



O Discurso do Sujeito Coletivo Emergente de Médicos em Relação a Cuidados Paliativos

The Collective Subject Discourse Emerging Physicians Regarding palliative Care

Katrine de Freitas Valeriano¹
Thais de Paiva Guimarães Barreiros¹
José Vitor da Silva²
Jorge Leonardo Narcy³
Maria Tereza de Jesus Pereira⁴.

1. Acadêmicas do 3º ano do Curso de Medicina na UNIVAS-Pouso Alegre, MG.

2. Mestre e Doutor em Enfermagem; especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e em Docência do Ensino Superior. Docente da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz (EEWB-Itajubá, MG) e da Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVAS-Pouso Alegre, MG).

3. Enfermeiro pela Faculdade de Ciências da Saúde Dr. José Antônio Garcia Coutinho, da UNIVAS-Pouso Alegre, MG.

4. Mestre em Enfermagem pela UFMG e docente do Curso de Enfermagem da UNIVAS-Pouso Alegre, MG.

Trabalho realizado no Hospital Universitário Samuel Libânio (HUSL) e na Faculdade de Ciências da Saúde Dr. José Antônio Garcia Coutinho - Universidade do Vale do Sapucaí (Univás), Pouso Alegre, MG

Recebido em agosto de 2013

Aceito em setembro de 2013

Correspondência:

José Vitor da Silva
Av. Alfredo Custódia de Paula, 240 – Centro
Pouso Alegre – MG
CEP: 37550-000
Tel.: (35) 3449 2103
E-mail: enfjvitorsilva@oi.com.br

RESUMO

Objetivos: conhecer os significados e os sentimentos emergentes dos médicos em relação aos cuidados paliativos, bem como identificar a atuação desses profissionais frente aos pacientes com necessidades de cuidados paliativos numa instituição hospitalar da cidade de Pouso Alegre-MG. **Materiais e métodos:** o presente trabalho foi de abordagem qualitativa, do tipo exploratório e transversal. A amostra foi de 25 médicos atuantes no Hospital Universitário Samuel Libânio, Pouso Alegre, MG. A amostragem foi do tipo intencional ou teórica. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada e usaram-se as estratégias metodológicas do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) para a análise e tratamento dos dados. **Resultados e discussão:** do tema “significado de cuidados paliativos”, emergiram-se as ideias de cuidados diversificados, aliviar a dor e o sofrimento e proporcionar conforto. Do tema “sentimento ao prestar assistência”, as representações sociais dos médicos foram diversos sentimentos negativos, diversos sentimentos positivos e sentimentos ambivalentes. Sobre o “atendimento aos pacientes”, os médicos mencionaram as ideias de oferecer conforto e qualidade de vida, atendendo o paciente normalmente e dando atenção. **Conclusão:** A atuação profissional dos médicos abordados, em palição, visa a oferecer conforto e qualidade de vida, mas se verifica que há uma diversidade de significados e sentimentos em relação aos cuidados paliativos na percepção destes profissionais.

Palavras chave: Cuidados paliativos; Medicina; Terminalidade.

ABSTRACT

Objectives: To know the meanings and feelings emerging of physicians in relation to palliative care, and to identify the role of these professionals against patients in need of palliative care in a hospital in the city of Pouso Alegre-MG. **Materials and methods:** This study was a qualitative, exploratory and cross. The sample consisted of 25 doctors working at the University Hospital Samuel Libânio, Pouso Alegre, MG. Sampling was the intentional or theoretical. The data were collected through semi-structured interviews and used up the methodological strategies of the Collective Subject Discourse (CSD) for the analysis and processing of data. **Results and discussion:** theme "meaning of palliative care," sprang up ideas diversified care, relieve pain and suffering and provide comfort. Theme "feeling to assist" the social representations of the doctors were many negative feelings, many positive feelings and ambivalent feelings. On the "patient care" physicians mentioned the ideas of comfort and quality of life, given the patient normally and paying attention. **Conclusion:** The role of physicians addressed in palliation, aims to offer comfort and quality of life, but it turns out that there is a diversity of meanings and feelings in relation to the perception of palliative care professionals.

