



Cuidados paliativos: percepção da equipe multiprofissional atuante em uma Unidade de Terapia Intensiva

Palliative care: perception of the multiprofessional team working in an Intensive Care Unit

Aline Lima Ribeiro¹, Fernanda Gatez Trevisan dos Santos², Luana Cristina Bellini Cardoso³, Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic³, Andressa Martins Dias Ferreira², Maria Emília Grassi Busto Miguel⁴, Nelly Lopes de Moraes Gil⁵

¹ Enfermeira. Especialista em Urgência e Emergência pela Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá (PR), Brasil; ² Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Enfermagem na Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá (PR), Brasil; ³ Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Maringá. Professora Adjunto na Universidade Estadual de Maringá (UEM) e no Programa de Pós-graduação em Enfermagem na Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá (PR), Brasil; ⁴ Doutora em enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM) Maringá (PR), Brasil; ⁵ Doutora em Doenças Tropicais pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Professora adjunta da Universidade Estadual de Maringá (UEM) Maringá (PR), Brasil.

*Autor correspondente: Fernanda Gatez Trevisan dos Santos - E-mail: fer.gatez@gmail.com

RESUMO

Este trabalho objetiva compreender a percepção da equipe multiprofissional atuante na Unidade de Terapia Intensiva sobre os cuidados paliativos. Trata-se de estudo exploratório, qualitativo. Os participantes foram 14 profissionais da equipe multiprofissional, atuantes na Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Municipal. A coleta de dados foi realizada entre julho e agosto de 2019, por meio de entrevista individual, semiestruturada, gravada e transcrita. Os dados foram processados no *software Iramuteq* e submetidos à análise de conteúdo de Bardin. Os resultados obtidos foram apresentados em três categorias: Cuidado paliativo: promoção do conforto na integralidade do indivíduo cuidado; Insegurança e fragmentação do cuidado paliativo: dificuldades da equipe multiprofissional; O profissional de saúde e o outro: integração com o paciente e família. Diante disso, os profissionais compreendem o cuidado paliativo como estratégia de promover o conforto e amenizar o sofrimento, respeitando a dignidade do paciente e o tratando como um ser integral e complexo.

Palavras-chave: Bioética. Cuidados paliativos. Equipe de assistência ao paciente. Unidade de terapia intensiva.

ABSTRACT

This study aims to understand the perception about palliative care of the multiprofessional team working in an Intensive Care Unit. It is an exploratory, qualitative study. Participants were 14 professionals of the multiprofessional team, working in the Intensive Care Unit at a Municipal Hospital. Data collection was carried out between July and August 2019, through an individual, semi-structured, recorded and transcribed interview. Data were processed using the software *Iramuteq*, and submitted to content analysis proposed by Bardin. The obtained results were presented in three categories: Palliative care: promoting comfort in the integrality of the patient; Insecurity and fragmentation of palliative care: difficulties of the multiprofessional team; The Healthcare professional and the other: integration with the patient and family. Therefore, the professionals understand palliative care as a strategy to promote comfort and alleviate suffering, respecting patients' dignity and treating them as an complete and complex being.

Keywords: Bioethics. Intensive care units. Palliative care. Patient care team.

Recebido em Junho 15, 2020
Aceito em Novembro 04, 2020

INTRODUÇÃO

O termo "paliativo" é originado do latim *pallium* que significa proteção, e tem como objetivo amenizar a dor e o sofrimento, visando melhorar a qualidade de vida dos pacientes críticos diante da ameaça à vida. Os Cuidados Paliativos (CP) devem abarcar os aspectos físicos, emocionais e espirituais do paciente, além de respeitar sua autonomia e incluir a família no processo de cuidado.¹⁻³

O CP vem crescendo no atual contexto hospitalar devido ao aumento significativo de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na população.⁴ O trabalho em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) se faz essencial uma vez que esse setor é destinado principalmente a oferecer os cuidados complexos.⁵⁻⁶ O início do CP não deve ser postergado, e pode ocorrer desde o diagnóstico da doença grave, conjuntamente ao tratamento ativo, de forma a oferecer condições de conforto para o paciente, bem como o alívio do sofrimento.^{3,7,8} Nesse sentido, deve-se conduzir o cuidado de forma holística e não somente com um olhar curativista. Contudo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) apontou que apenas 14% daqueles que têm indicação de tratamento paliativo de fato o recebem.⁹

