

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO

**O OLHAR BIOÉTICO NA ATENÇÃO À ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS.**

APARECIDA FERREIRA MENDES

**SÃO PAULO
2009**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO

**O OLHAR BIOÉTICO DA ATENÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre em Bioética do Curso de mestrado em Bioética do Centro Universitário São Camilo orientado pela Prof^a. Dra Grazia Maria Guerra e co-orientado pelo Prof. Dr. Pe. Leocir Pessini.

**SÃO PAULO
2009**

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Pe. Inocente Radrizzani

Mendes, Aparecida Ferreira

O olhar bioético na atenção à assistência de enfermagem em cuidados paliativos / Aparecida Ferreira Mendes. -- São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2009.

97p.

Orientação de Grazia Maria Guerra e Leocir Pessini

Dissertação de Mestrado em Bioética, Centro Universitário São Camilo, 2009.

1.Bioética 2.Cuidados paliativos 3.Morte I.Guerra, Grazia Maria
II.Pessini, Leocir III.Centro Universitário São Camilo IV.Título.

DEDICATÓRIA

Dedico esse estudo aos pacientes já falecidos que contribuíram com seus registros e sua experiência na trajetória de uma doença crônica degenerativa, com os quais tive a honra de programar seus cuidados de enfermagem e acompanhar suas famílias, junto aos enfermeiros e auxiliares de enfermagem da Unidade de Internação Geral do 6º andar.

Á vocês,

Muito Obrigado.

AGRADECIMENTOS

A construção dessa dissertação não seria possível sem o apoio incondicional de algumas pessoas, que em diversos momentos, e de modo diferenciado, contribuíram para que ela se tornasse realidade. Gostaria de expressar minha gratidão, primeiramente a “Deus” e a todos que direta ou indiretamente colaboraram para a materialização deste meu esforço:

À Prof^a. Dra. Grazia Maria Guerra, considero me uma enfermeira privilegiada por ter sido orientada por você, nos longos anos de convivência no InCor - HCFMUSP, você foi amiga, solidária, conselheira, você buscou minhas vivências internas e transformou em ciência. Muito obrigada pelas longas horas dedicadas à orientação da minha dissertação e o longo caminho percorrido na pós-graduação;

Ao Dr. Pe. Leocir Pessini, que ancorado nos anos de convivência no InCor - HCFMUSP, sempre deixou claro para todos os Enfermeiros, a necessidade do apoio espiritual que a pessoa fragilizada precisa ter como direito, obrigado Padre Léo pela co-orientação;

As Prof^{as}. Dra. Tâmara Iwanow Cianciarullo e Dra Luciane Lucio Pereira, pelas valiosas contribuições durante o exame geral de qualificação;

A Dra Miriam Harumi Tsunemi, pela primorosa análise estatística tornando a dissertação objetiva;

Ao Sr José Antônio Ramos Neto, pelo primoroso levantamento de óbitos ocorrido nos anos de 2006 a 2009 no InCor-HCFMUSP o que muito me facilitou na busca aos prontuários de pesquisa;

A Prof^a. Maria Inês Nunes, por ter nos conduzido na Espanha com segurança, na visita ao Centro de Humanização em Saúde em Madrid, na cidade de Três Cantos, para participar do Curso: Atenção Humanizada aos Idosos em Instituição de Longa Permanência;

Ao Prof. Dr. William Saad Hossne, por infundir beleza ao conhecimento transmitido na sala de aula, guardei para o meu futuro quase presente, a beleza da leitura dos livros de filosofia (eternos companheiros);

A Prof^a. Dra Vera Zaher, pela amizade e por ensinar me o raciocínio da bioética, através das situações clínicas apresentada em sala de aula;

A bibliotecária Rosana Drigo, pela cuidadosa revisão de português e orientação mesmo em situação emergencial;

Ao Centro Universitário São Camilo pelo aprendizado adquirido e convivência saudável durante o período da pós-graduação, me capacitando para ser uma profissional melhor;

Aos amigos e amigas da 4^ª turma do Curso de Mestrado em Bioética, que passaram a fazer parte da minha vida.

Às Ex-Diretoras da Coordenação de Enfermagem do Instituto do Coração HCFMUSP, Sra. Vanderli de Oliveira Dutra, Sra. Liris Therezinha Caracciolo, por terem focado no exercício profissional a visão holística do cuidado ao paciente/família com acolhimento sempre;

E atualmente D. Jurema da Silva Herbas Palomo, pelo exemplo de competência e respeito ao ser humano, por ter incentivado no InCor-FMUSP, o atendimento humanizado ao paciente em fase final de vida, e pelo apoio durante o período da pós-graduação incentivado sempre pelo aprendizado contínuo;

E á D. Luci Maria Ferreira, Diretora de Serviço de Enfermagem III, pelo incentivo em abrir caminhos na assistência de enfermagem voltada ao atendimento com qualidade;

Ao Dr. Paulo Yazbek Junior, companheiro ideal e parceiro de todas as horas, muito obrigada por fazer parte da minha vida;

Às minhas famílias de alma dedico, um agradecimento especial e carinhoso a todos, que sem a presença de vocês na minha vida não teria desenvolvido todo conhecimento profissional e de vida adquirido até hoje;

A Ana Dias Mendes, Geni, Isabela, Ana Maria, Leandro, Lucas e Paulo;

Ao Dr. Aloízio Lelis Santana e Helena Garcia de Carvalho Santana, Guilherme, Gustavo, Laura, Ana Helena e Antônio;

Ao Paulo Yazbek, Magnólia Yazbek, Márcia, Karina, Angela e Gabriela;

A todos os profissionais do Instituto do Coração, principalmente a Unidade de Internação Geral 6º andar, por ter caminhado junto nessa assistência tão especial, na qual todos nós em alguma fase da vida vamos necessitar;

E em especial as amigas (os) Nestor Constantino, Maria Tereza C. Ferreira, Silvia Sirota, Mitsuko Mori, Carla, Silmara, Laila, Larceni, Shizuka, Thereza A. Tagami e Adriana Jacobino entre outros pelo apoio incondicional.

“Agradecer, às vezes se torna difícil, quando percebemos que foram tantos cuidados e tantas pessoas que estiveram ao nosso lado, orientando, indicando materiais, sugerindo livros, artigos, corrigindo nossos erros e valorizando nossos acertos, tendo paciência com a minha impaciência, ou estando simplesmente ao meu lado, enxugando minhas lágrimas quando elas insistiam em cair”.

Obrigada.

EPIGRAFE



“Mais coração nas mãos”. São Camillo de Lellis

“Amar significa nunca ter medo dos vendavais da vida: se protegemos os desfiladeiros dos vendavais, jamais veremos a beleza de seus meandros e das suas cavidades”. Viver até Dizer Adeus – Elizabeth Kluber Ross (2005)



RESUMO EM LÍNGUA NACIONAL

MENDES, Aparecida Ferreira. **O Olhar bioético na atenção à assistência de enfermagem em cuidados paliativos**. São Paulo, 2009. 97p. Dissertação (Mestrado) – Centro Universitário São Camilo.

Este estudo teve como propósito descrever a trajetória dos cuidados paliativos em 20 pacientes fora de possibilidades terapêuticas que foram a óbito, em um hospital da rede pública estadual de alta complexidade, especializado em cardiologia no município de São Paulo. Os objetivos estabelecidos para esta pesquisa foram caracterizar a descrição médica do momento da implantação da filosofia dos cuidados paliativos; caracterizar a assistência de enfermagem ao paciente na filosofia dos cuidados paliativos sob o olhar da bioética, visando identificar as principais demandas de cuidados de enfermagem por meio do levantamento dos diagnósticos de enfermagem; caracterizar as pessoas presentes no momento da morte do paciente; caracterizar a interdisciplinaridade na filosofia dos cuidados paliativos no olhar da bioética. Trata-se de um estudo de corte transversal, retrospectivo documental com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada após o cálculo da mediana do tempo de cuidados paliativos, ou seja, no 7º dia de hospitalização por meio da consulta ao prontuário. Para análise dos dados relevantes para o estudo foram utilizados os testes estatísticos não paramétricos de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e testes exatos de Fisher quanto às variáveis categóricas, foram apresentadas em tabelas e gráficos com números percentuais e absolutos. E as demais variáveis com apresentação de média e desvio padrão. Quanto à caracterização sócio-demográfica verificou-se que os pacientes atendidos na filosofia dos cuidados paliativos tinham em média $84 \pm 7,9$ anos de idade, 50% eram casados e 45% eram viúvos com uma rede de apoio muito pequena. A Insuficiência cardíaca congestiva foi o diagnóstico médico prevalente com 60% na população estudada. O tempo de hospitalização foi em média de $28,2 \pm 23$ dias e de cuidados paliativos foi de $10,4 \pm 10$ dias. Com relação aos resultados verificou-se que quanto à caracterização do registro médico do momento que foi declarado paciente em cuidados paliativos identificou-se que o termo “família ciente da terminalidade” ocorreu em 90% dos 20 prontuários estudados, seguido de 35% do termo “manter cuidados paliativos”. Em relação à caracterização dos diagnósticos de enfermagem identificados nos pacientes sob a filosofia dos cuidados paliativos verificou-se que o Diagnóstico de Enfermagem (DE): “Risco de Queda” aparece em 14,2% dos pacientes da amostra, os demais diagnósticos identificados foram “Mobilidade Física Prejudicada” com 13%, seguido de “Risco para Nutrição Alterada” com 13%, “Integridade de Pele Prejudicada” com 11,6%, “Dor Crônica” com 11,6%, sendo estes os que obtiveram a maior frequência. Na tentativa de buscar associações que pudessem mensurar a demanda de cuidados de enfermagem na filosofia dos cuidados paliativos, foram estabelecidos grupos de categorias diagnósticas que tivessem inter-relação específica com o foco de atenção entre elas. De acordo o teste Exato de Fisher verificou-se a associação significativa ($p=0,038$) entre o tempo de cuidados paliativos com o agrupamento das categorias diagnósticas referentes à

“Integridade tissular prejudicada”, “mobilidade física prejudicada”, “integridade da pele prejudicada” e “risco de infecção”. Para os demais agrupamentos de categorias diagnósticas não houve significância estatística. Em relação às pessoas presentes no momento do óbito do paciente, verificou-se que o familiar esteve presente em 80% dos óbitos, 10% dos pacientes faleceram em companhia do familiar e do cuidador e 10% dos pacientes faleceram na presença somente do cuidador. Em relação à interdisciplinaridade verificou-se que a enfermagem, a equipe médica e a nutrição marcaram presença no planejamento da assistência nos 20 pacientes estudados, seguidos do fonoaudiólogo e do fisioterapeuta, ambos com 14,6%. O capelão foi solicitado para oferecer assistência espiritual em 7,3% dos pacientes e familiares, a psicologia atuou junto ao paciente e familiar em 5,6%. A assistente social em 3,2% dos pacientes, o farmacêutico em 3,2% e o pastor em 1,6% dos pacientes estudados. Sob o olhar da bioética, frente aos dados identificados no estudo, verificou-se que os profissionais da saúde devem assistir os pacientes e seus familiares na filosofia dos cuidados paliativos respeitando a sua autonomia, suas crenças e valores, tendo a dor e o sofrimento aliviado, em companhia dos familiares ou amigos queridos, sendo o cuidado de enfermagem exercido com sensibilidade, responsabilidade, visando desenvolver os aspectos expressivos como a ternura, o respeito, o acolhimento do paciente e familiar, respeitando inclusive o limite do profissional, quando para este se torna sofrimento acompanhar a morte do outro. Portanto pode-se concluir que os cuidados paliativos são considerados de alta complexidade, que tem como propósito não abreviar a morte como também não prolongá-la, exigindo-se preparo técnico e emocional adequado dos profissionais de saúde, com abordagem interdisciplinar propiciando a morte natural no seu tempo certo com dignidade.

DESCRITORES: bioética; cuidados paliativos; morte; cuidado de enfermagem.

RESUMO EM LÍNGUA ESTRANGEIRA

MENDES, Aparecida Ferreira. **The bioethics in the care of the nursing in palliative care.** São Paulo, 2009. 97p. Dissertação (Mestrado) – Centro Universitário São Camilo.

This study purpose was to describe the history of palliative care patients without of therapeutic possibilities, under the philosophy of palliative care in 20 patients who died in a hospital from the public state of high complexity, which specializes in cardiology in the municipality of Sao Paulo. The objectives set for this research were to characterize the medical description of the time of deployment of the philosophy of palliative care, describe the nursing care to patients in the philosophy of palliative care under the gaze of bioethics, to identify the main demands of nursing care through the lifting of the nursing diagnoses, identify the persons present at the time of death of patients, to characterize the interdisciplinary in the philosophy of palliative care in the eyes of bioethics. This is a cross-sectional study of retrospective documentary with a quantitative approach. Data collection was performed after calculating the median length of palliative care, or the 7th day of hospitalization through the consultation of medical records. For the analysis of relevant data for the study were used non-parametric statistical test Mann-Whitney, Kruskal-Wallis and Fisher exact test, as categorical variables were presented in tables and graphs with percentages and absolute numbers. And the other variables with the presentation of mean and standard deviation. Regarding socio-demographic characterization found that the patients in the philosophy of palliative care had on average 84 ± 7.9 years, 50% were married and 45% were widowed with a small support network. Congestive heart failure was the diagnosis with 60% prevalence in the population studied. The time of hospitalization was on average 28.2 ± 23 days and palliative care was 10.4 ± 10 days. With respect to the results found that as the characterization of the medical record the time it was declared in palliative care patients identified that the term "family aware of terminality" occurred in 90% of the 20 records analyzed, followed by 35% of term "maintain palliative care." Regarding the characterization of the nursing diagnoses identified in patients under the philosophy of palliative care found that the "Fall Risk" appears in 14.2% of the patients, other diagnoses were identified "Physical Mobility Impaired" with 13%, followed by "Risk for Altered Nutrition" with 13%, "Integrity of Impaired Skin" with 11.6%, "Chronic Pain" with 11.6%, and those who received the highest frequency. In an attempt to find associations that could measure the demand for nursing care in the philosophy of palliative care have been established groups of diagnostic categories that have inter-relationship with the specific focus of attention between them, According to the Fisher exact test there was a significant association ($p = 0.038$) between the time of palliative care with the bundling of diagnostic categories in the "impaired tissue integrity," "impaired physical mobility," "impaired skin integrity" and "risk of infection." For others, group of diagnostic categories there was no statistical significance. For those present at the death of the patient, it was found that the family was present in 80% of deaths, 10% of patients died in the company of family and caregivers and 10% of patients died in the presence of the caregiver only. Regarding interdisciplinary found that the nursing, medical staff and nutrition marked presence in the planning of care in 20 patients, followed by the speech therapist and physiotherapist, both with 14.6%. The chaplain was asked to offer spiritual assistance to 7.3% of patients and family, psychology worked with the patient and family by 5.6%. The social worker in 3.2% of patients, the pharmacist and the pastor at 3.2% in 1.6% of patients studied. Under the gaze of bioethics, opposite to the data identified in the study,

found that health professionals should assist patients and families in the philosophy of palliative care while respecting their autonomy, their beliefs and values, and the pain and suffering relieved, in the company of family and dear friends, and the nursing care exercised with sensitivity, responsibility, to develop the expressive aspects such as tenderness, respect, the host of the patient and family, including respecting the limit of work, for when it becomes suffering following the death of another. So we can conclude that palliative care is considered highly complex, which is to not shorten the death but not extend it, calling it appropriate technical preparation and emotional health professionals, providing an interdisciplinary approach to natural death in its own time with dignity.