Keywords: Palliative care; Medicine; Terminality.

INTRODUÇÃO

O paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura, não somente em sua fase terminal, mas durante todo o percurso da doença, manifesta problemas relacionados às suas necessidades humanas básicas, levando a fragilidade e a limitações de natureza física, psicológica, social e espiritual. Essas situações trazem implicações e interrogações para a equipe de saúde, para os familiares e para o próprio paciente.¹

Nessa perspectiva, os cuidados paliativos (CP) correspondem a um modo específico e individualizado de cuidar daquele paciente para o qual a ciência ainda não detém o recurso capaz de impedir o avanço fatal da doença.¹

Os CP podem ser entendidos ainda como uma nova filosofia de cuidado, a qual visa prevenir e aliviar o sofrimento em todas suas necessidades humanas afetadas, com o objetivo de proporcionar ao próprio paciente e a seus familiares a melhoria da qualidade de vida.² De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), essa nova ideologia de cuidar encara a morte como sendo um processo natural, promovendo alívio da dor e de outros sintomas, integrando os cuidados nos aspectos psicossocial e espiritual, de modo a oferecer apoio ao paciente em todas as suas necessidades, para que possam viver o mais ativamente possível até a sua morte e ajudam também os familiares e os cuidadores a lidar com a situação durante a doença e no processo do luto.³

Dessa forma, evidencia-se que o principal foco dos cuidados paliativos é o cuidar, estabelecendo assim, algumas estratégias para abordar o paciente frente a essa questão de finitude. Dentre essas estratégias, destaca-se a capacidade do profissional de saúde em escutar o paciente, fazer um diagnóstico preciso antes de tratar, bem como conhecer a terapêutica medicamentosa a ser utilizada

e propor estratégias alternativas de tratamento, de modo a não tratar tudo que é acometido de dor, com medicamentos e analgésicos.²⁻⁴ É preciso ainda entender o paciente como um todo e tratá-lo com base em todos os aspectos de sua individualidade que estão envolvidos neste processo.

Tais cuidados abordam de forma objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e de seus familiares diante de uma doença que ameaça a vida, por meio da prevenção, alívio de sofrimento, identificação precoce, avaliação, tratamento da dor e outros problemas físicos, psicológicos e espirituais.⁵

O surgimento dos cuidados paliativos remete ao século XIX e esteve atrelado ao movimento *hospice*, o qual ocorrera na França, no ano de 1840. Estes *hospices* tinham origem religiosa e funcionavam como abrigos para os peregrinos, viajantes, doentes e necessitados. Ali se cuidava dos doentes e dos que estavam morrendo, provendo apoio e cuidados espirituais.⁶ No Brasil, o desenvolvimento dos cuidados paliativos esteve relacionado à fundação da Associação Brasileira de Cuidados paliativos (ABCP), em 1997, em São Paulo. Observa-se, contudo, que, ainda nos dias de hoje, esse é um assunto pouco conhecido não só no meio leigo, como também entre os profissionais da área de saúde.

A assistência ao paciente com necessidade de cuidados paliativos é um desafio para a equipe multiprofissional, principalmente para o profissional médico, o qual está diretamente ligado ao paciente e mantém contato prolongado com o mesmo. Dessa forma, cabe a este profissional saber atuar do ponto de vista bioético e técnico-científico, além de requerer também competência, humanização, sensibilidade, serenidade e sobretudo, bom senso. Desse modo, evidencia-se que a atuação de profissionais capacitados para oferecer cuidados paliativos é, sem dúvida, um requisito importante para um atendimento de qualidade.

Nesse sentido, pesquisar sobre cuidados paliativos permite adquirir conhecimentos e condutas necessários na abordagem com o paciente terminal, além de possibilitar estabelecer estratégias necessárias e intervenções adequadas, especialmente para o profissional médico e demais membros da equipe de saúde.

