanto, no estudo fica explícito que a impossibilidade de cura da doença não significa a impossibilidade de prestar cuidados e manter a relação entre o enfermeiro e o paciente, pelo contrário, significa que há muito a ser feito, os cuidados de conforto ao paciente terminal certamente resultarão em qualidade da assistência de saúde, bem como, respeito e qualidade de vida para o paciente nos seus últimos momentos.

7 RECOMENDAÇÕES

Em relação à formação dos futuros profissionais de enfermagem, sugerimos a necessidade de abordar de forma mais significativa os cuidados de conforto ao paciente na terminalidade, de incluir a temática tanatologia no currículo, realizar discussões ao invés de silenciar sobre o tema.

Permitir uma formação futura que possa proporcionar um cuidado cada vez mais abrangente, integral e humano em todas as etapas pelas quais o indivíduo passa durante a vida.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS: **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

Disponível em: <http://www.paliativo.org.br/dl.php?bid=57>. Acesso em: 05 abr. 2011.

ALBERTINI, Paulo et al. Reich e o movimento de higiene mental. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 393-401, maio/ago. 2007

ALVES, Erika Rodrigues. **Conforto como medida de higiene para o alívio da dor no pós-operatório**. 27 f. Tcc (Superior) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Ufrgs, Porto Alegre, 2008.

APÓSTOLO, João Luís Alves. O conforto nas teorias de enfermagem: análise do conceito e significados teóricos. **Referência**, São Paulo, v. 9, n. 2, p.61-67, 2009.

ARAUJO, Mônica Martins Trovo de; SILVA, Maria Julia Paes da. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.41, n.4, p.668-674, 14 jun. 2011.

ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL ESTUDO DA DOR (INCA) **Conceito de dor**.

Disponível em : [http://www.iasp-](http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Fact_Sheets3&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=12921)

[pain.org/AM/Template.cfm?Section=Fact_Sheets3&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=12921](http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Fact_Sheets3&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=12921). Acesso em: 20 mai 2011.

BETTINELLI, Luiz Antonio; WASKIEVICZ, Josemara; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. **O Mundo da Saude**, Sao Paulo, v. 2, n. 27, p.231-239, abr. 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23%284%29111.pdf>. Acesso em: 01 out. 2010.

BORDENAVE, J. E. D. **O que é comunicação**. 22ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1997.

BRANDEN, Nathaniel. **Auto estima**: como aprender a gostar de si mesmo. 22. ed. Canada: Saraiva, 2000. 144 p. Disponível em: <<http://www.visionvox.com.br/biblioteca/a/auto-estima-como-aprender-a-gostar-de-si-mesmo-nathaniel-branden.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2011.

BRASIL, **Cuidados Paliativos Oncológicos**: Controle da Dor. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

Disponível em: http://www.inca.gov.br/publicacoes/manual_dor.pdf. Acesso em: 06 abr. 2011.

BYRD, O. E. **Higiene**. 3ed. México: Panamericana, 1965

CAMPBELL, Margaret L. **Nurse to nurse** : cuidados paliativos em enfermagem. Porto. Alegre : AMGH, 2011. 294 p.

CONFORTO. In: **DICIONÁRIO da língua portuguesa**. Lisboa: Priberam Informática, 1998. Disponível em: <<http://www.priberam.pt/dlpo/default.aspx?pal=conforto>>. Acesso em: 29 dez. 2010.

Conselho Federal de Medicina. **Código de ética médico**. Cap V, artigo 41 parágrafo único. Acessado em 29 de dezembro de 2010 em: http://www.portalmédico.org.br/novocodigo/integra_5.asp

DU GAS, B.W. **Enfermagem Prática**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1986.

ELIAS, Norbert. **A solidão dos moribundos**: seguido de envelhecer e morrer. Rio de Janeiro : J. Zahar, 2001. 107p.

EMPATIA. In: **DICIONÁRIO da língua portuguesa**. Lisboa: Priberam Informática, 1998. Disponível em: <<http://www.priberam.pt/dlpo/default.aspx?pal=empatia>>. Acesso em: 03 jun. 2011.

FIGUEIREDO, N. M. A *et. al.* Cuidar em saúde: lugar da invenção de um novo paradigma científico. **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 51, n. 3, p. 447-56, 1998.

