



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

ALINNE NOGUEIRA CHAVES

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ONCO-HEMATOLÓGICO EM
PALIAÇÃO: UM OLHAR SOBRE A TEORIA FINAL DE VIDA PACÍFICO**

SALVADOR

2022

ALINNE NOGUEIRA CHAVES

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ONCO-HEMATOLÓGICO EM
PALIAÇÃO: UM OLHAR SOBRE A TEORIA FINAL DE VIDA PACÍFICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestra em Enfermagem e Saúde na área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, na linha de pesquisa Cuidados na promoção à saúde, prevenção, controle e reabilitação de agravos em grupos humanos.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Tânia Maria de Oliva Menezes

SALVADOR

2022

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA),
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

C512 Chaves, Alinne Nogueira

Cuidados de enfermagem ao paciente onco-hematológico em palição:
um olhar sobre a Teoria Final de Vida Pacífico/ Alinne Nogueira Chaves. –
Salvador, 2022.

84 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Tânia Maria de Oliva Menezes
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de
Enfermagem/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, 2022.

1. Cuidados de enfermagem. 2. Oncologia. 3. Hematologia. 4. Cuidados
Paliativos 5. Final de vida I. Menezes, Tânia Maria de Oliva. II.
Universidade Federal da Bahia. III. Título.

CDU 616-083

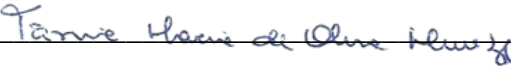
ALINNE NOGUEIRA CHAVES

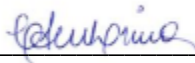
**CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ONCO-HEMATOLÓGICO EM
PALIAÇÃO: UM OLHAR SOBRE A TEORIA FINAL DE VIDA PACÍFICO**


Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestra em Enfermagem e Saúde na área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, na linha de pesquisa Cuidados na promoção à saúde, prevenção, controle e reabilitação de agravos em grupos humanos.

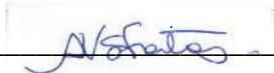
Aprovada em 15 de junho de 2022

BANCA EXAMINADORA

Tânia Maria de Oliva Menezes 
Doutora em Enfermagem. Universidade Federal da Bahia

Claudia Feio da Maia Lima 
Doutora em Enfermagem. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Juliana Bezerra do Amaral 
Doutora em Enfermagem. Universidade Federal da Bahia

Adriana Valéria da Silva Freitas 
Doutora em Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

Às minha raízes, meus queridos e amados antepassados; meu sustento diário, minha força, razão da minha existência. Em especial, aos meus avós maternos e paternos (in memoriam).
Sinto fortemente o Amor de vocês vibrando em cada célula do meu corpo. Lembro dos momentos vividos com os senhores, durante a infância, tão necessários para seguir no caminho do bem.

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, meu pai criador, minha fé, meu existir.

Aos meus pais, representação de Deus na face da Terra, por terem sido o chamariz para minha encarnação e oportunidade de evoluir espiritualmente.

Ao meu filho, por ter me escolhido, me fez mãe e me apresentou o verdadeiro e puro AMOR.
Aos meus irmãos, George e Wesley, que por afinidade nos encontramos nessa jornada da Vida.

À Marco Lázaro, pelo apoio dispensado sempre que precisei.

À minha orientadora, **Profª Drª Tânia Maria de Oliva Menezes**, anjo enviado por Deus, que me carregou no colo, acreditou em mim e fez esse sonho ser real. Para além do mestrado, aprendi o conhecimento necessário para SER. Professora Tânia é a Luz que iluminou minha estrada e me fez melhor do que eu nem poderia imaginar.

Às minhas amigas **Rebeca Albuquerque e Verônica Matos**, por todos os momentos vividos de incentivo, medo, angústias, parceria e amizade. Constuímos laços eternos.

A minha amiga irmã **Giselle Tourinho**, pessoa que admiro e que a vida e o trabalho me apresentou.

Aos **Enfermeiros e técnicos de enfermagem** que aceitaram participar da pesquisa, e muitos foram ao meu encontro mostrando toda amizade e disponibilidade.

Aos colegas do PGENF pelos encontros, pelo conhecimento partilhado, pela companhia nessa fase da jornada.

Ao Núcleo de Estudos e Pesquisa do Idoso - NESPI, por ter me acolhido e por todo o conhecimento compartilhado.

Ao Grupo de Estudo GECS, na linha de Cuidados Paliativos. Em especial, às professoras Juliana Amaral e Carolina Orthiz. Às senhoras, toda a minha gratidão.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001

“O sofrimento humano só é intolerável quando ninguém cuida”

SOUNDERS, s/a

RESUMO

CHAVES, Alinne Nogueira. **Cuidados de enfermagem ao paciente onco-hematológico em palição: um olhar sobre a Teoria Final de Vida Pacífico**. 2022. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, 2022. 84p.

Atualmente, evidencia-se um movimento de transformação na área do cuidado, na tentativa de retomada da assistência que harmonize saberes técnicos-científicos, morais e espirituais, a fim de agregar resultados positivos na vida do indivíduo durante o processo de transição saúde-doença. Nesse contexto, enquadra-se a equipe de enfermagem voltada ao cuidado de pacientes oncohematológicos que exige conhecimento especializado. Assim, os cuidados paliativos surgem como ferramenta eficaz, capaz de aliar cuidado humanístico e científico, com vistas à qualidade de vida de pacientes com diagnóstico de doença ameaçadora à vida. O objetivo geral é apreender os cuidados de enfermagem a pacientes oncohematológicos em palição à luz da Teoria Final de Vida Pacífico. Como objetivos específicos: 1. Identificar o conhecimento da equipe de enfermagem da oncohematologia sobre cuidados paliativos; 2. Descrever como a equipe de enfermagem cuida de pacientes oncohematológicos em palição; 3. Conhecer os fatores que facilitam ou dificultam os cuidados de enfermagem a pacientes oncohematológicos em palição. Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, realizada em unidade de onco-hematologia de um hospital de ensino na cidade de Salvador-Bahia. A coleta dos dados ocorreu após a aprovação pelo Comitê de Ética. Os participantes foram 12 enfermeiras e 10 técnicos de enfermagem que atuam no setor. Os dados foram obtidos por meio de questionário de caracterização sociodemográfica e entrevista com roteiro semi-estruturado. Após a entrevista, os depoimentos foram analisados através da técnica de Análise de Conteúdo de Bardin e os resultados discutidos a luz da Teoria Final de Vida Pacífico. Emergiram as seguintes categorias: 1. Entendimento sobre os CP pela equipe de enfermagem; 2. Cuidados de enfermagem para final de vida pacífico a pacientes oncohematológicos em palição; 3. Faciliades e dificuldades no cuidado ao paciente em palição. O entendimento da equipe de enfermagem sobre cuidados paliativos é superficial, entretanto, há preocupação dos participantes em oferecer conforto e qualidade de vida aos pacientes e familiares, através de ações que prezam pelo bem-estar físico, emocional e espiritual. Os participantes reconhecem a dificuldade em lidar com a morte e assistir pacientes nos aspectos emocionais. Referem lacuna de uma equipe multiprofissional atuante para atender tanto ao paciente quanto a equipe de saúde. A educação permanente em cuidados paliativos é uma ferramenta concreta na formação desses profissionais para cuidar do paciente em processo de finitude.

Palavras-Chaves: Cuidados de Enfermagem. Oncologia. Hematologia. Cuidados Paliativos. Final de Vida.

ABSTRACT

CHAVES, Aline Nogueira. **Nursing care for onco-hematologic patients in palliation: a look at the Peaceful End of Life Theory**. 2022. Dissertation (Master's in Nursing and Health) - School of Nursing, Federal University of Bahia, 2022. 84p.

Currently, there is evidence of a transformation movement in the area of care, in an attempt to resume assistance that harmonizes technical-scientific, moral and spiritual knowledge, in order to add positive results in the individual's life during the health-disease transition process. In this context, the nursing team dedicated to the care of oncohematological patients who requires specialized knowledge fits. Thus, palliative care emerges as an effective tool, capable of combining humanistic and scientific care, with a view to improving the quality of life of patients diagnosed with a life-threatening disease. The general objective is to apprehend nursing care for oncohematological patients in palliation in the light of the Peaceful End of Life Theory. As specific objectives: 1. Identify the knowledge of the oncohematology nursing team about palliative care; 2. Describe how the nursing team takes care of oncohematological patients undergoing palliation; 3. Know the factors that facilitate or hinder nursing care for oncohematological patients undergoing palliation. This is exploratory research with a qualitative approach, carried out in an onco-hematology unit of a teaching hospital in the city of Salvador-Bahia. Data collection took place after approval by the Ethics Committee. The participants were 12 nurses and 10 nursing technicians who work in the sector. Data were obtained through a sociodemographic characterization questionnaire and an interview with a semi-structured script. After the interview, the testimonies were analyzed using Bardin's Content Analysis technique and the results discussed in the light of the Pacific End of Life Theory. The following categories emerged: 1. Understanding of PC by the nursing team; 2. Nursing care for peaceful end-of-life to oncohematologic patients in palliation; 3. Facilities and difficulties in palliative patient care. The nursing team's understanding of palliative care is superficial, however, participants are concerned about offering comfort and quality of life to patients and their families, through actions that value physical, emotional and spiritual well-being. Participants recognize the difficulty in dealing with death and assisting patients in emotional aspects. They refer to a gap in an active multidisciplinary team to serve both the patient and the health team. Permanent education in palliative care is a concrete tool in the training of these professionals to care for the patient in the process of finitude.

Descriptors: Nursing Care. Oncology. Hematology. Palliative Care. End of life.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1 DOENÇA ONCOHEMATOLÓGICA E CUIDADOS PALIATIVOS.....	17
2.2 CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PACIENTES COM DOENÇA ONCOHEMATOLÓGICA	19
3 TEORIA FINAL DE VIDA PACÍFICO.....	24
4 METODOLOGIA	27
4.1 TIPO DE ESTUDO	27
4.2 LÓCUS DA PESQUISA.....	27
4.3 PARTICIPANTES	27
4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DEPOIMENTOS	28
4.5 ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS	29
4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	30
5 APRESENTANDO E DESCREVENDO OS RESULTADOS.....	32
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	32
5.2. CATEGORIAS APREENDIDAS	33
5.2.1 Categoria entendimento sobre os cp pela equipe de enfermagem.....	33
5.2.2 Categoria cuidados de enfermagem para final de vida pacífico a pacientes oncohematológicos em palição.....	35
5.2.2.1 Subcategoria– Cuidado a pacientes onco-hematológicos em palição	36
5.2.2.2 Subcategoria– A equipe de enfermagem proporciona conforto.....	39
5.2.2.3 Subcategoria– Cuidado espiritual a pacientes em CP.....	41
5.2.2.4 Subcategoria– Necessidades básicas de pacientes onco-hematológicos em palição ..	44
5.2.2.5 Subcategoria– Cuidado aos aspectos emocionais	50
5.2.3 Categoria facilidades e dificuldades no cuidado a pacientes em palição	56
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERÊNCIAS.....	65
APÊNDICE A - Ofício de solicitação de liberação de campo	70

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	71
APÊNDICE C - Roteiro de entrevista semi-estruturada	75
ANEXO A - Aprovação em Comitê de Ética.....	78

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, evidencia-se um movimento de transformação do cuidado, na tentativa de retomada da assistência que harmonize saberes técnicos-científicos, morais e espirituais, a fim de agregar resultados positivos na vida do indivíduo durante o processo de transição saúde-doença. Nesse sentido, destaca-se a prática dos cuidados paliativos (CP), reverberando mudanças no cenário da assistência em saúde, sobretudo, na enfermagem oncohematológica (BUSHATSKY *et al.*, 2012).

Dentre as doenças e agravos não transmissíveis (DANT), o câncer se destaca pelo expressivo aumento do número de casos novos a cada ano. Hoje, já é considerado o principal problema de saúde pública no mundo, com aumento da incidência e mortalidade associados ao envelhecimento, crescimento populacional e mudanças na distribuição e prevalência dos fatores de risco, em especial, aqueles relacionados ao desenvolvimento socioeconômico como sedentarismo, alimentação, entre outros (BRAY, *et al.*, 2018).

Os dados mais recentes, a respeito da estimativa mundial datam do ano de 2018, quando ocorreram 18 milhões de casos novos de câncer (17 milhões sem contar os casos de câncer de pele não melanoma), e 9,6 milhões de óbitos (9,5 milhões excluindo os cânceres de pele não melanoma) (BRASIL, 2019).

Nessa perspectiva, segundo o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA (2019), nas estimativas para o Brasil, a cada ano do triênio 2020-2022 ocorrerão 625 mil casos novos de câncer (450 mil, excetuando-se o câncer de pele não melanoma). O cálculo global corrigido para o sub-registro aponta a ocorrência de 685 mil casos novos. A região Nordeste, com 27,8%, concentra a segunda maior taxa na distribuição da incidência por região geográfica, atrás apenas da região Sudeste, com 60%. Há, entretanto, variação na magnitude e tipos de câncer entre as diferentes regiões do país (BRASIL, 2019).

A palavra câncer ainda é considerada um tabu e sinônimo de doença incurável e morte. Pensar sobre a morte não é comum na cultura ocidental, onde impera o modelo de atenção à saúde voltado ao curativismo e à fragmentação do cuidado (LIMA *et al.*, 2017). Aliado a isto, os avanços tecnológicos alcançados a partir do século XX, sobretudo na área da medicina, influenciou na formação de profissionais segundo o modelo biomédico, norteando as condutas do cuidado (MATSUMOTO, 2012).

Nesse contexto, a doença oncohematológica ganha destaque pela natureza crônica, progressiva e estigmatizada, marcada por necessidade de cuidados precisos e específicos, que fazem diferença, quando conhecido e aplicado por uma enfermagem especializada (SOUSA *et*

al., 2019).

Assim, além do suporte às necessidades fisiopatológicas ocasionadas pela doença, a enfermagem pode contribuir para a adaptação e segurança do paciente, por meio de uma assistência que considere os fatores emocionais e psicossociais, minimizando o medo, insegurança e sentimentos advindos da condição de saúde, em especial, na perspectiva dos CP.

A palavra “paliativa” vem do latim *pallium*, cujo significado é manto, proteção, ou seja, proteger aqueles cujo tratamento tem possibilidade ou não de modificar a doença (HERMES, 2013). Já o conceito de CP evoluiu ao longo do tempo, se confundindo com o termo *hospice*, locais que funcionavam como abrigos para receber e cuidar de peregrinos e viajantes ainda na era cristã. Essa prática se propagou entre católicos e protestantes, passando a ter características de hospitais, já no século XIX. O movimento *hospice* moderno é atribuído a médica pioneira no assunto, Dame Cicely Saunders, que introduz uma nova forma de cuidar (MATSUMOTO, 2012).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2017), CP é definido como cuidados voltados para melhorar a qualidade de vida (QV) de pacientes e seus familiares que enfrentam doenças sem possibilidade de cura, melhorando a dor e outros sintomas, e proporcionando alívio espiritual e apoio psicológico, desde o diagnóstico até o final da vida.

Os princípios preconizados pela OMS (2014) que regem as ações dos profissionais atuantes na assistência ao paciente em CP são: prevenção e alívio do sofrimento por meio da identificação e avaliação dos sintomas e tratamento dos problemas físicos, psicossociais e espirituais; afirmar a vida e considera o morrer como um processo normal; não apressar ou adiar a morte; integrar os aspectos psicológicos e espirituais de assistência ao paciente; oferecer um sistema de apoio para ajudar o paciente a viver ativamente até a morte; oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença e com seu próprio luto; usa uma abordagem de equipe para atender às necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo aconselhamento de luto, quando indicado.

Melhorar a QV e influenciar positivamente o curso da doença deve ser iniciado o mais precocemente possível, junto com outras medidas de prolongamento da vida, como quimioterapia e radioterapia, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes (ANCP, 2012).

Com a difusão do conceito dos CP, a busca do equilíbrio entre conhecimento científico, cuidado humanizado e holístico tem se tornado constante nas práticas profissionais e de ensino, sobretudo na enfermagem, devendo haver esforços para enfrentar o desafio de

reverter o atual panorama dos cuidados e implantar medidas concretas (MATSUMOTO, 2012).

Germano e Meneguín (2013) revelam em estudo realizado com estudantes de enfermagem a respeito da percepção sobre CP, o despreparo destes que estavam prestes a se formar em lidar com questões emocionais de morte, atendimento às famílias, medos, inseguranças entre outros. As estudantes referiram quão falho é a formação superior voltada para o ensino da cura e salvar vidas. O estudo afirma, ainda, que CP não é somente para tratar da morte imediata, nem ressalta a falha de um modelo de cuidado, mas traz uma visão integral, holística e humanizada da assistência.

Ambientes de trabalho nos quais profissionais entendem a impossibilidade de cura como não viabilidade de ações cuidativas a serem oferecidas ao paciente denota uma assistência justificada e precária do ponto de vista da humanização. Percebe-se, na prática, a manifestação de sentimentos como medo, insegurança, fragilidade humana por parte de profissionais, que não se sentem preparados para cuidar de pessoas em fim de vida. Segundo Lima *et al.* (2017), essas sensações evidenciam a condição de vulnerabilidade do profissional para lidar com a morte, uma vez que evitam esse tipo de experiência, por não enfrentar a condição da própria finitude, podendo gerar angústia existencial. Os autores defendem a ideia de debates na área da educação, nas escolas, desde a infância.

É evidente a necessidade de preparação e estruturação da equipe de enfermagem para o cuidado especializado à saúde desses pacientes. A complexidade envolvida no cuidado de pacientes em fim de vida, em especial ao paciente oncohematológico, exige subsídios para práticas assistenciais de CP pautadas em elementos que garantam experiência de conforto, dignidade e respeito, alívio da dor, estar em paz e próximo a pessoas significativas. Esse padrão de cuidado é descrito na Teoria Final de Vida Pacífico (TFVP), criada em 1998 pelas enfermeiras Cornelia Ruland e Shirley Moore, com a finalidade de melhorar a QV e proporcionar o fim pacífico da vida a pacientes (RULAND; MOORE, 1998).

Essa teoria, considerada de médio alcance e preditiva, é sustentada por conceitos que se aproximam dos princípios dos CP. Sua aplicabilidade ampara a assistência de pacientes oncohematológicos, por experienciarem a palição desde o diagnóstico. Embora pouco difundida no cenário nacional, a TFVP é vital para prática da enfermeira na promoção à saúde à luz dos CP (ZACCARA, 2017).

A superficialidade da abordagem com o tema durante a minha graduação em Enfermagem não despertou, sequer preparou para atuação profissional. Naquela época, pouco se ouvia falar sobre CP e a sua associação com terminalidade ainda era muito forte. Além

disso, os estigmas difundidos sobre o sentimento de trabalhar com paciente em processo de morte e morrer não encorajava enquanto estudante.

O interesse pela oncologia surgiu a partir da minha experiência profissional, atuando em unidade oncohematológica de um hospital de ensino, e a necessidade em ampliar as possibilidades de atuação profissional diante de um mercado saturado e competitivo. Esse cenário fez despertar a necessidade de aprofundar conhecimento sobre os CP prestados pela equipe de enfermagem, uma vez que tive poucas oportunidades enquanto acadêmica e profissional. A partir daí, vivenciando o processo de trabalho em enfermagem neste setor, percebi a necessidade de implementar ações sistemáticas do ponto de vista dos CP, para nortear ações dos profissionais de enfermagem, com vistas ao cuidado integral.

Para aprofundar discussões sobre o tema cursei a disciplina Tanatologia e CP no curso de pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Tive, também, a oportunidade de ingressar no grupo de Estudos sobre Cuidado e Saúde (GECS) e Núcleo de Estudos e Pesquisa do Idoso (NESPI), com linha de pesquisa em CP da mesma universidade, amadurecendo a ideia de capacitação através do mestrado.

