



FACULDADE UNIÃO DE GOYAZES
CURSO DE ENFERMAGEM

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTES
TERMINAIS

Amália Queiroz de Noronha
Ester Mariana de Lima

Orientador: Prof. Me. Osmar Pereira Santos

Trindade - GO

2016

**FACULDADE UNIÃO DE GOYAZES
CURSO DE ENFERMAGEM**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTES
TERMINAIS**

**Amália Queiroz de Noronha
Ester Mariana de Lima**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade União de
Goyazes como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem.

Orientador: Prof. Me. Osmar Pereira Santos

Trindade - GO

2016

Amália Queiroz de Noronha
Ester Mariana de Lima

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS CUIDADOS PALIATIVOS EM
PACIENTES TERMINAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade União de
Goyazes como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem, aprovada pela seguinte
banca examinadora:

Prof. Me. Osmar Pereira Santos(Orientador)
Professor e Coordenador do Curso de Enfermagem da Faculdade União de
Goyazes.

Enfermeira Esp.Leidiane Carolina (Membro Externo).
Instituto de Neurologia de Goiânia.

Prof. Esp. Telma Maria de Barros(Membro Interno).
Professora da Faculdade União de Goyazes
Enfermeira do Hospital São Camilo

Prof. Esp. Letícia Xavier (Suplente)
Professora da Faculdade União de Goyazes

12/12/2016

Agradecimentos

Agradecemos primeiramente a Deus por termos dado saúde e força para superar as dificuldades. Aos nossos pais (José Lucas & Aparecida); (Euvaldo & Aurilene) aos nossos irmãos e demais familiares pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

Agradecemos a nosso orientador Osmar Pereira dos Santos pelo suporte ao pouco tempo que lhe coube, pelas correções e incentivo.

Agradecemos também a Professora Mirian Cristina e aos nossos amigos:

Letícia Marciano, Maria Gaspar e Daniel Ferreira por ter contribuído em partes deste trabalho.

Amália Queiroz de Noronha

Ester Mariana de Lima

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTES TERMINAIS

Amalia Queiroz de Noronha¹
Ester Mariana de Lima¹
Osmar Pereira dos Santos²

RESUMO

O termo “paliativo” deriva do latim *pallium*, que significa manto, capote. Aponta-se para a essência dos cuidados paliativos: aliviar os sintomas, a dor e sofrimento em pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas ou em fase final, objetivando o paciente em sua globalidade de ser e aprimorar sua qualidade de vida. Etimologicamente, significa prover um manto para aquecer “aqueles que passam frios”, uma vez que não podem mais ser ajudados pela medicina curativa. O objetivo deste artigo é analisar os cuidados da equipe de enfermagem mediante a pacientes em Fase Terminal levando em consideração que cuidado paliativo deve ser entendido como cuidado integral voltado para pacientes fora da possibilidade de cura, respeitando o aspecto físico, psicossocial, espiritual do paciente e família, proporcionando qualidade de vida não somente no alívio da dor, mas ouvindo e respeitando suas concepções sobre a vida e a morte. Trata-se de um estudo explicativo, com abordagem qualitativa, de um levantamento bibliográfico em que foram utilizadas as bases de dados online LILACS, SciELO, BDENF e livros. O enfermeiro é quem está próximo nos momentos difíceis, e quem o paciente/família buscam quando necessitam de esclarecimentos, ou de cuidados imediatos estes profissionais lidam com os sofrimentos, com as angústias e com os temores que surgem em diversas situações envolvendo esse cuidar.

PALAVRAS CHAVE: Pacientes Terminais. Cuidados Paliativos. Assistência de Enfermagem. Profissionais de Enfermagem.

NURSING ASSISTANCE TO PALLIATIVES CARING ON TERMINAL PATIENTS

ABSTRACT

The term "palliative" derives from the Latin *pallium*, which means cloak, cowl. Aiming at the essence of palliative care: alleviating symptoms, pain and suffering in patients with chronic or degenerative diseases or in the final phase, aiming the patient to be as globality and improve their quality of life. It means, etymologically, to provide a warm cloak to "those who pass cold," since they can no longer be helped by healing medicine. The aim of this article is to analyze the care of the nursing team through patients in Terminal Phase taking into consideration that palliative care should be considered as integral care aimed at patients outside the possibility of healing, respecting the physical, psychosocial, spiritual aspect of the patient and family, providing quality of life not only in the relief of pain but listening and respecting their conceptions about life and death. It is an explanatory study, with a qualitative approach, of a bibliographical survey in which the online databases LILACS, SciELO, BDENF and books were used. The nurse is the one who's neat at the difficult moments, and who the patient / family seeks when they need clarification or immediate care, these professionals deal with the sufferings, the anxieties and the fears that emerge in various situations involving this care.

