



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM**

**O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE
ONCOLÓGICO COM DIAGNÓSTICO FORA DE
POSSIBILIDADE DE CURA**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Franciele Roberta Cordeiro

**Santa Maria, RS, Brasil
2011**

**O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ONCOLÓGICO COM
DIAGNÓSTICO FORA DE POSSIBILIDADE DE CURA**

por

Franciele Roberta Cordeiro

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da
Universidade Federal de Santa Maria como requisito para obtenção do Grau de
Enfermeiro

Orientadora: Prof^a Enf.^a Dr^a Margrid Beuter

Coorientadora: Enf^a Msd. Camila Castro Roso

Santa Maria, RS, Brasil

2011

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por minha vida, pela força e a coragem que me deu em todos os momentos em que as coisas pareciam ficar obscuras e difíceis.

Aos meus pais, Viviane e Roberto que mesmo distante, em lembranças e palavras estiveram presentes nessa caminhada, com seus conselhos, orientações e orações.

À vó Oliva, aos meus irmãos Thales, Thamires, Thaciele e Thaísa, pelo amor e carinho que tiveram comigo nessa jornada longe de casa.

À Nadir, ao Sérgio, Augusto e Júlio por me acolherem, no verdadeiro sentido da palavra, com muito carinho e terem se tornado minha segunda família, acompanhando meus dias de angústia e de alegria.

À minha orientadora Margrid, que mais do que professora, foi minha amiga e minha “mãe”, obrigada por sua paciência, pelo carinho, pelo incentivo e pela parceria que fizemos ao longo desses quatro anos, que para mim será para o resto da vida.

À professora Elysângela Ravani, ao Senhor Pedro Wenilton e a Ilze, que nos momentos em que mais precisei no início desta caminhada, ainda lá no estado do Pará, foram pessoas as quais me incentivaram com palavras, gestos de tal forma a merecerem meus agradecimentos pelo resto da vida, pois foram os impulsores dessa caminhada.

Às minhas colegas de turma, companheiras nestes últimos quatro anos, em especial Thiana, Ana Cláudia, Dafne e Sabrina, as quais estiveram sempre por perto, durante as aulas, as festas e nos momentos em que mais precisei, foram literalmente meu ombro amigo.

Às colegas que me auxiliaram na coleta de dados desse trabalho, Rosiele, Paula e Greice.

Às enfermeiras que foram minhas supervisoras de vivências acadêmicas, nas quais pude me espelhar e que foram imprescindíveis para minha formação.

À professora Tânia Bosi de Souza Magnago, pela paciência durante os primeiros passos na enfermagem e pelo apoio e paciência que teve comigo, me motivando a seguir adiante.

À equipe de enfermagem do ambulatório de quimioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria, que me acolheu e me motivou a sempre ir à busca de conhecimento para melhorar o atendimento aos pacientes oncológicos, vi em vocês um grande exemplo de vocação.

Aos pacientes, em especial aos da hemato-oncologia, que foram o estímulo para a realização deste trabalho.

A vocês, meu muito obrigado!

Quando acabamos de fazer tudo o que viemos fazer aqui na Terra, podemos sair do nosso corpo, que aprisiona nossa alma como um casulo aprisiona a futura borboleta. É na hora certa, podemos deixá-lo para trás, e não sentimos mais dor, nem medo, nem preocupações- estamos livres como uma linda borboleta voltando para casa, para Deus...

-de uma carta a uma criança com câncer

RESUMO

Trabalho de Conclusão de Curso
Departamento de Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

**O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ONCOLÓGICO COM
DIAGNÓSTICO FORA DE POSSIBILIDADE DE CURA**

AUTOR: FRANCIELE ROBERTA CORDEIRO

ORIENTADORA: MARGRID BEUTER

Coorientadora: Camila Castro Roso

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 06 de julho de 2011.

O câncer destaca-se atualmente por se tratar de um problema de saúde pública, devido seu elevado índice de morbimortalidade. Suas formas de tratamento representam grande ônus ao Sistema Único de Saúde, além de provocarem grande impacto na vida da pessoa portadora de neoplasia e sua família. Apesar dos avanços técnico-científicos, em muitos casos os tratamentos quimioterápico, radioterápico e cirúrgico não são efetivos na cura da doença, auxiliando apenas na palição dos sintomas. Nesse sentido, os cuidados paliativos emergem como uma nova opção de cuidado aos pacientes com câncer fora de possibilidade de cura, que abrange o atendimento as necessidades de saúde do paciente e de sua família. Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, de abordagem qualitativa, que teve por objetivo descrever como ocorre o cuidado de enfermagem ao paciente oncológico fora de possibilidade de cura no ambiente hospitalar. Para a produção dos dados utilizou-se o Método Criativo e Sensível, por meio de uma dinâmica de criatividade e sensibilidade do tipo Almanaque. A população do estudo constou de três enfermeiras e duas técnicas de enfermagem. O cenário da pesquisa foi às unidades de hemato-oncologia de um hospital público e de ensino. A análise de dados se deu por meio da análise de discurso francesa, a partir da qual emergiram duas categorias: o cuidado de enfermagem ao paciente com diagnóstico fora de possibilidade de cura e desafios na assistência de enfermagem junto ao paciente oncológico em processo de morte/morrer.

Palavras - Chave: Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Oncologia; Morte.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2 REVISÃO DE LITERATURA	12
2.1 Epidemiologia do Câncer.....	12
2.2 Morte, Morrer e Cuidados Paliativos.....	13
2.3 A equipe de enfermagem e a assistência ao paciente oncológico com diagnóstico fora de possibilidade de cura: novas perspectivas de cuidado	15
3. CAMINHO METODOLÓGICO	19
3.1 Tipo de estudo.....	19
3.2 Cenário do Estudo.....	19
3.3 População do estudo	20
3.4 Método de coleta de dados.....	20
3.5 A Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade	21
3.6 Estratégias para o desenvolvimento da pesquisa	22
3.7 Considerações Éticas	22
3.8 Análise dos Dados	23
4. O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ONCOLÓGICO COM DIAGNÓSTICO FORA DE POSSIBILIDADE DE CURA.....	25
4.1 Confortando o paciente oncológico com diagnóstico fora de possibilidade de cura: preocupação com a dor e o sofrimento na hora do morrer	25
4.2 A inserção e participação da família no processo de morrer	27
5. DESAFIOS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM JUNTO AO PACIENTE ONCOLÓGICO EM PROCESSO DE MORTE/ MORRER	32
5.1 Limitações na assistência de enfermagem junto ao paciente oncológico com diagnóstico fora de possibilidade de cura	32
5.2 Integração das tecnologias leves e duras na assistência de enfermagem.....	34
5.3 Mudança da postura relacionada à cultura do silêncio e da incerteza	38

5.4 Sentimentos e repercussões frente à proximidade da morte do paciente.....	41
5.5 Ações e caminhos indicados pela equipe de enfermagem para enfrentar o processo de morte e morrer do paciente	46
CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS	50

1. INTRODUÇÃO

As doenças crônico-degenerativas representam atualmente grande parte dos atendimentos nos serviços de saúde, em seus três níveis de atenção. Entre essas doenças destacamos o câncer que apresenta elevadas taxas de incidência e morbimortalidade no Brasil. O Instituto Nacional do Câncer (INCA) estima que para o ano de 2011, 489.270 novos casos de câncer serão diagnosticados. A doença caracteriza-se como a segunda maior causa de morte no Brasil, despendendo altos investimentos nos setores de prevenção, rastreamento e assistência a essa clientela.

A Política Nacional de Atenção Oncológica define o controle do câncer no país, de acordo com a Portaria nº 2.048, de 03 de setembro de 2009, considerando desde as ações voltadas à prevenção até a assistência de alta complexidade, integradas em redes de atenção oncológica (INCA, 2010). Frente a essa política é preciso compreender o atendimento em oncologia dentro de uma nova perspectiva, em que a qualidade de vida do paciente é o principal foco de atenção, visto as maiores expectativas de vida e sobrevida desses pacientes.

O processo do adoecimento é natural e inerente aos processos biológicos dos seres vivos. Paradoxalmente, a descoberta de uma neoplasia maligna ou a simples possibilidade da confirmação de diagnóstico provoca uma série de vicissitudes associadas à possibilidade de perda e de morte, despertando no indivíduo um sentimento niilista, pois o câncer traz consigo o estigma social de doença incurável (SILVA et al, 2008).

O câncer repercute diretamente na qualidade e modo de vida da pessoa que convive com a doença, causa perdas funcionais gradativas que por vezes fogem a possibilidade de cura, direcionando o tratamento do paciente no olhar da paliatividade. Entre as possibilidades terapêuticas disponibilizadas para as doenças hemato-oncológicas destacam-se os tratamentos cirúrgicos, quimioterápicos e radioterápicos, utilizados tanto para fins de cura como para a paliatividade. Esses recursos contribuem na qualidade de vida da pessoa portadora de neoplasia, por meio da redução das dores físicas impostas pela doença ao longo do processo de cronicidade e de terminalidade.

Ao discutir-se sobrevida e qualidade de vida, torna-se necessário o diálogo sobre a expansão dos cuidados paliativos no Brasil, principalmente relacionado à área hemato-oncológica, em que a cronicidade da neoplasia acaba resultando em um processo de

terminalidade, tendo em vista a impossibilidade de cura para muitos tipos de cânceres. Entende-se que “os cuidados paliativos constituem uma modalidade terapêutica integrada e multidisciplinar ao portador de câncer em fase avançada, sem possibilidade terapêutica de cura” (SANTOS, PAGLIUCA, FERNANDES, 2007, p.2). Portanto, considera-se que esta forma de cuidado propõe acrescentar qualidade de vida aos dias que ainda restam ao indivíduo com doença em estágio terminal. Os cuidados paliativos são, muitas vezes, caracterizados como de baixa tecnologia, o que não significa a desvalorização dos avanços tecnológicos, mas sim a sua utilização com a finalidade de aliviar o sofrimento e a dor do ser humano, pautados nos sentimentos de amor e de compaixão (SALES et al, 2008) .

O modelo de assistência oncológica pautado nos princípios dos cuidados paliativos tem sido adotado nos hospitais reconhecidos como referência em oncologia (SANTOS et al, 2009). Isto porque, ao se tratar de pacientes dessa especialidade, os cuidados paliativos tem se apresentado como o recurso disponível que proporciona suporte no processo de morrer e de morte aliviando a dor e o sofrimento, quando a cura da doença já não é mais possível. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2005) os cuidados paliativos visam melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias que enfrentam problemas associados às doenças fora de possibilidade de cura, tendo como um dos princípios fundamentais a veracidade e a não maleficência com os envolvidos nessa assistência.

Nesse contexto, destaca-se a importância da presença do profissional enfermeiro na equipe multiprofissional de cuidados paliativos. A atuação desse profissional no momento da terminalidade tem evoluído e ganhado destaque a partir de meados do século XX. Segundo estudo retrospectivo de Silva, Ribeiro e Kruse (2009) que analisaram a evolução das publicações e discursos de enfermeiras sobre a morte e o morrer, somente a partir da década de 1990 daquele século que os enfermeiros passaram a inserir-se e a desenvolver estratégias de cuidado ao paciente com diagnóstico fora de possibilidades de cura.

Anteriormente, a morte era silenciada, ao mesmo tempo em que era de certa forma “travada” uma luta contra ela, buscava-se a todo custo devolver e manter a vida do paciente. A partir do ano 2000, vem sendo discutido um novo modelo de cuidado para pacientes fora de possibilidades de cura, em que a morte passa a ser encarada como pertinente e natural à vida. Para atender este novo modelo o profissional de enfermagem precisa apropriar-se de estratégias de cuidado que proporcionem qualidade de vida e menor sofrimento na hora da partida, por meio de cuidados paliativos (SILVA, RIBEIRO, KRUSE, 2009).

Neste cenário, o enfermeiro é responsável pelo desenvolvimento de atividades com o paciente, família e a equipe, atuando como educador e facilitador no processo saúde-doença.

Além destas responsabilidades compete a ele a avaliação clínica dos sinais e sintomas de dor e do processo de terminalidade, a fim de planejar junto com a equipe de saúde e a família, a melhor terapêutica para o paciente, minimizando as dores e o sofrimento que perpassa o processo de morrer (ANCP, 2006).

Dessa forma, os profissionais de saúde precisam conhecer suas reações e concepções frente às questões relativas à terminalidade, visto que cuidar de pacientes que apresentam uma doença que ameaça a vida resulta em uma contratransferência negativa ou positiva nos profissionais, influenciando dessa forma nas ações desenvolvidas com o paciente e sua família. Stedeford (1986, p.159) corrobora com a ideia quando diz que “nós cuidamos melhor dos pacientes terminais na medida em que nos permitimos contemplar nossa própria mortalidade e, portanto, não precisamos fugir da mortalidade dos outros.”

Nesse sentido, é imprescindível a aplicação dos cuidados paliativos no atendimento de pacientes oncológicos fora de possibilidade de cura, pois frente ao avanço da doença, depara-se com um momento em “que é tarde demais para intervenções médicas, mas é também cedo demais para uma separação final do agonizante [...] e, é o momento da terapia do silêncio para com o paciente, e de disponibilidade com os parentes” (KÜBLER-ROSS, 2008, p.282).

Assim, compreende-se que o cuidar vai além da realização de complexos procedimentos, da administração de drogas inovadoras e da aferição de múltiplos exames que reduzem o paciente a uma folha de papel. Nesse sentido, adota-se o verbo cuidar nesse estudo, a partir de um olhar interacionista, que baseia-se na relação estabelecida entre enfermeiro e a pessoa que recebe o cuidado, na qual ocorre a troca de subjetividades e o compartilhamento de experiências por meio das inter-relações entre os envolvidos nesse cenário (WATSON, 2004 apud SILVA et al, 2010). No contexto dos Cuidados Paliativos, cuidar significa possibilitar o conforto, utilizando o amor e a solidariedade como elementos indispensáveis na assistência, tanto ao paciente que vivencia seus últimos momentos de vida, como do familiar que deve ser preparado para o processo de elaboração do luto e da perda.

No decorrer da minha trajetória acadêmica, atuando como bolsista do Pronto Socorro e realizando vivências acadêmicas em todos os setores de Hemato-Oncologia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), fui instigada a refletir sobre as questões relativas ao processo de morte e morrer de pacientes com câncer sob cuidados paliativos e a vivência da família nesses momentos. Percebi que os pacientes com diagnóstico de câncer fora de possibilidade de cura ficavam desassistidos em suas reais necessidades de saúde, a assistência de enfermagem centrava-se nos cuidados técnicos como a administração de elevadas doses de analgesia e a realização da higiene corporal até a chegada da morte. Assim, observei que

muitas vezes, o processo de morrer e morte ocorreu de forma solitária e desumana, em macas, ou em leitos, no setor de emergência ou em unidades de internação.

