

**FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE – FPS
CURSO DE PSICOLOGIA**

**Marina Souza Assis
Diogo Marroquim Bezerra Mello
Thálita Cavalcanti Menezes da Silva**

**A COMPREENSÃO DA EQUIPE DE SAÚDE SOBRE O
SEU PAPEL NO DESENVOLVIMENTO DE
ESTRATÉGIAS DE *COPING* EM PACIENTES DE
CUIDADOS PALIATIVOS.**

**RECIFE
2015**

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE – FPS
CURSO DE PSICOLOGIA

**A COMPREENSÃO DA EQUIPE DE SAÚDE SOBRE O
SEU PAPEL NO DESENVOLVIMENTO DE
ESTRATÉGIAS DE *COPING* EM PACIENTES DE
CUIDADOS PALIATIVOS.**

Trabalho apresentado à Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) como parte dos requisitos para obtenção da conclusão do curso de Psicologia.

Alunos:

Marina Souza Assis

Diogo Marroquim Bezerra Mello

Orientadora:

Thálita Cavalcanti Menezes da Silva

Ficha Catalográfica
Preparada pela Faculdade Pernambucana de Saúde

A848c Assis, Marina Souza

A Compreensão da equipe de saúde sobre o seu papel no desenvolvimento de estratégias de *coping* em pacientes de cuidados paliativos. / Marina Souza Assis; Diogo Marroquim Bezerra Mello; orientadora Thálita Cavalcanti Menezes da Silva. – Recife: Do Autor, 2015.

60 f.: il.

Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade Pernambucana de Saúde, 2015.

1. Cuidado Paliativo. 2. Estratégias de Coping. 3. Equipe de saúde. I. Assis, Marina Souza, orientador. II. Título.

CDU 612.013

Alunos: Marina Souza Assis

Estudante do sétimo período do curso de psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde.

Telefone: (81) 99217-9545

E-mail: marinassis13@gmail.com

Diogo Marroquim Bezerra Mello

Estudante do sexto período do curso de Psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde.

Telefone: (81) 99794-5790

E-mail: dmarroquim@hotmail.com

Orientadora: Thálita Menezes

Psicóloga da Enfermaria de Clínica Médica do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP).

Coordenadora de Tutor do quarto período do curso de Psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)

Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco (2007) e Mestre em Educação para Profissões em Saúde pela Universidade de Maastricht, Holanda (2013). Doutoranda em Psicologia Clínica – UNICAP.

Telefone: (81) 98852-1410.

E-mail: thalitamenezes25@yahoo.com.br

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA (IMIP)
ÁREA: Psicologia hospitalar e Clínica

RESUMO

O Cuidado Paliativo surgiu como uma forma de proporcionar qualidade de vida aos pacientes e seus familiares, que já não podem usufruir dos avanços da medicina no que consiste na promoção da cura. A qualidade de vida será alcançada através do conforto, alívio e controle dos sintomas, suporte espiritual, psicossocial e apoio no processo de enlutamento. No entanto, é necessário que o paciente possa desenvolver estratégias de *Coping* com o auxílio da equipe profissional de saúde. Esta pesquisa tem natureza qualitativa de postura fenomenológica e obteve como objetivo analisar como a equipe de profissionais de saúde compreende o seu papel no acompanhamento e no desenvolvimento de estratégias de *Coping* dos pacientes. Para isso, foram realizadas 11 entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde da equipe multiprofissional do setor de cuidados paliativos do IMIP. A idade dos participantes variou entre 27 anos e 55 anos. O tempo de atuação variou de 6 meses à 4 anos. Após a coleta de dados as falas foram transcritas e analisadas de acordo com a Técnica de Análise de Conteúdo Temática de Minayo. O estudo em questão foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS, sob o número CAAE 37156514.6.0000.5569, de acordo com as normas e orientações da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A partir da análise foram encontradas três temáticas subdivididas em Cuidados Paliativos, Equipe de Saúde e Estratégias de Coping. Verificou-se que apesar dos profissionais compreenderem a sua atuação com o objetivo de aliviar a dor e proporcionar uma melhor qualidade de vida, alguns destes veem o setor dos Cuidados Paliativos como um local onde se vai morrer. Nesse sentido, foi verbalizada a necessidade de suporte emocional para equipe de saúde e dificuldade em vincular-se ao paciente. Em relação às estratégias de coping, embora haja uma multiplicidade de estratégias, alguns dos participantes demonstraram dificuldades para

identificá-las. Dessa forma, conclui-se que apesar da temática morte esteja presente na atuação da equipe multidisciplinar, eles relataram não saber lidar com esta. Faz-se necessário criar um espaço para abordar e trabalhar as temáticas abordadas no estudo juntamente com a equipe de saúde, enfatizando o seu manejo clínico.

Palavras-Chave: Cuidado Paliativo, Estratégias de Coping, Equipe de saúde.

ABSTRACT

The palliative care has emerged as a way to provide quality of life for patients and their families, who can no longer take advantage of advances in medicine which is to promote healing. The quality of life will be achieved through the comfort, relief and symptom control, spiritual support, psychosocial support and the grieving process. However, it is necessary that the patient can develop coping strategies with the help of professional health care team. This research is qualitative phenomenological attitude and got to analyze how the health professional team understands its role in monitoring and developing Coping strategies of patients. For this, there were 11 semi-structured interviews with health professionals of the multidisciplinary team of palliative care sector IMIP. The age of participants ranged from 27 years to 55 years. The operation time ranged from 6 months to 4 years. After data collection the speeches were transcribed and analyzed according to Thematic Content Analysis Technique of Minayo. The study in question was approved by the Research Ethics Committee of Pernambuco Health Faculty - FPS, under number CAAE 37156514.6.0000.5569 according to the standards and guidelines of Resolution 466/2012 of the National Health Council (CNS). From the analysis we found three thematic subdivided into Palliative Care, Health Team and Coping Strategies. It was found that despite the professional understand their performance in order to alleviate pain and provide a better quality of life, some of these see the sector of palliative care as a place where you will die. Thus, it was verbalized the need for emotional support for health staff and difficult to link to the patient. Regarding coping strategies, although there are a variety of strategies, some of the participants showed difficulties to identify them. Thus, it is concluded that despite the death theme is present in the work of the multidisciplinary team, they reported not knowing how to deal with this. It is necessary to create a space to address and work the

issues addressed in the study along with the health team, emphasizing its clinical management.

Keywords: Palliative Care, Coping Strategies, Health Team.

SUMÁRIO

I.	INTRODUÇÃO	1
II.	MODELO TEÓRICO.....	7
III.	JUSTIFICATIVA	8
IV.	OBJETIVOS	9
	4.1 Objetivo geral.....	9
	4.2 Objetivo específicos.....	9
V.	MÉTODO.....	10
	5.1. Desenho do estudo.....	10
	5.2. Local do estudo.....	10
	5.3. Período do estudo	10
	5.4. População do estudo	11
	5.5. Amostra.....	11
	5.6. Critérios e procedimentos para seleção das participantes.....	11
	5.6.1. Critérios de Inclusão.....	11
	5.6.2. Critérios de Exclusão.....	11
	5.6.3 Procedimentos para captação e acompanhamento dos participantes.....	12
	5.7. Fluxograma de captação e acompanhamento das participantes.....	12
	5.8. Critérios para Descontinuação do Estudo.....	13
	5.9. Coleta de dados.....	13
	5.9.1 Instrumentos de coleta de dados.....	13
	5.10 Processamento e análise dos dados.....	14
	5.10.1 Processamento dos dados.....	14
	5.10.2 Análise dos dados.....	14

5.11 Aspectos Éticos.....	15
5.11.1 Consentimento livre e esclarecido.....	15
5.12 Conflitos de interesses.....	15
VI. ORÇAMENTO.....	16
VII. CRONOGRAMA.....	17
VIII. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	18
IX. CONCLUSÕES.....	44
X. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45
APÊNDICES	
APÊNDICES 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)....	46
APÊNDICES 2 - Roteiro de entrevista semiestruturada.....	49
APÊNDICES 3 – Listas de Abreviaturas, Siglas e Sinais.....	51
ANEXOS	
ANEXO 1 – Carta De Anuência.....	52

I. INTRODUÇÃO

Em pesquisa realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 2001, foram identificados no Brasil catorze serviços de cuidados paliativos de forma isolada, sem políticas estruturadas e com pouco intercâmbio entre eles (Figueiredo, 2008). Esse fato deve-se a falta de iniciativa de comunicação entre as diversas atividades em cuidados paliativos. Além do pouco investimento das faculdades brasileiras em proporcionar os recursos necessários para que se formem profissionais especializados nas práticas de cuidado paliativos. Com relação aos demais países, a quantidade e a qualidade dos serviços ainda se encontram escassos em sua maioria, contudo nota-se a progressão desde a oficialização de seu conceito em 1982.

Os cuidados paliativos é o termo designado à atenção prestada por uma equipe multidisciplinar a partir do diagnóstico aos pacientes com doenças crônico-degenerativas, que se encontram fora de possibilidade de cura. A primeira definição dos cuidados paliativos realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1986, atualizada em 2002, diz que:

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 da do sofrimento, o que requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (Figueiredo, 2008).

Os princípios dos cuidados paliativos têm por objetivo promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis, afirmar a vida e considerar a morte como um

processo normal da vida, não acelerar e nem adiar a morte, integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente.

Podendo também oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível até o momento da morte, oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e o luto, oferecer abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto, melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença e iniciar o mais precocemente possível o cuidado paliativo, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como quimioterapia e radioterapia, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes (Carvalho & Parsons, 2009).

A prática nos cuidados paliativos é executada a partir de dois modelos de assistências, o atendimento no hospital e em domicílio. No primeiro modelo, a equipe atua em um espaço físico fora do hospital, remetendo ao modelo de *Hospice*, termo que antecedeu a designação cuidados paliativos. Apesar de o hospital oferecer como vantagens os profissionais disponíveis 24 horas, armamento medicamentoso e, também logística adaptado ao ambiente, ela possui desvantagens dentre as quais podemos destacar: horários para visitas e número de acompanhantes restritos, pacientes sob Cuidados Paliativos entre pacientes com outros diagnósticos (hospital geral), pacientes sob Cuidados Paliativos entre pacientes em outras etapas da doença, unidade exclusiva para Cuidados Paliativos possibilitando a má impressão de que é unidade para moribundos e proporção pacientes-funcionário alta, diminuindo o tempo disponível para pacientes.