FONSECA, Ana; MIRA, Helena, GATO, Lara. Dar vida aos dias: uma conquista da família. **Revista Onco.news**. Lisboa, v.1, n. 3, p.17-25. 2008. Disponível em: http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3344:dar-vida-aos-dias-uma-conquista-da-familia&catid=180:. Acesso em 10 de jun de 2011.

FRANCISONE, C.. **Paciente terminal**. Disponível em: <www.google.com.br/search1hl=pt-source=hps=morte+tranquila+francisconefag=f>. Acesso em: 13 out. 2010.

FREITAS-MAGALHAES, Armindo. **A Psicologia do Sorriso Humano**. Lisboa: Edições Univ. Fernando Pessoa, 2003.

GEIB, Lorena Teresinha Consalter et al. Sono e envelhecimento. **Revista Psiquiatria**, Rs, v. 3, n. 25, p.453-465, 12 dez. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v25n3/19618.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2011.

GEOVANINI, Telma; JUNIOR, Alfeu Gomes de Oliveira. **Manual de Curativos**. 2. ed. São Paulo: Corpus, 2009.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIRONDE, Juliana Balbinot Reis, WATERKEMPER, Roberta. Sedação, eutanásia e o processo de morrer do paciente com câncer em cuidados paliativos: compreendendo conceitos e inter-relações. **Cogitare Enfermag**, v.11, n.3, p.258-263, set/dez 2006.

HENDERSON, V. **The nature of nursing**. New York: Mcmillan, 1966.

HORN, Sandra. **Técnicas modernas de relaxamento**. São Paulo: Cultrix, 1986.

Disponível em: <http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=ie70ne9d97sC&oi=fnd&pg=PA9&dq=higiene+como+relaxante&ots=uvDCmffExQ&sig=z1wQb9GG4U-KDX5kH_LXatltHmE#v=onepage&q&f=false>.

Acesso em: 01 jun. 2011.

KÜBLER-ROSS, Elizabeth. **Perguntas e respostas sobre a morte e o morrer**. São Paulo, Martins Fontes, 1979.

_____. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo, Martins Fontes, 1985.

LEITE, Telma Alves de Almeida Fernandes; STRONG, Maria Isabel. A influência da visão holística no processo de humanização hospitalar. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 203-214, abr. 2006.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986. 175 p.

MACHADO, Juliane de Abreu Campos; ROCHA, Jessé Ribeiro; SANTOS, Luana

Maria; PICCININ, Adriana. Terapia assistida por animais, **Revista Científica eletrônica de Medicina Veterinária**. São Paulo, v. 6, n. 1. Disponível em:<http://www.revista.inf.br/veterinaria10/revisao/edic-vi-n10>. Acesso em 10 jun 2008

MARTINS, P.H.. **Contra a desumanização da medicina**: crítica sociológica das práticas médicas modernas. Petrópolis: Vozes, 2003, 335 p.

MICELI, Ana Valéria Paranhos. Dor crônica e subjetividade em oncologia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.48, n.3, p.363-373. 2002. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v03/pdf/artigo5.pdf. Acesso em: 22 de jun. 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11° Ed. São Paulo: Editora: Hucitec, 2008, 407 p.

MOLINA, A. **Humanização da assistência a saúde**: bases teórico-filosóficas e sugestões pragmáticas. 2002. Disponível em: www.portalmedico.org.br/jornal/jornais2002/dezembro/pag_8.htm. Acesso em: 01 nov. 2010.

MORAES, T. M. Como cuidar de um doente em fase avançada de doença. **O mundo da saúde**, São Paulo, v.33, n.2, p.231-238, 2009.

MORSE, Janice M. On confort and comforting. **American Journal of Nursing**. V.100, n. 9, p. 34-38, Set. 2000.

MOURA, Pereira et al. O doente terminal: aspectos práticos. **Medicina Interna**, Coimbra, v. 2, n. 3, 1995. Disponível em: http://www.spmi.pt/revista/vol02/vol02_n3_1995_181-185.pdf. Acesso em: 14 jun. 2011.

MOURÃO, Carla Monique Lopes et al. Comunicação em enfermagem: uma revisão bibliográfica. **Revista da rede de enfermagem do nordeste**, Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 139-145, jul./set.2009. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol10n3_pdf/a17v10n3.pdf. Acesso em: 20 jun. 2011.