Mediante ao exposto, o objetivo deste trabalho foi conhecer os significados e os sentimentos emergentes dos médicos em relação aos cuidados paliativos, bem como identificar a atuação destes profissionais frente aos pacientes com necessidades de cuidados paliativos, numa instituição hospitalar da cidade de Pouso Alegre-MG.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo foi realizado no Hospital Universitário Samuel Libânio (HUSL), situado na cidade de Pouso Alegre, Minas Gerais, que possui 130.586 habitantes.⁷ O Hospital Universitário atua como referência na macrorregião de Pouso Alegre pela sua resolutividade em procedimentos de média e alta complexidade. Possui 264 leitos de internação em várias especialidades médicas.⁷

A pesquisa foi de abordagem qualitativa, do tipo exploratório e transversal.

A amostra desta pesquisa foi constituída por 25 profissionais de medicina, sendo que a amostragem foi do tipo: intencional ou teórica.

Os critérios de elegibilidade para a amostragem foram os seguintes: ser membro da equipe médica que atua nas diversas unidades de internação e unidade de terapia intensiva do Hospital Universitário Samuel Libânio, em Pouso Alegre-MG e estar trabalhando há, no mínimo, seis meses na referida instituição.

A entrevista foi realizada nas próprias unidades de internação ou em outro local do Hospital

Universitário, após agendamento prévio com cada um dos participantes. Antes da coleta de dados, os participantes foram informados de que a entrevista seria gravada, a qual ocorreu em ambientes isento de ruídos, proporcionando privacidade e segurança. O local da entrevista foi designado pelo próprio participante e após a realização da mesma, foi feita a sua transcrição, e o material gravado, contendo a fala dos entrevistados, foi descartado.

Para a captação dos dados, foram utilizados os seguintes instrumentos:

1- Caracterização pessoal e profissional: instrumento formado por questões fechadas, relacionadas a gênero, idade, profissão, tempo de formação profissional, tempo de atuação no HUSL, cursos de atualização profissional e de especialização profissional, entre outras.

2- Roteiro de entrevista semiestruturada: esse instrumento foi composto por três perguntas abertas relacionadas com significados de cuidados paliativos emergentes dos médicos, sentimentos dos mesmos frente aos pacientes com necessidades de cuidados paliativos e identificação da atuação dessa classe profissional diante dos pacientes com as necessidades mencionadas anteriormente.

Para a análise dos dados, utilizou-se como estratégia metodológica o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), método que está fundamentado em três figuras metodológicas: Expressões Chave (ECH), Ideias Centrais (IC) e o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), propriamente dito. O tratamento e a análise dos dados obedeceram rigorosamente às seguintes etapas:

1ª etapa: antes do início da transcrição dos dados, as respostas das questões por escrito foram lidas várias vezes para que se tivesse uma ideia geral e melhor compreensão dos textos. Com os discursos escritos, foi feita a transcrição literal deles.

2ª etapa: compreendeu uma cuidadosa leitura de todo o material transcrito, em dois momentos

distintos: no primeiro, procedeu-se à leitura das respostas de cada um dos usuários, na sua totalidade. No segundo momento, cada resposta foi lida separadamente, ou seja, a primeira questão de todos os respondentes, depois a segunda e, finalmente, a terceira.

3ª etapa: consistiu na cópia integral de todas as respostas de cada respondente à questão 1 no instrumento de Análise de Discurso 1 (IAD1), representando as ECH em itálico. De posse das ECH e após a leitura de cada uma, foi identificada a sua ideia central. Tomou-se o cuidado de que a mesma representasse a descrição das ECH e não a sua interpretação. Esse mesmo procedimento foi realizado com as demais questões.

4ª etapa: elaboração do Instrumento de Análise do Discurso 2 (IAD2), que contem, separadamente, cada ideia central com as suas respectivas ECH, semelhantes ou complementares.

5ª etapa: foi resumido, na extração do tema de cada uma das perguntas da entrevista semiestruturada, o conteúdo das IC; agrupou-se a ele a sua respectiva

IC, assim como os sujeitos, representados pelo número de entrevistados, e as frequências de ideias por meio de quadros. Finalmente, foram construídos os DSC separadamente de cada ideia central, com as suas respectivas ECH.

A pesquisa seguiu as recomendações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional da Saúde do Ministério da Saúde, no que concerne a estudos que envolvem seres humanos. O trabalho foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz (EEWB), Itajubá, MG, tendo recebido parecer favorável sob o número de protocolo 735/2011.

RESULTADOS

A tabela 1 apresenta as principais características pessoais e profissionais dos 25 médicos do Hospital Universitário Samuel Libânio em Pouso Alegre, MG, que participaram deste estudo.

Tabela 1 – Características pessoais e profissionais dos médicos do Hospital Universitário Samuel Libânio, Pouso Alegre – Minas Gerais, 2012

Características:	F.R	M	MED	D.P	V.MIN	V.MAX	AMP
Gênero							
Masculino	36,00%						
Feminino	64,00%						
Idade	-	39,52	33	13,63	27	65	38
Tempo de formação profissional							
Menos de um ano	4,00%						
1 a 5 anos	36,00%						
6 a 10 anos	20,00%						
10 a 15 anos	12,00%						
Acima de 15 anos	28,00%						
Tempo de atuação HUSL							
Menos de um ano	20,00%						
1 a 5 anos	36,00%						
6 a 10 anos	12,00%						
10 a 15 anos	4,00%						
Acima de 15 anos	28,00%						
Curso e especialização							
Sim	88,00%						
Não	12,00%						

No que é concernente à abordagem qualitativa, ao serem perguntados sobre os significados de cuidados paliativos, surgiram como principais ideias centrais as concepções de cuidados diversificados, aliviar a dor e o sofrimento e proporcionar conforto (Figura 1).

Primeira ideia central

Cuidados diversificados.

DSC

“Para mim, cuidado paliativo significa você apresentar para um paciente terminal cuidados ou suporte de vida, um suporte clínico, um bem-estar máximo para o paciente, para que ele possa conviver com os seus familiares bem. Sem dor, sem sofrimento. Sem nenhuma tentativa de prolongar essa vida, de ficar tentando tratamentos muitas vezes experimentais. É dar atenção, o que, no meu modo de vista, é muitas vezes mais importante que o próprio medicamento.”

Segunda ideia central

Aliviar a dor e o sofrimento.

DSC

“Cuidado paliativo significa não abandonar um doente que se encontra clinicamente em situação crítica e que é pouco responsivo clinicamente. É só paliativo mesmo: tirar a dor do paciente, conversar com a família, amenizar um pouco o sofrimento. Você não tem o que fazer mais. Não tem mais remédio nem cirurgia que possa melhorar.”

Terceira ideia central

Proporcionar conforto.

DSC

“Para mim, significa que são cuidados que devem ser dados a pacientes terminais, pacientes que não têm mais esperança de sua reabilitação. Que do ponto de vista de cura, de tratamento, você atingiu o máximo que podia e você entra numa situação onde você garante a qualidade, o conforto e a dignidade do paciente, não tentando prolongar a vida dele. A gente tenta aliviar o sofrimento dele. Dá medicação para dor, dá hidratação... O básico é isso.”



Figura 1 – Significados de cuidados paliativos para os médicos do Hospital Universitário Samuel Libânio em Pouso Alegre, MG

Ao serem perguntados sobre os sentimentos ao prestar assistência ao paciente com necessidades de cuidados paliativos, emergiram dos médicos as seguintes ideias centrais: diversos sentimentos positivos, diversos sentimentos negativos e sentimentos ambivalentes (Figura 2).

Primeira ideia central

Diversos sentimentos positivos.

DSC

“A gente, é claro, não se sente bem em indicar um cuidado paliativo, mas diante de um paciente que já está num grau de sofrimento muito grande, onde ele já atingiu o que tinha que ser atingido do ponto de vista de cura e já entrou num processo de morte propriamente dito, eu acho que a gente se sente aliviado, confortado, tranquilo, bem de dar conforto para o paciente. Você se conforma e

consegue se adaptar mais fácil ao tratamento paliativo.”