Muitos fatores contribuem para que a obstinação terapêutica, isto é, medidas desproporcionais para evitar o fim da vida, seja prática nas UTI. Dentre eles: a formação dos profissionais, o avanço tecnológico de suporte à vida, a dificuldade em compreender a finitude da vida,

sentimento de frustração, fracasso e impotência.⁹

Diante de tal complexidade, os profissionais de saúde que atuam em UTI enfrentam diariamente situações que requerem reflexão e tomadas de decisões baseadas nos princípios éticos que fundamentam suas condutas.^{3,9} A equipe multidisciplinar é essencial e deve estar preparada para reavaliações contínuas dos pacientes, a fim de oferecer tratamento de acordo com a necessidade de cada um, promovendo a comunicação entre os membros da equipe e a inclusão dos pacientes e suas famílias nas tomadas de decisão. Ao considerar a autonomia do paciente e a vontade da família, se contribui para minimizar o receio, a dúvida e a angústia que os afligem neste processo.³

Nesse contexto, se destaca que a falta de preparo dos membros da equipe multiprofissional para lidar com o paciente sem possibilidade de cura, pode acarretar prolongado sofrimento. Portanto, o presente estudo teve como objetivo compreender a percepção da equipe multiprofissional atuante na Unidade de Terapia Intensiva sobre os cuidados paliativos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa. Dessa forma, utilizou-se o *Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ)*¹⁰ para nortear a metodologia do estudo realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Municipal de um município no Noroeste do Paraná.

Os participantes da pesquisa foram profissionais de saúde que compõem a equipe multiprofissional da UTI, sendo eles: médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas e nutricionistas. Foram estabelecidos os seguintes critérios de elegibilidade: estar em exercício profissional na UTI com o mínimo de seis meses e ser profissional graduado. Excluíram-se aqueles que estavam de férias ou afastados do serviço por qualquer motivo durante o período da coleta de dados.

A coleta se deu no período de julho a agosto de 2019, por meio de entrevista individual, guiada por roteiro semiestruturado elaborado pelos autores. As entrevistas iniciaram com a seguinte questão norteadora: *Conte-me sobre suas vivências e percepções relacionadas aos cuidados paliativos enquanto profissional de saúde de uma UTI*. Perguntas posteriores ocorreram para aprofundamento dos dados.

As entrevistas foram conduzidas por uma única pesquisadora, a qual não possuía contato prévio com os participantes do estudo. Elas foram previamente agendadas e tiveram duração média de 40 minutos, sendo realizadas uma única vez com cada participante (n = 14), em sala privativa no próprio serviço, de modo a interferir minimamente em seus deveres e atividades. Estas foram gravadas com recurso de áudio e transcritas na íntegra, objetivando preservar o conteúdo das falas. No intuito de preservar o anonimato dos participantes, estes foram identificados por suas respectivas profissões, seguido do número de sua entrada nesta pesquisa (Exemplo: Enfermeiro 01).

Para a organização dos dados utilizou-se o *software* IRAMuTeQ® 0.7 (*Interface do R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). Inicialmente, construiu-se um *corpus* textual com trechos dos discursos dos participantes que respondiam ao objetivo do estudo, a partir da frequência das palavras, originaram-se os seguimentos de textos (cada seguimento de texto equivale a aproximadamente 3,25 linhas).

Para esse estudo, adotou-se a nuvem de palavras a qual agrupa e organiza os vocábulos graficamente em função da sua frequência no texto. Sua identificação se dá a partir de um único arquivo, denominado *corpus textual*, o qual é construído a partir das falas dos participantes. O *corpus* é repartido em segmentos de texto ou em unidades de contexto elementar (UCE) e realiza-se análise lexical simples, a qual é graficamente interessante, na medida em que possibilita rápida identificação das palavras-chave em uma imagem.¹¹

Ressalta-se que o uso do *software* não exige o pesquisador de analisar e interpretar os resultados, dado que se trata apenas de uma ferramenta para processar e sistematizar as informações.¹² Portanto, a análise dos dados ocorreu de acordo com a Técnica de Análise de Conteúdo de Bardin, em três etapas: 1) pré-análise, mediante leitura exhaustiva das falas com o objetivo de conhecer, compreender e interpretar seu conteúdo; 2) exploração do material, com a busca pelas unidades de registro e em seguida as unidades de significado; 3) tratamento dos resultados, etapa de identificação das categorias mais relevantes em relação ao objeto de estudo.¹³

CUIDADO PALIATIVO: PROMOÇÃO DO CONFORTO NA INTEGRALIDADE DO INDIVÍDUO CUIDADO

O CP é compreendido como um recurso implantado para redução do sofrimento e como medida de promover conforto para pacientes críticos diante da ameaça à vida.