Para construção deste projeto realizei um levantamento na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), entre os anos de 2016 a 2020, utilizando os descritos em português: Oncologia AND Cuidados de Enfermagem AND Hematologia AND Cuidados Paliativos e descritores em Inglês: Hematology AND Nursing Care AND Palliative Care, nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS): MEDLINE, BDNF e LILACS. Os critérios de inclusão foram: 1. Foco no adulto; 2. Texto completo e disponível gratuitamente; 3. Idiomas português, inglês e espanhol; e exclusão: 1. Artigos repetidos na base de dados, foram considerados apenas uma vez; 2. Teses, dissertações e monografias; 3. Artigos de revisão e reflexão.

Ao utilizar os descritores em português foram localizados quatro artigos, dos quais, após leitura, foram excluídos por se tratarem dos CP oncológicos em crianças, não correspondendo a temática deste estudo. Quando utilizado os descritores em inglês e aplicado os filtros, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, foram encontrados 11 artigos. Destes, quatro foram descartados por não estarem disponíveis gratuitamente, três direcionado ao público pediátrico e um não tinha aderência ao objeto de estudo. Ao final, um versava sobre a caracterização das pessoas com doença onco-hematológica, outro sobre membros da família de pacientes com câncer e seu papel na tomada de decisões sobre fim de vida e um terceiro, sobre perspectivas dos enfermeiros de hematologia sobre os locais de cuidado e morte de seus paciente.

A partir dessas reflexões, surgiu o seguinte questionamento: Como ocorre os cuidados de enfermagem ao paciente oncohematológico hospitalizado em palição? O objeto de estudo é cuidados de enfermagem ao paciente oncohematológico hospitalizado em palição. Tem como **objetivo geral**: Apreender os cuidados de enfermagem a pacientes oncohematológicos em palição à luz da Teoria Final de Vida Pacífico e como **objetivos específicos**: 1. Identificar o conhecimento da equipe de enfermagem de oncohematologia sobre CP; 2. Descrever como a equipe de enfermagem cuida de pacientes oncohematológicos em palição; 3. Conhecer os fatores que facilitam ou dificultam os cuidados de enfermagem ao paciente oncohematológico em palição.

Esse trabalho contribuirá para nortear as ações em enfermagem, não só no tratamento de pacientes oncológicos, mas, sobretudo, daqueles que enfrentarem doença em progressão e ameaçadora da vida.

O compromisso social da pesquisa se revela no fato de proporcionar reflexão de como acontece a atuação das equipes, como deseja planejar a assistência considerando os desafios e realidades individuais de cada serviço, a fim de garantir o cuidado digno aos pacientes, familiares e todos os envolvidos. Traz o compromisso científico, uma vez que possibilita aprofundamento na pesquisa dos CP e mostra sistematização, baseado no planejamento da assistência paliativista.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 DOENÇA ONCOHEMATOLÓGICA E CUIDADOS PALIATIVOS

Entre as doenças oncohematológicas, destacam-se as leucemias e os linfomas, pela descoberta repentina através de idas ao médico para exame de rotina, ou do aparecimento de sintomas simples semelhante a várias outras doenças, o que torna complexo o diagnóstico, exigindo, muitas vezes, internamento de urgência para intervenção precoce de equipe especializada (SOUSA *et al.*, 2019).

Estima-se que, para cada ano do triênio 2020-2022, o número de casos novos de leucemia esperados para o Brasil será de 5920 em homens e 4890 em mulheres, ou seja, um risco estimado de 5,67 casos novos a cada 100 mil homens, e 4,56 para cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2019).

Ainda de acordo com o BRASIL (2019), o tipo da leucemia depende do tipo de célula sanguínea atingida e da velocidade de crescimento, o que caracteriza a doença em aguda ou crônica. Ocorre com maior frequência em adultos com mais de 55 anos, mas também é o câncer mais comum em crianças menores de 15 anos. Dentre os mais de 12 tipos de leucemia, destaca-se os quatro principais: leucemia mieloide aguda (LMA), leucemia mieloide crônica (LMC), leucemia linfocítica aguda (LLA) e leucemia linfocítica crônica (LLC).

Muitas das malignidades hematológicas se comportam como doenças crônicas e são frequentemente agressivas. O manejo varia de acordo com o subtipo: algumas são curáveis, com quimioterapia associada a longos períodos de hospitalização; outras são incuráveis desde o diagnóstico. O prognóstico é notoriamente difícil (MCCAUGHAN *et al.*, 2019).

Em relação aos linfomas, a estimativa para o Brasil, em cada ano do triênio 2020-2022 será de 2.640 casos novos de Linfoma de *Hodgkin* e 12.030 casos de Linfoma não *Hodgkin*, entre homens e mulheres. Esse tipo de câncer tem origem no sistema linfático (linfonodos ou gânglios) e em tecidos que produzem as células responsáveis pela imunidade. Quanto a prevalência, o Linfoma de *Hodgkin* pode ocorrer em qualquer idade, entretanto, é mais comum entre adolescentes e adultos de 15 a 39 anos, e idosos a partir dos 75 anos. Os homens são mais acometidos do que as mulheres. Já o Linfoma não *Hodgkin*, o risco da doença aumenta à medida que se envelhece. Existem mais de 20 tipos diferentes desse câncer (BRASIL, 2019).

A doença hematológica, por natureza, causa incapacidades diversas, caracterizadas pelo declínio lento e progressivo da fisiopatologia, o que torna esse grupo de pacientes

vulnerável a complicações durante o tratamento e processo de hospitalização (SOUSA *et al.*, 2019).

A complexidade de um paciente com doença avançada e em progressão requer um preparo especial pela equipe profissional, principalmente de enfermagem, pois, nesse momento de fragilidade do paciente e de familiares, os cuidados precisam ser ativos, integrais e totais no sentido de oferecer conforto e qualidade para um morrer com dignidade. (GERMANO; MENIGUIN, 2013).

Nesse contexto, destaca-se a filosofia paliativista, a qual se propõe a proteger a vida em sua plenitude, mesmo em situações limítrofes, possibilitando que a pessoa usufrua a possibilidade de bem-estar na medida em que experiencia o processo de terminalidade (ZACCARA, 2017).

Os CP surgiram, oficialmente, na década de 1960, no Reino Unido, com os trabalhos realizados pela médica e também assistente social e enfermeira, Cicely Saunders (GOMES; OTHERO, 2016).

Ainda em 1947 conheceu um paciente judeu de 40 anos chamado David Tasma, o qual recebera uma colostomia paliativa, devido a um carcinoma retal inoperável. Cicely o visitou até sua morte e manteve com ele longas conversas. David Tasma deixou-lhe uma pequena quantia como herança, dizendo: “Eu serei uma janela na sua Casa”. A criação do *St. Christophers Hospice*, em Londres, em 1967, marcou essa nova forma de cuidado, aliando assistência, ensino e pesquisa (MATSUMOTO, 2012).

Na década de 1970, Elisabeth Kübler-Ross, psiquiatra suíça radicada nos Estados Unidos, após encontro com Cicely, traz esse movimento para a América, fundando entre 1974 e 1975, um *hospice* na cidade de Connecticut (Estados Unidos) e, a partir daí, o movimento dissemina-se, passando a integrar os cuidados a pacientes fora de possibilidade de cura, em diversos países (MATSUMOTO, 2012; GOMES; OTHERO, 2016).

Os CP tem como foco a QV do paciente, proporcionada através da atuação profissional respaldada em princípios éticos, alívio dos sintomas, escuta sensível, comunicação efetiva, envolvendo paciente e familiares no tratamento e decisões com vistas ao autocuidado (GOMES *et al.*, 2018).

Assim, um dos desafios dos CP é encontrar o equilíbrio entre o uso de recursos tecnológicos disponíveis que permeiam a manutenção da vida, muitas vezes com uso de abordagens insuficientes ou desnecessárias, e o cuidado humanizado, que considere a dignidade do paciente e trate sintomas como o a dor (MATSUMOTO, 2012).

Vale ressaltar que a medicina paliativa não se opõe à medicina tencológica, pelo

contrário, utiliza-se de conhecimento técnico especializado, aliado a uma atenção voltada para o controle dos sintomas e a promoção do bem-estar do paciente, refletindo sobre condutas, que perpassam ética e reafirmam o cuidado baseado em princípios, e não em protocolos clínicos (MATSUMOTO, MACIEL: 2012).

Os CP requerem, acima de tudo, a existência, formação e atuação de equipe multiprofissional: enfermeira, médico, assistente social, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, farmacêutico, assistente espiritual e dentista, todos com especialização e olhar para o cuidado binômio paciente – família, desde diagnóstico até assistência ao luto. (ANCP, 2012)

Lima *et al.* (2017) afirma que a equipe de CP precisa trabalhar de forma coesa, utilizando comunicação interpessoal efetiva, que fortaleça os membros em prol de mais segurança no cuidado. As autoras ressaltam a importância da comunicação com pacientes e familiares, tanto na forma quanto no conteúdo. Uma mensagem clara, sempre adequada ao momento e às necessidades de entendimento, a fim de minimizar ruídos. Para isso, as equipes precisam ser capacitadas e a educação em saúde pode ser utilizada como ferramenta para contribuir no cuidado de excelência.

2.2 CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PACIENTES COM DOENÇA ONCOHEMATOLÓGICA

As doenças oncohematológicas estão ligadas a alterações nos componentes sanguíneos como glóbulos brancos, vermelhos e plaquetas, podendo ser de origem benigna ou maligna. Esses distúrbios sanguíneos são significativos e exigem cuidados minuciosos, a fim de prevenir complicações decorrentes da doença e/ou do processo de hospitalização (SOUSA *et al.*, 2019).

O impacto bipiscossocial e cultural da doença hematológica no paciente pode gerar conflitos emocionais importantes, relacionados a aspectos ameaçadores da imagem corporal e percepção da autoimagem, medo, raiva, angústia, tristeza, negação, barganha, isolamento, depressão e outros, dificultando, assim, o processo de tratamento e adaptação a nova condição de saúde (JESUS; CARVALHO, 1997).

A enfermeira deve reconhecer o mais precocemente possível os sinais e sintomas de possíveis complicações, para garantir ações de intervenção rápida, no intuito de preservar a vida desses pacientes, já que, dentre as diversas alterações orgânicas ocasionadas pela doença oncohematológica, o sistema de defesa é um dos mais afetados. Nesse sentido, a enfermagem

é responsável por acolher e assistir esses pacientes e seus familiares desde a admissão, esclarecendo a rotina diferenciada da unidade, o processo de cuidados, as medidas de prevenção e a promoção à saúde, estabelecendo vínculo e confiança no profissional e na equipe. Assim, os cuidados de enfermagem específicos a esse grupo de pacientes envolvem o conhecimento científico e a sensibilidade, para garantir segurança, qualidade e integridade física e mental do paciente (GOMES *et al.*, 2018).

Estudo realizado com membros da equipe de enfermagem, em um hospital universitário do Rio de Janeiro, com o objetivo de identificar elementos do cuidado de enfermagem ao paciente oncohematológico hospitalizado, desvela a preocupação em garantir a sua segurança, através da prevenção de infecção e sangramento, adotando medidas rotineiras: higiene das mãos, controle da mucosa oral e da eliminação intestinal, controle de acesso venoso periférico e profundo, afastamento do profissional gripado do paciente, uso de equipamentos de proteção individual (capote, luva e máscara) e permanente de uso individual, para aferição de sinais vitais. Nesse mesmo estudo, a higiene das mãos e o uso de técnicas assépticas foi reforçada pela equipe como um cuidado essencial, a fim de prevenir infecções (SOUSA *et al.*, 2019).

Os tratamentos dispensados ao paciente oncohematológico no internamento ou em ambulatorios são prolongados e se caracterizam pelo uso de drogas citotóxicas quimioterápicos, em especial os administrados por via intravenosa. O uso dessas drogas, comcomitante a um sistema imunológico já debilitado, gera riscos à saúde do paciente (HONÓRIO; CAETANO, 2009).

Os autores supracitados revelam que os cuidados de enfermagem na prevenção de infecções envolvem, também, a manipulação dos dispositivos utilizados para administração da quimioterapia intravenosa como catéteres periféricos ou centrais, semi ou totalmente implantados, de modo que estes últimos são considerados mais seguros, devido a natureza das drogas, associada ao tempo de tratamento e fragilidade da rede venosa periférica.

Durante a infusão de quimioterápicos, a enfermeira deve estar atenta e orientar o paciente para sinais de extravasamento, infiltração acidental da droga no tecido subcutâneo e flebites. As ações de intervenção para estas ocorrências devem ser rápidas, a fim de minimizar os danos teciduais - lesões extensas, até comprometimento do membro. As principais reações causadas pelo uso de quimioterápicos são náuseas, vômitos e febre. Para prevenção de náuseas, normalmente é administrado antieméticos antes da quimioterapia e em horários aprazados, conforme prescrição médica. Já a febre relacionada à neutropenia precisa ser tratada de imediato e exige atenção da equipe (HONÓRIO; CAETANO, 2009).

Outro cuidado de enfermagem ao paciente oncohematológico diz respeito ao risco de sangramento, já que vivencia níveis de plaquetas baixos, conduzindo para orientações de autocuidado com a higiene corporal e oral, o uso de escovas de cerdas macias, e enxaguantes sem álcool, evitar fio dental, e em alguns, casos manter repouso no leito (SOUSA et al., 2019).

A dor é um sintoma bastante presente na pessoa com câncer, afetando 60 a 80% dos pacientes, estando mais presente na doença avançada (RANGEL; TELLES, 2012). No estudo de Sousa *et al.* (2019), a equipe de enfermagem identificou o alívio da dor como cuidado de conforto, devendo ser tratada de maneira correta. Para isso, pode ser usada escala numérica para avaliação e comunicação ao médico seus achados. Atividades lúdicas como jogos e conversas podem dispersar a atenção do paciente em relação à dor.

Para Pires et al. (2019), os profissionais identificam o alívio da dor como aspecto fundamental no cuidado ao paciente em palição. Isso envolve, além de prescrição de analgesia, a adoção de medidas não farmacológicas, abordando os aspectos psicossociais e espirituais. Os profissionais acreditam que evitar medidas invasivas, exames e medicações que não modifiquem o curso da doença são formas de reduzir desconfortos.

De modo geral, a assistência a pacientes oncohematológicos é complexa e orientações aos pacientes e familiares constituem um elemento do cuidado. A nutrição faz parte do contexto das orientações, já que exige atenção desde a seleção até modo de preparo dos alimentos, devendo evitar os crus e sem procedência (HONÓRIO; CAETANO, 2009).

A enfermagem especializada em oncohematologia atua, também, na assistência em exames, controle do ambiente, acolhimento, educação em saúde para equipe, familiares e pacientes, descarte de resíduos citotóxicos, checagem dos quimioterápicos quanto ao nome e o conhecimento da droga, dose, validade, armazenamento, até a instalação, estabilidade e diluição (HONÓRIO; CAETANO, 2009).

Outro aspecto importante que pode ser considerado no cuidado ao paciente oncohematológico em palição é a aproximação com a família. Nesse sentido, a TFVP engloba amigos e pessoas significativas para o paciente. No estudo de Pires *et al.* (2019), sobre o conforto em fim de vida na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) foi destacado a importância da equipe multiprofissional perceber essa demanda e proporcionar a proximidade da família, a fim de ajudar no fortalecimento do vínculo e trazer segurança para o paciente e familiar. A família que se mantém equilibrada e bem informada durante o processo de adoecimento do seu ente querido, consegue transmitir esperança e conforto, tornando o ambiente menos hostil. A equipe de enfermagem pode intervir positivamente nesse processo,

fazendo concessões como visitas estendidas, horários flexibilizados e permissão para trazer algum objeto importante para o paciente. No estudo, a equipe de enfermagem foi a que mais se aproximou do cuidado holístico, evidenciando preocupação não só com o conforto físico, mas emocional, social e espiritual.

Outro aspecto a destacar no cuidado de enfermagem que coaduna com a TFVP é estar em paz. Pires *et al.* (2019) afirma que os profissionais reconhecem a importância da experiência de paz aos pacientes e familiares como forma de reduzir angústias, inquietações, medos e melhorar a condição de saúde, por meio da escuta, de informações corretas, relações gentis, da calma e tranquilidade.

Na prática, observa-se um despreparo dos profissionais em abordar as questões espirituais dos pacientes, uma vez que não foram preparados no seu processo de formação e não se sentem aptos por uma série de barreiras, como por exemplo desconforto, medo, falta de tempo, etc. Apesar do despreparo, um estudo com profissionais da saúde revela que 78,1% admitem existir relação entre religiosidade/espiritualidade e saúde; 87,7% acreditam que a religiosidade/espiritualidade coopera na promoção da saúde humana e 86% dos indivíduos com problemas de saúde tendem a se voltar para questões religiosas ou espirituais (ESPERANDIO *et al.*, 2015).

Segundo Menezes (2019), a assistência a esta dimensão ainda se encontra incipiente nas práticas de saúde, sobretudo, por não fazer parte do conteúdo abordado na maioria dos cursos desta área. Para a autora, na tentativa de diminuir esta lacuna, a enfermeira deve, na admissão do paciente, investigar a história espiritual, identificando que diagnósticos de enfermagem relacionados à dimensão espiritual estão nas diferentes classes e domínios, para melhor planejar a assistência. Afirma ainda que a enfermeira encontra dificuldades nos diagnósticos mais subjetivos, não reconhecendo como prioritário na assistência de enfermagem.

Um dos caminhos para inserir a dimensão espiritual no cotidiano da assistência à saúde do paciente em CP é trabalhar a religiosidade/espiritualidade, ou crença religiosa no seu vivido. Algumas ações podem ser desenvolvidas por profissionais de saúde, em especial pela equipe de enfermagem no cuidado ao paciente em palição: oferecer esperança, aqui entendida como valorização da vida, crença em possibilidades e superação da adversidade; estimular a fé e crença do paciente, como forma de ajudar a superação das adversidades da finitude; nesse ponto, é preciso ter cuidado para saber antes de qualquer coisa se o paciente tem fé e no que ele acredita. (MENEZES, 2019)

Outras ações discutidas incluem orientar a equipe profissional para não interromper o

momento em que o paciente esteja realizando a prática da sua crença; identificar a necessidade e/ou viabilizar a visita de um ente religioso quando solicitado; usar medidas de conforto, que vão desde atendimento das necessidades físicas até ações simples como presença e acolhimento; estabelecer confiança e vínculo, através do diálogo e escuta sensível; identificar pessoas significativas ao paciente como forma de encorajar a vencer as dificuldades e desafios do viver em palição; estimular o auto-cuidado, inserindo a dimensão espiritual; oferecer amor ao paciente, através de tarefas simples do cotidiano, mas realizadas com sentimento; meditar, a fim de reduzir ansiedade e stress, além de utilizar música da preferência do paciente, como estratégia de relaxamento, reflexão e mudança do foco da doença (MENEZES, 2019).

Assim, percebe-se que as ações são factíveis e podem ser inseridas no cuidado prestado ao paciente oncohematológico, o qual demanda dedicação exclusiva, individualizada e específica na área do cuidado, fazendo-se necessário treinamento e atualização constante da equipe.

3 TEORIA FINAL DE VIDA PACÍFICO

Para Merino *et al.* (2018), as teorias apresentam propostas para assistência, revelando propósitos e limitações, direcionando as relações de cuidado. Nessa perspectiva, as teorias constroem parâmetros e modelos de assistência para o desempenho da profissão. De acordo com Zaccara *et al.* (2017), o conteúdo de uma teoria é articulado por meio de conceitos e proposições da teoria. Os conceitos são palavras ou grupo de palavras que expressam uma imagem mental de algum fenômeno, dando sentido ao que pode ser imaginado ou observado por meio dos sentidos.