MUSSI, F.C. Conforto e lógica hospitalar: análise a partir da evolução histórica do conceito conforto em enfermagem. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo, v.18, n.1, p. 72-81, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n1/a10v18n1.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2011.

NARAYANAMASAMY, Aru. Palliative care and spirituality. **Indian J Palliative Care**, v. 13, n.2, p. 32-41, 2007. Disponível em: <http://translate.google.com.br/translate?hl=pt-BR&sl=en&u=http://www.jpalliativecare.com/article.asp%3Ffissn%3D0973-1075%3Byear%3D2007%3Bvolume%3D13%3Bissue%3D2%3Bpage%3D32%3Bepage%3D41%3Baulast%3DNarayanamy&ei=vQkCTq79K-m10AG42tSWDg&sa=X&oi=translate&ct=result&resnum=1&ved=0CCkQ7qEwAA&prev=/search%3Fq%3Dnarayanamy,%2Bpalliative%2Bcare%2Band%2Bspirituality%26hl%3Dpt-BR%26biw%3D1024%26bih%3D606%26prmd%3Divnsb>. Acesso em: 20 jun. 2011

NEVES-ARRUDA, E. N.; NUNES, A. M. P. Conforto em enfermagem: uma análise teórico-conceitual. **Texto e Contexto Enf.**, Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 93-110, mai/ago. 1998

NORONHA, D.C. et al. Implicações éticas na assistência de enfermagem ao paciente crítico. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 38, n. 4, p. 341-354, 1985.

OLIVEIRA, A. C.; SÁ, L.; SILVA, M. J. P. O posicionamento do enfermeiro frente a autonomia do paciente terminal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 3, p. 286-290, maio 2007. Disponível em: <<http://www.pdfdownload.org/pdf2html/pdf2html.php?url=http%3A%2F%2Fwww%2Escielo%2Ebr%2Fpdf%2Fleben%2Fv60n3%2Fa07%2Epdf&images=no>>. Acesso em: 17 nov. 2010.

OLIVEIRA, João Batista Alves de. Repensando espiritualidade diante da morte. **Pratica Hospitalar**, São Paulo, n. 59, p.183-185, 2008. Bimestral. Disponível em: <<http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2059/pdf/30.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2011.

PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza; MANCIA, Joel Rolim. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 6, n. 58, p.723-726, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n6/a18v58n6.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2011.

PARO, Daniela; PARO, Juliana; FERREIRA, Daise L.M. O enfermeiro e o cuidar em Oncologia pediátrica terminais. **Arquivos de Ciência da Saúde: São José do Rio Preto**, v.12, n.3, p.151-157, 2005

PEDROSO, Rene Antonio; CELICH, Kátia Lilian Sedrez. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.15, v.2, p. 270-276, 2006.

PERES, M. F. P. et al. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 1, n. 34, p. 82-87, 2007. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s1/pdf/82.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2010.

PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. **O mundo da Saúde**, São Paulo, v. 29, n. 4, out./dez. 2005.

PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos; MOTA, Dalete Delalibera Corrêa de Faria; CRUZ, Dina de Almeida Lopes Monteiro da. **Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia**. Barueri: Manole, 2006. 498 p.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 485 p.

POLES, Kátia; BOUSSO, Regina Szyllit. Morte digna da criança: análise de conceito. **Revista Escola de Enfermagem US**, São Paulo, v.43, n.1, p.215-222, 2009.

PY, Ligia. A não-ressuscitação, do ponto de vista dos pacientes, em uma Unidade de Cuidados Paliativos Oncológicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Brasília, v.53, n.2, p. 237-240, 2007.

REIRIZ et al, Cuidados paliativos: há benefícios na nutrição do paciente em fase terminal?. **Revista Sociedade Brasileira Clínica Médica**, São Paulo, v.6,n.4, p.150-155, 2008.

ROSA, A. F. et al. Percepções das Enfermeiras Frente aos Sentimentos de quem Vivencia o Processo de Morrer e Morte. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 5, n. 2, p. 204-211, mai./ago., 2006.