Segunda ideia central

Diversos sentimentos negativos.

DSC

“Eu me sinto muito mal, triste, um pouco culpado, às vezes. Nenhum médico, no meu ponto de vista, se sente bem. Eu acho que isso mostra para o médico que ele é impotente e médico não gosta de se sentir impotente. Mas agora eu já me acostumei.”

Terceira ideia central

Sentimentos ambivalentes.

DSC

“Por um lado é uma satisfação muito grande. Eu me sinto muito útil, me sinto bem por dar melhor qualidade de vida para aquele paciente que tem um prognóstico ruim. Porém, é um pouco frustrante. Eu me sinto impotente e isso dá uma certa angústia.”

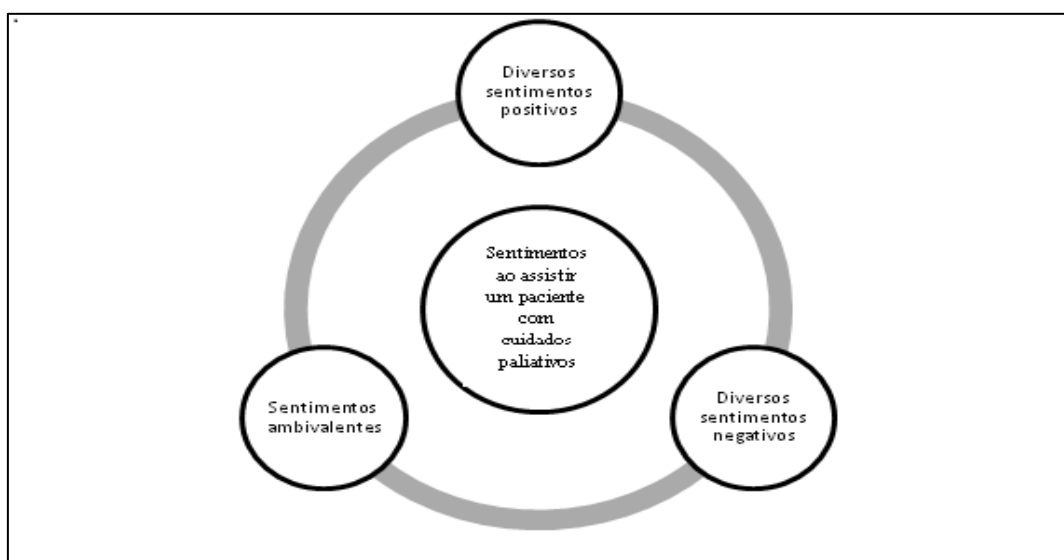


Figura 2 – Sentimentos dos médicos ao assistir um paciente em cuidados paliativos

Em relação à atuação profissional, quando perguntados sobre como atendem os pacientes que se encontram com necessidades de cuidados paliativos, emergiram as ideias centrais de diversas maneiras, oferecendo conforto e qualidade de vida e atendendo o paciente normalmente (Figura 3).

Primeira ideia central

Diversas maneiras.

DSC

“Eu atendo dentro da necessidade dele com o máximo de tranquilidade possível. Se ele estiver

hipertenso, eu abaixo a pressão. Se ele estiver com dor, eu trato a dor. Se estiver com falta de ar, eu dou oxigênio. Se precisar de transfusão de sangue, eu transfundo. Tento fazer um misto de ciência com humanidade, com humanismo, dar qualidade de vida no sentido de ela ser assistida para minimizar o seu sofrimento, favorecendo o conforto, minimizando a sua dor. Evito a superdosagem de medicamento e medidas invasivas que não vão trazer benefício para o paciente. Você tem que acompanhar junto com a família, explicar certo para a família como vão ser os cuidados e deixar bem claro que o cuidado não tem perspectiva de cura. É mais para conforto do paciente.”

Segunda ideia central

Oferecendo conforto e qualidade de vida.