Este cenário exposto desvenda uma lacuna na assistência de enfermagem a pacientes oncológicos fora de possibilidade de cura, o que leva ao seguinte questionamento: Como ocorre o cuidado de enfermagem ao paciente oncológico com diagnóstico fora de possibilidade de cura no ambiente hospitalar?

Para responder esta questão elaborou-se o seguinte objetivo:

- Descrever como ocorre o cuidado de enfermagem ao paciente oncológico fora de possibilidade de cura no ambiente hospitalar.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Epidemiologia do Câncer

O câncer se destaca hoje entre as doenças crônicas que tem merecido particular importância sob o olhar das políticas e das organizações de saúde tanto no Brasil quanto no cenário internacional. A doença caracteriza-se por progressivo avanço, em um curto período de tempo, em muitos casos resulta em uma degradação funcional severa, não discriminando sexo, idade ou classe social (HART et al, 2008).

O estudo da oncologia é tão antigo como a própria história da medicina, Hart et al (2008, p. 12) nos dão um contexto sobre a origem dos estudos sobre o câncer

O termo Câncer foi cunhado por Hipócrates de Cós, por volta dos anos 400 a.C. O médico grego, conhecido como o “pai da medicina”, utilizou a palavra karkinos, que significa câncer, em latim, e caranguejo, em português, para nomear um determinado tipo de tumor de mama que produzia projeções e vasos sangüíneos no seu entorno, similares às extremidades radiadas do crustáceo. Galeno, alguns séculos mais tarde em Roma, aprofundou os estudos de Hipócrates e caracterizou o carcinoma como uma doença incurável, proveniente de um tumor com crescimento descontrolado. A origem da doença, porém, e os mecanismos envolvidos no desenvolvimento dos tumores desconhecidos durante dois milênios e o tabu do câncer, enquanto sentença de morte permaneceu intocado.

A preocupação com a doença evidenciou-se na metade do século XX, quando o panorama mundial de doenças infectocontagiosas deixa de ser o motivo central nos atendimentos de saúde, surgindo um elevado número de pacientes com neoplasias, principalmente durante e no pós-guerra, influenciando nos avanços e descobertas dos tratamentos quimioterápicos, radioterápicos e antibióticoterapia (INCA, 2006).

A incidência do câncer cresce no Brasil e no mundo paralelamente ao ritmo do envelhecimento populacional resultante do aumento da expectativa de vida. Esse cenário é reflexo das modificações econômicas e sociais que ocorreram no mundo nas últimas décadas. O processo de urbanização e industrialização que cresceram devido à expansão do capitalismo, provocou significativas modificações nos hábitos e estilo de vida da população (INCA, 2008).

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) é a instituição responsável pelo levantamento e validação dos dados epidemiológicos e pelo direcionamento de ações em níveis de prevenção e rastreamento do câncer no Brasil. De acordo com o instituto, no ano de 2011, são

esperados 236.240 casos novos para o sexo masculino e 253.030 para sexo feminino. Estima-se que o câncer de pele do tipo não melanoma (114 mil casos novos) será o mais incidente na população brasileira, seguido pelos tumores de próstata (52 mil), mama feminina (49 mil), cólon e reto (28 mil), pulmão (28 mil), estômago (21 mil) e colo do útero (18 mil).

As projeções mundiais sobre a doença são realizadas pela Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IRCA), órgão vinculado a Organização Mundial da Saúde (OMS). Em 2008 a IRCA/OMS estimou que 12 milhões de casos novos de câncer e 7 milhões de óbitos pela patologia ocorreriam no mundo, sendo a doença prevalente em países em desenvolvimento. Destes, os mais incidentes foram o câncer de pulmão (1,52 milhões de casos novos), mama (1,29 milhões) e cólon e reto (1,15 milhões). Devido ao mau prognóstico, o câncer de pulmão foi a principal causa de morte (1,31 milhões), seguido pelo câncer de estômago (780 mil óbitos) e pelo câncer de fígado (699 mil óbitos).

Destacam-se também os dados relativos à sobrevida da população, que estão diretamente ligados ao estadiamento da doença ao ser diagnosticada e dos hábitos de vida adotados pelos pacientes. A sobrevida dos pacientes com câncer é definida pela relação entre incidência e mortalidade. A sobrevida relativa esperada para todos os cânceres é de aproximadamente 50% em cinco anos (INCA, 2006).

Percebe-se que há uma tendência mundial de crescimento em relação às neoplasias, principalmente nos países em desenvolvimento, assim deve haver um planejamento em relação à prevenção, ao rastreamento e também na perspectiva da qualidade de vida, tanto para os pacientes com perspectivas de cura quanto para os que apresentam doença terminal. Dessa forma, o profissional de saúde deve estar atento aos dados epidemiológicos, desde a manutenção dos sistemas de registros, até a análise dos resultados e participar do desenvolvimento de estratégias conjuntas nos níveis de prevenção e promoção da saúde ao paciente oncológico e sua família.

2.2 Morte, Morrer e Cuidados Paliativos

Discutir sobre a vida e a morte representa um desafio ao ser humano, pois perceber as questões intrínsecas a esses dois processos desperta sentimentos que incomodam e que frequentemente projetamos no outro, como um meio de fuga da reflexão sobre a nossa própria existência e finitude (SANTOS et al, 2009).

A morte ao longo da história da humanidade vem assumindo diferentes facetas diante da sociedade, acompanhando o momento histórico e a cultura de cada povo. Os critérios para

definir a morte apresentam constantes modificações ao longo das décadas. Em períodos anteriores, a morte era considerada a cessação da respiração e a parada cardíaca, em que o ser humano era nada além do que um espectador de sua própria morte (PESSINI, 2007). Sendo que “hoje, essa situação mudou e o critério decisivo para dizer que alguém está morto é o cérebro. Isso vem trazer uma série de novos problemas do ponto de vista técnico e ético” (PESSINI, 2007, p.356).

A história mostra que nos tempos mais remotos, a morte significava apenas o término da vida. No decorrer da evolução do homem, esse passou a vivenciar a morte de seu ente querido e assim, passou a sofrer, tanto porque uma parte sua estava partindo, quanto pela percepção da sua mortalidade. (OLIVEIRA, 2001). Assim, com o passar dos tempos foram sendo construídas diversas perspectivas sobre a morte. As representações sobre o término da vida, quase sempre foram coisas esteticamente feias para sua época. A angústia causada pelo sentimento de mortalidade impulsionou as epopéias, em que desafiava monstros sagrados, e para as mais elaboradas e complexas reflexões filosóficas e religiosas (OLIVEIRA, 2001).

Com a evolução da humanidade, modificaram-se os costumes e rituais que celebram a morte, os quais, por sua vez, exercem influência nas representações que fizemos dela. Assim, identificamos que o homem da idade média melhor convivia com a morte e com os mortos, diferenciando dos povos antigos, os quais embora a celebrassem não desejavam conviver com ela, enterrando seus mortos fora das cidades (OLIVEIRA, 2001). O homem medieval, por sua vez exumava seus mortos nas igrejas, nos domicílios, nos locais públicos e a partir de então os cemitérios foram trazidos para os centros urbanos, misturando-os as paisagens das cidades (OLIVEIRA, 2001). Esse foi considerado o tempo em que a morte era “domesticada”, expressando o pleno domínio do homem sobre a ela.

Por volta do século XVIII e XIX, com a revolução científica, desenvolveu-se uma nova visão frente ao processo de morte/morrer, traduzido na sua medicalização e dessacralização. A partir de então passou-se a determinar que os doentes fossem levados aos hospitais e lá morressem, ao contrário do que acontecia anteriormente quando morriam em seus lares (OLIVEIRA et al, 2001).

Com a medicalização e a hospitalização da morte os pacientes terminais que anteriormente faleciam junto de sua família e no conforto do lar, passam a vivenciar um morrer solitário em meio ao desconhecido. Somente por volta de 1900, com o movimento *hospice*, tendo como figura central Cecily Saunders, teve-se o resgate e a preocupação com o suporte fornecido aos pacientes terminais e suas famílias. Nesse contexto surge a medicina paliativa, “com esse movimento, começou a ser introduzido um novo conceito de cuidar e não

só curar, focado no paciente até o final de sua vida [...] incorporando a essa filosofia equipes de saúde especializadas no controle da dor e alívio de sintomas” (SANTOS et al, 2009, p. 259).

2.3 A equipe de enfermagem e o cuidado ao paciente oncológico com diagnóstico fora de possibilidade de cura: novas perspectivas de cuidado

A enfermagem é uma profissão que tem contribuído de forma imprescindível no atendimento aos pacientes portadores de neoplasias e suas famílias. Frente à tendência crônico-degenerativa da doença, os cuidados prestados a esses pacientes devem ser constantes, exigindo dos profissionais habilidades de avaliação, planejamento e de comunicação, devido ao impacto provocado pela doença na pessoa doente e na sua família.

A prática da enfermagem oncológica cobre todos os grupos étnicos e faixas etárias, além de perpassar por todas as demais áreas da própria enfermagem. Essa prática pode ser realizada nos diversos cenários de cuidado, na atenção básica, no ambiente domiciliar, nos centros de reabilitação, nas instituições hospitalares, sendo seu espectro, responsabilidade e metas tão diversas e complexas quanto qualquer outro tipo de especialidade da enfermagem (SMELTEZER et al, 2009).

O domínio em uma área tão específica como a oncológica representa para o enfermeiro, vencer desafios que são encontrados no cotidiano da assistência de enfermagem. Nesse sentido, o profissional enfermeiro na oncologia precisa desenvolver seu papel de educador em saúde, facilitador no processo de reabilitação, palição e de gerente do cuidado.

A palavra doença/câncer está íntima e culturalmente relacionada ao processo de morte e morrer. De acordo com Hart (2008, p. 118), “não existe outra doença que provoque tanto horror às pessoas quanto o câncer, tanto pelos seus efeitos quanto pelo seu estigma social de associação à morte”. Dessa forma, ao receber o diagnóstico de uma neoplasia maligna, essa notícia repercute com grande impacto na vida do paciente e de seus familiares. As alterações físicas, emocionais, sociais e econômicas, bem como, a instabilidade em relação ao futuro exigem que o enfermeiro trabalhe esse diagnóstico com o paciente de maneira gradativa e de acordo com o seu estado emocional.

O cuidar e as representações acerca da profissão, na perspectiva dos profissionais de enfermagem apresentam-se como uma forma de satisfazer o ego mais profundo desses profissionais, motivados por uma força intrínseca de ir à busca do outro (BACKES et al,

2006). Nesse sentido, muito aquém das competências técnico-científicas, o domínio das relações interpessoais e da comunicação são elementos essenciais que se constituem na relação entre enfermeiro e paciente oncológico. Frente aos valores atribuídos a doença, o enfermeiro deve ser capaz de identificar as angústias e expectativas do paciente em relação ao tratamento e trabalhar o seu diagnóstico no cotidiano da assistência, seja no contexto de hospitalização, ambulatorial ou de internação domiciliar.

Algumas estratégias como a consulta de enfermagem tem mostrado-se como um recurso de aproximação e de escuta. A consulta de enfermagem consiste em uma atividade privativa do enfermeiro, que utiliza componentes do método científico e deve ser obrigatoriamente desenvolvida na assistência de enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2011). Nesta perspectiva, “a qualidade da interação entre a enfermeira e a pessoa com câncer, durante a consulta de enfermagem, é fator imprescindível para a eficácia da sistematização do cuidado de enfermagem” (ROSA et al, 2007, p. 489).

Durante a consulta ocorre a interação entre as percepções da enfermeira e do paciente a respeito da doença, esse é um momento propício para o desenvolvimento da educação em saúde. Assim, poderão ser discutidas orientações relativas aos cuidados corporais, abordando as possibilidades e cuidados em relação à neutropenia, a pancitopenia e a prevenção de potenciais complicações decorrentes da imunodepressão, bem como, dos tratamentos cirúrgico, quimioterápico e radioterápico, até o auxílio no enfrentamento ou vivência de um processo de terminalidade, no caso de pacientes com neoplasias fora de possibilidade de cura. Nesse sentido, Radünz (1999 apud ROSA et al, 2007, p.489) nos diz que a enfermeira oncológica deve ser

[...] um ser humano possuidor de um “feeling” especial para com os outros e para com ela mesma, com competência na área de Enfermagem em Oncologia, que cuida de si mesmo e profissionalmente dos outros, que procura despertar nos outros e nela mesma a capacidade que o indivíduo tem para desempenhar os seus papéis e que desenvolve empatia ao interagir terapêuticamente

Sob essas perspectivas, abordam-se as questões relativas à terminalidade, situação cotidiana de hospitais da área oncológica e que requer extrema sensibilidade, observação e veracidade do profissional enfermeiro, pois ao trabalhar com a terminalidade do outro, inevitavelmente deparamo-nos como nossa própria finitude. É fato que desde a formação os profissionais de enfermagem têm dificuldade em aproximar-se de pacientes terminais, mas o contato com esses pacientes é fundamental “para despertar o real sentido do cuidar em enfermagem, uma vez que é nesse momento que existe o contato emocional verdadeiro e este proporciona a aproximação e o desenvolvimento de amorosidade entre duas individualidades

que se complementam e cujo objetivo maior é a troca de experiências de vida” (SANTOS et AL, 2009, p. 92).

Dessa forma, identificar os estágios de negação, raiva, barganha, depressão e aceitação (KÜBLER-ROSS, 2008) pelos quais passam grande parte dos pacientes em fase terminal, exige do enfermeiro, capacidade de enfrentamento e de elaboração com os pacientes e as famílias por meio do desenvolvimento de estratégias que minimizem as dores e sofrimentos que emergem nessa fase. Nesse período, é importante que enfermeiro, família e paciente possam encontrar juntos e em articulação com outros profissionais, meios de tornar esse momento menos doloroso, possibilitando a resolução de questões econômicas e interpessoais que despertam com o processo de morte e morrer dentro do núcleo familiar (OLIVEIRA, SÁ, SILVA, 2007).

Nesse sentido, o cuidar, para além do curar, mostra-se como uma nova perspectiva no processo de trabalho da enfermagem, e que tem como função primordial promover o conforto, o cuidado e um processo de morrer com menos sofrimento ao portador de câncer em estágio avançado. Assim, ao trabalhar com a terminalidade do paciente oncológico permitimo-nos aprender com a experiência de morrer do outro e a repensarmos os valores que constroem a profissão da enfermagem, por meio de experiências que permitem a visualização e a construção de novas maneiras de sentir e de viver a vida, bem como, ampliar a possibilidade de cuidados na perspectiva da humanização da saúde (SANTOS et al, 2009).

Os cuidados paliativos têm como principal finalidade aliviar a dor causada pela invasão tumoral, por meio da utilização dos tratamentos radioterápico, quimioterápico e cirúrgico com pacientes fora de possibilidade de cura. Porém, a atenção paliativa abrange aspectos mais amplos em sua totalidade, segundo a Organização Mundial da Saúde (2005) os cuidados paliativos visam melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças fora de possibilidade de cura, tendo como um dos princípios fundamentais a veracidade e a não maleficência com os envolvidos nessa assistência.

