

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

JENNIFER RIBEIRO DA SILVA

**ENFRENTAMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM À MORTE DE PACIENTES  
EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Porto Alegre

2019

JENNIFER RIBEIRO DA SILVA

**ENFRENTAMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM À MORTE DE PACIENTES  
EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Trabalho de Conclusão do Curso realizado como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem – Trabalho de Conclusão de Curso II, do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Deise Lisboa Riquinho

Porto Alegre

2019

## **AGRADECIMENTOS**

É sempre bom saber que não estamos sós. Que podemos confiar em pessoas que nos acolhem e nos apoiam.

Um agradecimento especial aos meus pais (Mário e Lindalva), que não mediram esforços para que eu realizasse esse sonho, que me apoiaram na mudança de Estado e de Universidade, que abraçaram a ideia de ficarmos longe pelos meus estudos.

Aos meus irmãos (Mário Júnior e Jéssica) por sempre estarem presentes e me apoiarem nessa loucura. Agradeço em especial minha irmã e meu cunhado (Jéssica e Arthur) por me acolherem em seu lar e por terem estado por mim no momento mais decisivo e importante da minha vida.

Ao meu amigo (Lucas) que apesar da distância sempre esteve presente. A minha amiga (Alexandra) que esteve comigo nessa jornada desde o primeiro dia de aula, que esteve comigo nos momentos mais difíceis e desafiadores da graduação e superamos juntas todas as dificuldades. A minha amiga (Gabriele) que sempre deu os conselhos certos, apesar de eu não seguir todos, nunca desistiu da nossa amizade.

Ao meu namorado (Matheus) que foi um super companheiro, me apoiou, me ajudou e entendeu que esse período final não estava sendo fácil, obrigada pelas palavras motivacionais e por me dar alegria quando eu pensava em jogar tudo para o alto.

À minha orientadora (Deise) que abraçou a ideia e me aconselhou, ajudou e apoiou nesse processo do TCC.

## RESUMO

Os cuidados paliativos promovem a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, os quais enfrentam a morte. A enfermagem é a equipe que presta assistência 24 horas ao paciente e a morte para esses profissionais é incompreendida ou vista como um fracasso, apesar de saberem que ela é inevitável. Esse estudo teve como objetivo compreender como a equipe de enfermagem enfrenta a morte de pacientes em cuidados paliativos, em um hospital Universitário do Sul do Brasil. Trata-se de um estudo tipo qualitativo exploratório. Os participantes do estudo foram 15 profissionais de saúde, sendo eles enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem com no mínimo de seis meses de atuação na área de cuidados paliativos. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada. Os dados coletados foram submetidos à análise de conteúdo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) CAAE nº 2019/0083. Os resultados obtidos resultaram em duas categorias e duas subcategorias, sendo elas: cuidado paliativo e morte; enfrentamento como estratégia nos cuidados paliativos, a qual deu origem a duas subcategorias, como os profissionais percebem o enfrentamento de pacientes e familiares e o apoio institucional. Para os participantes, cuidados paliativos estão relacionados com a qualidade de vida e o conforto do paciente e de seu familiar, à partir da assistência multiprofissional, com um olhar atento e respeitando o paciente e sua família. A morte foi considerada como parte do ciclo vital, um processo natural pelo qual todos passarão. Aspectos relacionados a crença, como religião e espiritualidade, foram mencionados como dispositivos de apoio, capazes de tornar o processo de morrer menos doloroso. O enfrentamento foi apresentado a partir de três perspectivas, o primeiro remete a como eles enfrentavam a morte dos pacientes em cuidados paliativo, o segundo a percepção dos profissionais em relação a vivência do paciente e da família e o terceiro a questão do apoio institucional. Acredita-se na criação de um espaço de escuta e acolhimento como promotor de saúde entre os profissionais e qualificação da assistência.

Descritores: Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida; Equipe de Enfermagem; Morte

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>6</b>
<b>2 OBJETIVO</b> .....	<b>10</b>
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>11</b>
3.1 CUIDADOS PALIATIVOS.....	11
3.2 EQUIPE DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS E O ENFRENTAMENTO DA MORTE .....	14
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>18</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO .....	18
4.2 CAMPO DE ESTUDO .....	18
4.3 PARTICIPANTES.....	19
4.4 COLETA DOS DADOS.....	19
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	20
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	20
<b>5 RESULTADOS</b> .....	<b>22</b>
5.1 CUIDADO PALIATIVO E A MORTE: “É O APAGAR DAS LUZES INEVITÁVEL E MUITO COMPLEXO” .....	23
5.2 ENFRENTAMENTO COMO ESTRATÉGIA NOS CUIDADOS PALIATIVOS: “EU ME SINTO SOLIDÁRIA A DOR DO OUTRO, MAS EU NÃO SOFRO” .....	29
5.2.1 COMO OS PROFISSIONAIS PERCEBEM O ENFRENTAMENTO DE PACIENTES E FAMILIARES: “CONVERSO MUITO COM A FAMÍLIA, TENTO ENTENDER A ORGANIZAÇÃO FAMILIAR” .....	32
5.2.2 APOIO INSTITUCIONAL: “A GENTE TINHA QUE CUIDAR MAIS DOS BASTIDORES, DO CUIDADO COM A EQUIPE” .....	35
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>38</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>40</b>
<b>APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA</b> .....	<b>47</b>
<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO REFERENTE AO ROTEIRO DE ENTREVISTA</b> .....	<b>48</b>
<b>ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP DO HCPA</b> .....	<b>50</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos promovem a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, os quais enfrentam a morte. A vida e o processo de morrer são acontecimentos que não se planeja apressar, nem adiar. E uma equipe multidisciplinar é necessária para realizar o aconselhamento e o luto, e também, identificar precocemente, avaliar e tratar a dor, reconhecer os problemas físicos, psíquicos e espirituais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

No cuidado paliativo não se trata da cura, mas fala-se de possibilidade ou não de um tratamento que mudará o curso da doença. É indicado desde o diagnóstico para que o atendimento seja completo, incluindo também a espiritualidade nos cuidados (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009).

No Brasil o cuidado paliativo teve sua origem documentada em 1983 em Porto Alegre com a criação dos Serviços de Cuidados Paliativos pela Profa. Dra. Miriam Marteleite no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (FIGUEIREDO, 2011). Três anos mais tarde em 1986 o Instituto Nacional do Câncer (INCA) junto com Hospital do Câncer iniciou o atendimento para pacientes em cuidados paliativos (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2018). Somente no ano de 2002 tem-se o marco regulatório, em que o Ministério da Saúde publica a Portaria nº 19 de 3 de janeiro de 2002 que institui o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos no âmbito do SUS, com o objetivo de trazer melhor qualidade de vida e assistência aos pacientes que vivem com dor e em cuidados paliativos (BRASIL, 2002). No ano de 2018 foi aprovada na 8ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) a Política Nacional de Cuidados Paliativos para o SUS, na forma de Resolução da CIT (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2018).

A morte é uma questão complexa e polêmica, mas que em algum momento da vida todos, cedo ou tarde, enfrentarão. Para os profissionais de saúde a morte daqueles de quem cuidam geram frustração, sensação de derrota e de incapacidade (OGUISSO; SCHMIDT, 2017). Embora a morte faça parte do cotidiano dos profissionais de saúde, ela continua sendo incompreendida, em razão de ser algo que muitas vezes não é aceito, ainda mais para os profissionais de saúde que prezam pela vida de seus pacientes (LIMA; SILVA, 2014).

Segundo Sanches e Carvalho (2009) e Scarton et al (2013) a enfermagem entende a morte como o fracasso frente a um dos preceitos de importante valor da profissão que é prestar de forma integral a assistência preservando a vida. Apesar de se esperar o êxito no cuidado, no momento em que acontece a morte do paciente a sensação é de incapacidade e culpa (BERALDO; ALMEIDA; BOCCHI, 2015). Assim a morte é capaz de fazer com que os aspectos do emocional dos profissionais de saúde seja afetado, sendo ao mesmo tempo, o primeiro mecanismo desses profissionais a resistência, caracterizada pelo afastamento e a negação da morte do paciente (ROSEMBARQUE; SILVA, 2017).

Ninguém espera ter que presenciar a morte do paciente, mesmo sabendo que é algo que todos um dia enfrentarão, pois a morte é a única certeza que se tem na vida. “Não somos ensinados a enfrentar a morte”, apenas sabe-se que ela existe e pode acontecer com qualquer pessoa. Presenciar os últimos momentos do paciente que se está cuidando é sofrido, mesmo sabendo que não há nada a ser feito para que seu quadro seja revertido.

O processo de morte é explicado por Elisabeth Kübler-Ross (1996) em cinco estágios: 1º estágio é a negação e isolamento, em que a pessoa não aceita que a morte está próxima e procura desculpas e se isola para que não tenha que ouvir ou saber sobre sua situação; 2º estágio é a raiva, em que se questiona “Por que eu?” e todos viram alvo dessa raiva; 3º estágio é a barganha em que se tenta algum tipo de acordo que adie o desfecho final; 4º estágio é a depressão, quando não se pode mais negar a condição em que se encontra e a pessoa se dá conta de como a sua família e outras questões como a financeira estão sendo prejudicadas e o 5º estágio, a aceitação, considerado o estágio com maior desgaste físico, em que a pessoa sentirá a necessidade de externar seus sentimentos e precisará de pessoas qualificadas para essa escuta.

Apesar da morte ser difícil de enfrentar e lidar é importante que a equipe que trabalha com cuidados paliativos tente compreendê-la pois dá ao paciente e sua família dignidade e o alívio de sofrimentos (ARRIEIRA et al., 2016). A equipe de enfermagem quando atua com pacientes em cuidados paliativos presta assistência e o cuidar de forma integral. E o cuidar integral significa atendimento às necessidades básicas humanas, sendo uma atitude acolhedora e empática da enfermagem (SILVEIRA et al., 2016). Nos cuidados paliativos além de todos os cuidados que uma equipe de enfermagem realiza, há também a exposição ao sofrimento dos

pacientes e familiares, e com isso a impotência passa a ser um sentimento que esses profissionais reconhecem ao longo do cuidar, pois sabem que não há cura dos pacientes no paliativo e sim alívio de sofrimento e dor. (MORAIS et al., 2018).

Enfrentamento é uma ação regulada pelo indivíduo de acordo com o que sente, para tornar menos nocivo algo que é estressante, como por exemplo, a morte (CRAVINHO; CUNHA, 2015). A morte no ambiente hospitalar relaciona-se com a rotina da equipe de enfermagem que está em contato direto com os pacientes e seus familiares acompanhando a sua condição de saúde (ARAÚJO; BELÉM, 2010). O enfrentamento da morte pela equipe de enfermagem torna necessária a reflexão do saber lidar com a finitude, com a perda, com os temores e inseguranças que fazem parte da atuação frente ao fim da vida e que são tão importantes quanto o conhecimento técnico científico para o exercício profissional (MARQUES et al., 2013). Ao cuidar de pacientes no fim da vida a equipe de enfermagem tem no seu cotidiano a resiliência como forma de tornar a morte menos difícil de enfrentar.