Já o cuidado domiciliar oferece vantagens como atender as necessidades conforme a preferência do paciente, maior sensação de conforto e proteção e

disponibilidade dos cuidadores direcionada totalmente ao paciente. E desvantagens, tais como a disponibilização de drogas pode não ser imediata, residir o paciente longe de recursos de saúde e dificuldade na obtenção da declaração de óbito para pacientes que optam por morrer em casa (Carvalho & Parsons, 2009).

A equipe de saúde no contexto paliativo é caracterizada por sua atuação multiprofissional, porém requer ao mesmo tempo planejamento interdisciplinar, visto que a sua função implica no alívio de sintomas e o alívio do sofrimento humano. Dentre os profissionais que fazem parte da equipe de saúde estão o médico, o enfermeiro, o assistente social, o psicólogo, o nutricionista, o fisioterapeuta, o fonoaudiólogo, o terapeuta ocupacional, entre outros (Martins, 2005).

O médico vai diagnosticar e tratar por meio de medicamentos. O alívio do sofrimento, o alívio da dor e de outros sintomas estressantes é parte da atuação do profissional de fisioterapia. Já os profissionais de enfermagem oferecem o amparo, o suporte e o conforto necessários aos pacientes desde o diagnóstico passando pelo período de luto. O nutricionista seleciona uma dieta balanceada e que seja agradável ao paciente. Ao fonoaudiólogo é atribuído o papel de avaliar a qualidade do processo de deglutição de alimentos, líquidos, secreções orais, saliva e medicações. O papel do terapeuta ocupacional possibilita autonomia nas atividades diárias. Ao assistente social cabe garantir qualidade de vida ao paciente e proporcionar uma morte digna e auxiliar na manutenção do equilíbrio familiar. E por fim, a atuação do psicólogo envolve o suporte emocional através da escuta clínica para os pacientes e seus familiares, promovendo junto ao restante da equipe qualidade de vida na fase final da vida (Martins, 2005).

Para que haja a eficácia necessária do trabalho da equipe existem princípios que são fundamentais, entre eles estão consenso e clareza nos objetivos e estratégias

propostos, reconhecimento da contribuição pessoal específica de cada membro da equipe e distribuição de tarefas, competência de cada membro de sua área e uma comunicação efetiva entre os mesmos, o que é de fundamental importância, por exemplo, no controle da dor considerada como multidimensional, assim como outros sintomas; coordenação competente e apropriada para a estrutura e função da equipe, procedimentos para avaliação da efetividade e qualidade dos esforços da equipe e facilitação do processo de luto não só para a família e amigos do paciente, mas também para os membros da equipe (Martins, 2005).

Se tratando da comunicação entre a equipe de saúde, o paciente e os seus familiares nos Cuidados Paliativos, convém que esta se desenvolva qualitativamente. O diagnóstico em questão traz consigo a não possibilidade cura, fazendo com que a equipe se mobilize principalmente com o alívio do sofrimento psicológico. No entanto, essa tarefa se torna complexa à medida que os profissionais de saúde ao longo do tempo estiveram em contato com a doença e tinham como objetivo a cura. Não obstante, em cuidados paliativos é fundamental que a comunicação seja honesta e completa. E que também se crie estratégias específicas que facilitem o encontro terapêutico, proporcionando suporte emocional para o paciente e a família. Uma boa comunicação implica em uma linguagem acessível, no acolhimento profissional, em um ambiente favorável, no respeito, habilidades de escuta, etc. (Martins, 2005).

A melhoria da comunicação só pôde ser realizada a partir da promoção da saúde, resultado do paradigma salutogênico. Por paradigma salutogênico podemos entender, segundo Nunes (1997), que foi desenvolvido por Antonovsky em 1987 (Peçanha, 2008). A partir de seu surgimento se deu à propagação da promoção da saúde, se opondo ao paradigma patogênico. O paradigma salutogênico trata-se de uma cultura do desenvolvimento individual e organizacional, que visa como é que o indivíduo realiza

as suas potencialidades de saúde e responde positivamente às exigências (físicas, biológicas, psicológicas e sociais) de um ambiente em constante mutação (Peçanha, 2008).

Nesse sentido, o processo de enfrentamento do paciente na trajetória da doença vai depender do seu contexto. Na fase terminal, o sujeito poderá ter esperança de viver qualitativamente no momento presente. A função das estratégias de enfrentamento está associada à forma pela qual o paciente irá buscar o bem-estar dentro de seu contexto. Segundo Cohen e Lazarus (1979), as estratégias de enfrentamento podem ser classificadas de acordo com cinco situações gerais: a busca de informação, que visa à obtenção de subsídios relevantes para resolver o problema ou regular a emoção; a ação direta, que objetiva resolver o problema propriamente dito; a inibição da ação, que tem como propósito conter ações consideradas perigosas pelas pessoas; os esforços intrapsíquicos, que permitem negar o problema ou esquivar-se dele tendo como objetivo a regulação das emoções diante da ameaça representada pela questão; e a busca do outro, uma estratégia que tem por objetivo utilizar o apoio social, reconhecendo sua importância para a resolução do problema (Turato, 2003).

As estratégias tornam-se importantes e necessárias não só com o paciente, mas também com os amigos e os familiares, uma vez que a doença possibilita alterações físicas e psicológicas, podendo gerar um fator de estresse ambiental e psicofísico.

É de grande importância que a equipe de profissionais de saúde compreenda o seu papel, visto que há a possibilidade destes refletirem enquanto profissional de saúde no tratamento e desenvolvimento de estratégias de *Coping* junto a pacientes internados em setores de cuidados paliativos. Desse modo, o problema da presente pesquisa se apresenta da seguinte forma: “Como a equipe de profissionais de saúde de um setor de

cuidados paliativos compreende seu papel junto aos pacientes no desenvolvimento de estratégias de *Coping*?”.

II. MODELO TEÓRICO

OBSERVAÇÃO DA PRÁTICA + LEITURA SOBRE A TEMÁTICA

PROBLEMA DE PESQUISA

Como a equipe de profissionais de saúde de um setor de cuidados paliativos compreende seu papel junto aos pacientes no desenvolvimento de estratégias de *Coping*?

OBJETIVO DE PESQUISA

Analisar a compreensão dos profissionais de saúde de um setor de cuidados paliativos sobre a sua atuação junto a pacientes no desenvolvimento de estratégias de *Coping*.

MÉTODO DE PESQUISA

Método qualitativo. Amostra por conveniência. Fechamento do tamanho amostral por saturação.

Entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde da equipe multiprofissional do setor de cuidados paliativos do IMIP.

COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

PERGUNTA DISPARADORA

Como você entende sua atuação enquanto profissional de saúde no desenvolvimento de estratégias de coping em pacientes de cuidados paliativos?

PERGUNTAS NORTEADORAS

1. O que você entende por estratégias de coping?
2. Como você entende o seu papel e o papel da equipe multiprofissional de saúde no acompanhamento dos pacientes em cuidados paliativos?
3. Quais ações ou posturas da equipe de saúde você identifica que auxiliam o paciente no lidar com a doença e a terminalidade?

Transcrições das entrevistas gravadas e construção das categorias através da Análise de Conteúdo, conta-se com a presença de 2 especialistas.

Discussão dos dados tendo como referencial teórico a Psicologia da Saúde

III. JUSTIFICATIVA

Tendo em vista o aumento dos serviços de cuidados paliativos no Brasil, a pesquisa tem como objetivo entender como a equipe de profissionais de saúde compreende o seu papel no acompanhamento e no desenvolvimento de estratégias de *Coping* dos pacientes. Não se observam pesquisas que objetivem um olhar mais atento a essa relação (equipe de saúde e pacientes), e como o papel dos primeiros podem influenciar no enfrentamento de doenças e de terminalidade.

O trabalho proposto se torna relevante à medida que possibilita que a equipe multiprofissional reflita o seu papel, enquanto profissional de saúde no tratamento e desenvolvimento de estratégias de *Coping* junto a pacientes internados em setores de cuidados paliativos.

IV. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Analisar a compreensão dos profissionais de saúde sobre a sua atuação junto aos pacientes no desenvolvimento de estratégias de *Coping*.

Objetivos específicos

- *Identificar* a compreensão dos profissionais da equipe de saúde sobre estratégias de *Coping*.
- *Identificar* as ações utilizadas pelos profissionais da equipe de saúde para o desenvolvimento de estratégias de *Coping* em pacientes internados no setor de cuidados paliativos.
- *Analisar* a compreensão dos profissionais da equipe de saúde sobre o seu papel no acompanhamento a pacientes em cuidados paliativos.

V. MÉTODOS

5.1 – Desenho do estudo:

A presente pesquisa enquadra-se como um estudo observacional de corte transversal, a partir do método qualitativo. A pesquisa qualitativa tem como objeto estudar o significado que os sujeitos dão aos fenômenos. Trabalhar qualitativamente implica entender os sentidos e as significações que uma pessoa atribui a situações em foco (Turato, 2003). E isto, estudando as múltiplas percepções do fenômeno tal como experimentado por diferentes pessoas (Frankel & Wallen, 2009). Assim, a busca é por identificar, perceber e compreender a essência da experiência humana em relação a um determinado fenômeno (Frankel & Wallen, 2009). Que no caso específico da presente pesquisa diz respeito à compreensão dos profissionais de equipe multiprofissional de saúde de um setor de cuidados paliativos sobre a sua atuação junto aos pacientes no desenvolvimento de estratégias de coping.

5.2 – Local do estudo:

O estudo foi realizado no setor de cuidados paliativos no Hospital Pedro II, do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, localizado na Rua dos Coelhos, 300, Boa Vista, Recife.

5.3 – Período do estudo:

A pesquisa foi desenvolvida no período de Outubro de 2014 a Julho de 2015. O início da coleta dos dados ocorreu após a aprovação do CEP/FPS.