Quando há uma compreensão de que os procedimentos não irão mais ter um fim terapêutico, você deve focar e direcionar as suas forças para alívio de sintomas, acolhimento da família e respeitar as questões religiosas. Se não podemos curar o mínimo que podemos fazer é minimizar o sofrimento. (Médico 04)

Todo paciente é visto como um indivíduo complexo, ou seja, o cuidado não se restringe apenas aos aspectos físicos de dor e sofrimento, mas também às necessidades psíquicas e emocionais de cada um.

O conforto, a paz, conforto emocional, carinho, afeto que é dado, eu acho que isso é o essencial e fundamental para todos. (Fisioterapeuta 07)

Além de atender as necessidades do paciente a partir de um olhar holístico e humanizado, também se mencionam os aspectos éticos que devem nortear a conduta dos profissionais, destacam-se os princípios da beneficência, que compreende fazer o bem, acolher, promover o conforto em todos os aspectos, e não maleficência, isto é, não infligir dano intencional.

Oferecer as necessidades básicas do paciente de acordo com o estágio que ele está da evolução da doença, atender as necessidades sejam elas físicas, psíquicas, emocionais, sem prolongar um estado de vida onde não vai ter qualidade de vida nenhuma, no caso uma distanásia. (Enfermeira 05)

Ventilação mecânica invasiva, coletar gasometria, são coisas que eu entendo que nesse período são desnecessárias, mais estresse para o paciente. (Fisioterapeuta 07)

Entende-se que promover o conforto também significa evitar tratamentos fúteis e permitir que, no momento certo, a morte ocorra de forma natural e digna, evitando a distanásia.

INSEGURANÇA E FRAGMENTAÇÃO DO CUIDADO PALIATIVO: DIFICULDADES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Nessa categoria, os profissionais demonstraram a fragilidade em sua formação acadêmica no que tange aos CP, sendo que o primeiro contato com esse tipo de assistência ocorreu apenas durante as especializações ou até mesmo no campo de trabalho.

Na minha época não se trabalhava isso, não tive nada na verdade de conhecimento sobre os cuidados paliativos, tanto é que quando comecei a trabalhar tinha a visão de não poder fazer mais nada e hoje eu tenho outra visão, com certeza. Eu vejo que hoje o profissional da saúde não está preparado

para lidar com isso.
(Fisioterapeuta 09)

Acho que precisa de um pouco mais de abertura começando nas universidades, quando vem com isso na carreira acadêmica talvez seja mais fácil para esse futuro profissional saber agir, mas quando eu saí da graduação isso era pouco falado.
(Fisioterapeuta 07)

No que tange à fragilidade na formação acadêmica e, conseqüentemente, falta de conhecimento sobre a temática, foi identificado que o profissional recém-formado não se sente preparado para lidar com pacientes críticos em CP. Diante da problemática evidenciada, se sugere a abordagem sobre os CP na grade curricular da graduação como uma alternativa para minimizar o problema, como se observa na fala a seguir:

Só a graduação não é o suficiente, porque a gente acaba fazendo curso, lendo outras matérias. O que falta mesmo é abordar isso na formação, a gente acaba adquirindo isso depois de outras formas, mas não na faculdade. (Médico 10)

Apesar do déficit na formação inicial, entende-se que os profissionais não devem se limitar ao conteúdo programático que lhes foi oferecido na graduação, havendo necessidade de realizar leituras e, em alguns casos, mais cursos. Outra dificuldade relatada foi como identificar o momento adequado para iniciar o CP, uma vez que a demora em começar esse cuidado

prolonga a realização de procedimentos invasivos desnecessários.