Como estagiária do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) tive contato com pacientes em cuidados paliativos em unidades clínicas. Participei de *rounds* multidisciplinares em que se discutiam as condições de saúde e a possível alta desses pacientes. Em uma dessas reuniões foi discutido o caso de uma paciente de 18 anos que desde seu nascimento tinha problemas de saúde e vinha internando no hospital, ela já não estava respondendo aos tratamentos oferecidos e a equipe médica decidiu pela alta, para que aliviasse seu sofrimento e que passasse seus últimos momentos de vida com seus familiares. Ao escutar do médico responsável que não havia mais nada a se fazer em relação a sua condição de saúde, a primeira impressão que tive foi de tristeza e logo me perguntei se a equipe de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionistas e a assistência social também sentiam o mesmo.

Com isso, a motivação para esse estudo surgiu a partir de um questionamento sobre como a equipe de enfermagem enfrenta a morte de pacientes em cuidados paliativos. E sabendo que o HCPA tem uma unidade adulta específica para cuidados paliativos, vi a oportunidade de aprofundar a temática com a equipe de enfermagem dessa unidade. Pois convivem diariamente com pacientes no fim da vida e esses profissionais têm uma bagagem de conhecimento que pode tornar esse estudo enriquecedor tanto para a pesquisadora quanto para a própria equipe de

enfermagem contribuindo para o enfrentamento da morte dos pacientes em cuidados paliativos.

A partir da contextualização apresentada surgiu a seguinte questão norteadora: Como a equipe de enfermagem enfrenta a morte de pacientes em cuidados paliativos?

## **2 OBJETIVO**

Compreender o entendimento e como a equipe de enfermagem enfrenta a morte dos pacientes em cuidados paliativos em uma unidade de cuidados paliativos de um hospital Universitário, no Sul do Brasil.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

Neste tópico será abordada a fundamentação teórica que servirá de embasamento para o estudo.

#### 3.1 CUIDADOS PALIATIVOS

Em 1960 os cuidados paliativos surgiram oficialmente no mundo através da enfermeira, também médica e assistente social Dame Cicely Saunders que dedicou sua vida para aliviar o sofrimento humano. A dedicação de Dame Cicely Saunders aos cuidados paliativos incluiu a assistência, o ensino e a pesquisa nessa área. E então, em 1967, Saunders criou o St. Christophers Hospice, em Londres sendo este o primeiro a oferecer cuidado integral ao paciente, desde o controle de sintomas, alívio da dor e do sofrimento psicológico (GOMES; OTHERO, 2016). A Organização Mundial da Saúde (OMS) junto com seu Comitê de Câncer, em 1982, criou políticas de alívio da dor e cuidados do tipo *Hospice* para pacientes com câncer que foram recomendados para todos os países, e, com dificuldades de traduzir a palavra *Hospice* para algumas línguas, a OMS passou a utilizar o termo Cuidados Paliativos (MACIEL, 2008).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2011), cuidado paliativo é uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes e suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. Proporcionando identificação precocemente e tratamento da dor e outros problemas psicossociais e emocionais. O cuidado paliativo consiste em uma modalidade de atenção à saúde que vem ao encontro de um grande número de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, e o cuidado paliativo é fundamental para minimizar o sofrimento causado por essas doenças (LIMA, 2011).

No planejamento para a estruturação de um serviço de Cuidados Paliativos é importante saber seus objetivos e necessidades com o serviço. Os possíveis objetivos seriam uma resolução ágil de uma intercorrência, cuidados pertinentes à fase final da vida, o cuidado prolongado, reabilitação de pacientes gravemente

incapacitados e cuidados a doentes com falência funcional avançada. E as necessidades seriam conhecer os diagnósticos mais frequentes, as principais necessidades dos pacientes e familiares. Os cuidados paliativos precisam estar integrados e bem articulados com a cadeia de serviços de saúde que fazem parte da atenção global ao paciente, que seriam assistência domiciliar, assistência ambulatorial e assistência hospitalar (DOYLE, 2009).

No documento da OMS chamado *Palliative Care for Older People: Better Practices* fala-se em proporcionar os cuidados paliativos como uma atenção integral à saúde a todas as doenças crônicas, olhando com atenção para os idosos, e a educação das equipes de saúde e da população em geral sobre os princípios e benefícios dos cuidados paliativos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

De acordo com Wright et al. (2008), 115 países mantêm um ou mais serviços de cuidados paliativos e que 60%, de 56 milhões de pessoas que morrem por ano, tem se beneficiado dessa assistência. E apesar da ampliação desse modelo de cuidado pelo mundo, 20 milhões de pessoas morrem sem acesso aos cuidados paliativos. Saber que muitas pessoas ainda não receberam assistência adequada durante seu processo de morte, faz pensar na necessidade de aumentar a cobertura de assistência dos cuidados paliativos e, também de produções científicas para que se tenha melhores práticas desse modelo de cuidado (LIMA, 2011).

No Brasil a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, estabelecida na Portaria nº 874/2013 diz que os cuidados paliativos estão inseridos em todos os níveis de atenção na área da saúde, sendo elas atenção básica de saúde, na média complexidade e alta complexidade (BRASIL, 2013). Apesar dessa metodologia mesmo fundamentada em bases legais, outras medidas precisam ser implementadas como, uma política específica na rede de assistência à saúde que consiga implementar a organização dos cuidados paliativos nos três níveis de complexidade, e também maiores discussões e formação de profissionais na área de cuidados paliativos (MENDES; VASCONCELOS, 2015).

Os cuidados paliativos devem ser empregados assim que o paciente for diagnosticado com uma doença sem possibilidade de cura, podendo ou não estar em fase terminal (BARROS et al., 2013). A expectativa de vida da população está aumentando e com isso o comprometimento das funções orgânicas e o aparecimento das doenças crônicas não transmissíveis e de doenças que incapacitam a população, e conseqüentemente o aumento da procura pelos

cuidados paliativos (FARIA et al., 2015). Os idosos são os que mais se beneficiam com a assistência paliativista, tendo em vista o aumento do número de doenças neurológicas e crônicas não transmissíveis nessa faixa etária (LUIZ et al., 2018).

Segundo um estudo realizado por Marcucci et al. (2018) pacientes com doenças neurológicas como as doenças cerebrovasculares e as síndromes demenciais também necessitam de cuidados paliativos, mostrando que não só as doenças oncológicas se utilizam dos cuidados paliativos para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

Em 2011 aproximadamente 30 milhões de pessoas morreram por doenças que demandam cuidados paliativos, sendo 69% dos indivíduos com idade acima de 60 anos e 25% entre 15 e 59 anos de idade, mostrando a grande importância dos cuidados paliativos como uma necessidade de saúde pública (MALANI; VIDEIRA, 2016). De acordo com Thienprayoon e Leblanc (2015) quanto mais cedo for a recomendação de cuidados paliativos para o paciente, melhor será sua qualidade de vida, a melhora do humor e diminuição dos sintomas da doença.

Para a pessoa que sofre com alguma doença onde não há mais expectativas de cura e que a promoção da qualidade de vida através dos cuidados paliativos é a opção, o suporte familiar é importante, pois é na família onde o apoio social e emocional se encontram. Também encontram na religião/espiritualidade um amparo onde é proporcionado esperança, fé na cura da doença e retorno à saúde (MENEQUIN; MATOS; FERREIRA, 2018). A espiritualidade nos cuidados paliativos é um recurso que ajuda a lidar com a terminalidade sem angústia e reduzindo o sofrimento e a dor provocados pela doença incurável (EVANGELISTA et al., 2016). Os cuidados paliativos ajudam também o próprio paciente e seu familiar a tomar decisões complexas referentes a sua condição de saúde (XU et al., 2018).

É importante a valorização do cuidado paliativo para pacientes na terminalidade da vida, tendo a comunicação do paciente com a equipe, fundamental para o sucesso das medidas implementadas pela assistência paliativista. Através dessa comunicação o paciente pode se expressar, manifestar seus anseios e angústias (ANDRADE; COSTA; LOPES, 2013).

O cuidado paliativo, visto como um modo de cuidado e não como uma forma de cura, acaba reafirmando a vida e tornando a morte uma realidade que é vivenciada com os familiares e com os pacientes que estão chegando ao fim da vida (SONG; HEART, 2017). Para o profissional que atua nos cuidados paliativos doença

em progressão é um conceito que entra no lugar de saúde, e que a cura passa a dar espaço a busca pela qualidade de vida (SILVA et al., 2015).

É fundamental que a equipe nos cuidados paliativos seja multidisciplinar, com profissionais de diferentes áreas da saúde que tenham visões diferentes de acordo com sua área de atuação, para que o cuidado com o paciente seja de maneira integral e adequada. Também, a tomada de decisões deve ser compartilhada entre esses profissionais, fazendo com que seja priorizado o paciente e não a sua doença considerando os desejos, necessidades, questões físicas, psicológicas, espirituais e a família do paciente (PAULA et al., 2018).

### 3.2 EQUIPE DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS E O ENFRENTAMENTO DA MORTE

A enfermagem é uma das profissões com o maior número de trabalhadores na área da saúde e a equipe de enfermagem que presta assistência a pacientes em cuidados paliativos é a que mais vivencia a realidade desses pacientes, sendo os responsáveis pela promoção da qualidade de vida, bem estar e conforto de cada paciente e familiar (MORAIS et al., 2018). Quando o paciente está na fase de fim de vida é importante ter conhecimento sobre os sintomas presentes nessa fase, pois o emocional e o espiritual são os mais afetados nesse processo, sendo assim a promoção da qualidade de vida prioridade na prestação da assistência pela equipe de enfermagem que trabalha nos cuidados paliativos (FARESIN; PORTELLA, 2009).

Os profissionais de enfermagem, nos cuidados paliativos, consideram a pessoa na sua dimensão biopsicossocial e espiritual, não se concentrando em apenas fazer os procedimentos técnicos (HERMES; LAMARCA, 2013). A comunicação interpessoal entre o paciente, familiar e equipe de enfermagem é essencial e desenvolve confiança, fazendo-se conhecer as dificuldades, medos, anseios, expectativas e conhecimento sobre a doença do paciente (ALCANTARA et al., 2018). A responsabilidade da equipe de enfermagem é grande no cuidado a pacientes em cuidados paliativos, e por isso a importância em estimular a equipe a oferecer a assistência de forma humanizada, de qualidade e sensível às limitações e sofrimento do paciente e seu familiar (MORAIS et al., 2018).

Segundo Alcantara et al. (2018) para a enfermagem a carga de trabalho e a intensidade da assistência ao paciente em cuidados paliativos, pode comprometer o seu autocontrole e gerando cansaço, sofrimento e exaustão emocional, fazendo-se útil um suporte emocional maior a esses profissionais.

A morte ao longo dos anos está passando por transformações de como é encarada e enfrentada. Na Idade Média, a morte era algo natural em que a pessoa doente tinha que cumprir um tipo de ritual, se arrependia dos seus pecados, deixava seus bens e então esperava a morte sem dramas, e atualmente a morte é vista como um tabu, onde ninguém gostaria de passar ou enfrentar (SANTOS; BUENO, 2011). E a morte passa a ser negada com veemência, sendo compreendida como um fracasso para a ciência e para o homem (ARIES, 2011).

Segundo Júnior et al. (2011) a morte é vista como uma passagem para outro plano e a finitude da vida. Em que a passagem é forma de representar uma crença e convicção espiritual, e a finitude pode vir acompanhada da tristeza e revolta, já que a morte pode ser vista como fora de hora.