KEY WORDS: bioethics, palliative care, death, nursing care

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Fluxograma de identificação ativa dos pacientes elegíveis para cuidados paliativos. São Paulo, 2009.....37
- Figura 2 - Distribuição dos pacientes atendidos na filosofia do cuidados paliativos de acordo com o tempo de permanência e tempo de cuidados paliativos. São Paulo, 2009.....50
- Figura 3 - Análise do Tempo de Permanência (em dias) e o Tempo de Cuidados Paliativos (em dias) com a presença dos familiares/cuidadores no momento do óbito. São Paulo, 200970

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição de prontuários localizados36

Quadro 2 - Distribuição dos agrupamentos das categorias diagnósticas de acordo com o domínio da Taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)54

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 -	Caracterização sócio-demográfica da população atendida na filosofia dos cuidados paliativos. São Paulo, 2009.	43
Tabela 02 -	Distribuição dos pacientes atendidos na filosofia do cuidados paliativos de acordo com o gênero. São Paulo, 2009.....	44
Tabela 03 -	Distribuição dos pacientes atendidos na filosofia dos cuidados paliativos de acordo com o estado civil. São Paulo, 2009.	44
Tabela 04 -	Distribuição dos pacientes atendidos na filosofia do cuidados paliativos de acordo com a escolaridade. São Paulo, 2009.....	45
Tabela 05 -	Distribuição dos pacientes atendidos de acordo com o diagnóstico médico principal São Paulo, 2009.	46
Tabela 06 -	Distribuição dos diagnósticos médicos associados. São Paulo, 2009.	47
Tabela 07 -	Distribuição dos antecedentes pessoais. São Paulo, 2009.....	48
Tabela 08 -	Distribuição dos pacientes atendidos na filosofia do cuidados paliativos de acordo com o tempo de permanência, tempo de cuidados paliativos. São Paulo, 2009.	50
Tabela 09 -	Descrição dos registros na evolução médica do paciente da implantação dos Cuidados Paliativos. São Paulo, 2009.	51
Tabela 10 -	Freqüência de ocorrência dos Diagnósticos de Enfermagem encontrados nos pacientes sob a filosofia dos cuidados paliativos. São Paulo 2009.	53

Tabela 11 -	Associação entre Tempo de Cuidados Paliativos e Categorizados com o Grupo de Associação de Categorias diagnósticas, através do teste Exato de Fisher (p). São Paulo, 2009.....	56
Tabela 12 -	Frequência de ocorrência em relação às características definidoras da presença do DE: “Risco de Queda”. São Paulo, 2009.....	57
Tabela 13 -	Frequência de ocorrência em relação às características definidoras da presença do DE: “Mobilidade Física Prejudicada” (1973,1998). São Paulo, 2009.....	58
Tabela 14 -	Frequência de ocorrência em relação às características definidoras da presença do DE: “Risco para Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais” (1975- 2000). São Paulo, 2009.....	58
Tabela 15 -	Frequência de ocorrência em relação às características definidoras da presença do DE: “Integridade de pele prejudicada” (1975,1998). São Paulo, 2009.....	59
Tabela 16 -	Frequência de ocorrência em relação às características definidoras da presença do DE: “Padrão respiratório ineficaz” (1980, 1996, 1998). São Paulo, 2009.....	60
Tabela 17 -	Frequência de ocorrência em relação às características definidoras da presença do DE: “Risco de Infecção”(1986). São Paulo, 2009.....	61
Tabela 18 -	Frequência de ocorrência em relação às características definidoras da presença do DE: “Débito cardíaco diminuído”(1975,1996,2000). São Paulo, 2009.....	62
Tabela 19 -	Frequência de ocorrência em relação às características definidoras da presença do DE: “Dor aguda”(1996). São Paulo, 2009.....	62

Tabela 20 -	Frequência de ocorrência em relação às características definidoras da presença do DE: “Risco para aspiração” (1988). São Paulo, 2009.	63
Tabela 21 -	Frequência de ocorrência em relação às características definidoras da presença do DE: “Déficit no auto cuidado para banho / higiene”(1980,1998). São Paulo, 2009.	64
Tabela 22 -	Frequência de ocorrência em relação às características definidoras da presença do DE: “Volume excessivo de Líquidos”(1982,1996).São Paulo, 2009.	65
Tabela 23 -	Frequência de ocorrência em relação às características definidoras da presença do DE: “Enfrentamento familiar comprometido”(1982,1996).São Paulo, 2009.	66
Tabela 24 -	Frequência de ocorrência em relação às características definidoras da presença do DE: “Percepção sensorial perturbada”(1982,1996) São Paulo, 2009.	66
Tabela 25 -	Distribuição de artefatos médicos e de enfermagem aplicado ao paciente na filosofia dos cuidados paliativos. São Paulo, 2009.	67
Tabela 26 -	Frequência de ocorrência em relação às pessoas que estavam presentes no momento do óbito.São Paulo, 2009.	69
Tabela 27 -	Frequência de ocorrência dos atendimentos realizados pelos profissionais envolvidos na assistência prestada aos pacientes na filosofia de cuidados paliativos. São Paulo, 2009.	72
Tabela 28 -	Comparação da associação através do teste de Mann-Whitney do Tempo de Permanência e Tempo de Cuidados Paliativos entre os grupos de pacientes com apoio e sem apoio psicológico e emocional / espiritual e social. São Paulo, 2009.	73

Tabela 29 -	Comparação através do teste de Mann-Whitney do Tempo de Permanência e Tempo de Cuidados Paliativos entre os grupos de pacientes cuja família tiveram ou não apoio psicológico e emocional / espiritual e social. São Paulo, 2009.....	74
-------------	---	----

SUMÁRIO

RESUMO EM LÍNGUA NACIONAL
RESUMO EM LÍNGUA ESTRANGEIRA
LISTA DE FIGURAS
LISTA DE QUADROS
LISTA DE TABELAS

1. INTRODUÇÃO.....	01
1.1 Implantação dos cuidados de enfermagem na filosofia dos cuidados paliativos no Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da FMUSP	15
1.2. Sistematização da assistência de enfermagem e as implicações da bioética nos cuidados paliativos	17
2. JUSTIFICATIVA.....	24
3. OBJETIVO GERAL	29
3.1 Objetivo Específico.....	30
4. MATERIAL E MÉTODO	31
4.1. Delineamento de pesquisa	32
4.2. Casuística	32
4.3. Local de estudo	33
4.4. Coleta de dados	34
4.4.1. Instrumento para coleta de dados	34
4.4.2. Procedimento para coleta de dados	36
4.5. Análise estatística	38
4.6. Aspectos éticos	40
5. RESULTADOS	41
5.1. Perfil sócio demográfico de amostra obtida.....	43
5.2 Caracterização do diagnóstico médico principal, diagnóstico médico associado, antecedentes pessoais, tempo de hospitalização e descrição médica da implantação da filosofia dos cuidados paliativos.....	45
5.3. Caracterização da descrição da evolução médica sobre a indicação de cuidados paliativos	51
5.4. Caracterização da Assistência de Enfermagem prestada aos pacientes em cuidados paliativos	52

5.5.	Caracterização do momento da morte nos pacientes sob a filosofia dos cuidados paliativos	69
5.6.	Caracterização da interdisciplinaridade aplicada aos pacientes sob a filosofia dos cuidados paliativos	71
6.	DISCUSSÃO.....	76
6.1.	Perfil sócio demográfico da amostra obtida.	77
6.2.	Caracterização do diagnóstico médico principal, diagnóstico médico associado, antecedentes pessoais, tempo de hospitalização e tempo de cuidados paliativos	78
6.3.	Descrição Médica do momento da implantação da filosofia dos cuidados paliativos	80
6.4.	Caracterização da Assistência de Enfermagem prestada aos pacientes em cuidados paliativos no olhar da bioética	81
6.5.	Caracterização as pessoas presentes no momento da morte nos pacientes sob a filosofia dos cuidados paliativos	84
6.6.	Caracterização da interdisciplinaridade aplicada aos pacientes sob a filosofia dos cuidados paliativos	88
7.	CONCLUSÕES.....	90
8.	REFERÊNCIAS	94

ANEXOS

1. Introdução

No Brasil, fatores como a urbanização, a industrialização e a maior expectativa de vida da população, têm contribuído para o aumento da incidência de doenças crônicas degenerativas, entre as quais o câncer. Em nosso país, o avanço técnico e científico na área da saúde permitiu melhorar o índice de cura de muitas doenças, no entanto o coeficiente de mortalidade de câncer nos últimos cinquenta anos não foi modificado.

O câncer é a segunda causa de mortalidade, ficando atrás apenas das doenças cardiovasculares. Segundo a literatura, aproximadamente 60% dos pacientes quando diagnosticados, já estão numa fase avançada da doença que, independentemente da terapêutica realizada, evoluirá para a morte. (BETTEGA et. al,1999).

Em nossa prática clínica, observamos que a maioria dos pacientes portadores de doenças crônicas degenerativas não tem sua terapêutica voltada ao manejo dos sintomas, o que determina uma vivência permeada de sofrimento, e vem trazendo a tona a necessidade de mudanças nesse cenário hospitalar e na sua abordagem atual.

Por não terem recebido cuidados hospitalares adequados para o manejo de sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais muitos pacientes sofrem, prolongando o que poderia ser atenuado com a implantação da filosofia dos Cuidados Paliativos se os profissionais tivessem conhecimento dessa terapêutica.

Paliativo é uma palavra de origem latina (*pallium*) que significa manto, coberta. Diz-se daquilo que tem a qualidade de acalmar temporariamente um sinal, uma dor (BARBOSA, S.M.M.; VALLENTE, M.T.; OKAY, Y., 2001).

“Cuidado Paliativo é a abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual” (OMS, 2002).

O controle da dor e de outros sintomas, entre outros problemas sociais e espirituais são da maior importância. O objetivo do cuidado paliativo é atingir a melhor qualidade de vida possível para os pacientes e suas famílias.

Muitas doenças tais como câncer, HIV/AIDS, doenças cardíacas e pulmonares, doenças renais no seu estágio final, doença de Alzheimer e doenças neuronais, podem causar dor intensa além dos limites físicos, sofrimentos emocionais e espirituais tão profundos que tornam a vida insuportável. À medida que a doença progride e o tratamento curativo perde o poder de oferecer um controle razoável da mesma, os cuidados paliativos

crecem em significado, surgindo como uma necessidade absoluta na fase em que a incurabilidade se torna uma realidade. (CREMESP, 2008).

O hospital, tal como o conhecemos, estruturou-se, com elevada sofisticação tecnológica, voltada ao tratamento ativo das doenças objetivando a cura. No entanto, quando o tratamento curativo deixa de ser possível e o paciente se aproxima inexoravelmente da morte, essa estrutura hospitalar demonstra não estar preparada para esse tipo de cuidado.

Certamente, aprender a lidar com perdas em uma estrutura no qual predomina o caráter curativo e ou preventivo é um desafio que poucos se propõem a discutir, e muito menos a enfrentar, tornando difícil o tratamento global das doenças na fase final de sua evolução.

O aumento da longevidade e o crescente número de pacientes com doenças crônico-degenerativas e progressivas vem trazendo a tona a necessidade de mudanças na sua abordagem atual. Identificar pacientes que podem ser atendidos na filosofia dos cuidados paliativos é uma forma de melhorar a qualidade da assistência prestada na fase final de vida.

A enfermagem, como parte integrante da assistência, procura buscar capacitação diante dos desafios e neste sentido a equipe de enfermagem que atua em um hospital de cardiologia enfrentando a situação dilemática do final da vida dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas, procurou buscar instrumentalização no programa de mestrado em Bioética do Centro Universitário São Camilo e nas reuniões interdisciplinares realizadas no Núcleo

de Assistência Interdisciplinar no HCFMUSP sob coordenação do Dr^o Toshio Chiba, geriatra, e no Instituto do Coração sob orientação da Coordenação de Enfermagem na pessoa da D. Jurema da Silva Herbas Palomo, do Serviço de Educação Continuada e do médico Dr^o Ricardo de Carvalho Tavares, intensivista e paliativista.

Sendo assim, o olhar sobre os diferentes grupos de pacientes que requerem, diferentes tipos de atenção, bem como garantir um cuidado direcionado, mais específico e humanizado, estendem-se para a qualidade de vida nos últimos momentos, conforto possível, alívio e controle dos sintomas, independente da dimensão, e o preparo para a morte digna. Atender os pacientes em fase final de vida no hospital citado tem mostrado ser uma alternativa inovadora que necessita ser sistematizada.

Esse atuar exige que os profissionais dialoguem, respeitem se mutuamente, conheçam as competências dos profissionais que atuam na equipe e estejam preparadas para partilhar suas angústias, preocupações, inseguranças, fragilidades e, porque não, também as alegrias e vitórias obtidas no cuidar do paciente e seus familiares. Infelizmente ainda observa-se o atendimento do paciente de forma fragmentada, mesmo com a atuação dos diversos profissionais.

Embora seja uma prática nos países europeus, na América do Norte e em outros países da América Latina, no Brasil é recente o conhecimento e a produção bibliográfica nesta área do conhecimento, há poucos estudos na área

e na grande maioria teóricos. Segundo Caponero (2002), no Brasil existem cerca de 30 serviços de cuidados paliativos distribuídos em 26 estados e no Distrito Federal, mas presentes principalmente nas capitais, sendo que esses serviços iniciaram com controle de dor e posteriormente agregaram cuidados paliativos.

O ser humano como ponto de referência da Bioética é considerado um fim e não um meio, consistindo então numa realidade transcendente para as ciências da saúde. Isto porque tanto o paciente, quanto o profissional de saúde, seja ele médico, fisioterapeuta ou enfermeiro, são pessoas e devem ser consideradas na plenitude de seu valor (PACCINI, 2003). Sendo assim devem-se considerar as experiências pregressas no sentido de identificar, analisar e resolver problemas que surgem no cuidado do indivíduo fora de possibilidades terapêuticas de cura.

O profissional de enfermagem, por ser quem efetivamente permanece junto ao paciente e operacionaliza os cuidados, necessita de uma estrutura conceitual sólida que embase a prestação de cuidados, que garanta a continuidade da assistência e que permita a integração da equipe.

Na prestação do cuidado o enfermeiro busca informações subjetivas e objetivas que ampliam o seu campo de entendimento do paciente e seu estado de saúde além da sua queixa principal, buscando direcionar a investigação clínica na compreensão da significância dos dados adquiridos e na tomada de decisões corretas.

Considerando os aspectos éticos, e a ética é parte integrante de cada componente do processo de enfermagem, a maior parte das inquietações éticas surgem no contexto da avaliação, diagnóstico e prestação de cuidados de enfermagem, na prática clínica os enfermeiros tem assumido maior responsabilidade na tomada de decisão, e isso inclui sérias reflexões de dimensão moral e de valores.

Dar qualidade à relação profissional é também humanizar o cuidar, é acolher as angústias do ser humano diante da fragilidade do corpo, mente e espírito. Destaca-se nesse contexto a presença solidária do profissional com habilidade humana e científica. Diante de um cotidiano desafiador pela indiferença, a solidariedade e o atendimento digno com calor humano são imprescindíveis. Ser sensível à situação do outro, criando um vínculo, para perceber e querer ser atendido com respeito, numa ligação de diálogo e de necessidades compartilhadas. Não se deve esquecer que em toda relação profissional, construída na confiança, é calcado na competência consciente o que exige, conseqüentemente responsabilidade ética. (PESSINI; BERTACHINI, 2004).

O processo de enfermagem visa facilitar o desempenho do exercício profissional, diminuir o tempo gasto em atividades burocráticas, permitindo que o enfermeiro se ocupe mais diretamente dos cuidados ao paciente, atribuindo consistência ao trabalho do profissional por meio de documentação exata e específica, facilitando que novos direcionamentos na profissão sejam tomados com base nos dados documentados de modo organizado e disponível.

O prontuário é um documento que contém os dados biológicos e elementos biográficos do paciente e por isso precisa ser bem elaborado, não bastando fazer uma boa anamnese e um bom exame físico. É necessário registrar o processo da assistência, pois isso se constitui num instrumento que tem implicações profissionais, legais e éticas. (HOSSNE, 1992).

Os enfermeiros precisam ter acesso à informação correta, para desempenhar a grande variedade de intervenções envolvidas na prestação de cuidados de enfermagem. Tais fatores exigem dos enfermeiros maior competência técnica, controle da qualidade e prestação de cuidado individualizado aumentando sistematicamente a documentação de todo o processo do cuidar.

A enfermagem no exercício de suas funções é capaz de integrar o que é periférico e o que central nos cuidados que presta. Isto fica mais claro quando desvelamos as atitudes apontadas por Adela Cortina (1997), como próprias da “enfermeira madura” as quais incluem: compaixão pelo sofrimento das pessoas, especialmente os mais vulneráveis que dependem da enfermagem; sensibilidade para sentir-se afetado e responsabilizar-se por atender as concretas necessidades humanas, que dizem respeito às especificidades da enfermagem; responsabilização pela saúde e bem estar dos que estão sob seus cuidados; habilidades na comunicação com vistas a considerar o paciente como interlocutor válido; considerando sua aspiração por autonomia e auto-realização; capacidade para promover a autonomia das pessoas, não perpetuando sua dependência.

A Bioética com sua transdisciplinaridade apresenta-se como ponte entre o cuidado a técnica e a ética, integrando valores, princípios e competência técnica em uma atmosfera de atenção e responsabilidade pelo sofrimento do outro.

Desta forma o cuidado e atitude são determinantes para que se estabeleçam as relações e vínculos entre as pessoas. É a forma como a pessoa se estrutura e interage no mundo com os outros. O cuidado permite ser essencial, sempre presente e em qualquer realidade e promove a fusão das relações que se estabelecem entre as pessoas.

Segundo (BOFF, 1999), há dois modos de ser no mundo: trabalho e cuidado. o modo de ser no mundo “trabalho” é intervencionista, marcado por uma interação tecnicista. O modo de ser no mundo “cuidado” a relação não é mais sujeito-objeto, mas sujeito-sujeito, ou seja, não se almeja o domínio sobre, mas a convivência por meio da interação. Há uma proximidade e uma acolhida do outro, sentindo-o, respeitando-o, provendo-lhe tranquilidade interior.

Num paralelo podemos dizer que o profissional de saúde cuidadoso, presta atenção em tudo que faz e não vai, tão somente, desempenhando suas tarefas da melhor maneira possível, o profissional que se move em uma atmosfera de “cuidado” interage de maneira efetiva com o outro sem julgá-lo em cada tarefa que executa, por mais rotineira que seja, coloca-se por inteiro com toda a sua atenção.

Na assistência de enfermagem o desafio se expressa na busca pela integração dos procedimentos de alta tecnologia e complexidade com ações de desvelo, atenção, respeito, acolhimento e preocupação para com a pessoa assistida.

A enfermagem precisa guiar-se pelo que BOFF (1999), chama a “convivialidade”, ou seja, a capacidade de fazer conviver com as dimensões da produção / técnica e de cuidados, da afetividade / eficácia e de compaixão, dando uma formatação de cuidado a tudo que executam. A bioética, no seu entender, poderá propiciar essa ponte de “convivialidade” em sua interface com a enfermagem interligando cuidado técnica e ética.

Essa ponte para a convivialidade poderá contribuir para agregar qualidade no desempenho das ações com competência técnica. Guiada pela bioética, a equipe multiprofissional de saúde não disputa a propriedade do paciente, pois este passa a ser visto, como fim da atenção prestada conferindo-lhe autonomia e co-participação no projeto terapêutico (ZOBOLI, 2006).

Em um paralelo, pode-se dizer que estes seriam os equivalentes, na assistência à saúde. Por “tratar” compreende-se a execução dos procedimentos técnicos e especializados, tendo em vista somente a doença e com a finalidade de reparar os órgãos doentes para se obter a cura. É uma atitude e intenção depositada nas ações realizadas, mas que tende a esquecer a integralidade da pessoa doente e suas necessidades.

Por “cuidar” entende-se o prestar atenção global e continuada ao paciente nunca esquecendo que este é antes de tudo uma pessoa, um ser único e insubstituível. Assim este é o centro da atenção a quem presta cuidados e para isto, todos os aspectos físicos, psicológicos ou espirituais e não somente os exigidos pela doença em si, são considerados e integram a assistência.

Envolve conhecimento científico, um corpo de conhecimento próprio que ancora todas as intervenções de enfermagem, neste contexto deve exercer ações profissionais promovendo o bem estar da pessoa, garantindo os direitos humanos e a dignidade do indivíduo. A atenção à saúde sob o paradigma do “cuidar”, aceita a finitude como parte natural do ser humano, uma vez que todos os seres humanos inexoravelmente envelhecem e morrem. A morte biológica é um fato fisiológico que é inerente à condição de ser humano.

O paradigma do cuidar nos permite enfrentar os limites da mortalidade e do poder da equipe de saúde, encarando com naturalidade o processo de morte e morrer permitindo a morte digna e amparada. A dor e o sofrimento das pessoas devem sempre receber a mais alta prioridade no sistema de saúde, diante da vulnerabilidade provocada pela doença exige-se uma resposta: o cuidado.

Neste contexto é possível estar presente e oferecer apoio e compreensão, conversar e ouvir, tentar encontrar uma solução conjuntamente por meio da comunicação, ao abordar a família e o paciente como unidade de cuidado, e controlar os sintomas de forma mais efetiva e humanizada.

Em todas as etapas do cuidado prestado ao paciente fora de possibilidades terapêuticas desde o diagnóstico médico, e no tratamento é fundamental a observação dos princípios tais como, a autonomia, a verdade, a beneficência, a não maleficência, o acolhimento e a justiça.

Precisamos olhar para o cuidado mais de perto para contemplar as necessidades humanas básicas, entre elas a necessidade de pensar, de sentir e de agir no mundo. A morte é a mais óbvia ameaça para o existir, para muitas pessoas esta ameaça evoca medo. A passagem da vida para a morte pode ser acompanhada de sofrimento, aflição e traumas existenciais.

A filosofia dos cuidados paliativos procura atender a pessoa na fase final da vida na sua globalidade. Este cuidado promove o bem-estar global e a dignidade do doente crônico e fora de possibilidades terapêuticas, sem ser expropriado no momento final de sua vida, e possibilita a vivência do processo de morrer.

Fundamentalmente a filosofia dos cuidados paliativos procura operacionalizar na prática o morrer com dignidade e em paz cercado de amor e ternura, sem alienação de vida ou prolongamento artificial da mesma (PESSINI, 2005).

Os princípios dos cuidados paliativos podem ser assim resumidos: cuidado integral, que valoriza os aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais do doente, o que obriga a prestação de um cuidado individualizado, e continuado; trabalhar com a família do paciente que é o núcleo fundamental de

apoio; promoção da autonomia e da dignidade do doente, o que implica elaborar com ele os objetivos terapêuticos, estabelecendo uma relação franca e honesta; é um conceito ativo de terapia que não pode aceitar como válida a atitude que diz, “não há mais nada a fazer”, onde o cuidar continua quando não se pode mais curar; a importância do ambiente pois existe a necessidade de se criar em torno do doente uma atmosfera de respeito, apoio e comunicação, o que influi muito no controle de sintomas; e realizar um trabalho multidisciplinar. Os cuidados paliativos não são determinados pelo diagnóstico médico, mas sim pela situação e necessidades do paciente.

Diante dos dilemas surge a Bioética, que permite pensar sobre os conflitos que emergem da evolução humana e de revolução científica, mas, se preocupa também com os problemas existentes, com os emergentes e com os problemas persistentes (HOSSNE, 2006). No entanto é válido enfatizar que o foco da bioética é a qualidade das práticas humanas sobre os fenômenos de vida (SCHRAMM, 2002).

Neste contexto em 17 de março de 1999, o Governador do Estado de São Paulo, Mario Covas, promulgou a Lei estadual nº 10.241, de 1999, de autoria do Deputado Roberto Gouveia. Tal lei, conhecida na área da saúde e pela imprensa como “Lei Mario Covas”, trouxe para os profissionais da área, pacientes e familiares a garantia da atenção humanizada, de cuidado efetivo e de autonomia na aceitação ou recusa de determinadas ações.

As ações embasadas, em preceitos éticos e procedimentos técnicos, encontram-se na referida lei, o embasamento legal com vistas a um atendimento humanizado que inclui: atendimento digno, respeitoso e atencioso (Art.2º§ I, II, XII, e XV), direito a informação clara e cuidadosa (Art 2º,§VI, VIII, IX) receber ou recusar de forma livre, voluntária e esclarecida com adequada informação procedimentos diagnósticos ou terapêuticos (Art.2º,§ XV) recusar tratamentos dolorosos ou, extraordinários para prolongar a vida e optar pelo local de morte (Art.2º, §XXIII e XXIV). Sendo assim, o cuidado no final da vida e no momento da morte deve ser oferecido com a devida adequação técnica e humanizado nesta etapa.

A aplicação prática da lei pelos profissionais de saúde deve ser imediata, por tanto, é urgente, a formação e capacitação apropriada da equipe atuante.

Com Florence Nightingale (1820-1910) se iniciou uma enfermagem científica baseada na observação sistemática, apoiada em estatísticas e no conhecimento advindo de estar à cabeceira do paciente. Essa práxis foi alicerçada nas ciências da saúde e na experiência profissional pelo trabalho junto aos doentes, tornando-a pioneira nessa atividade. Assim diz Carvalho (1989), evidenciou “o que é e o que não é” enfermagem, mostrando a necessidade de uma preparação formal e prática na aquisição de um conhecimento (NOTAS SOBRE A ENFERMAGEM, 1989).

CIANCIARULLO, afirma da importância de tomar emprestado de outras ciências como a fisiologia, microbiologia, anatomia, antropologia entre outras, para compor o seu corpo de conhecimento próprio ancorando a “ciência cuidativa da enfermagem”.

A enfermagem, como um campo específico do saber cuidativo, por sua vez também responde a esse pressuposto, quando a partir da prática e do cotidiano dos fazeres, com suas múltiplas fontes de informações, desenvolve competentemente novos conhecimentos capazes de serem validados em outros cenários semelhantes (CIANCIARULLO, 2008).

A compreensão do domínio do que representa a enfermagem, propiciando o refinamento do raciocínio clínico, possibilitando eleger as ações de enfermagem mais acertivas diante das demandas do cuidado. Diante da problematização dos aspectos tratados na introdução observa-se a inexistência de assistência de enfermagem específica sistematizada para os pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura.

1.1 Implantação dos cuidados de enfermagem na filosofia dos cuidados paliativos no Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da FMUSP

A decisão de iniciar cuidados paliativos é um processo que envolve paciente, família e seu médico, e após a documentação da legitimidade dessa escolha no prontuário, o médico comunica a equipe interdisciplinar, e estabelece um diálogo franco entre paciente, família e os profissionais envolvidos na assistência. A inclusão desses pacientes para serem assistidos

na filosofia dos cuidados paliativos, nos mostrou que além do tratamento curativo, existem sintomas e desconfortos que precisam ser abordados com competência e seriedade por uma equipe interdisciplinar.

Os pacientes que foram assistidos na filosofia dos cuidados paliativos apresentavam as seguintes características: ser portador de uma enfermidade avançada e progressiva, ter poucas respostas à terapêutica curativa, apresentar evolução clínica oscilante, gerar grande impacto emocional para o paciente e sua família, ter prognóstico de vida limitado e necessitar de adequação terapêutica.

Nessa caracterização incluem os pacientes em fase avançada de doenças como: Insuficiência Cardíaca Congestiva, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Insuficiência Renal Crônica, Câncer e AIDS, doenças neurológicas pós Acidente Vascular Cerebral, e outras doenças incuráveis e em progressão (CREMESP, 2008). Essa prática iniciou em 2005 quando chegaram na unidade os primeiros pacientes, que após terem tido alta das Unidades de Terapias Intensivas clínica ou cirúrgica do Instituto do Coração HCFMUSP, e cientes da sua fragilidade frente à finalização da trajetória de doenças crônicas degenerativas, informavam não querer retornar a UTI em situações de desequilíbrios físicos, e gostariam de permanecer junto a seus familiares. As necessidades de atendimento se caracterizavam do ponto de vista: físico, psicológico, social e ou espiritual, que diminuem o conforto do paciente e alteram a adaptação e a estabilidade emocional da família necessitando de

intervenções apropriadas, nesta fase é importante dar prioridade os procedimentos que visam proporcionar maior conforto.

Nos anos de 2006 a 2009 faleceram na enfermaria 57 pacientes, destes 33 foram assistidos na filosofia dos cuidados paliativos; e 20 foram objeto deste estudo que nos mostrará a caracterização desse paciente que dá entrada no InCor-HCFMUSP, para aqui buscar conforto e alívio para suas dores e abrir as possibilidades para sistematizar e conduzir a prática de enfermagem na última fase da vida.

1.2. Sistematização da assistência de enfermagem e as implicações da bioética nos cuidados paliativos

O processo de enfermagem foi introduzido no Brasil por Wanda de Aguiar Horta nos anos 70, e desde então foi implementado em diversas instituições com maior ou menor sucesso (CIANCIARULLO, 2005).

O profissional de enfermagem, por ser quem efetivamente permanece junto ao paciente e operacionaliza os cuidados, necessita de uma estrutura conceitual sólida que embase a prestação de cuidados, garantindo a continuidade da assistência e permitindo a integração da equipe.

O prontuário é um documento que contém os dados biológicos e elementos biográficos do paciente e por isso precisa ser bem elaborado, não bastando fazer boa anamnese e bom exame físico. É necessário registrar o

processo de assistência que se constitui num instrumento que tem implicações profissionais, legais e éticas (MARIN, 2003).

A enfermagem, hoje procura embasar a sua assistência no processo de enfermagem, conhecendo a história pregressa do paciente, para poder prover cuidados através da coleta de dados (Histórico de enfermagem), diagnósticos de enfermagem, planejamento e implementação das intervenções, fundamentada em teorias e modelos conceituais de enfermagem, focando o cuidado individualizado e encontrando soluções para os problemas (GALDEANO ET AL, 2003).

O processo de enfermagem tem caráter contínuo e é considerada a estrutura conceitual mais sólida para a prestação do cuidado, garantindo a continuidade e a integração da equipe de modo que se inicia pelo levantamento de dados seguido pela elaboração diagnóstica, planejamento da assistência e intervenção do cuidado prestado.

Para efetuar esse processo o enfermeiro utiliza alguns instrumentos básicos, como observação, métodos e princípios científicos, criatividade, planejamento, avaliação, destreza manual e habilidade psicomotora associado a sua percepção continua, o raciocínio clínico e a comunicação.

O hospital envolvido no estudo desenvolve um programa de sistematização de assistência de enfermagem para todos os pacientes, relacionados à cirurgia cardíaca, transplantes cardíacos e/ou pulmonares em situações de rotina, ou de emergência dentro da Metodologia da Sistematização

de Assistência de Enfermagem (SAE), e dispõe de equipamentos e materiais especiais compatíveis com a complexidade dos procedimentos, para assegurar a qualidade do atendimento prestada ao paciente, bem como as condições para o bom desempenho da equipe de enfermagem e interdisciplinar.

A SAE foi implantada pela Coordenação de Enfermagem em 1983, fundamentou-se no referencial teórico de Wanda de Aguiar Horta (1979). Nas unidades de internação realiza-se a entrevista e o exame físico, preenchendo o instrumento denominado coleta de dados com o objetivo de estruturar um agrupamento de dados para analisar e então emitir um diagnóstico de enfermagem, a seguir são realizadas as prescrições de cuidados (intervenções de enfermagem) e realizada a avaliação da evolução de enfermagem, através dos registros de enfermagem.

Os registros de enfermagem são realizados por meio de um impresso em papel padronizado e informatizado, onde se registra os controles de parâmetros vitais dos pacientes, oxigenação e ventilação, balanços de aportes e perdas, soluções administradas com suas respectivas dosagens, eventos significativos relacionados às dimensões biológicas, psicológicas, sociais e espirituais.

O processo de enfermagem visa facilitar o desempenho do exercício profissional, diminuir o tempo gasto em atividades burocráticas, permitindo que o enfermeiro se ocupe mais diretamente dos cuidados do paciente, dando maior consistência do trabalho do profissional, por meio de uma documentação exata

e específica, facilitando que novos direcionamentos na profissão sejam tomados com base nos dados documentados de modo organizado e disponível.

Essa etapa do processo de enfermagem diz respeito, basicamente a três atividades: coleta de dados objetivos e subjetivos (mediante informações do paciente, família e ou comunidade), organização dos dados coletados e documentação metódica desses dados, com propósito de identificar e obter informações pertinentes sobre o paciente (BARROS, 2002).

Os enfermeiros precisam ter acesso à informação correta, para poderem desempenhar a grande variedade de intervenções envolvidas com a prestação de cuidados de enfermagem. Tais fatores exigem dos enfermeiros maior competência técnica, controle da qualidade e prestação de cuidado individualizado aumentando sistematicamente a documentação de todo o processo do cuidado.

Na assistência de enfermagem o desafio se expressa na busca pela integração dos procedimentos de alta tecnologia e complexidade com ações de desvelo, atenção, respeito, acolhimento e preocupação para com a pessoa assistida.

Fundamentalmente a filosofia dos cuidados paliativos procura operacionalizar na prática, o morrer com dignidade e em paz cercado de amor e ternura, sem alienação de vida ou prolongamento artificial da mesma (PESSINI, 1994).

A referência central da Bioética é o ser humano, considerado especialmente em dois momentos: o nascimento e a morte. A bioética é uma ciência interdisciplinar que olha para a vida e para todas as áreas do conhecimento que de alguma forma tem implicações sobre a vida (RAMOS, 2002).

A enfermagem representa o maior grupo de profissionais, na equipe de saúde, os enfermeiros influenciam direta e indiretamente a qualidade e o resultado da maioria dos serviços prestados. Por ser responsável pelos cuidados e gerenciamento a enfermagem é uma profissão basicamente dependente da informação exata e em tempo real.

Os enfermeiros precisam ter acesso à informação correta, para poderem desempenhar a grande variedade de intervenções envolvidas com o cuidado de enfermagem. Tais fatores exigem dos enfermeiros maior competência técnica, controle da qualidade e cuidado individualizado ao paciente, aumentando sistematicamente a documentação de todo o processo do cuidado.

Á seguir, outros modos de incorporação de conhecimentos gerados em outras disciplinas foram sendo utilizados, conhecimentos da área de educação, administração, psicologia, sociologia, antropologia, entre outras, foram sendo competentemente incorporados ao conjunto de saberes necessários ao desenvolvimento dos processos cuidadosos, vinculando-se quase sempre à formulação de teorias e modos explicativos de processos de fazer enfermagem (CIANCIARULLO, 2008).

A terminalidade, lenta e institucionalizada reflete diretamente na enfermagem. Assim a atuação da equipe de enfermagem é indispensável, para proporcionar a unidade paciente-família o máximo de conforto e minimização do sofrimento.

A Organização Mundial de Saúde definiu em 1990 e redefiniu em 2002 o conceito de cuidados paliativos, portanto: Trata-se de uma abordagem de um cuidado diferenciado que visa melhorar a qualidade de vida do paciente e seus familiares por meio de adequada avaliação e tratamento para o alívio da dor e sintomas, além de proporcionar suporte psicossocial e espiritual.

Esse cuidar é baseado em princípios éticos da verdade, visando proporcionar a autonomia, resgatando e revalorizando às relações interpessoais, no processo de cuidar de uma pessoa em fase final de vida, utilizando como elementos essenciais à empatia, a humildade e a honestidade.

A enfermagem e seu processo de enfermagem têm um papel fundamental em cuidados paliativos, já que o cuidar é à base desta filosofia assistencial e o enfermeiro deve conhecer e dominar o manejo de sintomas e dor através dos diagnósticos de enfermagem e suas características definidoras e estabelecer uma relação terapêutica efetiva através da comunicação.

Cuidar é o verbo presente em todas as teorias de enfermagem, os cuidados paliativos são inerentes a sua prática cotidiana. Aliar ciência e arte para prestar um cuidado que ampare, suporte e conforto é dever dos profissionais de enfermagem, desde o auxílio no nascimento ao diagnóstico de

uma doença avançada, fortalecendo-se e tornando-se ainda mais presente na terminalidade e continuado durante o período do luto.

Prestar um cuidado, competente, qualificado e diferenciado ao fim da vida é responsabilidade de todos os profissionais de saúde, cada um focando diferentes ângulos, de acordo com sua formação e especialidade (CREMESP, 2008). Ao tratar desta questão referente à morte, para traçar esta modalidade de assistência, é necessário olhar o indivíduo como ser que transcende a sua existência, portanto somente é possível fazê-la sob o olhar da bioética.

2. Justificativa

No confronto diário com a doença, nós os profissionais da área de saúde nos deparamos freqüentemente com a morte e conseqüentemente com a necessidade de superar a dor e minimizar o sofrimento dos pacientes, dos familiares e da nossa equipe de trabalho.

Em 2001 foram divulgados na televisão e no rádio o processo de doença, tratamento e morte, de uma pessoa do cenário político, sendo assistido em um hospital público, localizado em São Paulo, voltado para a tecnologia e a cura de seus pacientes, nos encontramos diante de uma assistência que rompia o paradigma de cura onde o cuidar ganhou dimensão e necessitou ser implementado com conhecimento técnico científico, para poder atuar em outras dimensões do ser humano além do biológico.

A partir desse momento, ainda no ano de 2001, as famílias e os pacientes, que retornavam a Unidade de Internação Geral do 6º andar do referido hospital, vindas das unidades de terapias cirúrgicas e clínicas, passaram a buscar a equipe de enfermagem, solicitando ajuda para poderem conversar com os médicos responsáveis por seus pacientes, informando-os que

estavam preparados para acompanhar os pacientes (pai ou mãe), até a fase final de suas vidas ao seu lado e não gostariam de retornar novamente as unidades de terapia intensiva para correção de desequilíbrio fisiológico.

A enfermagem dessa unidade de internação de pacientes conveniados e particulares que comporta 50 leitos, para atendimento da unidade paciente-família durante as 24 horas, se sentiu sensibilizada e compromissada e foi buscou fundamentação científica direcionando sua atenção para a filosofia dos cuidados paliativos, com o objetivo de tornar a hospitalização dessas pessoas, menos sofrida, oferecendo cuidado nas dimensões: física, emocional, psicológica, social e espiritual, em parceria com a equipe interdisciplinar atuante no 6º andar.

Após ser documentada na prescrição médica, de forma manual e informatizada diariamente, a escolha por implementação da filosofia dos cuidados paliativos, orientamos todos os componentes da equipe interdisciplinar e passamos a cuidar do paciente-família implementando cuidados em todas as dimensões, esse exercício nos apontaram para uma imensidão de cuidados, surgindo então à necessidade de procurar para adquirir um aprendizado que pudesse transmutar o saber e a sua conversão ao fazer, com competência ao assumir essa unidade de atendimento paciente-família sendo para os profissionais um desafio.

Um paciente em cuidados paliativos traz no seu cerne as características específicas do cuidar com sensibilidade e respeito, no qual as condutas podem

ser implementadas e aperfeiçoadas. Nessa perspectiva pensar o cuidado nos remete a necessidade de construir esse cuidado.

Já é possível falar em diagnósticos de enfermagem, que dignificam o ser humano, no viver e no morrer, valorizando sua espiritualidade, crenças, emoções e valores. Visto por esse olhar é importante à operacionalização de instrumentos, pautado em conhecimento científico atualizado, garantindo maior qualidade ao cuidar. . Essas reflexões ampliam a prática e favorece a prestação da assistência a beira-leito.

Essa necessidade pessoal buscou compartilhar o saber na interação existente entre o profissional, paciente e cuidador, muitas vezes precisando de atenção para minimizar o sofrer, ao conhecer e compartilhar os cuidados à beira-leito na finalização de uma vida, esse fato vivenciado significou refletir sobre a prática cotidiana dos cuidados.

É gratificante perceber que a sociedade carente de carinho e de cuidados, ainda pede ajuda aos profissionais da saúde (enfermeiros), principalmente quando essas pessoas se encontram vulneráveis no seu sofrimento,

Nesse contexto de assistência, dedico um competente agradecimento a Revista mundo da saúde, por ter me proporcionado através de sua leitura uma conceituação segura, na filosofia dos cuidados paliativos e ao Centro Universitário São Camilo em 2006, por encontrar a fundamentação necessária

para assistir os pacientes e seus familiares motivados sempre pelos valores adquiridos no curso de mestrado em Bioética.

3. Objetivo Geral

Descrever a trajetória dos cuidados paliativos, em pacientes fora de possibilidades terapêuticas, por meio da análise dos registros no prontuário, após o cálculo da mediana do tempo de cuidados paliativos que consistiu em registrar todas as informações contidas exatamente no 7º dia de hospitalização.

3.1. Objetivo específico:

1. Caracterizar a descrição médica do momento da implantação da filosofia dos cuidados paliativos
2. Caracterizar a assistência de enfermagem ao paciente na filosofia dos cuidados paliativos sob o olhar da bioética, visando identificar as principais demandas de cuidados de enfermagem por meio do levantamento dos diagnósticos de enfermagem.
3. Caracterizar as pessoas presentes no momento da morte dos pacientes assistidos na filosofia dos Cuidados Paliativos.
4. Caracterizar a interdisciplinaridade na filosofia dos cuidados paliativos no olhar da bioética.

4. Método e Casuística

4.1. Delineamento de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa nível I, exploratória de corte transversal, documental, retrospectiva, com base nos registros obtidos por meio do levantamento de prontuário, com abordagem quantitativa.

4.2. Casuística

Foram considerados elegíveis para o estudo os pacientes que foram a óbito na Unidade de Internação Geral 6º andar, nos anos de 2006 a 2009, e que foram assistidos na filosofia dos cuidados paliativos. No que concerne ao tamanho da amostra, esta dependeu, da localização dos prontuários de óbitos que são deslocados para outra região, fora do hospital, para sua guarda. Assim inicialmente eram passíveis de participar todos os pacientes que foram

assistidos na Filosofia de Cuidados Paliativos durante o período da coleta de dados.

Nos anos de 2006 a 2009 faleceram na enfermaria 57 pacientes, destes 33 foram assistidos na filosofia dos cuidados paliativos; e 20 foram objeto deste estudo que nos mostrou a caracterização desse paciente que dá entrada no InCor–HCFMUSP, para aqui buscar conforto e alívio para suas dores e as possibilidades para sistematizar e conduzir a nossa prática de enfermagem na última fase da vida.

4.3. Local de estudo

O estudo foi realizado em um hospital público especializado em cardiologia, no município de São Paulo, credenciado para atendimento de alta complexidade proveniente do Sistema Único de Saúde (82%) beneficiários de convênios e seguros médicos (15%) e particulares (3%). Além disso, tal hospital destaca-se pelas atividades de ensino e pesquisa, e tem voltado o olhar para o atendimento das doenças crônicas degenerativas e envelhecimento.

A instituição dispõe de 460 leitos institucionais distribuídos, nas diversas unidades de especialidades cardiológicas, de acordo com a complexidade das patologias (Unidade de Internação, Unidade Clínica de Emergência e Unidades de Terapia Intensiva Adulto, Clínica, Cirúrgica e Neonatal/Pediatrico), além de

outros setores, como Ambulatório, Seção de Apoio ao Diagnóstico e Terapêutico, Laboratórios de Pesquisa e outros.

A Unidade de Internação de Convênios e Particulares, localizada no 6º andar é composta por 44 apartamentos individuais e 6 suites os quais contemplam pacientes adultos, distribuídos de maneira aleatória em leitos individuais, com a permanência de um familiar ou cuidador durante às 24 horas.

A permanência de um familiar ou cuidador em período integral é desejável, e cada paciente tem um médico assistente responsável por seu tratamento, a unidade está organizada em três postos de enfermagem, correspondendo às alas, A com 16 leitos, B com 18 leitos no Bloco I, e ala C com 16 leitos no bloco II. A unidade de internação acomoda um paciente e acompanhante por quarto com banheiro privativo durante 24 horas, no Bloco I e II facilitando o cuidar da unidade paciente/família ou paciente-cuidador.

4.4. Coleta de Dados

4.4.1 Instrumento para coleta de dados

Os dados coletados foram obtidos mediante a consulta aos prontuários dos pacientes e realizada após o cálculo da mediana do tempo de cuidados paliativos que consistiu em registrar todas as informações contidas exatamente no 7º dia de hospitalização.

Para o registro dos dados, utilizou-se um instrumento (Anexo) composto por 04 partes:

A primeira parte do instrumento destinou se à obtenção de dados de identificação como: nome, número de registro hospitalar, idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação, religião, nome do cuidador ou familiar responsável.

A segunda parte do instrumento destinou se ao registro das características definidoras dos diagnósticos de enfermagem implementados para os pacientes assistidos na filosofia dos cuidados paliativos.

A terceira parte do instrumento destinou se á supervisão de assistência de enfermagem prestada aos pacientes e por outros profissionais.

A quarta parte do instrumento destinou se aos procedimentos e técnicas de enfermagem desenvolvidas a beira-leito, visando minimizar o sofrimento e proporcionando maior conforto ao paciente.

Este instrumento foi desenvolvido com base na experiência da pesquisadora responsável e de acordo com o atendimento vivenciado das necessidades de cuidado requeridas na prestação de assistência aos pacientes assistidos na filosofia dos cuidados paliativos. Teve como norteador um instrumento de auditoria de Phaneuf (1975) no livro “The Nursing Audit (self regulation in nursing practice)”.

4.4.2 Procedimento para coleta de dados.

A coleta de dados foi efetuada após aprovação do projeto pela Comissão da Diretoria Clínica do HC-HCFMUSP e pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa – CAP Pesq em sessão de 01/07/2009 foi aprovado o Protocolo de Pesquisa, sob nº SDC: 0153/09. Inicialmente, de um banco de dados institucional de pacientes que foram a óbitos nos anos de 2006 a 2009 na Unidade de Internação Geral do 6º andar, foram identificados 57 prontuários de pacientes que faleceram no referido andar e destes identificamos 33 prontuários de pacientes que foram assistidos na filosofia de cuidados paliativos e destes localizamos 20 prontuários que foram considerados para o levantamento dos dados para a pesquisa. Deste modo foram localizados:

Para facilitar o entendimento e o registro de interesse para o estudo, agrupam-se no quadro I.

Grupo I	2006	11	55%
Grupo II	2007	6	30%
Grupo III	2008	2	10%
Grupo IV	2009	1	05%
Total		20	100%

QUADRO 1– Distribuição de prontuários localizados

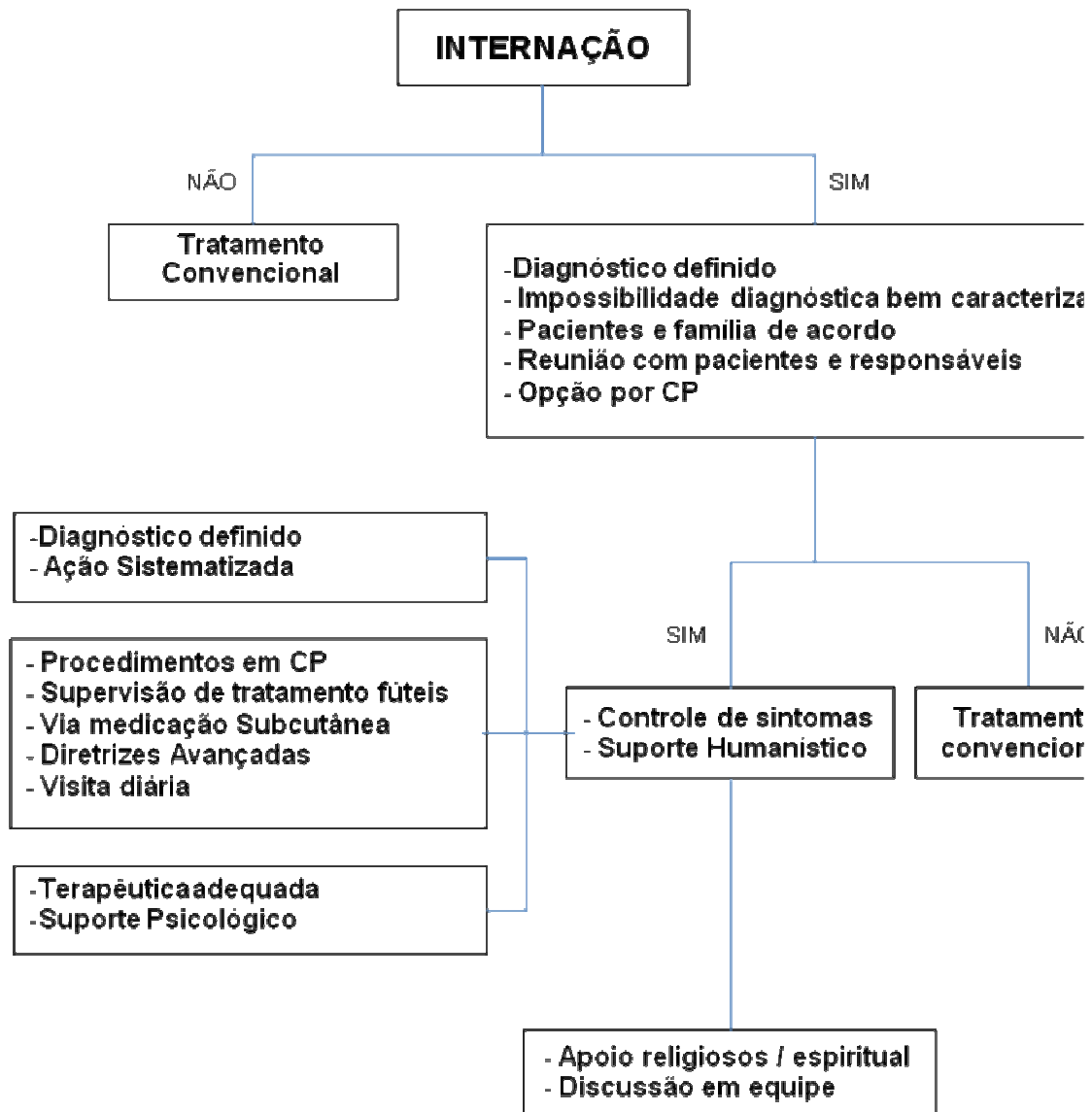


Figura 1. Fluxograma de identificação ativa dos pacientes elegíveis para cuidados paliativos.

4.5. Análise Estatística

Inicialmente neste estudo todas as variáveis foram analisadas descritivamente.

Para tanto as variáveis quantitativas como idade, tempo de internação, tempo de cuidados paliativos, assistência espiritual e emocional, pessoa presente no momento do óbito, foram analisadas em termos de média e desvio-padrão. As variáveis categóricas como sexo, escolaridade, estado civil, atividade profissional, ocupação, religião, diagnóstico médico principal, diagnóstico médico associado, antecedentes pessoais, foram apresentados em tabelas contendo frequências absolutas (n^o) e relativas (%).

Como o objetivo de verificar se havia associação entre alguns quesitos, foram feitas análises da possível associação destas variáveis por meio do teste exato de Fisher. Este teste avalia se as proporções das variáveis estudadas referentes aos grupos de categorias diagnósticas se diferem significativamente em relação ao tempo de cuidados relativos

A análise foi realizada através do software SPSS (versão 13.0) em conjunto com o programa Excel (versão 2007) para a apresentação e organização dos resultados em tabelas e gráficos. O grau de significância estabelecido para os testes estatísticos foi de 5% ($p < 0,05$).

Pré análise: é a etapa de organização do material e sistematização de idéias. Tem por objetivo a escolha dos documentos a serem analisados além da elaboração dos indicadores que possam orientar na interpretação final.

Essa etapa foi decomposta pela leitura de conjunto de registros e pela constituição de pertinência e homogeneidade.

Foram coletados dados, para a caracterização sócio-demográfica e clínica. As informações relevantes para o estudo do problema proposto, foram organizadas em planilhas no Excel a fim de executar mais eficientemente os devidos testes estatísticos nos software SPSS.

Para Análise dos dados foi utilizada estatística não paramétrica como testes de Mann Whitney e Kruskal Wallis devido ao pequeno tamanho amostral. O teste de Mann-Whitney foi utilizado para a comparação das tendências centrais de variáveis quantitativas de dois grupos independentes tais como o tempo de permanência dos grupos com e sem apoio psicológico e emocional ao paciente. A mesma análise foi feita para os grupos que receberam apoio espiritual e social. Além dos grupos compostos pelo apoio familiar nos quesitos citados acima. Quando o número de grupos é maior do que dois, utilizou-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis a fim de verificar a homogeneidade da tendência central entre os grupos estudados. Por exemplo, quando houve a necessidade de comparar os tempos de permanência e de cuidados paliativos entre os grupos de pacientes que tiveram assistência do cuidador, cuidador e família ou apenas família por ocasião do óbito.

4.6. Aspectos Éticos

Mediante aprovação dos Comitês de Ética e Pesquisa o projeto foi apresentado para exame de qualificação no Centro Universitário São Camilo, em 20/02/2009 recebendo orientações para melhoria.

O projeto de pesquisa foi submetido à Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (Cappesq), conforme os requisitos da resolução CNS-MS 196/96 da Diretoria Clínica do HCFMUSP e após a aprovação foi realizada a coleta de dados.

Sobre o Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido, foi dispensado por ser uma pesquisa retrospectiva focada na análise dos registros do prontuário.

5. Resultados

Para melhor apreciação dos resultados serão apresentados em forma de subitens, em unidades temáticas na seguinte seqüência:

Características sócio-demográficas da população estudada, como idade, gênero, escolaridade, estado civil, religião, ocupação.

Caracterização do diagnóstico médico principal, diagnóstico médico associado, antecedentes pessoais, tempo de hospitalização e descrição médica da implantação da filosofia dos cuidados paliativos.

Caracterização da assistência de enfermagem prestada aos pacientes em cuidados paliativos.

Caracterização do momento da morte dos pacientes sob a filosofia dos cuidados paliativos e da interdisciplinaridade aplicada aos pacientes sob a filosofia dos cuidados paliativos.

5.1. Perfil Sócio demográfico de amostra obtida

TABELA 01 - Caracterização sócio-demográfica da população atendida na filosofia dos cuidados paliativos. São Paulo, 2009.

VARIÁVEL (N=20)	INTERVALO	MEDIANA	MÉDIA (DP)	%
Idade (anos)	68-94	85	84 +-7,9	
Escolaridade				
1º Grau incompleto /completo				60,0
2º Grau incompleto /completo				20,0
3º Grau incompleto/completo				10,0
Sexo				
Feminino				60,0
Masculino				40,0
Estado Civil				
Casado				50,0
Solteiro				5,0
Viúvo				45,0
Situação Profissional				
Aposentado				45,0
Do Lar				45,0
Outros				10,0
Religião				
Católico				90,0
Evangélico				5,0
Judaísmo				5,0

TABELA 02 – Distribuição dos pacientes atendidos na filosofia do cuidados paliativos de acordo com o gênero. São Paulo, 2009.

Sexo	n	%
Feminino	12	60,0
Masculino	18	40,0
Total	20	100,0

Com relação às características sócio-demográficas dos pacientes nota-se na Tabela 02, que de acordo com o gênero, 60% eram do sexo feminino, e 40% eram do sexo masculino.

TABELA 03 – Distribuição dos pacientes atendidos na filosofia dos cuidados paliativos de acordo com o estado civil. São Paulo, 2009.

Sexo	n	%
Feminino	12	60,0
Masculino	18	40,0
Total	20	100,0

Com relação às características sócio-demográficas dos pacientes nota-se que de acordo com a Tabela 03, 50% eram casados, e 45% eram viúvos e 5% era solteiro. Observa-se que os viúvos possuem uma rede de apoio familiar diminuída.

TABELA 04 – Distribuição dos pacientes atendidos na filosofia do cuidados paliativos de acordo com a escolaridade. São Paulo, 2009.

Escolaridade	n	%
1º Grau incompleto / completo	12	60,0
2º Grau incompleto / completo	4	20,0
3º Grau incompleto / completo	4	20,0
TOTAL	20	100,0

Com relação às características sócio-demográficas dos pacientes nota-se que de acordo com a Tabela 04, 60% tinham 1º grau incompleto ou completo com até 4 anos de estudo formal, e 20% tinham 2º grau incompleto ou completo com até 8 anos de estudo formal e 20% tinham mais que 8 anos de estudo formal.

5.2 Caracterização do diagnóstico médico principal, diagnóstico médico associado, antecedentes pessoais, tempo de hospitalização e descrição médica da implantação da filosofia dos cuidados paliativos.

A filosofia dos cuidados paliativos está implantada na Instituição e na unidade onde foi realizado o estudo, esse conjunto de resultados caracteriza o perfil da população que é atendida no hospital. A estatística com relação aos diagnósticos médicos observou-se que a maior parte dos pacientes tinha insuficiência cardíaca congestiva (ICC), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), demências entre outros que ajudam a caracterizar a população

assistida na Instituição. A seguir serão apresentados os resultados que caracterizam a população assistida sob a filosofia dos cuidados paliativos, em relação às co-morbidades, caracterização dos antecedentes pessoais, a descrição dos procedimentos realizados e a condição de terminalidade da doença. Foram analisados 20 prontuários de pacientes que foram a óbito no período de janeiro de 2006 a março de 2009.

TABELA 05 – Distribuição dos pacientes atendidos de acordo com o diagnóstico médico principal. São Paulo, 2009.

Diagnóstico Médico Principal	n	%
Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC)	12	60,0
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)	04	20,0
ICC+ Neoplasia de partes moles	01	5,0
Neoplasia de pulmão	01	5,0
Neoplasia gástrica	01	5,0
Acidente Vascular Cerebral/ Demência	01	5,0
Total	20	100,0

Em relação ao diagnóstico médico principal nota-se na Tabela 05, que o diagnóstico mais freqüente foi a Insuficiência Cardíaca Congestiva que ocorreu em 11 pacientes seguido de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica que ocorreu em 4 pacientes. O levantamento do diagnóstico médico principal traz a responsabilidade aos enfermeiros da necessidade de aprofundar os conhecimentos científicos frente a outras patologias, fora do escopo da cardiologia e conseqüentemente melhorar a forma de atendimento aos pacientes cuidados na filosofia dos cuidados paliativos.

TABELA 06 – Distribuição dos diagnósticos médicos associados. São Paulo, 2009.

Diagnósticos médicos associados	n	%
Insuficiência Renal Crônica	04	20,0
Insuficiência Renal Aguda	04	20,0
Insuficiência Respiratória	04	20,0
Insuficiência Coronariana	01	5,0
Marcapasso em Demanda	01	5,0
Broncopneumonia	01	5,0
Infecção Urinária de repetição	01	5,0
Prótese de Femur	01	5,0
Incontinência Urinária	01	5,0
Déficit auditivo e visual	01	5,0
Déficit cognitivo	01	5,0
Total	20	100,0

Em relação ao diagnóstico médico associado nota-se na Tabela 06, que a Insuficiência Renal Crônica em fase final e sem resposta a terapêutica ocorreu em 4 pacientes; seguido de 4 pacientes com Insuficiência Renal Aguda e 4 pacientes com Insuficiência respiratória e outros, levando a várias internações de repetição. O levantamento do diagnóstico médico associado ao diagnóstico principal mostra a complexidade desses pacientes referente às intervenções de enfermagem e aos diagnósticos de enfermagem à serem implementados na filosofia dos cuidados paliativos.

TABELA 07- Distribuição dos antecedentes pessoais. São Paulo, 2009.

Antecedentes Pessoais	nº	%
História de cardiopatia familiar	4	20,0
Diabetes Mellitus (DM)	4	20,0
Sedentarismo	4	20,0
DM /Insuficiência Vascular	1	5,0
Hipertensão Arterial Sistêmica	1	5,0
Erisipela de Membros Inferiores	1	5,0
Derrame Pleural	1	5,0
Litíase Biliar	1	5,0
Dislipidemias	1	5,0
Déficit Visual e Auditivo	1	5,0
Déficit Cognitivo	1	5,0
Total	20	100,0

Em relação aos antecedentes pessoais nota-se na Tabela 07 que os mais freqüentes foram: Diabetes Mellitus que ocorreu em 4 pacientes; e 4 outros tinham história clínica de cardiopatia familiar; os Diabetes Mellitus acompanhado da Insuficiência vascular, seguido de Hipertensão Arterial Sistólica e Erisipela de Membros Inferiores ocorreram em 1 paciente. O levantamento dos antecedentes pessoais valoriza o histórico de enfermagem, auxiliando na personalização dos cuidados e na construção das intervenções de enfermagem considerando a pessoa como um ser biográfico.

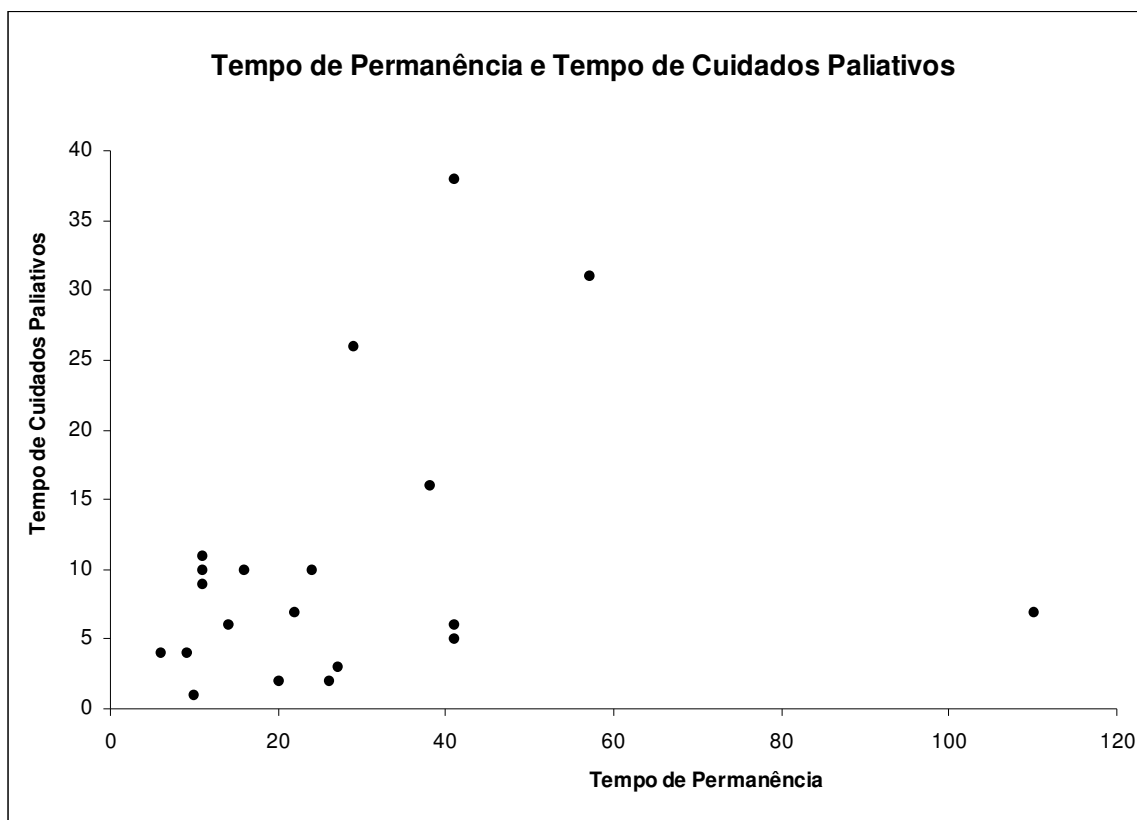


Figura 2- Distribuição dos pacientes atendidos na filosofia do cuidados paliativos de acordo com o tempo de permanência e tempo de cuidados paliativos. São Paulo, 2009.

Em relação á distribuição do tempo de permanência X tempo de cuidado paliativo nota-se pelos dados da figura 2, que se observa que houve um paciente com alto tempo de permanência, mas um baixo tempo de cuidados paliativos. Cabe ressaltar que outros tiveram o tempo de cuidados paliativos bem próximos ao tempo de permanência. Cuidar e Tratar é um modelo de atendimento que um não inviabiliza o outro. Eles se complementam. Não se trata de eleger um tipo de cuidado quando se considera que o outro não é adequado. O ideal é que se façam as duas coisas em todos os momentos, de forma personalizada e dinâmica (CARVALHO, 2008).

TABELA 08 – Distribuição dos pacientes atendidos na filosofia do cuidados paliativos de acordo com o tempo de permanência, tempo de cuidados paliativos. São Paulo, 2009.

Tempo de Permanência (TP), Tempo de Cuidados Paliativos (TCP).	TP	TCP
Média	28,2	10,4
Mediana	23,0	7,0
Desvio Padrão	23,7	10,1
Mínimo	7	1
Máximo	110	38
Total de Pacientes = 20		

Em relação ao tempo de permanência e tempo de cuidado paliativo dos pacientes nota-se na Tabela 08, que a média de permanência foi de 28 dias, sendo 7 dias o tempo mínimo e 110 dias o tempo máximo, o que implica que o tempo de hospitalização pode não ser o melhor indicador para se estabelecer os cuidados paliativos, que pode ser observado em um dos pacientes que permaneceu apenas 7 dias hospitalização e obteve 1 dia de cuidados paliativos.

5.3. Caracterização da descrição da evolução médica sobre a indicação de cuidados paliativos

Como norma geral, é sempre desejável que haja uma documentação clara e precisa em prontuário, de todas as ações médicas e discussões de condutas com familiares. Essa prática visa a desfazer equívocos de interpretação e a explicitar a transparência da ação médica, além disso, torna clara a forma como ocorreu o processo decisório na opção por cuidados paliativos.

TABELA 09 – Descrição dos registros na evolução médica do paciente da implantação dos cuidados paliativos. São Paulo, 2009.

Registros na Evolução Médica	nº	%
Família Ciente	18	90,0
Manter Cuidados Paliativos	7	35,0
Prognóstico Reservado	2	10,0
Procedimento Conservador	2	10,0
Paciente com autonomia de decisão	1	5,0

De acordo com a Tabela 09 o registro **família ciente** da terminalidade ocorreu em 90% dos 20 prontuários estudados. Em 35% dos registros o médico documentou apenas **manter cuidados paliativos**. Algumas vezes a enfermagem orientou o médico para deixar claro na evolução médica e a indicação por cuidados paliativos e a ciência da família. No registro **prognóstico reservado** (10%) e **procedimento conservador** (10%) talvez esta última descrição possa dar duas interpretações diferentes, indicando a manutenção dos cuidados curativos que até o momento era esta modalidade

realizada no paciente. No registro **paciente com autonomia de decisão** (5%), o paciente solicitou sua alta da UTI cirúrgica, para a enfermaria, pois queria viver plenamente seus últimos momentos de vida e resolver suas pendências junto a seus familiares. O tipo de registro e informação documentada não seguiu uma padronização e uniformização.

5.4. Caracterização da Assistência de Enfermagem prestada aos pacientes em cuidados paliativos

Sistematizar a assistência de enfermagem exige o conhecimento em profundidade do paciente. É na visita diária que o enfermeiro irá conhecer aspectos subjetivos do paciente, sua vida, sua família, seus hábitos etc, tornando ciente através da passagem de plantão que o paciente não é apenas um doente, mas uma pessoa para a equipe de enfermagem. No planejamento de enfermagem foram utilizados os diagnósticos de enfermagem visando prescrever condutas para o conforto e o alívio do sofrimento. Há uma preocupação crescente com a documentação de todos os procedimentos, frente a possíveis questionamentos jurídicos. Segundo a taxonomia da North American Nursing Diagnoses (NANDA, 1989) e a classificação de intervenções de enfermagem (NIC) na elaboração da prescrição de cuidados de enfermagem, para os pacientes assistidos na filosofia dos cuidados paliativos.

TABELA 10 - Frequência de ocorrência dos Diagnósticos de Enfermagem encontrados nos pacientes sob a filosofia dos cuidados paliativos. São Paulo, 2009.

Diagnóstico de Enfermagem	nº	%
Risco de Queda	11	14,2
Mobilidade Física Prejudicada	10	13,0
Risco para Nutrição Alterada	10	13,0
Integridade da Pele Prejudicada	09	11,6
Dor Crônica	09	11,6
Padrão Respiratório Ineficaz	08	10,3
Risco de Infecção	06	7,7
Débito Cardíaco Diminuído	03	3,8
Dor Aguda	02	2,6
Risco para Aspiração	02	2,6
Déficit de Auto Cuidado	02	2,6
Excesso de Volume de Líquido	02	2,6
Enfrentamento Familiar Comprometido	01	1,3
Integridade Tissular Prejudicada	01	1,3
Solidão por Falta de Suporte Familiar	01	1,3
Percepção Sensorial Perturbada		
TOTAL	77	100,0

* X= 3,85 diagnósticos/pacientes

Em relação á frequência de ocorrência dos diagnósticos de enfermagem encontrados na Tabela 10, o “Risco de Queda” aparece em 14,2% dos pacientes da amostra, tendo sido fundamentado na presença das condições clínicas do paciente e pela idade, os demais diagnósticos identificados foram “Mobilidade Física Prejudicada” com 13%, seguido de “Risco para Nutrição Alterada” com 13%, “Integridade de Pele Prejudicada” com 11,6%, “Dor Crônica ” com 11,6% , sendo estes os que obtiveram a maior frequência. Os

demais diagnósticos de enfermagem encontrados indicam a diversidade e a complexidade dos problemas apresentados pelos pacientes.

Na tentativa de buscar associações que pudessem mensurar a demanda de cuidados de enfermagem na filosofia dos cuidados paliativos, foram estabelecidos grupos de categorias diagnósticas que tivessem inter-relação específica com o foco de atenção entre elas, segue o quadro do agrupamento.

Domínio Atividade e Repouso (4) / Segurança e Proteção (11)	Integridade Tissular Prejudicada Mobilidade Física Prejudicada Integridade da Pele Prejudicada Risco de Infecção
Domínio Cognitivo (5) / Segurança e proteção (11)	Rebaixamento de Nível de Consciência Déficit Cognitivo Percepção sensorial perturbada Risco de Queda
Domínio Eliminação e troca (3)	Risco de Aspiração Troca Gasosa Ineficaz Padrão Respiratório Ineficaz Padrão respiratório alterado
Domínio Atividade e Repouso(4) / Nutrição(2)	Débito Cardíaco Diminuído Perfusão Tissular Periférica Ineficaz Volume de Líquidos Excessivos
Domínio Nutrição (2)	Deglutição Prejudicada Nutrição Desequilibrada menos do que as necessidades corporais
Domínio Conforto (12)	Dor Aguda Dor Crônica
Domínio Enfrentamento / Tolerância ao Estresse (9) / Auto-percepção (6)	Enfrentamento Familiar Comprometido Percepção Sensorial Perturbada

QUADRO 2: Distribuição dos agrupamentos das categorias diagnósticas de acordo com o domínio da Taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)

Segue a descrição dos domínios de acordo com a Taxonomia da que foram associados para verificar possíveis associações com tempo de cuidados paliativos. Estas associações foram realizadas na tentativa de encontrar marcadores de demanda de cuidados de enfermagem, com o propósito de sistematizar adequadamente esta assistência prestada ao pacientes assistido na filosofia dos cuidados paliativos.

Domínio 4 Atividade e Repouso/ Segurança e Proteção: Produção, conservação, gasto ou equilíbrio de recursos energéticos.

Domínio 11 Segurança e Proteção: estar livre de perigo, lesão física ou dano do sistema imunológico; preservação contra perdas; proteção de segurança e seguridade.

Domínio 5 Percepção e Cognição/ Segurança e Proteção: Sistema humano de processamento de informações, incluindo atenção. Orientação, sensação, percepção, cognição e comunicação.

Domínio 3 Eliminação e Troca: Secreção e excreção dos produtos residuais do metabolismo do organismo.

Domínio 4 Atividade e Repouso/ Nutrição: Produção, conservação, gasto ou equilíbrio de recursos energéticos.

Domínio 2 Nutrição: Atividades de ingerir, assimilar e utilizar nutrientes para fins de manutenção e reparação de tecidos e produção de energia.

Domínio 12 Conforto: Sensação de bem estar ou conforto mental, físico ou social.

Domínio 9 Enfrentamento / Tolerância ao estresse: Lidar com os eventos/ processos de vida.

Domínio 6 Autopercepção: Consciência de si mesmo**TABELA – 11 - Associação entre Tempo de Cuidados Paliativos e Categorizados com o Grupo de Associação de Categorias diagnósticas, através do teste Exato de Fisher (p). São Paulo, 2009.**

Grupo de associação de categorias diagnósticas	TCP média	Exato de Fisher	Valor p
Domínio Atividade e Repouso/ Segurança e Proteção	10,4	0,352	0,038
Domínio Cognitivo/ Segurança e Proteção	10,4	0,356	0,205
Domínio Eliminação e troca	10,4	0,405	0,342
Domínio Atividade e Repouso/Nutrição	10,4	-0,350	0,535
Domínio Nutrição	10,4	-0,359	0,579
Domínio Conforto	10,4	0,366	0,068
Domínio Enfrentamento/Tolerância ao Estresse/ Autopercepção	10,4	0,406	0,289

De acordo com a Tabela 11, foi aplicado o teste Exato de Fisher, para verificar se há associação significativa entre o tempo de cuidados paliativos e os grupos de associação de categorias diagnósticas (p), observou-se que houve significância estatística em relação aos diagnósticos: Integridade Tissular Prejudicada, Mobilidade Física Prejudicada, Integridade da Pele Prejudicada e Risco de Infecção com $p = 0.038$. Para os demais agrupamentos de categorias diagnósticas não houve significância estatística. Verifica-se diante deste resultado que provavelmente a presença dessas circunstâncias esteja diretamente relacionado com maior tempo de cuidados paliativos. Foram

feitos os testes Exatos de Fisher entre o Tempo de Permanência e Diagnóstico Médico, porém em nenhum deles houve significância estatística.

TABELA 12 – Frequência de ocorrência em relação às características definidoras da presença do DE: “Risco de queda”. São Paulo, 2009.

Características definidoras	nº	%
Idade acima de 65 anos	20	29,8
Uso de agentes ansiolíticos	18	26,8
Uso de diuréticos	12	17,9
Uso de cadeiras de rodas	10	14,9
Fadiga /mobilidade limitada	06	8,9
Prótese de fêmur	01	1,5
Total	67	100,0

Em relação à Tabela 12, nota-se que a frequência de ocorrência das características definidoras no DE: “Risco de Queda” a idade acima de 65 anos constituiu-se na característica definidora principal para identificar o diagnóstico em questão com 29,8%. O uso de agentes ansiolíticos contribui com 26,8%, o uso de diuréticos com 17,9%. Estas características definidoras identificadas para o DE: “Risco de Queda” em questão, indicam que os aspectos de segurança, quanto à preservação da integridade física deve ser redobrada, portanto há um aumento da demanda deste cuidado.

TABELA 13 – Frequência de ocorrência em relação às características definidoras da presença do DE: “Mobilidade física prejudicada” (1973,1998). São Paulo, 2009.

Características definidoras	nº	%
Dispneia ao esforço	18	34,6
Dificuldade para virar-se / Enrijecimento de articulações	12	23,0
Incidência de úlcera de pressão	12	23,0
Limitação ao se movimentar se (uso de bengala, andador)	10	19,2
Total	52	100,0

Em relação à Tabela 13, nota-se que a frequência de ocorrência das características definidoras no DE: “Mobilidade Física Prejudicada” a dispnéia ao esforço constituiu-se na principal característica definidora para o diagnóstico estudado com 34,6%. O foco na deficiência/atividade anterior à doença, contribuiu com 23,0%. Estas características definidoras identificadas para o DE: “Mobilidade Física Prejudicada” em questão, foi fundamentado na limitação do paciente para movimentar-se no leito, levando a dependência de familiares e/ou cuidadores para o atendimento de necessidades humanas básicas.

TABELA 14 – Frequência de ocorrência em relação às características definidoras da presença do DE: “Risco para nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais” (1975- 2000). São Paulo, 2009.

Características definidoras	nº	%
Anorexia	16	30,1
Caquexia	16	30,1
Inapetência	10	19,0
Falta de interesse pela comida	10	19,0
Cavidade bucal ferida (dor)	01	1,8
Total	53	100,0

Em relação á Tabela 14, nota-se que a freqüência de ocorrência das características definidoras no DE: “Risco para Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais”; a anorexia e a caquexia ambas contribuíram com 30,1%, na formatação do diagnóstico estudado. A inapetência também contribuiu com 19,0%, a falta de interesse pela comida contribuiu com 19,0%. Estas características definidoras identificadas para o DE: “Risco para Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais” em questão, foi fundamentada na dificuldade em se alimentar adequadamente neste paciente, pois o suporte nutricional em cuidados paliativos pode ser ofertado por via oral, mas, comumente, a dieta é oferecida por meio de sonda naso-entérica ou por gastrostomia percutânea endoscópica. Talvez este seria um dos primeiros sinais de perda de vitalidade e aproximação da finitude.

TABELA 15 – Freqüência de ocorrência em relação às características definidoras da presença do DE: “Integridade de pele prejudicada”(1975,1998). São Paulo, 2009.

Características definidoras	nº	%
Invasão de estruturas do corpo (SNE,SVD,Uripem)	32	55,1
Fatores mecânicos: Escaras por pressão	16	27,5
Rompimento da superfície da pele (acesso venoso periférico)	16	27,5
Extremos de idade acima de 90anos	04	6,9
Total	58	100,0

Em relação á Tabela 15 nota-se que a freqüência de ocorrência das características definidoras para o DE: “Integridade de pele prejudicada”, a invasão de estruturas do corpo com a presença de artefatos dependentes de

conduta médica, contribuíram na identificação do diagnóstico estudado com 55,1%, os fatores mecânicos que levaram a formação de escaras contribuíram com 27,5%. O rompimento da pele ocasionado por manter o paciente com acesso venoso periférico, seja instalado para reporem líquidos ou administrar medicamentos é uma prática em cardiologia. Às características definidoras identificadas para o DE: “Integridade de pele prejudicada” em questão, teve como fundamentação a manutenção da integridade de pele e os cuidados preventivos como mudança de decúbito visando a minimização do sofrimento.

TABELA 16 – Frequência de ocorrência em relação às características definidoras da presença do DE: “Padrão respiratório ineficaz” (1980, 1996, 1998). São Paulo, 2009.

Características definidoras	nº	%
Dispneia	20	52,6
Palidez cutâneo mucosa	10	25,3
Proporção entre tempo inspiratório/expiratório	08	21,0
Total	38	100,0

Em relação à Tabela 16 nota-se que a frequência de ocorrência das características definidoras para o DE: “Padrão respiratório ineficaz” a dispnéia contribuiu com 52,6 %, a palidez cutâneo-mucosa com 25,3% na identificação do diagnóstico estudado. Estas características definidoras como a dispnéia verificada nos pacientes, foi observada em decorrência das alterações do padrão respiratório associado a monitorização da oximetria de pulso. Em cuidados paliativos o uso do oxigênio deve ser usado para o minimizar a dispnéia, naqueles pacientes em que há hipoxemia em ar ambiente,

promovendo uma atenção individualizada para responder às necessidades do paciente e da sua família em relação a prevenção do sofrimento respiratório.

TABELA 17 – Frequência de ocorrência em relação às características definidoras da presença do DE “Risco de Infecção”(1986). São Paulo, 2009.

Características definidoras	nº	%
Procedimentos invasivos (punções)	32	38,0
Defesas primárias inadequadas (pele rompida, tecido traumatizado, estase de fluidos orgânicos, peristaltismo alterado)	20	23,8
Doença crônica	20	23,8
Diminuição nos níveis de hemoglobina e hematócrito	12	14,2
Total	84	100,0

Em relação, à Tabela 17, nota-se que a frequência de ocorrência das características definidoras no DE: “Risco de Infecção”, os procedimentos invasivos (punções) contribuiu com 38,0% visando promover o conforto e segurança na administração de medicamentos analgésicos de relevância.

Às defesas primárias inadequadas de pele rompida, tecido traumatizado, estase de fluidos orgânicos, peristaltismo alterado, contribuiu com 23,8%, a presença da doença crônica contribuiu com 23,8% na formação do diagnóstico estudado.

TABELA 18 – Frequência de ocorrência em relação às características definidoras da presença do DE: “Débito cardíaco diminuído (1975,1996,2000) São Paulo, 2009.

Características definidoras	nº	%
Arritmias	20	40,0
Oligúria	12	24,0
Variações nas leituras de pressão arterial (hipotensão)	10	20,0
Alteração cutâneo-mucosa	08	16,0
Total	50	100,0

Em relação à Tabela 18, nota-se que a frequência de ocorrência das características definidoras para o DE: “Débito cardíaco diminuído” as arritmias contribuíram com 40%, seguido da fração de ejeção diminuída que contribuiu com 24,0% na constatação do diagnóstico estudado. Estas características definidoras identificadas para o DE: “Débito cardíaco diminuído” observa-se que estas são decorrentes da insuficiência cardíaca congestiva e estes pacientes por estarem no processo de finitude o quadro clínico demonstram franca falência da função cardíaca e, portanto a necessidade em avaliar adequadamente esse paciente com o objetivo de prever arritmias.

TABELA 19 – Frequência de ocorrência em relação às características definidoras da presença do DE: “Dor aguda”(1996) São Paulo, 2009.

Características definidoras	nº	%
Evidência observada de dor (documentada)	12	37,5
Relato verbal de dor	10	31,2
Comportamento expressivo (gemido, irritabilidade)	5	15,6
Mudanças na Frequência cardíaca	3	9,4
Mudanças na frequência respiratória	2	6,3
Total	32	100,0

Em relação à Tabela 19, nota-se que a frequência de ocorrência das características definidoras para o DE: “dor aguda” a evidência de dor documentada, contribuiu com 37,5%, o relato verbal de dor contribuiu com 31,2% na identificação do diagnóstico estudado. Estas características definidoras identificadas para o DE: “Dor aguda” também foi constatado por gemidos, e irritabilidade. Vale destacar que a dor é um fenômeno sensorial que interage com o sistema cardiovascular e respiratório alterando a frequência cardíaca e respiratória. Em cuidados paliativos a avaliação da dor é prioritária, promovendo uma atenção individualizada para responder às intervenções terapêuticas do paciente e da sua família em relação à prevenção do sofrimento.

TABELA 20 – Frequência de ocorrência em relação às características definidoras da presença do DE: “Risco para aspiração” (1988). São Paulo, 2009.

Características definidoras	nº	%
Nível de consciência reduzido	13	35,2
Alimentação por sondas	10	27,0
Administração de medicação	08	21,6
Deglutição prejudicada	04	10,8
Reflexo de vômito diminuído	02	5,4
Total	37	100,0

Em relação à Tabela 20, nota-se que a frequência de ocorrência das características definidoras no DE: “Risco para aspiração”, o nível de consciência reduzido contribuiu na identificação do diagnóstico com 35,2%, a

alimentação por sonda naso-entérica contribui com 27,0%, a administração de medicamentos macerados por sonda contribui com 21,6%. Estas características definidoras identificadas para o DE: “Riscos de aspiração” em questão, indicam que devemos exercer nossas atividades ampliando a capacitação dos profissionais da equipe de enfermagem, por meio da educação em serviço, mantendo uma busca ativa dos fatores de risco, prescrevendo e avaliando as intervenções de cuidados aumentando os aspectos de segurança do paciente.

TABELA 21 – Frequência de ocorrência em relação às características definidoras da presença do DE: “Déficit no auto cuidado para banho / higiene” (1980,1998) São Paulo, 2009.

Características definidoras	nº	%
Higiene oral	19	27,5
Higiene íntima	18	26,0
Incapacidade de acessar o banheiro (banho no leito)	16	23,0
Incapacidade de chegar ao vaso sanitário ou a cadeira higiênica	09	13,0
Incapacidade de regular a água do banho (banho de aspersão)	08	11,5
Total	69	100,0

Em relação à Tabela 21, nota-se que a frequência de ocorrência das características definidoras no DE: “Déficit para o autocuidado”, a higiene oral contribuiu no diagnóstico com 27,5 %, a higiene íntima contribui com 26,0%, a incapacidade de acessar o banheiro sendo necessário administrar banho no leito contribui com 23,0 %. Estas características definidoras identificadas para o DE: “Déficit para o auto cuidado” mostrou o quanto se deve respeitar a autonomia do paciente até onde for possível ampliando o seu conforto sendo necessário capacitar os profissionais da equipe de enfermagem, por meio da

educação continuada, a prática dessas ações de enfermagem devem ser realizadas por dois profissionais de enfermagem, reduzindo assim o tempo de exposição física do paciente.

TABELA 22 – Frequência de ocorrência em relação às características definidoras da presença do DE: “Volume excessivo de líquidos” (1982,1996). São Paulo, 2009.

Características definidoras	nº	%
Mudanças no padrão respiratório	20	71,4
Oligúria	03	10,7
Derrame pleural	02	7,2
Anasarca	02	7,2
Edema	01	3,5
Total	28	100,0

Em relação à Tabela 22, nota-se que a frequência de ocorrência das características definidoras no DE: “Volume excessivo de líquidos”, a mudanças no padrão respiratório contribuiu no diagnóstico com 71,4% da amostra estudada, a oligúria contribui com 10,7%, o derrame pleural contribuiu com 7,2% sendo necessário administrar terapêutica medicamentosa para promover a melhora da sintomatologia. Cabe ao enfermeiro promover intervenções de enfermagem que auxiliam na resolução deste DE: “Volume excessivo de líquidos”, com a implantação de medidas relacionadas à elevação do decúbito e saber identificar as sutis alterações na frequência respiratória e cardíaca.

TABELA 23 – Frequência de ocorrência em relação às características definidoras da presença do DE: “Enfrentamento familiar comprometido”(1980, 1996) São Paulo, 2009.

Características definidoras	nº	%
Pessoa significativa demonstra comportamento protetor desproporcional em relação à autonomia do cliente.	10	100,0
Total	10	100,0

Em relação á Tabela 23, nota-se que a freqüência de ocorrência das características definidoras no DE: “Enfrentamento familiar comprometido” identificou-se que 100% recaíram sobre a “pessoa significativa demonstra comportamento protetor desproporcional em relação ao paciente”, interferindo na autonomia do mesmo, o familiar toma decisões que compete ao paciente. Observou-se que os pacientes tiveram como cuidadores membros da família com idade muito próxima a dos mesmos, não conseguindo oferecer apoio e conforto.

TABELA 24 – Frequência de ocorrência em relação às características definidoras da presença do DE: “Percepção sensorial perturbada” (1978, 1980, 1998). São Paulo, 2009.

Características definidoras	nº	%
Comunicação prejudicada	17	34,7
Agitação	17	34,7
Desorientação	15	30,6
Total	49	100,0

Em relação á Tabela 24, nota-se que a freqüência de ocorrência das características definidoras no DE: “Percepção sensorial perturbada”, os

pacientes analisados apresentaram comunicação prejudicada e agitação ambos com 34,7% da amostra e a desorientação apareceu em 30,6%. Esse diagnóstico foi prescrito nas últimas 48 horas de vida dos pacientes, o que de sobre maneira representa que nestas últimas horas é intensificada a analgesia e concomitante os cuidados de enfermagem. Com a aproximação da morte é necessário promover o conforto e a humanização incluindo a família. Lembramos que cuidados paliativos é um marcador de humanização.

TABELA 25 - Distribuição de artefatos médicos e de enfermagem aplicado ao paciente na filosofia dos cuidados paliativos. São Paulo, 2009.

Procedimentos e técnicas de enfermagem	nº	%
Oximetria	20	14,5
Uso de fralda	20	14,5
Cateter de Oxigênio	20	14,5
Sedação de Resgate	16	11,6
Cateter Venoso Periférico	16	11,6
Cateter de Oxigênio/ Máscara de Oxigênio	12	8,7
Sonda Naso-Entérica	08	5,8
Aspiração de Vias Aéreas Superiores	08	5,8
Uripem	07	5,0
Cateter Venoso Central	06	4,3
Cateter de Oxigênio/ Pressão Positiva não Invasiva	02	1,4
Sonda Vesical de demora	02	1,4
Hipodermóclise	01	0,7
Total	138	100,0

Em relação á Tabela 25, nota-se que a verificação de oxímetria de pulso, ocorreu na prestação da assistência aos 20 pacientes assistidos na filosofia dos cuidados paliativos, 20 pacientes utilizaram fralda descartável, 20

utilizaram cateter de oxigênio, 18 pacientes fizeram uso do cateter venoso periférico (jelcon) para administração de analgésicos conforme terapêutica, 16 pacientes tinham cuidados com curativos que demandavam tempo e alívio das dores antes do procedimento. A maioria dos pacientes eram pessoas idosas com integridade cutânea de pele comprometida, 16 pacientes receberam morfina de resgate, e em 4 pacientes a morfina foi administrada por bomba de infusão contínua, 8 pacientes receberam alimentação por via sonda nasogástrica, 8 pacientes necessitaram ser aspirados devido a presença de grande quantidade de secreções brônquicas, 18 pacientes utilizaram o cateter venoso periférico (jelcon) para administração de analgésicos conforme terapêutica.

O banho no leito foi administrado em 16 pacientes na fase final de vida, ou seja, próximo às últimas 48 horas. O banho de aspersão foi realizado em 2 pacientes e o banho em cadeira higiênica em 9 pacientes. A realização do banho de aspersão traz conforto ao paciente e deve sempre ser estimulado pela equipe de enfermagem.

A prática da hipodermóclise ocorreu em 1 paciente, a administração de fluidos por via subcutânea, é uma alternativa cada vez mais reconhecida. E consiste em uma prática que em algumas situações clínicas específicas demonstra ser uma via segura, eficaz e, sobretudo, confortável para o paciente. O uso de variados artefatos para controle da eliminação urinária foi por preservar o conforto e segurança dos pacientes.

A idéia de levantar os artefatos médicos e procedimentos de enfermagem demonstrou a necessidade de aplicar tecnologia específica e a complexidade da assistência médica e de enfermagem dedicada a estes pacientes, assim como o alto custo envolvido no processo.

5.5. Caracterização do momento da morte nos pacientes sob a filosofia dos Cuidados Paliativos

O hospital usa toda a tecnologia para combater a doença, a dor, o sofrimento e vencer a própria morte. Frequentemente ouvimos dos pacientes que a dependência de cuidados de outras pessoas como familiares e a dor é o que eles mais temem. A dor geralmente está associada à doença e ao enfrentamento emocional dela, a qual exige a administração de analgésicos, opióides, enquanto que o sofrimento faz parte de uma experiência humana que envolve valores sócio-culturais e religiosos.

TABELA 26 - Frequência de ocorrência em relação às pessoas que estavam presentes no momento do óbito. São Paulo, 2009.

Quem estava presente no momento do óbito do paciente	nº	(%)
Familiar	16	80,0
Familiar e Cuidador	2	10,0
Cuidador	2	10,0
Total	20	100,0

Em relação às pessoas presentes no momento do óbito do paciente, nota-se na Tabela 26, que o familiar esteve presente em 80% dos óbitos, que

10% dos pacientes faleceram em companhia do familiar e do cuidador e 10% dos pacientes faleceram na presença somente do cuidador. É importante salientar, que a proximidade dos familiares e amigos do paciente podem propiciar segurança e tranqüilidade. Sempre que possível a equipe deve apoiar o familiar e ou cuidador nos momentos de aflição e tristeza. É provável que o momento da morte seja o mais difícil da vida, compete à enfermagem promover a coesão e integridade familiar, assistindo os familiares e proporcionando privacidade e respeito ao momento solene da despedida.

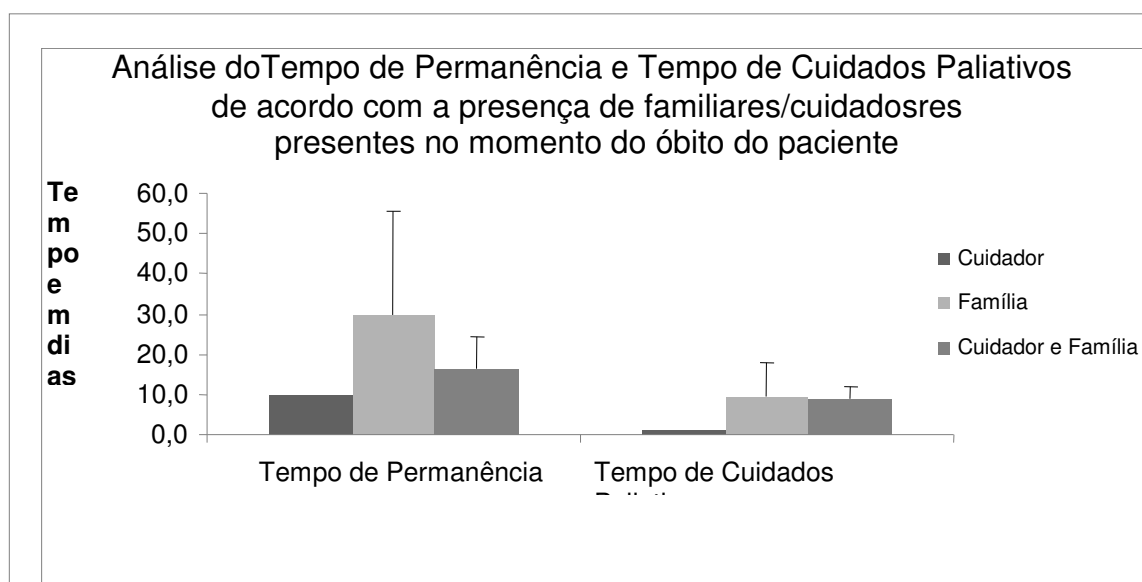


Figura 3. Análise do Tempo de Permanência (em dias) e o Tempo de Cuidados Paliativos (em dias) com a presença dos familiares/cuidadores no momento do óbito. São Paulo, 2009.

Esta análise foi realizada, pois, acreditava-se que o tempo de hospitalização e de cuidados paliativos em dias, com a presença essencialmente dos familiares, poderiam traduzir numa morte mais natural, por

ter uma média de dias maior, uma vez que se comparar esta média em dias com o cuidador ou mesmo com cuidador e familiares, observa-se uma média de dias menor. De acordo com o teste Kruskal-Wallis ($p=0,327$ para tempo de permanência e $p=0,196$ para tempo de cuidados paliativos) não mostrou diferença entre os 3 grupos avaliados, o que de sobre maneira pode-se inferir que a morte assistida com a presença dos familiares pode-se oferecer mais conforto emocional aproximando da morte natural. Esses pacientes precisam de suporte de pessoas para ouvi-los, pessoas que estejam preocupadas com eles, ajudando a identificar necessidades na esfera psicológica, espiritual e humana, os familiares poderiam ser as pessoas ideais.

5.6. Caracterização da interdisciplinaridade aplicada aos pacientes sob a filosofia dos cuidados paliativos

Este item tem como propósito, caracterizar a assistência interdisciplinar aos pacientes assistidos na filosofia dos cuidados paliativos. O que representa que a interface de cada profissional dá-se conforme a necessidade e evolução de cada fase da doença. A chave de um bom atendimento consiste na capacidade de cada profissional reconhecer o limite de sua atuação em cuidados paliativos. O que demanda em socializar o conhecimento de todos para efetivar uma ação.

TABELA 27- Frequência de ocorrência dos atendimentos realizados pelos profissionais envolvidos na assistência prestada aos pacientes na filosofia de cuidados paliativos. São Paulo, 2009.

Profissionais CP/ pacientes	nº	%
Médicos	20	16,2
Enfermagem	20	16,2
Nutricionista	20	16,2
Fonoaudióloga	18	14,6
Fisioterapia	18	14,6
Capelão	09	7,3
Psicóloga	07	5,6
Assistente Social	04	3,2
Farmácia	04	3,2
Pastor	02	1,6
Total	122	100,0

Em relação á Tabela 27, nota-se que a enfermagem, os médicos e a nutricionista marcaram presença no planejamento da assistência direta aos 20 pacientes estudados, seguidos da fonoaudióloga e fisioterapia com 14,6%. O capelão foi solicitado para dar assistência espiritual em 7,3% dos pacientes, cabe destacar que contamos no InCor-HCFMUSP com o serviço de Capelânia do Hospital das Clínicas da FMUSP e a psicologia atuou junto ao paciente e familiar em 5,6% da assistência prestada.

A assistente social foi solicitada em 3,2% dos pacientes para resolver problemas relacionados ao funeral, sepultamento e aspectos legais, o farmacêutico foi solicitado por 3,2% resolver as pendências em relação à terapêutica do paciente, por solicitação da equipe de enfermagem e pela equipe

médica. O pastor foi solicitado para dar assistência espiritual a 1,6% pacientes, que alegaram querer conversar com ele. A interação profissional deve ocorrer sempre que se depara com as dificuldades no ato de cuidar dos pacientes e que continua no âmbito psicológico, social e religioso porque o processo de viver engloba e contempla o processo de morrer.

Vale destacar que chama a atenção a menor frequência de ocorrência para os profissionais da psicologia e da capelania hospitalar, uma vez que se trata de uma situação de luto. Com base nesta informação preocupou-se em verificar se haveria uma associação entre a assistência psicológica / emocional e assistência espiritual / social oferecida aos pacientes sob a filosofia dos cuidados paliativos

TABELA 28 - Comparação do Tempo de Permanência e Tempo de Cuidados Paliativos entre os grupos de pacientes com apoio e sem apoio psicológico e emocional / espiritual e social através do teste de Mann-Whitney São Paulo, 2009.

Assistência prestada		Psicológico e Emocional		Espiritual e Social	
		TP	TCP	TP	TCP
com apoio	média	26,429	14,000	33,143	10,571
	desv.pad	17,558	14,595	35,997	12,528
	N	7	7	7	7
Sem apoio	média	29,154	8,462	25,538	10,308
	desv.pad	27,058	6,476	14,808	9,031
	N	13	13	13	13
Teste	Mann-Whitney	-0,040	-0,477	-0,724	-0,191
p	pvalor	0,968	0,633	0,469	0,849

* (TP/TCP)

Em relação à Tabela 28, nota-se nesta análise, onde se comparou o tempo de permanência dos grupos de pacientes que obtiveram apoio psicológico / emocional e espiritual / social, por meio do teste de Man - Whitney, que não houve diferença significativa entre os pacientes que receberam ou não obtiveram apoio psicológico / emocional e espiritual / social. Pode-se inferir que este resultado deveu ao pequeno tamanho amostral, no entanto espera-se que a presença do capelão e do psicólogo seja relevante neste momento decorrente dos aspectos de perda e luto. O mesmo resultado foi encontrado para os familiares dos pacientes que obtiveram apoio.

TABELA 29 - Comparação do Tempo de Permanência e Tempo de Cuidados Paliativos entre os grupos de pacientes cuja família tiveram ou não apoio psicológico e emocional/ espiritual e social através do teste de Mann-Whitney. São Paulo, 2009.

Assistência prestada		Família			
		Psicológico e Emocional		Espiritual e Social	
TP/TCP		TP	TCP	TP	TCP
Com apoio	média	27,667	16,667	18,500	5,500
	desv.pad	12,583	18,903	10,607	4,950
	N	3	3	2	2
Sem apoio	média	28,294	9,294	30,412	11,529
	desv.pad	25,436	8,168	24,943	10,423
	N	17	17	17	17
Teste	Mann-Whitney	-0,584	-0,531	-0,190	-0,426
p	P valor	0,559	0,596	0,850	0,670

Em relação à Tabela 29, nota-se que não foi possível determinar diferença significativa entre os familiares de pacientes que receberam apoio psicológico / emocional e o espiritual / social comparado com os que não

receberam. Contatou-se que o mesmo resultado, ou seja, não houve significância estatística entre os familiares dos pacientes que obtiveram apoio, tal fato se deveu ao pequeno tamanho amostral.

O cuidado psicológico e espiritual são direitos essenciais de todo ser humano, tão essencial quanto a liberdade política, a assistência médica, e a igualdade de oportunidades, estes profissionais são importantes para atenderem aos familiares provendo conforto espiritual e psicológica.

6. Discussão

Para o melhor entendimento das informações contidas no capítulo de discussão, será respeitado os mesmos subitens, adotados no capítulo de resultados, para o desenvolvimento da discussão.

6.1. Perfil sócio - demográfico da amostra obtida.

Quanto aos aspectos estruturais da população frente a 20 prontuários de pacientes assistidos na filosofia dos cuidados paliativos observou que quanto ao estado civil identificou-se que 45% dos pacientes eram viúvos e 5% eram solteiros. Este fato implica que os referidos pacientes apresentavam uma rede de apoio restrita, o que levou em algumas situações a contratar um cuidador para permanecer ao lado do paciente nas 24 horas.

Estudos semelhantes como o de Marosti e Dantas (2006): apontam que se tem verificado que a taxa de natalidade e de fecundidade tende a diminuir e o cenário para o futuro aponta para uma estrutura envelhecida da população e também a incapacidade de reposição de jovens no sistema social

em um número suficiente para inverter ou acentuar o índice de envelhecimento. O que confirma neste estudo no qual a população estudada apresentava em média 84 anos, o processo de envelhecimento leva ao aparecimento de doenças crônicas degenerativas como o câncer, as doenças cérebro vasculares e as doenças cardiovasculares.

Numa reflexão frente à sociedade moderna com o aumento do número de idosos, cada vez mais terá um concomitante aumento de indivíduos que necessitarão de assistência paliativa e os familiares deverão acolher com dignidade o seu familiar e tratá-lo com respeito para possibilitar uma morte digna.

6.2. Caracterização do diagnóstico médico principal, diagnóstico médico associado, antecedentes pessoais, tempo de hospitalização e tempo de cuidados paliativos.

Os resultados retratados na população em estudo mostram a terminalidade dos pacientes com doença cardíaca que não respondem mais a terapêutica, ou mesmo a outros recursos terapêuticos como o transplante cardíaco inviabilizado pela presença de outras co-morbidades existentes. Com o aumento das doenças crônicas degenerativas, as doenças cardíacas virão a ocupar o "ranking" das primeiras posições para indicação de cuidados paliativos, o que já é uma realidade no Canadá. Isto representa que a degeneração cardiovascular pode levar a uma dependência importante de cuidadores familiares e comprometimento da qualidade de vida, com necessidade constante de acompanhamento nas consultas médicas

sobrecarregando os familiares, havendo risco dos pacientes se tornarem um fardo para eles.

Neste contexto a bioética vem resgatar a dignidade da pessoa idosa, envelhecida e debilitada, acolhendo-a e confortando-a na dor e na angústia deste processo de finitude, que poderá levar até alguns anos, pois a finalização da vida leva o ser humano a uma profunda reflexão de sua existência, transcendendo os seus valores, ou seja, o que era tão importante como a aparência física e a vitalidade, passou a ser desconsiderado frente ao exercício da humildade ao aceitar a ajuda incondicional de familiares e profissionais da saúde.

Pessini e Barchifontaine (1994) referem que a bioética procura de maneira especial humanizar o ambiente das clínicas e de hospitais em particular, bem como promover os direitos dos pacientes. Neste momento respeitar a autonomia dos pacientes na assistência significa humanizar.

O trabalho com o paciente na filosofia dos cuidados paliativos requer certa maturidade, que somente virá com a experiência. Há que se examinar detalhadamente, a postura individual de cada profissional diante da morte e do morrer, antes de nos sentarmos tranquilos e sem ansiedade ao lado deste paciente.

Frente à caracterização do tempo de permanência hospitalar e do tempo de cuidados paliativos, vai a depender da conscientização do paciente e da familiar de perceber que a trajetória da doença está chegando ao fim,

não respondendo mais à terapêutica medicamentosa e somente neste momento há uma adequação da realidade da aproximação da morte, frente ao quadro clínico apontando para a abordagem de cuidados paliativos. Vale lembrar que cada paciente e cada família têm o seu momento certo para decidir.

6.3. Descrição Médica do momento da implantação da filosofia dos cuidados paliativos

De acordo com os resultados da pesquisa observou-se que o momento no qual foi declarada a implantação da filosofia dos cuidados paliativos, foi quando se examinou o registro médico na evolução médica e verificou-se a documentação referente aos termos: **“família ciente”, “tratamento conservador”, “cuidados paliativos”, “paciente com autonomia de decisão”**, estes foram os termos que se destacaram no registro médico, indicando cuidados paliativos.

Para chegar a esta decisão percorreu-se um longo caminho de interação e dúvidas que pudessem evidenciar a assertiva indicação. Para tanto o processo de comunicação visa estabelecer uma ponte efetiva de informações claras que possam auxiliar os pacientes e familiares no entendimento de finalização de uma vida. A comunicação se constitui na mais importante ferramenta a ser empregada por toda a equipe, na assistência aos cuidados paliativos, e esta deve ser processada num clima de acolhimento.

Segundo Paes (2006) a comunicação permeia todas as ações de cuidados paliativos e todas as dimensões do ser humano; portanto, é inquestionável este atributo, ela obedece aos princípios básicos da relação médico-paciente e enfermagem-paciente. A base desta relação é a confiança que se estabelece nas ações comunicativas do dia a dia.

Habitualmente espera-se que o médico seja o primeiro a notificar o familiar e o paciente da sua condição clínica, mas muitas vezes é a família quem determina o momento de buscar esta modalidade de tratamento, portanto a equipe deve estar aberta e capacitada para atender a esta solicitação.

De acordo com Carvalho (2008) refere ser fundamental que cada conduta seja baseada em sua aplicabilidade ou indicação clínica no caso em particular e na consulta aos desejos e intenções do paciente e ou familiares, buscando o equilíbrio consensual que contemple o respeito à autonomia do paciente e do profissional médico.

6.4. Caracterização da Assistência de Enfermagem prestada aos pacientes em cuidados paliativos no olhar da bioética

O enfoque da enfermagem contém abordagens específicas, a enfermagem considera o padrão de resposta dos indivíduos à doença e aos processos de saúde, com o conhecimento que possuem para orientar quanto à

manutenção do autocuidado, levando em consideração a autonomia do paciente, assim para estabelecer um diagnóstico de enfermagem e suas características definidoras, além de observar sinais e sintomas, foi preciso conhecer o grau de dependência do paciente e traçar a melhor intervenção de enfermagem possível dentro da filosofia dos cuidados paliativos.

Frente aos resultados do estudo quanto à caracterização dos diagnósticos de enfermagem identificados, podemos afirmar que diante das demandas de cuidado e das intervenções de enfermagem, a serem adotadas e do alto grau de vulnerabilidade do paciente pode-se inferir que a pessoa assistida na filosofia dos cuidados paliativos demanda uma assistência de alta complexidade, exigindo do profissional de enfermagem capacitação adequada e habilidades interacionais específicas, para responder efetivamente as necessidades assistenciais. É pertinente cunhar o ato de cuidar com alto grau de sensibilidade desenvolvendo essencialmente os aspectos expressivos deste ato, além da competência técnica exigida.

O cuidado apresentado por Mayeroff (1971), denomina alguns ingredientes, que constituem, na verdade, as qualidades necessárias para cuidar, incluem o conhecimento, a paciência, a honestidade, a confiança, o alternar ritmos, a humildade, a esperança e coragem. Esses ingredientes são descritos por Waldow (2004).

O sofrimento precisa ser cuidado nas dimensões física, psíquica, social e espiritual. Essa perspectiva de cuidar holística é fundamental, porque proporciona a pessoa, em fase final de vida “dignidade”.

Ao olhar para a bioética se compreende que morrer com dignidade é uma decorrência do viver dignamente e significa viver seus últimos dias com suas necessidades mais importantes atendidas, sem sentir dor, ou outro sintoma que lhe cause desconforto, ter possibilidade de decidir sobre sua vida, ter as pessoas queridas por perto, contar com apoio espiritual, resolver pendências sobre a sua vida.

Ao nos deparar no nosso dia a dia com uma pessoa em fase avançada de doença fora de possibilidades terapêuticas, internado em uma instituição de alta complexidade, podemos ter uma variedade de caminhos possíveis a serem seguidos, o primeiro caminho é promover a coesão e integridade familiar, ajudar a manter as relações positivas e propiciar a visita de familiares, daí á importância da bioética e não apenas da ética.

O segundo caminho seria estabelecer uma comunicação sincera com os familiares no sentido de ver a pessoa, sua personalidade, sua formação, sua história e aceitá-la sem reservas. Muito consolo pode ser ofertado aos pacientes simplesmente tocando suas mãos, olhando nos seus olhos, fazendo lhe uma massagem com delicadeza, procurando manter a sua autonomia, preparando-o para morrer e estreitando os laços com seus familiares ou cuidadores.

O terceiro caminho seria estabelecer a capacitação dos enfermeiros com abordagem para compreensão e tratamento da dor total e administração de opióides conforme preconiza a literatura de cuidados paliativos.

Entretanto a morte em uma instituição hospitalar requer acomodações para assegurar o conforto do familiar ou cuidador, e disponibilidade para auxiliar o médico ou familiar, ao dar a notícia do falecimento de um ente querido, mais uma vez o familiar precisará de apoio dos profissionais que o atenderam e da privacidade para poderem fazer uma oração ou simplesmente se despedirem amorosamente. Afirmando a colocação feita por Dame Cicely Saunders: "Eu me importo pelo fato de você ser você, me importo até o último momento de sua vida e faremos tudo que estiver ao nosso alcance, não somente para ajudar você a morrer em paz, mas também para ajudar você a viver até o último dia de sua morte" (PESSINI, 2001).

6.5. Caracterização as pessoas presentes no momento da morte nos pacientes sob a filosofia dos Cuidados Paliativos

Diante dos resultados observados no estudo, apesar de não ter havido significância estatística entre os pacientes que foram a óbito ao lado dos familiares, cuidadores e cuidadores-familiares chama a atenção o fato dos pacientes que faleceram ao lado dos seus familiares que obtiveram maior tempo de permanência e maior tempo de cuidados paliativos, o que pode representar a aproximação da morte natural, ou seja, o cuidado paliativo, não

abrevia e nem posterga a morte, mas faz a mesma acontecer em seu curso natural, portanto a presença do familiar pode estabelecer as necessidades de convívio, de perdão, de agradecer, de amar, de despedir-se e de partir em paz.

O fim da vida é na verdade o fechamento de um capítulo final de uma autobiografia, tais fenômenos muitas vezes não podem ser medidos como o tempo ideal para promover a despedida, mas presume-se que cada pessoa irá partir no seu tempo certo, para validar a hipótese que a boa morte está vinculada a presença da família, não foi possível identificar na literatura estudos que comprovassem este dado, comparando-se os tempos de hospitalização e de cuidados paliativos com a presença da família, a qual é fundamental para oferecer o suporte necessário.

O processo de morrer leva em consideração os cinco estágios: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação, até o paciente chegar a um acordo com a morte, conforme estabelecidos por Elizabeth Kubler-Ross (1965), a compreensão do processo de morrer para a enfermagem é fundamental, pois, para alguns pacientes, a porta que leva a aceitação desse processo pode ser extremamente longa e espinhosa.

O profissional que assiste este paciente precisa compreender onde está o seu “limite” e questionar até onde ele possa estar inteiro nessa assistência. Algumas vezes é preciso deixar claro, aos familiares e até mesmo para a equipe interdisciplinar, que não existem manobras milagrosas e heróicas que

possam devolver a saúde e a vida a uma pessoa em estágio avançado de uma doença progressiva. É importante esclarecer que não haverá benefícios em manter uma pessoa viva sob qualquer condição prolongando um processo doloroso e sem volta.

A discussão da morte enquanto um fenômeno biográfico e existencial e o cuidar de quem morre precisa ser personalizado, pois é tênue a linha de comunicação e muitas vezes uma palavra mal colocada ou a falta de um suporte emocional ou espiritual pode macular todo o processo de cuidar.

Entretanto a morte em uma instituição hospitalar requer acomodações para assegurar a privacidade. Em antecipação ao evento da morte é necessário informar a família e outros profissionais sobre o que fazer e o que esperar. O cuidado não termina até que a família esteja confortada e atendida em suas reações após um longo período de doença e convivência hospitalar.

As famílias também negam e sofrem com a aproximação da morte, entretanto é possível oferecer o conforto para o paciente e todos que o rodeiam, o ambiente deve permitir a presença da família e dos amigos.

As mudanças na condição do paciente podem ocorrer de maneira inesperada e todos devem estar cientes do status de saúde do paciente, as famílias devem ser ajudadas a compreenderem o processo, não é possível prever se a morte virá rapidamente dentro de minutos, ou dias ou semanas, não é possível prever quando a morte ocorrerá com precisão. Alguns

pacientes parecem transcender este momento esperando que alguém especial os venha visitar e então morrerem mais tarde.

6.6. Caracterização da interdisciplinaridade aplicada aos pacientes sob a filosofia dos cuidados paliativos

Ao caracterizar a interdisciplinaridade ao lidar com pacientes sob a filosofia dos cuidados paliativos, observou-se uma gama de profissionais com diversas formações compondo as necessidades requeridas por este paciente, no entanto não se identificou o atendimento dos profissionais da psicologia e da capelania à todos os paciente e familiares do estudo. Estes profissionais minimizam o estresse e ajudam no enfrentamento no processo da morte, portanto são imprescindíveis neste momento, cabe à instituição e aos serviços criarem estratégias para possibilitar a atuação destes profissionais para todos os pacientes e familiares sob a filosofia dos cuidados paliativos.

Olhar o paciente como um todo, além de facilitar o trabalho em equipe, permite ao profissional perceber cada uma de suas necessidades, sendo benéfico ao paciente e menos estressante para os outros profissionais.

A equipe que presta cuidados paliativos deve estar realmente presente, não apenas prestando assistência profissional, mas também segurando a mão do paciente, ouvindo e conversando, estando disponível para minimizar as dúvidas e orientações.

É importante recorrer a outros profissionais da assistência interdisciplinar para que todos possam promover uma morte assistida e humanizada. O cuidado paliativo é um conjunto de atos multiprofissionais que tem por objetivo efetuar o controle dos sintomas do corpo, da mente, do espírito e do social, que

afligem o homem na sua finitude, e se prolonga após a morte sob a forma de atendimento do luto aos familiares. A família também é abraçada pela equipe, pois ela compartilhou do sofrimento do paciente (FIGUEIREDO, 2003).

Os profissionais de saúde que cuidaram do paciente neste momento tão solene, jamais esquecerão dos mesmos, eles fizeram parte da biografia daqueles que partiram, assim como as famílias, não esquecerão dos profissionais que contribuíram para que o paciente tivesse a morte digna. Entretanto, o que devemos fazer ao assistir esses pacientes é desenvolver a consciência, atentando para o fato que a nossa morte também faz parte da nossa vida e há sempre tempo para aprimorar as nossas vidas enquanto vivemos (CHIBA, 2006).

Os cuidados paliativos são uma forma de educação para a morte, para os pacientes, familiares e profissionais de saúde, já que se propõem ao convívio diário com as perdas, trazidas pelo adoecimento e pela proximidade da morte. O luto antecipatório é uma forma de compartilhar os sentimentos e o sofrimento em relação às perdas. Mas a principal tarefa dos profissionais e gestores da área da saúde é evitar os processos distanásicos, informando e esclarecendo os pacientes, familiares e demais profissionais de saúde. (KOVÁCS, 2003)

7. Conclusões

Diante dos objetivos propostos para o estudo verificaram as seguintes conclusões:

- 1- Em relação à caracterização do registro médico do momento que foi declarado paciente em cuidados paliativos identificou-se que o termo **“família ciente da terminalidade”** ocorreu em 90% dos 20 prontuários estudados, seguido de 35% do termo **“manter cuidados paliativos”**.
- 2- Em relação à caracterização dos diagnósticos de enfermagem identificados nos pacientes sob a filosofia dos cuidados paliativos verificou-se que o DE: “Risco de Queda” aparece em 14,2% dos pacientes da amostra, os demais diagnósticos identificados foram “Mobilidade Física Prejudicada” com 13%, seguido de “Risco para Nutrição Alterada” com 13%, “Integridade de Pele Prejudicada” com 11,6%, “Dor Crônica ” com 11,6% , sendo estes os que obtiveram a maior frequência. Na tentativa de buscar associações que pudessem mensurar a demanda de cuidados de enfermagem na filosofia dos cuidados paliativos, foram estabelecidos grupos de categorias

diagnósticas que tivessem inter-relação específica com o foco de atenção entre elas, De acordo o teste Exato de Fisher verificou-se a associação significativa ($p=0,038$) entre o tempo de cuidados paliativos com o agrupamento das categorias diagnósticas referentes à “Integridade tissular prejudicada”, “mobilidade física prejudicada”, “integridade da pele prejudicada” e “risco de infecção”. Para os demais agrupamentos de categorias diagnósticas não houve significância estatística.

- 3- Em relação às pessoas presentes no momento do óbito do paciente, verificou-se que o familiar esteve presente em 80% dos óbitos, 10% dos pacientes faleceram em companhia do familiar e do cuidador e 10% dos pacientes faleceram na presença somente do cuidador.
- 4- Em relação a interdisciplinaridade verificou-se que a enfermagem, a equipe médica e a nutricionista marcaram presença no planejamento da assistência nos 20 pacientes estudados, seguidos do fonoaudiólogo e do fisioterapeuta, ambos com 14,6%. O capelão foi solicitado para oferecer assistência espiritual em 7,3% dos pacientes e familiares, a psicologia atuou junto ao paciente e familiar em 5,6%. A assistente social em 3,2% dos pacientes, o farmacêutico em 3,2% e o pastor em 1,6% dos pacientes estudados.
- 5- Sob o olhar da bioética, os profissionais da saúde devem assistir os pacientes na filosofia dos cuidados paliativos respeitando a sua

autonomia, suas crenças e valores, tendo a dor e o sofrimento aliviado, em companhia dos familiares ou amigos queridos, sendo cuidado com sensibilidade, por uma equipe interdisciplinar propiciando as resoluções e pendências e poder se despedir, tendo uma morte natural que ocorre no tempo certo.

7. Referências

BARBOSA, S. M. M.; VALLENTE, M. T.; OKAY, Y. Medicina paliativa: a redefinição da experiência humana no processo do adoecer. **Rev. Dor**, v.3, n. 61, p. 61-68, 2001.

BETTEGA, R. T. C. et al. Desarrollo de la medicina paliativa en Latino América. In: SANCHO, M. G. et al. **Medicina paliativa em la cultura latina**. Espanha: Arán, 1999. cap. 20, p.317-356.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. São Paulo: Vozes, 1999.

BUSSAB, W. e Morettin P. (2002) **Estatística Básica**, 5ª Ed, Editora Saraiva.

CARVALHO, R. T. de; ARANTES, A. C. L. Q. Particularidades em Cuidados Paliativos: UTI. CREMESP. CUIDADO PALIATIVO / Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: **Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo**, 2008. p. 178-191.

CIANCIARULLO, T. I. **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. O desenvolvimento do conhecimento de enfermagem: padrões de conhecimento e sua importância para o cuidar. 4. ed. São Paulo: Ícone, 2008.

CHIBA, T. Cuidados paliativos. In: Lopes, AC. **Tratado de Clínica Médica**. São Paulo: Ed. Roca; 2006. p. 4446-54.

CREMESP. CUIDADO PALIATIVO / Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: **Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo**, 2008. 689 p.

FIGUEIREDO, MTA. Educação em Cuidados Paliativos. **Prática hospitalar**, n.17, set/out; 2001.

FOWLER, D. J.; SÁ, A. C. de. **Humanização nos cuidados de pacientes com doenças crônico- degenerativas**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2009.

GALDEANO, L. E. et al. Diagnóstico de enfermagem de pacientes no período transoperatório de cirurgia cardíaca. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.2, p. 199-206, mar / abr. 2003.

GUIMARAES, N. A formação dos profissionais de saúde e a humanização. In: MEZZOMO, A.A. et al. **Fundamentos da humanização hospitalar, uma visão multiprofissional**. Santos: Ed Local, 2003. p. 109-116.

HORTA, W.A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU/ EDUSP, 1979.

HOSSNE, W. S. Em bioética é preciso educar-se: uma provocação. In PESSINI, L.; BARCHINFONTAINE, C. P. **Bioética e longevidade humana**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2006. p. 143-148.

HOSSNE, W. S. Prontuário médico aspectos éticos. **Revista da Associação Medica Brasileira**, v.38, n.2, p.75-79, 1992.

KOVACS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo; Casa do Psicólogo, 1992.

MARIN, H. F. Os componentes da enfermagem do prontuário eletrônico do paciente. In: **O PRONTUÁRIO** eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico. São Paulo, 2003. p.73-83.

MAROSTI, C.A.; DANTAS, R.A.S. Relação entre estressores e características sociodemográficas e clínicas de pacientes internados em unidade coronariana. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2006. set-out; 14(5). Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae.

McCOUGHLAN, M. A necessidade de cuidados paliativos. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, ano 27, v.27, n.1, p.6-14, jan./mar. 2003.

MORAES, T. M. de. Como cuidar de um doente em fase avançada de doença. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, ano 33, v. 33, n.2, p.231-238, abr./jun, 2009.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION **Diagnósticos de enfermagem da NANDA**: definições e classificação 2007-2008. Porto Alegre: Art Med, 2008.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre a enfermagem**: o que é e o que não é. São Paulo: Cortez, 1989.

PACCINI, R. Bioética personalista aplicada a clínica. In: URBAN, C. A. **Bioética clínica**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. cap. 8, p55-62.

PAGANO, M e Gauvreau K. (2004). **Princípios de Bioestatística**. Ed Thompson.

PESSINI, L. **Distanásia: até onde prolongar a vida?** São Paulo (SP): Centro universitário São Camilo/ Loyola, 2001.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Org.). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004.

PESSINI, L.; DRANE, J. Bioética e cuidados paliativos. In: BIOÉTICA, medicina e tecnologia. São Paulo: Loyola; Centro Universitario São Camilo, 2009. p.127-140.

PESSINI, L.; DRANE, J. O envelhecimento e a morte. In: **Bioética, medicina e tecnologia**. São Paulo: Editora Loyola – Centro Universitário São Camilo, p127-140, 2009.

PESSINI, L. Cuidados paliativos, alguns aspectos conceituais, bibliográficos e éticos. **Pratica Hospitalar**, ano 7, n. 41, set. /out. 2005.

PESSINI, L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, ano 27, v.27, n.1, jan./mar. 2003.

PHANEUF, M. C. The nursing audit: the audit instrument. In: _____. **The nursing audit**. 2. ed. United States of América: Prentice-Hall, 1976. p. 35-49.

SÃO PAULO (Estado). **Lei nº10241**, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, 17 mar. 1999.

SELLI, L. Princípios bioéticos: análise das representações de enfermagem. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, ano 26, v. 26, n.1, jan./mar. 2002.

SOUZA, F. A. E. F. Dor: o quinto sinal vital. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**, v.10, n.2, p.446-7, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v103n3/13355.pdf>>. Acesso em: set. 2008.

TORREÃO, L. A. et al. Ressuscitação cardiopulmonar: discrepância entre o procedimento de ressuscitação e o registro no prontuário. **Jornal de Pediatria**, n.76, p.429-433, 2000.

Vieira, S. (2004) Introdução à **Bioestatística**. Editora: Elsevier, 360pg.

WALDOW, V. R. **Cuidar**: expressão humanizadora da enfermagem. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

ZOBOLI, E. L. C. P. O cuidado: uma voz diferente na ética em saúde. In: SEGRE, M. (Org.). **A questão ética e a saúde humana**. São Paulo: Atheneu, 2006a.

ZOBOLI, E. L. C. P.; SARTÓRIO, N. A. Bioética e enfermagem: uma interface no cuidado. **O Mundo de Saúde**, São Paulo, ano 30, v.30, n. 3, p.382-97, jul./set. 2006b.

Instrumento para coleta de dados de pacientes assistidos na filosofia dos cuidados paliativos**I- Identificação**

1-Data Admissão __/__/__ Data do Óbito: __/__/__
Idade: _____ anos Sexo: Masculino() Feminino ()
Estado Civil: _____ Nº. de Filhos _____ Religião: _____
Escolaridade _____ Ocupação: _____
Nome do Cuidador: _____ Nome do familiar: _____

2- Descrição da evolução médica sobre a indicação de cuidados paliativos:

3 – Diagnóstico médico:

4– Diagnóstico de enfermagem e suas características definidoras:

5- Antecedentes Pessoais:

() História familiar de cardiopatia	() Hipertensão
() Diabetes Mellitus	() Obesidade
() DLP / Hipercolesterolemia	() IRC
() Sedentarismo	() Prostatismo
() Terapia de Reposição Hormonal	() Refluxo gastro esofágico
() Anticoagulante oral	
(	)

Outros: _____

Observações: _____

6 - O paciente ao falecer:

Médico estava presente ☐

Médico foi notificado ☐

Família estava presente ☐

Família foi notificada ☐

Cuidador estava presente ☐

II – Registros de sinais, sintomas e reações.

7 - Nível de consciência

Consciente ☐Inconsciente ☐

8 - Sinais vitais, saturação de oxigênio, oxigêniooterapia

Sim ☐Não ☐

Se sim, com que frequência: _____

9 - Alimentação

Sim ☐Não ☐

Se sim, qual a forma de alimentação: _____ jejum
_____ via oral
_____ enteral
_____ gastrostomia
_____ outras especificar

10 - Integridade da pele:

Sim ☐Não ☐

Se integridade de pele prejudicada, especificar:

Úlcera de Pressão

Curativos

outros _____

11 - Avaliação de dor:

Sim ☐Não ☐☐ Não se aplica**III – Supervisão da Assistência do paciente**

12 – Houve a Identificação das necessidades físicas do paciente

Sim ☐Não ☐

Quais: _____

13 – Houve a Identificação das necessidades de assistência psicológica e emocional para o paciente

Sim ☐ Não ☐

Quais:_____

14 – Houve a Identificação das necessidades de assistência psicológica e emocional para o familiar

Sim ☐ Não ☐

Quais:_____

15 – Houve a Identificação das necessidades de assistência espiritual e social para o paciente

Sim ☐ Não ☐

Quais:_____

16 - Houve a Identificação das necessidades de assistência espiritual e social para o familiar

Sim ☐ Não ☐

Qual:_____

17– Caso tenha sido identificado estas necessidades houve encaminhamento

Sim ☐ Não ☐

Qual:_____

18 - Foi oferecido apoio religioso ao paciente e familiar durante a internação:

Sim ☐ Não ☐

Se não, por que? ☐_ família recusa

☐_equipe não oferece

☐_nada registrado a este respeito

19 - Quais os profissionais da equipe cuidaram da assistência ao paciente e família?_____

20 - Qual o manejo de sintoma que foi mais avaliado e registrado?_____

IV– Procedimentos e Técnicas de Enfermagem

21 – A administração de opióides foi realizado pelo profissional capacitado

Sim ☐ Não ☐ ☐ Não se aplica

Se sim –

especificar: _____

22 – Cuidados pessoais (banho, higiene oral, pele, cuidados com unhas e cabelos), foram registrados

Sim ☐ Não ☐

Se sim –

especificar: _____

23 – Eliminações fisiológicas presentes

Sim ☐ Não ☐

24 – Apresenta períodos de sono e repouso:

Sim ☐ Não ☐

25 – Foram registrados os procedimentos de enfermagem, tais como: glicemia capilar, traqueostomia, uso do oxigênio, colostomia, ou cuidados com catéteres, hipodermóclise, despedida do corpo etc;

Sim ☐ Não ☐ Não se aplica ☐

Quais: _____

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)