A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP, 2009) considera que a equipe multidisciplinar de saúde ao prestar assistência paliativa aos pacientes com doenças que ameaçam a vida, deve planejar sua assistência observando as seguintes questões: estimular a independência do paciente, permitindo-lhe viver de maneira ativa até sua morte; reconhecer e aceitar em cada doente seus valores e prioridades; respeitar a autonomia do doente com ações que levem a sua valorização como pessoa e inseri-lo nas tomadas de decisões. Assim, observa-se a ênfase dada à autonomia do paciente em relação ao seu processo de saúde,

caracterizando uma antítese entre o que as instituições preconizam e a prática cotidiana dos profissionais de saúde durante a comunicação e o diálogo (ou não) sobre cuidados paliativos, processo de morrer, morte e vida. Dessa forma (ANCP, 2009, p.15):

... com base no princípio bioético da autonomia do paciente, por meio do consentimento informado, possibilitando que ele tome suas próprias decisões, no princípio da beneficência e não-maleficência, os Cuidados Paliativos desenvolvem o cuidado ao paciente visando a qualidade de vida e à manutenção da dignidade humana no decorrer da doença, na terminalidade da vida, na morte e no período do luto.

Nesse sentido, o paciente oncológico sob cuidados paliativos apresenta-se como um ser íntegro que não vivencia apenas a dor física da sua doença, talvez mais complexa e dolorosa que essa seja o sentimento de perda, de solidão e de finitude que ele vivencia ao longo do processo de morrer.

A morte que deveria ser um momento natural é geralmente vivenciada como uma situação de sofrimento insuportável, a família pode apresentar-se como fonte de apoio, coragem e de força para o paciente enfrentar ou vivenciar esse processo. Os princípios dos cuidados paliativos também destacam a importância, a valorização e a inserção da família na assistência ao paciente terminal. Nesse sentido, oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante o processo de adoecimento, de morrer até a morte do paciente e do luto se faz necessário, visto que a família é caracterizada como “a célula de identidade do ser humano” e é esta que convive cotidianamente com o paciente e (re) conhece suas necessidades, peculiaridades, seus desejos e suas angústias, que muitas vezes não são expressos para a equipe de saúde (ANCP, 2006).

Assim, a assistência aos pacientes com câncer em estágio terminal e suas famílias baseada nos princípios da palição tem contribuído com o processo de humanização da saúde. Isto porque os cuidados paliativos buscam uma visão integral do ser humano doente, baseado em princípios que permeiam os aspectos biopsicossociais, corroborado pela ideia de Santos et al (2009, p.260) quando dizem que

[...] os cuidados paliativos têm como princípios, afirmar a vida e encarar a morte como um processo normal; não adiar nem prolongar a morte; promover alívio de dor e outros sintomas, integrando os cuidados, oferecendo suporte para que os pacientes possam viver o mais ativamente possível, ajudando a família e cuidadores no processo de luto.

3. CAMINHO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, de natureza qualitativa. Esse tipo de pesquisa descreve detalhadamente a situação e procura descobrir as relações entre os seus elementos, considerando os mais diversos aspectos envolvidos (BARBOSA, 2001). A abordagem qualitativa em pesquisas caracteriza-se pela construção da realidade e a descoberta de teorias sob a perspectiva da compreensão como princípio de conhecimento, baseada na produção de textos. Dessa forma, “a coleta de dados produz textos que nas diferentes técnicas analíticas são interpretados hermeneuticamente” (GÜNTHER, 2006, p. 202).

Segundo Poupart *et al* (2010) uma pesquisa qualitativa remete a um espaço de práticas relativamente diversificadas e múltiplas e busca estudar os problemas sociais, bem com as práticas profissionais e institucionais na tentativa de contribuir com a resolução dos problemas gerados e/ou enfrentados nestes cenários. Este tipo de abordagem procura renovar o olhar lançado sobre os problemas sociais e sobre os mecanismos profissionais e institucionais de sua gestão, visando modificar a percepção dos problemas e também da avaliação dos programas e serviços. Em outras palavras, a pesquisa qualitativa pretende mudar tanto a prática quanto seus modos de gestão.

3.2 Cenário do Estudo

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), incluindo as unidades de hemato-oncologia: Clínica Médica I, Centro de Tratamento de Crianças com Câncer (CTcriac), Centro de Transplante de Medula Óssea (CTMO), Ambulatório de Radioterapia e Ambulatório de Quimioterapia. O HUSM caracteriza-se pelo atendimento a pacientes em nível secundário e terciário de complexidade, desde sua fundação em 1970, atua como hospital-escola, com a atenção voltada para o desenvolvimento do ensino, pesquisa e extensão e assistência em saúde.

Na área hemato-oncológica, o Hospital é referência para a região da 4^o Coordenadoria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, que abrange 32 municípios da região central do estado (SECRETARIA DE SAÚDE, 2011).

3.3 Sujeitos do estudo

A população do estudo constou de técnicos e enfermeiros das unidades de hematologia do HUSM. Sendo que, após ser realizado o convite para a participação na dinâmica constituiu-se uma amostra de três enfermeiras e duas técnicas de enfermagem. Em relação às enfermeiras, uma atua no ambulatório de radioterapia, que realiza atendimento diário majoritariamente a adultos e esporadicamente crianças, uma no Centro de Tratamento de Crianças e Adolescentes com Câncer, que caracteriza-se como uma unidade de internação hemato-oncológica para crianças e adolescentes e uma atua no Centro de Transplante de Medula Óssea, que atende pacientes adultos e pediátricos submetidos a transplante com células tronco hematopoiéticas, autólogo ou alogênico. Em relação as técnicas de enfermagem, uma atua no ambulatório de radioterapia e uma no ambulatório de quimioterapia, que caracteriza-se pelo atendimento diário a adultos e crianças em tratamento quimioterápico de curta duração. Todas as participantes eram do sexo feminino. O tempo de atuação na profissão variou de 5 a 15 anos. As enfermeiras participantes sempre atuaram na área hemato-oncológica dentro do HUSM. As técnicas de enfermagem já haviam atuado nas áreas de nefrologia e em Unidade de Terapia Intensiva.

3.4 Método de coleta de dados

Para a obtenção dos dados da pesquisa utilizou-se o Método Criativo e Sensível (MCS). O MCS “se apresenta como ferramenta de produção de dados, no qual as dinâmicas de criatividade são associadas às discussões de grupo, à observação participante e a metodologia crítico-reflexiva” (CABRAL, 1998, p.177). Além disso, o MCS minimiza os vieses causados pelas contraposições entre os mais diversos sentimentos humanos, assim, Cabral (2001, p.1) diz que “a captação de impressões sensíveis é o modo como apreendemos as propriedades de um fenômeno ou objeto para que seja enquadrado através da análise crítica e do juízo apreciativo, ambas, tarefas do investigador crítico-sensível”. O método é desenvolvido por meio de Dinâmicas de Criatividade e Sensibilidade (DCS) são caracterizadas por cinco momentos.

3.5 A Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade

Como técnica de coleta de dados foi utilizada a Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade “Almanaque” referenciada e utilizada previamente por Cabral (1999). A Dinâmica ocorreu em uma sala do Centro de Convivência de Crianças com Câncer Turma do Ique, localizado no Campus da Universidade Federal de Santa Maria, prédio anexo do Hospital Universitário de Santa Maria, no dia 07 de fevereiro de 2011 e teve duração de aproximadamente 70 minutos.

A DCS “Almanaque” consiste na produção de dados por meio de colagem de figuras e desenhos em folhas A4, que são realizadas após ser enunciada a questão geradora de debate. Os participantes são orientados a escrever seus nomes no verso das colagens para a identificação e associação com os discursos transcritos para posterior análise e a preservação do seu anonimato. A dinâmica “Almanaque” constou de cinco momentos como preconizado pelo MCS, a seguir:

1º Momento: os profissionais da equipe de enfermagem foram recepcionados pela pesquisadora e auxiliares de pesquisa na sala da Turma do Ique. Os auxiliares de pesquisa constaram de três enfermeiras, que auxiliaram na organização da dinâmica. As participantes receberam o Termo de Consentimento Livre Esclarecido que após sua leitura e concordância foi assinado por todas as participantes. Posteriormente foram convidadas a participar de uma técnica de relaxamento com o objetivo de descontraí-los diminuindo possível tensão.

2º Momento: as participantes foram convidadas a sentarem em cadeiras dispostas em círculo com uma mesa central onde estavam os materiais a serem utilizados na dinâmica. Assim, apresentou-se o objetivo da pesquisa e as etapas da dinâmica. Em seguida foi lida a questão geradora de debate “Como você percebe a assistência de enfermagem ao paciente oncológico com diagnóstico fora de possibilidade de cura na unidade em que você trabalha?” que permaneceu descrita em um cartaz no quadro da sala, para que todos pudessem lê-la a qualquer momento durante o desenvolvimento da dinâmica.

3º Momento: combinou-se com o grupo o tempo necessário (entre 15 a 20 minutos) para confeccionar o almanaque. Cada participante iniciou a sua produção individual. Neste momento a pesquisadora e os auxiliares de pesquisa permaneceram atentos, observando, de modo discreto os participantes para auxiliar aqueles que tivessem dúvidas sobre como realizar a produção artística (almanaque).

4º Momento: caracterizou-se pela apresentação individual de cada participante de seu almanaque. Nesse momento, concomitante ocorreu a discussão coletiva da qual emergiram as

situações existenciais dos participantes sempre norteados pela questão geradora de debate lançada ao grupo.

5º Momento: ocorreu quando o debate começou a se repetir e a pesquisadora iniciou a síntese e validação coletiva. Neste momento, a partir de algumas anotações realizadas durante toda a discussão do grupo a pesquisadora relatou para os participantes os temas que emergiram. Foi disponibilizado um espaço para a manifestação de todos sobre a percepção ou não destes temas ou de outros. Após a concordância de todos sobre os temas apresentados a dinâmica foi encerrada.

3.6 Estratégias para o desenvolvimento da pesquisa

Após a aprovação do projeto no Comitê de Ética, iniciou-se o convite nas Unidades de Internação propostas para a realização do estudo. A acadêmica de enfermagem elaborou um cartaz que tinha como conteúdo o título da pesquisa, apresentando o local da coleta de dados, horário e data. Foram distribuídos esses cartazes em todas as unidades mediante autorização institucional.

Além do convite impresso, a acadêmica visitou as unidades e convidou verbalmente os integrantes da equipe de enfermagem para participarem da pesquisa, ressaltando a sua importância. As visitas às unidades foram realizadas entre as trocas de plantões e algumas vezes durante os plantões, no período das duas semanas que antecederam o desenvolvimento da DCS Almanaque.

3.7 Considerações Éticas

Para a realização da pesquisa foi solicitada a autorização da instituição com o encaminhamento do projeto de pesquisa para a avaliação junto à Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão do hospital, no mês de novembro de 2010 .

Posteriormente o projeto foi encaminhado ao Conselho de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, protocolado com o nº23081.019164/2010-33 e aprovado sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 0334.0.243.000-10. A coleta de dados teve início após a aprovação do Comitê de Ética.

A pesquisa seguiu os preceitos éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, órgão que pertence ao Ministério da Saúde e que determina as normas para realização de pesquisas envolvendo seres humanos. A dinâmica foi gravada em áudio e fotografada, com

autorização das participantes, mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as participantes da pesquisa foram informadas individualmente, em linguagem clara e acessível, acerca dos objetivos da pesquisa, esclarecidas quanto aos riscos e benefícios relativos a pesquisa além da não obrigatoriedade de sua participação. A fim de preservar o anonimato das participantes, as mesmas foram identificadas com as siglas **E**, para enfermeiras e **TE** para as técnicas de enfermagem.

3.8 Análise dos Dados

Após a realização da dinâmica os dados foram transcritos e submetidos à análise de discurso francesa, que procura identificar o que está para além da superficialidade do discurso inserindo-o no contexto vivenciado pelos enunciantes, valorizando seus aspectos históricos e sociais (ORLANDI, 2009). A “análise do discurso procura descobrir e explicitar o modo como os enunciantes constituíram o sentido do dito e do não-dito, que ideologia conformou esse dizer e em que formações discursivas se concretizaram”.

No primeiro momento, tomou-se contato com o material bruto transcrito que constou do relatório da DCS “Almanaque”. Realizou-se uma leitura superficial e empírica sobre os discursos apresentados. Durante esse procedimento é indispensável manter o rigor no processo de transcrição da produção verbal, respeitando e mantendo as expressões utilizadas, bem como as interjeições para reforçar ou refutar uma ideologia presente no discurso (GOMES, 2007). “Neste momento, busca-se a construção do objeto discursivo que é definido como o material de análise que recebeu um primeiro tratamento” (PIERANTONIA, 2007, p.60).

Essa fase é conhecida como a dessurperficialização do *corpus* textual na qual ocorre uma transição da superfície linguística para o objeto discursivo, onde os mecanismos de produção de sentido utilizados começam a ficar expostos (ORLANDI, 2009). “A análise do discurso não procura o sentido ‘verdadeiro’, mas o real do sentido em sua materialidade lingüística” (ORLANDI, 2009, p.59). Nesse momento o analista deve ter cuidado para não interferir com suas ideologias nas produções de sentidos dos sujeitos durante os discursos, favorecendo uma interpretação tendenciosa e comprometida. Para tal, os dispositivos teóricos auxiliam o trabalho de interpretação dos dados, facilitando a relação do analista com os objetos simbólicos que analisa (ORLANDI, 2009).

Como dispositivo teórico facilitador de análise, nesse estudo foi utilizado um quadro analítico que auxiliou na busca de sentidos dos discursos, por meio da identificação dos

processos parafrásticos, processos polissêmicos e efeitos metafóricos que determinam a formação do processo discursivo a ser analisado pelos dispositivos analíticos.

O funcionamento da linguagem e a produção de sentido estão fundamentados na tensão entre os processos parafrásticos e os polissêmicos. Os processos parafrásticos são aqueles em que em todo dizer há algo que se mantém isto é o dizível, a memória, representa o retorno aos mesmos espaços do dizer. A polissemia é definida como o deslocamento, a ruptura na continuidade perpetrada pela paráfrase, num jogo constante com o equívoco. O efeito metafórico é o fenômeno semântico produzido por uma substituição, a tomada de uma palavra pela outra, através de um mecanismo de transferência e de deslizamento, estabelecendo o modo como as palavras significam (ORLANDI, 2005 apud PIERANTONIA, 2007, p.61).

“Os quadros analíticos representaram o movimento discursivo e os processos de (re) significação das enunciações” (BRONDANI, 2008, p.48). O quadro referente a este estudo foi organizado a partir das situações existenciais dos enfermeiros e técnicos de enfermagem que emergiu do movimento dialógico no interior da dinâmica, a partir dessas situações foram elaborados o tema gerador, o subtema, a recodificação temática e o comentário analítico do processo interpretativo.