5.4 – População do Estudo:

A população consistiu em 11 profissionais da equipe multiprofissional de saúde alocados nos serviços do setor de cuidados paliativos do Hospital Pedro II – IMIP.

5.5 – Amostra:

Foram totalizadas na pesquisa 11 entrevistas, com idades entre 27 e 55 anos, sendo o tempo de serviço entre 6 meses e 4 anos utilizando-se o critério de saturação. Entretanto uma das transcrições ficou com o áudio comprometido devido à acústica da sala e das interrupções de outros profissionais.

5.6 – Critérios e procedimentos para seleção dos participantes:

5.6.1 – Critérios de Inclusão

Como critérios de inclusão têm-se: Profissionais da equipe multiprofissional de saúde do setor de cuidados paliativos do Hospital Pedro II – IMIP, de ambos os sexos, de qualquer faixa etária, que concordem em participar do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1), variando em anos de prática. Os mesmos devem estar exercendo plenamente suas atividades profissionais durante o período da pesquisa.

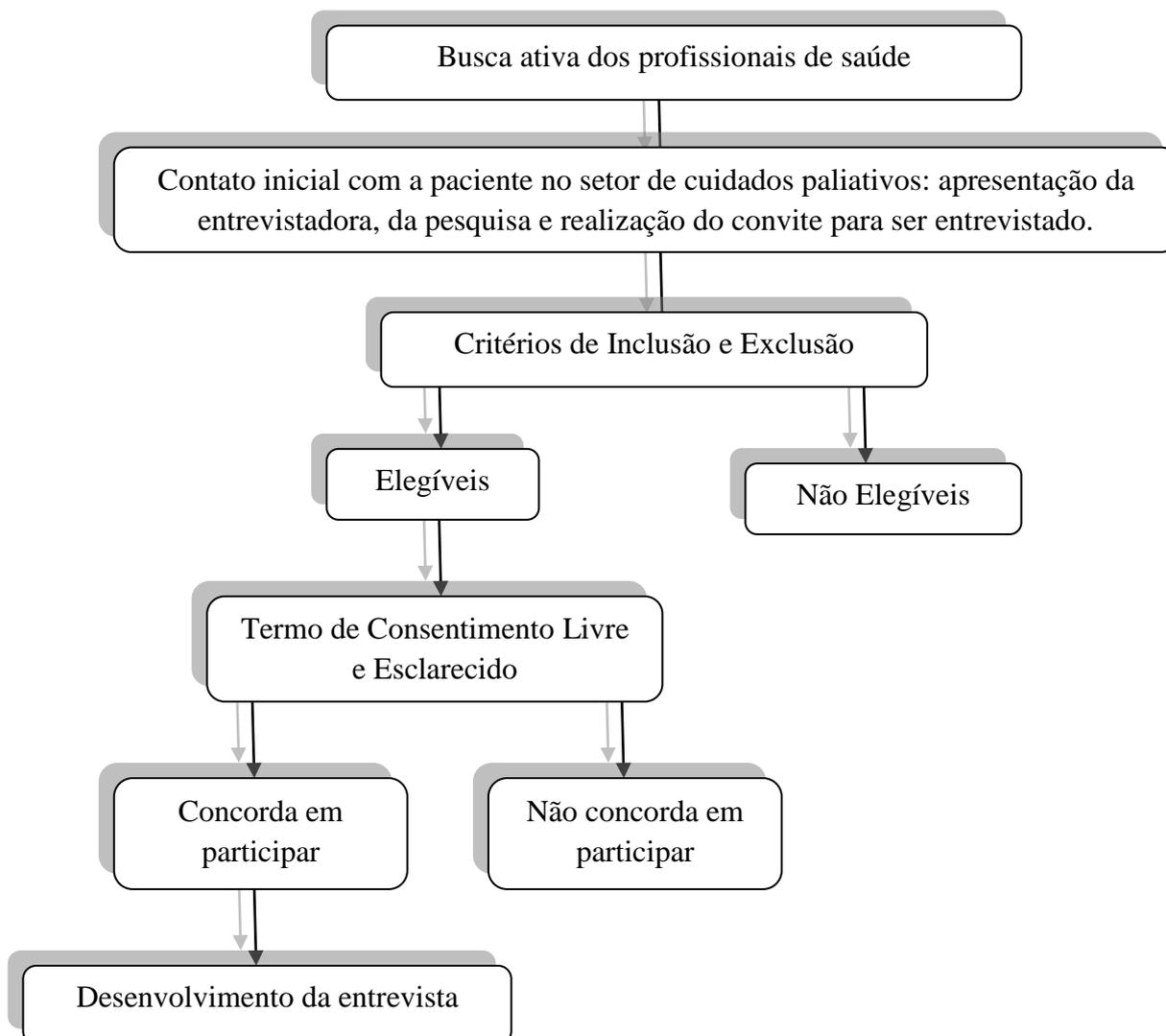
5.6.2 – Critérios de Exclusão:

Dentre os critérios de exclusão encontram-se: Profissionais de saúde que não fazem parte da equipe multiprofissional e não atuam diretamente no setor de cuidado paliativos do Hospital Pedro II – IMIP, profissionais que se encontram em licença médica; bem como aqueles critérios que não se enquadram nos critérios de inclusão acima descritos.

5.6.3 – Procedimentos para captação e acompanhamento dos participantes:

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora do estudo que entrou em contato com os profissionais da equipe multiprofissional de saúde em um turno semanal destinado à coleta de dados. A coleta só iniciou após a liberação da pesquisa pelo CEP/FPS e com anuência da coordenação do setor de cuidados paliativos do Hospital Pedro II – IMIP. Já em contato inicial com os profissionais da equipe multiprofissional de saúde, houve apresentação da entrevistadora e esclarecimento sobre a pesquisa, assim como a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Com o consentimento do participante, realizou-se a entrevista em um ambiente mais reservado da instituição.

5.7 – Fluxograma de captação e acompanhamento das participantes:



5.8 – Critérios para Descontinuação do Estudo:

Será desligado do estudo o participante que se negar a continuar participando da pesquisa, ou que não concorde com os procedimentos adotados.

5.9 – Coleta de Dados:

5.9.1 – Instrumentos de coleta de dados:

Com o intuito de alcançar os objetivos da pesquisa uma *entrevista semi-estruturada* (Frankel & Wallen, 2005) foi realizada individualmente com os profissionais da equipe multiprofissional de saúde do setor de cuidados paliativos do Hospital Pedro II – IMIP. A entrevista tem como objetivo compreender em profundidade como estes profissionais de saúde compreendem sua atuação junto aos pacientes em cuidados paliativos. Assim, os profissionais da equipe multiprofissional de saúde foram convidados a compartilhar suas experiências em acompanhamento aos pacientes internados no setor de cuidados paliativos tendo em vista o desenvolvimento de estratégias de coping.

A entrevista obteve a seguinte pergunta disparadora: Como você entende sua atuação enquanto profissional de saúde no desenvolvimento de estratégias de coping em pacientes de cuidados paliativos? Seguido por algumas questões norteadoras: 1. O que você entende por estratégias de coping? 2. Como você entende o seu papel e o da equipe multiprofissional de saúde no acompanhamento dos pacientes em cuidados paliativos? 3. Quais as ações ou posturas da equipe de saúde você identifica que auxiliam o paciente no lidar com a doença e a terminalidade?

5.10 – Processamento e análise dos dados:

5.10.1 – Processamento dos dados:

Os participantes foram identificados por nomes fictícios de modo a preservar o sigilo de sua participação. As transcrições foram realizadas de modo fidedigno, preservando as pontuações, pausas e falas dos voluntários.

5.10.2 – Análise dos dados:

Os dados qualitativos foram analisados indutivamente através da análise temática de conteúdo. Este é um método que tem grande aplicabilidade e extremamente importante na análise de dados das entrevistas individuais.

A análise qualitativa de conteúdo contou com as seguintes fases após a transcrição do material coletado: a. *leitura flutuante* para compreensão global do conteúdo e início de familiarização com este; b. *seleção das unidades de análise* a qual será norteada pelos objetivos propostos pela pesquisa; c. *processo de categorização e sub-categorização* como forma de agregar temas que apresentem similaridades e possam transmitir significados e conhecimentos relativos à pesquisa⁸. Para compreensão das categorias elencadas e discussão dos dados, foi utilizado o referencial teórico da Psicologia da Saúde.

No intuito de garantir maior confiabilidade ao estudo, contou com a participação de dois especialistas para formular as categorias a serem analisadas.

5.11 – Aspectos Éticos:

O estudo em questão está de acordo com as normas e orientações da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), vide

aprovação do CAAE, nº . A coleta de dados foi iniciada após o parecer positivo deste e da liberação da coordenação do Setor de Cuidados Paliativos. Outros cuidados necessários para assegurar o sigilo dos participantes foram realizados, como por exemplo, a preservação de suas identidades.

Sobre os efeitos benéficos da pesquisa, pode-se apontar a colaboração para o aperfeiçoamento da prática profissional da equipe de saúde na assistência aos pacientes em cuidados paliativos principalmente no que diz respeito ao auxílio no desenvolvimento de estratégias de *Coping* dos pacientes.

5.11.1 – Consentimento Livre e Esclarecido:

Houve a apresentação aos participantes sobre os objetivos, procedimentos e possíveis desconfortos relacionados à pesquisa, assim como esclarecimentos de possíveis dúvidas. Em sequência, foi solicitada a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – em duas vias, uma ficou na posse da pesquisadora e outra para a voluntária. O documento apresentou uma linguagem clara e acessível. Também foi comunicado ao voluntário que poderá desistir de sua participação em qualquer etapa da pesquisa.

5.12 – Conflito de interesses:

Não se verifica nenhum conflito de interesse na execução desta pesquisa, seja por parte do pesquisador, dos especialistas ou outros colaboradores.

VI. ORÇAMENTO

Título do Projeto: A compreensão da equipe de saúde sobre o seu papel no desenvolvimento de estratégias de Coping em pacientes de cuidados paliativos.

