







Cuidado pré-operatório para pacientes em estágio terminal de doença na perspectiva dos enfermeiros

Preoperative care for patients in terminal stage of disease from the perspective of nurses

Como citar este artigo:

Leite NL, Santos ACL, Cavalcanti ACBS, Cavalcanti ATA, Gomes ET, Püschel VAA. Preoperative care for patients in terminal stage of disease from the perspective of nurses. Rev Rene. 2022;23:e81328. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20222381328>

-  Natália de Luna Leite¹
 Andellyhose Clébia Lima dos Santos¹
 Amanda Carla Borba de Souza Cavalcanti¹
 Aracele Tenório de Almeida e Cavalcanti¹
 Eduardo Tavares Gomes^{1,2}
 Vilanice Alves de Araújo Püschel²

¹Universidade Federal de Pernambuco.
Recife, PE, Brasil.

²Universidade de São Paulo.
São Paulo, SP, Brasil.

Autor correspondente:

Eduardo Tavares Gomes
Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 419 -
Cerqueira César, CEP: 05403-000,
São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: edutgs@hotmail.com

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

EDITOR CHEFE: Ana Fatima Carvalho Fernandes

EDITOR ASSOCIADO: Francisca Diana da Silva Negreiros

RESUMO

Objetivo: compreender os significados atribuídos pelos enfermeiros à assistência pré-operatória prestada a pacientes em estágio terminal de doenças. **Métodos:** pesquisa qualitativa que utilizou como referencial metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados e foi realizada nas enfermarias cirúrgicas de um hospital universitário. **Resultados:** participaram da pesquisa onze enfermeiros. Elaborou-se uma teoria para o fenômeno central: Os enfermeiros cuidando de pacientes em estágio terminal de doença no período pré-operatório no contexto de uma enfermaria cirúrgica. **Conclusão:** os enfermeiros atribuem significados a este cuidado que tem particularidades próprias, que requer preparo do profissional e que demanda, ainda, mais de uma comunicação efetiva dentro da equipe multidisciplinar e na relação com paciente e família. **Contribuições para a prática:** a teoria apresentada permite a reflexão do profissional sobre sua práxis, a compreensão das condições intervenientes para os dilemas éticos e conflitos envolvidos e consequências, além de estratégias para melhorar a assistência neste cenário. **Descritores:** Cuidados Paliativos; Bioética; Enfermagem Perioperatória; Cuidados de Enfermagem; Teoria Fundamentada.

ABSTRACT

Objective: to understand the meanings attributed by nurses to preoperative care provided to terminal disease patients. **Methods:** qualitative research that used the Grounded Theory as methodological reference and was conducted in the surgical wards of a university hospital. **Results:** eleven nurses participated in the research. A theory was elaborated for the central phenomenon: Nurses caring for terminal disease patients in the preoperative period in the context of a surgical ward. **Conclusion:** nurses attribute meanings to this care that has its own particularities, that requires professional preparation and that demands, even more, an effective communication within the multidisciplinary team and in the relationship with the patient and family. **Contributions to practice:** the theory presented allows professionals to reflect on their praxis, understand the intervening conditions for ethical dilemmas and conflicts involved and consequences, as well as strategies to improve care in this scenario. **Descriptors:** Palliative Care; Bioethics; Perioperative Nursing; Nursing Care; Grounded Theory.

Introdução

As cirurgias paliativas são ofertadas aos pacientes diante de uma patologia crônica-fatal o mais precoce possível com a indicação correta e consentimento de paciente e família, com o intuito de aliviar sintomas, melhorar a qualidade de vida e minimizar a dor⁽¹⁾. Têm papel fundamental no cuidado do paciente, uma vez que visam o alívio dos sintomas, melhoram sua qualidade de vida e proporcionam conforto sem causar a morte prematura⁽²⁻³⁾.

A enfermagem é uma das categorias profissionais que oferece mais desgaste emocional devido à interação e internação de pacientes quando, na maioria das vezes, acompanha o sofrimento, como a dor, a doença e processo de morte⁽⁴⁾. Neste sentido, o enfermeiro deve voltar seu cuidado, ainda, para além do paciente, ou seja, para seu grupo familiar, visto que esse profissional exerce papel importante no cuidado da pessoa em processo de terminalidade^(1,4).

As produções de enfermagem nessa área, mais recentemente, têm revelado a preocupação com a inserção do enfermeiro na equipe multidisciplinar na condição de participação na tomada de decisões e não apenas na prestação do seu cuidado isolado^(2,4). Nesta direção, é esperado que a Enfermagem produza mais reflexões sobre sua própria prática nesse campo, de forma a ampliar a compreensão sobre o alcance do seu cuidado para paciente e família e sobre os entraves e desafios que possam limitar sua atuação.