KEYWORDS: Terminal Patients. Palliative Care. Nursing Care. Professionals Nursing

¹ Acadêmicas do Curso de Enfermagem da Faculdade União de Goyazes.

² Orientador: Prof. Me Osmar Pereira dos Santos, Faculdade União de Goyazes; Enfermeiro do GDF.

1.INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos começaram na Inglaterra na década de 70 com CicelySaunders, médica e enfermeira que fundou o primeiro *hospice* (significa hospedagem, uma filosofia que reconhece e cuida com respeito dos sofrimentos globais, isto é, do corpo, da mente e do espírito) em Londres, onde proporcionava aos pacientes terminais uma nova forma de cuidado humanizado pois estava sendo realizado um tratamento ineficaz aos pacientes terminais, ignorando o seu sofrimento (PESSINI& BERTACHINI, 2005).

Hospice é um tratamento realizado, na sua maioria, em domicílio ou instituições especializadas em atender pacientes no fim da vida. Tais cuidados são definidos pela OMS (Organização Mundial de Saúde, 1990) como os cuidados totais e ativos prestados ao paciente, cuja doença não responde mais aos tratamentos curativos e quando o controle da dor e outros sintomas psicológicos, sociais e espirituais tornam-se prioridade. E atualmente esses cuidados vêm sendo implantado em vários países (KRUSE, 2007).

No ano de 1969, a psiquiatra austríaca Elisabeth Kubler-Ross, trabalhando com pacientes terminais publicou um livro como título “Sobre a morte e o morrer”, em que ela relata as verdadeiras preocupações dos pacientes em fase terminal, ensinando a comunidade que discutir com o paciente o seu diagnóstico não os feria e que na verdade eles gostavam dessa franqueza (KRUSE, 2007).

Os conceitos de cuidados paliativos estabelecidos por Elisabeth Kubler-Ross e CicelySaunders são a principal referência para profissionais de saúde, pois buscam um novo modelo de assistência ao paciente que tem como prioridade o alívio da dor e do sofrimento, e o mais importante, sabendo ouvir suas necessidades e queixas. Esses conceitos foram criados em oposição ao modelo da morte moderna, em que o foco é centralizado no médico, e o doente é pouco ouvido, e no modelo de assistência paliativa, o paciente que está no fim da vida é a base para a tomada de decisões (KRUSE, 2007).

O termo “paliativo” deriva do latim *pallium*, que significa manto, capote. Aponta-se para a essência dos cuidados paliativos: aliviar os sintomas, a dor e sofrimento em pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas ou em fase final, objetivando o paciente em sua globalidade de ser e aprimorar sua qualidade de vida. Etimologicamente, significa prover um manto para aquecer “aqueles que passam frios”, uma vez que não podem mais ser ajudados pela medicina curativa (PESSINI& BERTACHINI, 2005, p. 494).

Os profissionais da saúde têm a responsabilidade de proporcionar um cuidado eficaz, humanizado e diferenciado aos indivíduos em estado terminal. Porém, a enfermagem pode potencializar esse cuidado, pois são eles que avaliam as condições dos pacientes (sintomas e agravos), evitando uma piora no quadro clínico; possuem a arte no cuidar e no tratamento de feridas sabendo lidar com as dificuldades que surgem a cada dia (DANTAS, ROSSATO, ROCHA, 2012).

É errônea a suposição de que não há mais nada a se fazer pelo paciente sem possibilidades de cura: enquanto há vida, existe a necessidade do cuidado de enfermagem. Neste sentido, a atuação da equipe de enfermagem é primordial e indispensável para proporcionar o máximo de conforto ao paciente sob cuidados paliativos, ajudando-o a vivenciar o processo de morrer com dignidade, para que utilize, da melhor forma possível, o tempo que lhe resta. Isto significa ajudar o ser humano a buscar qualidade de vida, quando não é mais possível crescer quantidade (ARAUJO & SILVA, 2007, p. 669).

Tratando-se de cuidados paliativos a equipe de enfermagem deve considerar o paciente com um tratamento holístico e humanizado, respeitando o emocional, social e espiritual. Esse cuidado só é possível quando os enfermeiros mantêm uma boa relação de comunicação verbal ou não verbal entre o paciente e os familiares (ARAUJO & SILVA, 2007).

Ainda para o autor supracitado, por haver um grande número de enfermeiros que lidam com pacientes sem possibilidade de cura, existe uma falta de habilidade e conhecimento nessa área de cuidados paliativos. Por esse motivo muitos enfermeiros apontam a comunicação como ponto nevrálgico.