Os custos da pesquisa foram arcados pela pesquisadora responsável, conforme lista descrita abaixo:

Item	Descrição (Bem de consumo)	Quant.	R\$ (unid.)	R\$ (total)
1	Resma de papel A4, 75g/m ²	05	R\$ 12,00	R\$ 60,00
2	Caneta esferográfica	03	R\$ 0,80	R\$ 2,40
3	Cartucho de tinta p/ impressora (preta)	03	R\$ 40,00	R\$ 120,00
4	Cartucho de tinta p/ impressora(colorida)	01	R\$ 40,00	R\$ 40,00
5	Pasta classificadora	06	R\$ 3,00	R\$ 18,00
6	Prancheta de apoio	02	R\$ 5,00	R\$ 10,00
7	Custos com transporte/combustível	-	-	R\$ 100,00
8	Custos com fotocópia	-	-	R\$100,00
				R\$ 450,40

VIII. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados deste trabalho serão apresentados em formato de artigo para a Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, conforme norma estabelecida pela Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).

EQUIPE DE SAÚDE, DESENVOLVIMENTO DE ESTRATÉGIAS DE *COPING* E PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS.

RESUMO

O presente artigo objetivou, por meio do estudo de natureza qualitativa, analisar a compreensão dos profissionais de saúde sobre a sua atuação e o seu papel no desenvolvimento de estratégias de *Coping* em pacientes de cuidados paliativos. Optou-se por utilizar o termo no original em inglês por abarcar maior quantidade de significados (lidar com, confronto ou enfrentamento). Entrevistas semidirigidas foram realizadas individualmente com dez profissionais da equipe de saúde do setor de cuidados paliativos de um hospital-escola de Pernambuco. Os conteúdos foram analisados a partir da análise temática, suscitando os seguintes temas: Cuidados Paliativos, Equipe de Saúde e Estratégias de *Coping*. A falta de preparo para lidar com a morte e a necessidade de apoio psicológico são apresentadas como forma de problematizar a assistência e os cuidados oferecidos ao paciente, os quais estão relacionados às possibilidades dos setores e às restrições pessoais. Apesar disso, o estudo evidencia a preocupação por parte dos participantes em melhorar o atendimento com o paciente acometido de doença crônico-degenerativa, procurando proporcionar uma melhor qualidade de vida e cuidado integral. Por fim, os resultados evidenciam

ainda o pouco conhecimento por parte dos profissionais sobre as estratégias de *Coping* e as formas de desenvolvê-las em pacientes de cuidados paliativos.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Estratégias de Coping; Equipe de Saúde.

INTRODUÇÃO

No Brasil, foram identificados catorze serviços de cuidados paliativos. Esses serviços funcionam de forma isolada, sem políticas estruturadas e com pouco intercâmbio entre eles (Figueiredo, 2008). Alguns dos fatores que contribuem para isso são a falta de comunicação entre as diversas atividades em cuidados paliativos e o pouco investimento das faculdades brasileiras em proporcionar os recursos necessários para que se formem profissionais especializados nas práticas de cuidado paliativos. Com relação aos demais países, no Brasil, quantidade e a qualidade dos serviços oferecidos ainda se encontram escassos em sua maioria, contudo, nota-se a progressão desde a oficialização de seu conceito em 1982.

Os cuidados paliativos é a expressão designativa da atenção prestada por uma equipe multidisciplinar a partir do diagnóstico aos pacientes com doenças crônico-degenerativas, que se encontram fora de possibilidade de cura. Os princípios dos cuidados paliativos têm por objetivo promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis, afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida, não acelerar e nem adiar a morte, integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente.

O tratamento paliativo pode também oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível até o momento da morte, assim como um sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do

paciente e o luto, através de uma abordagem multiprofissional para focar nas necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto. Faz parte dos cuidados paliativos proporcionar uma melhor qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença devendo ser iniciado o mais precocemente possível, mesmo quando outras medidas de prolongamento da vida, tais como quimioterapia e radioterapia, ainda estão sendo usadas. Deve incluir, também, todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes (CREMESP, 2009).

A equipe de saúde no contexto paliativo é caracterizada por sua atuação multiprofissional, porém requer ao mesmo tempo planejamento interdisciplinar, visto que a sua função implica o alívio de sintomas e o alívio do sofrimento humano. Dentre os profissionais que fazem parte da equipe de saúde estão o médico, o enfermeiro, o assistente social, o psicólogo, o nutricionista, o fisioterapeuta, o fonoaudiólogo, o terapeuta ocupacional, entre outros (Peçanha, 2008).

Para que haja a eficácia necessária do trabalho da equipe, existem princípios que são fundamentais, entre eles está consenso e clareza nos objetivos e estratégias propostos, reconhecimento da contribuição pessoal específica de cada membro da equipe e distribuição de tarefas, competência de cada membro de sua área e uma comunicação efetiva entre eles, o que é de fundamental importância, por exemplo, no controle da dor, considerada como multidimensional, assim como outros sintomas; coordenação competente e apropriada para a estrutura e função da equipe, procedimentos para avaliação da efetividade e qualidade dos esforços da equipe e facilitação do processo de luto não só para a família e amigos do paciente, mas também para os membros da equipe (Peçanha, 2008).

Tratando-se da comunicação entre a equipe de saúde, o paciente e os seus familiares nos Cuidados Paliativos, convém que esta se desenvolva qualitativamente. O diagnóstico em questão traz consigo a não possibilidade de cura, fazendo com que a equipe se mobilize, principalmente, para o alívio do sofrimento físico e psicológico. No entanto, essa tarefa se torna complexa à medida que os profissionais de saúde, ao longo do tempo, estiveram em contato com a doença e tinham como objetivo a cura. Não obstante, em cuidados paliativos, é fundamental que a comunicação seja honesta e completa. E que também se criem estratégias específicas que facilitem o encontro terapêutico, proporcionando suporte emocional para o paciente e a família. Uma boa comunicação implica no uso de uma linguagem acessível, acolhimento profissional, um ambiente favorável, respeito e nas habilidades de escuta, etc (Peçanha, 2008).

A melhoria da comunicação só pôde ser realizada a partir da promoção da saúde, resultado do paradigma salutogênico. Por paradigma salutogênico podemos entender, segundo Nunes (1997), que foi desenvolvido por Antonovsky em 1987 (Turato, 2003). A partir de seu surgimento se deu a propagação da promoção da saúde, opondo-se ao paradigma patogênico. O paradigma salutogênico diz respeito a uma cultura do desenvolvimento individual e organizacional, que procura compreender como é que o indivíduo realiza as suas potencialidades de saúde e responde positivamente às exigências (físicas, biológicas, psicológicas e sociais) de um ambiente em constante mutação (Turato, 2003).

Nesse sentido, o processo de enfrentamento do paciente na trajetória da doença vai depender do seu contexto. Na fase terminal, o sujeito poderá ter esperança de viver qualitativamente no momento presente. A função das estratégias de enfrentamento está associada à forma pela qual o paciente irá buscar o bem-estar dentro de seu contexto. Segundo Cohen e Lazarus (1979), as estratégias de enfrentamento podem ser

classificadas de acordo com cinco situações gerais: a busca de informação, que visa à obtenção de subsídios relevantes para resolver o problema ou regular a emoção; a ação direta, que objetiva resolver o problema propriamente dito; a inibição da ação, que tem como propósito conter ações consideradas perigosas pelas pessoas; os esforços intrapsíquicos, que permitem negar o problema ou esquivar-se dele tendo como objetivo a regulação das emoções diante da ameaça representada pela questão; e a busca do outro, uma estratégia que tem por objetivo utilizar o apoio social, reconhecendo sua importância para a resolução do problema (Frankel & Wallen, 2009).

As estratégias tornam-se importantes e necessárias não só para o paciente, mas também para os amigos e os familiares, uma vez que a doença possibilita alterações físicas e psicológicas, podendo gerar um fator de estresse ambiental e psicofísico.

É de grande importância que a equipe de profissionais de saúde compreenda o seu papel, visto que há a possibilidade de refletirem enquanto profissionais de saúde no tratamento e desenvolvimento de estratégias de *coping* junto a pacientes internados em setores de cuidados paliativos. Desse modo, a problemática desta é: “Investigar como a equipe de profissionais de saúde de um setor de cuidados paliativos compreende seu papel junto aos pacientes no desenvolvimento de estratégias de *Coping*?”.

MÉTODOS

Este estudo teve como objetivo compreender a visão dos profissionais da equipe multiprofissional de saúde acerca do seu papel no desenvolvimento de estratégias de *Coping* em pacientes de Cuidados Paliativos, a partir da metodologia de natureza qualitativa por meio de um estudo observacional de corte transversal. Optou-se por este método no intuito de identificar os diferentes significados, valores e crenças de cada

participante acerca do fenômeno estudado, a partir dos contatos direto e interativo (Neves, 1996).

O estudo foi desenvolvido em um hospital-escola de referência da cidade do Recife, Pernambuco, através de entrevistas individuais semiestruturadas, com uma pergunta disparadora, a saber: Como você entende sua atuação, enquanto profissional de saúde, no desenvolvimento de estratégias de *Coping* em pacientes de cuidados paliativos? A esta questão, seguiam-se três questões norteadoras: O que você entende por estratégias de *Coping*? Como você entende o seu papel e o da equipe multiprofissional de saúde no acompanhamento dos pacientes em cuidados paliativos? E, por fim, quais as ações e posturas da equipe de saúde você identifica que auxiliam o paciente a lidar com a terminalidade?

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, foi iniciada a coleta de dados no local de atuação dos profissionais na referida instituição, pelo autor e colaborador da pesquisa, com a utilização do roteiro de entrevista, caneta e dispositivo móvel. As entrevistas foram realizadas em uma sala reservada e, quando essa não estava disponível, ocorreram nas demais instalações do próprio setor. A duração obteve em média 15 minutos, com ambiente vulnerável a ruídos externos e interrupções de outros profissionais da equipe e do telefone. Os participantes se disponibilizaram a participar da pesquisa a convite do entrevistador, após este último colher informações a respeito dos horários de trabalho de alguns membros da equipe multiprofissional dos cuidados paliativos. Antes de iniciar as entrevistas, o termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido e assinado pelo profissional afirmando plena consciência dos objetivos e procedimentos da pesquisa como também permitindo a gravação do relato para a obtenção de maior fidedignidade.