A respeito dos cuidados de enfermagem promovidos no pré-operatório de pacientes em estágio terminal de doença, a tomada de decisão em face dos conflitos e dilemas éticos existentes deve ser planejada e compartilhada por todos os envolvidos no processo. A pergunta norteadora da pesquisa foi: Quais os significados atribuídos por enfermeiros acerca dos cuidados prestados a pessoas com doenças em estágio terminal submetidas às cirurgias?. Assim, o objetivo foi compreender os significados atribuídos pelos enfermeiros acerca da assistência pré-operatória prestada a pacientes em estágio terminal de doenças.

Métodos

Pesquisa qualitativa sob a perspectiva da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) e realizada nas enfermarias cirúrgicas de um hospital universitário do Nordeste do Brasil, entre os meses de setembro e outubro de 2019⁽⁵⁻⁶⁾. O relato do trabalho segue as orientações contidas no *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ).

Trinta e dois enfermeiros trabalhavam em enfermarias com pacientes em estágio terminal de doença. Foram convidados 18 enfermeiros que exerciam sua função assistencial nas enfermarias cirúrgicas, há no mínimo seis meses, independentemente de gênero, idade ou formação posterior à graduação, não tendo sido incluídos 14 profissionais que se encontravam em férias, licença ou afastamento e os do turno noturno, visto que os mesmos não participam das visitas e reuniões clínicas que acontecem no serviço, geralmente, no turno da manhã. Não houve recusa em participar do estudo. A amostragem foi por conveniência, dimensionada por saturação teórica, sendo suspensa a inclusão de novos participantes assim que os dados obtidos apresentaram certa redundância ou repetição para o desenvolvimento de conceitos, perfazendo um total de onze enfermeiros na amostra final⁽⁷⁾.

Utilizou-se a vertente straussiana da TFD com um modelo paradigmático de verificação e coleta de dados por codificação axial, aberta e seletiva. Para a coleta de dados, foi utilizada a técnica de entrevista semiestruturada⁽⁵⁻⁷⁾. Foram realizadas duas entrevistas como piloto, que não foram consideradas na análise. A questão norteadora da pesquisa foi: Qual a sua percepção acerca do cuidado de enfermagem pré-operatório prestado a pacientes em estágio terminal de doenças? Como os pesquisadores também são profissionais do mesmo hospital, houve cuidado em não interromper nem interferir suas respostas, além de não emitir parecer ou julgamento sobre as mesmas.

As entrevistas foram realizadas em um ambiente privado. Foram coletados dados como idade, gênero, tempo de formação, tempo de atuação na área,

formação e qualificação específica em cuidados paliativos. A seguir, iniciaram-se as entrevistas, e não houve esclarecimento prévio acerca de conceitos. Houve gravação apenas do áudio das entrevistas e não houve repetição de entrevistas. As transcrições ocorreram em até uma semana. Ao passo que as entrevistas iam sendo realizadas, ocorria a análise dos dados, seguindo as etapas propostas pela TFD: codificação aberta, axial e seletiva⁽⁵⁻⁷⁾.

Na codificação aberta, os dados foram analisados manualmente, fala a fala, com o objetivo de identificar cada ideia/incidente/evento no código *in vivo*. Nessa etapa, formaram-se os códigos preliminares que, posteriormente, foram agrupados por similaridades e diferenças, elaborando-se os códigos conceituais. Buscaram-se códigos preliminares das falas, compilando-se os temas e tipos de enunciados de cada uma delas, sendo reunidas em códigos conceituais e alocadas em uma tabela à medida que surgiam novos códigos⁽⁵⁻⁷⁾. A saturação ocorreu quando nas entrevistas não foram apresentados novos códigos conceituais.

Numa segunda etapa, procedeu-se à codificação axial, na qual os códigos conceituais foram reagrupados em subcategorias que compuseram categorias de análise, a fim de obter-se uma explicação abrangente sobre o fenômeno do cuidado ao paciente em estágio terminal de doença no período perioperatório^(5,7).

Por fim, passou-se para a etapa de codificação seletiva em que as categorias encontradas foram comparadas e reordenadas para refinar o modelo teórico, resultando em duas categorias centrais⁽⁵⁻⁷⁾. Embora o modelo paradigmático escolhido sinalize para um fenômeno central, os autores sentiram a necessidade de apresentá-lo em duas categorias centrais que melhor possibilitassem a sua compreensão.

Para classificar e organizar as associações emergentes entre as categorias, utilizou-se o modelo paradigmático que estabelece uma relação entre as categorias com base nos seguintes componentes: fenômeno, contexto, condições causais e intervenientes, estratégias e as consequências⁽⁵⁻⁷⁾.