SANTANA, Julio Cesar Batista et al. Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem. **Centro Universitário**, São Camilo, v.3, n.1, p.77-86, 2009

SILVA, Denis Iaros Silva da. **Significados e práticas da espiritualidade para pacientes oncológicos adultos, enfermeiros e família no contexto de cuidados paliativos: uma revisão integrativa**. 41 f. TCC – Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Porto Alegre, 2010.

SILVA, Karen Shein; KRUSE, Maria Henriqueta Luce. As sementes dos cuidados paliativos: ordem do discurso de enfermeiras. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.30, n. 2, p.183-189, jun 2009.

SILVA, Ronaldo Correa Ferreira da; HORTALE, Virginia Alonso. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2055-2066, out. 2006.

SMELTZER, S.C. et al. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

STEFFANELLI, Maguida Costa; CARVALHO, Emilia Campos de. **A comunicação nos diferentes contextos de enfermagem**. São Paulo : Manole, 2005. 159 p.

VISCOTT, David. **A linguagem dos sentimentos**. 18. ed. São Paulo: Summus, 1982. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=XicUuEzWuQkC&oi=fnd&pg=PA11&dq=sentimentos&ots=lr3cgtfV8-&sig=GkA2wqo9CI7wfR_3tXWuxXbji30#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 02 jun. 2011.

WATSON, J. **Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem.** Lisboa: Lusociência, 2002.

WENZL, C. The role of the nurse haplain: a personal reflection. **Palliative nursing,** Nova York: Oxford; p. 425-32, 2001.

KOVACS, Maria Julia. **Bioética nas questões da vida e da morte.** Instituto de Psicologia da USP, v.14, n. 2, p. 115-167, 2003. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v14n2/a08v14n2.pdf> >. Acesso em: 20 jun. 2011

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO Definition of Palliative Care.** Disponível em: www.who.int/cancer/palliative/definition/en. Genebra: World Health Organization, 2009. Acesso em: 01 jun. 2011.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****Titulo do estudo: Cuidados de conforto ao paciente na terminalidade**

Pesquisadora: acadêmica de Enfermagem Barbara Garnize

Orientadora: professora Vera Portella

Sr(a) Participante:

Com este projeto de pesquisa pretende-se conhecer o que os enfermeiros entendem por conforto a paciente na terminalidade. Para tanto estamos lhe convidando a participar, pois contamos com a sua colaboração para responder algumas perguntas, que serão gravadas em áudio. Esclarecemos que depois de transcritas as fitas serão inutilizadas.

A sua participação é livre, e sua desistência de fazer parte do estudo será respeitada em qualquer uma das etapas do processo, a retirada do consentimento bem como as informações obtidas por meio das entrevistas não terão nenhum tipo de implicação legal ou trabalhista que possa trazer prejuízo na sua atuação profissional junto a Instituição que será realizado o estudo. Asseguramos que a sua privacidade será preservada, portanto, não haverá associações nominais com o teor das informações que irão compor o relatório da pesquisa e neste somente constarão informações devidamente validadas por você. Além disso, todas as informações obtidas serão utilizadas somente para fins científicos e de acordo com os objetivos deste projeto sendo que após a análise e transcrição do material, as gravações serão destruídas, e este material guardado em um local seguro pela pesquisadora, sob total responsabilidade da mesma, após cinco anos da divulgação dos dados em meio científico os mesmos serão destruídos.

Colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos que forem necessários, por isso no final desta folha constam as formas de contatos. O Relatório final será disponibilizado ao serviço ao final do estudo.

Telefones para contato: (51) 9345 38 00 – Bárbara Garnize

(51) 3336 35 23 – Vera Portella

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Porto Alegre, ____ de _____ de 2011

APÊNDICE B – Instrumento de coleta

Perguntas norteadoras da entrevista

1. O que você considera como cuidados de conforto?
2. O que você considera por cuidados de conforto em paciente na terminalidade?

ANEXO A – Carta de Aprovação da COMPESQ

COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

CARTA DE APROVAÇÃO

TCC GRAD.: 03/2011
Mês: 04/2011

Pesquisadores: Bárbara Cristiane Garnizé e Profa. Vera Catarina Portella

Título Final:
CUIDADOS DE CONFORTO A PACIENTES NA TERMINALIDADE

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos metodológicos. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 28 de abril de 2011.