Quanto ao escopo, a TFVP é classificada como de médio alcance. Em relação às grandes teorias que têm amplo escopo com conceitos abstratos, as Teorias de médio alcance são mais circunscritas e específicas, sendo classificadas de descritivas, explicativas ou preditivas. (ZACCARA *et al.*, 2017)

Ainda segundo este autor, a TFVP baseia-se na Teoria do Conforto de Kocalba. O conforto é definido como experiência holística que engloba o atendimento das necessidades física, psíquica, social e ambiental. Na Teoria do Conforto, a enfermeira realiza ações a fim de aumentar o nível de conforto do paciente, enquanto na TFVP a(o) enfermeira(o) ajuda o paciente e familiar a vivenciar a morte pacífica.

A TFVP surge em 1998, por Cornelia Ruland e Shirley Moore, a partir da necessidade de enfermeiras em estabelecer diretrizes clínicas para orientar o cuidado de enfermagem a pacientes com câncer em uma unidade gastroenterológica de um hospital universitário na Noruega. A falta de clareza para o cuidado a pacientes em fim de vida foi identificado como impedimento para cuidado de qualidade. (RULAND; MOORE, 1998)

Cornelia Ruland concluiu seu doutorado em enfermagem em Case Western Reserve University, em Cleveland, no ano de 1998. Atualmente é diretora do Centro de tomada de decisão compartilhada e Pesquisa em Enfermagem no Hospital Universitário Rikshospitalet em Oslo, na Noruega e está nomeada como professora adjunta no Departamento de Informática Biomédica da Universidade de Columbia, em Nova York. (OSLO UNIVERSITY HOSPITAL, 2014)

Shirley Moore tem diploma de bacharel em enfermagem, pela Kent State University, mestrado e doutorado na Case Western Reserve University. Tem sido líder na educação das profissões de saúde, abordando a melhoria da qualidade nos últimos 20 anos. Ela é atualmente co-diretora do Programa de Qualidade Escolar e atua na área de pesquisas em doenças cardiovasculares, sendo membro da American Heart Association (AHA) e da American

Academy of Nursing (AAN). Destaca-se que, grande parte de suas publicações relacionam a Teoria Final de Vida Pacífico com as doenças cardiovasculares. (CASE WESTERN RESERVE UNIVERSITY, 2014).

As enfermeiras envolvidas na elaboração da teoria tinham pelo menos cinco anos de experiência com pacientes em final de vida e especialização. O desenvolvimento de um padrão de cuidado tinha como foco principal contribuir para a paz e significar os dias de vida de pacientes. A proposta da teoria baseava-se na reflexão da complexidade que envolvia o cuidar de pacientes em fim de vida, para além do conhecimento relativo ao gerenciamento e alívio de sintomas. Um cuidado pautado na consciência, sensibilidade e compaixão. O desafio era delinear intervenções para esse grupo de pacientes, que requerem um cuidado holístico e complexo. Ao final, constituiu-se um documento com 16 páginas e 16 resultados para os critérios estruturais e mais de 100 critérios de processo de intervenções de enfermagem. (RULAND; MOORE, 1998)

A teoria proposta é baseada em um padrão para o fim pacífico da vida, sustentada em cinco pilares ou conceitos: não ter dor, experienciar conforto, dignidade e respeito, proximidade com pessoas importantes e estar em paz. A dor é caracterizada como experiência desagradável e, seja de origem emocional ou sensorial, traz desconforto e sofrimento a pacientes. O conforto é definido como tudo que traz uma vida agradável e fácil, proporcionando bem estar. A dignidade está atrelado a autonomia, valor e respeito pelo paciente, devendo suas vontades e direitos serem preservados; a proximidade com a família é dada através da conexão com parentes, amigos e pessoas que importam para o paciente, e a paz é concebida através da oferta de calma, harmonia e contentamento. (ZACCARA *et al.*, 2017)

A Figura 1 abaixo expressa graficamente os conceitos adotados na Teoria do Final de Vida Pacífico, teoria de médio alcance elaborada por Ruland and Moore (1998).

Figura 1 - Teoria Final de Vida Pacífico por Ruland and Moore



Fonte: (ZACCARA *et al.*, 2017)

Os conceitos presentes na TVFP se complementam, por isso, a teoria é considerada como parcimoniosa e oferece consistência para o cuidado de enfermagem, sendo amplamente utilizada em hospitais e nos CP no mundo inteiro. No Brasil, ainda não apresenta testabilidade, secundário a incipiência de estudos que utilizam a temática. (ZACCARA *et al.*, 2017)

As diretrizes adotadas pelos CP corroboram com a TFVP, pois prioriza o cuidado holístico, integral e humanístico, baseado na essência do ato de cuidar, na qual está ancorada a gênese da enfermagem. A(O) enfermeira(o) que assiste a pacientes em CP precisa estar sensível para perceber as diversas e reais necessidades suas, combinando técnica e humanização.

O foco principal da teoria não está no morrer em si, todavia, em contribuir para o fim pacífico e significativo durante o tempo em que o paciente esteve vivo. A teoria contribui, também, para aumentar o conhecimento sobre intervenções de enfermagem que ajudem pacientes em direção a um fim pacífico da vida. (RULAND; MOORE, 1998)

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, baseada no referencial teórico da TFVP, a fim de responder à questão norteadora e os objetivos desta pesquisa. Ademais, possibilitou a compreensão do objeto de estudo, pela possibilidade de maior interação com a(o)s entrevistada(o)s e ainda pela flexibilidade na aplicação.

4.2 LÓCUS DA PESQUISA

O campo de investigação foram as unidades de onco-hematologia de um Hospital Universitário englobando a internação e unidade ambulatorial, localizado no município de Salvador, Bahia, Brasil. Fundado em 1948, o hospital é parte do complexo que integra o Centro Pediátrico e ambulatorial, perfazendo atendimentos de média e alta complexidade, exclusivamente, pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O hospital é de grande porte, caracterizado como de ensino, pesquisa e extensão na área da saúde. Administrado pela União e constitui, dentre os serviços de alta complexidade e da rede de atenção à saúde no Estado da Bahia, referência para atendimento de hematologia e transplante de medula óssea. Possui 15 leitos distribuídos em enfermaria exclusiva a pacientes hematológicos e 05 leitos destinados ao transplante de medula óssea, totalizando 20 leitos de internação. No andar térreo do complexo, encontra-se o ambulatório para acompanhamento e seguimento desses pacientes, para atender demanda de consultas médicas e administração antineoplásica e transfusional. Também é o local de atuação profissional da autora, sendo viável o acesso, daí a escolha desta unidade para a pesquisa. (HUPES, 2020)

Foi encaminhado ao Comitê de Ética do Hospital ofício solicitando autorização para realização da pesquisa, com início após apreciação e aprovação do projeto de pesquisa (Apêndice A).

4.3 PARTICIPANTES

A escolha da equipe de enfermagem levou em consideração a sua aproximação constante no processo de cuidado a pacientes em CP. Os participantes foram enfermeiras e técnicas de enfermagem que atuam exclusivamente no cuidado ao paciente oncohematológico

em palição, selecionados aleatoriamente, e que se enquadrem nos critérios de inclusão: 1. Possuir tempo de experiência nesta unidade igual ou superior a um ano, pelo fato de já terem se adaptado às rotinas; 2. Já fazerem parte da equipe permanente de cuidados e com experiência na oncohematologia e CP. Foram excluídos os profissionais afastados do serviço por qualquer justificativa durante a coleta de dados. Não houve recusas em participar da pesquisa.

O encerramento das entrevistas seguiu o critério de saturação das respostas, quando nenhum elemento novo foi encontrado. No entanto, ressaltou-se a possibilidade de surgimento de novas estratégias e/ou adequação do cuidado ao paciente em palição no decorrer da pesquisa, já que este atendimento é individualizado.

A forma de utilização mais comum do critério de saturação refere-se à aplicação de entrevistas semiestruturadas de forma sequencial, com respostas em aberto. O pesquisador identifica os tipos de resposta e anota as repetições. Quando nenhuma nova informação ou nenhum novo tema é registra-do, identifica-se o ponto de saturação (NASCIMENTO *et al.*, 2018, p.244).

Após aprovação do projeto no Comitê de Ética e liberação do campo, a chefia das unidades foram informadas, através de ofício sobre o conteúdo da pesquisa. A partir daí, entre os meses de janeiro a abril de 2022, a pesquisadora iniciou em dias e horários alternados a coleta de dados nas unidades de onco-hematologia, a fim de identificar os participantes que se enquadrassem nos devidos critérios de inclusão, convidando-os a participar da pesquisa.

4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DEPOIMENTOS

Para coleta dos dados foi utilizada a entrevista individual, realizada com a equipe de enfermagem, após o esclarecimento dos objetivos da pesquisa e a concordância dos participantes. A entrevista aconteceu em ambiente reservado no local de trabalho das participantes, livre de ruídos e interrupções, garantindo conforto, segurança e privacidade. Os depoimentos foram coletados e gravados por meio de gravador áudio digital, seguindo roteiro semiestruturado (APÊNDICE C), composto na primeira parte por perguntas que caracterizam a participante, do ponto de vista sociodemográfico, e na segunda parte, por questões abertas, que versam sobre o cuidado de enfermagem ao paciente oncohematológico em CP

As falas foram transcritas na íntegra. Para garantir o anonimato e a confidencialidade das informações, foram utilizadas a letra inicial, referente a categoria profissional da participante, seguido de valor numérico para cada: **E1, TE1**.

4.5 ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS

Para análise dos depoimentos, utilizou-se a análise de conteúdo proposta por Bardin (2016), definida como um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não), que permitam a inferência de conhecimentos relativos de produção/recepção destas mensagens.

A relevância concedida ao qualitativo e ao conteúdo manifesto ou latente das comunicações, neste caso, dá ênfase às regularidades da fala, à sua análise léxica e remete à tradicional discussão sobre a especificidade do material próprio às ciências sociais, particularmente, quanto à questão da significação. (BARDIN, 2016)

Foi priorizado avaliar com maior importância a busca dos sentidos da fala, da mensagem, visando realizar uma interpretação mais profunda, através das expressões, respostas, dúvidas e questionamentos das (os) participantes.

Bardin (2016), organiza as diferentes fases da análise de conteúdo em três etapas, a saber: 1. Pré-análise; 2. Exploração do material; 3. Tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A primeira fase é a organização propriamente dita. Tem como objetivo sistematizar as ideias iniciais, partindo de uma leitura denominada pela autora como “flutuante”, a fim de estabelecer contato com os documentos, permitindo conhecimento e análise do texto. Assim são formulados hipóteses e objetivos. No entanto, o autor afirma que não há obrigatoriedade em ter como guia um *corpus* de hipóteses para acontecer a análise. Segundo o autor, o *corpus* é o conjunto dos documentos a serem submetidos a análise levando em conta a regra da exaustividade, representatividade e pertinência.

A segunda fase diz respeito à exploração do material, através de procedimentos manuais ou de operações pelo computador. São operações de codificação, decomposição ou enumeração.

Na terceira e última fase, os resultados e interpretações são tratados e validados permitindo ao analista propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos ou inesperados.

O plano de análise deste estudo teve três momentos. No primeiro momento foram realizadas diversas leituras e categorização das falas dos participantes, com o objetivo de apreender os cuidados de enfermagem ao paciente em CP. O segundo momento compreendeu a identificação e caracterização e análise das unidades temáticas. As categorias foram discutidas com autores que abordam CP e com o suporte da TFVP.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética (CEP) em Pesquisa do Hospital do estudo em outubro de 2021, conforme indicação do Conselho Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP) e aprovado em dezembro de 2021, conforme regulação, com o número do processo CEP 5.144.648 e CAAE 52901221.8.0000.0049 (ANEXO A).

O estudo obedeceu aos princípios éticos de pesquisa com seres humanos segundo as Resoluções 466/12 e 580/2018, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), por se tratar de pesquisas em serviço público, com participantes do SUS.

Após aceite dos participantes integrar a pesquisa foram convidados a ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) em duas vias, ficando uma com a pesquisadora e outra com o participante. Na oportunidade foi esclarecido o teor da pesquisa, procedimentos para coleta e análise dos dados, seus riscos e benefícios.

Foi respeitado o direito da participante aceitar ou não se vincular à pesquisa, podendo desistir ou anular o consentimento em qualquer fase, sem lhe causar prejuízos. Por razões igualmente éticas, o serviço de saúde não foi identificado, assim como assegurado o anonimato das participantes e sigilo das informações, utilizando pseudônimos nas transcrições e divulgação da sua fala, respeitando a sua dignidade, autonomia, privacidade e integridade intelectual, social e cultural (BRASIL, 2012).

Consideramos importante salientar que os materiais das gravações adquiridos na fase de coleta de dados foram arquivados pela pesquisadora, sendo mantidos por um período de cinco anos e após serão destruídos.

O compartilhamento dos resultados obtidos na pesquisa trouxe benefícios imediatos ao serviço, uma vez que a ciência da prática dos cuidados de enfermagem destinados aos pacientes oncohematológicos em palição, exposto de forma sistemática, ofereceu melhor reflexão sobre o tema para os profissionais e a própria instituição, servindo de instrumento para reorganizar e melhorar a qualidade da assistência prestada. A pesquisa também beneficiou a comunidade acadêmica, uma vez que constituiu um campo vasto ainda a ser explorado, estimulando a produção de novos conhecimentos.

Durante a coleta de dados não houve riscos e/ou desconfortos para os participantes, sendo a coleta de dados realizada em local privativo, após assinatura do TCLE e respeito a disponibilidade do participante, direito ou recusa em responder ao questionário, assim como desistência de fazer parte da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízos materiais ou imateriais.

Diante do grave contexto pandêmico vivenciado durante a coleta de dados da pesquisa e que se estende até o momento, no intuito de garantir a proteção integral tanto da pesquisadora, quanto dos participante, as orientações estabelecidas pela OMS foram atendidas além do cumprimento dos decretos municipais vigentes, quanto ao distanciamento físico entre ambos e uso de equipamentos de proteção individual (EPIs) para proteção da vida de todos os envolvidos na pesquisa.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na unidade da coleta de dados, em eventos científicos e enviados artigos para periódicos nacionais e internacionais.

5 APRESENTANDO E DESCREVENDO OS RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

A seguir, o Quadro 1 apresenta as características dos participantes da pesquisa.

Quadro 1 - Características dos participantes. Salvador, Bahia, Brasil, 2022

Participante	Idade	Nível de Instrução	Formação em CP*	CP** atuante no setor	Tempo de Formação na área da Saúde	Tempo de Atuação	Tempo de atuação (onco-hematologia)
E1	35	Superior	Curso até 4h	ENF	13 anos	13 anos e 6 meses	2 anos e 3 meses
E2	42		Nenhum		17 anos	17 anos e 2 meses	5 anos
E3	35		Curso até 4h		14 anos	12 anos	3 anos e 2 meses
E4	39		Curso até 4h		12 anos	12 anos e 1 mês	4 anos e 10 meses
E5	33		Nenhum		9 anos	9 anos	3 anos e 8 meses
E6	38		Outros		15 anos	15 anos	6 anos e 5 meses
E7	38		Curso até 4h		13 anos	13 anos	6 anos e 5 meses
E8	36		Curso até 4h		11 anos e 9 meses	8 anos e 10 meses	3 anos e 3 meses
E9	35		Extensão		12 anos e 1 mês	12 anos e 1 mês	6 anos e 7 meses
E10	32		Curso até 4h		9 anos e 7 meses	6 anos	4 anos
E11	33		Curso até 4h		11 anos e 9 meses	11 anos e 8 meses	3 anos e 8 meses
E12	33		Curso até 4h		12 anos	12 anos	7 anos e 4 meses
TE1	33	Técnico	Outros	TE	11 anos	11 anos	5 anos
TE2	60	Técnico e Superior	Outros		30 anos	30 anos	2 anos e 1 mês
TE3	29	Técnico	Curso até 4h		7 anos	7 anos	7 anos
TE4	42	Técnico	Outros		18 anos	17 anos	1 ano e 5 meses
TE5	49	Técnico e Superior	Nenhum		20 anos	20 anos	11 anos e 8 meses
TE6	41	Técnico	Nenhum		19 anos	13 anos	11 anos e 4 meses
TE7	49		Curso até 4h		28 anos e 3 meses	26 anos	1 ano e 9 meses
TE8	40		Curso		19 anos	12 anos	10 anos

			até 4h				
TE9	29		Nenhum		8 anos e 2 meses	6 anos e 3 meses	5 anos e 3 meses
TE10	40	Técnico e Superior	Curso até 4h		19 anos e 9 meses	18 anos e 9 meses	5 anos e 5 meses

CP*: Cuidados Paliativos / CP***: Categoria Profissional / ENFA: Enfermeira(o) / TE: Técnica(o) de enfermagem.

Fonte: Elaboração da autora (2022).

5.2. CATEGORIAS APREENDIDAS

Quadro 2 - Categorias apreendidas e respectivos participantes.

Nº	CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS		PARTICIPANTES
5.2.1	Entendimento sobre os CP pela equipe de enfermagem		E1, E2, E8, E11, E12. TE8, TE9.
5.2.2	Cuidados de enfermagem para final de vida pacífico a pacientes oncohematológicos em palição	Cuidado ao Paciente Onco-hematológico em Palição	E2, E5, E6, E8, E12. TE5, TE9, TE10.
		A equipe de enfermagem proporciona conforto	E1, E2, E5, E6, TE7.
		Cuidado Espiritual a Pacientes em CP	E4, E7, E10. TE1, TE2, TE3.
		Necessidades Básicas do Paciente Onco-hematológico em Palição	E3, E4, E5, E6, E9, E12. TE1, TE5, TE6, TE7.
		Cuidado aos aspectos emocionais	E3, E5, E7, E10. TE3, TE4, TE5, TE8.
		A equipe de enfermagem busca aproximação com a família	E2, E4, E7, TE1, TE2, TE7.
5.2.3	Facilidades e Dificuldades no cuidado ao paciente em palição		E1, E4, E5, E7, E8, E11, E12, TE1, TE3, TE6, TE7, TE8.

Fonte: Elaboração da autora (2022).

5.2.1 Categoria entendimento sobre os cp pela equipe de enfermagem

A questão de aproximação utilizada para desvelar o entendimento sobre CP pelos entrevistados destaca, através das falas, palavras chaves ligadas ao conceito de CP preconizado pela OMS (2002), a exemplo de conforto, QV, medidas para diminuir sofrimento e controle de sintomas.

É uma modalidade de assistência que já não envolve mais cura, não é? A proposta terapêutica não é mais de cura, e sim, de manutenção de qualidade de vida, controle de sintomas e não está relacionado somente a câncer, e sim, a qualquer outra doença que ameace a vida. **(E2)**

São cuidados que vão ofertar para o paciente conforto, bem estar, QV, sem causar dano, sem negligenciar, pelo fato de não ser mais um tratamento curativo. **(E11)**

Eu entendo que são cuidados que a gente pode prestar a uma pessoa no sentido de que, mesmo que talvez eles não venham trazer uma cura em relação a sua patologia, mas que venham proporcionar o conforto, uma QV dentro do que eu possa ofertar, do que a instituição possa oferecer a este paciente, a fim de que ele possa, não é? Estar tendo uma QV enquanto está aqui, independente do que possa vir acontecer mais a frente, proporcionando conforto mesmo para ele. **(TE8)**

Para **E2**, **E11** e **TE8**, o entendimento dos CP está intimamente ligado a manutenção da vida, através de cuidados que proporcionem conforto e qualidade, independente da ameaça de morte. Importante ressaltar o que **E11** traz sobre o cuidado sem danos, sem negligenciar pelo motivo da palição representar o desinvestimento na cura, não na pessoa. De modo geral, para responder à pergunta de aproximação, os participantes utilizam palavras que demonstram entendimento sobre os CP, mas poucos foram capazes de realizar uma definição completa.