No total foram realizadas 11 entrevistas. Todavia, devido à acústica do ambiente e à interrupção de outros profissionais, uma teve o áudio comprometido, dificultando a sua transcrição e precisando ser descartada.

Para a análise de dados, os relatos foram guardados em um espaço de segurança e categorizados de forma que facilitasse a sua leitura, protegendo a identidade dos participantes. Após a transcrição, iniciou-se a análise qualitativa de conteúdo tendo como primeira etapa a leitura flutuante. Nesta etapa foram feitas anotações das primeiras percepções sobre os sentidos e significados atribuídos pelos sujeitos acerca do fenômeno estudado. Em seguida, foi realizada a seleção das unidades de análise, cujos pontos de destaque foram utilizados como guia para a última fase, denominada de categorização e subcategorização, que trata de identificar categorias e, por meio dela, temas que possam relacionar-se com o objetivo em questão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

A partir da análise temática de conteúdo surgiram três temas: 1. Cuidados Paliativos; 2. Equipe de Saúde; 3. Estratégias de *Coping*.

Cuidados Paliativos: Morte, Desejo e Qualidade de Vida.

Apesar de a morte fazer parte do desenvolvimento humano, este conceito é definido por uma rede de sentidos socialmente construída a qual determina, até certo ponto, nossa compreensão a seu respeito (Kovács, 2005). Logo, a morte enquanto conceito pode ser entendido como um constructo social. Ou seja, trata-se de uma produção sociocultural e reflete os valores em voga nos discursos vigentes de uma determinada época.

Partindo do paradigma patogênico, e baseado no modelo biomédico, a morte no ocidente foi por um longo período vista como algo a ser evitado, por fomentar sentimentos de terror, impotência e desespero diante do confronto indesejável com o desconhecido (Novaes, 2007; Schliemann, 2009; Kovács, 2009; Cassorla, 2009; Kovács, 2009). Neste modelo, as doenças advêm do exterior do corpo ou têm origem em mudanças físicas internas involuntárias, as quais estão fora do controle do sujeito, funcionando independente dele. Por isso, caberia ao médico a responsabilidade pelo tratamento e cura destes males. A morte seria, pois, o não alcance deste objetivo de cura logo compreendida como um fracasso a todas as tentativas de tratamento e terapêuticas.

Em contrapartida, o paradigma salutogênico, e o modelo biopsicossocial de saúde, problematiza esse olhar sobre a relação saúde-doença, a terapêutica e o tipo de tratamento, assim como a morte. Neste modelo, a doença seria multicausal e determinada não apenas por agentes externos. Ao contrário, seria vista como um sistema complexo resultante de uma multiplicidade de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Neste sentido, a responsabilidade pela terapêutica não caberia apenas ao médico devendo ser a pessoa vista e tratada de forma integral; agora não mais percebida como uma vítima passiva de agentes externos. A morte aqui ocupa outro lugar no desenvolvimento do humano deixando de ser encarada como fracasso. Tendo em mente que estes paradigmas e modelos de saúde são a base para a educação dos profissionais que virão a ocupar cargos e atuar na assistência junto aos pacientes, faz-se mister problematizar os paradigmas e modelos prevalecentes e as visões encontradas acerca da morte.

No presente estudo, a enfermagem de cuidados paliativos é adjetivada neste sentido; como um local onde os pacientes entram sabendo que vão morrer. Desse modo, alguns profissionais, ao narrarem suas experiências na assistência, sinalizam que

percebem o setor e a enfermagem de cuidados paliativos como um lugar de morte. Eles refletem acerca das repercussões desse local sobre o profissional e, principalmente, sobre o paciente.

É complicado porque muitos dizem logo: “Eu tô aqui, eu sei que vou morrer” [...] Eles entram sabendo: “É aí que eu vou morrer?”. Já teve um que chegou pra mim dizendo: “É aqui que eu vou pegar o passaporte?”. Fiquei sem entender. Ele disse: “O passaporte”. Eu disse... Eu pensei que ele tivesse desorientado, mas ele tava consciente e orientado. “Pra onde? O senhor viaja?”. Aí ele disse: “Não. Eu sei que isso aqui é o paliativo. O passaporte para morte” (E1, Enfermeira, 38).

Ainda hoje é comum a associação dos termos cuidados paliativos e morte. Todavia, o cuidado paliativo tem como princípio promover a qualidade de vida, o resgate da autonomia e a dignidade da vida e no processo de morrer. Para isso, é necessário levar em conta o desejo do paciente, uma vez que este não se resume ao seu estado de terminalidade. Segundo Kovács (2009, p. 4), “O resgate desse desejo favorece uma significação desta vida, mesmo nos seus momentos finais. Não estamos propondo que se adivinhem os desejos do paciente, às vezes usando como referência nossos próprios, mas sim escutá-los atentamente.”. Os desejos podem variar entre o cuidado com o próprio corpo, a presença de pessoas, ou alguma atividade ao alcance de quem está próximo.

[...] isso é uma coisa que me preocupa muito, que as pessoas pensem: paliativo é só levar o paciente a praia, é casar o paciente, é levar pra lancha no Mc Donald; não é só isso. Pode ser isso também, mas é muito além. É considerar aquele paciente que ainda tem desejos, aquele

paciente que quer encontrar um sentido para morrer (E9, Psicóloga, 24 anos).

É emblemática a fala dessa participante, principalmente no que tange a compreensão do paciente como um ser de desejos, e os cuidados paliativos como uma possibilidade de ressignificação e produção de novos sentidos. Não obstante, percebe-se ainda a tendência ao enfatizar a morte sobre a vida, quando esta diz: “sentido para morrer”. Ao contrário, podemos pensar em como os cuidados paliativos e as questões impostas por esse tempo vivido pelo paciente proporciona a busca de sentido à vida que a morte pode oferecer (Kovács, 2005). E, aqui, entra em questão a qualidade de vida vivida no tempo de terminalidade.

A Organização Mundial de Saúde (1995 como citado em Fleck, 2000, p. 34) define qualidade de vida como “a percepção individual de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais se vive em relação aos objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. É, pois, este um conceito complexo, uma vez que abarca os sentidos e significados que as pessoas possam vir a empregar, partindo de sua perspectiva de vida. No presente estudo, pôde-se perceber a compreensão dos profissionais da equipe de saúde sobre os cuidados paliativos como sendo uma ação voltada para o alívio de dor, tratamento de sintomas e qualidade de vida.

[...] aliviar eu acho que é o objetivo principal; é aliviar a dor e aliviar o sofrimento, e melhorar a qualidade de vida (E2, Nutricionista, 32 anos).

De acordo com Cicely Saunders (1965) a dor assume um sentido amplo à medida que é vivenciada de diferentes maneiras, devendo ser compreendida na interface e indissociabilidade dos aspectos emocionais (medo, ansiedade, depressão), aspectos

sociais (dependência de outros, dor da separação, necessidades psicossociais e sexuais, dependência financeira) e os aspectos espirituais (falta de sentido de vida e de morte, religiosidade). Aliados a esses aspectos, há ainda os aspectos somáticos, relacionados à própria doença ou às outras doenças prévias associadas (Carvalho & Parsons, 2009). Desse modo, ao reportarmo-nos à necessidade de se estar atento à qualidade de vida de pacientes em cuidados paliativos, faz-se necessário ter como premissa a dor total e não apenas a dor física.

[...] Doenças crônicas que não tem possibilidade curativa, né, mas sim possibilidade de um tratamento de conforto, de um tratamento de controle de sintomas, controle de dor, e também de preparação para a morte, por que não? (E9, Psicóloga, 24 anos)

No entanto, é importante ter em mente que as medidas terapêuticas propostas para favorecer o prolongamento da vida podem, por sua vez, significar o aumento do sofrimento do paciente, assim como de sua família. E, nesse sentido, a equipe multiprofissional precisa estar preparada não apenas para colher informações sobre os problemas de saúde e tratar dos sintomas da doença. Antes, partindo do modelo biopsicossocial, o foco destes cuidados deve residir na integralidade da assistência ao paciente e à família, considerando não só a doença, mas a história e os sentimentos deles (Schliemann, 2009). Como podemos ver na fala que segue:

[...] É a preocupação de não ver o paciente como um “CA” de vesícula: “não, ele é seu José, que trabalhou fazendo isso, que tem tantos filhos, e reside no interior tal, que gostava de fazer aquilo e que hoje ele não tá podendo [...] A particularidade do sujeito mesmo e não de um CID, entendesse? (E6, Assistente Social, 28 anos).

Como a equipe de saúde poderá proporcionar qualidade de vida ao paciente de cuidados paliativos se houver a desintegração do sujeito perante a doença? Para esse fim, cabe à equipe reconhecer a pessoa dentro de um contexto social, cultural e espiritual. Daí a importância de se trabalhar de forma interdisciplinar, pois cada profissional adquire informações no decorrer de sua atuação, precisando ser compartilhada posteriormente de forma que possa ajudá-lo na assistência, assim como em seu modo de viver (Carvalho & Parsons, 2009). Em contrapartida, essa tarefa é tomada como um desafio, levando-se em conta que as práticas educacionais nos cursos de graduação em saúde, tradicionalmente, partem da perspectiva biomédica e do modelo patogênico levando os estudantes a aprenderem a trabalhar focados no corpo orgânico dissociando esse de seu ciclo de vida e, por conseguinte, da morte. Nesses espaços, comumente, a temática morte ainda é pouco abordada e, quando é feita, há uma preponderância de um olhar de erro e fracasso (Schliemann, 2009). A morte, assim, estaria interdita nestes espaços considerados como espaços de vida. Todavia, segundo Kovács (2005), ao tratarmos o tema morte, estamos falando de vida e, ao falarmos da morte como pertencente à vida, a qualidade desta seria revista e os profissionais preparados para saber como lidar com seus desafios na assistência em saúde.

Equipe de Saúde

Apesar dos esforços de ações e técnicas para o prolongamento da vida, o hospital é um local onde constantemente a morte se faz presente desencadeando uma série de sensações em todos que a presenciam. A equipe de saúde pode vir a experimentar sentimentos de fracasso e impotência profissional, além de se confrontar com a própria finitude. Por isso, faz-se importante uma educação que contemple a morte como pertencente ao ciclo de vida e o desenvolvimento humano durante a formação e o

exercício profissional (Kovács, 2009). Ao nos referirmos à educação para a morte, concordamos com a perspectiva de Kovács, a qual explica ser esta um processo de desenvolvimento pessoal, de aperfeiçoamento e de cultivo do ser que extrapola os espaços acadêmicos. A ideia de educação para a morte, pois, não se enquadra em padrões de informação, receitas prontas, nem tampouco doutrinação. Antes, diz da busca pessoal por significados para a própria vida que a morte pode oferecer (Kovács, 2005). Sobre como os profissionais da equipe de saúde lidam com a morte no exercício cotidiano da assistência em cuidados paliativos, a maioria relatou não saber lidar e a falta de preparo durante a graduação:

Eu acredito que, particularmente, eu não tive esse preparo antes de chegar aqui, de como enfrentar. A gente acaba fazendo um curso ou outro, assistindo algumas aulas; mas, eu acho que o que mais ajuda a gente enfrentar a condição, saber lidar com esses pacientes, saber entender da melhor forma, é mesmo a prática (E3, Fisioterapeuta, 30 anos).

É que não tem como falar em cuidado paliativo sem a gente falar sobre morte e morrer... e eu acho que isso é o maior desafio. Principalmente nós, enquanto profissionais de saúde, ao lidar com o paciente [...] Atualmente, poucos são aqueles que exploram a temática da morte e do morrer, e eu vejo isso como uma limitação para que o serviço seja prestado no contexto de cuidado paliativo (E9, Psicóloga, 24 anos).

Com o avanço das tecnologias médica, diagnósticos e tratamentos cada vez mais sofisticados, a morte passou a ser o contrassenso deste progresso. Durante os séculos 20

e 21, o tema morte tornou-se interdito e banido da comunicação entre as pessoas, transformando-se em tabu (Àries In Kovács, 2005). Em contrapartida, a morte nunca esteve tão presente. Esta se faz cada vez mais próxima às pessoas devido à transmissão diária dos meios de comunicação das centenas de casos e cenas de violência urbana, acidentes e doenças. Convive-se, assim, ao mesmo tempo com a morte interdita e a morte escancarada (Kovács, 2010). Desse modo, como exposto pela participante, a falta de espaços para se falar sobre a morte pode vir a ser uma limitação na atuação dos profissionais de saúde em exercício no setor de cuidados paliativos tanto no que concerne ao desenvolvimento de estratégias de *Coping* dos pacientes, como no desenvolvimento de estratégias assistenciais e de *coping* por parte dos próprios profissionais. Fica evidente, no presente estudo, a compreensão da morte como um desafio a ser enfrentado. Desafio este apresentado por outra participante como demanda para o fornecimento de suporte emocional aos profissionais de saúde.

[...] Aqui é um setor que, como a gente lida com a morte, muito com a morte, a gente tinha que ter acompanhamento psicológico (E1, Enfermeira, 38).

Segundo Kovács (2010), uma das tarefas dos profissionais de cuidados paliativos é tornar a morte interdita e negada em um evento socialmente aceito. Ela, porém, não se apresenta como uma tarefa simples exigindo preparo amplo relacionado à morte e ao morrer, e isso a partir de sua forma pessoal de lidar com dor e perdas. Em contato com o sofrimento nas suas diversas dimensões, o cuidador profissional vivencia conflitos sobre como se posicionar frente à dor ocasionada pela morte e processo de morrer, que nem sempre consegue aliviar. Por não saber lidar com tais questões, e diante dos possíveis sentimentos de impotência, frustração e revolta, vivenciados frente

às diversas situações ocorridas na enfermagem de cuidados paliativos, alguns profissionais de saúde podem vir a criar mecanismos de defesa, termo psicanalítico, pelo qual o inconsciente utiliza estratégias para proteger a mente de ideias, fatos e sentimentos que o façam sofrer, requerendo, assim, atenção e cuidados consigo mesmo (Cassorla, 2009). Há a necessidade, tal como acima apresentada pela participante, de se elaborarem as emoções vivenciadas pelas perdas dos pacientes; o que é mais penoso quando morrem aqueles com quem se estabeleceram vínculos mais intensos. Saber lidar com as emoções que emergem do encontro com o paciente em cuidados paliativos e, posteriormente, com sua perda, faz-se imprescindível para o desenvolvimento de relações de cuidado mais humanizadas e apresenta-se como a base para a vinculação terapêutica (Liberato & Carvalho, 2008).

[...] apesar da gente não confundir a questão de paciente e profissional, mas a gente acaba tendo um vínculo um pouco maior [...] a gente acaba conhecendo um pouco a vida do paciente mais do que os outros profissionais e acaba tendo um pouco mais de dificuldade pra saber separar. Quando a gente já tem certa experiência, a gente consegue separar esse profissional do pessoal sem problemas (E3, Fisioterapeuta, 30 anos).

O vínculo profissional-paciente envolve fatores como expectativa na equipe, comunicação, relação de empatia, segurança, reações e sensações de impotência e culpa (Ortolan & Gaspar, 2013). Não existe prática clínica em cuidados paliativos sem o contato e o estabelecimento de vínculo humano estruturados no interesse e sentimentos de empatia pela pessoa humana (Liberato & Carvalho, 2008). Quanto à vinculação com os pacientes, diferentes experiências foram relatadas sobre como esta ocorre dentro do

setor de cuidados paliativos em detrimento das seguintes razões: falta de preparo para lidar com a morte, acompanhamento do paciente desde o início do tratamento, conhecimento acerca da história do paciente, pouco ou excessivo contato com ele. Há experiências de dificuldades de se desvincularem de pacientes, devido à intensidade do laço estabelecido; assim como exemplos de experiências de dificuldades em criar vínculos devido ao pouco tempo de vida dos pacientes:

Eu tenho essa dificuldade de desenvolver isso aqui, porque é muito pouco tempo, você não consegue criar um vínculo com o paciente [...]
(E7, Dentista, 31 anos).

Um dos principais fatores para a vinculação saudável entre o paciente e os profissionais de saúde é a comunicação. A comunicação é uma habilidade que compreende o campo das relações humanas, a qual pode e deve ser aprimorada ao longo do percurso profissional, compreendendo o uso de dois tipos de linguagem: a verbal e a não verbal. Estas se fazem imprescindíveis quando se refere aos cuidados paliativos, visto que pacientes em condições de terminalidade demandam mais da equipe multiprofissional (Souza & Saran, 2012). Referida por uma participante como um ponto que precisa ser trabalhado, a comunicação não consiste exclusivamente em fornecer informações de forma concisa, mas requer principalmente saber escutar e acolher as demandas e sofrimentos do paciente, seus familiares e cuidadores. A comunicação também compõe uma estratégia de *Coping* e possibilita, quando bem estabelecida, a vinculação terapêutica (Souza & Saran, 2012).

Sobre a forma de atuação assistencial em equipe no setor de cuidados paliativos, pode-se observar que essa é muitas vezes compreendida como um diferencial por trabalhar em um contexto possibilitador da interdisciplinaridade e, por vezes, da

transdisciplinaridade. Todavia, faz-se imprescindível a distinção teórico-conceitual desses termos e de suas repercussões sobre a dimensão prática, utilizando, de maneira correta, cada um dos termos para não se correr o risco de cair no senso comum. Angerami-Camon (2000 como citado em Tavares, Vendrúscolo, Kostulsk & Gonçalves, s. d.) esclarece essa distinção explicando que, nas equipes multidisciplinares, os profissionais trabalham de forma independente, focados em suas especializações terapêuticas sem, necessariamente, apresentar falta de atendimento humanizado. Já na interdisciplinaridade, a equipe de saúde trabalha a partir de um funcionamento uniforme e colaborativo, cujas disciplinas e áreas de especialização interagem assim como seus membros entre si em busca de melhorias conjuntas para o paciente. E, na transdisciplinaridade, vai-se além das restrições da equipe multidisciplinar, havendo uma comunicação entre diferentes ciências e disciplinas, integrando-se em prol de um objetivo em comum. Nessas, alguns papéis e atribuições são transpostas e compartilhadas. Vale ainda ressaltar que se pode estar inserido em uma equipe multiprofissional de saúde – composta por especialistas de diferentes áreas – e atuar de forma interdisciplinar ou transdisciplinar.

Então, a equipe toda, a gente tem sempre uma vez por semana reuniões, onde a gente discute cada caso de cada paciente. Não só o caso clínico dele em si, a gente discute a história de vida, a história social [...] (E3, Fisioterapeuta, 30 anos).

[...] Por isso que não se concebe fazer cuidados paliativos sem uma equipe multiprofissional; porque cada profissional da equipe tem um valor enorme (E11, Médica, 47 anos).

Como pontuado por esses dois registros, os cuidados paliativos são compostos de uma equipe multiprofissional, podendo vir a trabalhar em uma perspectiva interdisciplinar; o que também implica dizer que se trata de um conjunto de atos multiprofissionais, com ações terapêuticas em conjunto e consonância, no qual o paciente é acompanhado desde o diagnóstico, assim como, após o seu processo de morte junto à família (Carvalho & Parsons, 2012). Não há mais o objetivo de curar o paciente, mas de cuidar dele. Ou seja, não há mais investimento por parte dos profissionais em salvá-lo, mas sim de aceitar a morte enquanto condição humana (Ortolan & Gaspar, 2013). Trabalhar em equipe requer investir em elementos como consenso e clareza nos objetivos propostos, reconhecimento da contribuição pessoal de cada membro e distribuição de tarefas, comunicação eficaz, coordenação competente e apropriada para a estrutura e função da equipe, procedimentos para a avaliação da efetividade e qualidade dos esforços da equipe; e facilitação no processo do luto, incluindo pacientes, familiares e a equipe como um todo (Carvalho & Parsons, 2012).

Estratégias de Coping

O *Coping* compreende o modo como o sujeito administra a sua relação com o ambiente externo, gerador de estresse, de maneira a lidar, da melhor forma possível, com os estressores, a fim de permanecer saudável apesar das circunstâncias. Não se trata de controlar, mas de reduzir os danos ocasionados pelo estresse advindos de uma situação e circunstância específicas (Panzini & Bandeira, 2007). As estratégias de *Coping*, pois, compreendem um conjunto de ações (cognitivas, comportamentais e emocionais) as quais são desenvolvidas a partir de situações estressoras, vivenciadas e dependentes dos traços de personalidade. Elas podem ser classificadas como estratégias focadas na emoção (regulação da resposta emocional) ou estratégias focadas no problema (ação direta), embora ambas se influenciem mutuamente e as pessoas se

utilizem em geral das duas formas (Liberato & Carvalho, 2008). As estratégias diretas assinalam para as habilidades de solucionar problemas e para ações que modificam a situação estressante; trata-se, pois, de um enfrentamento centrado no problema com ações e medidas instrumentais. Em contrapartida, as estratégias indiretas, focadas na emoção, não modificam o mundo exterior, ou seja, a situação estressora que ameaça a pessoa, antes busca alterar a maneira pela qual se vivencia a situação estressora.

É porque é tão subjetivo dizer como o paciente lida com isso. É muito individual de cada paciente (E1, Enfermeira, 38 anos).

A forma como cada paciente em cuidados paliativos enfrenta a morte e o processo de morrer é compreendido como dependente de características pessoais, tais como: aspectos da personalidade, história de vida, contexto sociocultural e familiar (Liberato & Macieira, 2008). Ao serem questionados sobre o seu papel no desenvolvimento de estratégias de *Coping* em pacientes de cuidados paliativos, a maioria dos profissionais da equipe de saúde afirma dirigir suas ações ao alívio da dor e do sintoma a fim de promover a qualidade de vida através dos tratamentos clínicos. Suas atividades assistenciais no cotidiano do trabalho são, pois, compreendidas como formas de desenvolver estratégias de *Coping* instrumentais focadas no problema.

A gente tenta dar nosso melhor pra eles. Medicação na hora certa, cuidados certos, respeitando os limites dele. A gente chega lá, “eu não quero tomar banho agora”, então ele não vai tomar banho agora [...] Então assim, a minha estratégia é eu dar a minha assistência pra essa paciente redobrada (E1, Enfermeira, 38).

Então, a estratégia que eu vi era possibilitar a família, e ao paciente, principalmente, as informações e os serviços que ela ia ter acesso em casa (E6, Assistente Social, 28 anos).

Igualmente foram pontuadas atitudes que corroboram para tais ações instrumentais, como o respeito à vontade do paciente, aos limites desses e dos seus familiares. A busca por trabalhar sempre com a verdade, a realização dos desejos, e o evitar falar sobre a morte também são apresentadas como formas de ajudar o paciente a lidar com o processo de morrer.

Já teve casos também da gente não mexer, do paciente não querer, a higiene não tava boa, e deixar, respeitar a vontade dele, se ficar quietinho, no lugar dele, naquela hora era o melhor para ele a gente respeitar também (E8, Dentista, 24 anos).

Neste processo da assistência ao paciente em cuidados paliativos e no seu desenvolvimento de estratégias de *Coping*, alguns profissionais evitam falar sobre a morte e o processo de morrer. Essa atitude pode indicar o que fora anteriormente apontado na discussão dos temas anteriores como sendo uma dificuldade por parte do profissional em lidar com a morte e o processo de morrer, por não se estar preparado para tratar desses assuntos na sua prática assistencial junto ao paciente. Logo, desse modo, opta-se por priorizar as estratégias de *Coping* diretas focadas no problema.

A gente não toca no assunto de terminalidade com ele. Nós dentistas ficamos sempre animados; vamos resolver, a gente tenta resolver pra já comer melhor. Eu realmente não abordo o assunto (E8, Dentista, 24 anos).

Apesar da negação da morte como uma forma de lidar com os sentimentos que emergem no processo, os profissionais de saúde também sinalizaram a importância e a utilização da espiritualidade e religião como fonte de recurso emocional e de amparo e suporte social. Também pudemos perceber na fala de alguns dos participantes a compreensão da necessidade de se desenvolver, no paciente, sentimentos de esperança e propósito de vida, mesmo diante de um cenário de desesperança. A utilização da religião e da espiritualidade como estratégias indiretas de *Coping* (baseada nas emoções e crenças pessoais sobre o sentido da vida) foram assinaladas como uma das principais e mais frequentes estratégias de enfrentamento indiretas (ou focadas nas emoções):

Então, a gente percebe nessas conversas, nesses diálogos que a gente tem que o paciente se apega muito com a questão da religião. Ou de ser católico, ou de ser evangélico, ou de ser espírita, e da espiritualidade em si (E3, Fisioterapeuta, 30 anos).

As estratégias podem ser muitas. Pode ser simplesmente chorar, pode ser falar, pode ser pedir amparo para a espiritualidade, pedir o apoio da religiosidade. Então tem uma pessoa que tem um pastor, um padre (E11, Médica, 47 anos).

O *Coping* religioso (vinculado a uma doutrina) e o *Coping* espiritual (buscas e práticas subjetivas) propicia maior poder de resiliência e atribui significado à vida. Seus efeitos podem ser positivos e negativos, dependendo da forma como está sendo utilizada. Seu manejo é positivo quando se encontra associado ao conforto, ao ato de perdoar, a solucionar problemas com a participação de Deus. E torna-se negativo quando vinculado ao sentimento de culpa, punição e não aceitação, tornando-se um fator gerador de estresse (Panzini & Bandeira, 2007). Nesse sentido, alguns dos

profissionais entrevistados compreendem seu papel no desenvolvimento de formas de lidar com a morte e a terminalidade a partir da construção de sentido para a experiência sendo vivenciada.

É onde estão os nossos papéis aí. É tentar ajudá-los a resolver as coisas tão pequenas, que eles precisam resolver pra ir em paz, pra viver em paz (E4, Fonoaudióloga, 34 anos).

A espiritualidade apresenta-se como um recurso individual, podendo ser vivido também no coletivo, para lidar com os sofrimentos e obstáculos causados pelo prolongamento da vida em situações desfavoráveis, assim como com a aproximação da morte. De acordo com Santos (2009), a interface da espiritualidade com a saúde é a possibilidade de uma melhor qualidade de vida dos pacientes terminais, e de seus familiares, e reduz a probabilidade de transtornos de humor e afetivos favorecendo, igualmente, melhor funcionamento do sistema imunológico. Esta é apresentada como a estratégia mais utilizada pelos próprios profissionais no lidar com a situação estressora de se trabalhar tão de perto com a morte, e vivência do processo de morrer dos outros que lhes põe em contato com a própria finitude (Panzini & Bandeira, 2007). Dessa forma, o *Coping* religioso/espiritual se torna um potente aliado a proporcionar melhoria de saúde e da qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES

Apesar de o presente estudo ter por objetivo compreender como os profissionais percebem seu papel no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento em pacientes de cuidados paliativos, observou-se que o tema morte foi central na fala de todos os participantes da pesquisa e a perpassar pelos três eixos temáticos da análise. Além disso, os relatos apontam para dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde do setor de cuidados paliativos em lidar com a morte e o processo de morrer dos seus pacientes.

Por conseguinte, assinalamos a importância de se criar um espaço para abordar e trabalhar as temáticas em questão a partir das dimensões neste estudo encontradas: A morte e finitude; O papel do profissional no desenvolvimento das estratégias de *Coping* dos pacientes; A facilitação e o manejo com o paciente, reforçando os variados tipos de vinculação. Outra questão de suma importância é a organização de atividades ou serviços de apoio emocional, ou suporte psicológico aos profissionais com o intuito de ajudá-los a melhor lidar com as exigências emocionais do cotidiano do seu trabalho e na construção de sentidos e significados da atuação em cuidados paliativos.

Em relação à compreensão dos profissionais da equipe de saúde sobre o seu papel no desenvolvimento de estratégias de *Coping* em pacientes de cuidados paliativos, pudemos observar que a maioria afirma fazer uso de ações e atividades assistenciais que os auxiliem nas estratégias diretas focadas no problema. As estratégias indiretas focadas na regulação das emoções mais mencionadas foram as estratégias de *Coping* religiosas e espirituais. Elas são apontadas como essenciais para o lidar com a morte e a terminalidade.

A partir do presente estudo, evidencia-se a necessidade de pesquisas sobre a educação para morte, e a compreensão dos profissionais da equipe multiprofissional de saúde de setores de cuidados paliativos sobre o processo de morrer e a terminalidade. Assim, apontamos, igualmente, para a necessidade de se desenvolverem estudos sobre as estratégias de *Coping* utilizadas pelos pacientes em cuidados paliativos, e seus familiares. Isso porque compreender os diferentes estilos e estratégias de *Coping* de que o paciente, em cuidados paliativos, faz uso pode vir a auxiliar os profissionais a melhor lidar com e manejar as situações carregadas de sofrimento e estresse.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Campos, C. (2004). Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev Bras Enf*, 57(5).

Carvalho, R., & Parsons, H. (2009). *Manual de Cuidados Paliativos*. Rio de Janeiro: CREMESP.

Carvalho, R. & Parsons, H. (2012). *Manual de Cuidados Paliativos* (2nd ed.). Rio de Janeiro: Academia Nacional de Cuidados Paliativos.

Carvalho, V., Franco, M., Kovács, M., Liberato, R., Macieira, R., & Velt, M. et al. (2008). *Temas em Psico-oncologia* (pp. 382-387). São Paulo: Summus.

Cassorla, R. (2009). A negação e outras defesas frente à morte. In F. Santos, *Cuidados Paliativos: Discutindo a Vida, a Morte e o Morrer*. (1st ed., pp. 59-76). São Paulo: Atheneus.

Figueiredo, M. (2008). Cuidados Paliativos. In A. Carvalho, M. Franco, M. Kovács, R. Liberato, R. Macieira & M. Veit et al., *Temas em Psico-Oncologia* (1st ed., pp. 382-387). São Paulo: Summus.

Fleck, M. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 33-38.

Frankel, J., & Wallen, N. (2009). How to design and evaluate research in education. *Mcgrawhill*.