O cuidado paliativo deve ser entendido como cuidado integral voltado para pacientes fora da possibilidade de cura, respeitando o aspecto físico, psicossocial, espiritual do paciente e família, proporcionando qualidade de vida não somente no alívio da dor, mas ouvindo e, respeitando suas concepções sobre a vida e a morte. Diante do exposto, o objetivo deste artigo é analisar os cuidados paliativos prestados pela equipe de enfermagem aos pacientes em fase terminal.

2.MATERIAIS E METODOS

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa. De acordo com Gil (2008) as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de

relações entre variáveis. São inúmeros os estudos que podem ser classificados sob este título e uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados. Segundo GODOY (1995) a pesquisa qualitativa não procura enumerar e/ ou medir os eventos estudados, nem emprega instrumental estatístico na análise dos dados. Parte de questões ou focos de interesses amplos, que vão se definindo à medida que o estudo se desenvolve. Envolve a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo. Foram utilizadas as bases de dados online LILACS, SciELO, BDNF e livros.

Inicialmente foi realizada uma busca sobre o significado referente aos cuidados paliativos, tendo como objetivo identificar as concepções sobre este modo de cuidar. Na busca inicial foram considerados os títulos e resumos dos artigos para a seleção ampla de prováveis trabalhos de interesse, sendo destacados os resumos e os textos completos dos artigos, utilizando-se como palavras-chave: pacientes terminais, cuidados paliativos, assistência de enfermagem, profissionais de enfermagem.

Foram utilizados como critérios de inclusão textos que abordavam os princípios dos cuidados paliativos, textos nacionais, e textos publicados entre 2000 e 2016. Assim, separados 38 artigos referentes aos cuidados paliativos, e sendo utilizados 23 artigos para a construção deste estudo. Foram excluídos aqueles artigos que não atenderam aos critérios, como ano de publicação inferior ao ano 2000, e os que não apresentaram a temática de forma clara e objetiva.

Posteriormente, a introdução, levantamento dos objetivos, e a metodologia, feito a construção dos resultados e discussão e considerações finais.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O principal objetivo de cuidados paliativos é promover a melhoria na qualidade de vida dos pacientes e familiares esse cuidado é realizado através da prevenção e do alívio de dor e sofrimento seja ele: físico, psíquico, social ou espiritual (MATSUMOTO, 2012).

No Brasil, segundo dados do DATASUS, em 2014, faleceram 1.227.039 brasileiros. Se avaliarmos apenas os óbitos decorrentes de doenças de evolução crônica ou degenerativa e neoplasias, teremos um montante de mais de 2.019.688 pessoas que morreram no Brasil com grande possibilidade de sofrimento intenso (tabela 01). Mais de 8.250.020 mil pessoas faleceram em hospitais e 2.388.830 mil brasileiros morreram em casa (tabela 02).

Tabela 01-Mortalidade no Brasil, óbitos por Residência, Capítulo CID-10 e Região no período de 2014.

| Capítulo CID-10 | Norte | Nordeste | Sudeste | Sul | C. Oeste | Total |
|---|--------------|---------------|---------------|---------------|--------------|----------------|
| I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias | 3948 | 13510 | 24287 | 7005 | 3424 | 52174 |
| II. Neoplasias (tumores) | 10146 | 43335 | 96943 | 38428 | 13116 | 201968 |
| III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitários | 441 | 1824 | 2705 | 767 | 371 | 6108 |
| IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas | 5049 | 24034 | 29470 | 10683 | 4736 | 73972 |
| V. Transtornos mentais e comportamentais | 417 | 3704 | 5686 | 1744 | 929 | 12480 |
| VI. Doenças do sistema nervoso | 1118 | 5992 | 16902 | 6359 | 2010 | 32381 |
| VII. Doenças do olho e anexos | 5 | 6 | 7 | - | - | 18 |
| VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide | 12 | 38 | 80 | 21 | 6 | 157 |
| IX. Doenças do aparelho circulatório | 17017 | 88106 | 159973 | 53473 | 21715 | 340284 |
| X. Doenças do aparelho respiratório | 7106 | 29551 | 70576 | 22373 | 9439 | 139045 |
| XI. Doenças do aparelho digestivo | 3350 | 16190 | 29474 | 9475 | 4274 | 62763 |
| XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo | 170 | 1155 | 2363 | 410 | 202 | 4300 |
| XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo | 249 | 1183 | 2770 | 781 | 342 | 5325 |
| XIV. Doenças do aparelho geniturinário | 1534 | 6619 | 18037 | 4332 | 1988 | 32510 |
| XV. Gravidez parto e puerpério | 260 | 636 | 670 | 186 | 137 | 1889 |
| XVI. Algumas afec originadas no período perinatal | 2762 | 7446 | 8062 | 2445 | 1767 | 22482 |
| XVII. Malformações congênitas e anomalias cromossômicas | 1142 | 3041 | 4409 | 1475 | 983 | 11050 |
| XVIII. Sintomas e achados normais em exames laboratoriais | 6088 | 23574 | 32056 | 7235 | 2238 | 71191 |
| XX. Causas externas de morbidade e mortalidade | 13704 | 49804 | 57931 | 21322 | 14181 | 156942 |
| Total | 74518 | 319748 | 562401 | 188514 | 81858 | 1227039 |