A identificação desses elementos dá continuidade ao processo de significação das falas dos sujeitos que são analisadas com base nos dispositivos analíticos que se caracterizam pelos referenciais e práticas de leituras do analista, norteadas pelos objetivos propostos para o estudo (ORLANDI, 2009).

A partir dessa constituição do processo discursivo para a análise é interessante atentar-se para o interdiscurso presente nos movimentos dialógicos, pois são eles que determinam as ideologias carregadas de historicidade nos discursos construídos e é a partir dessa assimilação sobre o significado do interdiscurso que serão feitas as considerações a respeito das falas dos sujeitos. Para Orlandi (2009, p.33-34) “o interdiscurso é todo o conjunto de formulações feitas e já esquecidas que determinam o que dizemos [...] e isto é efeito do interdiscurso: é preciso que o que foi dito por um sujeito específico, em um momento particular, se apague na memória para que possa fazer sentido em ‘minhas’ palavras”.

4. O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ONCOLÓGICO COM DIAGNÓSTICO FORA DE POSSIBILIDADE DE CURA

Neste capítulo abordam-se as perspectivas de cuidado relacionadas aos aspectos físicos e psicológicos do paciente oncológico com diagnóstico fora de possibilidade de cura por meio da assistência direta prestada ao paciente representada pelo conforto e alívio da dor e da inserção da família no plano de cuidados, visando à humanização do processo de morrer.

A partir desta categoria emergiram os temas: “confortando o paciente oncológico com diagnóstico fora de possibilidade de cura: preocupação com a dor e o sofrimento na hora do morrer” e “a inserção e a participação da família no processo de morrer”.

4.1 Confortando o paciente oncológico com diagnóstico fora de possibilidade de cura: preocupação com a dor e o sofrimento na hora do morrer

Nesse sentido, pode-se desvelar a preocupação da equipe de enfermagem com a dor e o conforto do paciente oncológico frente ao processo de morte/ morre nas falas abaixo:

(...)Eu acredito que é encontrar, botar a disposição tudo que a gente tem dentro do hospital, pra fazer com que aquela criança, aquele adolescente que está em estágio terminal, sem possibilidade de cura, se sentir o mais confortável possível. Que seja feita medicação, se precisar de conforto de O₂(oxigênio). E1

(...) Uma preocupação que a gente tem é em relação à dor (...). A gente vai atrás de todos os serviços que tem disponíveis no HUSM. Muitas vezes o paciente precisa de um exame, precisa de alguma coisa, a gente vai atrás, vai com ele, porque tu sabes que colocar o paciente sozinho é difícil e às vezes ele não vai conseguir chegar lá. Ou precisa da Clínica da dor e às vezes demora três meses, então a gente acaba indo, acaba interferindo, então a gente se preocupa muito com o alívio da dor do paciente, em amenizar a dor dele. TE1

A E1 acredita que a assistência de enfermagem ao paciente oncológico terminal prioriza o conforto e o alívio da dor desses pacientes ao utilizar os equipamentos e tecnologias disponíveis. A TE1 corrobora com a enfermeira, relatando que a enfermagem procura confortar pacientes e familiares em situações diversas, enfatizando a preocupação com o alívio da dor. Mesmo quando o acesso a certos serviços dentro da instituição são difíceis, burocráticos, ela procura intervir a fim de proporcionar qualidade de vida ao paciente.

A enfermagem é uma arte ou ciência que se preocupa com o cuidado integral prestado ao ser humano. Os aspectos englobados nessa integralidade diversificam-se em biológicos, sociais, culturais e psicológicos. Cuidar do ser humano visando o atendimento as suas necessidades básicas de vida segundo Wanda Horta (1979), é essencial e indispensável para que o processo de enfermagem se desenvolva.

O conforto pode ser considerado como o ato de corroborar, fortificar, conceder, consolar, de forma a proporcionar bem-estar e prazer ao indivíduo (ROSA, MERCEDES, SANTOS, RANDÜNZ, 2008). O ato de confortar repercute beneficemente para quem cuida e para quem é cuidado, possibilitando o crescimento e desenvolvimento de ambos (WALDOW, 2001).

Na área hemato-oncológica, muitas vezes os cuidados relacionados ao conforto exigem do enfermeiro perspicácia e sensibilidade, visto que proporcionar conforto nessas circunstâncias vai além das dores físicas do paciente. A doença oncológica carrega consigo uma forte estigmatização social por estar diretamente ligada a mortalidade. Quando reporta-se ao contexto da doença neoplásica fora de possibilidade de cura, os sentimentos de dor e angústia se sobressaem, pelas limitações decorrentes do agravamento do quadro clínico do paciente, bem como, pela aproximação com sua finitude e os sentimentos que essa fase da vida desperta.

Associada ao conforto e intrinsecamente ligada a ele está à dor. A dor caracteriza-se como uma das principais preocupações da equipe de saúde no atendimento ao paciente oncológico com diagnóstico fora de possibilidade de cura. “O alívio da dor oncológica tem uma posição central no tratamento paliativo dos doentes. Até porque é um sintoma que tem uma relação direta com o sofrimento, realidade íntima que se prende às outras dimensões do ser humano” (RIBEIRO et al, 1999).

Em relação à palição da dor, estudo apresenta que as enfermeiras avaliam a dor oncológica de pacientes em cuidados paliativos de forma empírica, assistemática e desorganizada. Da mesma forma ocorre na implementação das estratégias de alívio da dor por elas utilizadas. Entretanto, as enfermeiras consideram que a avaliação e o alívio da dor estão ligados não somente aos aspectos físicos, mas também se relacionam com a capacidade de compreender o sofrimento do outro (WATERKEMPER, REIBNITZ, MONTICELLI, 2010)

Outro estudo corrobora que a equipe de enfermagem apresenta dificuldades em avaliar e trabalhar com a dor do paciente oncológico. “Este despreparo é atribuído à inadequação da formação, o que leva a não avaliação da dor de forma sistemática; leva a subestimarem a

frequência de ocorrência da dor e a ignorarem o impacto devastador da dor para o indivíduo” (RECCO, LUIZ, PINTO, 2005, p.88). Essa dificuldade em abordar e a manejar a dor dos pacientes oncológicos não se restringe a equipe de enfermagem, estendendo-se aos demais profissionais de saúde, que muitas vezes encontram barreiras para aliviar a dor desses pacientes, tais como: a falta de conhecimento pelos clínicos, mitos, concepções errôneas de doentes e familiares, política do sistema de saúde e legislação inadequada (ISNCC, 2001).

Em relação ao conforto desenvolvido junto aos pacientes oncológicos com diagnóstico fora de possibilidade de cura, a E2 acredita que a enfermagem se envolve com os pacientes, pois, os profissionais se solidarizam com as dificuldades físicas e emocionais que esses pacientes apresentam no processo de morte/morrer.

(...) E como são pacientes fora de possibilidade de cura, quando eles chegam ali na radio, muitos deles já estão assim, muito debilitados, emagrecidos, sentem muita dor. Chegam numa situação de dificuldade física e emocional. E a gente acaba também abraçando muito disso, né? E2

A TE1 expressa a importância dos cuidados com a alimentação, com a ingestão hídrica, a fim de contribuir com a manutenção da integridade física da pessoa.

(...) A gente fica preocupada com o peso dos pacientes e com a alimentação. Então eu sempre vejo se comeu, reforçando a importância do líquido, da alimentação. TE1

Nesse sentido, a equipe de enfermagem busca atender as necessidades do paciente por meio de todos os recursos disponíveis, ao seu alcance, estabelecendo uma relação de confiança e segurança com o paciente e sua família. Destaca-se que “para a obtenção do conforto, faz-se necessária a construção de um ambiente externo favorável: caloroso, atencioso, amoroso, que propicie crescimento, alívio, segurança, proteção, bem-estar, que inclua a presença de profissionais que transmitam segurança e empatia” (ROSA, MERCEDES, SANTOS, RANDÜNZ, 2008, p.411).

4.2 A inserção e a participação da família no processo de morrer

E1 destaca como age com a família no seu dia a dia da assistência.

(...) É bem importante deixar a família bem a vontade, pra ela tomar as decisões que precisam ser tomadas. Algumas querem que tu invistas até o final, outras não, como geralmente são de menores

“né”! Então a família tem que estar bem a vontade, bem orientada pra ela tomar as decisões que acha que tem que tomar. E1

Cada família apresenta formas peculiares que determinam sua organização, bem como delimitam o papel de cada integrante que a constitui. Quando ocorre um acometimento a algum de seus membros, isso desencadeia alterações na sua configuração, nas rotinas e no “equilíbrio” familiar (HART et al, 2009). “Apesar das mudanças em sua estrutura e organização, a família continua sendo a primeira e mais importante unidade grupal em que o indivíduo está inserido, constituindo-se na unidade básica e universal da sociedade” (BRONDANI, 2008, p.23).

Quando o diagnóstico do paciente trata-se de uma neoplasia, a reação da família, muitas vezes tende a ganhar proporções maiores, devido à associação com o morrer que a doença traz consigo. Dessa forma, os sentimentos de tristeza, medo e negação à doença afetam todos os integrantes do núcleo familiar, o que leva a adoção de estratégias diferentes por diferentes pessoas, a fim de facilitar o enfrentamento da doença e colaborar com o familiar acometido pelo câncer (HART et al, 2009). Se diante do diagnóstico de câncer toda essa situação de desconforto se enuncia, quando o paciente evolui para um quadro fora de possibilidades terapêuticas de cura, submetido aos cuidados paliativos, as reações tomam proporções ainda maiores, visto que a morte passa a estar presente, muitas vezes limitando as expectativas e diminuindo a esperança do paciente e de sua família.

Conversar com a família sobre os aspectos relacionados à doença, bem como, seu prognóstico pode ajudar a equipe de saúde a compreender a situação vivenciada pela família e a partir de então pode auxiliá-la no processo de tomada de decisões (SANTOS, 2009). Quando se trata de determinados grupos, como crianças, adolescentes, idosos ou pessoas portadoras de necessidades especiais a presença da família, bem como o esclarecimento para a tomada de decisões se torna ainda mais necessária, visto a falta de autonomia desses grupos, bem como suas condições de vulnerabilidade física e sociais.

E1 advoga que a família deve estar junto das crianças e adolescentes com diagnóstico fora de possibilidades de cura, devido às questões psicológicas e emocionais envolvidas no processo de morrer, bem como pelos aspectos éticos e legais.

Nesse sentido, os profissionais desempenham papel primordial atuando como mediadores das questões relativas ao morrer entre pacientes e familiares. “A situação da família de um paciente terminal vem caracterizada pela presença de grande impacto emocional condicionado à presença de múltiplos temores e medos que os profissionais de

saúde devem reconhecer e abordar, na medida do possível” (ALVARENGA, 2005, p.67) Entretanto, percebe-se uma dificuldade por parte dos profissionais, sejam médicos ou enfermeiros quando a questão é o relacionamento com a família, principalmente quando é necessário dar más notícias (SANTOS 2009). No entanto, é fator primordial e indispensável saber comunicar uma má notícia, muitas vezes tal situação é subestimada pela equipe de saúde, porém esta influencia determinadamente na forma como discorrerá o tratamento proposto, bem como a relação entre equipe, familiar e paciente com diagnóstico fora de possibilidades terapêuticas de cura (KÜBLER-ROSS, 2008).

Dessa forma, evidencia-se a necessidade de incluir a família no plano de cuidados desenvolvido pela equipe de enfermagem. Os profissionais devem estar atentos aos familiares, direta ou indiretamente envolvidos no cuidado, buscando alternativas que minimizem os desgastes físicos e psicológicos que o processo de morte/morrer ocasiona (MORES e SILVA, ACKER, 2007).

E1 relata que a família deve ser inserida no cuidado a esses pacientes.

(...) E aqui a família (...) a figura de um apoiando o outro, que a gente tenta o máximo, a gente pode deixar esse paciente sozinho num quarto pra poder a família ficar toda junta nesse momento. Ficarem juntos e até confortar o paciente. E1

A TE2 acredita que a família deve estar junto do paciente no momento final da vida e que a enfermagem deve apoiá-los, seja com gestos, olhares, palavras ou apenas com um simples toque que demonstre carinho e respeito pela pessoa que está falecendo.

(...) Uma vez eu segurei a mão da menina e a mãe agarrada no meu ombro, e eu fiquei ali até a menina parar, fui lá. Não sou de ficar falando, então eu acho que, o que tu podes confortar, estando do lado, dando a mão, se é isso que a gente pode fazer, é isso que tu tem que fazer. E não precisa falar, porque às vezes nessa hora, não tem o que tu digas que vai confortar (...) O melhor é tu abraçar e ficar ali, não deixar sozinho, só (...). Eu acho muito bonito isso assim, de estar todo mundo junto, deixa ali, se eles precisam, eles solicitam, mas eu acho que é um momento de família também. TE2

(...) A gente também na enfermagem muitas vezes quando ta terminando, a gente pede: “Espere ali fora!”, pede pra sair o familiar, muitas vezes tu acabas tirando o familiar no momento em que ele tem que estar mais presente e eu sei isso. Voltando a minha experiência pessoal, quando a minha irmã partiu, estávamos eu e minha outra irmã do lado dela. E era isso que nós queríamos (...). E a gente chega e vai invadindo, vai invadindo. Vai invadindo com medicação, vai invadindo: “Com licença, quem sabe a senhora não espera ali fora”. Então nós invadimos muito. E2

E2 corrobora com as idéias da TE2, afirmando que o momento da morte é da família e do paciente e acrescenta ainda, que não raro os profissionais de enfermagem interrompem esse momento com seus afazeres ou normas que por vezes são desnecessários nessa hora.

No momento da morte, é importante que as relações entre paciente e familiar sejam solidificadas, visando o compartilhamento desse processo. A equipe de enfermagem deve compreender as necessidades dessas pessoas e ajudar os familiares por meio de orientações construtivas que reduzam os sentimentos de culpa, vergonha, medo ou castigo que despertam nessa hora. Assim, o melhor conforto que se pode proporcionar aos familiares é partilhar os sentimentos antes que a morte chegue, permitindo-os enfrentar esses sentimentos (KÜBLER-ROSS, 2008).

Sob esse aspecto, E1 apresenta como a família se sente no momento da morte eminente do paciente.

(...) Acontece muito assim, de as mães não quererem levar essa criança, esse adolescente pra casa. Geralmente se veem no aperto quando começa a entrar em sofrimento respiratório, quando tem muita dor, né? Então na verdade é isso que eles procuram, eles procuram a internação para todos os sintomas, toda essa angústia ser minimizada. E1

Nesse cenário, frente à morte iminente, a família torna-se o foco das ações da equipe de saúde, visto o processo doloroso que a morte evidencia, bem como a elaboração do luto. Estudo demonstram que a equipe de saúde procura viabilizar uma “boa morte”, preparando um local tranquilo para as pessoas que estão presentes neste momento, principalmente a família. Essa que muitas vezes quando o paciente encontra-se no domicílio não apresenta estrutura emocional ou física para suportar a piora progressiva do paciente até a evolução ao óbito e dessa forma, busca no hospital e nos profissionais de saúde esclarecimentos, orientações e conforto para o enfrentamento desse momento (MENEZES, 2004).