O trabalho da equipe de enfermagem acaba se tornando mecânico e automático, em áreas onde a morte é frequente, o que se entende como uma organização de trabalho com particularidades funcionalistas. E na produção do trabalho a técnica, as tecnologias, a divisão de tarefas, restrição a normas e técnicas já estabelecidas são predominantes. Dessa maneira a forma de organização do cuidado dificulta o manifestar de alguns sentimentos, fazendo com que a equipe torne-se por vezes indiferente ao sofrimento alheio, para suprir o seu próprio, e com isso acabam banalizando ou ignorando a morte, e identificam no oferecimento de apoio emocional fonte de adoecimento e focam suas ações na parte técnica do serviço (DELL'ACQUA et al., 2013).

Como a enfermagem está mais presente na prestação do cuidado, tendo contato direto e acompanhando a evolução da doença, vivencia a morte de seus pacientes e o sofrimento dos familiares com maior intensidade (ARAÚJO; BELÉM, 2010). A morte dos pacientes em cuidados paliativos muitas vezes é um desafio para a enfermagem e pode gerar sentimento de tristeza, frustração e estresse, pois o intuito da enfermagem é de salvar a vida evitando a morte (RODRIGUES; ZAGO, 2012; ROCKEMBACH; CASARIN; SIQUEIRA, 2010).

O processo de morte afeta a vida da equipe de enfermagem, e cada um deles tem uma maneira de buscar compreender a morte e continuar cuidando do paciente.

Buscam através das suas experiências profissionais prévias e das crenças pessoais enfrentar a morte dos pacientes e mesmo assim, como mecanismo de defesa tentam omitir a morte no cotidiano (SOUZA; CONCEIÇÃO, 2018). Outro fator a ser considerado na dificuldade em aceitar a morte por parte da enfermagem, pode estar ligado a falta de discussões sobre o assunto durante a formação acadêmica (OLIVEIRA et al., 2016).

A morte e a fase terminal do paciente podem levar a uma corrente de sentimentos que podem ser fortemente dolorosos à equipe de enfermagem, impactando a equipe emocionalmente. E apesar de alguns profissionais terem anos de experiência, o processo da morte de seus pacientes não diminui o impacto psicossocial podendo aumentá-lo (VEGA; CIBANAL, 2016).

O enfrentamento é explicado como uma forma de administrar os sentimentos internos e/ou externos que podem ser um obstáculo ou um fardo a ser carregado, e os métodos de enfrentamento funcionam como uma rede de respostas comportamentais de uma pessoa frente a uma situação de estresse como uma forma de adaptação à situação, que no caso da equipe de enfermagem que atua nos cuidados paliativos, a morte (LAGES et al., 2011). Como uma forma de enfrentar a morte nos cuidados paliativos, a equipe de enfermagem busca apoio na religião e no ambiente familiar, de onde conseguem tirar forças para realizar o seu trabalho, prestando a assistência aos seus pacientes e familiares (SANTOS et al., 2016).

O enfrentamento da morte é uma situação de extrema delicadeza e que necessita ser tratada com cautela e sensibilidade. A morte traz para a equipe de enfermagem a sensação de impotência, incompetência, medo e insegurança pois a equipe preza pela vida. É importante que a equipe de enfermagem tenha uma rede de suporte que ajude esses profissionais a atuarem de forma efetiva nas situações de dor e terminalidade da vida (MARQUES et al., 2013).

Como forma de enfrentamento a enfermagem se apoia nos membros de sua própria equipe que já vivenciaram a morte de seus pacientes, através de diálogos e compartilhamento de sentimentos possibilitando suporte psicoemocional. Por meio dessa troca de experiências o conforto e o amparo são percebidos e partilhando esses conhecimentos sobre o assunto, aceitar o processo de morte e morrer se torna mais fácil (SALUM et al., 2017).

Em locais de trabalho onde o sofrimento está sempre presente, a união da equipe é importante, pois todas as angústias e ansiedades podem ser

compartilhadas e acolhidas. Assim, os vínculos entre a equipe são fortalecidos e entendidos como uma forma de se preocupar com o outro (KOVACS, 2007). Ao conviver diariamente com situações de morte, a enfermagem não está isenta de expressar os sentimentos de angústias e sofrimentos, fazendo-se indispensável compreender essas vivências para entender o significado desse convívio para esses profissionais (SOUZA et al., 2013). Compreender essas vivências vai além da vontade de melhorar a assistência de enfermagem, significa ouvir a voz a desses profissionais que muitas vezes se calam diante da angústia da dor do outro. Ao falar sobre essas experiências, a enfermagem se torna reflexiva sendo o processo assistencial favorecido pelo aperfeiçoamento do profissional quanto sujeito que tem sentimentos e que precisa expressá-lo (BASTOS; QUINTANA; CARNEVALE, 2018).

Ao interpretar a morte como um desfecho para aliviar o sofrimento, a enfermagem consegue enfrentar a morte, como uma forma terapêutica para o paciente, a família e para a própria equipe de enfermagem. Além disso, a equipe de enfermagem para enfrentar o fim da vida de seus pacientes, se apoia nos seus preceitos morais, éticos e religiosos. Aceitar a morte é uma visão que a enfermagem tenta possuir, pois essa profissão enfatiza a empatia, o acolhimento e o cuidado humanizado (BERALDO; ALMEIDA; BOCCHI, 2015).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo do tipo qualitativo exploratório. De acordo com Gil (2017) os estudos exploratórios têm como objetivo trazer familiaridade ao problema estudado levantando hipóteses ou torná-lo explícito. Para Minayo (2014) os estudos qualitativos se ocupam das crenças, representações, percepções e opiniões de como as pessoas veem e interpretam a forma de viver, como se sentem e o que pensam em relação a determinado tema.

### 4.2 CAMPO DE ESTUDO

O estudo foi realizado em uma unidade de internação clínica, onde se encontram equipes de enfermagem, nove enfermeiros e 27 técnicos e auxiliares de enfermagem, que cuidam de pacientes em cuidados paliativos. A unidade de internação clínica fica no 3º andar da Unidade Álvaro Alvim do Hospital de Clínicas de Porto Alegre sendo esse um hospital público, e possui 26 leitos, sendo dois quartos privativos e 12 semiprivativos, 13 leitos são destinados aos pacientes em cuidados paliativos e 13 para pacientes geriátricos. Os pacientes em cuidados paliativos têm direito a um acompanhante 24 horas, e esse acompanhante recebe três refeições por dia. Na unidade existe uma sala de recreação onde os pacientes e familiares tem o uso irrestrito. A unidade conta com uma terapeuta ocupacional e uma educadora física que são responsáveis pelas atividades lúdicas com os pacientes e com profissionais da psicologia, serviço social, fisioterapia, nutrição, equipe médica da geriatria e dos cuidados paliativos e médicos contratados plantonistas.

### 4.3 PARTICIPANTES

Os participantes do estudo foram 15 profissionais de saúde sendo eles enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, seguindo o critério de saturação. A qual ocorre quando nenhum elemento novo é encontrado nas respostas fornecidas pelos participantes e o acréscimo de novas informações deixa de ser necessário (NASCIMENTO et al., 2018).

Os critérios de inclusão foram os seguintes: funcionário efetivo da unidade e estar trabalhando há pelo menos seis meses no local, pois os profissionais já estavam habituados às rotinas da unidade e ao cuidado paliativo e suas implicações. E excluindo aqueles profissionais que estiveram de férias ou por motivos de licença durante o período de coleta de dados.

A amostra dos participantes obedecerá ao critério de proporcionalidade dos trabalhadores (equipe de enfermagem nos cinco turnos trabalhados). Portanto foram selecionados um enfermeiro de cada turno, perfazendo cinco participantes e dois auxiliares ou técnicos de enfermagem. A seleção da amostra foi aleatória, a cada turno de trabalho explicou-se o objetivo do estudo e os profissionais decidiram pela sua participação.

A fim de preservar o anonimato dos participantes os mesmos foram identificados, na sequência das entrevistas, por meio da codificação: E1 (entrevistado 1) e assim por diante.

### 4.4 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados foi, por meio, de entrevista semiestruturada, a qual utilizou-se de um roteiro que norteou a sequência da entrevista; seu uso é apropriado para jovens pesquisadores, especialmente por assegurar que o tema proposto será investigado (MINAYO, 2014).

A realização da coleta de dados se deu durante os turnos de trabalho da equipe de enfermagem, ou seja, nos turnos da manhã, tarde, noite e fins de semana, com duração de no máximo 40 minutos, em uma sala na unidade com privacidade

para condução da entrevista e as entrevistas coletadas foram gravadas em áudio através de um aparelho gravador e transcritas na íntegra para que ao fazer a análise dessas entrevistas, nenhum dado relevante fosse perdido.

O roteiro de entrevista (Apêndice A) é composto por cinco perguntas, e o entrevistado teve a possibilidade de expressar-se sobre o tema sem se prender à indagação formulada. A entrevista foi conduzida pela autora do estudo, quaisquer intercorrências e dúvidas que se façam necessárias durante esse período poderia ser contatada a Orientadora dessa pesquisa. As questões versaram sobre como o profissional enfrenta a morte de pacientes em cuidados paliativos e a presença de apoio para este momento.

#### 4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos foram analisados de acordo com a análise de conteúdo do tipo temática (MINAYO, 2014). A análise temática parte de uma unidade de significação apreendida de um texto que está sendo examinado (BARDIN, 2011). Minayo (2014 p. 315-318) apresenta três etapas da análise de conteúdo temática sendo elas:

1 - Pré-análise - consiste na escolha dos documentos (materiais resultantes das entrevistas); retomada do objetivo inicial da pesquisa e leitura exaustiva de tais documentos.

2 - Exploração do material - classificação para compreender o texto, formando categorias através de palavras significativas ou expressões.

3 - Tratamento dos resultados obtidos e interpretação - os resultados encontrados são tratados, analisados e interpretados à luz da literatura.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa obedeceu aos princípios éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O Projeto foi submetido e aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS e aprovado pelo Comitê de Ética

(Anexo A) em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) via Plataforma Brasil.

Com a aprovação do estudo, os profissionais foram convidados e esclarecidos pela pesquisadora quanto à justificativa, objetivos e procedimentos da pesquisa. Também foi esclarecido que a participação foi de caráter voluntário, garantindo a privacidade e confiabilidade do entrevistado, podendo haver a desistência em qualquer uma das etapas propostas. A participação na pesquisa trará benefício indireto ao participante, podendo trazer apoio na forma de enfrentamento da morte dos pacientes e contribuirá para qualificar o conhecimento acerca do assunto estudado.

Como risco mínimo, destacou-se o tempo estimado para a entrevista, cerca de 20 a 30 minutos e a ocorrência de certo desconforto ou sofrimento, rememorado por alguma situação assistida. Neste caso, o participante seria acolhido e a entrevista encerrada. Caso o participante não quisesse mais fazer parte da pesquisa, foi assegurada a desistência em qualquer momento da pesquisa, sem qualquer prejuízo as suas atividades desenvolvidas. A coleta de assinaturas aconteceu através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice B) após a anuência dos participantes para as entrevistas. Esse termo foi apresentado em duas vias, sendo que uma ficou de posse do pesquisador e a outra com o entrevistado.

Os dados da pesquisa ficarão armazenados com a pesquisadora e a coorientadora na faculdade de Enfermagem, por um período de cinco anos e, após, serão inutilizados, de acordo com a Lei dos Direitos Autorais 9610/98.

Os participantes serão informados sobre o retorno da pesquisa em reuniões de equipe agendadas posteriormente, após o término do Trabalho de Conclusão de Curso e sua análise pela banca avaliadora.