Fonte: BRASIL - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, 2014.

Por haver dificuldade em avaliar e cuidar do sofrimento existe alguns critérios de recomendação para Cuidados Paliativos. São submetidos a esses

cuidados todo paciente fora da possibilidade de cura que apresentam sofrimento moderado a intenso e que escolhem manutenção de conforto e qualidade de vida. (ARANTES, 2012)

Sendo assim a inclusão para receber cuidados paliativos devem atender aos seguintes critérios, conforme as condições do paciente: Doença progressiva, incurável e avançada; poucas possibilidades de resposta às terapêuticas curativas ou quando as complicações decorrentes destas forem inaceitáveis; evolução clínica oscilante, caracterizada pelo surgimento de várias crises de necessidades ou reagudizações recorrentes; grande impacto emocional ou social para o doente e sua família, relacionado de maneira explícita ou não à proximidade da morte; prognóstico de vida reservado (estimado em menos de seis meses); necessidade de adequação terapêutica ou das ações de investigação clínica; internação prolongada sem evidência de melhora; ser portador de uma doença progressiva e incurável e preferir não ser submetido a tratamento de prolongamento da vida (MAURIZ, WIRTZBIKI, CAMPOS, 2014).

Tabela 02: Óbitos por Ocorrência, Região e Local ocorrência, no Período de 2014.

| Região | Hospital | Domicílio | Total |
|-----------------------|---------------|---------------|----------------|
| 1 Região Norte | 46480 | 16358 | 62838 |
| 2 Região Nordeste | 189040 | 87057 | 276097 |
| 3 Região Sudeste | 400219 | 85943 | 486162 |
| 4 Região Sul | 132896 | 35583 | 168479 |
| 5 Região Centro-Oeste | 56367 | 13942 | 70309 |
| Total | 825002 | 238883 | 1063885 |

Fonte: BRASIL- Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, 2014.

Muitos pacientes ainda fazem a opção de receber seu tratamento na residência pelos inúmeros benefícios entre eles o conforto, privacidade e a aproximação com a família.

A respeito da assistência domiciliar, Queiroz et al. (2013), afirmam que pode possibilitar elevado grau de humanização, envolvendo a família nos cuidados, bem como no amparo afetivo ao paciente, trazendo benefícios como a redução de complicações decorrentes de longas internações hospitalares e dos custos das tecnologias dos doentes hospitalizados (DUARTE, FERNANDES, FREITAS, 2013). Quando um indivíduo é diagnosticado com alguma doença irreversível ocorrem mudanças na sua vida. Esses indivíduos começam a questionar sobre o decorrer da doença (ex. sintomas, tratamento, reações adversas dos medicamentos, mudanças

funcionais e psicológicas, reação dos familiares) e como ele seguirá a sua vida frente a sua atual condição. Doenças terminais levam a mudanças nos relacionamentos familiares e sociais, impedindo o paciente de continuar suas atividades laborais, influenciando na sua vida financeira diminuindo assim a qualidade de vida(AZEVEDO *et.al.*, 2015).

Segundo a médica precursora do Movimento *Hospice* Moderno, CicelySaundersde acordo com a progressão da doença o tratamento curativo perde sua eficácia e os cuidados paliativos crescem significativamente, surgindo como uma necessidade absoluta na fase em que a incurabilidade se torna uma realidade irreversível (MAURIZ; WIRTZBIKI; CAMPOS, 2014).

