

## PERCEPÇÃO DE MÉDICOS E ENFERMEIROS ATUANTES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS

### PERCEPTION OF PHYSICIANS AND NURSES WORKING IN INTENSIVE CARE UNIT ABOUT PALLIATIVE CARE

Thamires Enderle Lima<sup>1</sup>, Carolina Fernandes de Castro<sup>2</sup>

#### RESUMO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um ambiente onde culturalmente tenta-se manter a vida a qualquer custo, porém além dos cuidados intensivos e curativos, os Cuidados Paliativos (CP) também devem estar presentes no plano terapêutico. Objetivo: analisar a percepção de médicos e enfermeiros atuantes em UTI sobre CP e identificar suas dificuldades frente ao tema. Método: pesquisa qualitativa exploratória, realizada através de entrevistas individuais semiestruturadas em um hospital público em Santa Catarina. Participaram oito profissionais, sendo dois médicos contratados, dois médicos residentes, duas enfermeiras contratadas e duas enfermeiras residentes. Resultados: os profissionais compreendem que os CP se restringem aos pacientes com doenças incuráveis, em falha terapêutica ou iminência de óbito; e pouco frequentes na UTI. As dificuldades apontadas foram má comunicação entre equipe e família, pouco conhecimento teórico-técnico, divergência de entendimento sobre o conceito de CP e inexistência de protocolos. Conclusão: a compreensão dos médicos e enfermeiros do local de estudo é desatualizada e precária. Pode-se relacionar os resultados com o atual modelo de saúde centrado na doença e com a ausência do tema na formação dos profissionais.

**Palavras-chave:** Unidade de terapia intensiva, Percepção, Profissional de saúde, Cuidados paliativos.

#### ABSTRACT

The Intensive Care Unit (ICU) is an environment where, culturally, people try to maintain life at any cost, but in addition to intensive and curative care, Palliative Care (PC) must also be present in the therapeutic plan. Objective: to analyze the perception of doctors and nurses working in ICUs regarding PC and identify their difficulties regarding the subject. Method: exploratory qualitative research was conducted through individual semi-structured interviews in a public hospital in Santa Catarina. Eight professionals participated, including two contracted doctors, two resident doctors, two contracted nurses, and two resident nurses. Results: the professionals understand that PC is limited to patients with incurable diseases, therapeutic failure, or imminent death, and it is infrequently practiced in the ICU. The difficulties identified were poor communication between the team and the family, lack of theoretical-technical knowledge, divergent understandings of the concept of PC, and the absence of protocols. Conclusion: The understanding of the doctors and nurses in the study location is outdated and inadequate. These results can be related to the current disease-centered healthcare model and the absence of the topic in professional training.

**Keywords:** Intensive care unit, Perception, Health Personnel, Palliative care.

---

<sup>1</sup>Psicóloga. Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência em Cuidados Intensivos, Joinville – SC. E-mail: thamiresel@hotmail.com

<sup>2</sup>Psicóloga. Mestre em Psicologia da Saúde. Hospital Municipal Ruth Cardoso, Balneário Camboriú – SC.

## INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é uma unidade que ainda carrega um estigma social de morte e sofrimento, o qual tem sua parcela de realidade, visto que o clima de apreensão é constante, a rotina é acelerada e existem de fato casos onde a morte é iminente. Todos esses fatores fazem com que a internação do paciente e a vivência de seus familiares sejam estressantes, exacerbando o sofrimento psicológico (Sebastiani, 2020).

O paciente que precisa de suporte intensivo é caracterizado como um doente grave ou potencialmente grave, que necessita de aparato tecnológico, atendimento por equipe multiprofissional especializada e medicações específicas para suporte vital, como ventilação mecânica, monitorização de sinais vitais contínuos e utilização de drogas vasoativas e sedativas. Os motivos da internação variam de eventos agudos a complicações de doenças crônicas. Com o avanço da Medicina e das tecnologias em geral, hoje é comum encontrar UTIs específicas para cada perfil de paciente, como cardiológicas, cirúrgicas, oncológicas, neurológicas, de trauma, entre outras (Castro et al., 2021). Frente tamanha complexidade, os pacientes são considerados críticos e conforme o tempo de internação se estende, podem ficar cada vez mais dependentes dos cuidados intensivos, principalmente da ventilação mecânica, quando então passam a ser doentes críticos crônicos (Teixeira, 2021).