## 5 RESULTADOS

Neste tópico será explicado o resultado da pesquisa, na qual a pesquisadora buscou compreender como a equipe de enfermagem, de um hospital universitário, enfrenta a morte de pacientes em cuidados paliativos.

A partir da análise dos dados formulou-se duas categorias e duas subcategorias (Quadro 1), onde a primeira categoria fala-se de como os profissionais entendem cuidados paliativos e a morte e a segunda categoria trata-se de como esses profissionais enfrentam a morte dos pacientes em cuidados paliativos e a partir dessa categoria surgiu duas subcategorias, a primeira que fala em como os profissionais percebem o enfrentamento do paciente e do familiar e a segunda subcategoria fala do apoio institucional.

Quadro 1 - Categorias e subcategorias do estudo
Categoria 1 - Cuidado paliativo e a morte
Categoria 2 - Enfrentamento como estratégia nos cuidados paliativos
Subcategoria 1 - Como os profissionais percebem o enfrentamento de pacientes e familiares
Subcategoria 2 - Apoio institucional

Ao total foram entrevistados sete técnicos de enfermagem e oito enfermeiros, totalizando 15 participantes. Os entrevistados foram categorizados em relação ao sexo e idade (Quadro 2).

O sexo feminino foi o predominante entre os entrevistados, sendo 10 do sexo feminino e cinco do sexo masculino. Em relação a idade, predominou a idade acima dos 30 anos para 14 participantes e apenas um participante com idade abaixo dos 30 anos.

<b>Quadro 2 - Caracterização dos participantes da pesquisa</b>		
<b>Formação</b>	<b>Idade</b>	<b>Sexo</b>
Técnico de enfermagem	32	Feminino
Enfermeira	39	Feminino
Técnico de enfermagem	26	Feminino
Enfermeiro	35	Masculino
Enfermeira	57	Feminino
Técnico de enfermagem	46	Masculino
Enfermeira	48	Feminino
Enfermeira	43	Feminino
Técnico de enfermagem	42	Masculino
Técnico de enfermagem	44	Feminino
Enfermeira	35	Feminino
Técnico de enfermagem	41	Masculino
Técnico de enfermagem	45	Feminino
Enfermeiro	36	Masculino
Enfermeira	38	Feminino

Fonte: elaborado pelo autor

### 5.1 CUIDADO PALIATIVO E A MORTE: “É O APAGAR DAS LUZES INEVITÁVEL E MUITO COMPLEXO”

A enfermagem é a equipe que está 24 horas presente no cuidado integral dos pacientes internados e está sempre atenta para qualquer tipo de mudança no quadro do paciente. Segundo Silveira et al., 2016 o cuidado integral na enfermagem representa atender as necessidades básicas humanas de uma maneira empática e

acolhedora. Em uma unidade de cuidados paliativos esse olhar integral é importante para compreender o que o paciente está precisando naquele momento. Entender e compreender o que é cuidado paliativo quando se trabalha em uma unidade específica para esse tipo de cuidado é importante para que o profissional de enfermagem possa atuar da forma mais respeitosa e digna possível tanto para o paciente quanto para o seu familiar.

Os cuidados paliativos promovem uma melhor qualidade de vida para o paciente, que está enfrentando uma doença sem perspectiva de cura, bem como aos seus familiares, buscando proporcionar a identificação precoce da dor, o tratamento e possíveis problemas emocionais e psicossociais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011)

Nesse contexto ao questionar a equipe de enfermagem a respeito da compreensão sobre cuidados paliativos e como é trabalhar neste tipo de assistência os participantes relataram que cuidados paliativos remete a uma questão de solidariedade, de ter um olhar mais atento, dar qualidade de vida, dar um significado no final da vida, é uma assistência multiprofissional, que promove o conforto e uma assistência personalizada.

*“[...]eu posso te dizer que para mim hoje é de dar um sentido, um significado no final da vida da pessoa e também ter o máximo de dignidade, a dignidade que eu digo é de morrer da forma que tu quer morrer, de repente entender isso como uma necessidade[...]” (E4)*

*“[...]então é o conforto, é o carinho, é o cuidado sério, mantendo sempre o conforto mesmo, procurando que ele, que o paciente nesse momento seja tratado da melhor forma possível.” (E6)*

Os entrevistados 2, 3, 7, 8, 12 tiveram em comum a fala de que os cuidados paliativos são utilizados apenas quando a morte do paciente está próxima e, que eles entendem os cuidados paliativos como um suporte para o fim da vida. A entrevistada 8 ainda remete a preparação para a finitude como um pré-natal, onde a família se prepara para o nascimento no pré-natal e nos cuidados paliativos a família se prepara para a partida daquele paciente. Segundo Barros et al (2013) o paciente que possui seu prognóstico, de evolução da doença sem possibilidade de cura deve ser encaminhado para o cuidado paliativo, podendo ou não estar em fase terminal.

*“Eu acho que talvez o que tenha de diferente é quando os pacientes realmente estão nessa fase de encaminhamento da*

*morte mesmo, que eles estão terminais mesmo e a gente tem um olhar mais atento para que de fato vai trazer de benefício para aquele paciente então sim, em termos de procedimentos invasivos[...]* (E2)

*“Os cuidados paliativos eu acredito que seja a qualidade de vida no período da morte nos momentos assim que já estão de mais terminalidade da vida[...]*” (E3)

*“[...]cuidado paliativo é um paciente que já não tem mais recurso para procurar sua cura só que a gente da enfermagem, médica, psicóloga, serviço social, terapia ocupacional, todos os possíveis profissionais que possam estar envolvidos podem dar conforto, no sentido assim de tentar organizar para o fim[...]*” (E7)

*“Os cuidados paliativos, eu vejo que é um momento do cuidado de enfermagem onde tu prepara o paciente e a família pra finitude, o que eu comento que é semelhante ao pré-natal, no pré-natal a gente prepara a família para receber o bebê e aqui a gente prepara para partir, e mais não é uma coisa muito clara, é intrínseca, tá no meio das nossas palavras[...]*” (E8)

Entender o que é a morte também é uma forma de compreender como funciona os cuidados paliativos e ao serem questionados sobre o que entendem por morte os entrevistados relacionaram a morte com questões espirituais, de crença, e ainda, por algo fisiológico, um ciclo da vida, uma passagem e um processo natural. De acordo com Vega e Cibanal (2016) a vida tem fases que entre elas está inclusa a morte, que pode ser vista a partir do lado biológico, psicológico, social e espiritual e também ser compreendida como um processo e que depende da construção social do indivíduo.

*“E a minha percepção hoje é o apagar das luzes, eu tinha uma fé muito grande na questão muito cultural de que a gente vinha e voltava uma influência muito grande espírita, hoje eu tento encarar a morte, entender que a morte, além de ser inevitável é muito complexa.”* (E4)

*“Eu acho que é deixar de existir num corpo físico[...] eu acredito que eu vou morrer que meu corpo vai deixar de funcionar, vai deixar de existir com o passar dos anos, ou se eu fizer cremação naquele momento mas o teu espírito vai por um tempo[...]*” (E7)

*“Pra mim a morte é uma passagem, que alguns pacientes enfrentam de uma forma mais tranquila e outros já têm mais dificuldade para aceitação.”* (E10)

A morte para alguns está diretamente relacionada com a crença, com a espiritualidade e com a religião, que ter algo em que se apoiar ajuda a entender o processo do morrer:

*“A morte para mim, eu vou muito da minha crença[...] eu fui criado na igreja então para gente a morte é um sono. Então a morte é o sono, se tu consegue fazer isso antes em vida de pedir perdão vai te dar um alívio na hora que tu partir, vai em paz ou não, essa é minha visão da morte.” (E1)*

*“Defino assim, não dentro da área da saúde mais do lado espírita, seria o término do plano material, que cessou ali a tua etapa materializada.” (E9)*

A fala dos entrevistados corrobora com o estudo de Sartori e Battistel (2017) onde no estudo os entrevistados usavam a religião e a espiritualidade para conduzir alguns pensamentos e de confortar, de alguma maneira, o enfrentamento de situações que envolvem a morte e o morrer. E para Araújo (2006) o conceito de morte relacionado a uma religião e a espiritualidade se fundamenta na perspectiva de que as pessoas têm dificuldade em aceitar que o seu destino é a morte, e preferem acreditar que a morte é o começo de uma vida sem fim.

Para a entrevistada 2 falar com os pacientes sobre a morte é mais difícil do que definir o que é a morte e que ela é um processo biológico. E que no convívio social ninguém fala da morte:

*“A gente não pensa em morte, a gente nunca pensa e não fala da morte na vida da gente, eu acho que isso também foi uma mudança, a gente poder pensar nesse processo, nesse ciclo, essa etapa do ciclo que é o morrer, porque a gente não fala nem no pessoal, a gente não pensa nisso, a gente não reflete sobre isso e muito menos no nosso trabalho[...] é biológico e vai acontecer sim, o que eu acho que a gente tem dificuldade muitas vezes é fazer essa pergunta para o paciente isso a gente tem mais dificuldade [...]” (E2)*

Quando se fala da morte as pessoas tendem a fugir da conversa, pois a morte não é discutida no dia-a-dia. A morte pode ser classificada como algo externo, impessoal e distante (AGUINAGA, 2010). O paciente que está passando pelo processo de terminalidade da vida expressa sentimentos como o medo, a angústia e a depressão que podem chegar a influenciar e intensificar o processo de sofrimento. A enfermagem entra nesse processo tentando amenizar esses sentimentos através

da comunicação, ajudando o paciente no seu enfrentamento da morte (BRITO et al., 2014).

A morte para a entrevistada 5 faz parte de um ciclo em que nascemos, vivemos e morremos e o que pode nos preocupar é o como vai acontecer a morte e não do morrer em si.

*“[...]eu costumo dizer que a gente nasce e que a gente morre, o que tem nesse meio? nesse meio tem vida, pode ser de dois dias, de 50 dias, de 80 anos, então eu acredito que o que me preocupa realmente é como eu vou morrer, então não a morte em si que nos angustia mais o como vai ser[...].” (E5)*

O relato da entrevistada de que nascemos, vivemos e morremos está de acordo com o que Araújo (2006), propõe que a lógica natural e biológica do homem é nascer, crescer, tornar-se adulto, reproduzir-se, envelhecer e morrer. A morte continua trazendo desconforto para as pessoas há dificuldade em aceitar que a morte faz parte do ciclo vital, as pessoas não são ensinadas desde cedo a falar do tema com naturalidade, ainda mais quando se refere a sua própria finitude (SARTORI; BATTISTEL, 2017)

Para que o cuidado a esses pacientes seja feito da melhor forma possível, é importante que a equipe que compõe os cuidados paliativos seja uma equipe multiprofissional. Com o propósito de que o cuidado paliativo seja efetivo é necessário um trabalho em equipe com o foco em melhorar a qualidade de vida do paciente terminal. Uma vez que a equipe multiprofissional é composta por enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, psicólogos, entre outros, atuando de forma conjunta e com foco na qualidade de vida do paciente e de sua família (SOUSA; CARPIGIANI, 2010). Com isso a entrevistada 5 remete que os cuidados paliativos é uma assistência realizada pela equipe multiprofissional onde o enfermeiro está envolvido e está relacionada com a morte daquele indivíduo que está em cuidados paliativos.