Segundo a WHO (2017), os CP são explicitamente reconhecidos no âmbito do direito humano à saúde, devendo ser prestado por meio de serviços de saúde integrados e centrados na pessoa, com atenção especial às necessidades e preferências dos indivíduos, ajudando-os a viver o mais ativamente possível até a sua morte. Enfrentar o sofrimento humano envolve cuidar de questões além dos sintomas físicos, utilizando uma abordagem de equipe para os pacientes e seus cuidadores.

Alguns participantes entendem que os CP estão presentes no cenário da terminalidade, quando não tem mais um direcionamento curativo.

É um conjunto, assim, de medidas, não é? De práticas que visam, não é? Prezam pela diminuição do sofrimento, não é? Do paciente nessa fase terminal, não é? Quando está com uma doença avançada, eu entendo isso. **(E1)**

São cuidados prestados ao paciente no final daquele tratamento que não teve sucesso, após uma doença que ele não tem mais resposta nenhuma positiva e entra em palição. Então, a partir dali a gente começa a ter cuidados específicos com o paciente, para que ele possa

encerrar sua vida bem. (TE9)

As falas acima refletem a compreensão do início dos CP na perspectiva do final de vida, ou no final do tratamento curativo sem sucesso, ou seja, na terminalidade quando a doença está em estágio avançado. Assim, fica evidente a ideia de prioridade do modelo biomédico centrado na cura como início do tratamento, desconsiderando a introdução dos CP desde o diagnóstico de doença ameaçadora da vida. Para WHO (2014), os CP não devem substituir os cuidados curativos apropriados. O preconizado é uma melhor e mais precoce integração dos CP com o tratamento ativo.

O entendimento de CP associado aos cuidados curativos no âmbito de doenças com risco de vida é evidenciado nas falas a seguir:

O cuidado que é destinado ao paciente que começa com uma demanda de um tratamento terapêutico e que pode evoluir para um tratamento que não tem a finalidade de curar. Um cuidado que traz conforto, que traz um olhar mais humanizado para esse paciente que vai precisar de uma atenção maior, que nem sempre esse tratamento vai ser curativo, então ele começa desde o primeiro acolhimento do profissional ao paciente, desde o primeiro acolhimento no diagnóstico. (E12)

CP é o cuidado não só àqueles pacientes que estão em terminalidade de vida, mas àqueles pacientes que também tem doenças que são potencialmente fatais, não é? E aí existe uma equipe que vai cuidar integralmente desse paciente”. (E8)

E12 traz o entendimento assertivo sobre início da abordagem paliativa, imbricado à busca do paciente pelo tratamento terapêutico, enfatizando o início desde acolhimento no momento do diagnóstico. E8 entende que esse cuidado abrange pacientes com doenças ameaçadoras da vida, sendo assistidos por uma equipe de profissionais. Assim, os CP devem ser aplicados durante todo o percurso da doença, de acordo às necessidades do paciente.

Estudo de Souza *et al.* (2021), sobre condutas do enfermeiro em CP conclui que são os cuidados são prestados alicerçados na humanização e bioética, garantindo o respeito a dignidade humana do paciente e assistência de qualidade. Dentre os cuidados de enfermagem tem-se: intervenção em sintomas de natureza física, social e emocional.

5.2.2 Categoria cuidados de enfermagem para final de vida pacífico a pacientes oncohematológicos em palição

Nesta categoria, os participantes revelam a forma como cuidam dos pacientes em CP na unidade de oncohematologia, trazendo à tona não somente a assistência de enfermagem técnica, mas também voltada para valorização de aspectos subjetivos do paciente, que são importantes para o alcance da integralidade e humanização do cuidado.

5.2.2.1 Subcategoria– Cuidado a pacientes onco-hematológicos em palição

Os participantes relatam um cuidado especial a estes pacientes imbricado à QV, conforto e atenção aos aspectos técnicos, emocionais e espirituais, com vistas ao alcance da dignidade.

Com a sequência de pacientes que entram em cuidados paliativos, a gente sabe alguns manejos para poder amenizar aquele sofrimento, então, a gente fica mais próximo do paciente, a gente tenta amenizar mais a dor, a gente tenta dar um conforto e dizer a ele palavras que elevem a seu auto estima mesmo. **(TE9)**

A gente tem que cuidar sempre pensando em todas essas dimensões do ser humano, prestando um suporte social, emocional, tem toda a parte da assistência que a gente faz pensando no conforto, na QV, assistência, enquanto a gente está aqui em âmbito hospitalar, pensando no conforto físico do paciente, enfim, medicar, mas lembrando do quanto também é importante a gente trazer esse conforto emocional, não é? **(E6)**

Ao serem questionados sobre o cuidado, os TE, a exemplo de **TE9** demonstra preocupações para além do cuidado técnico, muito embora, nas suas respostas, a grande maioria fez associação relacionada a administração de medicações, característica marcante da sua atividade profissional. **E6** também chama atenção para o cuidado além da técnica, o que envolve atender a necessidades simples do cotidiano do ser humano.

Para **E12** o cuidado é ofertado do ponto de vista da exclusividade conforme, fala:

Eu acho que o cuidado a este paciente tem que ser dado de uma forma exclusiva para cada um. Cada um é diferente, não tem como a gente dizer que é um cuidado igual para todos, por que cada um vai ter sua demanda, cada um vai aceitar de uma forma o seu diagnóstico, o seu tratamento quer seja curativo ou não. Então, a gente tem que cuidar de uma forma muito humana, escutando muito, tem que escutar o tempo todo ele, todas as queixas, todos os sinais, registrar tudo. **(E12)**

O paciente onco-hematológico naturalmente já demanda cuidados especiais, devido a

natureza da doença e suas repercussões no aspecto biológico e psíquico. No entanto, os estágios da doença, tempo de sobrevivência, as reações e enfrentamentos pessoais tornam a assistência a este cliente muito particular.

Os participantes referem prestar o cuidado com amor, conforme relatos a seguir:

A equipe é voltada para esse paciente para cuidar com amor, não é? Porque o ponto principal é amor e suporte a esse paciente, além de toda terapia medicamentosa. **(E8)**

Bem, aqui na onco eu lido com os pacientes de maneira bem amorosa, não é? Eles estão no final da vida, então a gente se coloca no lugar do outro e atender as necessidades básicas dele, ou seja, não deixar ele sentindo dor, sempre estar sinalizando aos enfermeiros, aos médicos quando tiver com muita dor, desconfortável. Então, a gente estar ali perto apoiando ele, apoiando o seu familiar, que geralmente está ali sofrendo; então, vendo se está sujo, fazendo toda a limpeza, deixando ele higienizado, com todo cuidado, em uso de oxigênio, monitorando as medicações. **(TE10)**

Embora esteja implícito nas falas das participantes o cuidado carregado de sentimentos como amor, **E8** e **TE10** verbalizam essa amorosidade como presentes na sua prática profissional, entendendo como o principal cuidado, além de demonstrarem empatia e atendimento às necessidades básicas dos pacientes.

Estudo refere que, se o profissional vem cuidando com amor e carinho, tudo flui tranquilamente com paz e conforto. (ANDRADE *et al.*, 2022). Ter conforto é um dos pilares da TFVP.

No que diz respeito ao cuidado de orientação, **E5** afirma que seu cuidado é voltado, principalmente, para a orientação de pacientes sobre o entendimento do que é estar em CP. Sua fala revela que muitos têm dificuldade de compreender o sentido da palição, nutrindo esperança com a possibilidade de cura, de mudança no prognóstico. Este sentimento permeia a própria equipe de saúde, que desconhece os limites da palição, resultado da falta de um plano de CP bem definido e traçado na unidade, como cita **E2**, atribuindo, assim, a falta de comunicação linear, como uma barreira para equipe de enfermagem.

Às vezes, a gente vê que um profissional tem uma expectativa também de cura naquele processo. Não entende que aquele processo mudou, não é? A direção, mas aqui eu acho que o principal é a gente conseguir alinhar com a equipe médica o que é que é prioridade, que é manter dignidade, que é manter conforto. **(E2)**

A coisa principal que eu acho que diferencia a minha assistência nesse paciente, seria essa tentativa de aproximar qual entendimento que ele tem, como é que eu posso ajudar a orientar; a própria equipe também

tem dificuldade muitas vezes de entender até onde a gente pode ir com palição, o que é que a gente pode fazer. **(E5)**

As falas de **E5** e **E2** demonstram preocupação em orientar o paciente para compreensão do seu real estado de saúde, atitude que pode nortear todo o processo decisório do paciente sobre sua vida a partir da palição, e também, da equipe como um todo.

Estudo de Silva *et al.* (2020) revela que, diante da situação de saúde marcada por muitas dúvidas e incertezas, os clientes verbalizam o desejo de receber mais informações a respeito do seu tratamento e prognóstico, ainda que a verdade possa causar dor. A necessidade de informações pela maioria dos entrevistados demonstrou o desejo de obter uma participação mais ativa no tratamento.

O estabelecimento de uma comunicação saudável, transmitida com afeto e empatia cria maior interação entre os envolvidos, fortalecendo o vínculo e a confiança na relação do cuidado. Consequentemente, ampara e conforta o paciente e familiares no enfrentamento de situações difíceis, minimizando sentimentos de ansiedade e angústia, através do alcance da sensação de proteção e paz interior. (SANTOS *et al.*, 2021)

Na prática, percebe-se que a comunicação eficaz entre paciente, profissional e familiares resulta na segurança necessária para o paciente falar sobre seus sentimentos, encontrando força e atitudes positivas diante do sofrimento vivenciado. O apoio psicológico é citado, por alguns participantes, como parte essencial do cuidado a pacientes em palição, conforme destacado abaixo:

Conversar com esse paciente e solicitar o apoio da psicologia; mas no geral, não vejo muita diferença do que eu faço com os demais não. **(E5)**

Bom, normalmente, eu aciono o serviço de psicologia, para também acompanhar e tento atender minimamente àquelas demandas que chegam para mim, de acolhimento, o que eu posso flexibilizar. **(E2)**

Às psicólogas, aí eu sempre chamo as psicólogas, eu recorro a elas, outros colegas não conseguem, não é? Ter esse diálogo como eu não consigo, eu sempre escuto e passo para a psicóloga, psiquiatra, quem estiver disponível na hora. **(TE9)**

Os participantes, geralmente acionam a psicologia para apoiá-los no cuidado, pois sentem-se despreparados ou por falta de tempo para ouvi-los. **E2** diz tentar atender às demandas do paciente, flexibilizando o que tiver ao seu alcance. Destaca-se a fala de **E5** em

oferecer um cuidado linear para todos os pacientes, independentemente de estar em CP, o que revela prática do cuidado integral e atitude de compromisso em ser enfermeira.

É evidente uma demanda real da assistência psicológica no contexto dos CP na onco-hematologia, tanto da parte do profissional, que busca auxílio para manejar as demandas do paciente sob seus cuidados, quanto do próprio paciente e familiares, na elaboração da transição saúde-doença, em especial do momento de finitude. Além disso, os participantes revelam a falta de apoio psicológico para si mesmos, no sentido de acolher e tratar os impactos emocionais advindos da assistência ao paciente no curso da doença e do processo de morte e morrer.

Nesse sentido, o psicólogo é agente ativo para exercer ações no âmbito dos CP, o que envolve relações interpessoais, conhecimento das reações do paciente, orientação a familiares e profissionais, promoção da comunicação efetiva e humanização hospitalar, entre outras atribuições. (CRUZ; ALMEIDA, 2019)

Ao ser questionado sobre o cuidado, **TE5** responde referenciando o cuidado a “meus” pacientes, demonstrando, através do pronome possessivo, o sentimento de abraçar a causa do outro, de se importar com a situação do outro, e de compromisso com o ser humano de forma ética e moral. Refere cuidar de todos de forma igualitária, independentemente de estar em palição, ofertando amor, carisma e empatia ao paciente e seus familiares.

Eu acho que o paciente que está em CP, ele tem que ter toda assistência. Não é porque o paciente é paliativo, eu vou dizer: ah, é paliativo? Não tem mais o que fazer não. Não é por aí! O que você pode dar a ele? Porque só Deus pode determinar o dia dele, só Deus, mais ninguém. (**TE5**)

TE5 traz, como parte do cuidado ao paciente em palição, a confiança na equipe e a esperança. Atribui o fim da vida a determinação divina. Sua fala está de acordo com o preconizado pelos CP, que afasta a ideia de não há mais o que ser feito pelo paciente.

5.2.2.2 Subcategoria– *A equipe de enfermagem proporciona conforto*

A palavra conforto também esteve presente no entendimento sobre CP e no cuidado.

Então, eu entendo como medidas que vão proporcionar conforto e QV e preparação para morte, digamos assim, tanto desse paciente quanto da família. (**E5**)

Assim a gente visa sempre manter medidas de conforto, não é? É, tem um pouco também do apoio psicológico, a gente acaba dando. A gente

acaba é dando uma assistência para diminuir realmente esse desconforto, ô, esse desconforto dele, não é? Essa dor, esse sofrimento, para que ele tenha um final de vida mais digno, digamos assim. (E1)

É todo cuidado que é dado ao paciente em fase terminal, em que você proporciona o máximo de conforto, para que ele possa ter até o final do processo, com ele, a família e as pessoas que estão ao redor dele dando todo o suporte durante o tratamento. ” (TE7)

As falas acima fazem referência à promoção do conforto como forma de alívio do sofrimento. Conforto foi uma das palavras que mais se repetiu durante as entrevistas, sendo reconhecido como uma das medidas necessárias para manutenção da vida com dignidade.

Os profissionais estendem o cuidado do conforto à família. Há, ainda, um movimento de aproximação da família como estratégia de apoio no enfrentamento da doença pelo paciente, afirmando a importância de englobar o binômio paciente-família no cuidado à saúde do doente.

No estudo sobre conforto para uma boa morte em terapia intensiva, os autores associam o significado de conforto ao apoio social e emocional à pessoa em processo de terminalidade e família, permitindo a presença de seu ente querido no momento da morte além de cuidados com integridade cutânea e de higiene, como medidas preventivas de sofrimento e desconforto. Confortar o outro proporciona conforto para aqueles que cuidam. O profissional de enfermagem que possui conhecimento, habilidade e vontade de proporcionar bem-estar à pessoa de quem cuida tem chance de contribuir para o alcance de um alto nível de conforto, sentindo-se ao mesmo tempo confortado e realizado. (SILVA, PEREIRA, MUSSI; 2015)

Pires *et al.* (2019) traz a percepção da equipe multiprofissional sobre o conforto no final de vida na terapia intensiva. Tais profissionais enfatizaram a promoção do conforto direcionado às necessidades físicas para alívio de sintomatologias comuns ao paciente em CP, sendo a equipe de enfermagem a que mais se aproximou do cuidado holístico, evidenciando preocupação não só com o conforto físico, mas emocional, social e espiritual.

De acordo com a TFVP, a experiência de conforto foi explicada como tudo o que torna a vida fácil ou agradável, uma proposta para além do controle da dor e que visa oferecer cuidado multidimensional e não apenas biológico. (ZACCARA, 2017; MOREIRA *et al.*, 2021)

Os participantes entendem a necessidade de manter a QV dos pacientes:

Entender que aquele momento também não requer mais um olhar de cura, não é? De procedimentos invasivos muitas vezes, e sim, de tentar manter QV, dignidade naquele processo. **(E2)**

CP na minha concepção são cuidados promovidos ao paciente por uma equipe multiprofissional, ao paciente que tenha uma doença crônica, não é? Que ameace a continuidade de sua vida. É, cuidados voltados para aumentar a QV desse paciente. **(E6)**

Os CP para **E2** e **E6** são cuidados que visam proporcionar e/ou aumentar a QV, livre de medidas que possam trazer desconforto. Ao atingir algum nível de QV, assegura-se o alcance do conforto.

Nesse sentido, no estudo de Pires *et al.* (2019), os participantes referem que evitar a realização de procedimentos invasivos, exames e medicações que não modificam o curso da doença são formas de reduzir desconfortos na terminalidade, contribuindo para melhoria da QV dos pacientes e correlacionando com um dos objetivos da TFVP.

A enfermagem é essencial à assistência paliativa, visto que possui como objeto de trabalho a prescrição de cuidados. A atuação integrada da equipe multiprofissional é primordial para garantir bem-estar e conforto ao paciente em CP. (RODRIGUES *et al.*, 2021)

A TFVP tem como escopo melhorar a QV e atingir um fim de vida pacífico em pacientes terminais, relacionando com as intervenções de enfermagem e resultados específicos para este grupo de doente. (ZACCARA, 2017). Segundo a WHO (2014), a qualidade faz parte da assistência a todo e qualquer indivíduo doente, de acordo com suas necessidades, sendo amparados e tratados em seu sofrimento, bem como dos seus familiares. A QV e a dignidade humana estão sempre no foco dos profissionais que atuam em CP.

5.2.2.3 Subcategoria– Cuidado espiritual a pacientes em CP

O cuidado espiritual ao paciente em palição não se resume a um conjunto de intervenções, mas envolve, sobretudo, a atitude de cuidar, o planejamento de ações voltadas à promoção de bem-estar e sentido da vida (COSTA *et al.*, 2019).

A respeito do cuidado espiritual em CP, alguns depoentes destacaram:

Eu entendo que o paciente não tem mais um direcionamento curativo. A partir daí, deve-se oferecer medida de conforto, é cuidado espiritual e o possível mais próximo de seus familiares até sua terminalidade.

(E4)

A gente tenta sempre dar uma palavra de apoio, uma palavra de afirmação. A gente pergunta se eles tem religião, não é? Se eles se apegam a alguma coisa, e a gente incentiva eles, não é? **(TE3)**

Os participantes relacionaram as questões ligadas à espiritualidade como uma necessidade básica do paciente em palição. **E4** entende o cuidado espiritual como parte da assistência ao paciente em CP. A **TE3** fomenta as questões religiosas como forma de auxílio no enfrentamento da situação difícil. Assim, a dimensão espiritual permeia o processo de saúde-doença e as relações do ser humano com o sagrado.

Esta dimensão faz parte do conceito ampliado e atualizado desta modalidade do cuidado, corroborando sua importância e a necessidade emergente de inserir esse assunto nas práticas de saúde, como forma de auxílio ao paciente no processo de transição saúde-doença, em especial, às doenças que o aproximam da ideia de finitude como o câncer.

A partir da definição de CP revisitada pela OMS (2002), o cuidado espiritual passou a integrar a abordagem ao paciente em palição. A enfermeira tem a oportunidade de se aproximar da dimensão espiritual do paciente durante a admissão, através do histórico de enfermagem, quando aborda a história espiritual. No entanto, na prática, muitos profissionais suprimem esse ponto, ou o coletam de forma superficial, pois consideram assunto delicado, pessoal ou dispensável. Conseqüentemente, por vezes, o levantamento de diagnósticos de enfermagem relacionados a essa dimensão deixa de ser realizado, impactando no cuidado ao paciente, pois a espiritualidade faz parte da natureza humana e a negligência desta dimensão não contempla a assistência multidimensional do indivíduo.

No estudo de Souza *et al.* (2015), a história espiritual refere-se às crenças como fonte de conforto/estresse e como fonte de possível influência nas decisões médicas. No resultado, a oração se apresenta como estratégia/recurso mais utilizado pelos entrevistados para conforto no enfrentamento à doença e suas implicações, cujos benefícios trazidos são sensação de calma e tranquilidade.

Ainda nesse estudo, todos os participantes consideraram fé e crenças de fundamental importância na sua vida. A maioria deles referiu aumento de sentimentos como força, confiança, tranquilidade e maior autocuidado após a doença, relacionando estes aspectos às crenças e rituais de cada um, além de todos considerarem que suas crenças tiveram influência na recuperação da sua saúde (SOUZA *et al.* 2015).