Esta relação pode ser representada pela figura abaixo:

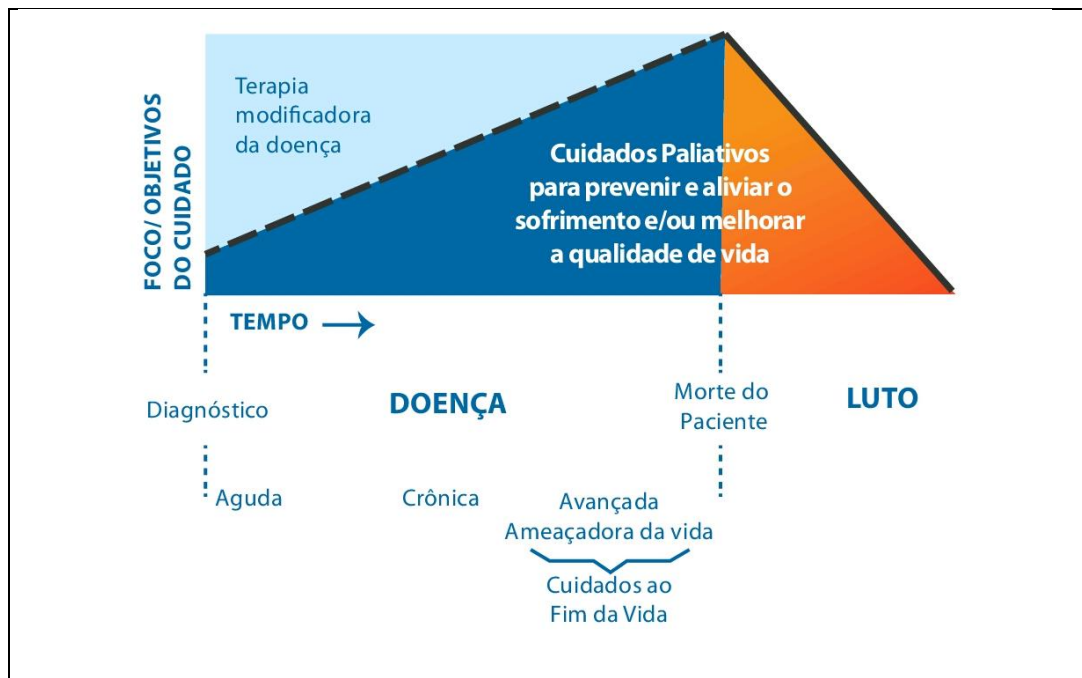


Figura 01: Evolução dos Cuidados Paliativos e sua relação com o tratamento curativo.

Fonte: Vamos falar de Cuidados Paliativos, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2015.

Os profissionais de enfermagem são os provedores do cuidado, estes devem estar aptos a aliviar o sofrimento de forma concreta, identificando e respeitando todas as necessidades humanas originalmente descritas por Maslow na sua Hierarquia das Necessidades Humanas (figura 2). Este modelo descreve as necessidades dos pacientes e familiares na fase da doença e do luto (AZEVEDO *et.al.*, 2015).

| | |
|----------------------|---|
| Realização Pessoal | Moralidade, criatividade, espontaneidade, solução de problemas, ausência de preconceito, aceitação dos fatos. |
| Estima | Autoestima, confiança, conquista, respeito dos outros, respeito aos outros. |
| Amor/ Relacionamento | Amizade, família, intimidade sexual. |
| Segurança | Segurança do corpo, do emprego, de recursos, da moralidade, da família, da saúde, da propriedade. |
| Fisiologia | Respiração, comida, água, sexo, sono, homeostase e excreção. |

Figura 02: Hierarquia das Necessidades Humanas de Maslow.

Fonte: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2015).

O processo cuidar/cuidado é essencial a pessoa humana dado a necessidade de cuidar e sermos cuidado durante todo nosso processo de vida ao final desse ciclo surge a necessidade de cuidados intensivos, valorizando o ser humano. Isto é a natureza dos cuidados paliativos (SILVA,SUDIGURSKY, 2008).

A comunicação é um instrumento essencial para a relação entre enfermeiro e paciente. Existem duas formas de comunicação: verbal e não verbal. A comunicação verbal tem o objetivo de expressar, tornar claro, intensificar uma compreensão, é importante a utilização de um vocabulário claro, em que a presença do bom humor será um instrumento fundamental do bem-estar na relação enfermeiro e paciente. A comunicação não verbal consiste na não utilização de palavras em que usamos somente gestos de uma forma ativa e reciproca, valorizando a compreensão e aceitação do paciente mediante a realização dos procedimentos a serem realizados (ARAÚJO & SILVA,2011).

Um dos pilares básicos de cuidados paliativos é a comunicação em que vai muito além do falar. O escutar, observar, respeitar, olhar também faz parte dessa comunicação fazendo com que haja um cuidado humanizado reduzindo assim o estresse e compartilhando o sofrimento desses pacientes(ARAÚJO & SILVA,2011).