Embora o método possibilite que durante o percurso analítico haja a possibilidade de novos questionamentos e conexões entre os conceitos/categorias para um alinhamento teórico, optou-se por um processo de triangulação na validação dos dados no qual o pesquisador que realizou a coleta não a transcreveu; outra pessoa realizou as transcrições, que foram avaliadas a seguir pelo entrevistador e por mais um pesquisador que não havia participado da entrevista nem da transcrição, mas que teve acesso aos áudios, e, só após essa escuta, os envolvidos nessas etapas puderam confrontar suas percepções sobre os conteúdos em duas reuniões presenciais⁽⁸⁾.

Na TFD, a validação tem por objetivo comprovar que a teoria é representativa da realidade investigada⁽⁶⁾. A aplicabilidade da teoria substantiva apresentada foi avaliada por quatro critérios: ajuste, compreensão, generalização teórica e controle. A teoria foi avaliada como de fácil compreensão pelos pesquisadores que têm experiência assistencial na área estudada bem como pelos enfermeiros assistenciais. O resultado da pesquisa foi apresentado aos depoentes que validaram a apresentação da teoria. Quanto ao controle da teoria substantiva, algumas hipóteses de relações entre as subcategorias foram testadas por outros estudos apresentados, o que leva a sugerir que sigam em validação por outras pesquisas⁽⁶⁾.

O projeto do estudo foi submetido, apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (Parecer nº 3.148.711/2019). Os profissionais convidados que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para assegurar o sigilo, os enfermeiros são identificados na descrição dos resultados pela letra E seguida do número de ordem das entrevistas (E1, E2, E3, ...).

Resultados

Participaram onze enfermeiros e não houve recusa. Dos entrevistados, apenas um era do sexo masculino, tendo os participantes média de idade de 32 anos, com média de 8,7 anos de formação e 8,27 anos

de experiência profissional. Quatro enfermeiros possuíam especialização; quatro, especialização na modalidade de residência em enfermagem; e três, mestrado. Nenhum dos enfermeiros possuía formação em cuidados paliativos.

As categorias foram centradas no seguinte fenômeno central: Os enfermeiros cuidando de pacientes em estágio terminal de doença no período pré-operatório no contexto de uma enfermaria cirúrgica. A teoria apresentada em torno do fenômeno central é uma teoria substantiva, que é próxima do problema específico.

Foram desenhadas duas categorias: Categoria 1 – Vivenciando aspectos éticos do cuidado pré-operatório para pacientes em estágio terminal de doença, com quatro subcategorias relacionadas a condições

causais (Manejando dilemas/conflitos éticos) e intervenientes (Valorizando a relação equipe-paciente-família; Reconhecendo a importância do preparo profissional; Reconhecendo a importância da comunicação entre a equipe multiprofissional); e Categoria 2 – Elaborando o cuidado pré-operatório para pacientes em estágio terminal de doença, com seis subcategorias relacionadas a estratégias (Diferenciando a rotina pré-operatória entre cirurgia eletiva e paliativa; Valorizando a abordagem multidisciplinar; Focando na melhoria na comunicação e da participação nas decisões) e consequências (Realizando procedimento cirúrgico para a melhoria da qualidade de vida; Respeitando à vontade do paciente; Prestando informações claras à família). A Figura 1 explicita as relações dos fatores da teoria que auxiliam a compreensão do fenômeno.