Os nossos profissionais da saúde acham que não é a hora de começar o cuidado paliativo e às vezes ficam prolongando um sofrimento, então tem que ter uma compressão de toda a equipe para iniciar esse tipo de suporte. (Médico 13)

Tratamentos inúteis, ocupando às vezes um leito de UTI, antibiótico, terapia de alto custo que a gente sabe que não vai surtir nenhum efeito.
(Enfermeiro 05)

Foi observado que nem sempre há um consenso na decisão de suspender o tratamento em pacientes fora da possibilidade de cura. Além disso, também se identificou dificuldade entre os profissionais com relação à padronização do cuidado, essa divergência pode desencadear uma falta de continuidade na conduta da equipe, como foi evidenciado na fala a seguir:

É claro que alguns procedimentos serão diminuídos, igual a gente tinha um chefe antes que o paciente em CP era visto sinais vitais uma vez só no período, glicemia saía, o que eu acho que tem muita confusão ainda, nos itens que mantêm ou não, mas talvez para enfermagem é isso mesmo, procedimento.
(Enfermeiro 01)

O PROFISSIONAL DE SAÚDE E O OUTRO: INTEGRAÇÃO COM O PACIENTE E FAMÍLIA

Nos relatos a seguir observa-se que a comunicação eficaz facilita o processo de implantação de CP, uma vez que melhora a aceitação dos familiares e do próprio paciente, além de promover maior confiança dos familiares para com as condutas tomadas pelos profissionais.

A família é chamada várias vezes para conversar sobre a limitação dos suportes e eles não entendem. Não são todas as famílias, a gente vê que a maioria das famílias, independente do grau de instrução eles entendem bem, mas tem algumas famílias que acabam limitando o serviço. (Enfermeiro 01)

Deve haver uma comunicação clara, você informar tudo que está acontecendo para a família, esclarecer, deixar a família segura, acolher e dar o conforto para o paciente. (Fisioterapeuta 08)

Além disso, destaca-se a importância de ocorrer uma relação de diálogo desde o início do adoecimento, isto é, o diagnóstico de doença grave, a fim de criar um vínculo com a família e o paciente e prepará-los para enfrentar as possíveis adversidades.

Primeiro lugar, paciente foi hospitalizado, tem que ter uma atenção com a família,

trabalhar com a família desde a internação e a família acompanhar a evolução do paciente. Pode ser que o paciente tenha bons resultados e não chegue ao paliativo, mas caso haja uma piora a família já está preparada, eu vejo que falta isso, o familiar só fica sabendo no último momento, aí é um choque. (Nutricionista 03)

Deveria abordar mais esse tema com os pacientes, não só paciente terminal, mas quando recebe um diagnóstico de uma doença grave, então abordar a família, abordar o paciente. (Enfermeiro 05)

Em um setor de cuidados complexos como a UTI não se pode negligenciar a utilização das tecnologias leves, que se referem às tecnologias de relações, como produção de vínculo, acolhimento e a comunicação, sendo observado nas falas que os profissionais têm a preocupação de estabelecer uma relação de vínculo com os pacientes e familiares desde a hospitalização.

DISCUSSÃO

Os profissionais entrevistados demonstraram compreender o CP como estratégia de promover o conforto e amenizar o sofrimento, e ressaltaram a importância de estabelecer uma boa comunicação com a família e os demais membros da equipe multiprofissional. Foram identificadas fragilidades na formação dos profissionais, visto que os

mesmos vivenciaram os CP pela primeira vez na prática profissional. Também foi possível evidenciar divergências na conduta da equipe, na qual os profissionais têm dificuldades em estabelecer o momento adequado para iniciar os CP e quais condutas devem ser mantidas para cada paciente.

As necessidades de conforto podem ser apresentadas em quatro contextos: o físico, que se refere à dor; o psicoespiritual, que compreende a fé e a autoestima; o sociocultural, que engloba as relações interpessoais; e o contexto ambiental, que é influenciado pela iluminação, temperatura e outros aspectos do ambiente.¹² Considerando que cada paciente é único e possui valores individuais, é importante que os profissionais considerem sua singularidade e prestem uma assistência humanizada e atenta para perceber as necessidades de cada um, para assim oferecer o suporte oportuno.¹⁴