DSC

“Eu tento, assim como eu falei, dar o maior conforto possível, dar para eles um fim de vida sem sofrimento, sem dor, mas nunca tentar prolongar essa vida, prolongando esse sofrimento. Então eu

tento confortar a dor com uma analgesia sempre correta, medicamentos para aliviar a dispneia... A gente tenta manter esse paciente ao máximo no ambiente domiciliar, lógico que tomando os cuidados para que ele não sinta dor. Ficar com a família é melhor. No hospital tem muita infecção, às vezes não tem mais o que fazer e é preferível ele esperar em casa a morte chegar do que ficar no hospital sofrendo.”

Terceira ideia central

Atendendo o paciente normalmente.

DSC

“É um atendimento habitual, como todos os outros: oriento bastante a família, faço evolução médica todo dia, exame físico e prescrição. Você faz normal tudo o que você faz para o outro paciente. Você só não entra com o tratamento invasivo e redobra a atenção na parte de cuidados, de carinho, de atenção.”



Figura 3 – Atuação dos médicos entrevistados, atuantes no Hospital Universitário Samuel Libânio em Pouso Alegre, MG frente a um paciente em cuidados paliativos

DISCUSSÃO

A grande maioria dos profissionais médicos atuantes no Hospital Universitário Samuel Libânio pertence ao gênero feminino e possui algum curso de especialização.

Em relação à questão do gênero, os dados encontrados estão de acordo com que é descrito na literatura e evidenciam maior presença de mulheres nos cursos de ciências da saúde. No que se referiu à questão da maioria dos participantes possuir cursos de especialização, ressalta-se que isso pode estar atrelado ao fato da instituição hospitalar abordada ser de caráter universitário, o que facilita e contribui para que eles busquem aperfeiçoamento e qualificação profissional.

Ao se analisar as ideias centrais e os discursos do sujeito coletivo emergentes dos médicos do Hospital Universitário Samuel Libânio, foi possível identificar uma diversidade de significados e sentimentos em relação à abordagem destes profissionais frente aos cuidados com o paciente terminal. Essa diversidade de ideias centrais permite desprender a complexidade e a importância da abordagem dessa temática junto aos profissionais de saúde, de modo a oferecer ao paciente e a seus familiares a melhor assistência possível e, conseqüentemente, maior qualidade de vida. Dessa forma, o cuidado torna-se imprescindível e passa a ter prioridade em relação à cura terapêutica, de modo que este deve ser o principal foco da medicina paliativa.¹

Em relação aos significados de cuidados paliativos atribuídos pelos médicos, encontraram-se as concepções de cuidados diversificados, alívio da dor e do sofrimento e a prestação de conforto. No tocante à primeira ideia central, esses cuidados diversificados correspondem a uma série de outros fatores, como o bem estar do próprio paciente terminal e de seus familiares, o não prolongamento da vida por meio da utilização de recursos tecnológicos e terapêuticos e, principalmente, a importância de se utilizar o cuidado e a atenção, em vez de terapia medicamentosa, a qual levaria o paciente a desgaste e desconforto desnecessários.

No contexto da hospitalização, a luta pela vida de pacientes criticamente enfermos tem sido permeada por técnicas e aparatos tecnológicos especializados. Porém, diante da terminalidade do ser, há evidências do despreparo de profissionais ao implementar ações que se sobrepõem ao conforto do paciente que está morrendo, com condutas fúteis, que só lhe causam dor e prolongamento do sofrimento.⁸

Dessa forma, evidencia-se que, quando não existe mais a possibilidade de cura, o foco passa a ser a atenção e a busca pelo bem estar no momento de finitude, que deve ser alcançada por meio de conforto, alívio e controle dos sintomas, suporte espiritual, psicossocial e apoio no processo de enlutamento, proporcionando bem estar ao paciente e à família nos momentos finais.¹