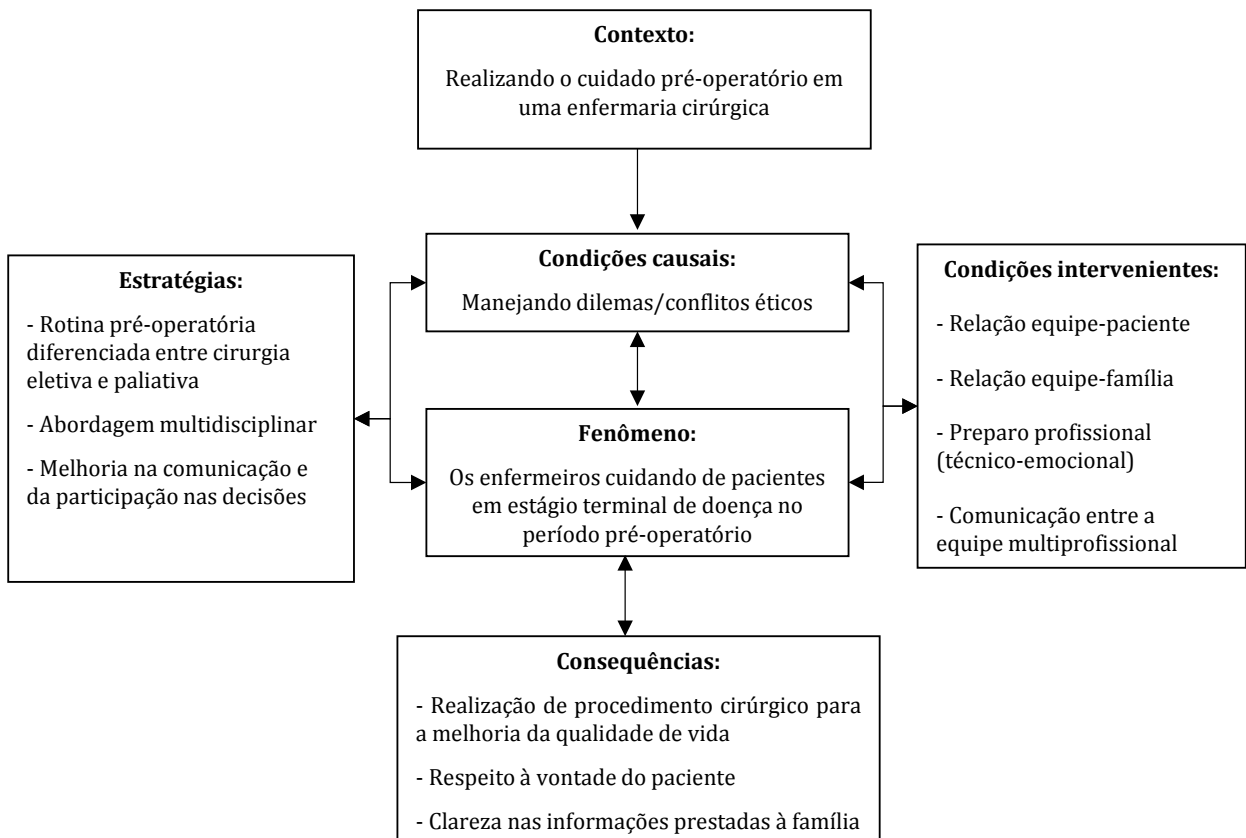


Figura 1 – Diagrama da teoria fundamentada. Recife, PE, Brasil, 2021

Categoria 1 – Vivenciando aspectos éticos do cuidado pré-operatório para pacientes em estágio terminal de doença

Inicialmente, os enfermeiros foram abordados quanto ao fenômeno, para investigar o conceito que eles tinham acerca das cirurgias para pacientes em cuidados paliativos. A cirurgia paliativa foi associada ao procedimento realizado para proporcionar melhor qualidade de vida ao paciente. Apenas um enfermeiro se identificou com o procedimento realizado com finalidade de prolongar a vida do paciente, o que revela que a maioria dos entrevistados não atribuiu esse significado à cirurgia paliativa.

Ainda que não houvesse embasamento teórico em suas falas, subjacente ao que era exposto, questões pertinentes a respeito da autonomia do paciente e de outros aspectos éticos foram levantadas, como apresentadas nas subcategorias a seguir.

A subcategoria *Manejando dilemas/conflitos éticos* fica claramente exposta na fala: *Há muitos conflitos, do que vai ser dito, até mesmo do paciente de escolher o que vai ser feito e o que não vai ser feito, porque muitas vezes ele não tem nem conhecimento da gravidade então é difícil essa parte de respeitar a vontade se a família que é a primeira que é comunicada não repassa ao paciente, e proíbe o médico de passar isso ao paciente* (E1).

Entretanto, eles revelaram que em torno da questão do prognóstico há também um silêncio para o paciente por parte da família e/ou da equipe multiprofissional: *Tem muita família que nem conta pra o paciente, então ele nem sabe, a maioria aqui não sabe. Muitas vezes, a família não quer que ele saiba, acha pior, que ele vai afundar, então meio que ele fica sem voz, o paciente* (E9).

A necessidade de haver respeito à vontade do paciente foi recorrente nas falas, como a de requerer da equipe um preparo inicial dos familiares para viabilizar uma mudança cultural no entendimento de que o paciente deve ser poupado de ter conhecimentos precisos sobre seu problema de saúde e procedimentos terapêuticos e cirúrgicos: *O respeito à vontade do paciente em estado terminal é tudo, tem que ser respeitado* (E3). *Já existiu casos de o paciente dizer “não, eu quero ir pra casa, quero morrer em*

casa (E9). *Aqui, quando a equipe pega muito paciente jovem e conversa diretamente com o paciente, o paciente que tem mais autonomia para decidir sobre o seu tratamento, sobre a intervenção, fazer ou não fazer* (E10).