*“[...]cuidados paliativos é uma assistência multiprofissional na qual o enfermeiro está incluído, com o olhar de controle dos sintomas e outros sofrimentos em todas as dimensões, então é uma ciência nova que se abre e a gente passa a ter muito o que fazer, tem que ter cuidado que quando a gente entra nessa área e vai fazer essa assistência o profissional já tem que saber que ele está impotente, que ele não vai parar, não ter como parar essa evolução dessa doença, então a morte vai acontecer sim, e o que que a gente trabalha que aconteça é muito mais o como e não o quando, como vai ser, é um desafio*

*da equipe toda, que seja sem dor, com as pessoas junto, mais pacífico, menos angustiante, que se consiga.” (E5)*

Nos cuidados paliativos não é só o paciente que está envolvido, mas toda a sua rede de apoio que é a família. A família merece tanta atenção quanto o paciente nesse momento da vida, pois a família também precisa ser cuidada e respeitada. Com isso os entrevistados 1, 3, 6 e 10 referiram que os familiares dos pacientes também precisam ter o conforto e o apoio da equipe, e a entrevistada número 1 tenta trazer a família para mais perto do cuidado.

*“[...]eu gosto de trazer o familiar pra perto do cuidado, a gente dá o banho, a gente dá o conforto mas eu gosto que quando querem participem[...].” (E1)*

*“[...]a qualidade desse paciente e da família também que tá sempre envolvida, aqui a gente vê sempre presente o que é importante.” (E3)*

*“[...]esse tratamento eu levo pros familiares, tento da melhor forma possível atender todos os anseios e desejos deles que estão no meu alcance, porque esse momento da vida ele atinge não só a pessoa como também os familiares que estão junto. (E6)*

*“[...]eu vejo o cuidado paliativo na forma de conforto, às vezes não só para o paciente quanto para o familiar também, que a gente trabalha nesse conjunto, porque às vezes a gente tem que dar mais cuidados para o familiar mais atenção para o familiar do que para o próprio paciente.” (E10)*

É importante que a família esteja presente ao lado do paciente paliativo, no período da internação, seja oferecendo apoio emocional, psicológico e até mesmo participando do próprio cuidado, que podem ser orientadas pela equipe de enfermagem, como ajudar no banho, na alimentação, a deambular ou na mudança de decúbito. Apesar disso, a família pode apresentar dificuldades de vivenciar a realidade da condição de seu familiar, e pode manifestar a necessidade de cuidado (SILVA et al., 2012).

## 5.2 ENFRENTAMENTO COMO ESTRATÉGIA NOS CUIDADOS PALIATIVOS: “EU ME SINTO SOLIDÁRIA A DOR DO OUTRO, MAS EU NÃO SOFRO”

Saber enfrentar a morte dos pacientes é importante para que o profissional da enfermagem possa fazer seu trabalho com a sua saúde mental em dia e sem interferência no cuidado do paciente paliativo. O enfrentamento é uma peça fundamental para uma melhor qualidade de vida desse profissional e se entende como uma maneira de gerenciar os sentimentos internos e externos, sentimentos esses que podem ser vistos como uma barreira estabelecida, no qual os mecanismos do enfrentamento operam como uma rede de respostas frente a uma situação de estresse, como uma forma de adaptação a determinada situação (LAGES et al., 2011).

Com a intenção de melhor adaptação ao ambiente de trabalho os profissionais de enfermagem lançam mão de estratégias de enfrentamento para amenizar o que pode ser estressante, no caso a morte dos pacientes, podendo ser focada na emoção e/ou problema. A estratégia da emoção tem como propósito causar mudanças emocionais no profissional que se submete à alguma situação de estresse. Já a do problema tem por objetivo a mudança da situação que pode ser estressante identificando o problema e logo após encontrar a melhor forma de lidar e tomar uma atitude. Sendo essa segunda opção a mais adaptativa para esses profissionais (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Ao serem indagados sobre como enfrentam a morte dos pacientes na unidade de cuidados paliativos, os entrevistados relataram a espiritualidade, respeito a crença do paciente e seu desejo em relação aos seus rituais religiosos. Foi relatado, ainda, o afastamento do paciente, permitindo que os familiares vivenciem a finitude. Os profissionais tentam mudar sua rotina de trabalho, ajudando um colega ou direcionando sua atenção para outros pacientes, para se proteger do sofrimento com a morte e mantendo uma assistência de qualidade:

*“Eu acho que isso me motiva por mais que a gente saiba que vai perder aquela pessoa e que amanhã ela não tá mais ai, mas que nos momentos finais ela não sofreu e teve uma morte mais digna possível, sem dor, mais confortável então eu acho que é isso que segura[...].” E3*

*[...]Jeu me sinto solidária com a dor do outro, mas eu não sofro, em geral eu não sofro, alguns casos mas no geral eu não sofro, eu vejo como uma forma natural[...]* E8

*“Então eu procuro não me envolver muito com essa dor no momento, mas eu tento ser mais cordial, compreensivo com os familiares para tentar dar, palavra de conforto[...]*” E9

*[...]acho que a espiritualidade, pelo o menos para mim, me ajuda muito. Eu sou da religião católica e eu busco sempre na minha religião a paz, a tranquilidade, a religião me ajuda muito aqui no meu trabalho.”* E10

De acordo com Santos et al. (2016) vai de cada um optar pela estratégia focada no problema e/ou na emoção, sendo influenciados pelo estressor, pelas circunstâncias, o momento e as experiências de confronto. Assim, a maneira como cada profissional responde a esse estressor é de forma pessoal, tendo influência das diferenças individuais. Foi possível observar que cada profissional lida com suas emoções de forma distinta, ao passo que um expressa seus sentimentos pelo choro, o outro procura “treinar seu emocional”:

*[...]me envolvo até hoje, só que eu consigo levar isso numa boa, até porque eu choro muitas vezes, mas é um choro que ajuda, que ajuda para mim, que ajuda para família que a gente se envolve, que não é só eles, que a gente também cria vínculo, que a gente gosta[...]*” E7

*“Não é que a gente esteja acostumado, é que a gente acostuma a treinar o nosso emocional para não se abalar e chorar na frente do familiar[...]*” E10

Os entrevistados 2, 14 e 15 relataram que não sofrem com esse sentimento da finitude, e acabaram criando suas próprias barreiras como forma de defesa para enfrentar o processo de morte dos pacientes nos cuidados paliativos:

*[...]Jeu não sofro com isso, não fico tão carregada de emoção no sentido de não conseguir dar conta de tá junto com a família ou tá junto com o paciente, porque tá muito claro para mim que isso é uma etapa, independente do que a pessoa acredite espiritualmente ela é uma etapa que tu vai ter que passar, tu nasce, tu cresce então, eu naturalizo talvez até por defesa[...]*” E2

*“Eu não sei se a gente cria alguma certa defesa, proteção em relação a isso, porque a gente vê colegas que às vezes se afetam bastante e que repercutem muito pessoalmente a morte de algum paciente, eu não, eu crio as minhas barreiras e tu fica*

*meio blindado em relação algumas coisas, eu não sofro ou tenho algum tipo de afetamento em relação a morte de algum paciente. “E14*

*“Na verdade a gente acaba tendo algumas barreiras, os limites da gente profissional para não se apegar tanto ao paciente, porque se tu se apegar muito realmente tu acaba sofrendo mais do que o necessário, não necessário mas daqui a pouco tu tá chorando junto com o paciente ou familiar, não que isso não possa acontecer só que tu tá aqui para dar força, e tu não pode desmoronar junto com eles, então nessa parte assim é bem complicado.” E15*

Ao observar a individualidade como uma característica a resposta de um estresse, é evidente que a enfermagem tem uma relação humanizadora em relação ao paciente paliativo, e de priorizar as medidas terapêuticas que consideram úteis para aquele paciente, como por exemplo, a administração da analgesia. Assim a equipe foca na assistência e cria-se uma forma de barreira em relação ao enfrentamento da morte desses pacientes (SANTOS et al., 2016).

E naturalizar a morte é um algo comum para alguns profissionais, não sofrendo, não criando vínculo e assim prestar a assistência sem “interferência” do emocional. O profissional de enfermagem sabe que o cuidado está sendo realizado da melhor maneira possível tanto ao paciente quanto ao familiar e não sofre com a perda do paciente.

Alguns entrevistados como forma de tentar enfrentar o momento da finitude relataram que não levam esse sentimento para dentro de casa.

*“[...]eu vejo que é importante o teu trabalho, tu não pode levar uma tristeza e nenhum sofrimento para tua casa, se isso tiver acontecendo então tu não tá no lugar certo[...].” E8*

*“[...]vamos supor assim, os problemas de casa ficam para fora do portão e os problemas do hospital ficam para dentro e eles não me acompanham para dentro de casa.” E9*

*“Eu tenho recursos acredito que internos, eu faço terapia, mas eu sou uma pessoa que tenho alguns recursos que mesmo sem fazer terapia que eu tenho recursos pra lidar, eu saio daqui e esvazio, eu tento, a gente tem que ser igual uma esponjinha, a gente encharca e ai quando a gente sai a gente torce a esponjinha e sai daqui, obviamente a gente não sai daqui zerado, a gente sempre sai pensando ‘ah aquele paciente estava mal’ mas nada que me gere sofrimento.” E11*

As entrevistadas 8 e 12 acabam projetando na vida delas a morte de pacientes jovens e que tem filhos da idade dos seus próprios filhos, o que torna difícil enfrentar a morte desses pacientes. Segundo Kuster e Bisogno (2010) sofrer mais em relação a morte do paciente ser jovem pode estar relacionado ao fato que a morte só deveria acontecer na velhice, e que essas pessoas deveriam ter a oportunidade de passar por todos os processos do ciclo biológico. Também acabam se identificando com a situação e projetando nas suas vidas.

*[...]já teve uma paciente nossa de 42 anos com filho da idade do meu filho, então a gente se projeta ali, poxa vida até um ano atrás ela estava bem e ai aquilo incomoda diferente dos outros[...]* E8

*“Teve vários pacientes que me marcaram, e praticamente todas foram mães jovens, porque elas deixam filhos às vezes da idade da minha filha, e tenho netas também, então quando é mais ou menos nessa faixa etária eu tenho a preocupação de como vão ficar essas crianças, eu acabo projetando na minha vida.”* E12

### 5.2.1 COMO OS PROFISSIONAIS PERCEBEM O ENFRENTAMENTO DE PACIENTES E FAMILIARES: “CONVERSO MUITO COM A FAMÍLIA, TENTO ENTENDER A ORGANIZAÇÃO FAMILIAR”

Lidar com o sofrimento dos pacientes e familiares frente à inevitabilidade da morte é uma tarefa desafiadora e os entrevistados lançaram mão de algumas estratégias para esses momentos, como conversar com a familiar que o paciente tem mais vínculo, falar da religião, fazer terapia, dar o espaço necessário para a família, ter compaixão, escuta qualificada, criar vínculo, não se envolver, mas compreender a dor, ouvir e acolher, conhecer a individualidade de cada paciente e acolher conforme a necessidade.