Estudo desenvolvido na Bahia sobre o conforto no final de vida na terapia intensiva corrobora os resultados desta pesquisa. A equipe multiprofissional destacou que para promover conforto é necessário atender as necessidades físicas para alívio de sintomatologias comuns ao paciente em CP, como dispneia e náuseas e evitar intervenções dolorosas. Quanto aos aspectos psicológicos, o conforto pode ser promovido através do diálogo, demonstrações de carinho, atenção, palavras de coragem e força. Também se destacou a aproximação com a fé como estratégia de conforto, na qual os profissionais incentivam o alívio do

sofrimento através da busca pelos aspectos religiosos e espirituais.¹⁵

Na perspectiva da bioética, a equipe multiprofissional deve ter em vista os princípios de beneficência, não maleficência, justiça e autonomia.¹⁶ A realização de procedimentos invasivos em pacientes sem possibilidade de recuperação se caracteriza em distanásia ou obstinação terapêutica,¹⁷⁻¹⁸ na qual o tratamento causa sofrimento e angústia para os pacientes, uma vez que prolonga o processo de morrer. O Código de Ética Médica e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem respaldam a suspensão de tratamentos para o doente em situação clínica irreversível e terminal, respeitando a vontade de paciente ou representante legal.^{3,9,19}

A fragilidade na abordagem dos cuidados paliativos durante graduação multidisciplinar foi evidenciada em diversos estudos, bem como a insatisfação profissional com a formação oferecida. As falhas teóricas na formação geram dificuldade e insegurança para realizar os cuidados de paciente em CP.²⁰⁻²² Pesquisa realizada nos Estados Unidos mostrou que muitos médicos e enfermeiros, principalmente os mais velhos, não tiveram contato com a temática CP em sua formação inicial e não tiveram treinamento recente a respeito do gerenciamento de fim de vida.²⁰

Um atendimento de qualidade no final da vida só é possível com uma equipe qualificada e confiante. Portanto, a educação continuada se configura como importante estratégia para amenizar a deficiência formativa, assim a equipe adequadamente especializada e treinada é capaz de atuar com mais segurança.²³ Os

profissionais que atuam no atendimento de pacientes críticos necessitam de habilidades dependentes da tecnologia dura, que é entendida como equipamentos, porém deve ser complementada pela tecnologia leve que corresponde aos aspectos éticos, humanos, morais e sociais.²⁴

Nesse contexto, destaca-se a comunicação como tecnologia leve, que demanda escuta ativa, olhar e postura do profissional. Com a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH), a tendência é intensificar o bom relacionamento interpessoal entre paciente-equipe-família. Pesquisas evidenciaram que a comunicação e o acolhimento dos familiares são de extrema importância no processo de cuidar, tornando-o mais humano e contribuindo para minimizar os sentimentos negativos no contexto hospitalar.^{14,25} Além do direito à informação, que protege tanto o paciente como a família,¹⁹ ressalta-se também o direito à autonomia em fazer escolhas relativas ao tratamento, inclusive para permitir ou coibir procedimentos.⁹

As fragilidades apontadas pelos profissionais foram com relação à dificuldade na padronização do cuidado, falta de continuidade na conduta da equipe e dificuldade de identificar o momento de iniciar o CP. Destaca-se novamente a importância da comunicação para a tomada de decisões, planejamento e execução do cuidado entre os próprios membros da equipe multidisciplinar e a inclusão do paciente e sua família.^{3,9,26}

Estudo realizado no Reino Unido com profissionais de saúde de uma UTI evidenciou que os diferentes julgamentos

clínicos geraram dificuldades em obter um consenso entre a equipe, caracterizando uma barreira significativa para o processo de CP. Destacou-se, porém, um consenso entre eles sobre a necessidade de reconhecimento precoce das condições limitantes da vida, a fim de iniciar os CP o quanto antes, ao invés de esperar até que se esgotem todas as opções terapêuticas.²⁷

Além disso, a realização de protocolos é de extrema importância, pois eles tendem a aprimorar a assistência, favorecendo o uso de práticas cientificamente sustentadas. Com isso, se reduz a variabilidade das condutas realizadas pela equipe multiprofissional e se promove maior cooperação entre a mesma, além disso, os protocolos oferecem as melhores opções disponíveis de cuidado.²⁸

Como limitação do estudo, destaca-se que a população ficou restrita aos profissionais de um único hospital, não sendo abordados trabalhadores de outras UTI. Assim, as perspectivas desses atores enriqueceriam o entendimento sobre a configuração da assistência em CP e possibilitariam abarcar as suas reais demandas, suscitando a melhoria da assistência e maior efetividade das ações. De qualquer modo, os resultados obtidos permitiram discutir os desafios na condução dos CP.

Portanto, espera-se que os resultados desta pesquisa subsidiem o fortalecimento de um novo paradigma de atenção aos cuidados paliativos, por meio da sensibilização dos profissionais de saúde, independentemente de sua especialidade. Isso permitirá que eles compreendam que os CP não podem, nem

tão pouco devem, ser dissociados das demais necessidades da pessoa, e que os pacientes precisam ser atendidos de forma digna e integral até sua finitude.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu compreender a percepção da equipe multiprofissional atuante na UTI acerca do cuidado paliativo. Foi identificado que os profissionais compreendem o CP como estratégia de promover o conforto e amenizar o sofrimento, respeitando a dignidade do paciente e o tratando como um ser integral e complexo.

Os participantes da pesquisa ressaltaram a importância de estabelecer uma boa comunicação com a família e os demais membros da equipe multiprofissional. Além disso, também destacaram fragilidades quanto à formação profissional e divergências na conduta da equipe.

REFERÊNCIAS

1. Andrade CG, Costa SFG, Lopes MEL. Palliative care: communication as a strategy of care for the terminal patient. *Ciênc. saúde coletiva*. [internet] 2013 [acesso em 2019 Jul 10]; 18 (9): 2523-30. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900006>
2. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, Alesi ER, Tracy A Balboni, Ethan M. Basch Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol*. [internet] 2017 [acesso em 2019 Jul 09]; 35 (1): 96-112. DOI: <http://dx.doi.org/10.1200/jco.2016.70.1474>
3. Pegoraro MMO, Paganini MC. Palliative care and limitation of life support in intensive care. *Rev. bioét.* (Impr.). [internet] 2019 [acesso em 2020 Jul 10]; 27 (4): 699-710. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422019274353>
4. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2017 [acesso em 2019 Jun 19]; 51 (suppl. 1). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000090>
5. Neves JL, Schwartz E, Guanilo MEE, Amestoy SC, Mendieta MC, Lise. Avaliação da satisfação de familiares de pacientes atendidos em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa. *Texto contexto Enfermagem*. [internet] 2018 [acesso em 2020 Jan 22]; 27 (2): e1800016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180001800016>
6. Lima ASS, Nogueira GS, Werneck-Leite CDS. Cuidados paliativos em terapia intensiva: a ótica da equipe multiprofissional. *Rev. SBPH*. [internet] 2019 [acesso em 2020 Fev 07]; 22 (1): 91-106. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000100006&lng=pt&nrm=iso
7. Gulin JEHMB, Nascimento ERP, Moritz RD, Rosa LM, Silveira NR, Oliveira Vargas MAO. A equipe da Unidade de Terapia Intensiva frente ao cuidado paliativo: discurso do sujeito coletivo. *Rev. esc enferm USP*.

- [internet] 2017 [acesso em 2020 Jan 22]; 51: e03221. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016041703221>
8. Coelho CBT, Yankaskas JR. Novos conceitos em cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Rev. bras ter intensiva*. [internet] 2017 [acesso em 2019 Dez 10]; 29 (2): 222-30. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507x.20170031>
 9. Maingué PCPM, Sganzerla A, Guirro UBP, Perini CC. Bioethical discussion on end of life patient care *Rev. Bioét.* [internet] 2020 [acesso em 2020 Mar 25]; 28 (1): 135-46. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422020281376>
 10. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. [internet] 2007 [acesso em 2020 Jul 10]; 19 (6): 349-357. <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349.long>
 11. Souza MAR, Wall ML, Thuler ACMC, Lowen IMV, Peres AM. The use of IRAMUTEQ software for data analysis in qualitative research. *Rev esc enferm USP*. [internet] 2018 [acesso em 2019 Jul 10]; 52: e03353. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017015003353>
 12. Lahlou S. Text Mining Methods: An answer to Chartier and Meunier. *Papers on Social Representations*. [Internet]. 2012 [acesso em 2019 Out 1]; 20 (38): 1-7. Available from: http://www.psych.lse.ac.uk/psr/PSR2011/20_39.pdf
 13. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016.
 14. Gayoso MV, Ávila MAG, da Silva TA, Alencar RA. Nível de conforto de cuidadores de pacientes com câncer em tratamento paliativo. *Rev Latino-Am Enfermagem*. [internet] 2018 [acesso em 2019 Jul 10]; 26: e3029. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2521.3029>
 15. Pires IB, Menezes TM, Cerqueira BB, Albuquerque RS, Moura HC, Freitas RA, et al. End-of-life comfort in intensive care: the perception of the multidisciplinary team. *Acta Paul Enferm*. [internet] 2020 [acesso em 2020 Set 28]; eAPE20190148. DOI: <http://dx.doi.org/10.37689/actaape/2020AO0148>
 16. Goularte PN, Gabarra LM, Moré CLOO. The visit in an adult Intensive Care Unit: perspective of the multiprofessional team. *Rev Psicol Saúde*. [internet] 2020 [acesso em 2020 Mar 25]; 12 (1): 157-70. DOI: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v12i1.734>
 17. Costa BP, Duarte LA. Reflexões bioéticas sobre finitude da vida, cuidados paliativos e fisioterapia. *Rev Bioét.* [internet] 2019 [acesso em 2019 dez 10]; 27 (3): 510-15. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422019273335>
 18. Monteiro MC, Magalhães AS, Carneiro TF, Machado RN. Terminalidade em UTI: dimensões emocionais e éticas do cuidado do médico intensivista. *Psicol Estudo*. [internet] 2016 [acesso em 2019 Jul 10]; 21 (1): 65-75. DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/psicoestud.v21i1.28480>