A morte no domicílio é defendida pelos paliativistas, entretanto muitas vezes a família não está preparada para tal e suas decisões devem ser respeitadas. Atualmente com a implantação dos serviços de internação domiciliar, muitas vezes as famílias são obrigadas a levar o paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura para o domicílio, mesmo contra sua vontade, atendendo uma política que por vezes mostra-se preocupada principalmente com a redução dos custos com internações em leitos hospitalares em detrimento de uma qualidade de vida do paciente e da família (MENEZES, 2004). Nesse sentido existe uma preocupação com a família do paciente que irá morrer. Neste estudo os enfermeiros que já vivenciaram tal experiência dizem que mesmo sendo profissionais de saúde apresentaram dificuldades para

cuidar de seus próprios familiares com doença oncológica com diagnóstico fora de possibilidade de cura.

*(...) Eu sou enfermeira, e olha, não é fácil gente! Ter alguém doente em casa, prestes a morrer, a família tem que estar muito bem preparada, tanto de estrutura física como emocionalmente. Sempre tem alguém da família que acaba sendo a referência e olha é complicado. (...) Nenhum dos meus familiares morreu em casa, mas de certa forma eu acho que eu forcei pra que eles viessem para o hospital porque eu não queria estar sozinha, entende? Porque os familiares que estão ali, estão desestruturados e tu precisas do apoio do profissional também nessa hora difícil. Então eu tenho repensado bastante essa coisa do levar para casa. **E2***

*(...) Eu acho que o domiciliar ele é muito mais válido, quando não está neste estágio. No crônico, em vez de tu maneres internado no hospital, aquela coisa, talvez quando ele tenha ainda uma qualidade de vida, em que o familiar não fica de responsável pela vida dele. Porque esse de ser responsável, não sei, é muito complicado. **E3***

A partir do relato de E2 e E3 demonstra-se que é necessário que sejam levadas em consideração, as necessidades e a realidade de cada família, pois um paciente em processo de morrer demanda cuidados frequentes e apresenta sofrimento intenso que repercute na família. Assim, retoma-se a importância de uma comunicação clara, contínua e acessível entre profissionais e familiares, visto que é por meio desta que se chegará a uma decisão que permitirá uma vivência mais serena e tranquila do processo de morrer do doente, independente do local em que morrerá (KIRCHHOFF 2004 apud SANTOS, 2009).

Destaca-se a preocupação da enfermagem com os familiares dos pacientes em processo de morrer, evidenciando-se um trabalho que busca por meio de ações como “dar a mão”, “ouvir” ou “só ficar do lado”, demonstrar os aspectos positivos do processo de morrer contribuindo para a formação de uma nova visão sobre a morte, transformada em um evento natural e aceito socialmente (MENEZES, 2004). Por fim, “se a família estiver presente e sentir-se participante do cuidado, poderá ter a certeza de que tudo foi feito da melhor maneira possível. Sempre haverá o luto, mas também haverá a certeza de que o ente amado não estava sozinho nas horas finais” (SANTOS, 2009, p.219)

5. DESAFIOS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM JUNTO AO PACIENTE ONCOLÓGICO EM PROCESSO DE MORTE/ MORRER

Nesse capítulo discute-se os desafios enfrentados na assistência de enfermagem ao paciente oncológico em processo de morte/morrer. A partir desta categoria foi possível desvelar os seguintes temas: limitações na assistência de enfermagem junto ao paciente oncológico com diagnóstico fora de possibilidade de cura; integração das tecnologias leves e duras na assistência de enfermagem; mudança da postura relacionada à cultura do silêncio e da incerteza; sentimentos e repercussões frente à proximidade da morte do paciente e ações e caminhos indicados pela equipe de enfermagem para enfrentar o processo de morte e morrer do paciente.

5.1 Limitações na assistência de enfermagem junto ao paciente oncológico com diagnóstico fora de possibilidade de cura

Identifica-se a atuação dos profissionais de enfermagem junto aos pacientes oncológicos com diagnóstico fora de possibilidade de cura nos diferentes cenários como: ambulatoriais, unidades de internação, unidades de cuidados paliativos, internação domiciliar, entre outros, demonstrando a cronicidade da doença oncológica e as demandas de cuidado que emergem no atendimento aos pacientes que entram em tratamento paliativo exigindo uma abordagem multidimensional.

Cuidar de pacientes sem perspectivas de cura representa um desafio para a equipe de enfermagem, principalmente quando não se possui uma estrutura voltada para a atenção paliativa. Manter uma abordagem holística com pacientes que iniciam com a palição da dor oncológica envolvendo a família no contexto da internação exige sensibilidade, criatividade e dedicação da equipe. E3 nos apresenta algumas limitações no cuidado de enfermagem à esses pacientes.

(...) É uma luta entre profissionais e a instituição, por causa dessa falta, de que tu queres dar, que tu sabes que consegues dar uma qualidade x, mas que tem algumas coisas que melhorariam que é de tecnologia, que melhoraria a dor e que poderia trabalhar com a alegria do paciente. Mas, a instituição não oferece, tu vês que foge o teu alcance, tu vês que a instituição, que a política, enfim, a

organização é bem maior do que está nas nossas mãos, não está te ajudando. E3

O relato de E3 fundamenta-se no fato de que, muitas vezes os profissionais de saúde querem proporcionar maior conforto aos pacientes, mas esbarram em entraves institucionais como, por exemplo, a falta de recursos humanos, materiais, medicamentosos que poderiam contribuir com a melhor qualidade de vida no processo de morte/morrer.

(...) Às vezes quando o paciente mais precisa da instituição, nesse momento, quem sabe fora de possibilidade de cura, que ele sente dor, que está bastante debilitado, a instituição não consegue acolhê-lo. Não consegue internar e acaba mandando embora, porque sabe que ele não vai melhorar. Então eles acabam investindo um pouco mais naqueles que estão chegando, ou que tem chances de tratamento do que aqueles que já estão mais fora da possibilidade (de cura). Então a instituição, às vezes não consegue acolher, por falta de leito, falta disso, falta daquilo, tem várias justificativas. E1

E1 corrobora com as afirmações de E3 complementando que os pacientes com doença fora de possibilidade de cura quando precisam dos serviços da instituição hospitalar, ela não consegue recebê-los, em função da demanda e da escassez de recursos que, às vezes, leva os profissionais investirem mais em pacientes com possibilidades de cura do que nos que estão em processo de morrer.

Em hospitais de nível terciário de complexidade, torna-se difícil a assistência junto a esses pacientes, pela falta de investimentos e desenvolvimento de políticas em cuidados paliativos. Observa-se a preferência em investir em pacientes potencialmente recuperáveis em detrimento daqueles que em um período curto ou médio de tempo evoluirão ao óbito. Assim, as instituições de saúde, subordinadas a falta de políticas e investimentos econômicos e estruturais nessa área, muitas vezes precisam “selecionar” o tipo de assistência, bem como o tipo de investimento que será fornecido à clientela hospitalar.

A falta de uma organização e políticas em torno dos cuidados paliativos limita os investimentos das instituições hospitalares nessa clientela. A maioria das fontes dos recursos na saúde é voltada para os tratamentos curativos, que apresentam elevados ônus e efeitos limitados, dessa forma, os cuidados paliativos atraem poucas fontes de recursos disponíveis (SANTOS, 2009).

Historicamente no Brasil existe uma carência em investimentos em saúde, tanto em se tratando de recursos materiais quanto em recursos humanos. A gestão de pessoas é uma questão relevante em se tratando de gerenciamento de recursos em saúde que impacta

diretamente na qualidade da assistência prestada. A falta de profissionais de saúde em diversas áreas de atuação, muitas vezes limita o desenvolvimento de ações que proporcionem conforto ou que visem à humanização do cuidado prestado aos pacientes (JORGE, 2002). Existe atualmente uma grande demanda de usuários nos serviços de saúde, desproporcional ao número de trabalhadores e de recursos materiais disponíveis. No entanto, os profissionais de saúde procuram garantir o acesso às pessoas que procuram as instituições de saúde.

(...) Teve uma época que tu conseguias conversar mais. Hoje em dia, pela demanda do serviço, está muito automatizada, ele entra, vai, faz a quimio e descem 40 (pessoas) da consulta, e tem que atender [...]. Um paciente chega numa cadeira de rodas e tu vais tentar colocar numa maca, vamos providenciar pra tentar dar um conforto, mas não tem muito assim, acho que não tem muitas condições de fazer isso no ambulatório pela demanda da coisa mesmo, está aumentando o número de pacientes, tudo isso. TE2

TE2 diz que no contexto ambulatorial torna-se difícil proporcionar conforto, bem como, acolher o paciente de forma adequada, devido à demanda do local e a falta de recursos humanos. Assim, evidencia-se a necessidade de reestruturação dos serviços, bem como formação e educação permanente dos profissionais que atuam junto aos pacientes com doença oncológica fora de possibilidade de cura. É fundamental reconhecer que se trata de um problema de saúde pública, muitas vezes, negligenciado. Além disso, são necessários investimentos para a qualificação dos profissionais de saúde, assegurar a disponibilidade dos medicamentos e criar instrumentos de proteção dos profissionais, pacientes e familiares (SANTOS, 2009).

5.2 Integração das tecnologias leves e duras na assistência de enfermagem

Dentre as principais discussões na enfermagem contemporânea, situa-se o equilíbrio entre a utilização de tecnologias leves e duras na assistência de enfermagem visando à implementação de um modelo assistencial que atenda as necessidades de saúde dos usuários dos serviços de saúde. Na oncologia, essa situação se apresenta de forma muito marcante, visto os aspectos psicológicos, emocionais e físicos que englobam a doença, exigindo tanto a aplicação de tecnologias duras ou trabalho morto quanto de tecnologias leves ou trabalho vivo na atuação junto dessa clientela (MERHY & FRANCO, 2003).

Os enfermeiros no seu cotidiano de trabalho junto ao paciente oncológico com diagnóstico fora de possibilidade de cura obrigam-se a utilizar estratégias tecnológicas e criativas com o intuito de atender as demandas, frente às necessidades que surgem, seja por

falta de infraestrutura física e de materiais ou por necessidades relacionadas à sensibilidade humana.

*(...) É uma guerra quando a gente trabalha com esses pacientes, para lutar por qualidade de vida e felicidade, porque, o que a gente vivencia no dia a dia é a luta para mostrar que a tecnologia está mantendo (...) É aquela luta, a culpa de que o paciente não vai bem porque tal medicação não está a disposição e a gente fica naquela tentativa de trabalhar com o material, medicamentos, equipamentos. Será que é essa qualidade que ele quer? **E3***

A fala metafórica de E3 demonstra que a assistência ao paciente oncológico com diagnóstico fora de possibilidade de cura é uma “guerra”, uma “luta” cotidiana pela sua sobrevivência, qualidade de vida e felicidade. Ela se questiona sobre a qualidade oferecida ao paciente e aquela esperada por ele. Acredita que algumas vezes torna-se difícil proporcionar qualidade de vida pela falta de recursos materiais, medicamentosos entre outros.

A tecnologia em saúde pode ser caracterizada como a ação que um profissional desempenha sobre um indivíduo por meio de instrumentos ou não, procurando produzir saúde para esse sujeito. Nessa definição, a tecnologia é uma forma de “expressão social e cultural, proporcionada pelas inovações e aplicações de pesquisas científicas. Por conseguinte, o trabalho em saúde é centrado nas pessoas, cujas capacidades de criação possibilitam diferentes formas para se produzir o cuidado” (SECOLI, PADILHA, LEITE, 2005, p.332).

O enfermeiro no contexto das tecnologias leves desempenha o papel de educador em saúde, atuando como facilitador no enfrentamento das dificuldades que advém desde o diagnóstico da doença, perpassando pelo tratamento até o momento da morte (SECOLI, PADILHA, LEITE, 2005). “A enfermagem é a equipe profissional que lida de modo intensivo e integral, com as respostas dos pacientes, interagindo com seus sofrimentos, ansiedades e medos, em meio às estratégias terapêuticas” (SECOLI, PADILHA, LEITE, 2005, p.335). Assim, torna-se relevante a utilização de estratégias de cuidado relacionadas às tecnologias leves como, por exemplo, o acolhimento conforme destacado pela E2.

*Primeira coisa que eu coloquei foi o acolhimento do paciente. Que é dar a mão, a gente estar junto. Acontece então aquele envolvimento com o paciente. **E2***

E2 considera o acolhimento o aspecto primordial no atendimento ao paciente oncológico sem possibilidades terapêuticas de cura, caracterizando o acolhimento por atitudes tais como dar a mão, ser presença e estar junto do paciente.

Na radioterapia fizemos a acolhida, a gente procura confortar os pacientes e familiares sempre dentro do possível (...). A figura de uma mãe abraçando a filha, que muitas vezes a gente, nós somos mães dos pacientes, e eles vem, eles precisam de um abraço, eles procuram ouvir a gente, eles precisam de uma palavra de conforto, já ajuda um monte. TE1

TE1 reafirma a importância do acolhimento na assistência de enfermagem utilizando a metáfora da “mãe” que simbolicamente é aquela pessoa acolhedora, que oferece carinho por meio do abraço, que conforta e aconselha com suas palavras.

O acolhimento concretizado em relações respeitosas e resolutivas entre equipe de enfermagem, paciente e família pode ser um diferencial na consolidação do cuidado humanizado em oncologia e nas demais clínicas (ROSSI & LIMA, 2005). O paciente busca no profissional de saúde soluções para seus problemas, para tanto, após o estabelecimento dos primeiros contatos, as orientações e relações serão estabelecidas se houver um processo de comunicação e empatia respaldada no conhecimento e veracidade, entre profissional e paciente/família.

No contexto hospitalar, a equipe de enfermagem por meio do vínculo estabelecido, auxilia no cuidado direto aos pacientes, pois muitas vezes tornam-se o profissional de referência para pacientes e familiares, respondendo questionamentos insistentes sobre a real necessidade do uso dos recursos tecnológicos, assim como da sua efetiva contribuição para a melhoria das condições de vida do paciente (SECOLI, PADILHA, LEITE, 2005).

(...) Como somos nós da enfermagem que ficamos (...) 24 horas com o pacientes e a gente passa a conhecer suas necessidades, frequência de dor, intensidade, se o paciente conseguiu dormir, ou não dormiu, se tem náusea, com que frequência. E2

(...) E até eles já agem, se comportam assim, o familiar já chega dizendo, ele vomitou a noite inteira, ele teve isso. Eles acabam vindo perguntar tudo para você. TE1

E2 e TE 1 relatam que a equipe de enfermagem, por permanecer constantemente junto do paciente, estabelece uma relação de maior proximidade entre ele e sua família. Sendo assim, os profissionais de enfermagem pela maior aproximação, são os que ouvem mais as suas queixas e necessidades e é com eles que o paciente e a família buscam respostas para seus problemas. Deste modo, os enfermeiros são essenciais no processo de tomada de decisão a respeito da situação de saúde dos pacientes, na escolha de produtos ou cuidados alternativos, durante o tratamento, que tenha a finalidade curativa ou paliativa.

Nesse estudo, as enfermeiras e técnicas ressaltaram principalmente os aspectos relacionados às tecnologias leves de cuidado. Além do acolhimento, a E3 destaca a utilização do lúdico na assistência junto aos pacientes com câncer em processo de morte/morrer.

(...) Ou levar uma felicidade? De levar uma brincadeira, como o pessoal vai lá na unidade, que não são da enfermagem, mas tem muito pessoal da enfermagem que faz, que bota um nariz de palhaço, vai vestido disso, leva um pirulito, leva um presente, leva um brinquedo, que a enfermagem se envolve muito com os pacientes oncológicos. [...] Lembra TE2? que a gente pintava o rosto, que a gente enchia as luvas de oxigênio, aí os dedos eram os cabelos, o dedão era o nariz, a gente fazia as carinhas, brincava? E3

O lúdico no contexto da assistência de enfermagem pode ser desenvolvido por meio de elementos como a alegria, a descontração, o sorriso, que são considerados essenciais no cuidado de enfermagem, capazes de auxiliar na diminuição da tensão e na angústia da hospitalização (BEUTER, 2004). A utilização do lúdico permite que o paciente encontre um meio de fuga para as situações estressantes que o hospital e o processo de internação ocasionam. Além disso, durante o processo de morte e morrer, essa estratégia pode minimizar as tristezas e angustias, dando um novo sentido ao término da vida.

O enfermeiro em seu cotidiano, apesar das turbulências diárias, deve procurar inserir elementos lúdicos na assistência de enfermagem, pois tais estratégias podem auxiliar no processo de comunicação entre enfermeiro e paciente/família, contribuindo com as negociações referentes ao cuidado e a própria elaboração do processo de morte para o paciente e o luto para a família (SILVA, ALVIM, FIGUEIREDO, 2008).

Deve haver um equilíbrio na utilização das tecnologias de cuidado, pois todas dispõem de instrumentos necessários para o cuidado de enfermagem. Parece que o exercício e integração da tecnologia leve e dura é cada vez mais necessária a fim de que possam ser atendidas as demandas de saúde em sua totalidade de maneira resolutiva.

Nesse sentido, o enfermeiro deve avaliar o uso das tecnologias de cuidado a partir de um olhar crítico, visando à segurança do paciente, analisando efetividade, custo benefício, impacto social e aspectos éticos envolvidos, tais elementos principalmente aplicados as tecnologias duras de cuidado são primordiais para a qualidade do cuidado de enfermagem (SECOLI, PADILHA, LEITE, 2005). Sobre as tecnologias leves de cuidado, sabe-se que apesar de serem de extrema importância e determinantes no tratamento e relacionamento em saúde, elas não se sustentam por si só, assim, “é preciso conciliar o uso de equipamentos e o conhecimento científico em saúde e as expressões subjetivas dos sujeitos participantes da relação do cuidado” (SILVA, ALVIM, FIGUEIREDO, 2008, p. 297), pois desta forma pode-

se aproximar de um modelo assistencial que envolva o biopsicosocial dos indivíduos cuidados, atendendo de forma resolutiva suas necessidades de saúde também durante o processo de morrer.

5.3 Mudança da postura relacionada à cultura do silêncio e da incerteza

Ao ser diagnosticado um câncer, a notícia repercute de tal forma que, frente à representatividade e simbologia da doença no imaginário das pessoas, é impossível prever as reações ao comunicar a pessoa sobre a patologia (HART et al, 2009). O câncer remete a possibilidade da morte e ao determinar um paciente aos cuidados paliativos é como se estivesse condenado precocemente e indeterminadamente ao fim (SANTOS, 2009).

Comunicar más notícias é uma dificuldade para os profissionais de saúde que na luta incessante pela vida, procuram sempre comunicar que o paciente teve uma evolução clínica que repercute em um bom prognóstico. Quando se tem um quadro de cronicidade com uma perspectiva em direção ao processo de morte/morrer, tal fato é muitas vezes suprimido pelos profissionais, ou pouco elaborado e trabalhado junto à família e o paciente, como uma forma de autodefesa do profissional e como forma de evitar o contato com a morte tão indesejada (SILVA & ARAUJO, 2007).

Percebe-se uma dificuldade na abordagem do processo de morrer junto ao paciente quando este prognóstico não é comunicado pelo médico, profissional legalmente responsável por esta função. Frente a tal situação, existe a cultura do silêncio que se instala aliada as esperanças de cura da doença, tanto por parte do paciente quanto da família. Isso provoca sentimentos de insegurança e tensão na relação entre equipe de saúde e paciente quando são estimuladas expectativas falsas em relação ao seu tratamento.

(...) É difícil tu chegar e falar para o paciente, para o familiar, “né”? Que eles querem que a gente diga que não! Que tudo vai melhorar e ele vai se curar. E eu acho que muitas vezes pela dificuldade de abordar essa temática, tu acabas estimulando isso aí, entende? [...] E tu acaba concordando quando, muitas vezes deveria dizer que realmente é difícil, talvez o tratamento não dê certo. E2

E2 expressa que muitas vezes os pacientes apresentam expectativas de cura e melhora em relação à patologia, no entanto a equipe de enfermagem não se sente preparada para realizar uma abordagem realista com os pacientes e acaba estimulando expectativas em relação ao tratamento que não correspondem à realidade. Essa dualidade entre estimular a

esperança no paciente e ter um diálogo que enfoque sua real condição de terminalidade de vida, apresenta-se aos profissionais de enfermagem como uma grande inquietação.

Elizabeth Kübler-Ross já citava a esperança, permeada por essa dualidade nos discursos dos pacientes moribundos em processo de morrer durante seus seminários.

Não importa que nome tenha, descobrimos que todos os nossos pacientes conservaram essa sensação que serviu de conforto em ocasiões especialmente difíceis. Demonstravam a maior confiança nos médicos que vislumbravam esta esperança-real ou não- e apreciavam quando apresentavam uma esperança, apesar das más previsões (KÜBLER-ROSS, 2008, p. 144).

A esperança deve ser trabalhada no sentido de ser um elemento que contribui no processo de autocuidado do paciente e estimula-o a ter novas possibilidades de cuidado que não apenas a de cura, baseada no conforto, minimização da dor e respeito pelas suas vontades. Acredita-se que muito ajudaria se, ao invés de evitar-se falar sobre morte, fosse proporcionado um espaço para os pacientes com doença oncológica fora de possibilidade de cura falarem sobre suas necessidades de saúde e suas expectativas em relação ao por vir (KÜBLER-ROSS, 2008).

Ressalta-se a importância de trabalhar aspectos que inserem a esperança numa perspectiva não de cura, mas de que tudo será feito para manter a qualidade de vida do paciente e família na hora do morrer. Deste modo, ao falar-se de esperança, é necessário que o paciente esteja ciente de sua condição de saúde, o que muitas vezes não ocorre, seja por intervenção da família que tem medo de que o paciente reaja de forma negativa ao diagnóstico, ou seja por vontade própria do paciente. Assim, a equipe de enfermagem deve estar igualmente preparada para trabalhar com as questões relativas à cultura do silêncio e com a “quebra” da autonomia do paciente oncológico com diagnóstico fora de possibilidade de cura.

Nesse sentido, é de extrema importância que seja garantido o direito e exercício da autonomia pelo paciente com diagnóstico fora de possibilidade de cura frente a sua condição de saúde, a começar pelo conhecimento de seu diagnóstico e prognóstico, apesar de o modelo assistencial vigente ainda considerar o foco da assistência a doença do sujeito reduzindo o paciente a um ser que integra a instituição hospitalar e dela depende (OLIVEIRA, SÁ, SILVA, 2007).

(o paciente) Faz a quimio, mas ninguém pergunta se ele realmente quer fazer, foi dito para ele que aquilo é para manter a vida dele, dar uma qualidade de vida, mas e se ele não quer? Às vezes até em função da família que faz aquela pressão [...]. E aí todo mundo resolve o que vão fazer com ele e ele não dá opinião nenhuma [...]. Se eu for o

paciente, eu quero saber o que acontece comigo e eu quero decidir, a vida é minha, eu que tenho que saber. TE2

A desconsideração da autonomia do paciente foi outro aspecto ressaltado por TE2. Ela relata que muitas vezes a vontade e a necessidade do paciente são suprimidas pelos desejos da família que subestima a capacidade de compreensão e a tomada de decisão dos pacientes oncológicos fora de possibilidades terapêuticas de cura. Ela salienta que não se submeteria a esta condição como paciente, e reivindicaria o direito de saber o seu diagnóstico e a conduta a ser adotada.

Evidencia-se um comportamento protetor por parte da equipe de saúde e da família que perpassa pelos mesmos estágios do morrer do paciente influenciando nas condutas de saúde do paciente. Estudo revela que a percepção de cuidadores de pacientes oncológicos sobre os sentimentos e os sintomas do paciente correspondem mais à imaginação do que à realidade e essa divergência poderia ser minimizada com uma comunicação efetiva e terapêutica com o auxílio dos profissionais de saúde (REZENDE, DERCHAIN, BOTEGA, VIAL, 2005). Essa relação paciente-cuidador deve ser norteada por princípios éticos como a beneficência, não maleficência e a justiça que são relevantes no cuidado de pacientes com doença fora de possibilidade de cura. Entretanto, o paciente também tem o direito de não querer saber sobre sua condição de saúde, “nesse caso, seu desejo precisa ser respeitado e é necessário identificar um familiar ou alguém próximo a ele que possa receber as informações e ser seu interlocutor” (ARAÚJO, 2009, p.216).

Nessa perspectiva, demonstra-se uma lacuna na assistência de enfermagem e de saúde como um todo, visto que a habilidade da comunicação e principalmente elaboração do diagnóstico deve ser realizada por todos os profissionais envolvidos na assistência direta e indireta com o paciente e a família. Assim, faz-se necessário um trabalho conjunto pautado na comunicação que se reafirma ser o “elemento chave” nas relações interpessoais em saúde no momento da morte. Ao invés da “mentira piedosa” os profissionais devem utilizar-se da sinceridade prudente, transmitindo as informações de acordo com as informações e condições que o paciente transmite (ARAÚJO, 2009). Para tal, o profissional de saúde deve ter uma observação e sensibilidade desenvolvida a fim de perceber o quão preparado e o quanto de informações o paciente quer receber. É igualmente importante que a equipe de enfermagem demonstre empatia, atenção, e carinho com o paciente seja por meio da comunicação verbal ou não verbal com o paciente. “A expressão facial, o contato visual, a distância adequada e o toque das mãos, braços ou ombro, ajudam a demonstrar empatia, oferecer apoio e conforto. O

paciente precisa saber que, por pior que seja, ali se encontra alguém que ele pode confiar e que poderá cuidar dele” (ARAÚJO, 2009, p.218).

5.4 Sentimentos e repercussões frente à proximidade da morte do paciente

Os profissionais de enfermagem ao trabalharem com pacientes oncológicos fora de possibilidade de cura devem estar atentos aos aspectos emocionais e psicológicos que influenciam na sua atuação, para que atitudes e crenças pessoais não determinem ações que possam promover distanásia ou eutanásia, pelo contrário, devem assegurar o direito de ortotanásia, direito do paciente. (SUSAKI, SILVA, POSSARI, 2006). Em seus estudos, Áries (1989) relata que os profissionais de saúde ao encararem o processo de morte/morrer dos pacientes vivenciam sensações de frustração, tristeza, culpa, impotência e estresse. Frente a esta situação pode haver prejuízo na prestação de cuidados ao paciente oncológico em processo de morrer, devido à lembrança sobre a própria finitude do profissional de enfermagem.

Nesse sentido, a equipe de enfermagem necessita compreender a morte e não apenas explicá-la. Para essa compreensão, é indispensável que a educação esteja além das considerações biológicas da morte, que o profissional se autoconheça e identifique suas percepções sobre a morte e assim possa compreender e trabalhar melhor com a morte do outro (OLIVEIRA & AMORIM, 2008).

Trabalhar com o paciente fora de possibilidade de cura é uma guerra. É uma guerra para mudar a perspectiva de que a morte é a perda da guerra. Porque é assim que a gente aprendeu a ser culturalmente, aprendeu na faculdade, aprendeu desde pequeno, “né” ?E3

E3 utiliza a metáfora da “guerra” para simbolizar que a assistência ao paciente oncológico é uma batalha contra a morte que precisa ser vencida. Para ela a “guerra” contra a morte é uma ideia concebida culturalmente e disseminada durante o processo de formação pessoal e profissional, o que dificulta a aceitação da morte, pois ela caracteriza o fracasso da “guerra”.

Estudo com trabalhadores de enfermagem demonstrou que os profissionais de enfermagem angustiam-se profundamente quando ocorre o óbito de um paciente, bem como sentem por vezes a mesma dor de quando perderam um familiar próximo. Aponta ainda que quanto maior o vínculo com o paciente, maior a dor e a tristeza vivenciadas pelos profissionais. Relata que eles sentiram-se frustrados e culpados pela perda do paciente,

sentimentos que ganham projeções maiores quando os pacientes são crianças ou adolescentes (SHIMIZU, 2007).

O discurso de E3 corrobora com o que apresenta tal estudo, nesse discurso a enfermeira apresenta algumas implicações do trabalho com pacientes oncológicos com doença fora de possibilidade de cura no processo de trabalho dos profissionais de enfermagem.

(...) Nisso, eu estou colocando que quem pede o SOS? Às vezes, são os pacientes, mas às vezes, também somos nós da enfermagem para conseguir trabalhar com ele. Porque, às vezes trabalhar desta forma é cansativo e desgastante (...). Mas eu vejo a enfermagem em todos os setores da hemato-onco onde passei, a enfermagem sempre está tentando lutar pelo paciente. E3

A E3 relata que, muitas vezes, é a equipe de enfermagem que precisa de cuidados devido às condições de trabalho e a vivência do processo de morte/morrer que gera sentimentos de impotência e frustração nos profissionais de enfermagem que precisam ser elaborados.

Como forma de extravasamento dessas angústias, ou até mesmo por não saber como lidar com tal situação, não raro os profissionais de enfermagem acabam julgando os pacientes pela sua condição de saúde, culpabilizando-os por sua situação de terminalidade, apontando falhas no cuidado com sua saúde como, por exemplo, através de hábitos de vida não saudáveis e demais comportamentos.