A difícil aceitação em relação à perda do paciente e o sentimento de frustração/incapacidade estiveram presentes nas falas da maioria dos entrevistados. Essas falas refletem a subcategoria *Reconhecendo a importância do preparo profissional*, considerando as habilidades e competências técnicas e emocionais envolvidas: *Eu mesma sinto dificuldade de perder paciente jovem. Estou trabalhando isso, mas eu sinto muita dificuldade de você ver o paciente ali e você não vai poder fazer nada para a cura, é meio frustrante. A gente se sente frustrada* (E1). *Sentimento... de incapacidade, da gente não ter mais o que fazer, não tem nada que vai curar esse paciente, então o sentimento é de incapacidade* (E9).

Ainda nessa subcategoria, os enfermeiros revelam como sentem ainda incipiente o cuidado prestado perante as necessidades dos pacientes nesse contexto, referindo a falta de preparo e conhecimento técnico e despreparo da equipe multiprofissional: *A gente não é preparada. A gente aqui não recebeu suporte nenhum, nem orientação, nem treinamento para lidar como esse paciente* (E1). *Falta de conhecimento, falta de preparo também, tanto emocional quanto de até onde eu posso ir com a minha profissão em relação a esse paciente* (E9). *A gente está muito primário ainda nesse cuidar, a equipe como um todo precisa ser mais trabalhada para atuar com pacientes em fase terminal* (E10).

A subcategoria *Valorizando a relação equipe-paciente-família* foi expressa em falas que revelaram que para os enfermeiros há clareza nas informações prestadas à família pelos médicos para inclusão dos parentes nesse processo e, conseqüentemente, uma melhor adesão do paciente ao tratamento ou proposta terapêutica/paliativa: *Eu percebo que a participação da família é ímpar, porque ela é a base do paciente, é o que vai dar todo apoio e, inclusive, eles são o baluarte da aderência do paciente ao tratamento* (E3). *Eu acho que as relações e a clareza dos acontecimentos no lidar com essa família devem ser muito bem feitas, para que ela consiga realmente entender o que está se passando e se sentir participante desse processo* (E4).

A subcategoria *Reconhecendo a importância da*

comunicação entre a equipe multiprofissional também teve destaque. A falta de integração entre os profissionais, seja na comunicação falha, seja na falta de visitas e discussões multidisciplinares, dificulta a participação dos enfermeiros no processo de tomada de decisão: Não tem realmente muita conversa com a equipe em si não. Não tem na verdade a multidisciplinaridade, de sentar e conversar, não tem (E1). Já teve situações que eu vi aqui, o paciente sem perspectiva nenhuma levaram para cirurgia e, é uma coisa fechada aos médicos, a nossa participação é mínima (E5). Primeiro que a gente nem participa, então não sabemos o porquê de certas cirurgias (E6).

Categoria 2 – Elaborando o cuidado pré-operatório para pacientes com estágio terminal de doença

Acerca da assistência de enfermagem perioperatória prestada, os enfermeiros a identificaram com princípios dos cuidados paliativos, tais como favorecer o conforto e a qualidade de vida. Emergiram falas referentes à subcategoria *Diferenciando a rotina pré-operatória entre cirurgia eletiva e paliativa*. A rotina assistencial toma um caráter diferenciado para os pacientes que vão ser submetidos à cirurgia paliativa numa perspectiva holística, embora, mais adiante, os enfermeiros relatem que do ponto de vista procedimental, a rotina é a mesma das cirurgias eletivas; ou seja, o contexto emocional e vivencial é diferente, contudo, na prática, os enfermeiros não conseguem sempre realizar adaptações no processo de enfermagem para esses pacientes: *O que a gente faz mais é conforto, tentar dar o conforto enquanto equipe de enfermagem, de analgesia que está prescrito, de conforto, de chegar perto, de conversar, de tentar melhorar um pouco o emocional do paciente e fazer de tudo para que ele se sinta melhor (E1). Eu tento fornecer o máximo de conforto ao paciente, um apoio emocional é muito importante, não só para ele, mas com os familiares (E5). A gente dá todas as informações acerca da cirurgia no pré-operatório, dá também alguma noção a ele da questão do pós-operatório, diminuir as dúvidas e também focar na questão de o paciente terminal dar um conforto, uma palavra de apoio (E3). Na atuação da enfermagem com relação ao pré-operatório, vamos fazer todo o preparo prescrito pelo médico, ... e também fazer o preparo emocional do paciente, diminuir as dúvidas, reduzir a*

ansiedade, porque tudo isso vai influenciar... (E8).