Embora a tarefa do médico seja fazer o possível para impedir ou postergar a morte, verifica-se que esse conceito tem mudado atualmente. Os cuidados paliativos, nesse contexto, emergiram como uma alternativa às práticas instituídas tradicionalmente e ocupam o espaço entre a competência técnica da medicina curativa e a cultura do respeito à autonomia do indivíduo, no que se refere às suas decisões extremas (incluindo a prerrogativa de dizer que não quer mais viver sofrendo).⁹

Vale ressaltar ainda, que os dados encontrados nesse estudo em relação aos que os médicos apontam sobre a importância do profissional de saúde voltar sua atenção para o paciente e para todas suas outras necessidades humanas afetadas, em vez de empregar técnicas e terapêuticas medicamentosas que só prolongarão o sofrimento do paciente e de seus familiares, vão de encontro ao que é descrito na literatura. Sabe-se que, dentre todas as estratégias utilizadas em cuidados paliativos, destaca-se a importância da comunicação e da escuta, bem

como o estabelecimento de estratégias alternativas ao convencional tratamento medicamentoso, o qual, muitas vezes, só acarreta maiores desgastes e sofrimento desnecessário.¹

Outra ideia que emergiu do discurso do sujeito coletivo dos médicos em relação aos significados de cuidados paliativos, foi a concepção de alívio da dor e sofrimento e, conseqüentemente, a possibilidade de oferecer conforto ao paciente nesse momento de finitude. Desse modo, o controle e alívio da dor e dos demais sintomas são um direito do indivíduo e um dever dos profissionais, que devem criar estratégias para diminuir o sofrimento provocado por esse quadro de terminalidade.¹⁰

Além disso, os cuidados prestados a pacientes sem possibilidades de cura terapêutica integram uma proposta de assistência humanizada. Neste sentido, o paciente deverá ter sua dor amenizada, seu bem-estar priorizado e suas crenças consideradas, para que ele possa aceitar sua condição como um processo natural da finitude. Para tanto, é indispensável que todas as ações terapêuticas sejam planejadas com a participação do paciente, família e da equipe de saúde.⁸

No que é tocante aos sentimentos dos médicos ao prestarem assistência a pacientes em cuidados paliativos, surgiram as ideias de sentimentos positivos, negativos e ambivalentes. A maioria dos sentimentos descritos esteve relacionada à sensação de alívio, conforto, tranquilidade, tristeza e culpa. Evidencia-se, com base na literatura, que tais sentimentos são profundamente humanos, principalmente quando há influência de uma cultura que torna difícil enfrentar a morte. Esse fato pode ser o grande responsável pela não compreensão dos profissionais de saúde sobre a palição.¹¹ Ressalta-se ainda que tais sentimentos já são esperados, sobretudo relacionados a paciente em terminalidade, pois revelam aos profissionais suas fragilidades e impotências diante uma questão tão complexa, que é a morte.¹²

Para muitos profissionais da saúde, a morte tem designado aspectos que caracterizam fracasso e incompetência no atendimento ao paciente. Além desse fato, a luta pela vida é a garantia do êxito enquanto profissional. Diante disso, a conscientização da finitude humana e sua valorização devem ser direcionadas a toda a extensão social, visto que a morte também é um processo natural do ciclo da vida.¹³

Com base nas ideias centrais que emergiram, no que se refere à atuação médica frente ao paciente com cuidados paliativos, evidenciou-se que esta se dá visando, sobretudo, a oferecer conforto e qualidade de vida, por meio de uma assistência e de um cuidar humanizados.

Quando a possibilidade de cura não se faz mais presente, o foco passa a ser a qualidade de vida do paciente e dos familiares. A concepção de qualidade de vida, como algo extremamente importante para paciente e família, está presente em todos os discursos encontrados, e evidencia que o cuidado paliativo é reconhecido como uma abordagem que melhora essa qualidade de vida.¹

Neste sentido, a assistência deve ser realizada com compaixão, humildade, honestidade e sobretudo, ética. Assim, os cuidados paliativos podem ser entendidos como a adoção de medidas e condutas que respeitem e compreendam o indivíduo como ser social, portador de valores, crenças e necessidades individuais¹⁴ e que esse processo de finitude deve ser enfrentado de modo natural, sempre pensando no bem estar do paciente, de modo a oferecer a ele uma morte digna e respeitosa.