A TFVP aborda o estar em paz, que coaduna com a dimensão espiritual. A sensação de

paz implica em não ser incomodado por ansiedade, nervosismo, preocupações e medo, proporcionando maior tranquilidade nos aspectos físicos, psicológicos e espirituais. (ZACCARA *et al.*, 2017).

Estudo sobre contribuições da TFVP para assistência de enfermagem ao paciente em CP revela que os participantes consideram a espiritualidade como dimensão importante na promoção da paz ao paciente em fim de vida, visto que é compreendida como um elemento necessário à sensação de esperança, significando a vida e a doença, promovendo tranquilidade e contribuindo para minimizar os sentimentos e as emoções relacionadas ao processo de finitude (ZACCARA *et al.*, 2020).

Para Menezes (2018), o profissional de saúde que cuida do paciente em CP deve proporcionar-lhe paz em sua dinâmica de trabalho, buscando, em primeiro lugar, o exercício para estar em paz. Se o profissional não está em paz, dificilmente poderá proporcionar a paz aos pacientes sob seus cuidados. Para alcance da paz, alguns recursos podem ser utilizados, a exemplo da música, oração, meditação, presença do líder religioso.

No que tange a fé, os participantes relatam:

Fazer com que ele fale um pouco sobre aqueles aspectos relacionados à fé. Olhar os aspectos em relação ao apoio familiar que ele está tendo, tentar buscar coisas positivas e encorajar ele. Estimular ele a acreditar realmente no que ele já acredita, ele manter aquela fé ali. (E7)

Eu primeiro falo da fé que tem que ter em Deus, de acreditar que isso vai passar. (TE2)

A depender da religião do paciente, ou independente da religião, eu peço para eles ter muita fé e nunca perder a esperança, porque perante a Deus, tudo é possível. (TE1)

Os participantes estimulam os pacientes a exercerem a fé como sustento diário para vencerem os momentos difíceis. E7 estimula o paciente a trazer para perto de si sua crença e manutenção da fé. TE2 insere na sua prática ao paciente sob seus cuidados a tomar consciência da transitoriedade, e sua dificuldade deve estar ancorada na fé em Deus. TE1 incentiva a prática da fé como fonte de esperança.

A fala de E10 abaixo revela o auxílio ao paciente na prática da sua religiosidade no ambiente hospitalar:

Tem uma paciente mesmo, ela queria ir na missa. Ai teve um final de semana que estava sem missa aqui, mas ai eu fui e levei ela de cadeira

de rodas lá para capela, lá embaixo. Ai ela rezou, fez as oração e a gente retornou. Assim, a gente procura tentar atender eles da melhor maneira possível. **(E10)**

Facilitar a prática religiosa, diante a condição de saúde do paciente, garante aproximação com o sagrado, fazendo diferença na vida do outro e repercutindo no enfrentamento dos problemas. Esta ação revela o desprendimento para atender o outro nas suas necessidades e, além disso, a importância que é dada à concretização da crença do paciente, nutrindo sentimento de fé e esperança.

O sentimento de esperança tem um papel importante da saúde das pessoas, em especial, as que enfrentam doenças crônicas, podendo ser considerada primordial na assistência de enfermagem, pois contribui para aceitação da nova condição da doença, possibilitando maior capacidade de enfrentamento de situações de crise, assim como manutenção de boas condutas relacionadas a longos períodos de tratamento. (COSTA *et al.*, 2019)

5.2.2.4 Subcategoria– *Necessidades básicas de pacientes onco-hematológicos em palição*

Nesta categoria, a equipe de enfermagem traz a compreensão de forma individualizada e pessoal sobre necessidades básicas no contexto de pacientes oncohematológicos em palição. De modo geral, foram elencadas falas sobre necessidades físicas, espirituais e emocionais:

Eu presto atenção aos seus sinais e sintomas, de modo a oferecer maior conforto, mediante a doença, não é? **(E4)**

Necessidades básicas eu pensei assim, não é? Controle da dor. Eu acho assim muito importante, porque muitas vezes o paciente que está em CP, que está com doença grave, doença ameaçadora de vida, ele sofre por conta da dor. Então, o controle da dor, acho muito importante, um dos mais importantes para poder proporcionar ao paciente. **(E9)**

Ter cuidado com todas as técnicas invasivas, para que nada se quebre durante o processo. E as medicações para dor principalmente, que eles sentem muita dor, conforto na analgesia é fundamental. **(TE7)**

Em relação aos aspectos físicos, o controle e alívio da dor ganha destaque na fala dos participantes, pois os mesmos consideram relevantes no tratamento do paciente oncológico, caracterizando como a principal necessidade básica destes pacientes.

Alguns técnicos em enfermagem, a exemplo de **TE7**, cita o controle da dor através da administração de medicações como principal necessidade básica do paciente em palição, pois eles sentem muita dor e o conforto na analgesia é fundamental.

As estimativas relacionadas ao aumento expressivo do número de casos de pacientes com câncer levou a OMS a declarar em 1980 a dor, associada a esta doença, como uma emergência médica mundial (ALMEIDA; GAMA; ESPEJO; PEDROSO, 2018).

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) (2020) traz o conceito revisado para dor: uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual ou potencial. Para Souza *et al.* (2021), os enfermeiros devem considerar cada paciente como um ser humano único, que tem sua própria vida e experiências, principalmente relacionadas a dor e angústia, que devem ser respeitadas até seu último dia de vida. A dor interfere diretamente na QV dos pacientes, podendo ter consequências no comportamento como alterações do humor, irritabilidade, agressividade, agitação, gritos, desânimo, alteração na qualidade do sono, dificuldade de mobilização, inapetência, depressão.

A dor é um dos sintomas mais relatados pelos pacientes, sendo muito frequente quadros de dor crônica. A dor do câncer é difusa e multifatorial, além de difícil avaliação da equipe, pois leva em consideração a subjetividade, envolvendo experiências de aspectos individuais: emoções, espiritualidade, cultura e fator psicológico. Apesar de ser altamente prevalente, a dor oncológica frequentemente é mal manejada, seja por parte do médico, do paciente, ou por questões sociais. O tratamento baseia-se na escada analgésica da OMS, não podendo desconsiderar as alternativas não farmacológicas como abordagem que levam não apenas à melhoria da QV, como o aumento da sobrevida. (ERCOLANI *et al.*, 2018).

Para Freire *et al.* (2018), a compreensão de que a dor suscita intenso desconforto físico e psicológico impõe à equipe de profissionais que cuida de pacientes oncológicos e, sobremaneira, em fase avançada da doença, a promoção do alívio do sintoma, que para muitos pode ser insuportável, além de afetar negativamente sua QV.

A TFVP preconiza que não estar com dor é evitar que o paciente experimente sofrimento ou desconforto, através dessa vivência desagradável em sua totalidade, seja ela emocional ou sensorial. Portanto, compreende-se que a TFVP oferece elementos teóricos substanciais para nortear as ações de enfermagem nos CP, o que pode resultar em processos de trabalhos com qualidade, seguros e sistemáticos nesses tipos de serviços.

Ainda a respeito da dor destaca-se a fala a seguir:

Então, evitar medidas invasivas, desnecessárias, é promover o conforto da dor. Então, a gente tem muita dificuldade com isso. Ainda sinto um pouco de resistência da equipe, em proporcionar analgesia desse paciente, sedação, [...] pacientes que morreram sentindo dor mesmo, de forma, é, eu acho até sem dignidade para morrer, porque é muita dor, é muito sofrimento, então, a gente precisa é, rever isso. **(E5)**

Para **E5**, o tratamento da dor é essencial na promoção do conforto para além da dor física, mas, também, no alívio do sofrimento. A participante reconhece a abrangência da dor como dificuldade na assistência a pacientes em palição nesta unidade e clama por resolutividade pela equipe. Demonstra indignação e falta de dignidade a pacientes que experienciam morte com dor.

A participante entende que morrer com dignidade perpassa pelo processo de conforto pelo alívio da dor, e revela fragilidades no alcance desse conforto pela equipe que assiste estes pacientes. Assim, o controle da dor é demarcado através de analgesia bem-sucedida, com significação única.

Para Saunders, a origem do CP moderno inclui o primeiro estudo sistemático de 1.100 pacientes com câncer avançado cuidados no St. Joseph's Hospice, entre 1958 e 1965. Este estudo mostrou o efetivo alívio da dor quando os pacientes foram submetidos a esquema de administração regular de drogas analgésicas. (MATSUMOTO, 2012)

A percepção de conforto e dor é tratada de forma individual e singular, conforme preconizado na prática clínica. A complexidade desse sintoma, universalmente indesejável, é conceituado pela primeira vez por Cicely Saunders como “DOR TOTAL” partindo do princípio que considera todos os aspectos que concorrem para geração da dor como social, psíquica, espiritual, familiar, financeira (MATSUMOTO, 2012; CHRISTENSEN, 2020).

A TFVP foi criada para subsidiar as intervenções de enfermagem e os resultados no contexto do paciente terminal, com a finalidade de proporcionar uma morte digna, isenta de dor, com a oferta de ações que proporcionem conforto, dignidade, respeito e estado de paz.

Outras necessidades são apontadas pelos participantes durante as entrevistas, conforme abaixo:

A questão da higiene, os cuidados higiênicos são também básicos. Manter sempre o ambiente limpo, arrumado. Nós temos aqui o costume de passar álcool em tudo, todos os dias. Em relação a temperatura, o calor excessivo incomoda demais, eles tem muita febre. A gente tem que ter todo o cuidado em relação a hipertermia. **(TE7)**

Além do sono, do conforto até em relação a alimentação, aqueles pacientes que tem uma restrição alimentar, que estão com alguma dificuldade, eu acho tão importante! **(E9)**

Trabalhar nesse sentido de orientar esse paciente qual é a proposta da palição, ou seja, que não tem possibilidade de cura, mas cuidados voltados para propor conforto, QV que ele tem. Porque ele se vê ali? **(E5)**

Tanto **E9** quanto **TE7** trazem nas suas falas necessidades básicas do ser humano como essenciais no processo do cuidado a pacientes oncohematológicos, a exemplo do sono, alimentação, higiene, controle do ambiente no tocante a arrumação, limpeza, temperatura, com vistas a proporcionar conforto. Para **TE7**, o ambiente hospitalar em si já é insalubre e o calor excessivo na unidade provoca desconforto, sendo o controle do ambiente e da temperatura fundamental, pois esses pacientes têm muita febre.

E9 traz a importância de atentar para pacientes que tem dificuldades ou restrições alimentares. Exemplifica, através de experiência pessoal, quando trabalhou em outra instituição, que o paciente queria muito comer um bolo de chocolate e foi proporcionado a ele, através da flexibilização de regras do hospital, fazendo diferença na vida do paciente e familiares naquele momento.

E5 traz a orientação como uma necessidade básica ao paciente em palição. Afirma que falta orientação ao paciente sobre qual a proposta da palição. São pacientes que não têm possibilidade de cura, mas tem tempo de sobrevida considerável, logo, deveriam ser acompanhados desde o início por uma equipe de palição. Afirma que deve ser ofertado cuidados voltados para propor conforto e QV, discutir com o paciente e familiares até onde ele aceite, porque o paciente se vê ali, qual o entendimento dele sobre o processo, diferente de morte.

Estudo de Silva *et al.* (2020) revela que os clientes oncológicos consideram importante para o estabelecimento do vínculo terapêutico desenvolver uma comunicação verdadeira, sem mentiras ou falsas verdades, pois isso, figura ter oportunizado uma relação de mais confiança, avaliada pela maioria dos participantes como boa qualidade de comunicação na transição para CP. Foi notório que a verdade, para a maioria dos participantes é importante e de boa qualidade na comunicação. No entanto, a minoria prefere não saber demais e querer somente as boas notícias. O uso da linguagem acessível foi considerada indispensável, para que o cliente pudesse compreender o momento vivido.

Para Andrade *et al.* (2022), os profissionais de enfermagem devem reconhecer que a comunicação verbal e não verbal são relevantes na promoção de conforto e paz a pacientes em

final de vida e seus familiares.

TE1 traz significado importante no cuidado ao paciente onco-hematológico, quando afirma ser o tempo de resposta da doença e o tempo de internamento necessidades básicas deste grupo de paciente, justificado pela agressividade da doença e evolução rápida para um desfecho desfavorável.

Eu acredito que as principais necessidades são o tempo de resposta da doença, o tempo de internamento. Essa doença é muito agressiva, então as coisas acontecem muito rápido. **(TE1)**

Acho que ele tem que ter toda assistência, tanto familiar quanto da equipe médica, equipe de enfermagem. No geral, o que puder oferecer a este paciente, oferecer de uma forma assim de qualidade para ele, o que puder oferecer de uma forma assim humana. **(TE5)**

As necessidades quanto aos cuidados de enfermagem mesmo, que a gente precisa estar atento. Porque eles fazem uso de muita medicação injetável, comprimido, solução. Então, a gente tem que estar atento a isso também, porque a palição está nesses detalhes. Manter nossas mãos aquecidas no toque. A gente passa álcool gel, faz uma cuba gelada, ai vai colocar aquela comadre gelada. **(E12)**

Os participantes também reconhecem a assistência de qualidade por parte de toda a equipe, tanto médica quanto de enfermagem, com cuidado indispensável e humanizado, como mencionado pela **TE5**. Para **E12**, a palição está na oferta de cuidados, sem perder de vista os detalhes intrínsecos da assistência, que muitas vezes são desprezados pelos profissionais.

A humanização é fundamental dentro do processo do cuidar e busca resgatar uma abordagem mais atenta e humana, se aproximando da proposta dos CP. No cuidado de forma humanizada, três pontos se destacam: a comunicação, assistência humanizada e o trabalho de uma equipe multidisciplinar (SANTOS, OLIVEIRA, LEMOS, 2021).

E6 possui experiência na área e integra a comissão de CP do hospital. Demonstra entendimento ampliado sobre o tema e destaca a relevância da atuação do profissional de forma individualizada, com vistas a atender à necessidade de pacientes oncohematológicos, conforme destaca abaixo:

São cuidados voltados para melhorar sua QV, que envolvem todos os aspectos do ser humano, não é? Físico, espiritual, aspectos emocionais, aspectos sociais, então, é a equipe perceber essas nuances, não é? De todas as dimensões do ser humano e poder atuar ali, de forma sempre individualizada, dentro do que o paciente necessita.

(E6)

Outra necessidade apontada por **E6** é a social, que o paciente e sua família possam enfrentar no curso da doença e as influências no biopsicossocial de pacientes onco-hematológicos:

Paciente que tem uma necessidade social importante vai interferir diretamente na assistência prestada a ele. Por exemplo, ele tem dificuldades financeiras para manter a família, porque ele era o provedor, e enquanto o paciente está internado, está totalmente comprometida a renda desta família, então, claro que a pessoa que está ali não vai estar com seu emocional bom, e isso vai interferir, inclusive, nos aspectos físicos que o paciente precisa. **(E6)**

O acompanhamento do paciente por uma equipe multiprofissional é apontado por **TE6** como uma necessidade básica a pacientes oncohematológicos em palição, de acordo a fala abaixo:

Acompanhamento de uma equipe multiprofissional mais presente. Acompanhar esse paciente até na própria residência dele, entendeu? Porque eu acho que eles ficam muito soltos, não é? Uma paciente em palição, a gente só consegue ver nos dias marcados. Tem paciente que só vem de 8 em 8 dias. São pacientes que, a qualquer momento, podem passar por uma determinada urgência e a gente não tem uma emergência para poder acompanhar esses pacientes. Às vezes, eles acabam até em óbito e a gente nem sabe por que não tem uma emergência, e até o ambulatório mesmo de palição, sei lá, uma coisa assim, então é isso que eu vejo. **(TE6)**

Para **TE6**, há necessidade de acompanhamento de pacientes oncohematológicos por uma equipe multiprofissional mais presente, inclusive no seu domicílio. Este entendimento aponta para integração entre os níveis de atenção, por meio do funcionamento da rede de atenção à saúde (RAS) preconizado pelo SUS, buscando garantir a integralidade do cuidado, fortalecimento da rede e qualidade de atendimento.

O hospital onde esta pesquisa foi realizada não dispõe de equipe de CP formada e atuante. A assistência acontece de forma isolada, por membros de uma comissão de CP, que dispõem de poucas horas dentro da carga horária de trabalho para este fim, ou seja, não têm dedicação exclusiva para as demandas de palição dentro de um hospital de grande porte e que atende alta complexidade.

TE6 aborda a atenção domiciliar como extensão do cuidado ao paciente, corroborado

na fala de **E3** sobre necessidade de deshospitalização.

Assim, sempre que possível, promover deshospitalização, aproximar ele da família. (**E3**)

A atenção domiciliar é uma alternativa para pacientes que vivenciam doença em estágio avançado, favorecendo proximidade com familiares e permanência em ambiente acolhedor. No entanto, em estudo sobre atuação das equipes de atenção domiciliar nos CP, os participantes apontaram limites na relação com a Atenção Primária à Saúde (APS) e a necessidade de leitos hospitalares de retaguarda para os CP. Segundo os participantes, os problemas enfrentados na atenção domiciliar são os mais diversos, elencando como principal a falta de recursos na rede assistencial em relação aos materiais de consumo e insumos, recursos humanos e medicamentos de maior consumo nos CP. Outros aspectos também foram citados como: não adesão das famílias aos cuidados, sofrimento, carência socioeconômica, medo da morte em domicílio e outro (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

5.2.2.5 Subcategoria– Cuidado aos aspectos emocionais

Os participantes relatam que os aspectos emocionais estão presentes na abordagem do cuidado a pacientes oncohematológicos, conforme as falas a seguir:

O suporte emocional é feito conversando com o paciente, escuta, principalmente como é que ele está se sentindo. Estimular ele a falar dos seus medos, ouvir atentamente, tentar encorajar ele a enfrentar a situação. (**E7**)

Já que ele está naquele estado de palição, ele está emotivo, ele está insatisfeito, porque ele queria viver mais, e infelizmente a vida não proporcionou isso a ele de alguma forma. (**TE5**)

Tento reservar uns minutinhos para conversar, busco sempre a ajuda desse paciente ligada a questão espiritual, tentar, não é? Buscar a Deus, como também uma porta de refúgio, de conversar mesmo, parar para ouvi-lo não é? Isso é de ajuda. (**TE8**)

Ah, eu tenho um cuidado especial, não é? Cuidado a mais com esse paciente, por que a gente sabe que eles estão mais fragmentados, não é? Não só com relação da doença, que já acomete o paciente de várias formas, mas com essa questão emocional, não é? Que tem que lidar.

(TE3)

O cuidado relacionado ao aspecto emocional do paciente em palição é evidenciado na fala de quase todos os participantes, ganhando destaque na abordagem de **TE3** e **TE5**. Para **TE3**, a própria natureza da doença leva a fragmentação do indivíduo, o que o faz ter um cuidado especial, um cuidado extra evidenciado na sua fala.

Para **E7**, **TE5** e **TE8**, o apoio emocional dispensado ao paciente em palição perpassa pelo processo de escuta sensível, de conversa e encorajamento, de buscar ajuda em força superior, como estratégia de enfrentamento e alívio do medo e/ou ansiedade. As falas denotam a preocupação da equipe em acolher o sentimento do paciente como parte do processo do cuidado, muitas vezes aflorados durante a vivência de doença ameaçadora da vida, como as onco-hematológicas.

TE8 também demonstra preocupação em atentar para as demandas emocionais do paciente e a necessidade de atenção associado à escuta é levantado como básico para o paciente, mas, também, como dificuldade para os profissionais relacionado a tempo dispensado para isto. Para a participante, muitas vezes o paciente gostaria de se expressar, de falar a respeito de alguma dificuldade, de algum desejo, alguma vontade e reservar tempo de qualidade é demonstrar que o paciente é importante, independente do quadro clínico dele.