Uma coisa que eu vi muito são colegas julgando os pacientes, por exemplo, no ambulatório, o paciente chega lá com câncer de pulmão. “Ah! Fumou a vida inteira!” Problema é dele se ele fumou, eu não estou ali para julgar. Ou o paciente internava na UTI, daí um dia entrava em síndrome por abstinência. “Ah! Era um Bêbado!”. Não interessa se ele era. Eu não estou aqui para julgar a vida da pessoa lá fora. E isso foi uma coisa que eu sempre achei muito feia de tu ouvires falar (...). Nós não estamos aqui para julgar e sim para confortar. TE2

TE2 destaca os aspectos relacionados ao comportamento do profissional de enfermagem em relação ao paciente, em que ele se coloca como juiz das situações e hábitos de vida que o paciente possui ou possuía culpabilizando-o por sua condição de terminalidade. Para Budó (2002) a enfermeira ao cuidar do ser humano deve ser perceptiva, ver além das necessidades aparentes do paciente e interagir com o ser humano cuidado, nessa relação deve haver uma coparticipação nas ações que visam o autocuidado do paciente por meio da

educação em saúde, sendo dessa forma prejudicial para a relação equipe de enfermagem/paciente comportamentos culpabilizadores dessa natureza.

O comportamento julgador e prescritivo da equipe de enfermagem em relação ao paciente oncológico com diagnóstico fora de possibilidade de cura, tanto em relação aos hábitos de vida quanto em relação às dores e percepções do paciente durante seu estadiamento no ambiente hospitalar é reiterado por E2.

Nós, em especial da enfermagem, não sei se falha da formação, da gente, seja técnico, auxiliar, graduação, a gente se acha juízes da situação, né? Ah, juízes. “Ah não, fulana lá está com dor ou não está? Está dependente da morfina”. (...) Então a gente fica muito nessa de tem que parar de comer sal, tem que parar de beber, tem que comer tal e tal coisa, não pode fazer isso, não faz isso, aquele outro. E2

E3 corrobora ainda com a ideia de E2 e TE2, concluindo que o enfermeiro prescreve comportamentos ao invés de ouvir as necessidades e desejos do paciente.

Na verdade a gente prescreve comportamento, e não investiga como é que o paciente, como ele quer? E3

Estudo demonstra que as equipes de saúde, de modo geral, têm dificuldade frente ao exercício de autonomia do doente; por outro lado, as equipes de enfermagem que atuam junto a paciente com doença oncológica fora de possibilidade de cura têm conseguido lidar com a autonomia desses indivíduos de maneira mais natural e em sintonia com a proposta da filosofia de cuidados paliativos e com as aspirações de um novo paradigma de cuidado (OLIVEIRA & SILVA, 2010). Tais resultados convergem com o que se apresenta nesse estudo a partir dos questionamentos que as enfermeiras e técnicas apresentam em relação ao seu cotidiano de trabalho.

Nesse sentido, acredita-se que essa dificuldade em trabalhar com a autonomia do paciente e conseqüentemente com a terminalidade resulta das próprias inquietações dos profissionais de enfermagem em relação a sua finitude (SANTOS, 2009). “A visão da pessoa que vivencia o processo de morte e de morrer abala as fantasias defensivas que as pessoas constroem como uma muralha contra a idéia de sua própria morte” (BELATTO & CARVALHO, 2005, p.100).

Eu pessoalmente acho que isso é muito pessoal (trabalhar com a morte), de cada um, tem gente que tem condição, que consegue lidar e outros não. Eu acho que isso não é uma coisa que todo mundo tem que ter. Eu acho que isso vai até da tua maneira de encarar a morte. TE2

Eu acho que nós da enfermagem, a gente tem muita dificuldade pra abordar e aceitar a terminalidade (...). Depende de cada um com seus mecanismos. E2

TE2 acredita que alguns profissionais conseguem lidar melhor com a morte do que outros. Como justificativa ela coloca ser uma questão de ordem pessoal, e que não são todos os profissionais que desenvolvem essa habilidade. E2 concorda com TE2, acredita que trabalhar com paciente oncológico com diagnóstico fora de possibilidade de cura depende dos mecanismos de defesa de cada profissional.

Perceber os mecanismos defensivos é importante para os profissionais da saúde e da enfermagem, para que compreendam os sentimentos e atendam as necessidades daqueles que vivenciam o processo de morte e de morrer, proporcionando conforto, sensação de acolhida, compaixão e solidariedade (BELATTO & CARVALHO, 2005).

“O terror de tornar-se não existente, pelo menos como forma de vida conhecida, persegue todos os seres humanos e a ansiedade de aniquilamento é descrita, pela psicanálise, como o terror primordial, terror esse que já faz parte do indivíduo ao nascer” (CASSORLA, 2009, p.59). Sobre o medo da morte e como essa repercute nos profissionais de saúde, E3 e TE2 nos dizem

(...) Eu me nego descer até aquele necrotério pra abraçar uma mãe, porque aquilo sim, aquilo ali pra mim é horrível. TE2

(...) Existe uma cultura de que quando ele (paciente) está ficando ruim, ruim, ruim lá no CTMO, “Ah! Como aqui não tem médico 24 horas por dia, vamos levar pra CTI”. É a desculpa própria para se ver livre daquela fase terminal, estou falando do terminal de morte e não do terminal assim... Na hora da terminalidade dá serviço, dá mais serviço, tu ficas apavorada sem saber o que fazer, se vai fazer alguma coisa ou não fazer alguma coisa. E3

No discurso da E3 e da TE2, percebe-se o medo em relação à morte concretizada diante do profissional de enfermagem e a forma como essas profissionais enfrentam tal situação, seja por meio da fuga na hora da morte ou por meio do afastamento de locais associados à morte.

Alguns mecanismos são adotados para minimizar o sofrimento que a ideia do morrer apresenta, tais como: a crença em uma vida após a morte, pensamentos mágicos como, por exemplo, evitar pensar ou falar na morte, pensar em coisas boas e fazer planos para o futuro. Tudo isso remete a tendência das pessoas em valorizar as boas experiências expulsando dessa

forma a sensação de morte que constantemente as circunda (SANTOS, 2009). Estudo demonstra que trabalhadores de enfermagem admitem que a adoção de mecanismos de defesa não protege e nem minimiza o sofrimento resultante do contato com a morte, evidenciando que a negação não contribui nem com a aceitação, muito menos com a elaboração da perda dos pacientes (SHIMIZU, 2007).

Cada um tem a sua estrutura, o jeito de lidar com os pacientes, cada um tem o seu dom. Mas eu acho que independente de ser a morte do paciente, na enfermagem não existe um trabalho para estruturação da pessoa. Para ver o que a gente sente, e por isso tanta gente em depressão. E3

E3 acredita que a enfermagem não apresenta estrutura para trabalhar com pacientes em processo de morte/morrer, atribuindo tal fato, o grande número de profissionais da área com depressão. Os trabalhadores de saúde, por estarem constantemente expostos a esse tipo de situação acabam desenvolvendo mecanismos como a racionalização para evitarem estados depressivos. Entretanto, escapar da depressão não representa imunidade ao sofrimento, pois com o passar do tempo, os trabalhadores de saúde tendem a recorrer a outros recursos para aliviar o grau de sofrimento no trabalho, tais como: a tecnização das tarefas, a negação do seu próprio sofrimento, ou até mesmo assistir filmes de comédia como forma de racionalização dessas angústias (SHIMIZU, 2007).

Frente à perda do paciente, o sentimento de impotência repercute como a perda de uma batalha, de uma luta pela vida que aos “olhos” dos profissionais é inútil quando não se adota uma postura de cuidado que visa mais que a cura, o conforto e a qualidade de vida no morrer. Faz-se necessário a elaboração do luto, não só por parte dos familiares, mas também por parte dos profissionais de saúde que sofrem pela perda de um paciente no qual foram depositadas tantas expectativas mesmo conhecendo-se seu prognóstico de terminalidade (OLIVEIRA, BRÊTAS, YAMAGUTI, 2007).

Assim, acredita-se que deva partir da formação acadêmica as reflexões e práxis em relação ao morrer, por meio de discussões de casos acompanhados durante as aulas práticas, por meio de reflexões sobre as repercussões da cena da morte e a evolução do processo de morrer no aluno. Para que ele aprenda a conhecer suas percepções sobre a morte e dessa maneira reconheça no paciente um ser que necessita de apoio, carinho e atenção para enfrentar a finitude e os sentimentos e dores que emergem a partir dessa.

5.5 Ações e caminhos indicados pela equipe de enfermagem para enfrentar o processo de morte e morrer do paciente

As participantes do estudo demonstraram a necessidade de haver um envolvimento dos profissionais e da instituição com o intuito de desenvolver atividades que tragam o discurso sobre morte e paliatividade para o contexto diário de trabalho dos profissionais.

(...) Eu acho que seria interessante ter um grupo para estudar a morte. Para falar sobre a morte, até para ver as diferenças, as crenças, como enfrentam a morte (...). A morte está presente, mas a gente fala sobre vida. Sobre morte a gente não fala. E2

E2 acredita que a realização de grupos que abordem a temática morte contribui com a diminuição das angústias e com o melhor preparo dos profissionais. Relata que a morte está presente, mas as discussões prevalecem em torno da vida. “Ao se analisar historicamente as representações da morte percebe-se que houve uma importante alteração na trajetória da morte, que, de familiar e conhecida, passou a ser completamente negada e relegada” (SHIMIZU, 2007).

Utilizar a abordagem de grupos para discutir morte e suas repercussões no cotidiano dos trabalhadores de saúde pode contribuir de forma decisiva para a produção de concepções sobre o morrer além de se apresentar como um instrumento terapêutico para a equipe de enfermagem. Esta atividade pode ser desenvolvida durante a passagem dos plantões, aproveitando a equipe reunida para dialogar sobre suas angústias relacionadas à finitude do paciente e sobre a própria finitude de cada profissional. Ao se valer da finalidade terapêutica do grupo por meio da produção de *insight*, resgata-se aspectos psicossociais arquivados no inconsciente humano, a partir dos quais é possível romper as barreiras dos mecanismos de defesa e abrir uma possibilidade de enfrentamento real diante do que tanto é sublimado e reprimido pelo profissional de enfermagem no seu cotidiano: a morte (SPADINI & SOUZA, 2006).

Ao conhecer-se a equipe de enfermagem será possível apontar estratégias que facilitem não somente as relações entre a equipe, mas que sejam utilizados outros instrumentos como a criatividade, no enfrentamento das limitações institucionais e pessoais que dificultam, muitas vezes, a resolutividade e qualidade da assistência de enfermagem prestada ao paciente oncológico com diagnóstico fora de possibilidade de cura. Em contrapartida, as enfermeiras recebem a valorização do seu trabalho por parte de pacientes, familiares e demais integrantes da equipe de saúde, sendo um fator motivacional no cuidado em enfermagem (ABRAÃO, BEZERRA, BRANQUINHO, PARANAGUÁ, 2010).

(...) E aí, dentro disso tudo o que a gente tenta fazer? Eu vejo que a gente tenta pegar a areia que nós temos, vamos construir um castelo com essa areia, vamos transformar, vamos usar o que a gente tem e ouvir as famílias. Ninguém sabe quando ele (paciente) vai morrer, então, vamos aproveitar a vida, o que tu tens de bom? O que tu podes fazer da tua vida dentro das possibilidades? E daí, dentro disso, dentro das possibilidades, tentar fazer, que seja malabarismo. Que a gente faz malabarismo para levar qualidade e alegria para os pacientes. Eu vejo a enfermagem fazer isso. A união, o quanto desperta entre nós também, essa situação grave. E o quanto é gratificante, cada vez, que por menor coisinha que tu fez a menor coisa, fez a diferença. Apesar de, às vezes tu não podes fazer muito mais. E3

E3 acrescenta ainda, que muitas vezes é necessário utilizar-se da criatividade para tentar apresentar resolutividade e que a grande recompensa da dedicação da equipe é a união que essas situações despertam, bem como, a valorização do profissional por parte do paciente. Esses elementos se mostram necessários e despontam como fatores motivacionais para o trabalho em enfermagem. “O prazer/satisfação é demonstrado na alegria em realizar algo, no sucesso, no exercício de ser. Assim, o grau de satisfação e motivação de uma pessoa são características que podem afetar a harmonia e a estabilidade psicológica no local de trabalho” (ABRAÃO, BEZERRA, BRANQUINHO, PARANAGUÁ, 2010).

Marsico (2008, p. 98) diz que para uma efetiva resolutividade na assistência de enfermagem que vise proporcionar conforto e cuidado integral ao ser humano cuidado

é fundamental a implementação de estratégias que motivem e envolvam os profissionais a desenvolverem ações efetivas para alcançar e garantir a qualidade do cuidado/conforto de enfermagem. Neste aspecto, destaca-se a importância da valorização e reconhecimento das iniciativas dos profissionais, do estímulo aos programas de capacitação e qualificação profissional, do dimensionamento adequado dos profissionais de enfermagem e das condições favoráveis de trabalho no ambiente hospitalar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a assistência de enfermagem ao paciente oncológico com diagnóstico fora de possibilidade de cura ainda é permeada de tabus, poucos investimentos em recursos materiais e gestão de pessoas para o trabalho no processo de morte/morrer. Evidenciou-se nos discursos a falta de preparo dos profissionais para trabalharem com o paciente e sua família durante a internação e no momento da morte eminente.

Percebe-se a necessidade da criação de políticas que propiciem dignidade e humanização no processo de morrer, visto que os recursos para alívio da dor, bem como, a integração de tecnologias leve de cuidado no contexto da terminalidade no hospital ainda estão permeados por normas e rotinas que restringem o desenvolvimento de ações de maior amplitude em relação aos aspectos biopsicossociais que compõe o indivíduo. Identificou-se também que, existem divergências sobre a “boa morte” estar diretamente ligada ao contexto domiciliar, visto que houve questionamentos sobre as demandas de cuidado dos pacientes oncológicos com doença fora de possibilidade de cura, para as quais muitas vezes a família não está preparada para atender e que sente na equipe de saúde a segurança e a possibilidade do conforto na hora do morrer para o doente oncológico, tanto adulto quanto pediátrico.

Por outro lado, os profissionais de enfermagem que participaram deste estudo demonstram que no Hospital Universitário de Santa Maria, a equipe de enfermagem em hemato-oncologia busca integrar estratégias de cuidado na tentativa de diminuir o sofrimento do paciente oncológico em processo de morrer, utilizando-se da criatividade para a solução de problemas no cotidiano da assistência e o lúdico como elemento sensível de cuidado, permitindo dentro do possível a participação da família junto ao paciente em todo seu processo de morrer. A escuta, o acolhimento e as demonstrações de carinho pela equipe de enfermagem com o paciente foram valores destacados neste estudo, visto que esses são elementos considerados primordiais para a qualificação da assistência de enfermagem em hemato-oncologia além de ser decisivo na relação entre equipe de enfermagem e paciente/família.