*“[...]eu converso muito com a família, eu tento entender como é aquela organização familiar, quem são os vínculos daquela pessoa e começo minha abordagem nas pessoas que eu vejo que o paciente tem mais vínculo para tentar também na medida que o vínculo acontece para poder estar falando sobre isso, sobre esse momento, sobre a morte e está junto com essa pessoa que conhece bem o paciente que está vendo por onde a gente vai caminhar assim né, isso é uma coisa que eu procuro fazer[...]*” (E2)

*“[...]então assim eu vejo que tem alguns pacientes que tá muito difícil eu já trabalhei ontem e hoje e tá muito difícil a intervenção eu me recolho e não invado tanto, aquela coisa da compaixão, e ser mais compassivo.” (E5)*

*“Olha, eu acho que eu tento procurar conhecer mais individualmente cada um, e essa é a estratégia que eu tenho, eu acho que cada um tem uma particularidade, eu acho que tem pessoas que são mais carinhosas, que recebem mais o teu afago, o teu carinho, outros que a gente tem que observar de longe, respeitar aquele momento ali da família, tem que ter muito tato pra tratar dessa questão assim.” (E12)*

No estudo realizado por Bastos et al. (2017) onde se analisou a vivência da enfermagem em relação ao processo de morrer, a comunicação abordando a morte é necessária para identificar a fase do luto que o paciente e a família estão inseridos. Tendo a comunicação como objeto fundamental para criar vínculo durante esse processo e conseguir conversar tanto com o paciente quanto com sua família sobre o processo de morrer e sobre as informações clínicas precisas e sinceras, promovendo o conforto e a confiança.

É importante lembrar que os pacientes em cuidados paliativos não necessariamente vão vir a morrer assim que receberem seu diagnóstico, a pessoa pode viver por anos até a progressão da doença acontecer. Por vezes o sofrimento do paciente e do familiar é o pesar de ter deixado de fazer algo que se desejava realizar. A entrevistada 5 relata o casamento de um casal e que a intervenção que ela fez não foi medicamentosa e sim na realização de um desejo do paciente.

Além da medicação como forma de intervenção é importante olhar para o paciente em cuidado paliativo com respeito às suas necessidades, desejos e com suas perspectivas futuras, com metas realistas e buscando solucionar e organizar os problemas e a rotina. É importante que os pacientes tenham distintas formas de atividades que possam ajudar a solucionar os problemas daquele momento, referidos pelo paciente e seu familiar, tendo a equipe de saúde como referência para abordar da melhor forma possível disponibilizando recursos, técnicas e métodos (QUEIROZ, 2012).

*“[...]recentemente um casal estava chorando, porque a médica falou que os antibióticos eram os últimos e eles queriam ir pra casa, e eu cheguei exatamente no horário que os médicos disseram que os resultados estavam ruins e que os antibióticos tinham chegado no seu limite, e aqui tu não vai para uma terapia intensiva, eles já sabem disso, eles entenderam,*

*sempre é mais um fim de linha porque tu tem esperança de mais tempo, aí eles estavam chorando e a gente ficou conversando o que que a gente podia fazer com esse tempo, e ir embora para casa não dava, ela falou assim 'pior que nem casar né' aí eu disse 'então vamos casar', aquele dia a minha melhor intervenção não foi a morfina que a gente faz, foi como que eu faço com o tempo de vida que eles tem que a gente não sabe quanto, porque todo paciente é uma biografia, então quando eu estou lá olhando aquele paciente também é uma anamnese diferente." (E5)*

A entrevistada 2 fala em como ela percebe algumas famílias preparadas para esse momento e das famílias que não estão. E a entrevistada 11 segue o mesmo raciocínio, mas também fala da aceitação do paciente e que muitas vezes é a família que não aceita o fato que não tem mais tratamento para a doença.

*"É tão vasto as reações, as formas como as pessoas lidam, às vezes a gente vê famílias que elas chegam muito preparadas para tá passando por aquilo, o suporte que a gente dá às vezes é mínimo, e a gente às vezes até se surpreende com aquela família que tá tão bem, ao passo que a gente tem outras famílias que tá tudo muito dado ali, que a morte vai acontecer e que talvez os pacientes não vão voltar para casa que é uma doença que já se entendeu em tudo que podia que não se tem mais o que fazer e eles não aceitam e eu acho que essas são as famílias que são mais difíceis porque é difícil você tirar a esperança das pessoas[...]" (E2)*

*"[...]às vezes essa angústia a gente acaba tendo que sanar muito mais as angústias do familiar do que do paciente, às vezes o paciente tá mais preparado do que a família, às vezes o paciente tá resignado, ele aceita e ele entende, ele fala sobre aquilo ali abertamente, tem famílias que não aceitam, mas eu sempre disse que aceitação é um processo que ela vem e vem após, são raras as pessoas que eu vi partir, tanto paciente quanto a família numa resignação absoluta, o entendimento ele vai acontecer depois, porque no momento ainda tem o choque e até processar aquilo e aquilo virar aprendizado, entendimento, aceitação, acho que isso é depois e a gente não vai tá junto deles pra ver." (E11)*

Muitas vezes as famílias não conseguem entender o porquê do seu familiar estar em cuidados paliativos e o porquê de não continuarem investindo na vida dele, o que torna o processo de comunicação e de criação de vínculo mais difícil pela equipe de enfermagem. Assim a família às vezes acaba sendo mais solicitante que o próprio paciente que muitas vezes já conseguiu compreender o seu momento de finitude (SILVA et al., 2012).

### 5.2.2 APOIO INSTITUCIONAL: “A GENTE TINHA QUE CUIDAR MAIS DOS BASTIDORES, DO CUIDADO COM A EQUIPE”

Ao serem questionados sobre as experiências coletivas ou individuais para auxiliar no enfrentamento da morte nos cuidados paliativos a participante 2 relatou a falta de apoio da instituição e a necessidade de ter a ajuda da psicologia no dia-a-dia da equipe. Segundo Marques et al. (2013) a equipe de enfermagem precisa ter uma rede de suporte efetiva, que possa ajudar os profissionais na atuação do cuidado à esses pacientes que estão passando pela terminalidade da vida. Investir na saúde mental dos profissionais, que trabalham na área de cuidados paliativos, e em hospitais de referência para esse cuidado é importante, para que o profissional consiga realizar seu trabalho.

*“Eu acho que a gente tem pouco, a gente fala e faz as discussões sempre relacionado aos pacientes que a gente tem aqui durante a internação, mas eu acho que tem pouco espaço para que a gente faça as discussões para que a gente faça reflexões eu acho que esses espaços não acontecem[...] então eu acho que isso falta, se a gente tá pensando em uma unidade de cuidado paliativo que é de um hospital de referência no Brasil, eu acho que a gente tinha que cuidar mais dos bastidores que a gente não cuida bem aqui, sejam campos de melhorias e eu acho que é falho nesse sentido, do cuidado com a equipe.” E2*

É importante ouvir os profissionais que por muitas vezes se calam frente a angústia e a dor do outro. Ao falar sobre as experiências do trabalho exercido pela equipe de enfermagem se favorece o entendimento de que o trabalhador tem sentimentos e que pode e precisa se expressar (BASTOS; QUINTANA; CARNEVALE, 2018)

Alguns entrevistados informaram que a psicologia do hospital e um grupo de pesquisa tentaram realizar rodas de conversa para ajudar os profissionais, mas por conta do turno que as reuniões aconteciam teve pouca adesão e não prosseguiu e que desde então não tiveram mais nenhuma iniciativa da instituição.

*“A gente já teve psicólogas que já vieram aqui do SMO do hospital, fazer pesquisas, que a gente se reunia e conversava sobre as situações e depois pouca gente ia porque era em horários difíceis para o pessoal participar então foi uma*

*situação frustrante que não nos ajudou muito e também não ajudou para a pesquisa delas[...]" E7*

*"[...]até o último que veio era uma roda de conversa, era uma psicóloga mais o pessoal da medicina ocupacional, mas a gente tem que vir na folga, tu tem seus compromissos, se fosse antes do nosso horário de trabalho por exemplo, porque as pessoas vem de Viamão, da zona sul, é complicado, eu acho que seria bom, eu estou te falando a minha visão porque o pessoal gosta de receber, só que quando toca de nós virmos fora do horário ai enfraquece, é difícil e o pessoal não participa, então às vezes a gente leva demanda que gostaria e tudo mas ninguém foi." E8*

*"[...]já teve uma iniciativa até foi uma pesquisa da psicologia, e as pessoas não tiveram uma adesão boa, as pessoas não se engajaram, não foram, um grupo foi e ai depois não foi de novo, então o horário também era fora, como a gente trabalha à noite e fica complicado ainda mais pra quem tem outras atividades, mas eu acho que as pessoas não se engajaram tanto." E11*

*"Teve algumas iniciativas com conversas com psicologia, para que a equipe pudesse expor o que tá sentindo, não foi adiante[...]" E14*

Os entrevistados sugeriram algumas formas da instituição poder ajudar os profissionais.

*"[...]seria interessante se um dia tivesse a gente poder fazer pequenos encontros de meia hora, 20 minutos para o grupo todo, mesmo que seja para um só falar da sua experiência e os outros ouvintes, porque às vezes esses grupos demoram uma hora ou duas para falar suas percepções, eu acho que é uma ideia, semanalmente fazer esse exercício ou a cada 15 dias, uma vez por mês." E4*

*"[...]eu noto que em termos de 'ah hoje eu não tô bem' eu queria que tivesse uma psicóloga no SMO, já que a aqui é a única unidade de referência no caso, que existe cuidado paliativo, eu acho que as pessoas deveriam ter um psicólogo aqui embaixo, não digo 24 horas, mas que pudesse marcar uma horinha para descer lá e botar para fora, e que não fosse difícil conseguir essa horinha, de um dia para o outro, mas isso não existe." E7*

*"[...]não sei te dizer realmente como seria uma forma melhor de aproveitar, talvez algumas coisas por e-mail, por mensagem, um dia se reunir, não tão frequente, talvez que pudesse ser na tua folga e pudesse contar como horas de curso que às vezes*

*o pessoal faz, uma vez no mês, com algo a distância e depois um encontro presencial que valesse horas, o pessoal gosta muito que conte como horas, mas eu não sei te dizer se realmente iria funcionar.” E8*

As ações de enfermagem como uma gestão participativa, a educação continuada e/ou permanente, as reuniões de equipe onde os profissionais possam expor suas dificuldades para o grupo, a prática de atividades e treinamentos para esclarecer dúvidas individuais podem permitir mudanças no comportamento e no ambiente de trabalho (SANTOS et al., 2016).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo possibilitou compreender o entendimento e como a equipe de enfermagem enfrenta a morte dos pacientes em cuidados paliativos em uma unidade de cuidados paliativos de um hospital Universitário, no Sul do Brasil. Foi observado que o entendimento da equipe de enfermagem a respeito dos cuidados paliativos estava relacionado a qualidade de vida, ao conforto do paciente, a uma assistência multiprofissional e personalizada, com um olhar atento, tanto para os pacientes, quanto para seu familiar, que também merece respeito e com um olhar a mais dos profissionais. Também pode-se dizer que esse tipo de cuidado, no entendimento dos participantes, ocorre mais no período terminal do paciente.

Importante salientar que não tem como falar de cuidados paliativos e não relacionar com a morte. Por isso a morte para os participantes é considerada como parte do ciclo vital, algo natural e que todos passarão por esta experiências. Também o morrer estava relacionado com a crença, a religião e a espiritualidade, onde poderiam se apoiar e tornar o processo de morrer menos doloroso. Considerada como tabu a morte, na maioria das vezes não é discutida no cotidiano e por isso muitos a temem, pois não sabem como vai acontecer.