Profª Dra. Eliane Pinheiro de Moraes
Coordenadora da COMPESQ

Eliane Pinheiro de Moraes
Coordenadora Compesq
EEnt - UFRGS

ANEXO B – Carta de Aprovação do Comitê de Ética da UFRGS

Projeto Nº: 20516

Título: CUIDADOS DE CONFORTO A PACIENTES NA TERMINALIDADE

COMITE DE ETICA EM PESQUISA DA UFRGS:

Parecer UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

PRO-REITORIA DE PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.

Trata-se do projeto de pesquisa e trabalho de conclusão de Curso intitulado: CUIDADOS DE CONFORTO A PACIENTES NA TERMINALIDADE, apresentado pela acadêmica Bárbara Cristiane Garnize, do curso de Enfermagem da UFRGS, sob a orientação da professora Vera Portella.

A presente proposta tem como objetivo “conhecer o que os acadêmicos de enfermagem entendem por cuidados de conforto a paciente na terminalidade”.

No referencial teórico são abordados como conceitos-chave: conforto, cuidado holístico, cuidados paliativos na terminalidade.

Metodologicamente, “trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa”, a ser realizado na Escola de Enfermagem da UFRGS com os acadêmicos do Curso de Enfermagem do nono semestre. Segundo a autora: “O critério de inclusão do acadêmico será: estar ativo no curso e o critério de exclusão será: estar afastado do curso por licença”. O processo de seleção dos participantes da pesquisa será feito através de contato prévio com os sujeitos quando será realizado o convite para participar da pesquisa, esclarecendo sua natureza e demais aspectos do termo de consentimento. A entrevista será realizada com aqueles que aceitarem participar. O número de informantes poderá ser aumentado até que ocorra a saturação das respostas, afirmando-se, em outras palavras, ser este o critério para estimar a representatividade da amostra.

A coleta de informações se dará através de entrevista semi-estruturada, com duas questões norteadoras (constantes no instrumento de coleta): a. O que você considera como cuidados de conforto? b. O que você considera por cuidados de conforto em paciente na terminalidade?; em horário combinado com o sujeito, em local reservado e com duração aproximada de 30 minutos, após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. As respostas (ou as entrevistas?) serão gravadas e após o material será transcrito e analisado.

Os dados serão organizados e categorizados para análise de conteúdo, estabelecendo conexões e relações que possibilitem a proposição de novas explicações e interpretações. No dizer da autora, este estudo leva em consideração aspectos éticos que:

- a. asseguram a autenticidade das informações dos participantes da pesquisa;
- b. convidam os informantes a assinar em duas cópias o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido onde serão informados dos objetivos, justificativas do estudo, do anonimato de sua participação.
- c. Informam devidamente aos pesquisados que os dados coletados serão gravados transcritos e analisados, sendo utilizados especificamente para este estudo e que terão a liberdade de se retirar do estudo a qualquer momento, sem sofrer qualquer prejuízo em sua avaliação acadêmica.
- d. após a transcrição do material, as gravações serão destruídas, sendo esse material transcrito guardado em um local seguro pela pesquisadora, sob total responsabilidade da mesma.
- e. Após cinco anos os mesmos serão destruídos.
- f. Entende-se que a relevância do estudo será conhecer melhor o que os acadêmicos(futuros enfermeiros) percebem sobre conforto em cuidados paliativos a pacientes na terminalidade para que sejam realizadas reflexões sobre tais cuidados.

Quanto ao termo de consentimento livre e esclarecido para os participantes, este segue as indicações dadas por este comitê de ética em Pesquisa.

Finalmente, o projeto de pesquisa prevê um cronograma de execução para o período de julho de 2010 a setembro de 2011, devendo acontecer a coleta a partir do mês de julho de 2011. O orçamento que se apresenta prevê um investimento de R\$ 154,00.

Não consta no processo parecer consubstanciado da COMPESQ-ENF, apenas o indicativo pela expressão “Aprovado com sugestões metodológicas”. de que algumas considerações foram feitas por essa compesq.

Conclusão:

Face ao exposto somos de parecer favorável à aprovação do projeto CUIDADOS DE CONFORTO A PACIENTES NA TERMINALIDADE, sob a coordenação da Professora Vera Portela, da Escola de enfermagem da UFRGS, recomendando que para outros efeitos (redação final do TCC, publicação dos resultados) o título seja revisto.

Sala das sessões, 12 de maio de 2011