E3 e **E5** coadunam com as falas apresentadas, revelando o quanto é difícil para os depoentes a situação, mas demonstra disponibilidade para amparar as demandas emocionais do paciente:

É difícil a gente lidar com isso também, mas sempre tenta oferecer conforto, uma escuta, uma palavra de apoio, uma palavra de incentivo, e sempre assim, me colocando à disposição para qualquer esclarecimento, até para desabafar, para um abraço. (**E3**)

Eu tento demonstrar empatia com esse paciente. Eu entendo que é um momento difícil. Eu relato pra ele que é um momento que não só ele está sentindo, mas que eu enquanto enfermeira, que a equipe sente também, mas que eu estou ali presente pra poder fazer o que estiver ao meu alcance. (**E5**)

Para Rodrigues *et al.* (2020), a escuta atenta e de qualidade permite ao profissional que cuida de pacientes em CP identificar demandas reais e importantes para o paciente e que, se sanadas, poderão acarretar o conforto e o alívio de sofrimento. A escuta terapêutica é um recurso ainda pouco utilizado pelos profiissionais, seja por opção individual ou por

desconhecimento. Na escuta terapêutica, o sujeito verbaliza seus sentimentos, o que pode servir para subsidiar o cuidado de enfermagem.

Os participantes desta pesquisa integram a equipe da unidade há pelo menos 1 ano, e de modo geral, não tem formação na área de CP, sendo que poucos realizaram cursos de curta duração até 4 horas. Assim, fica evidente um esforço inerente a natureza humana para contemplar questões para além da técnica profissional, tão necessárias no alcance do cuidado na sua completude.

Outro aspecto que reverbera no emocional do paciente é a notícia da palição. Os participantes atribuem sentimentos de fragilidades à própria condição e repercussões da doença de base, bem como ao conhecimento sobre terminalidade da vida.

A notícia da palição reflete reações de cunho emocional, tanto no paciente quanto na equipe. Durante as entrevistas, através das falas e expressões dos participantes, percebe-se o quanto estes ficam abalados quando têm conhecimento sobre o pouco tempo de vida dos pacientes. Relatam o quanto se apegam a eles e criam laços de amizade, reflexo do cuidado mais próximo e diário, característico da equipe de enfermagem.

Na minha opinião, eu acredito que o principal cuidado é emocional, não é? porque eles ficam muito abalados quando recebem a notícia da palição, e eles tendem a se fechar um pouco, principalmente com a equipe de enfermagem. **(TE3)**

Abraçar o emocional, porque o paciente fica muito emocionalmente instável por causa do medo da morte. Mas gente, é um abraçar, é uma palavra de conforto. Eu tive que entrar para acalmar a paciente, porque ela aí falou: o que eu tenho medo é de dormir e não acordar. **(TE4)**

A gente pede apoio a algum profissional, a princípio a psicóloga, porque para a gente assim é tudo muito novo e é difícil também, porque a gente na faculdade não fala muito sobre morte, não é? E aí é complicado também para agente. A gente está acostumado, na cabeça da gente, com o modelo curativo não é? A palição não é uma coisa que você tem que ir aprendendo a lidar aos poucos, é mais isso. **(E10)**

As falas de **TE3** e **TE4** demonstram que o momento do diagnóstico de palição é como uma sentença de morte para os pacientes, e traz à tona, inevitavelmente, sentimentos e pensamentos que perpassam pelo medo da morte. A notícia soa como fim, mudança, e reações como tristeza, choro, dor, raiva, negação, realçam o caráter trágico da consciência da aproximação da morte.

TE4 e **E10** abordam a ausência do psicólogo para dar suporte ao paciente no momento

em que ele recebe a notícia da palição, ou referem medo e ansiedade. Relata que alguns deles entram em desespero, e o quanto a equipe, muitas vezes, se sente despreparada para acolhê-los, não sabendo o que fazer nesta hora, justificando não aguentar, ou não ter capacidade para agir.

O cuidado aos aspectos emocionais revela também fuga por parte do profissional.

Eu acho que esse momento é onde tem a fuga, não é? Onde a equipe tenta fugir um pouco desse tipo de conversa e é muito comum a gente perceber, dependendo do quadro clínico desse paciente, a gente consegue perceber que ele vai evoluir mais rapidamente ou não a óbito. E aí é comum a equipe relatar: eu espero que eu não esteja presente no dia que tal paciente vir a óbito, porque é um momento de sofrimento. (E5)

A fala de E5 aborda a fuga como uma dificuldade presente na prática dos profissionais diante dos aspectos emocionais do paciente. A negação faz parte do inconsciente e o resultado é o desejo de não vivenciar o momento de dor e sofrimento o que remete a própria condição de finitude.

A dificuldade para encarar e falar sobre a morte é presente na nossa cultura e o desejo de manutenção da vida dificulta as atividades relacionadas à prática dos CP, gerando dificuldade de entendimento e aceitação pelos profissionais que, de modo geral, se ressentem de protocolos que norteiem suas ações, como acontece no modelo curativista. No entanto, os CP tem como foco o paciente e oferecer qualidade aos dias de vida.

O estudo de Moreira *et al.* (2021) revela essa realidade, quando investigado sobre dificuldades e facilidades do técnico de enfermagem no cuidado à pacientes em CP na unidade de terapia intensiva. Para os participantes, uma das maiores dificuldades em assistir a pacientes em CP está relacionada à ideia de mudar o foco de cuidados curativos para uma prática que visa amenização dos sintomas, conforto e QV, já que foram preparados pelo modelo biomédico, que visa à cura.

Subcategoria 5.2.2.6 - A equipe de enfermagem busca aproximação com a família

Esta categoria apresenta o cuidado através da aproximação com a família como recurso de enfrentamento da doença. Os relatos evidenciaram que a maioria dos participantes valorizam a proximidade da família e buscam ações que possibilitem a presença dos mesmos, conforme apresentado a seguir:

Olha, primeiro, eu acho que eu sempre questioneei assim: no final, você aqui num leito de hospital, a presença da família é muito importante para ele, além dos cuidados que a gente tem. (TE2)

Tentar aproximar os familiares, não é? Fazer com que os familiares estejam ali presentes e compreendam o que é que ele está passando, até para poder dar esse suporte a ele. (E7)

A gente teve um paciente aqui que estava bem distante da família por questões sociais e a gente conseguiu trazer a família; e eles tem vindo visita-lo sempre e, apesar dele já estar em palição, a família está mais presente e a gente vê que existe uma certa melhora do quadro. (TE7)

Para TE2 e E7, a presença da família é de fundamental importância neste momento difícil, a fim de oferecer apoio e suporte ao paciente, além de poder usufruir de tempo, dos momentos finais com os familiares.

TE7 relata que o apoio da família auxilia no processo de aceitação da doença nessa fase do tratamento, que segundo a mesma, é considerada bastante delicada. Por vezes, a própria família vivencia a fase de negação da doença.

Para Andrade *et al.*, (2022), a presença da família junto ao paciente é primordial para um fim de vida tranquilo. Estudo realizado com equipe multiprofissional em UTI por Moreira *et al.*, (2021) evidenciou que os participantes reconhecem a importância da família e atuam orientando os familiares a ficarem próximos do paciente, diminuindo suas preocupações e inquietações, e a equipe de TE se preocupa em preparar o paciente para visita dos familiares, além de garantir a estes bem-estar, através desse cuidado.

A TFVP preconiza que proximidade com pessoas queridas gera sentimento de conectividade com outros seres humanos (RULAND, MOORE, 1998), o que pode facilitar o cuidado ao paciente oncohematológico, tornando-o colaborativo durante sua internação. Ainda a TFVP apresenta que a presença da família proporciona sensação de paz e conforto (RULAND, MORRE, 1998).

A respeito do desenvolvimento de ações para promoção da proximidade de familiares, amigo e pessoas que cuidam do paciente, os participantes referem:

A gente tenta viabilizar isso, aumentando o tempo de visita que esse familiar pode ficar com os pacientes, aumentando a quantidade de visitas que esse paciente pode ter, tentando junto ao paciente tentar entender quais as pessoas mais importantes, ou que ele gostaria de estar próximo durante esse período. Às vezes, é um animal, tentando

viabilizar a visita desse animal, que de certa forma for lhe proporcionar um conforto. **(E4)**

Tento na medida do possível, não é? Ver se existe alguma pendência emocional em relação a alguma pessoa da família, ou do convívio também que ele queira resolver. Eu tento fazer mais ou menos isso. **(E2)**

A gente tenta colocar eles num leito que tenha só ele num quarto, a deixar de livre acesso a entrada dos familiares e amigos para poder visitar, consolar, ter mais tempo próximo daqueles familiares que não teve a oportunidade durante o tratamento. **(TE1)**

As falas acima evidenciam a importância e esforço que a equipe de enfermagem dispensa ao paciente, no sentido de oferecer um cuidado holístico e humanizado, na tentativa de tornar o ambiente hospitalar menos hostil, com mais leveza, na qual os participantes realizam atividades lúdicas, comemorações e encontros com pessoas significativas, ou com animal de estimação, flexibilizando normas dentro do que é possível e seguro para todos, com vistas ao alcance da assistência de qualidade.

A respeito disto, Pires *et al.* (2019) relatam o alcance do conforto através de relações gentis, que expressam tranquilidade e compreensão entre profissionais e paciente/família. A família se sente segura com o atendimento às suas necessidades, informações claras e verdadeiras e a convicção de que seu parente está recebendo atendimento qualificado, do ponto de vista farmacológico, tecnológico e humano. Isso significa que o conforto vai depender de práticas que valorizem a humanidade associada à racionalidade.

E2 e **E4** expressam o cuidado baseado na flexibilização de normas hospitalares, a exemplo da permissão de visitas com horários estendidos. **E2** entende que, quando o paciente não tem perspectiva de voltar para casa, não há necessidade de manter regras tão rígidas. A sua fala demonstra, ainda, um empenho e comprometimento com os aspectos emocionais, a fim de resgatar relações rachadas diante do quadro de finitude do paciente.

No fim da vida também podem aparecer algumas necessidades do indivíduo como reconciliação consigo, com o outro e com um ser supremo, resolver questões mal elaboradas, necessidade de organizar os papéis familiares na sua ausência, de despedir-se e validar sua partida (LIMA *et al.*, 2017), reforçando a necessidade da equipe de enfermagem permitir a família estar mais próxima do paciente oncohematológico em CP.

Um dos cinco pilares que sustentam a filosofia da TFVP diz respeito a proximidade com pessoas importantes, que se preocupam, para permitir que os pacientes terminais tenham maior proximidade com seus familiares, amigos e/ou pessoas que o cuidam

(ZACCARA *et al.*, 2017), além de promover oportunidades de intimidade familiar (RULAND, MOORE, 1998). A fala dos participantes leva em consideração a proximidade com pessoas que sejam significativas para o paciente.

5.2.3 Categoria facilidades e dificuldades no cuidado a pacientes em palição

Esta categoria elucida outra nuance sobre o cuidado a pacientes em palição: o encontro com facilidades e dificuldades que são significativas para os participantes. A maioria relatou haver mais dificuldades do que facilidades. Outros referiram não visualizar facilidades, ou as identificaram após pausa para pensar. Dessa forma, percebe-se a necessidade emergente e, mais do que isso, urgente, em dissolver questões estruturais e institucionais, que dificultam a incorporação efetiva dos CP nesse serviço.

Em relação as facilidades, destacaram-se:

Facilidade é a gente ter o apoio de uma equipe, não é? De um apoio de uma parte da psicologia, de uma equipe que tem uma formação em CP de certa forma até nos dá uma segurança e nos apoia, nos orienta acerca até do cuidado que a gente pode [...] como oferecer esse cuidado para esse paciente, não é? (**E4**)

A facilidade é a equipe, não é? A equipe, ela é inclinada para esse lado mais humano, não é? Do cuidado, então, a gente procura se apoiar um no outro e conversar bastante também sobre isso. (**TE3**)

E4 e **TE3** apontam a interação da equipe e a capacidade de se apoiar como uma facilidade no cuidado. **E4** traz que a formação em CP por parte da equipe dá segurança, orientação e apoio acerca do cuidado a ser prestado ao paciente.

De acordo Ministério da Saúde (2020), olhar ao redor e construir um senso de equipe entre os colegas, de forma que pedir e oferecer ajuda passem a fazer parte da cultura de trabalho, para que exista um ambiente de aprendizado em conjunto. A atualização profissional é um grande redutor de angústias, pois propicia maior confiança no trabalho executado.

No tocante as dificuldades, muitas foram apontadas pelos participantes, que referem citar as que mais os incomodam:

É o medo da morte que não é só do paciente, mas eu acho que é de todo mundo enquanto ser humano, é, o medo da morte é algo presente. Outra dificuldade que eu acho é a falta de apoio psicológico. E que a

equipe de palição estivesse mais próxima da equipe também, entendeu? **(E5)**

Na verdade, não tem como não associar a morte, não é? Infelizmente a gente associa a palavra palição à morte. Então, isso me deixa muito triste, me deixa muito triste mesm, e aí mexe muito com meu emocional. **(TE6)**

A maior dificuldade de todas é o medo do fracasso, não é? De tentar não internalizar se o paciente evoluir para óbito que a culpa é da enfermagem. Então, no começo, quando eu comecei a trabalhar na onco-hemato, eu internalizava muito isso. Eu achava que a culpa era muito da gente, de o paciente ter um desfecho desfavorável, não é? E assim, é uma coisa que eu tenho um pouco de dificuldade de lidar com a morte. **(E12)**

E5 e **TE6** revelam a dificuldade em lidar com a morte, pois não se sentem preparados para esse momento, sendo afetados, emocionalmente, expressando tristeza e medo. **TE6** faz, inevitavelmente, associação da palavra palição à morte e o impacto profundo no seu emocional. **E12** destaca sentimento de culpa, negação, fracasso diante da morte do outro, o que reforça a ideia de atuar somente para salvar vidas, tornado-se impotentes e derrotadas na presença da morte.

Pais *et al.* (2020) afirmam que a formação em CP, ao fornecer aos enfermeiros ferramentas para lidar com o sofrimento, ajuda-os a gerir as emoções perante a morte, pois as enfermeiras que referiram ter dificuldades em lidar com a morte são as que referiram não terem formação em CP, o que merece reflexão por parte das instituições de saúde e de ensino. É necessário que as instituições de saúde ofereçam aos seus profissionais programas de formação em CP, que permitam aos enfermeiros prestarem os melhores cuidados à pessoa em fim de vida e, simultaneamente, lhes permita experienciar menos emoções negativas durante e após a trajetória do processo de cuidar.

A resolução n° 41, de 31 de outubro de 2018 dispõe sobre as diretrizes para a organização dos CP à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito (SUS). Este avanço situa a palição na rede de atenção à saúde, deixando claro sua definição, seus princípios, objetivos, locais de inserção na rede e financiamento.

Nesse sentido, a educação continuada tem um papel fundamental, pois permite instrumentalizar o profissional a atuar e gerenciar situações que demandam saberes e práticas diversos. No âmbito dos CP, as relações interpessoais, a comunicação inclusive de más notícias, o trabalho em equipe são pontos fortes para assistência que contemple seus princípios norteadores.

A respeito das dificuldades ligadas ao tratamento da dor e ao emocional, os participantes relatam:

Dificuldades são imensas, porque a gente vê o paciente a cada dia mais aumentando seu processo de dor, e a gente se sente meio que impotente, além da sobrecarga emocional também para os profissionais de saúde, sobretudo, as dificuldades emocionais para a gente saber como lidar com essas perdas. **(E8)**

Essa unidade de saúde, eu acredito que falta mais um olhar voltado a essa parte realmente de palição, e de amenizar mais a dor. Eu acredito que falta mais uma intervenção maior dessa parte de medicamento mesmo. **(TE1)**

Acaba também tendo um lado emocional no profissional, não é? O profissional também se abala com a passagem. Complicado também para equipe de enfermagem, e também requer uma atenção emocional para esses profissionais **(TE3)**

E8 e **TE1** trazem a dificuldade em relação a dor, um sintoma bastante comum do paciente com câncer, em especial, os que se encontram em palição. A dor sensitiva é percebida como difícil de ser manejada nessa unidade pelos profissionais, gerando sentimento de impotência, como revela **E8**. No geral, as falas evidenciam que existe uma preocupação da equipe de enfermagem em não permitir que o paciente tenha desconfortos físicos ou em minimizá-los. As dificuldades emocionais têm uma representatividade importante para os participantes do estudo dessa unidade. Muitos foram os relatos da equipe em relação ao dano emocional causado no profissional diante das perdas como citado por **TE3**.

O estudo de Pais *et al.* (2020) aponta a formação em educação/gestão emocional como uma estratégia eficaz para os enfermeiros, pois se estes não possuírem ou não desenvolverem competências de gestão emocional, as consequências das vivências dolorosas relacionadas com a morte do doente produzirão danos, modificando o seu bem-estar e interferindo negativamente com a sua vida pessoal e profissional.

Associado a isto, os participantes revelam como dificuldade a falta de apoio psicológico para amparar a equipe, falta de orientações a respeito dos CP, existência e atuação efetiva de uma equipe de CP para dar suporte a pacientes.

A gente vê que realmente tem um déficit de trabalhar essa parte dos CP. A gente também, por falta de orientação, a gente às vezes não sabe muito como lidar. A gente sente falta dessa parte mais atuante da equipe de CP **(E1)**

Não vejo facilidades, vejo dificuldades. A gente acaba priorizando as questões mais práticas, mais técnicas. Um ambulatório muito cheio, você acaba muitas vezes não parando para dar atenção devida ao paciente, ouvir o paciente, conversar com a paciente, com o familiar. A gente não tem uma equipe multiprofissional focada na palição, que possa dar esse suporte no caso do paciente. (E7)

Para E1, existe uma dificuldade geral da equipe sobre abordagem paliativa, faltam orientações. A fala de E7, assim como outros depoentes, revela não encontrar facilidades, apontando como dificuldade a sobrecarga de trabalho, tendo assim que priorizar mais a parte técnica mesmo, reconhecendo a importância dos aspectos subjetivos no cuidado ao paciente e familiares. Também se ressentiu da falta da equipe multiprofissional voltada para CP.

Com relação às questões espirituais, E4 revela:

Tem uma questão espiritual, que aqui a acessibilidade ao hospital, a depender da religiosidade do paciente, não é tão fácil de proporcionar isso ao paciente, mas a gente tenta adequar o ambiente hospitalar ao que o paciente deseja. (E4)

Muito embora ao longo das entrevistas os participantes demonstrem uma preocupação em atender as demandas espirituais do paciente em palição, quando questionados sobre as dificuldades que enfrentam nessa unidade de saúde, somente E4 toca nesse assunto, revelando os entraves de acessibilidade ao ambiente hospitalar associados à religião de pacientes. E conclui dizendo tentar flexibilizar normas, com vistas atender essa demanda. Isto demonstra importância e valorização por parte da depoente em validar a espiritualidade no cuidado à saúde.

Para Zuchetto *et al.* (2019), a empatia possui efeito terapêutico e impulsiona positivamente o sucesso do tratamento, ao passo que possui caráter fundamental no desenvolvimento de respeito mútuo e singularidade do cuidado, respeitando a cultura, crenças e valores da pessoa.

Menezes (2017) no estudo sobre a dimensão espiritual do cuidado na saúde e enfermagem incentiva a reflexão através do questionamento a respeito de como temos valorizado o sistema de crenças do paciente sob nosso cuidado e como auxiliamos os pacientes no cultivo de práticas espirituais.

Outras dificuldades foram apontadas pelos participantes, a saber:

Eu acho que eles poderiam chegar e ser logo atendidos, e às vezes isso não acontece. **(TE6)**

Eu acho que não tem facilidade não. Não tem facilidade nenhuma, pelo contrário, a gente tem muita dificuldade, porque o próprio sistema não ajuda. Você tem as dificuldades em relação a falta de comunicação efetiva. Existe as dificuldades institucionais, em relação ao ambiente. Aqui mesmo é uma unidade muito quente, então, eles têm muita dificuldade. **(TE7)**

Uma das dificuldades que eu pude perceber é na questão, tem pacientes que são um pouco mais difíceis, um pouco mais introspectivos. **(TE8)**

As dificuldades são relacionadas ao sofrimento da gente. enquanto equipe, de mim como profissional. Porque é inevitável a gente pensar no sofrimento do outro e não se afetar, porque somos humanos também, porque temos família. De não saber lidar muito com isso e acabar trazendo para a gente. Eu acho isso uma dificuldade, e ai vem a questão da gente precisar de um suporte. **(E11)**

Eu acho que uma dificuldade muito grande também é quando o paciente está no estado de terminalidade, e assim, às vezes, só está a equipe de enfermagem no plantão noturno, ai fica só para a equipe de enfermagem lidar com aquele momento. Essa comunicação é muito difícil. **(E12)**

TE6 diz ser o tempo de espera do paciente por atendimento uma dificuldade. **TE7** aponta o sistema em si como dificultoso do processo de cuidar, relacionando a aspectos institucionais, como o ambiente, estrutura física e relações interpessoais pela via da comunicação efetiva. Referem, ainda, a dificuldade em lidar com o sofrimento do paciente, reconhecendo a vulnerabilidade do ser humano projetadas em quem cuida e é cuidado. Para **TE8**, a dificuldade está em acessar pacientes que demonstram ser mais reservados, o que pode refletir no cuidado, já que a comunicação fica mais centrada no não verbal e na subjetividade.

E11 revela um sentimento comum entre os profissionais relacionado a dificuldade de lidar com o sofrimento do paciente e o entendimento que a equipe também precisa de amparo psicológico para manutenção do equilíbrio diário, tanto físico quanto emocional. **E12** refere dificuldade em gerenciar os momentos finais do paciente, principalmente durante o serviço noturno.

As diversas dificuldades elencadas pelos participantes revelam a tomada de consciência do entraves que envolvem o cuidar, sobretudo, o sofrimento humano. Os depoimentos demonstram ser um processo cheio de dúvidas, questionamentos e reflexões.

No estudo de Moreira *et al.* (2021), os participantes revelam ser desafiador cuidar de pessoas fora de possibilidades de cura e em processo terminal, levando-se em consideração que o tratamento não envolve apenas o cumprimento de rotinas, exigindo atenção para outras demandas que necessitam de cuidados diferenciados.

Nesse sentido, para Silva *et al.* (2015), os profissionais de enfermagem são aqueles que mais frequentemente realizam as práticas de cuidar tendo, portanto, a oportunidade de conhecer o sentido existencial do adoecimento, as demandas e desejos por práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde, as necessidades face o processo de finitude.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou que a equipe de enfermagem demonstra conhecimento sobre os CP de forma muito incipiente e superficial, muito embora os participantes relatam um esforço pessoal, diante dos recursos disponíveis no serviço, e habilidades em prestar um cuidado pautado no preconizado, como filosofia e princípios dos CP.

A apreensão dos cuidados de enfermagem a pacientes onco-hematológico em palição foi possível, através da estruturação dos diálogos em categorias: entendimento sobre os CP pela equipe de enfermagem; a equipe de enfermagem proporciona conforto; cuidado espiritual a pacientes em CP; necessidades básicas do paciente onco-hematológico em palição; cuidado aos aspectos emocionais, a equipe de enfermagem busca aproximação coma a família e facilidades e dificuldades no cuidado ao paciente em palição.

Os participantes entendem os CP como uma abordagem que proporcione conforto, QV, bem estar, alívio do sofrimento, atenção aos aspectos emocionais. No entanto, foi identificado que os profissionais precisam ter maior conhecimento e clareza sobre a proposta da palição quanto a sua indicação e momento certo a ser ofertada. Revelaram que há nas práticas de saúde uma forte valorização do modelo curativo, tendenciando a disponibilizar o CP somente no final da vida do paciente e não no momento da descoberta de doença fora de possibilidades terapêuticas.

Não obstante, a unidade do estudo tenha um perfil de pacientes que se enquadra nos CP na sua totalidade, os participantes referem vivenciar desafios: falta de plano de cuidados bem traçado; treinamentos que auxiliem o profissional no cotidiano junto a pacientes; a morte e o apoio psicológico, da equipe para lidar com o sofrimento de pacientes e familiares.

Embora a morte faça parte do contexto do trabalho em saúde, persiste a dificuldade em falar sobre este assunto, aceitar e lidar com esse momento de finitude, uma vez que não foram formalmente preparados. De modo geral, as instituições pouco investem em cursos e treinamentos que visem o bem-estar psíquico dos profissionais que lidam com pacientes da onco-hematologia, preparando-os para o processo de terminalidade e finitude.

Nesse sentido, observou-se um esforço da equipe de enfermagem em disponibilizar um cuidado que transcenda a atividade técnica inerente à profissão, alcançando o templo sagrado do paciente nas dimensões física, mental ou espiritual. As atitudes revelam empatia, acolhimento e compreensão sobre as necessidades básicas para além do biológico, mas que englobe as dimensões sociais, culturais e espirituais. Importante essa abordagem dos participantes, pois ajuda o paciente a dar sentido aos seus dias, mesmo diante de doença

ameaçadora da vida.

As questões espirituais e psicosociais foram levantadas como necessidades básicas do paciente em palição. Valorizar o sistema de crença do paciente auxilia no enfrentamento da doença, sendo utilizada como estratégia de resiliência nesse processo, minimizando medos, ansiedade, angústicas e o encontro com sentido, para ressignificar o momento e superar os impactos emocionais

O conforto e a QV foi apontado pelos participantes como essenciais no cuidado ao paciente em palição, com vistas ao alcance da dignidade. A família foi identificada como parte importante do cuidado, evidenciando ações que aproximem pacientes e familiares, representando a valorização do que é significativo para o paciente, conforme preconiza a TFVP.

Um ponto importante revelado por alguns participantes foi a introdução de atividades lúdicas, como música e bingo na unidade, promovendo descontração, mudança de foco da doença e ambiente mais acolhedor aos pacientes.

Em relação ao cuidado aos aspectos emocionais, como medo e/ou ansiedade, os participantes referem não se sentirem preparados e que esse processo impacta no exercício profissional.

A assistência paliativa reúne profissionais diversos com habilidades para auxiliar o paciente e familiares desde diagnóstico ao luto. A inexistência da equipe de CP nesse serviço evidencia desafios e fragilidades no cuidado, sendo um ponto bastante enfatizado pelos profissionais.

Diante desse entendimento, os participantes reconhecem haver mais dificuldades do que facilidades. A facilidade da equipe em se apoiar nos momentos de dificuldade foi o relato mais expressivo. Já em relação às dificuldades, vários pontos foram identificados e que merecem atenção das unidades que atendem pacientes oncohematológicos.

Com base nas dificuldades apontadas pela equipe de enfermagem, propõem-se um programa de treinamento em CP amplo, estruturado, permante e contínuo, composto por equipe multiprofissional, que contribua para formação científica do profissional, instrumentalizando-o nas ações de rotina, que escute, discuta e aponte soluções para suas demandas em relação à assistência, mas, também, que em algum momento trabalhe o lado emocional e psicológico desses indivíduos, ajudando-os no alcance do equilíbrio físico e mental tão necessários para pensar e agir na tomada de decisões, nas relações interpessoais em diversos ambientes. Assim, é possível garantir práticas seguras, responsáveis e de qualidade sem culpas e sofrimentos.

Salienta-se, assim, a necessidade de promover mais espaços de conversas sobre os CP, no intuito de difundir boas práticas e dirimir dúvidas acerca desses cuidados, o que perpassa por investimentos na formação e capacitação das equipes de saúde desde nível técnico à formação superior, da atenção básica ao hospital, atingindo todos os níveis de complexidade da rede de atenção à saúde.

Diante do exposto, destaca-se a importância desta pesquisa no local desenvolvido, por ser hospital de ensino, pelas características da unidade e falta de pesquisas no setor sobre esta temática. No âmbito mais global, há um crescimento esperado da população mundial, secundário ao envelhecimento, e para aumento do número de casos de doenças crônicas, em especial, do câncer. Nesse sentido, capacitar pessoas na área dos CP é relevante para promoção da QV, conforto, dignidade, humanização e bem-estar na área da saúde.

Este estudo tem como limitação a vivência de apenas um grupo de profissionais e fragilidades relacionadas à instituição, ambiente físico, gestão, recursos humanos e materiais, que concorrem para a efetividade das ações dos CP. O estudo tem como potencial ter sido realizado em uma unidade de referência para o SUS e para o estado da Bahia, podendo contribuir para melhoria do serviço público.

Além disto, poderá suscitar os profissionais em rever suas práticas assistenciais com foco nos pilares da TFVP e na qualidade do cuidado para os pacientes em CP, uma vez que o estudo elucida elementos relacionados ao cuidado da equipe nesse tipo de atendimento, o que alude à necessidade de reflexão sobre a notoriedade da enfermagem no cuidado ao paciente oncohematológico em palição e aplicabilidade.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, V. C. *et al.* A singularidade da dor de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **Mudanças Psicologia da Saúde**, v.26, n. 1, p.75-83, 2018.
<https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v26n1p75-83>
- ANDRADE, C. G. *et al.* Cuidados paliativos e comunicação: uma reflexão a luz da Teoria do Final de Vida Pacífico. **Cogitare**, 2022, v.22: e80917.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BECK, J. L. *et al.* Caracterização das pessoas com doença hemato-oncológica atendidas em uma unidade de urgência e emergência. **Esc. Anna Nery**, v. 23, n. 3, e20190021, 2019.
<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0021>
- BRASIL. **Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)**. Ministério da educação, S/A. Disponível em:
<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/husantos.pdf>. Acesso em 03 dez. 2020
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre normas e diretrizes de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:
<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 20 nov 2020
- BRASIL. **Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018**. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União, 2018.
- BRAY, F. *et al.* Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA: A cancer journal for clinicians, Hoboken**, v. 68, n. 6, p. 394-422, 2018. Disponível em:
<https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.3322/caac.21492>. Acesso em: 24 out 2020.
- BUSHATSKY, M. *et al.* Cuidados paliativos em pacientes fora de possibilidades terapêuticas. **Revista Bioethi**, v.6, n. 4, p.399-408, 2012. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/98/04.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2021
- CAMPOS, V. F; SILVA, J. M; SILVA, J. J. Comunicação em cuidados paliativos: equipe, paciente e família. **Revista Bioética**, v.27, n.4, p. 711-8, 2019 <https://doi.org/10.1590/1983-80422019274354>
- CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ª ed. Rio de Janeiro, 2012. 592 p.
- COSTA, D. T *et al.* Coping religioso/espiritual e nível de esperança em pacientes com câncer em quimioterapia. **Rev. Bras. Enferm.**, v.72, n.3, p.640-645, 2019.
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0358>

CRUZ, E. R. M; ALMEIDA, L.M.P. A atuação do psicólogo em cuidados paliativos: uma revisão integrativa. **Psicologia.pt**, 2019. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1323.pdf>. Acesso em 22 jun. 2022

ERCOLANI, D. S; HOPF, L. B. S; SCHWAN, L. Dor crônica oncológica: avaliação e manejo. **Acta Medica**, v. 39, n. 2, p. 151-162, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-988098>. Acesso em 22 jun. 2022

ESPERANDIO, M. A. *et al.* A religiosidade/espiritualidade (R/E) em profissionais/trabalhadores da saúde. **Interações – cultura e comunidade**, v. 10, n.18 p. 195-209, 2015. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/interacoes/article/view/P.1983-2478.2015v10n18p195>. Acesso em 22 jun. 2022.

FERREIRA, G. D; MENDONÇA, G. N. **Cuidados Paliativos: Guia de Bolso**. 1ª ed. São Paulo: ANCP, 2017.

FREIRE, M. E. M. *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em cuidados paliativos. **Texto contexto - enferm.**, v.27, n.2, 2018. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180005420016>

GERMANO, K. S.; MENEGUIM, S. Significados atribuídos por graduandos de enfermagem aos cuidados paliativos. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 26, n. 6, p. 522-528, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v26n6/03.pdf>. Acesso em: 11 set. 2020.

GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B. Cuidados paliativos. **Estud. av.**, v. 30, n. 88, p. 155-166, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000300155 Acesso em: 20 jan. 2021

GOMES, R. A. *et al.* Avaliação da qualidade de vida de pacientes com doença oncohematológica em quimioterapia. **Rev enferm UFPE on line**, v. 12, n. 5, p. 1200-5, 2018.

GUERINI, M. M; OLIVEIRA, C. R. V; REIS, B. C. C. Tratamento da dor crônica no paciente oncológico: uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Médico**, v. 4, e9885, 2022. <https://doi.org/10.25248/reamed.e9885.2022>

HERMES, H. R; ICA, L. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2577-88, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a12.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020.

HONÓRIO, R. P. P; CAETANO, J. A. Elaboração de um protocolo de assistência de enfermagem ao paciente hematológico: relato de experiência. **Rev. Eletr. Enf.**, v.11, n.1, p.188-193, 2009. Disponível em: http://projetos.extras.ufg.br/fen_revista/v11/n1/pdf/v11n1a24.pdf. Acesso em: 21 jan 2021

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Comunicação de notícias difíceis: compartilhamento de desafios na atenção à saúde**. Rio de Janeiro: INCA, 2010

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em:

<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>. Acesso em 20 out 2020.

JESUS, C. A. C.; CARVALHO, E. C. Diagnósticos de enfermagem em clientes com alterações hematológicas: uso da Taxonomia I da NANDA. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, v. 5, n. 4, p. 91-9, 1997. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691997000400012 Acesso em: 21 jan. 2021

KOENIG, H. G. **Medicina, religião e saúde**: o encontro da ciência e da espiritualidade. Porto Alegre: L&PM; 2012.

LIMA, R. *et al.* A morte e o processo de morrer: ainda é preciso conversar sobre isso. **Rev Min Enferm.**, v. 21, p. 1040, 2017. Disponível em <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1040.pdf>. Acesso em: 17 set. 2020.

MATSUMOTO, D.Y. Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. *In*: MATSUMOTO, D.Y. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2012, p. 320.

MCCAUGHAN, D. *et al.* Haematology nurses' perspectives of their patients' places of care and death: a UK qualitative interview study. **Eur J Oncol Nurs.**, v. 39, p. 70–80, 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1462388919300183>. Acesso em: 20 jan 2021

MENEZES, T. M. O. A dimensão espiritual da pessoa em cuidados paliativos. *IN*: SILVA, R. S.; AMARAL, J. B.; MALAGUTTI, W. **Enfermagem em Cuidados Paliativos**. 2ª Ed. São Paulo: Martinari, 2019, p. 271-282.

MENEZES, T. M. O. Dimensão espiritual do cuidado na saúde e enfermagem. **Rev. Baiana de Enfermagem**, v.31, n.2, e22522, 2017. <https://doi.org/10.18471/rbe.v31i2.22522>

MERINO, M. F. G. L. *et al.* Teorias de enfermagem na formação e na prática profissional: percepção de pós-graduandos de enfermagem. **Rev. Rene.**, n. 19, p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-909172> Acesso em: 20 jan. 2021

MOREIRA, F. A. *et al.* Cuidados do técnico de enfermagem a pacientes em palição na unidade de terapia intensiva. **International Journal of Development Research**, v. 11, n.5, p. 47058-47062, 2021.

NASCIMENTO, N. C. L. *et al.* Saturação teórica em pesquisa qualitativa: relato de experiência na entrevista com escolares. **Rev. Bras. Enfermagem.**, n. 71, v.1, p. 244, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v71n1/pt_0034-7167-reben-71-01-0228.pdf. Acesso em: 03 fev 2021.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA I**: definições e classificação 2018-2020. 11ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.

OLIVEIRA, A. J. *et al.* Atuação das equipes de atenção domiciliar nos cuidados paliativos.

Percurso Acadêmico, v. 9, n. 18, p. 71-90, 2019. <https://doi.org/10.5752/P.2236-0603.2019v9n18p71-90>

PAIS, N. J. *et al.* Efetividade de um programa de formação na gestão emocional dos enfermeiros perante a morte do doente. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 5, n. 3, e20023, 2020. <https://doi.org/10.12707/RV20023>

PIRES, I. B. *et al.* Conforto no final de vida na terapia intensiva: percepção da equipe multiprofissional. **Acta paul. enferm.** v. 33, eAPE20190148, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-21002020000100436&lng=en&nrm=iso&tlng=pt Acesso em 03 mar 2021.

RAJA, S. N. *et al.* Definição revisada de dor pela Associação Internacional para o Estudo da Dor: conceitos, desafios e compromissos. **Sociedade brasileira para o estudo da dor. SBED**, 2020. Disponível em: <https://sbed.org.br/wp-content/uploads/2020/09/Jornal-Dor-n-74.pdf>. Acesso em 22 jun. 2022.

RANGEL, O.; TELLES, C. Tratamento da dor oncológica em cuidados paliativos. **Rev. HUPE.**, v. 11, n. 2, p. 32-7, 2012. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/8928> Acesso em: 03 mar 2021.

RODRIGUES, J. L. R. *et al.* Cuidados de enfermagem no manejo da dor de pacientes adultos e idosos em cuidados paliativos. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v.10, e3680, 2020. <http://doi.org/10.19175/recom.v10i0.3680>

RULAND, C. M.; MOORE, S. M. Theory Construction based on standards of care: a proposed theory of the peaceful end of life. **Nurs Outlook.**, v. 46, n. 4, p. 169-75, 1998. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9739534/>. Acesso em: 28 out. 2020.

SANTOS, L.S; OLIVEIRA, C. B. A; LEMOS, A. C. M. Cuidados paliativos: a comunicação como ferramenta no tratamento de pacientes idosos oncológicos. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 10, n. 11, p. e333101119499, 2021. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19499>

SILVA, J. L. R. *et al.* Transição para os cuidados paliativos: ações facilitadoras para uma comunicação centrada no cliente oncológico. **REME - Rev Min Enferm.**, v. 24, e-1333, 2020. <http://dx.doi.org/10.5935/1415.2762.20200070>

SILVA, R. S.; PEREIRA, A; MUSSI, F. C. Comfort for a good death: perspective nursing staffs of intensive care. **Esc. Anna Nery**, v.19, n.1, p.40-46, 2015. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150006>

SOUSA, R. M. *et al.* Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes onco-hematológicos: mapeamento cruzado. **Esc. Anna Nery.**, v. 19, n. 1 p. 54-65, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0054.pdf> Acesso em 08 mar 2021

SOUSA, R. M. *et al.* Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes onco-hematológicos: mapeamento cruzado. **Esc Anna Nery**, v. 19, n. 1, 2015. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150008>

- SOUSA, R. M. *et al.* Elementos do cuidado de enfermagem aos pacientes onco-hematológicos: um estudo de caso. **Rev Fun Care Online**, v. 11, n. 1, p. 105-112, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-968586>. Acesso em: 08 mar 2021
- SOUZA, T. J. *et al.* Condutas do enfermeiro em cuidados paliativos: uma revisão integrativa. **Nursing** (São Paulo), v. 24, n. 280, p. 6211–6220, 2021. Disponível em: <https://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/1777>. Acesso em 28 mai. 2022.
- VIEIRA, T. A. *et al.* Cuidado paliativo ao cliente oncológico: percepções do acadêmico de enfermagem Palliative care to cancer client: the nursing student's perception. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 9, n. 1, p. 175-180, 2017.
- VIEIRA, T. A. *et al.* Palliative care to cancer client: the nursing student's perception. **Rev Fund Care Online.**, v.9, n.1, p.175-180, 2017. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.175-180>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Definition of Palliative Care. Geneva: WHO, 2017. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Cited 2021 Dec 08.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Palliative care**. England: WHO, 2017. Disponível em: <http://www.who.int/features/factfiles/palliative-care/es/>. Acesso em: 28 out 2020
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers**. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250584/9789241565417-eng.?sequence=1>. Acesso em: 28 Maio 2022.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WORLD WIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. **England: Who, 2014**. Disponível em: http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf. Acesso em 22 jun. 2022
- ZACCARA, A. A. L *et al.* Contribuições da teoria final de vida pacífico para assistência de enfermagem ao paciente em cuidados paliativos. **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**, v.12, p.1247-1252, 2020. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v12.9558>
- ZACCARA, A. A. L *et al.* Análise e avaliação da teoria final de vida pacífico segundo critérios de fawcett. **Texto contexto - enferm.**, v. 26, n. 4, 2017.
- ZUCHETTO, M. A. *et al.* Empatia no processo de cuidado em enfermagem sob a ótica da teoria do reconhecimento: síntese reflexiva. **Rev Cuid.**, v.10, n.3, e624, 2019. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i3.624>

APÊNDICE A - Ofício de solicitação de liberação de campo

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES COMPLEXO
HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS**

Salvador, 30 de setembro de 2021.