Em relação às estratégias de enfrentamento houve três enfoques atribuídos pelos participantes, o primeiro remete a como eles enfrentavam a morte dos pacientes em cuidados paliativo, o segundo a percepção dos profissionais em relação ao enfrentamento do paciente e da família e o terceiro a questão do apoio institucional. O primeiro enfoque, enfrentamento da morte de pacientes em cuidados paliativos, os participantes afirmaram que se afastavam da situação, procuravam a espiritualidade como forma de lidar, compreendem e respeitam a crença do paciente e de seus familiares e também alteravam a rotina de trabalho para manter uma assistência adequada. Ainda tentam “treinar o emocional” para não demonstrar seus sentimentos na frente do paciente ao passo que outros não conseguem ter esse controle e acabam chorando junto com paciente. Enquanto alguns sofrem outros não sofrem e criam barreiras para não sofrer, como por exemplo, não criar vínculos.

O segundo enfoque, a percepção dos profissionais em relação ao enfrentamento do paciente e da família, os participantes relataram que tentam identificar o familiar que o paciente tem mais vínculo para poder abordar sobre a condição do paciente, dão espaço para a família, criam vínculo, usam a escuta

qualificada, conhecem a individualidade de cada paciente e acolhem conforme a necessidade. Lembrando que muitas vezes a intervenção do profissional a uma demanda do paciente pode ser medicamentosa, mas também pode ser uma outra necessidade, como a demanda emocional, de que o paciente não vai conseguir cumprir com alguns desejos. Cada paciente é único e o seu familiar também, o paciente pode chegar na unidade aceitando bem o seu prognóstico e entendendo o porquê de estar em cuidados paliativos, como tem pacientes que não conseguem aceitar, acontece a mesma coisa com os familiares, e os participantes perceberam que às vezes quem precisa da assistência da equipe é a família e não o paciente.

O terceiro enfoque, o apoio institucional, mostra a importância de se olhar para o profissional como pessoa humana que tem sentimentos e emoções, e que também precisa de apoio, principalmente da instituição. Os participantes afirmaram que seria importante a ajuda da psicologia no cotidiano de trabalho, que houve um período em que a psicologia esteve fazendo reuniões com equipe e que por falta de adesão, por ser em turno contrário da maioria dos profissionais a “ajuda” não persistiu. Como sugestão dos participantes para que a instituição apoie e ofereça auxílio para a equipe, pequenas reuniões de até 20 minutos a cada 15 dias em todos os turnos de trabalho, ter a psicóloga mais presente na unidade ou até mesmo cursos que pudessem contar como horas para os profissionais.

Saber o que é e como funciona o cuidado paliativo é essencial para uma melhor assistência a esses pacientes que entram nesse tipo de cuidado. O profissional da enfermagem está sempre com o paciente, conhecendo seu diagnóstico, o tipo de assistência mais adequada no momento e na maioria das vezes sabe quem é o familiar que o acompanha. Na unidade de cuidados paliativos a rotatividade de pacientes é muito grande, mas tem alguns pacientes que permanecem por mais tempo, muito deles indo a óbito na unidade. E é notável que para esses profissionais enfrentar essa morte, depois de tantas que já aconteceram, já não é tão dolorosa, não causa tanto sofrimento, mas pode sim deixar o profissional abalado. Por isso é importante que esses profissionais sejam mais reconhecidos e tenham mais apoio da instituição e até entre eles.

## REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de Cuidados Paliativos**. Disponível em: <<https://paliativo.org.br/>>. Acesso em: 27 ago. 2018.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Resolução sobre Política Nacional de Cuidado Paliativo para o SUS**. 2018. Disponível em: <<https://paliativo.org.br/comunicado-6/>>. Acesso em: 07 nov. 2018.

AGUINAGA, Benitez. **Enfermería, muerte y duelo. Un texto de reflexion academica**. Bogotá: Editorial Universidad Nacional de Colombia, 2010. 383 p.

ALCANTARA, Ester Helena de et al. Percepção dos profissionais da equipe de enfermagem sobre o cuidar de pacientes em cuidados paliativos. **Revista de Enfermagem do Centro-oeste Mineiro**, [s.l.], v. 8, n. 0, p.1-7, 10 set. 2018. RECOM (Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro). <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v8i0.2673>.

ANDRADE, Cristiani Garrido de; COSTA, Solange Fátima Geraldo da; LOPES, Maria Emília Limeira. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 18, n. 9, p.2523-2530, set. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232013000900006>.

ARAÚJO, Paula Vanessa Rodrigues de. **Percepção de crianças sobre a morte ou morrer: estudo em uma unidade oncológica**. São Carlos: Ufs - Universidade Federal de São Carlos, 2006. 136 p.

ARAÚJO, Sandra A. Neves; BELÉM, Kelly França. O processo de morte na unidade de terapia intensiva neonatal. **Conscientiae Saúde**, São Paulo, v. 9, n. 2, p.290-299, jun. 2010.

ARIES, Philippe. **História da morte no Ocidente: Da idade media aos nossos dias**. Lisboa: Teorema, 2011.

BANDEIRA, Danieli et al. Death and dying in the formation process of nurses from the perspective of nursing professors. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 23, n. 2, p.400-407, jun. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000660013>.

BARROS, Nara Calazans Balbino et al. Cuidados paliativos na UTI: compreensão, limites e possibilidades por enfermeiros. **Revista de Enfermagem da Ufsm**, [s.l.], v. 2, n. 3, p.630-640, 26 fev. 2013. Universidad Federal de Santa Maria. <http://dx.doi.org/10.5902/217976925857>.

BASTOS, Rodrigo A.; QUINTANA, Alberto Manuel; CARNEVALE, Franco. Angústias psicológicas vivenciadas por enfermeiros no trabalho com pacientes em processo de

morte: estudo clínico-qualitativo. **Temas em Psicologia**, [s.l.], v. 26, n. 2, p.795-805, 2018. Associação Brasileira de Psicologia. <http://dx.doi.org/10.9788/tp2018.2-10pt>.

BASTOS, Rodrigo et al. Vivências dos enfermeiros frente ao processo de morrer: Uma metassíntese. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, [s.l.], n. 17, p.58-64, jun. 2017. Portuguese Journal of Mental Health Nursing. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0184>.

BERALDO, Lívia Maria; ALMEIDA, Débora Vieira de; BOCCHI, Silvia Cristina Mangini. Da frustração ao enfrentamento do cuidado para a morte por técnicos de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 68, n. 6, p.1013-1019, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680603i>.

BRASIL. Portaria nº 19, de 03 de janeiro de 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 874/ GM, de 16 de maio de 2013.

BRITO, Fabiana Medeiros de et al. Communication in death imminence: perceptions and strategy adopted for humanizing care in nursing. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [s.l.], v. 18, n. 2, p.317-322, 2014. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140046>.

CRAVINHO, Camilla Ramos Medalane; CUNHA, Ana Cristina Barros da. Enfrentamento da morte fetal pela enfermagem na abordagem disposicional e na Teoria Motivacional do Coping. **Estudos de Psicologia (campinas)**, [s.l.], v. 32, n. 2, p.307-317, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-166x2015000200014>.

DELL'ACQUA, M. C. Q. et al. O processo de trabalho em urgência e emergência em interface com a morte. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 14, n. 6, p. 1149-1159, fev./nov. 2013.

DOYLE, Derek. **Getting Started: Guidelines and Suggestions for those Starting a Hospice/Palliative Care Service**. 2. ed. Houston: lahpc Press, 2009.

EVANGELISTA, Carla Braz et al. Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 69, n. 3, p.591-601, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690324i>.

FARESIN, Cristina; PORTELLA, Marilene Rodrigues. Cuidados paliativos e o modo de cuidar: até onde vai o envolvimento? **Revista Envelhecer**, Porto Alegre, v. 14, n. 2, p.249-264, jan. 2009.

FARIA, Jucilene Aparecida Mendes de et al. Profile of patients with indication of palliative care and admitted at the Júlia Kubitschek Hospital - FHEMIG. **Revista Médica de Minas Gerais**, [s.l.], v. 25, n. 1, p.25-29, 2015. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20150006>.

FIGUEIREDO, Marco Tullio de Assis. A História dos Cuidados Paliativos no Brasil / The History of Palliative Care in Brazil. **Revista Ciências em Saúde**, [s.l.], v. 1, n. 2, p.2-3, 13 jul. 2011. Revista Ciências em Saúde. <http://dx.doi.org/10.21876/rcsfmit.v1i2.509>.

FRANÇA, Maria Dulce de; BOTOMÉ, Silvio Paulo. É possível uma educação para morte? **Psicologia em Estudo**, [s.l.], v. 10, n. 3, p.547-548, dez. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-73722005000300024>

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GOMES, Ana Luisa Zaniboni; OTHERO, Marília Bense. Cuidados paliativos. **Estudos Avançados**, [s.l.], v. 30, n. 88, p.155-166, dez. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-40142016.30880011>.

HERMES, Héliida Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 18, n. 9, p.2577-2588, set. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232013000900012>.

Instituto Nacional do Câncer. **Hospital do Câncer IV**. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?ID=233](http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=233)>. Acesso em: 25 set. 2018.

KOVACS, Maria Júlia. Espiritualidade e psicologia: cuidados compartilhados. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 246-255, 2007.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a Morte e o Morrer**. 7. ed. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora, 1996.

KUSTER, Darleia König; BISOGNO, Silvana Bastos Cogo. A percepção do enfermeiro diante da morte dos pacientes. **Disciplinarum Scientia**, Santa Maria, v. 11, n. 1, p.9-24, nov. 2010.

LAGES, Maria Gizelda Gomes et al. Estratégias de Enfrentamento de Enfermeiros frente ao Paciente Oncológico Pediátrico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 4, p.503-510, jul. 2011.

LAZARUS, Richard S; FOLKMAN, Susan. **Stress, Appraisal, and Coping**. Usa: Springer Pub, 1984. 60 p.

LIMA, Bruna Santos Ferreira; SILVA, Roberto Carlos Lyra da. Morte e morrer numa UTI pediátrica: desafios para cuidar em enfermagem na finitude da vida / Death and dying in a pediatric ICU. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [s.l.], v. 13, n. 4, p.722-729, 27 nov. 2014. Universidade Estadual de Maringá. <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v13i4.21530>.

LIMA, Regina Aparecida Garcia De. Cuidados paliativos: desafios dos sistemas de saúde. **Revista latino-americana de enfermagem**, Cidade, v. 19, n. 2, p. 227-228, mar./abr. 2011.

LUIZ, Marina Mendes et al. Cuidados paliativos em enfermagem ao idoso em UTI: uma revisão integrativa / Palliative nursing care in the elderly in UCI. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [s.l.], v. 10, n. 2, p.585-592, 2 abr. 2018. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.585-592>.

MACIEL, M. G. S. Definições e princípios. Cuidado paliativo, CREMESP, 2008; (1-I), p. 18-21.

MALANI PN, WIDERA E. The promise of palliative care: translating clinical trials to clinical care. *JAMA*. 2016;316(20):2090-1.

MARCUCCI, Fernando Cesar Iwamoto et al. Capacidade funcional de pacientes com indicação de cuidados paliativos na atenção primária. **Geriatrics, Gerontology And Aging**, [s.l.], v. 12, n. 3, p.159-165, set. 2018. Zeppelini Editorial e Comunicacao. <http://dx.doi.org/10.5327/z2447-211520181800026>.

MARQUES, Camilla Delavalentina Cavalini et al. Meanings assigned by a pediatric intensive care unit nursing team on the processes of death and dying. **Remê: Revista Mineira de Enfermagem**, [s.l.], v. 17, n. 4, p.823-830, 2013. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130060>.