Em relação à subcategoria *Prestando informações claras à família*, os enfermeiros referiram a falta de clareza nas informações prestadas pelo médico ao paciente, dificultando a relação enfermeiro-paciente. Os enfermeiros advogaram a necessidade da realização de um discurso honesto com o paciente para facilitar o trabalho da equipe, para que todos os profissionais tenham a mesma abordagem, de onde emerge simultaneamente a categoria *Focando na melhoria da comunicação e da participação nas decisões*: *A gente acaba tendo que ter muito jeito de falar, porque o médico muitas vezes não fala (E1). Você tem que fazer um discurso honesto para o cliente, mas se a equipe médica não comunica a gente o caso, fica difícil (E6). Dificuldade com a linha de pensamento dos médicos, porque na hora que você tem transparência com o cliente, fica fácil para toda a equipe (E6). Eu acho que deveria ter mais abordagem multidisciplinar, umas reuniões antes das cirurgias, com a equipe de enfermagem, a equipe médica, da psicologia, do serviço social. Para realmente preparar esse paciente, o emocional desse paciente, do acompanhante pra os riscos mesmo e a gravidade do que ele tem (E1). A dificuldade é mais a questão realmente de amparo mesmo psicológico pra o paciente saber!... Mas o que a gente sente falta aqui, é mais desse apoio e acompanhamento psicológico (E11).*

Para os enfermeiros, o foco da abordagem multiprofissional neste contexto é expresso em duas subcategorias: *Realizando procedimento cirúrgico para a melhoria da qualidade de vida* e *Respeitando à vontade do paciente*, pois só na proposta de integração multiprofissional fica possível a consecução da assistência idealizada: *Às vezes não tem tanto a ciência do paciente, dessa questão terminal, da palição, e a gente tem que saber o que ele quer ou o que ele iria querer, quando ele não pode falar (E10). Às vezes o paciente nem sabe o que ele tem, pergunta pra gente e a gente não sabe até onde pode falar. Só trabalhando em equipe mesmo pra poder atender o paciente nesse direito dele (E1). A cirurgia paliativa é quando você vai tentar dar uma qualidade de vida ao paciente (E5). A gente acaba emitindo uma perspectiva no paciente de que aquela cirurgia mesmo que em estágio de palição vai resultar numa qualidade de vida, a equipe toda se envolve para que o paciente sofra menos e tenha um resultado bom da cirurgia (E6).*

Discussão

Considerando que a Teoria Fundamentada nos Dados se refere ao polo metodológico da pesquisa, o processo interpretativo dos resultados teve por base conceitual o conceito de cirurgia paliativo e os mesmos princípios dos cuidados paliativos^(1,3-4,9-10).

Embora a palição possa ocasionar aumento da sobrevivência, não é pertinente eleger um procedimento paliativo com base unicamente no desejo desse aumento da sobrevida^(1,3). A falta de clareza na indicação de algumas cirurgias para pacientes em estágio terminal de doença com indicação de cirurgias eletivas que não são, muitas vezes, paliativas, mas, curativas, pode ser um conflito quando não há discussão multidisciplinar ou quando realmente há tratamentos cirúrgicos distanásicos, resultantes do compromisso profissional em salvar a vida do paciente incessantemente, atrelado ao sentimento de derrota em face da morte do paciente^(1,9-11).

A indicação de um procedimento cirúrgico para pacientes em estágio terminal de doença deveria sempre passar pela mediação de uma equipe consultiva de cuidados paliativos^(9,11). Em alguns casos, a mediação chega a ser indispensável, de forma que todos os envolvidos se aproximem de um consenso acerca da decisão tomada.

Uma proposta recente para avaliar o cuidado na cirurgia paliativa prevê quatro metas que focam no respeito à vontade da pessoa e na comunicação: discussão dos objetivos da cirurgia com família e equipe multidisciplinar, discussão e clarificação de códigos de comunicação não verbal com o paciente para o pós-operatório, consideração da necessidade de consulta com serviço de especialistas em cuidados paliativos e avaliação da possibilidade de *hospice* sem cirurgia ou após a mesma⁽¹²⁾.