Apontam-se lacunas nessa assistência, relacionadas ao próprio trabalhador de saúde e suas competências para trabalhar com a morte e com o câncer, uma doença tão estigmatizada que repercute no profissional de saúde o modo como esse passa a observar sua própria

terminalidade. Vislumbrou-se que enfermeiros e técnicos de enfermagem tem dificuldade para aceitar e manejar o momento da morte, tanto por ser uma situação que demanda tolerância, competência técnica, relacional e ética como também reflete os medos e inseguranças dos profissionais que como seres humanos também se debatem com as questões de terminalidade que permeiam o inconsciente humano. Assim, foram apontadas sugestões com a realização de grupos de discussão sobre morte e como essa pode ser trabalhada durante a assistência de enfermagem, a fim de minimizar as angústias dos profissionais e conseqüentemente promover resolutividade e adoção de medidas que estejam respaldadas em preceitos éticos quando forem direcionadas ao paciente e sua família.

Percebe-se com esse trabalho que a literatura tem convergido com o que foi discutido entre as profissionais no movimento dialógico da dinâmica, corroborando com a ideia de que ainda existem lacunas na assistência de enfermagem aos pacientes oncológicos com diagnóstico fora de possibilidade de cura. Questiona-se alguns aspectos relacionados aos cuidados paliativos que por um lado visam promover a “boa morte” evitando o sofrimento de todos os envolvidos no contexto do morrer, difundindo uma visão sobre a morte como um fator natural e inerente a vida, e que por outro lado foi adequado ao modelo de assistência de saúde brasileiro, retirado da cultura européia, que apresenta significantes diferenças e configurações de família e de sociedade. Famílias estas que, muitas vezes, não estão estruturadas para esse novo modelo que se busca implementar. Certamente, são necessários mais estudos, bem como, avaliações práticas sobre a implantação dos cuidados paliativos no Brasil, além do esclarecimento de seus princípios e propostas para que se possa promover um morrer digno.

Dessa forma, espera-se que gradativamente os cuidados paliativos sejam abordados e reformulados, a fim de se configurar enquanto política e dessa forma possam nortear e padronizar a assistência aos pacientes oncológicos em processo de morrer e suas famílias, com vistas a fortalecer os novos paradigmas de cuidados emergentes que propõe abranger o ser humano em todas as suas dimensões e em todas as suas fases da vida, desde o nascimento até a sua morte.

REFERÊNCIAS

ABRAÃO, S.R.; BEZERRA, A.L.Q.; BRANQUINHO, N.C.S.S.; PARANAGUÁ, T.T.B. Caracterização, motivação e nível de satisfação dos técnicos de enfermagem de um hospital universitário. **Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro**, 2010 abr/jun; 18(2):253-8.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Crítérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil**. Maciel et AL. Rio de Janeiro: Diagraphic,2009, 60 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2004..

ALVARENGA, R.E. **Cuidados Paliativos domiciliares: percepções do paciente oncológico e de seu cuidador**. Porto Alegre: Moriá, 2005, 162 p.

ARAÚJO, M.M.T. A comunicação no processo de morrer. In: SANTOS, F.S. (Org.). **Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer**. São Paulo: Atheneu, 2009.

BACKES, D.S. et al. Principais razões que motivam os candidates de nível técnico a uma vaga na profissão de enfermagem, Florianópolis. **Revista Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v10, n.1, p. 75-80, abr.2006.

BARBOSA ,A.P.L. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza (CE): UECE; 2001.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa (Po): Edições 70; 1977.

BECK, C.L.C.; GONZALES, R.M.B.; LEOPARDI, M.T. Detalhamento da Metodologia. In: LEOPARDI, M.T. (Org.). **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. 2 ed. Ver. E atual. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina- Pós- Graduação em enfermagem, 20002. P. 223-253.

BECKER, H.H. **Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais**. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

BELATTO, R.; CARVALHO, E.M. O jogo existencial e a ritualização da morte. **Rev Latino-am Enfermagem** 2005 janeiro-fevereiro; 13(1):99-104

BEUTER, M. **Expressões lúdicas no cuidado**: elementos para pensar/fazer a arte da enfermagem. 2004.183 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Ana Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

BEZERRA, F.D. Motivação da equipe e estratégias motivacionais adotadas pelo enfermeiro. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2010 jan-fev; 63(1): 33-7.

BORSOI, I.C.F. **Saúde mental e trabalho**: um estudo de caso da enfermagem (dissertação). São Paulo (SP): Pontifícia Universidade Católica; 1992.

BRONDANI, C.M. **Desafios de cuidadores familiares no contexto da internação domiciliar**.2008. 111f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2008.

BUDÓ, M.L.D. **A prática de cuidados em comunidades rurais e o preparo da enfermeira**. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002.

CABRAL, I. E. Apropriação do círculo de cultura freiriano como estratégia de intervenção dialógica no método criativo e sensível de pesquisar. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 14, 2007, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis, 2007. 1 CD-ROM .

CABRAL, I. E. A contribuição da crítica sensível á produção do conhecimento em enfermagem. Curso realizado no 11º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem – SENPE/BELÉM. Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEN). ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Belém. (PA). **Anais...** Belém, 2001. 1 CD-ROM.

CABRAL, I. E. O método criativo-sensível: alternativa de pesquisa na enfermagem. In: GAUTHIER, J. H. et al. (Org). **Pesquisa em enfermagem**: novas metodologias. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. cap. 8, p. 177-203.

CARDOSO, G.B.; SILVA, A.L.A. O processo de trabalho na enfermagem: articulação das tecnologias de cuidado. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2010 jul/set; 18(3):451-5.

CASSORLA, R.M.S. A negação e outras defesas frente à morte. In: SANTOS, F.S. (Org.). **Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer**. São Paulo: Atheneu, 2009.

CASTANHA, M. L. A. (In)visibilidade da prática de cuidar do ser enfermeiro sob o olhar da equipe de saúde. 2004. 161f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná.

CONSELHO FEDERAL De ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº159/1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem.[acesso em 18 de agosto de 2010]. Disponível em: www.portalcofen.gov.br.

DINIZ, R.W. O conhecimento do diagnóstico de câncer não leva à depressão em pacientes sob cuidados paliativos. **Rev Assoc Med Bras** 2006; 52(5): 298-303

FIGUEIREDO, N.M.A. **A Mais Bela das Artes... O pensar e o fazer da Enfermagem.Bases Teóricas e Práticas para uma Teoria do Cuidado/Conforto.**1997. 170 f. Tese Concurso de Titular- Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, RJ, 24(1): 17-27, jan. 2008.

FREIRE, M. O que é um grupo? In: Grossi EP, Brodim J, organizadoras. **A paixão de aprender.** 8ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Vozes; 1996

GOMES, A.M.T. Do discurso às formações ideológica e imaginária: Análise de Discurso segundo Pêcheux e Orlandi. **R Enferm UERJ,** Rio de Janeiro, 2007 out/dez; 15 (4): 555-62

GÜNTHER, H. Pesquisa Qualitativa *versus* Pesquisa Quantitativa: Esta é a questão? **Psic.: Teor. e Pesq.,** Brasília, Mai-Ago 2006, Vol. 22 n. 2, pp. 201-210

HART, C.F.M. et al. **Câncer: uma abordagem psicológica.** Porto Alegre: Age. 2008

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA. **Apresentação e Histórico.** Disponível em: <http://www.husm.ufsm.br/index.php?janela=historico.html>. Acesso em 28 de março de 2011.

HORTA, W.A. **Processo de Enfermagem.** São Paulo: EPU, 1979.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **A situação do Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro, 2006.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3 ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

INTERNATIONAL SOCIETY OF NURSES IN CANCER CARE (ISNCC). Diretriz técnica da dor por câncer. **Rev Nursing** 2001;41(4):7-8.

JORGE, A.O. **A gestão hospitalar sob a perspectiva da micropolítica do trabalho vivo**. 2002. 225 f. Tese (doutorado). Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, 2002.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

LIMA, M.A.D.S.; ALMEIDA, M.C.P.; LIMA, C.C. A utilização da observação participante e da entrevista semi-estruturada na pesquisa em enfermagem. **R. gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.20, n. esp., p.130-142, 1999.

MARSICO, E.F.C. **A qualidade do cuidado/conforto na perspectiva do cliente/paciente hospitalizado**. 2008. 129 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery, 2008.

McCOUGHLAN, M.A. A necessidade de cuidados paliativos. **O mundo da saúde** 2003; 27(1): 6-14.

MENEZES, R.A. Em busca da “boa morte”: **uma investigação sócio-antropológica sobre cuidados paliativos**. 2009. 255 f. Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B., Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003

MORSE, J.M. A enfermagem como conforto: um novo enfoque do cuidado profissional. **Texto Contexto Enferm.** 1998; 7(2):70-92.

NIETSCHE, E.A.; DIAS, L.P.M.; LEOPARDI, M.T. Tecnologias em Enfermagem: um saber prático? In: **Anais do Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem**; 1999 maio; Gramado (RS), Brasil. Gramado (RS): ABEn-RS; 1999.

ORLANDI E. P. Análise de discurso: **princípios e procedimentos**. 8ª ed. Campinas (SP): Pontes; 2009

OLIVEIRA, T.M. **O psicanalista diante da morte**. São Paulo(SP): Mackienze, 2001.

OLIVEIRA, A.C.; SÁ, L.; SILVA, M.J.P. O posicionamento do enfermeiro frente a autonomia do paciente terminal. **Rev Bras Enferm** 2007 maio-jun; 60(3):286-90.

OLIVEIRA, A.C.; SILVA, M.J.P. Autonomia em cuidados paliativos: conceitos e percepções de uma equipe de saúde. **Acta Paul Enferm** 2010;23(2):212-7.

OLIVEIRA, W.I.A.; AMORIM, R.C. A morte e o morrer no processo de formação do enfermeiro. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2008 jun;29(2):191-8.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Definição de Cuidados Paliativos**. Geneva, 2005. Disponível em: <http://ho.int/cancer/palliative/definition/en/>. Acesso em: 14 de julho 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização- HumanizaSUS**. Brasília, 2004.

PEREIRA, M.C.A.; FÁVERO, N. A motivação no trabalho da equipe de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem** 2001 julho; 9(4):7-12

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. **Problemas atuais de bioética**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo:Loyola, 2007

PIERANTONI, L.L.M. **(Des) caminhos do protetor da criança em situação de violência: subsídios para a ação da enfermagem na equipe de saúde**. 2007. 185 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro / Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança, Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro, 2007.

POUPART , J *et al.* **A Pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 2 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

RIBEIRO, F *et al.* **Dor Oncológica e unidades de dor**. Rio de Janeiro: Comunicação e Imagem, 1999.

RECCO, D.C.; LUIZ, C.B.; PINTO, M.H. O cuidado prestado ao portador de doença oncológica: na visão de um grupo de enfermeiras de um hospital de grande porte do interior do estado de São Paulo. **Arq Ciênc Saúde**, 2005 abr-jun;12(2):85-90

REINALDO, A.M.S. O pacote de emoções geradas pelo ensino da técnica de preparo do corpo pós morte: relato de experiência. **Revista Eletrônica Enferm** 2005; 7(1): 95-8.

REZENDE, V.L.; DERCHAIN, S.M.; BOTEAGA, N.J.; VIAL, D.L. Revisão crítica dos instrumentos utilizados para avaliar aspectos emocionais, físicos e sociais do cuidador de pacientes com câncer na fase terminal da doença. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2005; 51(1): 79-87

ROCHA, P.K et al. Cuidado e tecnologia: aproximações através do modelo de cuidado. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2008 jan-fev; 61(1): 113-6.

ROSA, L.M. et al. A consulta de enfermagem no cuidado à pessoa com câncer: contextualizando uma realidade. **Cogitare Enferm** 2007 Out/Dez; 12(4):487-93 487

ROSA, L.M.; MERCÊS, N.N.A.; SANTOS, V.E.P.; RADÜNZ, V. As faces do conforto: visão de enfermeiras e pacientes com câncer. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2008 jul/set; 16(3):410-4.

SANT'ANA, R.B. Autonomia do Sujeito: As Contribuições Teóricas de G. H. Mead. **Psicologia: Teoria e Pesquisa** .Out-Dez 2009, Vol. 25 n. 4, pp. 467-477.

SANTOS, F.S. et al. **Cuidados Paliativos**: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

SANTOS, M.C.L.; PAGLIUCA, LMF.;FERNANDES,A.F.C. Cuidados Paliativos ao portador de câncer: reflexões sob o olhar de Paterson e Zderad. **Rev Latino-am Enfermagem** 2007, março-abril; 15 (2).

SALES et al. Cuidado Paliativo: a arte de estar- com -o - outro de uma forma autêntica. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2008 abr/ jun; 16 (2): 174-9.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Organograma das Coordenadorias Regionais de Saúde**. Disponível em:

<http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=organograma&cod=1336>. Acesso em: 28 de março de 2011.

SECOLI, S.R.; PADLHA, K.G.; LEITE, R.C.B.O. Avanços tecnológicos em oncologia: reflexões para a prática de enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2005; 51(4): 331-337

SILVA et al. O câncer entrou em meu lar: Sentimentos expressos por familiares de clientes. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2008 jan/mar; 16(1): 70-5.

SILVA, K.S.; RIBEIRO, R.G.; KRUSE, M.H.L. Discursos de enfermeiras sobre morte e morrer: vontade ou verdade? **Rev Bras Enferm**, Brasília 2009 maio-jun; 62(3): 451-6.

SILVA, A.M.; SILVA, M.J.P. A preparação do graduando de enfermagem para abordar o tema morte e doação de órgãos. **Revista Enfermagem UERJ** 2007;15(4):549-54.

SILVA et al. Teoria do Cuidado Transpessoal na enfermagem: Análise segundo Meleis **Cogitare Enferm**. 2010 Jul/Set; 15(3):548-51.

SILVA,D.C.; ALVIM, NAT.; FIGUEIREDO, P.A. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. **Esc Anna Nery Rev Enferm** 2008 jun; 12 (2): 291- 8.

SHIMIZU, H.E. Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2007 maio-jun; 60(3):

SMELTEZER, S.C. et AL. **Brunner & Suddarth**: Tratado de enfermagem médico- cirúrgica. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009, v.1.

SPADINI, L.S.; SOUZA, M.C.B.M. Grupos realizados por enfermeiros na área de saúde mental. **Esc Anna Nery R Enferm** 2006 abr; 10 (1): 132 - 8

STEDFORD, A. **Encarando a morte**: uma abordagem ao relacionamento com o paciente terminal. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

SUSAKI, T.T.; SILVA, M.J.P.; POSSARI, J.F. Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm** 2006;19(2):144-9.

WALDOW, V. O cuidar humano: reflexões sobre o processo de enfermagem versus processo de cuidar. **Rev enferm UERJ**. 2001; 9:(3), 284-93.

WATERKEMPER, R.; REIBNITZ, K.S.; MONTICELLI, M. Dialogando com enfermeiras sobre a avaliação da dor oncológica do paciente sob cuidados paliativos. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2010 mar-abr; 63(2): 334-9.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (Geneva). **Cancer incidence in five Continents**. Disponível em: <http://www-dep.iarc.fr/>. Acesso em 03/09/2010.