Procura-se entender os sofrimentos presentes e futuros e suas possíveis causas do paciente/família/equipe. Esta fase é fundamental em cuidados paliativos, pois toda atitude que for tomada deve ser pensada de modo a controlar ou prevenir alguns sofrimentos. Cabe ressaltar a pergunta:

“QUEM ESTÁ SOFRENDO?”, pois a não separação dos sofrimentos do paciente, dos sofrimentos da família e da equipe geram atitudes que podem

prejudicar prolongar e aumentar o sofrimento do paciente e até mesmo de todos. Os profissionais “projetam” sobre o caso suas inseguranças e angústias, assim como a família (Manual de Cuidados Paliativos, 2012p. 46).

A ação da equipe de enfermagem é de busca ativa de sinais e sintomas, pois os pacientes e familiares entendem que o sofrimento está relacionado à doença e a idade não podendo ser minimizados(SAPORETTI, *et.al.* 2012).

Identificadas às causas do sofrimento deve-se tratar e retroceder com uma conduta que seja benéfica e não agrave mais o sofrimento do paciente/família(SAPORETTI, *et.al.* 2012).

O enfermeiro é quem está próximo nos momentos difíceis, e quem o paciente/família buscam quando necessitam de esclarecimentos, ou de cuidados imediatos estes profissionais lidam com os sofrimentos, com as angústias e com os temores que surgem em diversas situações envolvendo esse cuidar. Estes profissionais não deixam de apresentar sentimento de dor, perda e tristeza ao lidar com pacientes fora da possibilidade de cura para eles a morte é uma passagem e não um fim (SAPORETTI, *et.al.* 2012).

As habilidades dos enfermeiros em cuidados paliativos devem estar relacionadas no controle da dor, domínio de técnicas em administração de medicamento, comunicação terapêutica, cuidados espirituais, manutenção da higiene oral e corporal dos pacientes, prescrever medidas que promovem conforto, gerenciar toda equipe de enfermagem mantendo contato amigável com os profissionais da equipe multidisciplinar. Esses são os requisitos básicos para uma boa assistência em Cuidados Paliativos(FIRMINO, 2012).

Especificamente nos Cuidados Paliativos, o Conselho Internacional de Enfermagem afirma que “... uma pronta avaliação, identificação e gestão da dor e das necessidades físicas, sociais, psicológicas, espirituais e culturais” podem diminuir o sofrimento e melhorar, de fato, a qualidade de vida dos pacientes de Cuidados Paliativos e de seus familiares. Inserido na equipe multidisciplinar, é papel do enfermeiro atuar em prol da comunicação eficaz, aberta e adaptada ao contexto terapêutico, visando à negociação de metas assistenciais acordadas com o paciente e sua família de modo a coordenar o cuidado planejado(FIRMINO, 2012 p.335).

O foco em Cuidados Paliativos não é a doença a ser curada/tratada, mas sim o paciente um ser ativo com direito a todas as informações relacionadas ao seu tratamento(CHINO, 2012).

Segundo a Portaria do Ministério da Saúde nº1286 de 26/10/93:

O paciente tem direito a ter seu diagnóstico e tratamento por escrito, identificado com o nome do profissional de saúde e seu registro no respectivo Conselho Profissional, de forma clara e legível (Ministério da Saúde, 1993 p. 03).

O apoio à família fundamenta em ajuda-las a desenvolver sua ação cuidadora a fim de que a participação nessa fase terminal seja concluída de uma forma saudável. Para que haja um bom convívio entre família e equipe o conhecimento e compreensão deve estar em primeiro lugar, encontrando assim a forma adequada de tratar cada situação (REIGADA, RIBEIRO, NOVELLAS, 2014).

Devido às mudanças no quadro clínico o paciente necessita de cuidados e terapias diversas que podem ser realizados em ambiente hospitalar ou em domicílio recomenda que seja um local em que possa ter condições de receber cuidado e conforto (CHINO, 2012).

O quadro clínico de um doente em fase final da vida pode se modificar várias vezes durante o dia. A atenção a esta fase deve ser contínua e redobrada toda a equipe deve ser treinada para observar e alertar quanto a estas mudanças. Estar disponível para apoiar o doente, tomar decisões e conversar com familiares são características imprescindíveis a todo o grupo (FIRMINO, 2012).

Espiritualidade pode ser definida como uma capacidade humana de buscar significado a vida podendo ou não estar ligada a uma vivência religiosa (GUIMARÃES & AVEZUM, 2007).

O tema religiosidade e espiritualidade ganha bastante importância. Newshan (1998) revê o papel da espiritualidade em pacientes com câncer ou HIV e dor, ressaltando os domínios do significado, da esperança, do amor e dos relacionamentos. Avaliações e intervenções espirituais destacadas para a promoção do conforto e a diminuição da dor foram: vontade de escutar, atenção e aceitação (PERES, 2007 p.87).