A pessoa hospitalizada sofre um difícil processo de despersonalização. A abordagem é centrada na doença, sintomas, complicações e não na amplitude existencial e individual que envolve esse sujeito. Angerami (2020) é certo quando fala que “muitas situações serão consideradas invasivas e abusivas na medida em que não se respeitam os limites e imposições dessa pessoa hospitalizada” (p. 3). Ao deixar de olhar o paciente como um todo, deixamos de proporcionar um cuidado completo.

Levando em consideração que todo paciente internado em UTI é um paciente grave e com risco de vida, além dos cuidados intensivos e curativos, os Cuidados Paliativos (CP) devem estar presentes no plano terapêutico.

Ryan e Chow (2020) trazem que o conceito de CP é atualizado pela OMS desde 1990, sendo a mais recente deferida em 2018:

Cuidados Paliativos é uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes (adultos e crianças) e de suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças com risco de vida. É uma abordagem que previne e que alivia o sofrimento por meio da identificação precoce, da avaliação e do tratamento corretos da dor e de outros problemas físicos, psicossociais ou espirituais (OMS, 2018).

A partir dessa atualização, passou-se a abranger pessoas com doenças potencialmente fatais e não mais restringe-se ao cuidado às doenças incuráveis. Atualmente os CP podem ser simultâneos e complementares às propostas curativas, podendo ser indicado desde o diagnóstico da doença. Conforme sua evolução, em caso de piora do prognóstico e diminuição das respostas aos tratamentos modificadores do curso da doença passam a ser considerados prioritários, até por fim, tornarem-se exclusivos na proximidade da morte (Pereira & Reys, 2021).

Apesar da internação prolongada em UTI resultar no surgimento ou exacerbação de múltiplos sintomas e sofrimentos, raramente a equipe intensivista percebe a necessidade de avaliação e acompanhamento de uma equipe paliativista, ainda que a oferta desses cuidados em conjunto com todo o suporte de terapia intensiva seja uma obrigação. O cuidado de UTI deve priorizar o controle de sintomas do paciente e acolher seus familiares para que estes estejam presentes e disponham de suporte (Oliveira, 2021). Toda a equipe multiprofissional de uma unidade intensiva é essencial para o cuidado ao paciente, porém, médicos e enfermeiros são os profissionais responsáveis por tomar as principais decisões, fornecer cuidados e estar à frente na comunicação de notícias críticas, entre outras tantas atribuições. Reconhecendo essa importante responsabilidade, este estudo teve entre seus objetivos analisar a percepção de médicos e enfermeiros atuantes em Unidade de Terapia Intensiva sobre Cuidados Paliativos e identificar suas dificuldades frente ao tema.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo qualitativo de caráter exploratório realizado através de entrevistas individuais semiestruturadas. O local se deu em um hospital público de alta complexidade na cidade de Joinville, Santa Catarina. Participaram oito profissionais, sendo

dois médicos e duas enfermeiras contratadas, e dois médicos e duas enfermeiras residentes. Foram incluídos os profissionais do hospital que estavam de plantão no momento da abordagem e que aceitaram participar do estudo.

A coleta de dados ocorreu em salas privativas das UTIs, conforme disponibilidade do profissional. Os depoimentos foram gravados em áudio e transcritos na íntegra. As entrevistas tiveram como principais eixos norteadores: Compreensão de Cuidados Paliativos, Cuidados Paliativos na UTI e Dificuldades frente ao tema.

Antes de iniciar as entrevistas, os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Respeitando a condição de anonimato dos participantes, seus nomes foram substituídos pela abreviação de sua profissão e cargo, sendo E. para Enfermeiras, M. para Médicos, C. para contratados, R. para residentes, seguidos de números que correspondem à sequência de realização das entrevistas (E.C.1, E.R.2, M.C.1, M.R.2 ...).

Este estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), via Plataforma Brasil sistema CEP/CONEP, tendo como número do parecer 5.510.808. O projeto atendeu às recomendações da Resolução n. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil.

Os depoimentos foram analisados conforme a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2016) e discutidos à luz dos conceitos e princípios trazidos no Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (Castilho, da Silva & Pinto, 2021).

## **RESULTADOS**

Após a análise das entrevistas, três categorias emergiram: compreensão sobre cuidados paliativos, percepção dos cuidados paliativos na UTI e dificuldades frente ao tema, sendo necessário, esta última, estabelecer uma subcategoria: utilização de protocolos.

### **Compreensão sobre Cuidados Paliativos**

Essa categoria surgiu a partir das falas dos participantes a respeito de seu entendimento sobre Cuidados Paliativos, baseado principalmente em sua experiência profissional. Todos

os participantes citaram que CP é priorizar o conforto do paciente. Ainda, em sua maioria, relacionam estes cuidados a doenças incuráveis, majoritariamente em momentos de fim de vida ou falha terapêutica; sem mais possibilidade de tratamentos modificadores do curso da doença, trouxeram também que a família deve ser melhor assistida a partir da definição de CP ao paciente.

As falas a seguir representam o que a maioria dos participantes entende sobre CP.

*“[...] já se fala muito em tratamento né, paliativos, tratamento sem medidas né [...] paliativo é qualidade e conforto, envolve tudo, sabe. O que não envolve é a gente querer curar aquilo que não é curável.” [E.C.2]*

*“[...] conforto ao paciente na... no período que ele tem uma doença que ameace a vida, só que não tem mais, ‘não tem mais o que fazer’ é uma frase muito feia assim, mas no caso, não seria benéfico pra ele principalmente procedimentos invasivos assim [...]” [E.R.1]*

*“[...] a cura terapêutica já não passa a ser o objetivo principal [...] a gente não tira a oportunidade de uma melhora clínica [...] mas o foco principal e a... o objetivo não é mais terapêutico e sim [...] manter as medidas focadas no conforto do paciente.” [M.C.1]*

*“Uma falha terapêutica, você tem uma doença, você estipula um tratamento pra aquela doença e o tratamento, ele não é eficaz, [...] foi feito tudo que é possível e o paciente não responde [...] então você resolve fazer um tratamento paliativo [...] pra mim cuidados paliativos é não... sofrimento né, não sofrer mais, tu limitar o tratamento, não ficar ali fosforelando naquilo, mas você dar qualidade de vida, você dar conforto pro paciente.” [M.R.2]*

Dois participantes diferenciam os CP de falha terapêutica, limitação de suporte e fim de vida em suas falas e reconhecem que os termos são usados como sinônimos na prática, percepção esta, confirmada pelas falas dos colegas apresentadas anteriormente.

*“[...] o conceito pra mim da parte de palição, não é algo terminal, é algo pra ser feito o tempo inteiro. [...] o termo palição... infelizmente a gente usa de uma forma errada, que é só mais terminal. Então o termo palição, que é principalmente, é... conforto do paciente, o conforto da família, tem que ser empregado desde o início, seja uma doença curável ou não.” [M.C.2]*

*“[...] entre as medidas de conforto, é o tratamento da doença de base e desde então começar o tratamento, é... psicológico tanto pro paciente, pra família... colocar tudo isso numa ideia de que é um conjunto né [...] deixar ele ciente disso e ele participar das decisões... eu acho que tudo isso causa conforto pro paciente, só que isso é raro né, geralmente o paciente só se torna paliativo quando ele já tá [morrendo]...” [M.R.1]*

### **Percepção dos Cuidados Paliativos na UTI**

Ao longo das entrevistas, os participantes compartilharam sua percepção de como os CP acontecem na unidade. Quanto à frequência de pacientes paliativos na UTI, a maioria dos participantes percebe como pouco frequente, como exemplificam as falas de E.C.2 e E.R.2:

*“Não é uma coisa que assim, ah, todo dia tem um paliativo. Não... não é uma coisa muito frequente...” [E.C.2]*

*“Ah muito pouco, muito pouco, eu acho que tem uma resistência dos próprios médicos assim, em querer dar essa, esse diagnóstico né; de colocar em cuidados paliativos”. [E.R.2]*

A sinonímia entre cuidado paliativo e morte, e a crença da impossibilidade da simultaneidade dos CP com os cuidados curativos está presente nesta categoria, conforme o seguinte relato:

*“Baixa frequência assim, pouca frequência. Porque a maioria das vezes você não precisa paliativar né, na maioria das vezes existe tratamento, existe prognóstico, né... que nenhum paciente assim, na maioria das vezes ele pensa em paliativo né, na maioria dos pacientes ele pensa em se curar, ir pra casa, cuidar da vida... então... pouco frequente.” [M.R.2]*

Os profissionais percebem que na UTI os CP são estabelecidos aos pacientes que, após grande investimento curativo, entram em falha terapêutica; algumas vezes já em processo ativo de morte, conforme as falas:

*“[...] muitas vezes quando é citado cuidados paliativos pra mim, ele é um paciente em falha terapêutica, às vezes o paciente tá com todas as medidas de estar indo à óbito, é conversado com a família e alguém diz que isso é cuidados paliativos.” [M.C.1]*

*“Quando a gente tem paciente que eles paliativam, a gente vê muito esforço da equipe de médicos né, de todo mundo, até se realmente chegar num acordo e paliativar o paciente. Eles vão até os últimos, eles investem bastante nos pacientes.” [E.C.1]*

*“[...] já foi feito tudo que era possível, já foi feito medicação, já foi feito... enfim, tudo que era possível por ele mesmo, é... no caso mais com esse lado curativo né, e não tem uma melhora significativa, daí ele vai pra cuidados paliativos. Só que eu ainda acho bem... que é abordado bem tardiamente” [E.R.1]*

*“Na UTI geralmente eles deixam, é... pra tocar nesse assunto um pouco tarde... Em falência terapêutica geralmente ou quando começa a ver que o caso tá, indo né, tá arrastado e tudo o mais... [...]” [M.R.1]*

### **Dificuldades frente ao tema**

As dificuldades enfrentadas pelos profissionais sobre o tema foram diversas e se diferenciam conforme a profissão. As enfermeiras percebem que os médicos decidem as condutas sem comunicação prévia à elas, como E.C.1 e E.R.1 trazem em seus discursos:

*“Talvez falta até mais informação pra gente aceitar né, o médico chegar e dizer o porque que ele tá paliativando, o que aconteceu, o que que não vai mais acontecer...[...].” [E.C.1]*

*“Eu acho que a nossa função de enfermeira, querendo ou não, infelizmente tá muito ligado ao que o médico decidir... [...] eu não concordo com a conduta que tá sendo tomada, pra mim é distanásia, mas eu vou fazer o que?” [E.R.1]*

Já os médicos enfrentam dificuldades de consenso e comunicação entre eles e com familiares.

*“Acho que falta um alinhamento melhor. Às vezes... médico com assistência no momento, que seria o intensivista, médico assistente e família [...]” [M.C.1]*

*“E a ideia dos colegas assim, tem muita é... bem... difi... diferente assim, a ideia que cada um tem, sabe. Muitos ainda não, nem foram ler sobre o assunto, tem uma ideia de... de escutar o que é e tal, então acho que isso atrapalha não só médicos, mas toda a equipe [...]” [M.R.1]*

As participantes Enfermeiras, reconhecem que possuem conhecimento teórico-técnico precário sobre o tema, o que dificulta sua atuação.

*“Eu só tenho bastante dúvidas assim, sobre esse tema ainda” [E.R.1]*

*“[...] tem uma dificuldade técnica minha no caso, tipo o que eu posso fazer e o que eu não posso fazer” [E.R.2]*

*“Acho que a gente tem muito o que aprender ainda né, sobre cuidados paliativos [...]” [E.C.2]*

Os médicos contratados trazem que os CP são muitas vezes pautados na opinião pessoal de cada profissional da equipe, percebendo inclusive, a teoria como subjetiva, o que dificulta a discussão do tema na atuação.

*“[...] lidar com dificuldades de crenças nossas, crenças da equipe, e crenças e hábitos dos familiares e do próprio paciente [...] é tudo muito individualizado, então acho que essa é a maior dificuldade [...] por mais que a gente tente levar de uma forma mais técnica, mais racional; é algo muito pessoal.” [M.C.2]*

*“A teoria, minha opinião, ela inclui muito a questão subjetiva [...] por mais que... que quem estuda e faz isso diariamente ache que não é tão subjetivo, no dia a dia pra mim é subjetivo.” [M.C.1]*

A maioria dos participantes enfrentam dificuldades em definir o perfil do paciente paliativo, o que gera sentimentos de medo e receio frente a possibilidade de limitar tratamentos modificadores do curso da doença de pacientes que teriam chances de recuperação.

*“E a dificuldade de às vezes ter um doente compensado e que você antecipa um cuidados paliativos e que isso nem sempre é bem visto e aceito, porque parece que você está tirando a oportunidade de um paciente [...]” [M.C.1]*

*“[...] sobre ter o medo de errar né; colocar alguém pra paliativo que realmente não é paliativo.” [E.C.2]*

*“É uma coisa muito confusa pra gente, né. Quando, a partir de quando esse paciente vai ser definido como paliativo”. [E.C.1]*

### **Utilização de protocolos**

Esta subcategoria surgiu a partir da dificuldade dos profissionais em definir o perfil do paciente paliativo, alguns participantes acreditam que a existência de um protocolo facilitaria a atuação profissional:

*“Protocolo realmente seria algo que a gente poderia ter mais segurança em seguir né [...] pra definir o porque que ele entrou em cuidados paliativos” [E.C.1]*

*“É... talvez, há, infelizmente o ser humano às vezes precisa de protocolo, né [...]” [M.C.1]*

Porém, existe uma divergência considerável entre os discursos das enfermeiras contratadas com os dos médicos, tanto contratados quanto residentes. As primeiras acreditam que existe um protocolo médico para basear a conduta paliativa aos pacientes e desejam que o mesmo seja estendido para o serviço de Enfermagem, porém, ao serem questionados sobre a existência deste instrumento, os médicos desconhecem.

*“Não sei, se tivesse realmente um protocolo a ser seguido né... não sei. Eles [médicos] devem ter, mas a gente não, então talvez podia se estender pra enfermagem também [...]” [E.C.1]*

*“Então acho que meio que parte mais dos médicos rotineiros, e eu acho que eles seguem o protocolo que é instituído mesmo assim, né [...] acredito que é mais criado pela equipe da médica mesmo” [E.C.2]*

*“Não. Não vou ser hipócrita, não... não. Sempre se tentou muito, existem alguns, se tenta colocar alguns índices, volta e meia surgem alguns índices, mas utilizá-los ali na prática direto não. Acredito que não.” [M.C.1]*

*“Não, nosso não... na nossa UTI não. Não que eu conheça, tá.” [M.R.1]*

### **DISCUSSÃO**

Apesar das constantes atualizações sobre CP e da crescente presença do tema na atualidade, os resultados mostram que a compreensão dos médicos e enfermeiros

intensivistas participantes deste estudo está relacionada ao conceito trazido pela OMS em 1990, que definia os CP como os “cuidados totais ativos de pacientes cuja doença não respondia ao tratamento curativo, com o objetivo de alcançar a melhor qualidade de vida possível para pacientes e suas famílias” (Pereira & Keys, 2021, p.3). Esta compreensão reflete na prática, visto que todos os participantes afirmaram que os pacientes considerados paliativos em suas UTIs, são aqueles em falha terapêutica e/ou processo ativo de morte.

Este resultado corrobora o que Genezini, Souza e Karam (2021) trazem no Manual de Cuidados Paliativos: “(...) ainda existem equívocos na compreensão do conceito de CP, pois o associam somente ao final da vida, à morte, ao jargão inaceitável do “nada mais a fazer” (p. 44).

Quanto aos princípios do CP, dentre os onze existentes, pode-se concluir que a ‘avaliação abrangente e gerenciamento da dor’ e o ‘apoio à família e aos cuidadores durante a doença’ são seguidos de forma parcial. O manejo de outros sintomas estressantes além da dor, o suporte psicológico, espiritual e de necessidades sociais; a facilitação da comunicação entre paciente-família-equipe e a participação destes nas decisões do tratamento; a presença deste cuidado durante todo o curso da doença e em conjunto com os tratamentos curativos; o apoio aos familiares e cuidadores durante o luto não foram citados pelos participantes. Ademais, não demonstram entender que o CP pode influenciar positivamente no curso da doença ou que não pretende adiar ou apressar a morte, mas sim reconhecê-la como um processo natural (Pereira & Keys, 2021).

Considerando que o CP abrange pessoas que enfrentam problemas e sofrimentos associados a doenças graves com risco de vida, e que o paciente que interna em uma UTI é um paciente grave; todo paciente internado em unidade de terapia intensiva é paciente paliativo, o que não vai de acordo com os resultados obtidos neste estudo. Os participantes percebem o CP como pouco frequente dentro de suas UTIs.

Os CP devem ser precoces e podem ser definidos por fases. Na primeira fase, onde a morte é pouco provável e existe grande perspectiva de recuperação, estes são prestados para aliviar o desconforto da doença e do tratamento intensivo. Na segunda fase onde a morte é

previsível para dias, semanas ou meses, onde é constatada uma falta de respostas aos recursos curativos, o CP visa a melhor qualidade de vida possível e passa a ser prioridade, porém, os cuidados modificadores do curso da doença ainda podem ser ofertados se considerados adequados pela equipe e paciente. Por fim, na terceira fase, o cuidado paliativo passa a ser exclusivo visto que existe uma irreversibilidade da doença e a morte é prevista para horas ou poucos dias (Moritz, 2021). Os resultados afirmam que os CP começam a se fazer presentes na UTI principalmente na fase três, onde o paciente já se encontra em processo ativo de morte. Este processo é definido a partir da contínua evolução de sinais e sintomas de uma doença avançada e progressiva, que resulta em disfunções orgânicas irreversíveis com rápido declínio funcional pouco tempo antes da morte, podendo durar de algumas horas a dias, e eventualmente, semanas (Calice, Canosa & Chiba, 2021).

Nesse momento de iminência de óbito, conflitos podem surgir diante divergências sobre o tratamento, visto que é recomendado uma avaliação constante seguida de tomada de decisão quanto ao suporte artificial de vida, promovendo um dilema moral entre os profissionais quanto a princípios da bioética (beneficência e não maleficência), e insegurança quanto aos termos eutanásia, distanásia e ortotanásia (Moritz, 2021). Esses conflitos e dilemas éticos entre os profissionais foram levantados na categoria Dificuldades, assim como a falta de comunicação entre a equipe.

As diferenças de treinamento e habilidade de comunicação dos profissionais dentro de uma UTI podem impactar no cuidado ao paciente, gerar desconfiança e desorganização na equipe, e ainda reforçam hierarquias estruturais. Vivemos na saúde o modelo de cuidado centrado na doença, voltado para sintomas e cura. A comunicação dentro desse modelo tende a ser vertical, onde médicos repassam ao paciente, familiares e alguns membros da equipe, apenas informações que acreditam ser necessárias. Para uma comunicação mais eficaz é necessário pensarmos em um cuidado centrado na pessoa, onde a equipe deve levar em consideração todos os fatores biopsicossociais do paciente. Esse modelo preconiza uma comunicação de abordagem colaborativa que proporciona espaço para a participação de todos por meio de ações inclusivas, onde cada especialidade é envolvida nas tomadas de

decisões e na implementação de medidas terapêuticas pautadas no cuidado integrado (Genezini, Souza & Karam, 2021).

Mantendo-nos na categoria Dificuldades, a incongruência quanto ao real significado de CP e a autoanálise do precário conhecimento teórico-técnico foram foco no discurso dos participantes. A primeira demanda por parte dos médicos, e a segunda, pelas enfermeiras, resultados também encontrados nos estudos de Pereira e Keys (2021), Pereira, de Andrade e Theobald (2022), Ryan e Chow (2020), Sarmiento et al. (2021) e Minosso, Martins e Oliveira (2022). Ainda existem informações conflitantes e dificuldades de entendimento a respeito do conceito de CP, das suas indicações e do seu benefício devido ao processo de evolução do termo ao longo dos anos e da falta de um ensino concreto, claro e objetivo, evidenciando uma importante falha nas grades curriculares dos cursos de saúde quanto aos CP e a temas como terminalidade da vida e morte (Ryan & Chow, 2020).

Apesar do conceito ter sido atualizado globalmente em 2017 pela IAHPC (Ryan & Chow, 2020), percebe-se que essa confusão permanece até hoje. A falta de ensino na graduação sobre o tema resulta em informações conflitantes sobre quando este cuidado deve ser iniciado, quais pacientes devem recebê-lo e se podem ser propostos em conjunto com o tratamento curativo ou não, o que reflete na insegurança da prática, no medo de considerar esses cuidados por crer que estará sentenciando um paciente à morte (Ryan & Chow, 2020), receio trazido tanto por médicos quanto enfermeiras neste estudo.

Além do ensino específico sobre CP na graduação, é necessário abordar e esclarecer princípios e temáticas da Bioética, Filosofia, Legislação e Código de Ética de cada profissão, assim como trabalhar e desenvolver competências como atenção centrada na pessoa; assistência familiar; respeito à autonomia, questões técnicas, culturais e éticas, diminuindo a intervenção médica invasiva e oferecendo recursos para melhorar a qualidade de vida (Pereira, de Andrade & Theobald, 2022).

Como recurso para auxiliar no manejo dessas dificuldades e sentimentos, os participantes trouxeram a utilização de um protocolo, porém conforme apresentado na subcategoria de mesmo nome, não souberam nomear este material. Realizando um breve

levantamento em base de dados *online* (*PubMed*) utilizando os descritores “protocolo” e “cuidados paliativos”, nenhum resultado significativo foi encontrado.

Na literatura de base deste estudo, não é citado a existência de protocolos. o Manual (Castilho, da Silva & Pinto, 2021) traz que a avaliação do paciente deve ser multidimensional, buscando uma assistência adequada às necessidades individuais de cada paciente, conhecendo sua biografia, valores e preferências. Traz ainda, que um histórico clínico completo deve ser realizado, desde o diagnóstico, exames e terapias já realizadas e abordadas atualmente da doença, até a avaliação atual de sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais do paciente. Essa avaliação pode ser feita através de instrumentos como escalas e índices (Silva & Cortizo, 2021), porém, o profissional precisa ter em mente que o paciente e seu familiar ou cuidador esperam uma escuta ativa, de qualidade e sem julgamentos, que não se restrinja apenas a questões preestabelecidas em instrumentos de avaliação (INCA, 2022).

## **CONCLUSÃO**

Pode-se concluir que a compreensão dos médicos e enfermeiros atuantes nas UTIs do local de estudo é desatualizada e precária, para estes, os CP ainda se restringem àqueles pacientes que apesar de todo o investimento intensivo, não é curado e aproxima-se da morte. Apenas 20% dos participantes expande sua compreensão para além deste momento, reconhecendo ser necessária a abordagem paliativa desde o diagnóstico de uma doença potencialmente ameaçadora à vida. Houve diferença entre as dificuldades relatadas por enfermeiras e médicos. A má comunicação entre a equipe e desta com os familiares e a divergência de entendimento sobre o conceito de CP foram apontadas por todos os participantes. A ausência de um protocolo específico sobre CP em geral, foi referida como limitador da presença do tema nas UTIs. Sendo assim, os objetivos da pesquisa foram alcançados.

As dificuldades enfrentadas pelos profissionais estão diretamente relacionadas à sua desinformação e falta de domínio sobre o tema. É pertinente apontar que mesmo após anos

de seu surgimento e prática, os Cuidados Paliativos ainda são pouco abordados na graduação dos profissionais de saúde. Enquanto não mudarmos o modelo de saúde atual (biomédico, centrado na doença) e começarmos a trabalhar o adoecimento e morte como parte da vida e não algo a ser evitado a todo custo, o ensino e a prática permanecerão incompletos.

Reconhece-se como fragilidade do estudo, a restrição ao local de pesquisa, impedindo a generalização dos resultados. Todavia, estes permanecem válidos, uma vez que corroboram com achados de pesquisadores de outras localidades. Não obstante, mesmo entre artigos já publicados, alguns trazem em seu conteúdo a associação de Cuidados Paliativos apenas com terminalidade, sem abordar as demais possibilidades dessa ampla filosofia, o que dificultou o embasamento teórico do estudo, necessitando estabelecer uma literatura de base.

Tendo como instrumento de coleta de dados a entrevista semiestruturada, outros aspectos do CP na UTI foram trazidos espontaneamente pelos participantes, o que poderia resultar em novos estudos.

Espera-se que esta pesquisa proporcione reflexões e questionamentos a respeito da atual formação dos profissionais de saúde acerca da teoria e prática dos CP, em especial em UTI. Sugere-se que novas pesquisas com diferentes metodologias e amostras sobre o tema sejam realizadas. O adoecimento sempre fará parte do ser humano, e cabe a nós, profissionais de todos os níveis de atenção em saúde, atualizarmo-nos para prestar o melhor manejo do sofrimento total, sendo ele físico, psicológico, social ou espiritual.