Ilmº Dr. Pablo De Moura Santos
Coordenador do Comitê de Ética em
Pesquisa Complexo Hospitalar Prof. Edgard Santos- UFBA

Prezado(a),

Assunto: Carta de anuência do serviço

Pela presente, informo que estou de acordo com a coleta de dados a ser realizada no setor de Oncohematologia, sediado no **Complexo Hospitalar Prof. Edgard Santos**, em que o setor tem plenas condições para a realização do procedimento, logo após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo - HUPES. Projeto de pesquisa intitulado “Cuidados de enfermagem ao paciente oncohematológico em palição: um olhar sobre a Teoria Final de Vida Pacífico”, pesquisadora responsável ALINNE NOGUEIRA CHAVES, orientadora Drª Tânia Maria de Oliva Menezes.

De acordo,

Assinatura Responsável /Local onde será realizada a pesquisa

Nome

Cargo

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

TÍTULO DO PROJETO: Cuidados de enfermagem ao paciente oncohematológico em palição: um olhar sobre a Teoria Final de Vida Pacífico

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estou lhe convidando a participar de pesquisa: Cuidados de enfermagem ao paciente oncohematológico em palição: um olhar sobre a Teoria Final de Vida Pacífico que tem como objetivo geral apreender os cuidados de enfermagem ao paciente oncohematológico em palição por meio de um estudo descritivo de natureza qualitativa.

Você está sendo convidado (a) por atuar na unidade de oncohematologia e ter experiência na assistência ao paciente em cuidados paliativos, mas sua participação não é obrigatória, conforme determina as Resoluções 466/12 e 580/18 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de aspectos éticos da pesquisa de enfermagem envolvendo seres humanos. Portanto, o presente estudo requer a participação voluntária dos sujeitos.

As informações serão coletadas através de entrevistas gravadas pela pesquisadora por um período de cinco anos e após serão destruídos. As entrevistas terão duração média de 20 minutos, serão confidenciais, assim como será assegurado o anonimato dos participantes, em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

Todas as despesas com a pesquisa, bem como o ressarcimento de gastos decorrentes dos riscos/danos advindos da coleta dos dados e da entrevista, serão de total responsabilidade da(s) pesquisadora(s). Vale ressaltar que o instrumento de coleta de dados pode parecer cansativo, contudo, os resultados deste estudo exposto de forma sistemática, trará melhor reflexão sobre o tema para os profissionais e a própria instituição, servindo de instrumento para reorganizar e melhorar a qualidade da assistência prestada minimizando erros e danos. Poderá contribuir, também, para a comunidade acadêmica sob a forma de produção de novos conhecimentos. O desconforto que poderá sentir durante a entrevista é da possibilidade de compartilhar um pouco das suas informações pessoais ou confidenciais. Contudo, não

precisará responder qualquer pergunta na entrevista se você sentir que ela é muito pessoal ou se sentir incômodo ao falar. As informações que estão previstas para serem respondidas na coleta de dados, dizem respeito a sua idade, sexo, raça/cor, escolaridade, classe social, conhecimentos sobre cuidados paliativos e de enfermagem ao paciente oncohematológico. Serão respeitadas todas as questões sanitárias que envolvem risco de contaminação decorrente da pandemia em curso. Assim, utilizaremos equipamentos de proteção individual adequados, respeitaremos distanciamento físico de, pelo menos, dois metros e local arejado para realizar as entrevistas. Antes de decidir em participar da pesquisa, poderá fazer as perguntas que desejar para a(s) pesquisadora(s), de maneira mais sincera possível, para que possa conhecer os benefícios e os danos que estará exposta(o). O período estimado de coleta será de janeiro a abril de 2022 após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital. Para tanto, a(s) pesquisadora(s) se comprometem a deixar uma cópia do relatório final da pesquisa nesta instituição para disposição de todos, e farão a divulgação dos resultados obtidos através de uma sessão científica no Auditório desta unidade, bem como em eventos e revistas científicas nacionais e internacionais.

Caso concorde, você será entrevistado sobre como ocorre os cuidados de enfermagem que realiza ao paciente oncohematológico em cuidados paliativos. De qualquer forma, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que isso traga qualquer prejuízo a sua relação com a instituição e com o (a) pesquisador (a).

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como é garantido ao Sr.(a), o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que o(a) Sr.(a) queira saber antes, durante e depois da sua participação.

Caso ocorra algum problema ou dano com o(a) Sr.(a), resultante de sua participação na pesquisa, o(a) Sr.(a) receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal e garantimos indenização diante de eventuais fatos comprovados, com nexos causal com a pesquisa.

Caso o(a) Sr.(a) tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, com a pesquisadora orientadora ou com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/HUPES- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA; HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. EDGARD SANTOS- UFBA através dos dados disponibilizados abaixo.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma do(a) Sr.(a) e a outra para os pesquisadores.

Consentimento pós esclarecido

Após ter sido esclarecida (o) sobre objetivos e conteúdo da pesquisa, estou ciente sobre os riscos/danos a que serei submetida(o) e dos benefícios que poderão proporcionar na minha prática profissional, que minha identidade será mantida em sigilo, minha privacidade será respeitada e que os dados da pesquisa poderão ser divulgados em eventos científicos e revistas nacionais e internacionais. Sei que não receberei benefícios financeiros participando desta pesquisa. Todas as despesas do projeto, até mesmo de ressarcimento, estão a cargo das pesquisadoras. Os dados obtidos serão armazenados por um período de cinco anos. Este termo de consentimento livre e esclarecido será assinado por mim em duas vias, com o compromisso da(s) pesquisadora(s) me proporcionar uma cópia do mesmo para meu controle como garantia da minha autonomia. Afirmando que a minha participação é voluntária, o meu consentimento para participar da pesquisa foi de livre decisão, não tendo sofrido nenhuma interferência da(s) pesquisadora(s). Estou ciente de que poderei solicitar a(s) pesquisadora(s) para rever as informações que forneci na entrevista, estando livre para corrigir parte do que foi dito por mim, além de me recusar a continuar participando do estudo a qualquer momento sem causar nenhum prejuízo a minha pessoa ou a minha atividade acadêmica e nem a meu futuro profissional.

Declaro que entendi os objetivos e benefícios da minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Salvador, de de 2022.

Participante (nome e assinatura)

Eu, Alinne Nogueira Chaves, declaro cumprir as exigências contidas nos itens IV.3 e IV.4, da Resolução nº 466/2012 MS.

Assinatura da pesquisadora

Dados da pesquisadora:

Nome: Alinne Nogueira Chaves

Endereço: Conjunto Jardim das

Hortências, rua C, casa 8. Alagoinhas/Ba

cep: 48030-565

Telefone: 75 99821-5895

E-mail: alinnchaves24@hotmail.com

Assinatura da pesquisadora orientadora

Dados da pesquisadora orientadora:

Nome: Tânia Maria de Oliva Menezes

Endereço: Rua das Dálías, nº 42, Edf. Mansão

Das Dálías. Apto: 501, Pituba

Salvador/Ba Cep: 41810-040

Telefone: 71 98880-9213

E-mail: tomenezes50@gmail.com

Comitê de Ética do Hospital Universitário Professor Edgard Santos

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar

Bairro: Canela

CEP: 40.110-060

Telefone: (71)3283-8043

UF: BA Município: SALVADOR

E-mail: cep.hupes@ebserh.gov.br

APÊNDICE C - Roteiro de entrevista semi-estruturada



ESCOLA DE ENFERMAGEM

TÍTULO DO PROJETO: Cuidados de enfermagem ao paciente oncohematológico em palição: um olhar sobre a Teoria Final de Vida Pacífico

Data: N° da Entrevista:

DADOS DO PARTICIPANTE

Idade:

Nível de formação: () Superior () Técnico () Técnico e Superior

Formação em Cuidados Paliativos:

() Extensão () Cursos de Curta Duração – até 4h () Especialização
() Mestrado () Doutorado () Outros () Nenhum

Categoria Profissional de atuação neste setor:

() Enfermeiro(a) () Téc. Enfermagem

Tempo de Formação na área da saúde: () anos () meses

Tempo de Atuação: () anos () meses

Tempo de Atuação na Oncohematologia: () anos () meses

QUESTÃO DE APROXIMAÇÃO:


1. O que você entende por cuidados paliativos?

QUESTÕES DE PESQUISA

1. Na sua opinião, quais são as principais necessidades básicas do paciente oncohematológico em palição?
2. Como você cuida dos pacientes em cuidados paliativos na unidade de oncohematologia?
3. Quando o paciente e/ou família refere medo e/ou ansiedade, como você cuida dos aspectos emocionais?

4. Quais ações você desenvolve para que os pacientes em cuidados paliativos tenham maior proximidade com seus familiares, amigos e/ou pessoas que o cuidam? Exemplifique.
5. Quais são as facilidades e dificuldades enfrentadas por você no cuidado a esses pacientes nessa unidade de saúde?

ANEXO A - Aprovação em Comitê de Ética

<p>UFBA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. EDGARD SANTOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA & HUPES/UFBA</p>	
--	--

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO EM PALIAÇÃO: UM OLHAR SOBRE A TEORIA FINAL DE VIDA PACÍFICO

Pesquisador: ALINNE NOGUEIRA CHAVES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 52901221.8.0000.0049

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.144.648

Apresentação do Projeto:

INFORMAÇÕES RETIRADAS NA ÍNTEGRA DO PROTOCOLO APRESENTADO

Trata-se de um estudo exploratório, de abordagem qualitativa, baseada no referencial teórico da Teoria final de vida pacífico (TFVP), a fim de responder à questão norteadora e os objetivos desta pesquisa. Ademais, possibilitará a compreensão do objeto de estudo, pela possibilidade de maior interação com a(o)s entrevistada(o)s e ainda pela flexibilidade na aplicação.

Serão selecionados participantes enfermeiras e técnicos (as) de enfermagem que atuem exclusivamente no cuidado ao paciente oncohematológico em palição, selecionados aleatoriamente, que se enquadrem nos critérios de inclusão:

1. Possuir tempo de experiência nesta unidade igual ou superior a um ano, pelo fato de já terem se adaptado às rotinas;
2. Já fazerem parte da equipe permanente de cuidados e com experiência na oncohematologia e CP

Serão excluídos os profissionais que estiverem afastados do serviço por qualquer justificativa

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar		CEP: 40.110-060
Bairro: Canela		
UF: BA	Município: SALVADOR	
Telefone: (71)3283-8043	Fax: (71)3283-8140	E-mail: cep.hupes@ebserh.gov.br

UFBA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO PROF.
EDGARD SANTOS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA & HUPES/UFBA



Continuação do Parecer: 5.144.648

durante a coleta de dados.

O encerramento das entrevistas seguirá o critério de saturação das respostas. No entanto, ressalta-se a possibilidade de surgimento de novas estratégias e/ou adequação do cuidado ao paciente em palição, já que este atendimento é individualizado.

Para coleta dos dados será utilizada a entrevista individual, a ser realizada com a equipe de enfermagem após esclarecimento dos objetivos da pesquisa e concordância dos participantes. A entrevista acontecerá em ambiente reservado no local de trabalho das participantes, livre de ruídos e interrupções, garantindo conforto, segurança e privacidade. Os depoimentos serão coletados e gravados por meio de gravador áudio digital, seguindo roteiro semiestruturado (APÊNDICE C), composto na primeira parte por perguntas que caracteriza o participante do ponto de vista sociodemográfico, e na segunda parte, por questões abertas que versam sobre o cuidado de enfermagem ao paciente oncohematológico em CP. As falas serão transcritas na íntegra. Para garantir o anonimato e confidencialidade das informações, será utilizada a letra inical, referente a categoria profissional do participante, seguido de valor numérico para cada, E1, TE1.

Para análise dos depoimentos será utilizada a análise de conteúdo proposta por Bardin (2016), que pode ser definida como um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não), que permitam a inferência de conhecimentos relativos de produção/recepção destas mensagens.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVOS RETIRADOS NA INTEGRA CONFORME DESCRITOS NO PROTOCOLO APRESENTADO

Objetivo Primário:

Apreender os cuidados de enfermagem ao paciente oncohematológico em palição.

Objetivo Secundário:

1. Identificar o conhecimento da equipe de enfermagem de oncohematologia sobre cuidados paliativos;

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar	CEP: 40.110-060
Bairro: Canela	
UF: BA	Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-8043	Fax: (71)3283-8140
	E-mail: cep.hupes@ebserh.gov.br

UFBA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO PROF.
EDGARD SANTOS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA ; HUPES/UFBA



Continuação do Parecer: 5.144.648

2. Descrever como a equipe de enfermagem cuida dos pacientes oncohematológicos em palição;
3. Conhecer os fatores que facilitam ou dificultam os cuidados de enfermagem ao paciente oncohematológico em palição.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS E BENEFÍCIOS CITADOS PELO PESQUISADOR EM PROTOCOLO APRESENTADO:

Riscos:

No entanto, assim como toda pesquisa que envolve seres humanos, há possibilidade de riscos e desconfortos para os participantes, reflexo de constrangimento causado no próprio ato da gravação da sua voz, uma vez que poderá se escutar e perceber falhas na sua prática do cuidar ou do próprio serviço, além de sentimentos de insegurança e medo de ser julgado.

Benefícios:

O compartilhamento dos resultados obtidos na pesquisa poderão trazer benefícios imediatos ao serviço, uma vez que a ciência da prática dos cuidados de enfermagem destinados aos pacientes oncohematológicos em palição, exposto de forma sistemática, trará melhor reflexão sobre o tema para os profissionais e a própria instituição, servindo de instrumento para reorganizar e melhorar a qualidade da assistência prestada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de parecer em resposta as pendências apontadas no parecer nº 5.117.730.

Estudo exploratório, qualitativo, tendo como participantes profissionais de enfermagem (Enfermeiros e Técnicos de enfermagem).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A análise das respostas às pendências identificadas em parecer anterior serão relatadas a seguir:

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar	
Bairro: Canela	CEP: 40.110-060
UF: BA	Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-8043	Fax: (71)3283-8140
	E-mail: cep.hupes@ebserh.gov.br

UFBA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO PROF.
EDGARD SANTOS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA & HUPES/UFBA



Continuação do Parecer: 5.144.648

1 - No item "4.3 PARTICIPANTES" do projeto consta que o início da coleta dos dados ocorrerá no período de junho a setembro de 2021, estando em desacordo com o cronograma apresentado.

PENDÊNCIA ATENDIDA. Período alterado para janeiro a fevereiro de 2022

2 - Referente ao TCLE apresentado:

2.1 - Pesquisadora não informa que a entrevista será gravada e arquivada pelo período de cinco anos. SOLICITA-SE INCLUSÃO, de forma a atender o item IV.3a da referida Resolução;

PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.2 - A Pesquisadora não informa no TCLE o tempo necessário para responder à entrevista, solicita-se INCLUSÃO, visando atender o item IV.3a da referida Resolução.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.3 - A pesquisadora não explicita os benefícios diretos ou indiretos recebidos pelo participante e/ou sua comunidade em decorrência de sua participação na pesquisa.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.4 - O TCLE não garante a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa conforme determina item IV.3.h. SOLICITA-SE AJUSTE.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.5 - A Resolução nº 466/12 no item IV.5d exige que todas as páginas do TCLE sejam rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável, portanto é necessário incluir no TCLE espaço para tais rubricas ou texto que informe a necessidade das mesmas.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-8043 **Fax:** (71)3283-8140 **E-mail:** cep.hupes@ebserh.gov.br

UFBA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO PROF.
EDGARD SANTOS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA e HUPES/UFBA



Continuação do Parecer: 5.144.648

2.6 - Não constam o endereço e telefone do CEP bem como os contatos dos pesquisadores responsáveis pelo estudo de acordo com a seção IV.5.d.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.7 - O TCLE não contém a declaração do pesquisador responsável que expresse o cumprimento das exigências contidas nos itens IV.3 e IV.4.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

Após a análise com vista à Resolução 466/12 CNS e cumprimento das pendências listadas no parecer anteriormente citado, o CEP/HUPES considera o projeto como APROVADO para execução, tendo em vista que apresenta benefícios potenciais a serem gerados com sua aplicação e representa risco mínimo aos participantes, respeitando os princípios da autonomia, da beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

Considerações Finais a critério do CEP:

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12) e deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, completamente assinado.

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-8043 **Fax:** (71)3283-8140 **E-mail:** cep.hupes@ebserh.gov.br

UFBA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO PROF.
EDGARD SANTOS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA & HUPES/UFBA



Continuação do Parecer: 5.144.648

adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em ____/____/____ e ao término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1759167.pdf	01/12/2021 21:55:31		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_dez.pdf	01/12/2021 21:54:08	ALINNE NOGUEIRA CHAVES	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.pdf	01/12/2021 21:44:31	ALINNE NOGUEIRA CHAVES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_dez.pdf	01/12/2021 21:44:07	ALINNE NOGUEIRA CHAVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_dez.pdf	01/12/2021 21:43:53	ALINNE NOGUEIRA CHAVES	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	21/10/2021 14:56:38	ALINNE NOGUEIRA CHAVES	Aceito
Outros	Carta.pdf	21/10/2021 14:45:52	ALINNE NOGUEIRA CHAVES	Aceito
Outros	CARTA_ASSINADA_DR_FREDEDERICO.pdf	21/10/2021 14:43:24	ALINNE NOGUEIRA CHAVES	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso.pdf	21/10/2021 14:41:31	ALINNE NOGUEIRA CHAVES	Aceito
Outros	Equipe_detalhada.pdf	21/10/2021 14:41:07	ALINNE NOGUEIRA CHAVES	Aceito
Outros	carta_de_encaminhamento_do_projeto_ao_CEP.pdf	21/10/2021 14:40:39	ALINNE NOGUEIRA CHAVES	Aceito
Folha de Rosto	Alinne_Nogueira_Chaves_folhaderostoaassinada.pdf	20/10/2021 20:04:14	ALINNE NOGUEIRA CHAVES	Aceito

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-8043 **Fax:** (71)3283-8140 **E-mail:** cep.hupes@ebserh.gov.br

UFBA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO PROF.
EDGARD SANTOS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA e HUPES/UFBA



Continuação do Parecer: 5.144.648

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 03 de Dezembro de 2021

Assinado por:
Pablo de Moura Santos
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-8043 **Fax:** (71)3283-8140 **E-mail:** cep.hupes@ebserh.gov.br