A espiritualidade é um fator importante na contribuição para saúde e qualidade de vida conceito este encontrado em diversas culturas e sociedades. Estudos confirmam que pacientes com níveis altos de religiosidade apresentam controle maior da dor, porém não diminuem sua intensidade (PERES, 2007).

Além disso, a espiritualidade contribui de forma positiva para os pacientes que estão sob os cuidados paliativos, com diagnóstico de uma doença terminal, pela aceitação de seu estado, o que pode causar paz espiritual durante seu período de vida.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho abordou-se a assistência de enfermagem aos cuidados paliativos em pacientes terminais definindo seus conceitos e sua importância na assistência de saúde.

Paciente quer ser tratado como pessoa e não como doença, chamados pelo nome, receber afeto, cordialidade, atenção e o principal que é o respeito. Sem esses aspectos a assistência de enfermagem em cuidados paliativos se torna inadequada e fragilizadas.

Os profissionais de enfermagem vivem em um sofrimento diário quando lidam com pacientes em fase terminal, pois na graduação não se aprendem a lidar com a morte e sim salvar. Estar diante de uma situação de terminalidade faz surgir sentimentos de total impotência. Por este motivo existe a necessidade de treinamento para que possam lidar com situações de terminalidade e sofrimento com o objetivo de prevenir o desgaste emocional.

O sofrimento é algo totalmente individual. Único. Os profissionais veem as doenças se repetirem a cada dia na rotina, mas o sofrimento jamais se repete. Mesmo que os sintomas e a dor sejam controlados a experiência dessa dor passa por comportamentos e mecanismos diferentes, por isso o paciente deve ser tratado como um indivíduo único (ARANTES, 2016).

Diante de um diagnóstico que não se reverte, de terminalidade, a família adoce junto. A possibilidade da família se desintegrar ou de se fortalecer diante dos laços afetivos atravessa fases muito difíceis frente à doença de seus membros. Dependendo do lugar em que esse doente ocupa na família, eles passam por momentos de grande fragilidade de todos que estão ligados à família (ARANTES, 2016).

Sendo assim seria de suma importância que fosse integrado a Graduação de enfermagem disciplinas que abordem cuidados paliativos e os possíveis sofrimentos enfrentados por pacientes em fase terminal, para que esses profissionais lidem melhor com o sofrimento humano, dando a real assistência que uma pessoa no seu final de vida precisa, já que a morte é um excelente motivo para buscar um novo olhar para a vida segundo Ana Cláudia Arantes Quintana em seu livro A morte é um dia que vale a pena viver (ARANTES, 2016).

Os profissionais de enfermagem além de prestar o cuidado necessário, podem dar suporte para que a dor do paciente seja amenizada, que ele possa entender e compreender o momento em que ele está vivendo, pois o profissional de enfermagem é quem está mais próximo deste paciente.

Os cuidados paliativos oferecem, então, não apenas a possibilidade de suspender tratamentos considerados fúteis, mas a realidade tangível de ampliação da assistência oferecida por uma equipe que pode cuidar dos sofrimentos físicos, sintomas da progressão da doença ou das sequelas de tratamentos agressivos que foram necessários no tratamento ou no controle da doença grave e incurável. O sofrimento emocional é muito intenso. Nele o doente toma consciência de sua mortalidade. Essa consciência o leva à busca de sentido de sua existência (ARANTES, 2016 p. 44 e 45).

A morte ainda é um dos medos mais presentes em toda humanidade se tornando um período solitário e de terror, geralmente paciente em fase terminal é transferido de sua residência para o hospital local que para eles, pode ser considerado como um ambiente turbulento, com barulhos de sirenes e aparelhos de monitorização, pessoas gemendo, correria, gritaria proporcionando desconforto e medo.

Por esse motivo que nossa atenção deve ser redobrada, tentando diminuir suas ansiedades e medos. Nesse momento talvez o enfermo necessite de apenas um segurar de mãos, um sorriso ou até mesmo a resposta de uma simples pergunta.

Vale ressaltar que em geral o enfermo é tratado como alguém sem direito a opinar, quem sempre responde por ele é sua família. Deve-se lembrar de que o doente ainda está ali cheio de opiniões, sentimentos, desejos e o mais importante o direito de ser ouvido.

5. REFERÊNCIAS

ARANTES, A. C. Q. **A morte é um dia que vale a pena viver**. 1ª edição. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2016. 192p.

ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. **A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo**. São Paulo, 2007 p. 668-674.

SILVA, M. J. P.; ARAÚJO, M. M. T. **Comunicação em Cuidados Paliativos**. Manual de Cuidados Paliativos ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos), ampliado e atualizado 2ª edição, 2012, p. 392-398.