## REFERÊNCIAS

- Angerami, V. A. (2020). O psicólogo no hospital. In V. A. Angerami, F. A. R. Trucharte, R. B. Knijnik, & R. W. Sebastiani (Eds.), *Psicologia hospitalar: teoria e prática* (2a ed., pp. 1-14). São Paulo, Brazil: Cengage.
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. (L. A. Pinheiro, Trad.). São Paulo, SP: Edições 70.
- Calice, G. B., Canosa, H. G., & Chiba, T. (2021). Processo ativo de morte: definição e manejo de sintomas. In R. K. Castilho, V. C. S. da Silva, & C. D. S. Pinto (Eds.), *Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos* (3a. ed., pp. 515-9). Rio de Janeiro: Atheneu.
- Castilho, R. K., da Silva, V. C. S., & Pinto, C. D. S. (2021). *Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos* (3a ed.). Rio de Janeiro: Atheneu.
- Castro, M. L. M., de Almeida, F. D. C. A., Amorim, E. H., de Carvalho, A. I. L. C., da Costa, C. C., et al. (2021). Perfil de pacientes de uma unidade de terapia intensiva de adultos de um município paraibano. *Enferm. Actual Costa Rica*, 40(1), 1-6.
- Genezini, D., de Souza, M. D. R. B., & Karam, V. B. (2021). Comunicação entre equipes. In R. K. Castilho, V. C. S. da Silva, & C. D. S. Pinto (Eds.), *Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos* (3rd ed., pp. 43-7). Rio de Janeiro: Atheneu.
- Ministério da Saúde (Brasil), Instituto Nacional do Câncer (INCA). (2022). Quem é o paciente em cuidados paliativos? In: Ministério da Saúde (Brasil), Instituto Nacional do Câncer (INCA). *A avaliação do paciente em cuidados paliativos: cuidados paliativos na prática clínica* [Internet]. Rio de Janeiro: INCA. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/avaliacao-do-paciente-em-cuidados-paliativos-cuidados-paliativos-na-pratica>. (pp. 17-23).
- Minosso, J.S.M., Martins, M.M.F.P.D.S., & Oliveira, M.A.D.C. (2022). Cuidados paliativos na formação inicial em enfermagem: Um estudo de métodos mistos. *Referência*, 6(1), 1-7.
- Moritz, R. D. (2021). Cuidados de fim de vida na UTI: não implementação ou retirada de suporte artificial de vida. In R. K. Castilho, V. C. S. da Silva, & C. D. S. Pinto (Eds.), *Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos* (3a ed., pp. 440-3). Rio de Janeiro, Brazil: Atheneu.
- Oliveira, R. H. R. (2021). Controle de sintomas do paciente crítico. In R. K. Castilho, V. C. S. da Silva, & C. D. S. Pinto (Eds.), *Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos* (3a ed., pp. 435-9). Rio de Janeiro: Atheneu.
- Pereira, E. A. L., & Reys, K. Z. (2021). Conceitos e princípios. In R. K. Castilho, V. C. S. da Silva, & C. D. S. Pinto (Eds.), *Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos* (3a ed., pp. 3-6). Rio de Janeiro: Atheneu.
- Pereira, L. M., de Andrade, S. M. O., & Theobald, M. R. (2022). Cuidados paliativos: desafios para o ensino em saúde. *Revista Bioética*, 30(1), 149–161.

Sarmiento, W. M., de Araújo, P. C. B., da Silva, B. N., Silva, C. R. D. V., Dantas, R. C. O., & Vêras, G. C. B. (2021). Formação acadêmica e qualificação profissional dos enfermeiros para a prática em Cuidados Paliativos. *Enfermagem em Foco*, 12(1), 33-39.

Sebastiani, R. W. (2020). Atendimento psicológico no centro de terapia intensiva. In V. A. Angerami, F. A. R. Trucharte, Knijnik, R. B., & Sebastiani, R. W. (Eds.), *Psicologia hospitalar: teoria e prática* (2a ed., pp. 21-63). São Paulo: Cengage.

Silva, A.M.O.P., & Cortizo, S.A.A. (2021). Avaliação do paciente e índices prognósticos. In R.K. Castilho, V.C.S. da Silva, & C.D.S. Pinto (Eds.), *Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos* (3a ed., pp. 11-6). Rio de Janeiro: Atheneu.

Teixeira, Z. C. (2021). Paciente crítico crônico. In R. K. Castilho, V. C. S. da Silva, & C. D. S. Pinto (Eds.), *Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos* (3a ed., pp. 456-9). Rio de Janeiro: Atheneu.

Wong, R. S., Chow, J., Chow, R., & Zimmermann, C. (2020). Evolving Definitions of Palliative Care: Upstream Migration or Confusion? *Current Treatment Options in Oncology*, 21(3), 20.

World Health Organization. (2020). Palliative Care. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.