A problemática acerca da finitude envolve, principalmente, a delimitação do tratamento dos indivíduos com doenças em estágio terminal e o processo de morte e morrer, levando a problemas éticos, e, até, de natureza jurídica⁽¹¹⁾. Para a pessoa com doença

ameaçadora da vida, tem-se a ortotanásia como prática adequada, uma vez que possibilita que a morte aconteça dentro de seu próprio ritmo, sem que a pessoa venha a ser submetida a tratamentos inúteis e ao sofrimento desnecessário, olhando-se o ser humano diante de sua singularidade, valorizando seus aspectos biopsicossocial e sua autonomia. Há evidências de que pacientes e família aceitam a cirurgia paliativa e que, mesmo que não alcancem clareza na compreensão do prognóstico, identificam a cirurgia como benéfica, mas essa compreensão deve depender do diálogo com a equipe e no espaço para dirimir dúvidas⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Os enfermeiros reconheceram falta de conhecimento e preparo técnico e emocional para se defrontarem com o paciente em fase terminal. A formação profissional em saúde, ainda hoje, é baseada em um modelo biomédico centrado na hospitalização, medicalização e com foco na cura, mesmo que em detrimento do cuidado, e a morte acaba sendo reafirmada como algo indesejado ou ligado ao fracasso⁽¹⁵⁾. Os enfermeiros revelaram reconhecer que o processo de cuidar vem trazendo uma característica exclusivamente tecnicista e reducionista, em que as profissões vêm trabalhando isoladamente, de forma não integrada, o que favoreceria um olhar interdisciplinar e o crescimento conjunto dos envolvidos, visando a melhoria da assistência⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Para que o indivíduo em palição e a família tenham uma assistência ampla, holística, é necessário considerar o ser biopsicossocial e espiritual a ser amparado pela equipe multiprofissional, o que propiciará que o paciente e sua família sejam acompanhados em todos os momentos, incluindo a elaboração do luto⁽¹⁵⁾. Foi validado recentemente um questionário para pacientes e família pautado em três questões: Eu devo me operar? O que eu poderia esperar se a cirurgia der certo? E O que eu poderia esperar se a cirurgia der errado?⁽¹⁷⁾. Com estes questionamentos, abre-se um leque de discussões e possibilidades de compreensão acerca da cirurgia paliativa que impacta diretamente na tomada de decisão.

Há um modelo internacional para abordagem

das cirurgias paliativas denominado triângulo paliativo⁽¹⁸⁾. Neste modelo, para que possam haver decisões nessa área, devem ser considerados o cirurgião, o paciente e a família como decisões compartilhadas que aumentem a adesão, a aceitabilidade, que sejam mais eficazes e acertadas na relação entre o momento de vida e os sintomas. Embora este modelo seja um avanço ao ampliar a decisão cirúrgica para outros atores além do médico, a falta da equipe como um quarto ator a ser considerado é uma considerável falha no processo⁽¹⁶⁾.

É necessário agregar os princípios dos cuidados paliativos na rotina cirúrgica para pacientes com doenças ameaçadoras da vida⁽¹⁸⁾. A assistência pré-operatória ao paciente em cuidados paliativos deve favorecer o amparo emocional ao considerar e orientar o paciente sobre as possibilidades de problemas no transoperatório, tais como, o risco da dor mal administrada, constipação e íleo paralítico, alterações da pele próprias do fim da vida, desconforto e angústia respiratória⁽¹⁾.

Limitações do estudo

O presente estudo teve por limitação referir a realidade de apenas um serviço. O hospital, cenário do estudo, ainda não conta com um serviço consultivo em cuidados paliativos, não apresentou iniciativas recentes de educação permanente nessa área bem como não possui protocolos e rotinas particularizadas para pacientes cirúrgicos em cuidados paliativos. Isso contribui para um possível viés de seleção da amostra e os resultados poderiam ser algo diferente em hospitais mais estruturados para essa assistência especializada.

Contribuições para a prática

É apresentada uma teoria que permite a reflexão do profissional sobre sua práxis e a compreensão das condições intervenientes para os dilemas éticos e conflitos envolvidos e consequências, além de estratégias para melhorar a assistência neste cenário.

Conclusão

Os enfermeiros atribuem significados a este cuidado que têm particularidades próprias, que requer preparo do profissional e que demanda, ainda, mais de uma comunicação efetiva dentro da equipe multidisciplinar e na relação com paciente e família. A teoria permitiu identificar que, na prática, as equipes precisam melhorar os processos de comunicação e discussão para a tomada de decisão.

Contribuição dos autores

Concepção, projeto, análise e interpretação dos dados: Leite NL, Santos ACL, Cavalcanti ACBS, Cavalcanti ATA, Gomes ET, Püschel VAA.

Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Leite NL, Santos ACL, Cavalcanti ACBS, Cavalcanti ATA, Gomes ET, Püschel VAA.

Aprovação final da versão a ser publicada: Leite NL, Santos ACL, Cavalcanti ACBS, Cavalcanti ATA, Gomes ET, Püschel VAA.

Concordância em ser responsável por todos os aspectos do manuscrito relacionados à precisão ou integridade de qualquer parte do trabalho a ser investigada e resolvida adequadamente: Leite NL, Santos ACL, Cavalcanti ACBS, Cavalcanti ATA, Gomes ET, Püschel VAA.