AZEVEDO, D.; TOMMASO A. B. G.; BURLÁ, C.; SANTOS G.; DIAS, L. M.; PY, L.; REBELLO, M. **Vamos Falar de Cuidados Paliativos**. Brasil, Copyright © 2015.

BOEMER, M. R. Sobre Cuidados Paliativos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, 2009.

BRASIL - **Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM**, Informações de Saúde (TABNET). 2014.

CHINO, F. T. B. C. **Plano de Cuidados: cuidados com o paciente e a família**. Manual de Cuidados Paliativos ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos), ampliado e atualizado 2ª edição, 2012, p. 392-398.

DANTAS, I. A. S.; ROSSATO, L. M.; ROCHA, M. C. P. Compreendendo o Significado de Cuidados Paliativos para a Enfermagem. **Saúde em Revista**. Piracicaba, SP, v.12, n. 32, p. 21-31, set-dez, 2012.

DUARTE, I. V.; FERNANDES, K. F.; FREITAS, S. C. Cuidados Paliativos Domiciliares: considerações sobre o papel do cuidador familiar. **Rev. SBPH** vol.16 no.2, Rio de Janeiro – Jul./Dez. – 2013.

FIRMINO, F. **O papel do enfermeiro na equipe**. Manual de Cuidados Paliativos ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos), ampliado e atualizado 2ª edição, 2012, p. 335.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008. x

GODOY, A.S. Introdução À Pesquisa Qualitativa E Suas Possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63. Mar/abril, 1995.

GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM, A. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Rev. Psiq. Clín.** 34, supl1; 88-94, 2007.

KRUSE, M. H. L.; VIEIRA, R. W.; AMBROSINI, L.; NIEMEYER, F.; SILVA, F. P. Cuidados Paliativos: uma experiência. **Revista Hospital das Clinicas de Porto Alegre**. Porto Alegre, 2007, 27(2): 49-52.

Manual de Cuidados Paliativos. **Agencia Nacional de Cuidados Paliativos**. Ampliado e atualizado 2ª edição. Agosto/2012.

MATSUMOTO, D. Y. **Cuidados Paliativos**: conceito, fundamentos e princípios. Manual de Cuidados Paliativos ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos), ampliado e atualizado 2ª edição, 2012.

MAURIZ, P.; WIRTZBIKI, P. M.; CAMPOS, U. W. Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar, **Protocolo Cuidados Paliativos**. Setembro de 2014.

Ministério da Saúde, Portaria nº1286 de 26/10/93.

MONTEIRO, F. F.; OLIVEIRA, M.; VALL, J. A importância dos cuidados paliativos na enfermagem. **Rev. Dor**. São Paulo, 2010 jul-set;11(3):242-248

O'CONNOR, M; ARANDA, S. **Guia prático de Cuidados Paliativos em enfermagem**. São Paulo: Andrei, 2008.

PERES, M. F. P.; ARANTES, A. C. L. Q.; LESSA, P. S.; CAOUS, C. A. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Rev. psiquiatr. Clín.** vol.34 suppl.1 São Paulo 2007.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L.. **Novas perspectivas em cuidados paliativos**: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. São Paulo, p. 491-509.

REIGADA, C.; RIBEIRO, J. L. P.; NOVELLAS, A.; PEREIRA, J. L. **O Suporte à Família em Cuidados Paliativos**. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 13, n. 1, p. 159 - 169 jan./jun. 2014.

SANTANA, J. C. B.; CAMPOS A. C. V.; BARBOSA B. D. G.; BALDESSARI, C. E. F.; PAULA, K. F.; REZENDE, M. A. E.; DUTRA, B. S. Cuidados Paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem. **Bioethikos**. n. 1, p. 77-86, 20, mar. 2009.

SANTANA, J. C. B.; PAULA, K. F.; CAMPOS, A. C. V.; REZENDE, M. A. E.; BARBOSA, B. D. G.; DUTRA, B. S.; BALDESSARI, C. E. F. Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem. **Bioethicos**, Centro Universitário São Camilo - 2009; 3(1): 77-86.

SAPORETTI, L. A.; ANDRADE, L.; SACHS, M. F. A.; GUIMARÃES, T. V. V. **Diagnóstico e abordagem do sofrimento humano**. Manual de Cuidados Paliativos ANCP (Academia Nacional de Cuidados Paliativos), ampliado e atualizado 2ª edição, 2012, p. 42-53.

SILVA, E. P.; SUDIGURSKY, D. Concepções sobre cuidados paliativos: uma revisão bibliográfica. **Acta Paul Enferm** 2008; 21(3): 504-8.