CONCLUSÃO

Conclui-se que os médicos entendem os cuidados paliativos como sendo diversos tipos de cuidados, que visam aliviar a dor e o sofrimento do paciente. No tocante aos sentimentos dos médicos ao cuidar do paciente

terminal, verificou-se que estes profissionais demonstram sentimentos ambivalentes, com conotações positivas e negativas.

Sobre a atuação dessa classe profissional em cuidados paliativos, esse estudo observou que os médicos atendem esses pacientes normalmente, como os demais, mas têm a preocupação de oferecer conforto e qualidade de vida e, para isso, utilizam diversas estratégias.

Recomenda-se que sejam realizados mais estudos, em outras instituições e em outras realidades, abordando a palição sob a óptica do profissional médico, de modo a fundamentar essa temática e possibilitar a aquisição de novos conhecimentos, que contribuirão para a prestação de uma assistência ao paciente sem possibilidades terapêuticas, cada vez mais eficazes e com qualidade.

REFERÊNCIAS

1. Silva EP, Sudigursky D. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. *Acta Paul Enferm.* 2008;21(3):504-8.
2. Costa Filho RC, Costa JLF, Gutierrez FLBR, Mesquita AF. Como implementar cuidados paliativos de qualidade na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2010;20(1): 88-92.
3. Pimenta CAM, Mota DDCF, Cruz DALM. *Dor e Cuidados Paliativos: enfermagem, medicina e psicologia.* Barueri: Manole; 2006.
4. Santos FS. *Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer.* São Paulo: Atheneu; 2009.
5. Clemente RPDS, Santos EHA. Não-ressuscitação, do ponto de vista da enfermagem, em uma unidade de cuidados paliativos oncológicos. *Rev Bras Cancerol.* 2007;53(2):231-6.
6. Pessini L, Bertachini L. (orgs.). *Humanização e cuidados paliativos.* 2ª ed. São Paulo: Manole; 2004.
7. Hospital das Clínicas Samuel Libânio. *Histórico do Hospital das Clínicas Samuel Libânio* [Internet]. [Acesso em 04 set 2013]. Disponível em: <http://www.univas.edu.br/hcsl/hcsl_Interna.asp?opc=1>.
8. Barros NCB, Oliveira CDB, Alves ERP, França ISX, Nascimento RM, Freire MEM. Cuidados paliativos na UTI: compreensão, limites e possibilidades por enfermeiros. *Rev Enferm UFSM.* 2012;2(3):630-40
9. Silva RCF, Hortale VA. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nessa área. *Cad Saúde Pública.* 2006;22(10):2055-66.
10. Souza FT, Marques IR. Eutanásia, ética, cuidados paliativos e enfermagem. *Rev Enferm UNISA.* 2005;6:46-51.
11. Amaral JB, Menezes MR, Ramos JLC, Rocha MDS. Sentimentos vivenciados pelas enfermeiras durante o cuidado paliativo de idosos hospitalizados. *Rev Enferm UFPE online.* 2011;5(3):729-33.
12. Diamante LM, Teixeira MB. Cuidados paliativos: conhecimentos e sentimentos do enfermeiro que atua nas unidades de clínica médica, e moléstia infecto-contagiosa de um hospital de um hospital geral [Dissertação]. Guarulhos: Universidade de Guarulhos; 2007.
13. Souza ATO França JRFS, Santos MFO, Costa SFG, Souto CMRM. Cuidados paliativos com pacientes terminais: um enfoque na bioética. *Rev Cuba Enferm.* 2010;26(3):117-29.
14. Floriani CA, Schramm FR. Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. *Cienc Saúde Coletiva.* 2008;13(Sup2):2123-32.

Correspondência: José Vitor da Silva Av. Alfredo Custódia de Paula, 240 – Centro Pouso Alegre – MG – CEP: 37550-000 Tel.: (35) 3449 2103 E-mail: enfjvitorsilva@oi.com.br