Kovács, M. (2009). Autonomia e o direito de morrer com dignidade. *Bioética*, 6(1), 61-69.

Kovács, M. (2009). Educação para a morte. In F. Santos, *Cuidados Paliativos: Discutindo a Vida, a Morte e o Morrer* (1st ed., pp. 45-58). São Paulo: Atheneus.

Kovács, M. (2009). Pesquisa com pacientes gravemente enfermos: autonomia, riscos, benefícios e dignidade. *Revista Bioética*, 17(2), 309-318.

Kovács, M. (2010). Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. *O Mundo Da Saúde*, 34(4), 420-429.

Liberato, R., & Carvalho, V. (2008). Estresse e síndrome de *burnout* em equipes que cuidam de pacientes com câncer: cuidando do cuidador profissional. In A. Carvalho, M. Franco, M. Kovács, R. Liberato, R. Macieira & M. Veit et al., *Temas em Psico-Oncologia* (1st ed.). São Paulo: Summus.

Martins, M. (2005). A Promoção da saúde: percursos e paradigma. *Revista de saúde Amato Lusitano*.

Neves, J. (1996). Pesquisa Qualitativa: Características, usos e possibilidades. *Caderno De Pesquisas Em Administração*, 1(3), 1-5.

Novaes, M., & Trindade, E. (2007). A morte e o morrer: considerações bioéticas sobre a eutanásia e a finitude da vida no contexto da relação médico-paciente. *Com. Ciências E Saúde*, 18(3), 69-77.

Ortolan, P., & Gaspar, K. (2013). *Psicologia e câncer* (pp. 207-222). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Panzini, R. G. & Bandeira, D. R. (2007) Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. In: *Rev. Psiq. Clín.* 34, *supl 1*; 126-135.

Souza, A. S. & Saran, D. S. (2012) A Comunicação como ferramenta de apoio a pacientes terminais. In: *Comunicação & Mercado/UNIGRAN - Dourados - MS*, vol. 01, n. 03, p. 08-14, jul-dez.

Schliemann, A. (2009). *Cuidados Paliativos: Discutindo a Vida, a Morte e o Morrer*. (pp. 31-44). São Paulo: Atheneus.

Tavares, S., Vendruscolo, C., Koltulsk, C., & Gonçalves, C. (2012). Interdisciplinaridade, Multidisciplinaridade ou Transdisciplinaridade. In *Interfaces no fazer psicológico* (pp. 1-8). Santa Maria: Unifra.

Turato, E. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis: Vozes.

IX. CONCLUSÕES

Na cultura ocidental, o significado da morte encontra-se associado à vergonha, impotência e o fracasso, uma vez que está pautada pelo paradigma patogênico, em que a saúde é a ausência de doença. Após o avanço da tecnologia, o corpo tornou-se instrumento de trabalho e a relação com esse se tornou fria, distante e impessoal. O processo do morrer deixou de ser em casa e foi substituída pelas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) nos hospitais.

Os Cuidados Paliativos reflete em seus princípios o cuidar a partir do paradigma salutogênico, no qual se procura aliviar o sofrimento do sujeito através do cuidado e do bem estar biopsicossocial e espiritual. Cada paciente desenvolve múltiplas estratégias de enfrentamento, que vai depender dos seus traços de personalidade e o contexto em que se encontra. No entanto, é possível perceber que o contato diário da equipe de saúde com os pacientes e com as questões envolvendo a enfermidade, faz com que estes também desenvolvem estratégias, principalmente para lidar com a morte.

A falta de preparo profissional em lidar com a morte, a dificuldade de vinculação com o paciente e de identificação de estratégias apontam para necessidade de dar continuidade aos estudos sobre as relações estabelecidas entre os profissionais de saúde, os pacientes de cuidados paliativos, seus familiares e cuidadores.

Observou-se também que apesar do objetivo da pesquisa ter sido voltado para o desenvolvimento de estratégias de Coping, a maioria dos profissionais entrevistados apresenta uma demanda em se falar sobre a morte e de se receber maior apoio e suporte institucional para aprender a lidar com as questões como terminalidade e perdas relacionadas ao trabalho com pacientes em cuidados paliativos.

X. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Carvalho, R. & Parsons, H. (2012). *Manual de Cuidados Paliativos* (2nd ed.). Rio de Janeiro: Academia Nacional de Cuidados Paliativos.

Campos, C. (2004). Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev Bras Enf*, 57(5).

Carvalho, R., & Parsons, H. (2009). *Manual de Cuidados Paliativos*. Rio de Janeiro: CREMESP.

Figueiredo, M. (2008). Cuidados Paliativos. In A. Carvalho, M. Franco, M. Kovács, R. Liberato, R. Macieira & M. Veit et al., *Temas em Psico-Oncologia* (1st ed., pp. 382-387). São Paulo: Summus.

Frankel, J., & Wallen, N. (2009). How to design and evaluate research in education. *Mcgrawhill*.

Martins, M. (2005). A Promoção da saúde: percursos e paradigma. *Revista de saúde Amato Lusitano*.

Peçanha, DLN. (2008) *Câncer: recursos de enfrentamento na trajetória da doença*. In: Carvalho AC et. al. *Temas em Psicologia-oncologia*. São Paulo: Summus. p. 209-217.

Turato, E. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis: Vozes.

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título: A compreensão da equipe de saúde sobre o seu papel no desenvolvimento de estratégias de *Coping* em pacientes de cuidados paliativos.

Pesquisador responsável: Marina Souza Assis

Contato: (081) 9217.9545 / marinassis13@gmail.com

Comitê de Ética de Pesquisa em seres humanos da FPS

Contato: (081) 3035.7732

Nome do Voluntário: _____

Idade: _____ anos **RG:** _____

O Sr. está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa “A compreensão da equipe de saúde sobre o seu papel no desenvolvimento de estratégias de *coping* em pacientes de cuidados paliativos.”, de responsabilidade da pesquisadora Marina Souza Assis. Em qualquer momento, oSr. poderá solicitar esclarecimentos sobre o estudo através dos telefones de contato presentes neste termo. Também poderá optar por desistir da participação a qualquer tempo. Será dada uma cópia deste consentimento para seu registro.

A pesquisa irá contribuir para a produção de conhecimento científico na área de cuidados paliativos e psicologia da saúde e suscitará reflexões para a melhoria na

qualidade do atendimento aos pacientes internados em enfermarias de cuidados paliativos e tratados por profissionais de equipe multiprofissional de saúde. O estudo objetiva Analisar a compreensão dos profissionais de saúde sobre a sua atuação junto aos pacientes no desenvolvimento de estratégias de *coping*. Compreende-se por estratégias de *coping* a forma como pacientes *lida com* a doença e a terminalidade. Para isso,o Sr. participará de uma entrevista semi-estruturada que será gravada.

Sua identidade e sigilo serão preservados, assim como será garantido a confidencialidade das informações geradas no estudo. Essa participação será voluntária, ou seja, sem receber auxílio financeiro de qualquer espécie.

O método de pesquisa não oferece nenhum risco à sua saúde física, emocional ou moral. No entanto, a pesquisa pode trazer riscos mínimos de constrangimento, caso haja algum desconforto, será indicado um serviço ao qual a participante poderá buscar se sentir necessidade. A entrevista será gravada para fins exclusivos de registro da atual pesquisa e o material será arquivado de modo sigiloso. Os dados coletados serão destruídos após 5 anos arquivados.

Se o Sr. tiver alguma consideração ou dúvida sobre a pesquisa, entre em contato com o comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FPS (CEP-FPS) que objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas.

O CEP-FPS está situado à Avenida Jean Émile Favre, 422, Imbiribeira, Recife. Telefone: 3035.7777 - Email:comitê.etica@fps.edu.br. O CEP/FPS funciona de 2ª a 6ª feira, nos seguintes horários: 08H30 às 11H30 (manhã) e 14H Às 16H30 (tarde).

Eu, _____, RG nº _____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa descrito acima.

Recife, ____/____/20____.

Assinatura ou impressão digital do voluntário: _____

Nome completo do voluntário: _____

Testemunha

Testemunha

Marina Assis

Pesquisadora Responsável

APÊNDICE 2

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO.

1. Nome: _____

2. Data de Nascimento: ___/___/_____ 3. Idade:_____ anos

4. Profissão:

() Médico () Fisioterapeuta () Terapeuta Ocupacional () Psicólogo

() Fonoaudiólogo

5. Estado civil

() Solteiro () Casado () Viúvo

6. Religião: _____

7. Tempo de atuação em Cuidados Paliativos: _____

II – PERGUNTAS DISPARADORAS E NORTEADORAS

2.1. – Pergunta disparadora

Como você entende sua atuação enquanto profissional de saúde no desenvolvimento de estratégias de coping em pacientes de cuidados paliativos?

2.2. – Perguntas norteadoras

1. O que você entende por estratégias de coping?
2. Como você entende o seu papel e o papel da equipe multiprofissional de saúde no acompanhamento dos pacientes em cuidados paliativos?
3. Quais ações ou posturas da equipe de saúde você identifica que auxiliam o paciente no lidar com a doença e a terminalidade?

APÊNDICE 3

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SINAIS

OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas

ANEXO 1

CARTA DE ANUÊNCIA



CARTA DE ANUÊNCIA

Eu, Dra. Mirella Rebelo, autorizo a Thálita Cavalcanti Menezes da Silva, Marina Souza Assis, e Diogo Marroquim Bezerra, responsáveis pela pesquisa intitulada “A compreensão da equipe de saúde sobre o seu papel no desenvolvimento de estratégias de coping em pacientes de cuidados paliativos” a terem acesso ao setor de cuidados paliativos.

Ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão usados na pesquisa, concordo em fornecer todos os subsídios para o seu desenvolvimento (acesso ao prontuário dos pacientes e entrevistas com profissionais de saúde do setor), desde que seja assegurado o que segue abaixo:

1. O cumprimento das determinações éticas da Resolução CNS/MS 466, de 12 de Dezembro de 2012.
2. A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante, e depois do desenvolvimento da pesquisa.
3. No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Recife, 15 de Setembro de 2014.

Mirella Rebelo

Dra. Mirella Rebelo

CRM. 14725

CRM-14725