19. Silva RS, Pereira Á, Mussi FC. Conforto para uma boa morte: perspectiva de uma equipe de enfermagem intensivista. *Esc. Anna Nery*. [internet] 2015 [acesso em 2019 Jul 10]; 19 (1): 40-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150006>
20. Gervasio RD, Ribeiro RP, Boechat IT, Cabral HLTB. A obstinação terapêutica e o prolongamento da vida para além da dor. *Rev Transformar*. [internet] 2018 [acesso em 2020 Mai 27]; 12 (1): 197-215. Disponível em: <http://www.fsj.edu.br/transformar/index.php/transformar/article/view/160>
21. Duty MS, Loftus J. Transforming the Workforce for Primary Palliative Care Through a System-Wide Educational Initiative. *J Nurs Adm*. [internet] 2019 [acesso em 2020 Mai 27]; 49 (10): 466-472. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/NNA.0000000000000789>
22. Pereira DG, Fernandes J, Ferreira LS, Rabelo RO, Pessalacia JDR, Souza RS. Significado dos cuidados paliativos na ótica de enfermeiros e gestores da atenção primária à saúde. *Rev enferm UFPE*. [internet] 2017 [acesso em 2020 Mai 27]; 11 (Supl. 3): 1357-64. DOI: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.10263-91568-1-RV.1103sup201706>
23. Costa AP, Poles K, Silva AE. Formação em cuidados paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem. *Interface (Botucatu)*. [internet] 2016 [acesso em 2020 Mai 27]; 20 (59): 1041-52. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0774>
24. Cezar VS, Castilho RK, Reys KZ, et al. Educação Permanente em Cuidados Paliativos: uma Proposta de Pesquisa-Ação. [internet] 2019 [acesso em 2020 Mai 27]; 11 (n. esp): 324-332. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.324-332>
25. Almeida Q, Fófano GA. Tecnologias leves aplicadas ao cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva: uma revisão de literatura. *HU Revista*. [internet]. 2016 [acesso em 2020 Jan 20]; 42 (3): 191-96. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurvista/article/view/2494>
26. Andrade GB, Pedroso VSM, Weykamp JM, Soares LS, Siqueira HCH, Yasin JCM. Cuidados Paliativos e a importância da comunicação entre o enfermeiro e paciente, familiar e cuidador. *Rev Fund Care*. [internet] 2019 [acesso em 2020 Mai 26]; 11 (3): 713-717. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.713-717>
27. Mitchell S, Dale J. Advance Care Planning in palliative care: A qualitative investigation into the perspective of Paediatric Intensive Care Unit staff. *Palliative Medicine*. [internet] 2015 [acesso em 2020 Set 28]; 29 (4): 371-9. DOI: <https://doi.org/10.1177/0269216315573000>
28. Zanetti TG, Graube SL, Dezordi CCM, Bittencourt VLL, Horn RCH, Stumm EMF. Sintomas de estresse em familiares de pacientes adultos em terapia intensiva. *Rev Saúde Pesq*. [internet] 2017 [acesso em 2019 Jul 10]; 10 (3): 549-55. DOI: <http://dx.doi.org/10.177651/1983-1870.2017v10n3p549-555>