MENDES, Ernani Costa; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 39, n. 106, p.881-892, set. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201510600030026>.

MENEGUIN, Silmara; MATOS, Ticiane Dionísio de Sousa; FERREIRA, Maria de Lourdes da Silva Marques. Perception of cancer patients in palliative care about quality of life. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 71, n. 4, p.1998-2004, ago. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0360>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 14. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2014.

MORAIS, Evelyn Nascimento de et al. Cuidados paliativos: enfrentamento dos enfermeiros de um hospital privado na cidade do Rio de Janeiro – RJ / Palliative care. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [s.l.], v. 10, n. 2, p.318-325, 2 abr. 2018. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.318-325>.

NASCIMENTO, Luciana de Cassia Nunes et al. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 71, n. 1, p.228-233, fev. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>.

OGUISSO T, SCHMIDT MJ. **O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

OLIVEIRA, Mariana Carneiro de et al. Cuidados Paliativos: visão de enfermeiros de um hospital de ensino. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 7, n. 1, p.28-32, abr. 2016.

PAULA, Tassiane Amado de et al. Uma revisão abrangente sobre os cuidados paliativos. **Acta Médica - Ligas Acadêmicas**, Porto Alegre, v. 39, n. 1, p.93-100, jan. 2018.

QUEIROZ, Mônica Estuque Garcia de. Atenção em cuidados paliativos. **Cadernos de Terapia Ocupacional da Ufscar**, [s.l.], v. 20, n. 2, p.203-205, abr. 2012. Editora Cubo Multimídia. <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2012.021>.

ROCCA L SML. **Resiliência: uma perspectiva de esperança na superação das adversidades**. São Leopoldo: Sinodal; 2011. p. 9-27.

ROCKEMBACH, Jamila Vasquez; CASARIN, Sidneia Tessmer; SIQUEIRA, Hedi Crecencia Heckler de. Morte pediátrica no cotidiano de trabalho do enfermeiro: sentimentos e estratégias de enfrentamento. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Ceará, v. 11, n. 2, p.63-71, jun. 2010.

RODRIGUES, Inês Gimenes; ZAGO, Márcia Maria Fontão. A morte e o morrer: maior desafio de uma equipe de cuidados paliativos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, n. 5, p.31-38, jan. 2012.

SANCHES, Patrícia Gisele; CARVALHO, Maria Dalva de Barros. Vivência dos enfermeiros de unidade de terapia intensiva frente à morte e o morrer. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p.289-296, jun. 2009.

SANTOS, Rosilene Aparecida dos; MOREIRA, Martha Cristina Nunes. Resilience and death: the nursing professional in the care of children and adolescents with life-limiting illnesses. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 19, n. 12, p.4869-4878, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141912.18862013>.

SANTOS, Janaina Luiza dos; BUENO, Sonia Maria Villela. Educação para a morte a docentes e discentes de enfermagem: revisão documental da literatura científica. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, Ribeirão Preto, v. 45, n. 1, p.272-276, mar. 2011.

SANTOS, Naira Agostini Rodrigues dos et al. Estratégias de enfrentamento em cuidados paliativos oncológicos: Revisão Integrativa. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, n. 3, p.01-08, set. 2016.

SARTORI, Aline Viegas; BATTISTEL, Amara Lúcia H. T.. A ABORDAGEM DA MORTE NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS E ACADÊMICOS DA ENFERMAGEM, MEDICINA E TERAPIA OCUPACIONAL. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, [s.l.], v. 25, n. 3, p.497-508, ago. 2017. Editora Cubo Multimídia. <http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoao0770>.

SCARTON, Juliane et al. ENFERMAGEM: A MORTE E O MORRER EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA E NEONATAL. **Rev Enferm Ufpe On Line**, Recife, v. 7, n. 10, p.5929-5937, out. 2013.

SILVA, Adriana Ferreira da et al. Palliative care in paediatric oncology: perceptions, expertise and practices from the perspective of the multidisciplinary team. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 36, n. 2, p.56-62, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.02.46299>.

SILVA JÚNIOR, Fernando José Guedes da et al. Processo de morte e morrer: evidências da literatura científica de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 6, p.1122-1126, dez. 2011.

SILVA, Karla Cristiane Oliveira et al. Obstinação terapêutica em Unidade de Terapia Intensiva: perspectiva de médicos e enfermeiros. **Escola Anna Nery**, [s.l.], v. 16, n. 4, p.697-703, dez. 2012. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-81452012000400008>.

SILVA, Marcelle Miranda da et al. Análise do cuidado de enfermagem e da participação dos familiares na atenção paliativa oncológica. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 21, n. 3, p.658-666, set. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072012000300022>.

SILVEIRA, Natyele Rippel et al. Cuidado paliativo e enfermeiros de terapia intensiva: sentimentos que ficam. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 69, n. 6, p.1074-1081, dez. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0267>.

SONG, Mi-kyung; HEART, Mary B. **Generating high quality evidence in palliative and end-of-life care**. 2017. Disponível em: <[https://www.heartandlung.org/article/S0147-9563\(16\)30341-7/pdf](https://www.heartandlung.org/article/S0147-9563(16)30341-7/pdf)>. Acesso em: 19 nov. 2018.

SOUSA, Karla Carolina; CARPIGIANI, Berenice. Ditos, não ditos e entreditos: a comunicação em cuidados paliativos. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 12, n. 1, p.97-108, mar. 2010.

SOUZA, Luis Paulo Souza e et al. A morte e o processo de morrer: sentimentos manifestados por enfermeiros. **Enfermería Global**, Espanha, v. 1, n. 32, p.230-237, out. 2013.

SOUZA, Priscila dos Santos Neris de; CONCEIÇÃO, Alexandra de Oliveira Fernandes. Processo de morrer em unidade de terapia intensiva pediátrica. **Revista Bioética**, [s.l.], v. 26, n. 1, p.127-134, jan. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422018261234>.

THIENPRAYOON, R.; LEBLANC, T.. Early integration of palliative care into the care of patients with cancer. **Hematology**, [s.l.], v. 2015, n. 1, p.479-483, 1 dez. 2015. American Society of Hematology. <http://dx.doi.org/10.1182/asheducation-2015.1.479>.

VEGA, María Elena Pérez; CIBANAL, Luis Juan. Impacto psicosocial en enfermeras que brindan cuidados en fase terminal. **Revista Cuidarte**, [s.l.], v. 7, n. 1, p.1210-1218, 5 jan. 2016. Universidad de Santander - UDES. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.295>.

WRIGHT, Michael et al. Mapping Levels of Palliative Care Development: A Global View. **Journal Of Pain And Symptom Management**, [s.l.], v. 35, n. 5, p.469-485, maio 2008. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.06.006>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Palliative care for older people: better practices**. Disponível em: <[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/143153/e95052.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/143153/e95052.pdf)>. Acesso em: 27 ago. 2018.

XU, Zhili et al. Effect of Palliative Care for Patients with Heart Failure. **International Heart Journal**, [s.l.], v. 59, n. 3, p.503-509, 31 maio 2018. International Heart Journal (Japanese Heart Journal). <http://dx.doi.org/10.1536/ihj.17-289>.

## APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Número da Entrevista:

Idade:

Gênero:

Profissão:

1. Como é trabalhar em Cuidados Paliativos (relate suas experiências atuais e anteriores, se houver; há quanto tempo atua neste tipo de serviço, como você definiria esse tipo de assistência)?
2. O que você entende por morte, como a definiria?
3. Como você lida com o sofrimento dos pacientes e familiares frente à inevitabilidade da morte (você lança mão de alguma estratégia)?
4. Como você enfrenta a morte dos pacientes que você cuidou aqui nesta unidade (se houve alguma situação que mais o marcou, por ter feito mais vínculo com paciente ou familiar, por exemplo, você pode relatar)?
5. Já se sentiu sozinho, mesmo tendo seus colegas de serviço para compartilhar o que viveu ao cuidar desses pacientes (Fale dessa experiência, há iniciativas/atividades coletivas ou individuais para te ajudar a enfrentar/encarar a morte em cuidados paliativos)?

## **APÊNDICE B – TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO REFERENTE AO ROTEIRO DE ENTREVISTA**

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Enfrentamento da equipe de enfermagem à morte de pacientes em cuidados paliativos.

#### **Prezado Participante:**

Você está sendo convidado para participar de um projeto de pesquisa com o objetivo de compreender o entendimento e como a equipe de enfermagem enfrenta a morte dos pacientes em cuidados paliativos em uma unidade de cuidados paliativos de um hospital Universitário, no Sul do Brasil.

A duração da entrevista será de 20 a 30 minutos, no seu turno de trabalho, em uma sala da Unidade Álvaro Alvim e será gravada com um aparelho gravador e a entrevista será transcrita. Sua desistência poderá ocorrer em qualquer momento da entrevista, sem nenhum prejuízo a você. Os resultados dessa pesquisa serão apresentados para a equipe que participará do estudo em forma de reuniões marcadas logo após a apresentação e avaliação do Trabalho de Conclusão do Curso.

A participação na pesquisa trará benefício indireto para você, podendo trazer apoio na forma de enfrentamento da morte dos pacientes e contribuirá para qualificar o seu conhecimento sobre o assunto estudado. A Coorientadora dessa pesquisa conduzirá junto com a pesquisadora a coleta e análise dessa pesquisa, tendo em vista que a orientadora não participará da coleta e análise dos dados.

A participação desse estudo é totalmente voluntária, e a não participação ou desistência no estudo não implicará em nenhum tipo de benefício e a participação no estudo não está associada a nenhum tipo de avaliação profissional ou de desempenho.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela participação no estudo e o participante não terá nenhum custo com o estudo.

A pesquisadora se compromete em manter a confidencialidade dos dados de identificação pessoal do participante e os resultados serão apresentados de forma agrupada, sem a identificação dos participantes do estudo.

Todas as dúvidas poderão ser esclarecidas antes e durante o curso do estudo, através do contato com a coorientadora Deise Lisboa Riquinho que estará na Escola de Enfermagem da UFRGS através do número (51) 999867895 e a pesquisadora Jennifer Ribeiro através do número (51) 993055701.

O Comitê de Ética em Pesquisa poderá ser contatado para esclarecimento de dúvidas, no 2º andar do HCPA, sala 2229, ou através do telefone 33597640, das 8h às 17h, de segunda à sexta.

Este documento será elaborado em duas vias, sendo uma delas entregue ao participante e outra mantida pela pesquisadora.

Participante \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Responsável \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Pesquisador \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_

## ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP DO HCPA



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Grupo de Pesquisa e Pós Graduação

Carta de Aprovação

**Projeto**

2019/0083

**Pesquisadores:**

**ADRIANA ROESE RAMOS**

DEISE LISBOA RIQUINHO

JENNIFER RIBEIRO DA SILVA

**Número de Participantes:** 15

**Título:** ENFRENTAMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM À MORTE DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.

- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG).



Assinado digitalmente por:  
**PATRICIA ASHTON PROLLA**

Grupo de Pesquisa e Pós-graduação  
23/04/2019 14:34:51

[https://www.hcpa.ufrgs.br/pesquisa/publicacoes/assessoria/conferencia/Assive\\_etim/fo/0083](https://www.hcpa.ufrgs.br/pesquisa/publicacoes/assessoria/conferencia/Assive_etim/fo/0083)