Referências

1. Samperio CG, Canizales RR, Rodríguez SA, Zepeda HR, Hall RT, Camino BG. Palliative medicine in surgery. *Cir Cir*. 2017;85(2):186-91. doi: <https://doi.org/10.1016/j.circir.2016.10.027>
2. Arrieira ICO, Thofehrn MB, Porto AR, Moura PMM, Martins CL, Jacondino MB. Spirituality in palliative care: experiences of an interdisciplinary team. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03312. doi: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017007403312>
3. Ballou JH, Brasel KJ. Palliative care and geriatric surgery. *Clin Geriatr Med*. 2019;35(1):35-44. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cger.2018.08.004>

4. Paiva CF, Santos TCF, Montenegro HRA, Martins RCGCS, Almeida Filho AJ. Reconfiguration of palliative oncological nursing care: nursing contributions. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(6):e20190384. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0384>
5. Andrews T, Mariano GJS, Santos JLG, Koerber-Timmons K, Silva FH. The methodology of classic Grounded Theory: considerations on its application in nursing research. *Texto Contexto Enferm.* 2017;26(4):e1560017. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-070720170001560017>
6. Mairink APAR, Gradim CVC, Panobianco MS. The use of the qualitative methodology of the Grounded Theory in Nursing research. *Esc Anna Nery.* 2021;25(3):e20200494 doi: <https://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0494>
7. Moura CO, Silva IR, Silva TP, Santos KA, Crespo MCA, Silva MM. Methodological path to reach the degree of saturation in qualitative research: grounded theory. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(2):e20201379. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1379>
8. Ollaik LG, Ziller HM. Conceptions of validity in qualitative studies. *Educ Pesqui.* 2012;38(1):229-42. doi: [10.1590/S1517-97022012005000002](https://doi.org/10.1590/S1517-97022012005000002)
9. Newsome K, Sauder M, Spardy J, Kodadek L, Ang D, Michetti CP, et al. Palliative care in the trauma and surgical critical care settings: a narrative review. *Am Surg.* 2022;31348221101597. doi: <https://dx.doi.org/10.1177/00031348221101597>
10. Lilley EJ, Cooper Z, Schwarze ML, Mosenthal AC. Palliative care in surgery: defining the research priorities. *J Palliat Med.* 2017;20(7):702-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2017.0079>
11. Kan CG, Nurok M. The ethics of interventional procedures for patients too ill for surgery. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2018;31(2):190-4. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/ACO.0000000000000558>
12. Lilley EJ, Lindvall C, Lillemoe KD, Tulskey JA, Wiener DC, Cooper Z. Measuring processes of care in palliative surgery: a novel approach using natural language processing. *Ann Surg.* 2018;267(5):823-5. doi: <http://doi.org/10.1097/SLA.0000000000002579>
13. Hamilton TD, Selby D, Tsang ME, Kim A, Wright FC. Patients' perceptions of palliative surgical procedures: a qualitative analysis. *Ann Palliat Med.* 2017;6(Suppl 1):77-84. doi: <http://dx.doi.org/10.21037/apm.2017.01.04>
14. Nabozny MJ, Kruser JM, Steffens NM, Pecanac KE, Brasel KJ, Chittenden EH, et al. Patient-reported limitations to surgical buy-in: a qualitative study of patients facing high-risk surgery. *Ann Surg.* 2017;265(1):97-102. doi: <https://dx.doi.org/10.1097/SLA.0000000000001645>
15. Gulini JEHMB, Nascimento ERP, Moritz RD, Rosa LM, Silveira NR, Vargas MAO. Intensive care unit team perception of palliative care: the discourse of the collective subject. *Rev Esc Enferm USP.* 2017;51:e03221. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016041703221>
16. Quinn TD, Wolczynski P, Sroka R, Urman RD. Creating a pathway for multidisciplinary shared decision-making to improve communication during preoperative assessment. *Anesthesiol Clin.* 2018;36(4):635-62. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.anclin.2018.07.011>
17. Roo AC, Vitous CA, Rivard SJ, Bamdad MC, Jafri SM, Byrnes ME, et al. High-risk surgery among older adults: Not-quite shared decision-making. *Surgery.* 2021;170(3):756-63. doi: <https://doi.org/10.1016/j.surg.2021.02.005>
18. Hahne P, Lundström S, Leveälähti H, Winnhed J, Öhlén J. Changes in professionals' beliefs following a palliative care implementation programme at a surgical department: a qualitative evaluation. *BMC Palliat Care.* 2017;16(1):77. doi: <https://dx.doi.org/10.1186/s12904-017-0262-4>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons