

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM ENFERMAGEM**

Thaís Vidal de Oliveira

**O cuidado no processo de morte e morrer em oncologia: contribuições para a
enfermagem**

**Juiz de Fora
2019**

Thaís Vidal de Oliveira

O cuidado no processo de morte e morrer em oncologia: contribuições para a enfermagem

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, para a fase de defesa. Linha de Pesquisa: Fundamentos Teóricos, Políticos e Culturais do Cuidado em Saúde e Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Anna Maria de Oliveira Salimena

Juiz de Fora

2019

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

de Oliveira, Thais Vidal.

O cuidado no processo de morte e morrer em oncologia: contribuições para a enfermagem / Thais Vidal de Oliveira. -- 2019. 74 p. : il.

Orientadora: Anna Maria de Oliveira Salimena
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2019.

1. Morte . 2. Enfermagem Oncológica. 3. Fenomenologia. I. Salimena, Anna Maria de Oliveira, orient. II. Título.



THAIS VIDAL DE OLIVEIRA

**O CUIDADO NO PROCESSO DE MORTE E MORRER EM ONCOLOGIA:
CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 17 / 06 / 2019


Prof.ª Dr.ª Anna Maria de Oliveira Salimena
Presidente


Prof.ª Dr.ª Marléa Chagas Moreira
UFRJ/EEAN
1º Avaliador(a)


Prof.ª Dr.ª Maira Buss Thofehrn
UFJF
2º Avaliador(a)

Dedico este trabalho a todos os pacientes que oportunamente eu cuidei, e que me ajudaram a ressignificar o sentido da vida.

AGRADECIMENTOS

Expresso o mais verdadeiro sentimento de gratidão a todos que caminharam comigo até aqui, me ajudando, me apoiando, vocês me cercaram de coragem e amor.

Agradeço a Deus, pela minha existência e por ser fonte inesgotável de amor e força, foi Ele quem me sustentou até aqui. Obrigada pelo presente!

Agradeço aos meus pais, que acreditaram no meu sonho, e não mediram esforços para que eu conseguisse chegar aqui. Obrigada mamãe pelos cafezinhos durante a madrugada e por suas orações. Obrigada papai por ser paciente e compreender minha ausência em alguns momentos.

Aos meus cães, Theo e Lili, por serem leais e cuidarem de mim de forma tão simples e verdadeira, estando sempre juntinhos nos momentos de escrita, principalmente, nos mais difíceis.

Agradeço aos familiares que compreenderam minha ausência em momentos de alegria e em outros nem tão alegres.

Agradeço aos amigos da vida, que torceram por cada etapa vencida, compreendendo cada ausência. Obrigada pelas palavras de apoio e incentivo e por cada abraço.

Agradeço aos amigos do mestrado (Thainara-Érico, Lucas, Louise, Franciane, Leone, Manuela-Tiago-Aloisio, Anna Karla), compartilhamos muitos momentos sensacionais, vocês foram essenciais e tornaram esse caminhar mais leve.

A querida Prof. Maira Buss, não tenho palavras para agradecer a forma acolhedora que me recebeu, você praticamente me adotou, não é?! Obrigada pela amizade e suporte!

Agradeço a minha supervisora e amiga, Karina, por todo apoio e incentivo durante o mestrado, obrigada por fazer sempre o melhor. Você foi um presente! Ao amigo Rodrigo que com sua alegria sempre curava meus momentos de tristeza. Aos amigos do Hospital Monte Sinai, obrigada pelo trabalho em equipe e compreensão.

Agradeço a minha orientadora Anna Maria, por me acolher de forma tão amorosa, você é um ser muito, muito especial. Obrigada por toda paciência e cuidado.

Aos participantes que disponibilizaram seu tempo para a construção desta pesquisa.

A Banca que contribuiu de forma brilhante para o enriquecimento deste trabalho, e especialmente a professora Thaís.

A coordenação do Programa de Pós-Graduação, Prof.^a Nádia Sanhudo, e Secretária Wanessa por toda ajuda e pelo acolhimento.

Por fim e não menos importante agradeço aos meus pacientes, mestres, que me ensinaram sobre a vida e o morrer. Obrigada por me ajudarem a encontrar o sentido de muitas coisas. Sou uma enfermeira melhor porque cuidei de cada um de vocês. Obrigada!!!

Para passar-se de uma palavra ao seu significado, antes destrói-se-á em estilhaços, assim como o fogo de artifício é um objeto opaco até ser, no seu destino, um fulgor no ar e a própria morte. Na passagem de simples corpo a sentido de amor, o zangão tem o mesmo

atingimento supremo: ele morre
(LISPECTOR, 1984).

RESUMO

Objetivou-se nesta pesquisa compreender os significados e desvelar os sentidos do cuidado de enfermagem as pessoas com doença oncológica em processo de morte e morrer para o enfermeiro. Estudo de natureza qualitativa que utilizou a abordagem fenomenológica e como referencial teórico, filosófico e metodológico fundamentado no pensamento filosófico de Martin Heidegger. Constituíram-se como cenários duas instituições especializadas na prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer situadas no estado de Minas Gerais, participaram 06 enfermeiros que nos meses de dezembro de 2018 a março de 2019 prestaram depoimentos. A entrevista fenomenológica teve como questões norteadoras: como você cuida de pacientes terminais? Qual o significado de cuidar de pacientes? Qual o sentimento que você tem em relação a esse cuidado? No primeiro momento, na análise compreensiva, emergiram as estruturas essenciais, de modo a construir as Unidades de Significados: lidar com a possibilidade da morte é algo difícil, complicado, ruim, muito triste, trabalhar somente com o dia de hoje e enxergar todas as possibilidades de cuidado; sentir amor, carinho, respeito, estando presente, segurando a mão, olhando nos olhos, escutando e colando-se no lugar do outro; ter um sentimento bom e realizar os desejos finais; a família como parte do cuidado e para cuidar. No segundo momento, a análise interpretativa, desvelou os sentidos do *ser-aí-enfermeiro-que-cuida-de-pessoas-com-doença-oncológica-no-processo-de-morte-e-morrer*, que se mostrou no falatório, ocupação, ambiguidade e curiosidade, e também no pavor. O cuidado de enfermagem a pessoa em processo de morte e morrer deve ser um cuidado responsável e imediato, visto que o enfermeiro está limitado a programar ações futuras, diante da incerteza do amanhã. A inclusão do familiar como parte integrante do cuidado, revela a necessidade do cuidado centrado na família. No entanto a compressão do sentido deste cuidado para o enfermeiro possibilita uma reflexão quanto ao enfermeiro estar instrumentalizado para alcançar as possibilidades de cuidado para a pessoa que está em processo de morte e morrer.

Palavras-chave: Morte. Enfermagem oncológica. Fenomenologia.

ABSTRACT

The objective of this research was to understand the meanings and unveil the meanings of nursing care for people with cancer disease in the process of dying and die for the nurse. This is a qualitative study that used the phenomenological approach and as a theoretical, philosophical and methodological framework based on the philosophical thinking of Martin Heidegger. The scenarios were two specialized institutions for cancer prevention, diagnosis and treatment located in the state of Minas Gerais. Six nurses participated, who gave statements from December 2018 to March 201. The phenomenological interview had as its guiding questions: how do you take care of terminal patients? What is the meaning of taking care of patients? How do you feel about this care? In the first moment, in the comprehensive analysis, the essential structures emerged in order to construct the Units of Meanings: dealing with the possibility of death is difficult, complicated, bad, very sad, working only today and seeing all possibilities of care; feel love, affection, respect, being present, holding the hand, looking into the eyes, listening and sticking in the other's place; have a good feeling and fulfill the final wishes; the family as part of caring and caring. In the second moment, the interpretative analysis unveiled the senses of being-there-nurse-who-cares-for-people-with-cancer-disease-in-the-death-and-dying process, which was shown in the gossip, occupation, ambiguity and curiosity, and also in dread. Nursing care the person in the process of dying and dying should be responsible and immediate care, since the nurse is limited to planning future actions, given the uncertainty of tomorrow. The inclusion of the family member as an integral part of care reveals the need for family-centered care. However, the compression of the meaning of this care for nurses allows a reflection about the nurse being instrumentalized to reach the possibilities of care for the person who is dying and dying.

Key words: Death. Oncology nursing. Phenomenology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	- Diferença dos tumores benignos e malignos.....	21
Figura 2	- Metástase.....	21
Figura 3	- Esquema dos Momentos da analítica existencial do <i>Dasein</i>	44
Figura 4	- Sentidos (dimensão ontológica).....	57
Gráfico 1	- Taxas de mortalidade das 5 localizações primárias mais frequentes em 2016, ajustadas por idade, pela população mundial, por 100.000 homens e mulheres, Brasil, entre 1996 e 2016.....	24
Quadro 1	- Historiografia dos depoentes.....	46
Quadro 2	- Movimento analítico existencial.....	56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DANT	Doenças e Agravos não Transmissíveis
EIU	<i>Economist Intelligence Unit</i>
INCA	Instituto Nacional de Câncer
LATE	Liga Acadêmica do Trauma e Emergência
OMS	Organização Mundial da Saúde
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
1.1	CAMINHOS PERCORRIDOS ATÉ O DESPERTAR PARA A TEMÁTICA.....	14
1.2	OBJETO E OBJETIVO DO ESTUDO.....	19
2	SOLO DE TRADIÇÃO: FUNDAMENTAÇÃO CIENTÍFICA.....	20
2.1	SITUAÇÃO DO CÂNCER NO BRASIL: INCIDÊNCIA E MORTALIDADE.....	20
2.2	A MORTE E O MORRER NO CUIDAR DA ENFERMAGEM ONCOLÓGICA.....	26
3	REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO E METODOLÓGICO.....	34
3.1	FENOMENOLOGIA HEIDEGGERIANA COMO TEORIA E MÉTODO.....	35
4	CAMINHOS DA INVESTIGAÇÃO	39
4.1	CENÁRIO DE INVESTIGAÇÃO.....	39
4.2	ENTREVISTA FENOMENOLÓGICA.....	40
4.3	OS DEPOENTES	42
4.4	MOMENTOS DA ANALÍTICA EXISTENCIAL.....	43
4.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	45
5	ANÁLISE COMPREENSIVA.....	46
5.1	HISTORIOGRAFIA E HISTORICIDADE: O QUEM DO ENFERMEIRO QUE CUIDA DE PESSOAS COM DOENÇA ONCOLÓGICA NO PROCESSO DE MORTE E MORRER.....	46
5.2	UNIDADES DE SIGNIFICADOS.....	48
5.3	COMPREENSÃO VAGA E MEDIANA: SIGNIFICADOS DO ENFERMEIRO QUE CUIDA DE PESSOAS COM DOENÇA ONCOLÓGICA NO PROCESSO DE MORTE E MORRER.....	52

5.4	FIO CONDUTOR.....	55
6	ANÁLISE INTERPRETATIVA.....	56
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
8	REFERÊNCIAS.....	62
	APÊNDICE A - Instrumento norteador para a entrevista.....	67
	ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	68
	ANEXO B - Autorização para realização da pesquisa.....	70
	ANEXO C - Autorização para realização da pesquisa.....	71
	ANEXO D - Declaração.....	72
	ANEXO E - Declaração.....	73

1 INTRODUÇÃO

A seguir apresento o despertar para a temática em estudos, o objeto e objetivo desta pesquisa.

1.1 CAMINHOS PERCORRIDOS ATÉ O DESPERTAR PARA A TEMÁTICA

Iniciei meus estudos na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) em 2012, logo após a conclusão do meu Curso Técnico em Enfermagem. Inicialmente carregava o desejo de atuar na especialidade da Urgência e Emergência, acredito que isto se deu a partir da minha experiência no estágio do Curso Técnico de Enfermagem realizado em uma unidade de Pronto Socorro que até os dias de hoje é referência para casos de urgência e emergência.

Durante a graduação senti um despertar para todas as interfaces e possibilidades da profissão, encantada com todas que me foram apresentadas, no entanto destaco que a pesquisa muito me encantou.

Após cursar uma das primeiras disciplinas do curso, Anatomia Humana, despertou-me o desejo de atuar como monitora desta disciplina. Participei por dois anos atuando também em projetos de extensão e de treinamento profissional no mesmo departamento. Foi o momento que descobri o prazer em ensinar, auxiliar na construção de conhecimentos e no desenvolvimento de habilidades pessoais.

Foi assim que emergiu a vontade de seguir a carreira acadêmica, e desde então almejava o mestrado.

Um dos Projetos de Extensão em que participei destaco o de “Estudos Avançados em Anatomia Humana baseados na preparação e dissecação de peças anatômicas”, neste projeto eu desenvolvia atividades de dissecação dos cadáveres e de seus órgãos. Foi durante as atividades realizadas neste projeto que me vi diante do questionamento sobre a finitude humana.

Estava em um curso da área da saúde e de repente me deparei dissecando o corpo de alguém, sem saber quem foi aquele *ser*, quem ele era e como ele viveu a sua vida e o mais instigante, era querer saber como aquele corpo chegou até o anatômico de uma universidade, se não fosse por doação voluntária, seria este o

desejo daquele *ser*? Que após a morte seu corpo estivesse exposto e fosse manuseado e observado por milhares de pessoas?

Houve um momento em que tive a oportunidade de ser aprovada no processo seletivo da Liga Acadêmica do Trauma e Emergência (LATE), era um sonho acadêmico, pois ainda carregava o desejo de atuar na urgência e emergência. Logo após o início das atividades da liga acadêmica, consegui um emprego em uma instituição hospitalar privada, no cargo de técnica em enfermagem. Foi nesta fase em que surgiram muitos questionamentos que partiram de experiências vivenciadas que possibilitaram indagar se de fato meu perfil profissional era o da urgência e emergência.

As atividades da liga acadêmica constituíam-se de estágios realizados nas ambulâncias do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Durante os atendimentos deparei-me com muitos casos de óbitos, em diversos contextos e por diferentes causas, estes fatos me incomodavam ao perceber os diferentes comportamentos manifestados pelos profissionais diante da morte de alguém, ora por causa patológica, como Parada Cardiorrespiratória, Acidente Vascular Encefálico, Infarto Agudo do Miocárdio dentre outras, ora por acidentes, suicídios, homicídios e violência.

Destaco um dos atendimentos que participei e que me abalou por provocar uma intensa inquietação. Uma idosa estava em casa conversando com seus familiares, em uma tarde de domingo, e sofreu uma parada cardiorrespiratória. Fomos atendê-la, mas infelizmente não conseguimos ressuscitá-la e foi constatado o óbito no local. A comunicação do óbito foi dada ao pai da idosa, este que sinalizava uma idade avançada, se preparava para uma cirurgia cardíaca na semana seguinte, e durante o atendimento aguardava o desfecho na sala de estar, calmo e sereno. E, a chegada da morte para sua filha, que ocorrera bem ao seu lado, que por muitos é considerado um acontecimento “fora da ordem natural das coisas” (fala dita por um dos profissionais da equipe) o deixou cabisbaixo. Neste momento, todos haviam retornado para a ambulância e eu fiquei contida na porta assistindo esta cena. A notícia foi dada pela médica da equipe.

Ressalto que discutir sobre a morte sempre me instigou e isto se firmou ao iniciar minhas práticas profissionais, no estágio no SAMU, onde o foco era prestar

assistência nos primeiros socorros para salvar a vida de alguém e o medo da morte assombrava-me em cada bradar de uma nova ocorrência.

Chegando ao final do estágio no SAMU, eu iniciei a segunda etapa do estágio curricular obrigatório da graduação, momento que aguçaram as minhas dúvidas: qual caminho profissional seguir? Qual especialização fazer? Aonde atuar?

Como critério para escolha do campo de estágio, foi sugerido sorteio. Uma das possibilidades era uma Instituição especializada na prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer, e democraticamente fui sorteada para estagiar neste cenário.

Sem dúvida foi um desafio lançado e um caminho nada fácil de ser percorrido, permeado de descobertas. Até então declarava não possuir afinidade em atuar na especialidade da oncologia, e em cuidar de pacientes frente à doença oncológica quando em processo terminal, sempre carreguei a convicção de não possuir estas habilidades. Mas, ressalto meu encantamento com a atuação da enfermagem oncológica, tanto na prevenção, diagnóstico e tratamento, porém reforço que meu olhar se atenta para o cuidado de enfermagem a pessoas no processo de morte e morrer por doença oncológica.

Pensar que semanas adiante estaria em contato com este universo causava-me ansiedade e medo. Lancei-me ao desafio e me descobri sendo-enfermeira-no-processo-de-final-de-vida.

Todas as vivências no campo de estágio me proporcionaram grandes experiências profissionais e pessoais, fui descobrindo a riqueza em cuidar destes nobres pacientes. Sentia-me motivada a estudar cada vez mais assuntos dentro desta temática. Cheguei a fazer um curso de aperfeiçoamento em oncologia para prestar assistência mais qualificada a estes pacientes. Busquei livros de referência como “Sobre a Morte e o Morrer” da autora Elizabeth Klüber-Ross e “A morte é um dia que vale a pena viver” da autora Ana Claudia Quintana Arantes, dentre outras produções científicas, que enriqueceram a construção de conhecimentos e aguçaram o despertar para o assunto.

Por coincidência ou sorte, associado a experiência do campo de estágio, finalizava meu período de experiência na instituição onde fui contratada no cargo de Técnica de Enfermagem, e onde hoje atuo como Enfermeira assistencial, iniciava minha carreira profissional como técnica de enfermagem concomitante ao estágio final da formação acadêmica. Neste momento tive a oportunidade de cuidar de

muitos pacientes com doenças em processo de morrer além daqueles acometidos por doença oncológica, e desta forma, vivenciava o cuidado enfermagem às pessoas na terminalidade da vida em ambas as instituições.

Estas experiências delinearão meu perfil profissional e assim pude compreender que meu lugar era onde muitas pessoas não desejava estar: ao lado de pessoas que se encontravam na fase final de vida, ameaçados por uma doença grave sem possibilidades de cura.

Minha vivência com estes pacientes dos quais me lembro de seus nomes até hoje reporta-me o grande significado que todos eles tiveram em minha história profissional e na definição do objetivo desta pesquisa, pois ao cuidar destas pessoas inquietou-me quanto os significados e sentidos do cuidado de enfermagem a estas pessoas.

Destaco a Prof.^a Dr.^a Enf.^a Thais Vasconcelos Amorim, que me acompanhou como docente durante o tempo do estágio nesta instituição, e que foi presença em todos os momentos compartilhados e nas trocas de experiências, facilitando o aprendizado e auxiliando nos momentos de dificuldade em lidar com meus anseios e medos ao cuidar de todos os pacientes em fase final de vida. Foi ela que me apresentou à palavra 'fenomenologia' e mostrou-me a relação enfermeiro-paciente como uma unidade de possibilidades.

Vejo a fenomenologia além de um método em pesquisa, encontrei o meu modo de ver o mundo, as relações humanas, e a possibilidade de compreender o meu modo de ser.

Ao lidar com o sofrimento humano diante do enfrentamento de uma doença fora de possibilidades de cura, exige do enfermeiro uma disposição em colocar-se a serviço destas pessoas, e oferece a condição de acompanhar o paciente e a família em diversos momentos, como no diagnóstico da doença, as mudanças na própria vida, as dificuldades da família em revelar para o paciente a verdade sobre o diagnóstico, a perda da autonomia e às vezes o comprometimento de sonhos e projetos. A luta pelo tratamento e às vezes, a rejeição a ele, sessões de quimioterapia, radioterapia, a recuperação pós-operatória, os efeitos adjacentes às terapêuticas são momentos em que se nota que a presença do enfermeiro é necessária e me atrevo a dizer imprescindível. E ainda que a negação da doença, o

medo da perda, a depressão, o cansaço e as dúvidas dos familiares, mas também, há a vontade de lutar pela vida e pela cura.

Porém, ao se constatar a condição de doença avançada, a terminalidade da vida apresenta-se como algo real e mais próximo, o que implica em diversos sentimentos, emoções e reações. Os enfermeiros precisam estar atentos e promover ações que objetivam dar conforto e qualidade ao tempo de vida que resta àquela pessoa. Tais ações são definidas como ações paliativas, medidas que promovem a proteção e alívio do sofrimento. Tais cuidados tanto abarcam questões objetivas como a dor, o déficit respiratório ou nutricional, quanto àquelas derivadas de aspectos emocionais e espirituais, subjetivas como a tristeza, a ansiedade, o medo e outros.

Klüber-Ross foi uma médica psiquiatra suíça que dedicou sua carreira em estudar os pacientes acometidos por doenças incuráveis. Ao observar pessoas nesta condição desenvolveu um estudo que identificou a ocorrência de estágios da terminalidade da vida que são vivenciados pelo paciente e por seus familiares. A médica aponta que estes estágios, conhecidos como negação, raiva, barganha, depressão e aceitação, não são compreendidos pelos profissionais que assistem a pessoa nesta condição e mostra através do relato destes pacientes o distanciamento destes profissionais (KLÜBER-ROSS, 2008).

Os comportamentos e atitudes manifestados por essas pessoas são fenômenos nem sempre compreendidos que estão expressos em sua dimensão existencial, bem como pode ocorrer à incompreensão pelos enfermeiros e pela equipe multiprofissional de saúde que as assiste.

A vivência do cuidado de enfermagem as pessoas com doença oncológica em processo de morte e morrer, levou-me a refletir sobre esta prática instigando-me a aprofundar meus conhecimentos sobre esta temática em suas várias dimensões, em especial sobre a dimensão existencial.

Esta indagação surgiu ao longo da percepção dos diversos comportamentos e sentimentos expressos pelos enfermeiros ao cuidar de pessoas em condição de doença oncológica em estágio terminal, durante todo o processo até o momento da morte. Ao considerar o desejo de alcançar a compreensão do sentido deste cuidado para o enfermeiro, busquei a fenomenologia heideggeriana como referencial teórico-filosófico-metódico para este estudo.

Ao longo deste processo, percebi que foi necessária esta vivência para que o meu ser velado até em então, pudesse ser descoberto e diante disso, compreender o sentido da minha existência profissional. Ao estudar a fenomenologia heideggeriana, compreendi que o *Dasein*, o que Heidegger descreve como sendo o ser lançado no mundo, somente toma propriedade daquilo que se é a partir da consciência da sua finitude. Ao me deparar com a possibilidade mais própria do ser, que segundo Heidegger é a morte, consegui repensar o meu modo de ser e tomar consciência daquilo que sou diante das possibilidades (HEIDEGGER, 2013). E, desde então venho tentando compreender os significados atribuídos pelos enfermeiros ao se tratar do cuidado de enfermagem as pessoas com câncer em processo de morte e morrer, fenômeno este que foi constatado no instante em que estive diante de entes que se encontram em final de vida.

Sendo assim, esta vivência levou-me a indagar como é o cuidado de enfermagem a pessoas como doença oncológica em processo de morte e morrer para o enfermeiro? Como ele se sente no decorrer desta prática? Quais os significados que o enfermeiro imprime em relação a este cuidado?

1.2 OBJETO E OBJETIVO DO ESTUDO

Neste contexto, tem-se como objeto de estudo: o cuidado de enfermagem as pessoas com doença oncológica em processo de morte e morrer; e como objetivo: Compreender os significados e desvelar os sentidos do cuidado de enfermagem as pessoas com doença oncológica em processo de morte e morrer para o enfermeiro.

2 SOLO DE TRADIÇÃO

A pesquisa fenomenológica parte de uma inquietação do pesquisador que busca alcançar a compreensão de um fenômeno interrogado, e não a partir somente de uma questão problema, no qual busca-se propor alguma resolutividade, pois o desfecho de uma investigação fenomenológica é alcançar a compreensão do fenômeno em sua subjetividade (CORREA, 1997).

Com o intuito de contextualizar o objeto desta investigação apresentam-se a seguir os capítulos que abordarão a contribuição da ciência sobre os aspectos que envolvem a temática deste estudo.

Esta etapa do estudo, denominada Solo de Tradição, é considerada por Heidegger como o momento pré-reflexivo da investigação, em que busca-se o conhecimento produzido a respeito da temática. É a posição prévia da Ciência acerca do objeto de estudo (SALIMENA et al., 2015).

Ressalto que este Solo de Tradição, não se caracteriza como a compreensão dos participantes desta investigação no que diz respeito a sua vivência, mas sim daquilo que foi construído pelo pesquisador, interrogador do fenômeno em estudo, embasado naquilo que foi produzido cientificamente.

2.1 SITUAÇÃO DO CÂNCER NO BRASIL: INCIDÊNCIA E MORTALIDADE

Câncer é a denominação para um conjunto de doenças, classificadas em cerca de 100 tipos, caracterizadas pelo crescimento, multiplicação e divisão celular de forma anormal, desordenada e acelerada, com a capacidade de invadir tecidos e órgãos, além de alterar o funcionamento normal destes. Durante a proliferação celular anormal, o acúmulo de células cancerosas é denominado tumor ou neoplasia (INCA, 2019).

Existe uma diferenciação entre neoplasias benignas e malignas, as neoplasias ou tumores benignos se caracterizam pelo crescimento lento e organizado tendo a massa tumoral limites bem definidos e expansivos capazes apenas de comprimir os órgãos e estruturas adjacentes, sem ocorrer invasão de outros tecidos e órgãos, como ocorre nas neoplasias malignas (Figura 1).

Figura 1 - Diferença dos tumores benignos e malignos.

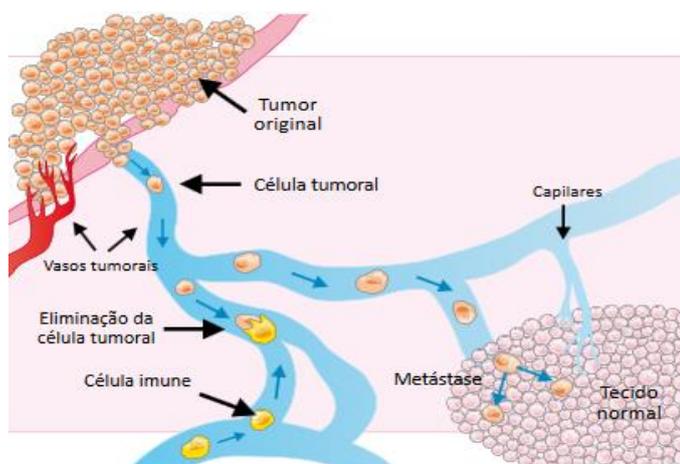


Fonte: Brasil (2018, p. 15).

A doença pode ser classificada em vários estágios, o primeiro estágio é conhecido como Câncer *in situ* ou câncer não invasivo, neste estágio as células cancerosas estão localizadas apenas no tecido onde se desenvolveram e ainda não invadiram outras camadas do órgão acometido (BRASIL, 2018).

Quando as células cancerosas possuem a capacidade de acometer outras camadas do tecido do órgão rapidamente, é denominado de câncer invasivo. Por possuir esta capacidade, o câncer invasivo pode atingir os vasos sanguíneos e linfáticos que circundam os tecidos, desta forma as células cancerosas conseguem migrar e disseminar para outras partes do corpo formando novos tumores originários do primeiro, este processo é conhecido como metástase (Figura 2).

Figura 2 - Metástase



Fonte: Brasil (2018, p. 16).

O câncer é uma doença crônica, considerada um problema de saúde pública, responsável por uma a cada seis mortes no mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), anualmente 8,8 milhões de pessoas no mundo morrem devido ao câncer, e mais de 14 milhões são diagnosticados com a doença. A estimativa é que esse quantitativo passe para 21 milhões no ano de 2030 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Enquanto um problema de saúde pública para o Brasil, considerando a garantia do acesso à prevenção, diagnóstico e tratamento, em decorrência do aumento das taxas de incidência da doença, o câncer representa um grande desafio para o sistema de saúde público. O diagnóstico tardio e atraso do tratamento, são fatores que podem comprometer para que se alcance um desfecho favorável (SOUZA et al., 2016).

No Brasil, nas últimas décadas houve uma transformação no perfil epidemiológico, caracterizado pela inversão das causas de morbidade e mortalidade, no qual as Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT) passaram ter maior incidência sobre as Doenças Transmissíveis (infecciosas e parasitárias). Esta transição se consolidou ao passo em que transformações foram acontecendo juntamente com as mudanças demográficas, no âmbito social e econômico. O aumento da incidência de casos de câncer e demais doenças crônicas justifica a mudança do perfil de adoecimento da população por doenças não transmissíveis (BRASIL, 2018).

A diminuição da incidência das Doenças Transmissíveis é notada a partir da implantação do Sistema Único de Saúde, criação de políticas públicas, programas sociais, ações de vigilância sanitária dentre outros (TEIXEIRA et al., 2018).

O aumento das taxas de incidência de casos de câncer no Brasil justifica-se por diversos fatores, entre eles, a mudança no estilo de vida, práticas de hábitos saudáveis menos priorizadas em dada parcela da população, aumento da exposição a agentes cancerígenos, sejam físicos, químicos ou biológicos (LESSA et al., 1996).

Outros fatores também contribuíram para o aumento das taxas de incidência de câncer na população brasileira, como a evolução dos métodos de diagnóstico, melhor controle e qualidade dos registros de informação, mas também o crescente número de registros de óbitos pela doença (BRASIL, 2018).

Em decorrência desta transformação no perfil epidemiológico, em que as Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT) respondem pelas principais causas de morte da população no mundo, a estimativa segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA) é de que no ano de 2018 no Brasil (21%) dos 36 milhões de óbitos decorrentes das DANT sejam devido ao adoecimento por câncer (BRASIL, 2018).

Um estudo realizado em 2015 apresentou os resultados de uma pesquisa de uma tese de doutorado cujo objetivo foi identificar o impacto econômico do Câncer no Brasil, especificadamente os gastos com o câncer de mama. Os resultados obtidos mostraram que o Câncer de mama (19%) e de Próstata (7%), são as principais causas de aposentadoria por invalidez dentre todas as neoplasias e que os gastos diretos com quimioterapia dobraram no período de 2008 até 2015 (SIQUEIRA et al., 2016).

No Brasil e em alguns países desenvolvidos como os Estados Unidos, Inglaterra e Canadá têm aumentado a taxa de incidência de câncer de mama nos últimos anos, porém, ainda no Brasil as taxas de mortalidade ainda não foram reduzidas, diferentemente do que tem ocorrido nos países desenvolvidos (SIQUEIRA et al., 2016).

Cabe a estes dados uma reflexão acerca da não redução das taxas de mortalidade do câncer de mama no Brasil, visto que se nota a evolução de propostas terapêuticas. Estudos apontam alguns fatores como o déficit dos programas de rastreamento precoce da doença e o desconhecimento da população sobre o assunto interferem na piora da sobrevida (BERNARDES et al., 2019; CARVALHO et al., 2019).

Dois estudos brasileiros distintos que analisaram os fatores que podem impactar na sobrevida após tratamento do câncer de mama e de próstata trouxeram conclusões semelhantes. Para o câncer de próstata concluiu-se que o diagnóstico tardio, tratamentos não curativos e pior condição clínica foram fatores relacionados à pior sobrevida. Para o aumento da sobrevida no câncer de mama, identificou-se a melhoria do acesso ao diagnóstico e tratamento, ambos trouxeram fatores relacionados ao diagnóstico tardio como fator de impacto na piora da sobrevida (FAYER, 2016; BRAGA, 2017).

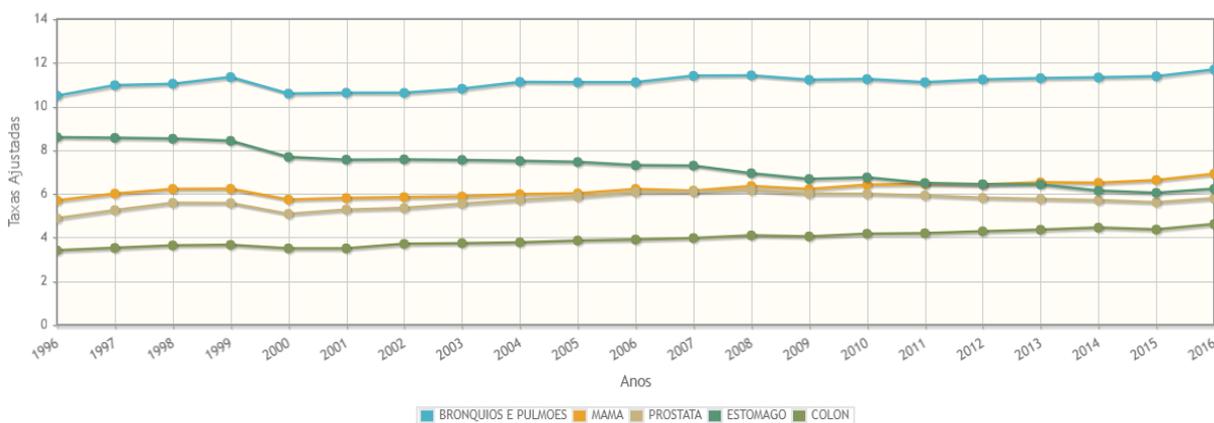
Segundo a OMS, se fossem diagnosticados precocemente e tratados ainda nos estágios iniciais da doença, cerca de 1/3 poderiam obter excelentes respostas

ao tratamento, e outro 1/3 poderiam ser evitados se adotadas medidas de prevenção, evitando exposição aos fatores considerados de risco para o desenvolvimento da doença (SIQUEIRA et al., 2016).

Outro dado importante é que a estimativa mundial em 2012 mostrou que dos 14,1 milhões de novos casos de câncer, mais de 50% resultariam em mortalidade/óbito. A estimativa de incidência de novos casos de câncer para o Brasil no biênio 2018-2019 é de 600 mil novos casos para cada ano (BRASIL, 2018).

Ao acessar o Atlas On-line de Mortalidade do INCA é possível gerar gráficos com informações sobre os índices de mortalidade por câncer no Brasil. Foi possível gerar um gráfico com as taxas de mortalidade por câncer de brônquios e pulmões, mama, próstata e estômago, e localização primária desconhecida, brutas e ajustadas por idade, pelas populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000 homens e mulheres entre 1979 e 2015. A escolha deste recorte temporal se deu por ser o limite que o sistema de dados fornece (Gráfico 1). Ao analisar o gráfico, é notório o aumento das taxas de mortalidade no decorrer dos anos, mesmo com a evolução de novas propostas terapêuticas e taxas de sobrevida nestes tipos de câncer (BRASIL, 2014).

Gráfico 1 - Taxas de mortalidade das 5 localizações primárias mais frequentes em 2016, ajustadas por idade, pela população mundial, por 100.000 homens e mulheres, Brasil, entre 1996 e 2016.



Fonte: Brasil (2014).

O câncer além de comprometer a saúde física das pessoas, compromete também a saúde psíquica, devido ao impacto do recebimento do diagnóstico da doença juntamente com diversos questionamentos e sentimentos, associado às mudanças que ocorrem no cotidiano devido ao tratamento, exames e alterações nos hábitos pessoais (BASTISTA et al., 2015).

O câncer apresenta-se como um diagnóstico ameaçador, percebe-se ainda um estigma relacionado a doença, que carrega simbologia de letalidade devido aos desfechos desfavoráveis desde a história na Antiguidade. No entanto o diagnóstico de câncer ainda é associado ao sofrimento e a morte (GARCIA, 2017; LERNER; VAZ, 2019).

As mudanças no estilo de vida e no cotidiano após o diagnóstico não afetam somente a pessoa com câncer, mas podem comprometer familiares, conjugues e filhos. Muitos pacientes necessitam de acompanhantes durante as sessões de quimioterapia, radioterapia, realização de exames, internações hospitalares e consultas médicas (GARCIA, 2017).

Essa realidade aponta que a família e acompanhantes da pessoa com câncer também devem ser incluídos no plano de cuidado, pois o impacto do diagnóstico e tratamento do câncer repercute na vida social destas pessoas (BASTISTA et al., 2015; KARKOW, 2015).

Neste cenário nota-se a presença do enfermeiro, profissional que permeia todas estas etapas, gerenciando a equipe de saúde, e o cuidado ao paciente e família.

Um estudo realizado para traçar o itinerário terapêutico percorrido por pacientes oncológicos apresentou alguns fatores importantes que implicam para a prática de enfermagem. Os autores apontam que o caminho percorrido até o diagnóstico é cercado de barreiras que persistem durante o tratamento. O manejo incorreto dos sinais e sintomas pelos profissionais de saúde, isto é, médicos e enfermeiros atrasa o diagnóstico associado com a demora na realização de exames e consultas (SOUZA et al., 2016).

O despreparo técnico na atenção oncológica associado com as barreiras socioculturais e organizacionais do sistema único de saúde, são um forte fator de impacto negativo no percurso do tratamento para o câncer. Desta forma afetam dois

fatores que contribuem para uma melhor sobrevida após tratamento, o diagnóstico precoce e tratamento em tempo hábil (SOUZA et al., 2016).

Os pesquisadores apontam a importância de que os profissionais sejam capacitados para acolher e atender as demandas da assistência em oncologia na atenção primária, e direcionar a pessoa para o serviço especializado, pois o atraso no início do tratamento, é um fato para o agravamento da doença (SOUZA et al., 2016).

A pessoa com doença oncológica percorre um caminho com possíveis sofrimentos, físicos e psíquicos, as barreiras no acesso a assistência no setor público da saúde apresentam-se como causadores desse sofrimento, pois interferem no tempo, e este é aliado no sucesso do tratamento. Neste sentido a OMS propõe que a pessoa com doença oncológica, receba os Cuidados Paliativos no início do percurso, para que seja aliviado o seu sofrimento e aumente a sobrevida (WHO, 2015; GARCIA, 2017).

Compreende-se que os Cuidados Paliativos não são exclusivos para a pessoa com doença oncológica, mas por ser um percurso permeado de sofrimento, a redução e alívio deste sofrimento como proposta para que aumente a qualidade de vida e sobrevida da pessoa é importante, pois promove alívio do sofrimento físico, psíquico, espiritual e social (WHO, 2015).

De acordo com Garcia (2017) a inclusão desta prática está prevista como um dos objetivos traçados pela Resolução “Prevenção e Controle do Câncer através de uma abordagem integrada”, aprovada na Assembleia Mundial da Saúde no ano de 2017.

2.2 A MORTE E O MORRER NO CUIDADO DA ENFERMAGEM

Nota-se que as taxas de mortalidade por câncer vêm aumentando nos últimos anos assim como o aumento do adoecimento por doenças crônico-degenerativas, isso faz com que as pessoas permaneçam muito tempo hospitalizadas e morram mais dentro dos hospitais. A partir desta realidade nos é permitido refletir como estas pessoas estão morrendo, e quais cuidados recebem durante seus últimos momentos de vida, quando há uma progressão agressiva da doença, seja ela qual for.

Neste estudo opto por abordar o cuidado de enfermagem as pacientes em processo de morte e morrer frente à doença oncológica, pela inquietação fenomenológica deste objeto de estudo.

Fundado nesta necessidade de cuidado, existem hoje os Cuidados Paliativos, que é uma modalidade terapêutica, que visa proporcionar uma melhor qualidade de vida para o tempo que resta aquela pessoa acometida por uma doença grave e ameaçadora da continuidade da vida. Em 2012 os cuidados paliativos foram definidos pela Organização Mundial da Saúde como:

O cuidado paliativo é uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias frente ao problema associado à doença fatal, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio da identificação precoce e avaliação e tratamento impecáveis da dor e outros problemas, psicossocial e espiritual (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Os cuidados paliativos visam garantir a qualidade de vida no processo de morrer da pessoa durante o tratamento e principalmente quando esta se encontra em estágio terminal de alguma doença avançada e sem possibilidades de cura. Estes cuidados estão alicerçados em quatro pontos fundamentais dos quais se baseiam suas intervenções, são eles: controle dos sinais e sintomas, apoio e cuidado à família, o trabalho em equipe multidisciplinar e a comunicação eficaz com paciente e todos os envolvidos (MATSUMOTO, 2012).

Em 2015 foram divulgados os resultados de uma pesquisa sobre o Índice de Qualidade de Morte (*Death Quality Index 2015*), trata-se de uma pesquisa de uma consultoria britânica, a *Economist Intelligence Unit* (EIU). Esta pesquisa trouxe como resultado um ranking classificando os países de acordo com a qualidade dos cuidados paliativos ofertados a população, destacando os avanços bem como desafios políticos e as dificuldades na estruturação, 80 países participaram do estudo, entre eles o Brasil (ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT, 2015).

Foi realizada uma análise comparativa entre oferta e demanda dos cuidados paliativos em cada país, a análise foi feita a partir de 20 indicadores quantitativos e qualitativos estruturada em 5 categorias, a saber: 1) os cuidados de saúde no ambiente paliativo; 2) recursos humanos; 3) a acessibilidade aos cuidados paliativos; 4) a qualidade dos cuidados paliativos e 5) o nível de envolvimento da comunidade. Juntamente a esta análise foram utilizados dados oficiais de pesquisas realizadas, e

entrevista com especialistas em cuidados paliativos de cada país (ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT, 2015).

Esta é a segunda edição do relatório, apesar das melhorias alcançadas em cada país, os resultados mostram que há muito que ser feito e que para isto, é necessária uma mudança cultural e de consciência da população quanto ao acesso e necessidade dos cuidados paliativos.

As conclusões dessa pesquisa apontam que o primeiro lugar do índice de qualidade de morte contempla o Reino Unido e o Brasil ocupou o 42º lugar do ranking. Os melhores países classificados no ranking são países mais ricos e apresentam características consideradas essenciais para o fortalecimento dos cuidados paliativos, entre elas estão: implementação de políticas nacionais de cuidados paliativos eficazes; investimentos em serviços de saúde; treinamento e capacitação de profissionais; gerenciamento eficaz de opioides e a consciência dos cuidados paliativos (ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT, 2015).

Dentre os profissionais da saúde enfatizo o enfermeiro que lida constantemente com emoções e situações estressantes e conflituosas em seu cotidiano de trabalho que podem provocar sofrimento físico e mental decorrente deste enfrentamento. Lidar como processo de morte e morrer é um deles, em que o enfermeiro está ligado diretamente ao paciente, família e equipe (LIMA; COSTA JÚNIOR, 2015).

O modelo de ensino nas escolas de enfermagem visa capacitar os discentes a promoverem a saúde e restabelecê-la quando está fragilizada. Os discentes são formados para preparar um paciente em pré-operatório, uma gestante em pré-natal, o recém-nascido e a puérpera para a puericultura, mas não são preparados cientificamente para cuidar de quem está em processo de morte e morrer (LIMA; NIETSCHE, 2016).

Sente-se uma fraqueza e impotência profissional, quando se perde o paciente para a morte, ou são postos diante de um paciente paliativo em que não conseguem enxergá-lo em sua subjetividade como ser dotado de necessidades além daquelas curativas (BASTOS et al., 2017).

Diante desta necessidade a investigação fenomenológica possibilita a visão ontológica das coisas, fugindo do senso comum, reforçando a necessidade de

alcançar a compreensão da subjetividade do cuidado, intensificando as relações e interações no processo de cuidar.

O cuidado no processo de morte é complexo e possui o campo de diálogo e troca de saberes empobrecidos e limitados entre os profissionais, em destaque os enfermeiros, inviabilizando a construção de conhecimentos no que tange o cuidar de pacientes em processo de morte e morrer. Esta discussão reflete na necessidade de reforçar um modelo assistencial humanista e totalitário (LIMA; COSTA JÚNIOR, 2015).

Falar sobre a morte deveria ser primordial entre pessoas que cuidam de pessoas vivas, é um assunto pouco desbravado entre profissionais da área de saúde e nos espaços acadêmicos, destacando a enfermagem, por ser uma profissão em contato direto e interrupto ao paciente.

Em consequência deste contato interrupto com o paciente, o enfermeiro pode vivenciar o seu trabalho de forma angustiante e amedrontada, em decorrência deste contato iminente com a morte (BASTOS et al., 2017).

Dentre tantas crises existenciais da vida humana, a morte, é um dos temas mais debatidos na filosofia, sendo um fato real e indesejável, devido a isso, os seres humanos a repelem e a veem como um mal. Frente a este contexto é salutar que se alcance a compressão da morte como algo natural, de forma a proporcionar uma vivência do morrer mais humanizado (BRASILEIRO; BRASILEIRO, 2017).

Encarar a terminalidade da vida por acometimento de doença grave torna-se um momento de difícil compreensão para familiares, equipe de saúde e para a própria pessoa, quando em condições de compreender o momento vivido. A terminalidade da vida é um processo natural na vida do ser humano, mas também de muita rejeição e incompreensão. Aceitar que a morte está próxima e que se esgotaram as possibilidades de cura, provocam muitos questionamentos aos familiares e ao próprio doente refletindo na equipe de enfermagem (BASTOS; QUINTANA, 2018).

A morte ainda é considerada tabu na sociedade atual, é um tema pouco discutido, principalmente nas instituições de saúde, onde a morte e o processo de morrer fazem parte do cotidiano dos profissionais de saúde. O processo de morrer é vivenciado por cada indivíduo de forma única, pois a experiência da morte possui significados diversos, estes podem sofrer influência histórica e social. Desta forma,

Lima e Costa Júnior (2015) pontuam o entendimento da morte como um processo inerente do viver e que não deve ser visto como um fim.

Ao buscar na história como se dava o processo de morte e morrer, é possível verificar que a morte era mais aceitável, e menos rejeitada, os doentes e suas famílias dotavam de uma consciência mais tranquila sobre a proximidade da morte, a equipe de saúde rodeava aquele doente sabendo de sua verdade, as pessoas eram veladas em casa, e passavam-se os últimos dias de vida em casa expressando seus desejos finais. Segundo Brasileiro (2017, p. 78) a morte era enfrentada como “algo simples e espontâneo.”

Ao decorrer da evolução de uma doença crônica e fora de possibilidades de cura, os pacientes manifestam algumas atitudes diante do processo de morte e do morrer, denominados Estágios do Luto ou da Morte propostos por Elizabeth Klüber-Ross, médica psiquiatra suíça-americana que dedicou sua vida profissional e estudos sobre os pacientes na terminalidade da vida. Os estágios são conhecidos como: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação, a autora reforça que eles não têm uma ordem e não acontecem obrigatoriamente (KLÜBER-ROSS, 2008).

Vale ressaltar que segundo Klüber-Ross (2008) estes estágios também são manifestados pelos familiares do doente, o que muitas das vezes pode comprometer o relacionamento com a equipe de enfermagem, as atitudes de raiva e negação não são compreendidas pelos profissionais devido à falta de conhecimento destes estágios.

Quando um paciente evolui para uma doença em que não é possível alcançar a cura, não significa que não há mais o que fazer pelo doente, é exatamente ao contrário, ainda há muito que fazer, garantir a sua qualidade de vida, amenizar a dor e desconfortos durante seus últimos dias de vida e oferecer apoio e cuidado aos seus familiares (XAVIER et al., 2017).

Intermediar estes processos exige do enfermeiro disposição e capacitação próprias para exercer e gerenciar o cuidado, assistir ao paciente e família, gerenciar a equipe que enfrenta o desconhecido da morte, e manter a comunicação efetiva entre a equipe multiprofissional, são alguns dos desafios diários dos enfermeiros enquanto líder (XAVIER et al., 2017).

Segundo a OMS as taxas de sobrevivência vêm aumentando em todo o mundo, ocasionando o fenômeno do envelhecimento populacional. As pessoas adoecem

mais, porém com os avanços tecnológicos na área da saúde e da medicina e o maior alcance da população as informações proporcionam uma melhor qualidade de vida, devido à adesão as práticas de hábitos saudáveis (REIS; BARBOSA, 2016).

Em meados do século XX, os aumentos das taxas de envelhecimento junto com o avanço das tecnologias na área da saúde possibilitaram maior intervenção sobre as doenças, porém dificultando identificar quando se esgotaram as possibilidades terapêuticas curativas, desrespeitando o tempo fenomenológico de cada indivíduo, além de distanciar o contato e interação humana, fragmentando o cuidado (LIMA; NIETSCHE, 2016).

Falar sobre a morte é pensar na própria morte, é algo encoberto pelas pessoas, ainda mais quando se trata deste assunto em ambientes onde se buscam a todo custo “salvar vidas” (LIMA; NIETSCHE, 2016). Talvez por trazermos essas questões sobre o sentido do viver e do morrer ainda encobertas no nosso cotidiano, não conseguimos alcançar a pessoa em final de vida, em sua totalidade. O trecho do livro “O debate bioético e jurídico sobre as diretivas antecipadas de vontade” retrata aspectos sobre o que é a vida, quando ela termina e morte digna:

Em alguns contextos, os médicos podem manter vivas, por longos períodos de tempo, pessoas que se encontram em situação de terminalidade, sem perspectiva de melhora ou de cura, inconscientes, sob o efeito de sedativos ministrados para amenizar seu sofrimento, irreconhecíveis em razão dos procedimentos a que são expostas, mantidas vivas por meio de tubos e aparelhos. O paciente se torna uma arena romana, em que os médicos digladiam contra a morte, causando angústia a todos os envolvidos. É da natureza humana temer o fim da vida, assim como a vida vegetativa, ainda que sejam oferecidos cuidados de extrema qualidade (MABTUM; MARCHETTO, 2015, p. 61).

As Unidades de Terapia Intensiva vieram com o objetivo de reunir e tratar de doentes graves que necessitam de cuidado intensivo, e que possuem a possibilidade de reversão do quadro de saúde, mas vemos também pacientes cuja patologia é crônica, como na realidade das pessoas com doença oncológica avançada, são transferidos para estas unidades com a finalidade de retardar a progressão da doença, causando muitas vezes sofrimento físico, psíquico e espiritual, isolamento social e distanciamento dos familiares (D'ARCO, 2016).

Segundo Mabtum (2015, p. 61) “o direito à dignidade não pode restringir-se ao período em que a pessoa desfruta os prazeres da vida”, a dignidade é extensiva a todas as etapas do ciclo vital do indivíduo e independe dos valores existências.

Neste sentido deve-se respeitar à vontade, liberdade, autonomia, personalidade e valores de cada pessoa, inclusive em seu processo de morte (MABTUM; MARCHETTO, 2015).

Morrer é respeitar a vida, é poder escolher como vivenciar a própria morte, dentro da cultura e desejos individuais, não significa antecipar a morte ou estendê-la, provocando sofrimento e angústia, é proporcionar as pessoas viver autenticamente até o fim. Os conceitos de eutanásia e distanásia são contrários a morte digna, assuntos éticos que são amplamente debatidos, pois morrer dignamente é morrer de forma natural, nisto se enquadra o conceito de Ortotanásia, regulamentada no Brasil pela Resolução do Conselho Federal de Medicina CFM Nº 1.805/06 (SANCHES Y SANCHES et al., 2013; MABTUM; MARCHETTO, 2015).

O conceito de morte digna é muito debatido entre várias áreas, dentre elas a bioética, a morte digna garante a preservação de outros valores e visa o paciente como protagonista do próprio percurso, e o médico e equipe de saúde como mediadores, porém o que muito se vê são os médicos atuando nas decisões do paciente e causando o que é conhecido como Obstinação Terapêutica (D'ARCO, 2016).

Dentro de todos estes contextos encontra-se o enfermeiro, gerente do cuidado de enfermagem, que pode participar ativa ou passivamente destes processos, inclusive a obstinação terapêutica. O que se encontra na literatura, é o conhecimento dos enfermeiros sobre a humanização dos cuidados no fim de vida, mas em contrapartida o desconhecimento da obstinação terapêutica, causando a participação passiva (D'ARCO, 2016).

A consciência destas ações proporciona ao enfermeiro sentimento de impotência e desvalorização do cuidado, como proposta para melhorar esta realidade é preciso reforçar a importância dos debates sobre cuidados de enfermagem na terminalidade da vida e preparo dos estudantes ainda em sua formação acadêmica.

Sentimento de frustração, perda, impotência, estresse e culpa dos profissionais, estão ligados a ideia de não terem realizado um “bom cuidado” a estas pessoas, quando não foi possível alcançar a cura ou recuperação (LIMA; COSTA JÚNIOR, 2015).

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é o local onde o enfermeiro se vê diante desta realidade e onde a obstinação terapêutica é mais frequente, devido à crescente tecnologia dos processos e aparelhos, o enfermeiro não dispensa atenção para aspectos sociais e espirituais, uma vez que está envolvido demasiadamente com recursos tecnológicos, percebe-se uma fragilidade na reflexão crítica de sua prática de enfermagem (D'ARCO, 2016).

A decisão de não submeter o paciente a procedimento fúteis que não proporcionaram a cura e sim o sofrimento é uma decisão médica, pautada na Resolução 1805/06, mas o enfermeiro pode ser mediador de comunicação entre médico-paciente-família e devido a esta relação é de extrema valia o envolvimento de toda equipe de enfermagem na assistência (D'ARCO, 2016).

Neste contexto, o enfermeiro é um sujeito vulnerável a obstinação terapêutica como é apontado pelo autor, juntamente com a equipe multidisciplinar, a situação de vulnerabilidade se dá pelo processo de não compartilhar a tomada de decisão pelo médico com a equipe multidisciplinar (D'ARCO, 2016).

Na literatura (SANTA ROSA; COUTO, 2015; BASTOS et al., 2017; LIMA et al., 2017) foi possível observar estudos que mostram o despreparo técnico e emocional do enfermeiro para cuidar de pacientes em processo de morte, diante deste despreparo nota-se o afastamento do enfermeiro do paciente e família, interferindo negativamente na assistência de enfermagem e gerência do cuidado, o doente terminal pode carecer da presença física do profissional nesta fase da vida. Cabe ressaltar que é um aspecto subjetivo e que pode ser visto a partir de uma aproximação e conhecimento do ser que é cuidado.

A dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com o processo de morte e morrer reflete a falta de sentido da morte, ao se depararem com a finitude de outra pessoa, estes se deparam com o próprio futuro provocando reflexões sobre sua própria existência.

Ao pensar na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) ao paciente em fase terminal de doença oncológica, os diagnósticos da Taxonomia da NANDA internacional, Medo, Ansiedade, e Ansiedade relacionada à Morte, são diagnósticos de enfermagem que na literatura são debatidos a análise de conceito, clarificação e diferenciação entre eles, ainda sobre a possibilidade de estarem relacionados, para que os enfermeiros se instrumentalizem de intervenções

adequadas para promoverem um cuidado individual e que atenda as demandas respeitando a subjetividade de cada ser (HERDMAN et al., 2015).

Segundo, Lima e Costa Júnior (2017) estudar as concepções do processo saúde-doença-morte pode proporcionar uma compreensão dos valores e crenças próprias diante do processo de morte e morrer em seu cotidiano, e o impacto desta vivência em sua dimensão pessoal e profissional.

Compreender o significado do cuidado de pessoas em processo de morte frente à doença oncológica para o enfermeiro, possibilita enxergar qual o sentido que os enfermeiros dão a sua prática.

3 REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO E METODOLÓGICO

Nesta pesquisa, que tem como foco compreender o significado do enfermeiro que vivencia o cuidado aos pacientes oncológicos no processo de morte e morrer, considerou-se que a pesquisa de natureza qualitativa se mostra adequada para alcançar o seu objetivo, visto que foi desejada uma visão detalhada e profunda da vivência do ser humano.

A fenomenologia é uma corrente da filosofia estudada por alguns filósofos, entre eles, Martin Heidegger. Permite o estudo e compreensão dos fenômenos, mas, sobretudo, como o fenômeno é e como ele se manifesta como é sentido, vivido e percebido pelo ser (CORREA, 1997; MONTEIRO et al., 2006; BICUDO, 2017).

Ao considerar a fenomenologia como método, torna-se possível uma investigação direta, profunda e compreensiva das vivências dos seres humanos, a partir de uma visão holística do ser, busca-se trabalhar com a subjetividade humana.

Segundo Garnica (1997, p. 111) na pesquisa fenomenológica há sempre um sujeito interrogando um fenômeno, “o homem compreende porque interroga as coisas com as quais convive”, existindo em seu mundo vida, algo que está encoberto, oculto, que ainda não foi compreendido pelo sujeito, e que provoca no ser que interroga o fenômeno, uma inquietação, e que está presente em seu mundo-vida (*ser-no-mundo*), isto é, o mundo em que o ser habita, composto por ele mesmo (*ser-aí*), e suas relações com outros seres (*ser-com*) e suas vivências (GARNICA, 1997).

A escolha do método é um desafio para o pesquisador, este deve estar disposto para ir além daquilo que está nas aparências, é preciso entrar em contato com a consciência dos seres que são entrevistados, além de suspender na medida do possível, qualquer pressuposto ou preconceito sobre o fenômeno em questão (MONTEIRO et al., 2006).

Segundo Monteiro (2006), devido à enfermagem possuir o cuidado como o foco de suas ações, e nisto cabe o indivíduo, família e comunidade, é preciso que este cuidado seja abrangente e contemplativo. É preciso que o cuidado seja ofertado de forma adequada e em conformidade com as necessidades reais do indivíduo, para isso, existem normas e resoluções, protocolos, Guideliness, manuais dentre outros para nortear o cuidado.

Vale ressaltar que cada indivíduo possui suas peculiaridades, modos de ser, pensar e agir, e necessidades biopsicossociais, que impactam nas respostas humanas individuais. Portanto, faz-se necessário que o enfermeiro se instrumentalize para alcançar o indivíduo como um todo e em sua subjetividade.

3.1 FENOMENOLOGIA HEIDEGGERIANA COMO TEORIA E MÉTODO

A Fenomenologia é um movimento de pensamento da Filosofia que se inicia em meados do século XX na Alemanha tendo como precursor Edmund Husserl, com o objetivo de estudar os fenômenos a partir das experiências vividas. É uma ciência que procura descrever o fato em si, almejando a compreensão do homem enquanto *Ser* em sua dimensão existencial (SPINDOLA, 1997).

O alcance de significados e a compreensão dos sentidos dos seres que vivenciam algo, somente são possíveis através do diálogo. O pesquisador interroga o fenômeno a partir do ser que vivencia. Desta forma, o sujeito que interroga conduz o ser a expor sua subjetividade, sem influenciar ou intervir no discurso (MARTINS; BICUDO, 1989).

No decorrer histórico da Fenomenologia, vê-se que diversos estudiosos contribuíram para o aperfeiçoamento das discussões, cada qual com diferentes perspectivas tais como Martin Heidegger, Michael Maffesoli, Alfred Schultz, Maurice Merleau-Ponty, Jean Paul Sartre, dentre outros. Sendo assim, a Fenomenologia constitui-se como uma alternativa metodológica nos estudos qualitativos ao buscar a essência dos fenômenos no vivido das pessoas (SPINDOLA, 1997).

Heidegger direcionou seus estudos para o fenômeno da existência humana, buscando o sentido do ser em sua dimensão existencial, a sua descrição e compreensão (MONTEIRO et al., 2006; TERRA et al., 2006; CABRAL et al., 2012).

Busquei em algumas obras de autores que se debruçaram em trazer a compressão do pensamento deste filósofo que marcou a história da filosofia. Inicialmente ressalto que os escritos de Heidegger tomaram maior amplitude e debate após sua morte, e que até hoje suas obras são referências no que diz respeito a questões existenciais (CASANOVA, 2012).

Heidegger revolucionou a história da filosofia contemporânea, se debruçou na questão do Ser e da existência. Sua obra *Ser e Tempo* publicada no ano de

1927, apresenta uma crítica a ontologia tradicional, pois questiona O que é ser? Qual o sentido da existência? Heidegger apresenta algumas teses em sua obra, sendo a principal delas a questão do sentido do ser. Em sua época estas questões estavam adormecidas, devido a sua profunda complexidade, e para isso Heidegger propôs uma nova forma de filosofar e dedicou sua vida a esta missão (STRATHERN, 2004).

Heidegger nasceu em 26 de setembro em 1889, na Alemanha. Em 1909 ingressou na Universidade de Freiburg como jesuíta para estudar teologia, mas logo descobriu o interesse para se dedicar apenas a filosofia. Nesta mesma época, filósofos como Hegel, Kant e Nietzsche produziam conhecimentos metafísicos, que tentavam explicar o mundo além do físico, e as experiências humanas, sobrepondo o lugar de Deus. Heidegger então procurou aprofundar seus estudos na filosofia, porém afastando-se dos ideais metafísicos e positivistas da época, inclusive de sua espiritualidade (STRATHERN, 2004).

Por alguns anos Heidegger lecionou como professor de Filosofia na Universidade de Freiburg e aproximou-se de Husserl, como seu assistente. Ambos se aproximaram pelo comum interesse e conhecimento da fenomenologia. Heidegger deu então início a sua trajetória filosófica e marcante para a filosofia, a partir do questionamento do ser. Para ele o ser estava esquecido, devido a não existir respostas para esta questão, desta forma ele retoma ao questionamento do que é ser (STRATHERN, 2004).

Em sua obra *Ser e Tempo* Heidegger conta-nos que o “ser é o conceito mais universal e mais vazio” e talvez por isso resistiam à sua definição, apresenta o *ser* como conceito “mais universal”, “indefinível” e “evidente por si mesmo”, justificando a carência de respostas à questão do ser, ressaltando ser uma questão ainda velada (HEIDEGGER, p. 40, 2013).

Ainda Heidegger aponta que este *ser* deve ser questionado, deve-se interrogar o ente naquilo que ele é e como é. Para o filósofo todo *ser* manifesta de algum modo no ente. O homem enquanto ente, e ente se remete a pessoa em seu estado físico, é o onde o ser se mostra. Enquanto ente que nos mesmos somos, Heidegger considera-nos como entes privilegiados, pois temos a consciência da existência e a interrogamos, diferentemente de outros entes (animais, coisas) que não possuem consciência de sua finitude e existência. A resposta de quem é o *ser*

somente é possível através da análise do ente, interrogamos o ente para que se consiga apreender o *ser* do ente, pois o *ser* é definido como tudo aquilo que se manifesta no ente (HEIDEGGER, 2013).

Este ente que questiona sua existência é denominado de *Dasein* (definição em alemão para *ser-aí*). Ser-aí então é o ente lançado no mundo, envolvido com coisas, fatos e outros entes. Sendo no mundo, torna-se um ser de possibilidades, e manifesta-se por diversos modos de ser, e o acesso ao ser do ente se dá através da analítica existencial do *Dasein* (HEIDEGGER, 2013).

Segundo Heidegger (2013), o ser enquanto ente que é presença no mundo pode se manifestar de maneira autêntica e inautêntica. A autenticidade caracteriza-se pelo ser que vive a sua vida própria, assume a condição de ente finito, aceita a morte com possibilidade e vive com seu modo próprio de ser. E, a inautenticidade se caracteriza pelo ente que se deixa dominar por opiniões, conceitos e ideias alheias, não possui um modo próprio, vive a partir de outros entes.

Existe uma diferença ontológica entre ser e ente, o ser diz respeito ao fato de o ente existir, não existe ser sem o ente, isto compreende uma dimensão ontológica, em que a filosofia é capaz de atingir. O ente se caracteriza por ser presença no mundo, isto compreende dimensão ôntica, em que outras ciências como biologia, física entre outras podem atingir (GILES, 1975).

Segundo Heidegger (2013), existem 03 (três) condições existenciais no homem: a *Facticidade* que compreende o homem no mundo, sendo *ser-no-mundo*, no qual este envolve-se com os fatos da vida humana, condições que o ente não pode escolher e não possui controle, a facticidade é uma característica da vida humana; O *mundo vida* que compreende o homem com os outros, sendo *ser-com-os-outros*, ser que relaciona com outros seres, compartilhando crenças e afetos, os entes estão imersos em um meio social; e por último a *Temporalidade* que compreende o homem diante da morte, sendo *ser-para-a-morte*, caracterizado pela consciência da própria finitude. Ainda Heidegger (2013) pontua que a consciência da morte dá sentido à existência humana e possibilita aos entes a projeção e execução de projetos.

Todavia, a escolha da Fenomenologia como método de investigação está intrinsecamente relacionada à motivação pessoal do pesquisador derivado de seu modo de interpretar o mundo e os eventos considerando-se o contato apreendido

com o objeto a ser estudado. Para isso, é preciso que se excluam os preconceitos, a fim de que de fato consiga desenvolver uma análise pautada no *como* o fenômeno acontece e não no *que* o constitui (TERRA et al., 2006).

Constata-se que ela vem sendo comumente empregada no âmbito das pesquisas desenvolvidas na área da Enfermagem, pois como profissional do cuidado, exige que se construa um olhar humanístico e integrado sobre o indivíduo, o qual abarque os aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais que o constituem (DUARTE, 2011).

Logo, pode-se afirmar que a Fenomenologia contribui de forma relevante para a prática e os estudos da Enfermagem, pois permite compreender as particularidades e individualidades que caracterizam os modos de viver e de ser de cada indivíduo assistido.

Neste contexto, é fundamental para o constante aprimoramento do exercício do cuidado, ao passo que promove uma maior aproximação entre o profissional e o paciente, desconstruir as premissas do processo da saúde-doença pautado apenas nas questões patológicas, o que consequentemente coloca em xeque o modelo biomédico, assentado num viés imediatista-remediador do trato com o bem-estar físico, psicológico e mental.

4 CAMINHOS DA INVESTIGAÇÃO

Na pesquisa fenomenológica o pesquisador percorre caminhos que o permitirão estar mais próximo do sentir e do pensar de quem vivência algo. Embasado neste modo de investigação, considero a pesquisa qualitativa adequada ao meu objeto de estudo. Para o desenvolvimento deste estudo de natureza qualitativa, optou-se pela abordagem fenomenológica fundada no pensamento, teoria e método de Martin Heidegger (HEIDEGGER, 2013).

A investigação fenomenológica nos estudos em enfermagem possibilita alcançar uma compreensão do homem enquanto ser que necessita desse cuidado, compreendendo seu modo de ser no mundo, como se relaciona com o mundo e tudo que nele existe e neste sentido sendo possível potencializar o cuidado de enfermagem (ESQUIVEL, 2016).

4.1 CENÁRIO DE INVESTIGAÇÃO

Para esta pesquisa, foram escolhidas duas instituições que são referências na prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer, e estão localizadas em uma cidade da Zona da Mata Mineira.

O primeiro cenário é um hospital mantido por uma entidade civil de caráter filantrópico e sem fins lucrativos. Esta entidade civil é resultado da Primeira Convenção Brasileira das Organizações de Voluntárias Femininas de Luta Contra o Câncer, ocorrida em julho de 1962, na cidade do Rio de Janeiro, e foi fundada em 1963 por Maria José Baeta Reis, mulher que sobreviveu ao tratamento de câncer de colo de útero.

A instituição oferta atendimentos ambulatoriais de diagnóstico e prevenção como ultrassonografia, mamografia, patologia clínica e exames preventivos de câncer de colo uterino e de mama, além de realizar tratamentos especializados em radioterapia e quimioterapia, atendendo respectivamente em média 1.500 pacientes por mês e 3.000 pacientes por mês. Atualmente conta com 13 enfermeiros assistenciais e 01 enfermeira Responsável Técnica.

Para estes atendimentos a instituição dispõe de um total de 71 leitos para internação, destes 09 são para planos particulares e outros 62 para pacientes do

Sistema Único de Saúde (SUS), distribuídos em 05 leitos para UTI, 05 para pediatria, 28 para tratamento clínico e 24 para internação cirúrgica.

Os serviços ofertados pela instituição abrangem 150 municípios da região, sendo 94% destes serviços destinados a pacientes do SUS, e os outros 6% a pacientes de demais planos de saúde e particulares.

O segundo cenário do estudo foi um hospital considerado um dos dois Centros de Alta Complexidade em Oncologia nível II do Estado de Minas Gerais. Oferece serviços para diagnóstico e tratamento do câncer, tanto para pacientes do SUS quanto para demais convênios. A instituição se divide para atender pacientes do SUS e outros convênios, sendo 43 leitos para tratamento clínico do SUS, e 21 para outros convênios. No setor de quimioterapia, 11 cadeiras para o SUS e 05 para outros convênios. Alguns setores são considerados mistos, pois atendem todos os pacientes, que são: a Unidade de Terapia Intensiva, Centro Cirúrgico, Radioterapia, Braquiterapia e Iodoterapia, excetuando-se a Pediatria, com 12 leitos, que se destina apenas para pacientes do SUS. A instituição é composta com 23 enfermeiros, deste 01 encontra-se afastado das atividades laborais.

Os profissionais de ambas as instituições trabalham em regime semelhantes, turno diurno como diaristas de segunda a sexta intercalando com 01 plantão de 12 horas a cada 15 dias nos finais de semana, e o turno noturno, trabalham na escala de 12 por 36.

4.2 ENTREVISTA FENOMENOLÓGICA

No processo de coleta de informações foi aplicada a entrevista para colher as informações dos depoentes. Nesta etapa é que ocorre o encontro fenomenológico, permeado pela empatia e escuta. Na pesquisa fenomenológica, a empatia durante as entrevistas, pode favorecer a abertura do ser e acesso a subjetividade.

Portanto, é necessário que o pesquisador esteja atento e disponível para ouvir e o depoente esteja disposto e seguro para falar. Quando ocorre o encontro fenomenológico é possível apreciar as experiências, os fatos, sentimentos e pensamentos expostos sobre o fenômeno a ser compreendido (PAULA et al., 2014).

Antes de iniciar a coleta dos depoimentos foi realizada a ambientação nos cenários, cujo objetivo era a aproximação e percepção das instituições, planejamento, convite e agendamento das entrevistas com os depoentes (PAULA et al., 2014). Como estratégia para ambientação, visitei as duas instituições por algumas vezes, com intuito de me apresentar aos depoentes e convidá-los a participar da pesquisa, e mediante o aceite, agendava um encontro e me colocava a disposição.

Por diversas vezes, não encontrava os depoentes no dia e horário agendado, alguns havia trocado plantão, estavam de folga e até mesmo estavam de atestado médico. As escalas eram de 6 horas por dia, a maioria pedia para que eu os procurasse ao final do plantão e, desta forma ficava restrita quanto a apenas 01 participante a cada visita na instituição.

Ao notar a dificuldade de acesso aos depoentes, me disponibilizei a ficar a disposição durante os turnos para que conseguisse alguma entrevista, ora por agendamento ou de forma instantânea.

Durante a entrevista foi aplicado um roteiro norteador, com objetivo de direcionar o diálogo para o objeto de estudo, que é o cuidado de enfermagem às pessoas com doença oncológica em processo de morte e morrer. O roteiro foi constituído por 03 (três) questões norteadoras: 1) Como você cuida de pacientes em processo de morte e morrer por doença oncológica? 2) Qual o significado de cuidar destes pacientes? 3) Qual o sentimento você tem em relação a esse cuidado?

O número de depoentes não fora estimado, encerrou-se a busca a partir do momento em que se notou a suficiência de estruturas essenciais para o alcance de significados.

O desvelamento do ser e a compreensão do fenômeno não são uma certeza, para que aconteça através da entrevista é necessário que o ser esteja disposto a se mostrar para o outro, quem o interroga. Quando o fenômeno ainda permanece encoberto e o ser permanece oculto é possível apreender alguns significados sobre o fenômeno, mesmo não sendo possível seu desvelamento (PAULA et al., 2014).

Para que se consiga estruturar uma entrevista fenomenológica é preciso ter bem definido o objeto e o seu objetivo. O objeto é o fenômeno em si, a experiência

ou problema inquietador, e o objetivo é dar clareza ao objeto, identificar os significados e compreender os sentidos do fenômeno (PAULA et al., 2014).

Destaco que durante as entrevistas, houve perguntas não pré-determinadas que surgiram ao longo do diálogo, feitas com o intuito de aclarar pontos ainda obscuros durante a fala do depoente, que sempre o direcionavam para o objetivo (RANIERI, 2010).

Após o contato com os depoentes, os encontrava conforme agendado previamente, no momento que antecedia à entrevista, busquei estabelecer uma conversa e apresentação prévia permeada pela empatia, a fim de promover um momento de descontração e relaxamento, pois estes se encontravam durante a jornada de trabalho, em meio aos plantões, sempre muito atarefados. Posteriormente apresentava a pesquisa e apresentava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo A), e iniciada a entrevista mediante a assinatura do depoente do TCLE em duas vias, uma para o pesquisador e outra para o depoente.

As entrevistas foram realizadas nos meses de dezembro de 2018 a março de 2019 gravadas em áudio com a utilização de um gravador eletrônico, e permanecerão guardadas com o pesquisador por um período de 05 anos, após serão devidamente descartados. Foram transcritas na íntegra em programa *Word for Windows*, mantendo a fidedignidade da linguagem e expressões dos depoentes durante a fala. Foram realizadas diversas leituras com a finalidade de capturar estruturas essenciais e buscando compreendê-las na forma que foram ditas.

4.3 OS DEPOENTES

Este estudo constituiu-se de 06 depoentes, enfermeiros atuantes no serviço hospitalar especializado em oncologia e que vivenciam o cuidado de enfermagem as pessoas com doença oncológica no processo de morte e morrer.

Os critérios de inclusão foram: 1) atuar diretamente na assistência a pacientes oncológicos; 2) Ter vivenciado o cuidado aos pacientes oncológicos em processo de morte e morrer e; 3) aceitar participar da pesquisa de forma livre e voluntária, não remunerada. Os critérios de exclusão foram: 1) enfermeiros em

período de férias, licença ou afastamento, 2) recusa da assinatura do TCLE e 3) participantes que não autorizaram a gravação de áudio da entrevista.

Os participantes foram esclarecidos quanto ao objetivo do estudo, garantia do anonimato, para tal foram caracterizados pela letra **E** e por códigos alfanuméricos, e a numeração de acordo com a sequência das entrevistas.

Antes de iniciar as entrevistas deixava claro quanto à liberdade de interromper caso houvesse necessidade ou devido alguma intercorrência no setor, procurei deixá-los tranquilos e confortáveis, para isto busquei um lugar reservado para garantir a privacidade da entrevista.

Alguns dos depoentes, eu já havia tido algum contato prévio, os conhecia devido às atividades na época da academia, deste modo o contato foi facilitado. Durante minhas visitas aos cenários, agendava um encontro com os depoentes, mas por algumas vezes no dia agendado não os encontrava, ou estavam demasiadamente atarefados, desta forma me colocava a disposição e retornava novamente. Houve 01 (uma) recusa de participação. Propus-me a retornar em outro momento, mas esta reafirmou não querer participar do estudo.

Em outros momentos, ao me aproximar de alguns enfermeiros para abordá-los e convidá-los para participar da pesquisa, logo após apresentar o tema, pediam para retornar em outro momento e que iria *“pensar no assunto”*, agradecia e retornava, mas às vezes não os encontrava devido as escalas de plantão.

Foi perceptível a disparidade de reações quando me questionavam *“- O que você está estudando ou o que você quer saber?”* prontamente respondia, *“- Eu estudo como é o cuidar de pacientes com câncer em final de vida”*, quase sempre permeava o *silêncio*, logo surgiram reações de surpresa, espanto, empolgação e curiosidade. Aguardava e, logo perguntava se aceitava participar do estudo. Uns prontamente aceitavam, outros ainda refletiam quanto ao convite.

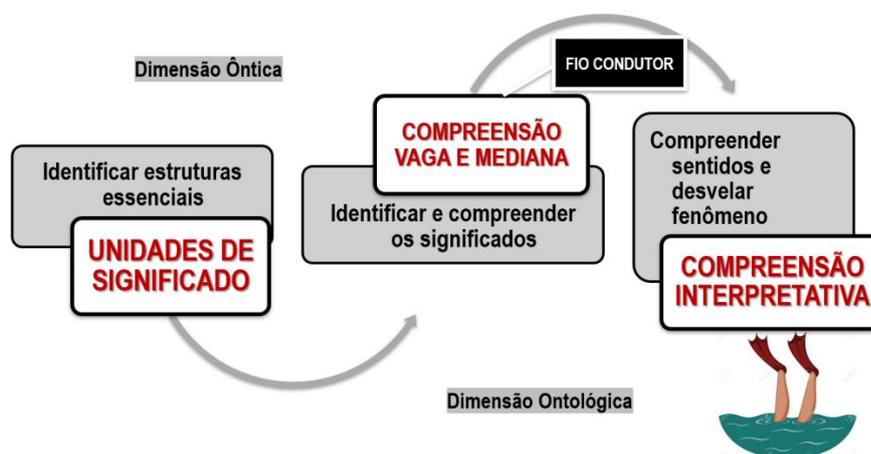
Durante os encontros, fui bem acolhida por todos depoentes, as entrevistas foram permeadas pela empatia. Iniciava a entrevista com a apresentação e conversamos de assuntos diversos, e logo iniciava a entrevista fenomenológica quando a conversa já direcionava para as vivências do objeto de estudo.

Após cada entrevista recorria ao diário de campo, onde anotava minhas percepções do encontro quanto à linguagem não verbal, expressões e emoções.

4.4 MOMENTOS DA ANALÍTICA EXISTENCIAL

As entrevistas foram analisadas a partir da Análise Compreensiva, compostas por dois momentos metódicos, denominados como a Compreensão Vaga e Mediana, primeiro momento metódico, onde se constrói as Unidades de Significados (US), após é construído o Fio-condutor que é um movimento para o segundo momento metódico, a Compreensão Interpretativa, caracterizada pela hermenêutica. Apresento abaixo a exemplificação do movimento analítico existencial.

Figura 3 - Esquema dos Momentos da analítica existencial do *Dasein*



Fonte: Oliveira; Salimena (2019).

Na Compreensão Vaga e Mediana o pesquisador é capaz de identificar e compreender os significados manifestados pelo ser, através da construção das Unidades de Significados. Estas unidades são formadas a partir da identificação das estruturas essenciais comuns sobre o cuidado de enfermagem aos pacientes com doença oncológica no processo de morte e morrer, e isto é feito por meio do recorte das falas dos depoentes que expressam o mesmo significado sobre o objeto. Após a identificação das estruturas essenciais é construído o enunciado que caracteriza a Unidade de Significado.

Nesta etapa, ainda não é possível alcançar o desvelamento do fenômeno e compreensão do ser, apenas a compreensão dos significados que o ser do ente emite do fenômeno, desta forma se limita apenas a dimensão ôntica do fenômeno estudado (HEIDEGGER, 2013).

Após a construção das US, é feito o movimento para a elaboração do fio condutor que possivelmente levará ao desvelamento do fenômeno e compressão profunda do ser, a partir da Compreensão Interpretativa, situada na dimensão ontológica do fenômeno.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Neste estudo, foram seguidos todos os princípios éticos e legais buscando a finalidade de garantir a autonomia, a beneficência, a justiça e a equidade aos participantes, atendendo a Resolução Nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Os depoentes foram convidados a participar do estudo de forma livre, voluntária e não remunerada, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi garantido o anonimato dos depoentes, e estes foram identificados por códigos (E1, E2, E3 e seguintes).

Para o desenvolvimento deste estudo, o projeto de pesquisa foi encaminhado à Direção Clínica juntamente à Gerência de Enfermagem de ambas as instituições, uma cópia do projeto e a declaração de autorização para realizar as entrevistas com os enfermeiros. Após o aceite o projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora através da Plataforma Brasil. O projeto foi aprovado em 28 de maio de 2018, sob número do parecer 2.678.565. A partir de então se deu início a coleta de dados.

5 ANÁLISE COMPREENSIVA

Este capítulo é constituído da historiografia e historicidade, a construção das unidades de significado e a elaboração do fio-condutor.

5.1 HISTORIOGRAFIA E HISTORICIDADE: O QUEM DO ENFERMEIRO QUE CUIDA DE PESSOAS COM DOENÇA ONCOLÓGICA NO PROCESSO DE MORTE E MORRER

Na investigação fenomenológica, a caracterização dos participantes do estudo, é denominada de Historiografia. Para Heidegger a historiografia é a “ciência da história da presença”, ela se dá nos fatos do quem do ente. Busca-se o seu passado que se revela no modo de ser da presença (HEIDEGGER, 2013).

Para a caracterização dos depoentes, foram realizadas perguntas previamente antes da entrevista fenomenológica, referentes a formação profissional, tempo de atuação e dados pessoais.

Participaram 06 depoentes, sendo destes apenas 01 do sexo masculino, as idades variam de 27 a 54 anos, de 03 a 10 anos de formação, e com tempo de atuação na oncologia de 05 meses a 07 anos. Todos possuíam especialização, mas apenas 02 na área de Oncologia e, 04 se especializaram em Unidade de Terapia Intensiva.

Apresento o quadro contendo a historiografia do *quem* dos enfermeiros que cuidam de pessoas com doença oncológica no processo de morte e morrer em sua espera ôntica.

Quadro 1 - Historiografia dos depoentes

Depoente	Idade	Sexo	Anos de formação	Especialização	Tempo de atuação na oncologia
E1	54	M	09 anos	Gestão Hospitalar	06 anos
E2	31	F	06 anos	Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Neonatal	05 anos
E3	32	F	10 anos	Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Neonatal	07 anos

E4	27	F	03 anos	Urgência e Emergência / Cuidados intensivos	06 meses
E5	35	F	07 anos	Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Neonatal / Oncologia	08 anos
E6	32	F	7 anos	Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Neonatal / Oncologia pediátrica / Auditoria	05 meses

Fonte: Oliveira; Salimena (2019).

Após construída a historiografia dos depoentes, buscou-se a historicidade, que diz a história do encontro, as características subjetivas identificadas durante o encontro com os entes, a partir do modo de se mostrarem.

Trechos do encontro com cada depoente, construído a partir da percepção do mostrar-se dos depoentes e as anotações realizadas no diário de campo (SALIMENA et al., 2015).

[...] quando o abordei este ficou imensamente alegre pelo convite e prontamente aceitou participar da pesquisa. Logo fomos para a sala de prescrição. Ao explicar o TCLE e o objetivo do estudo, assentou em posição confortável, começou a ficar inquieto com as mãos coçando uma a outra momentos antes de ligar o gravador. Gaguejava quando mencionava a questão da morte, demonstrava-se inquieto quando questionado ao cuidado, sua voz ficara tremula, percebi alteração de sua respiração, e sua face demonstrava-se preocupado durante a fala e, quando remetia a lembrança de algum fato desviava o olhar. Após o término, respirou fundo como se estivesse desabafado algo (E1).

[...] me recebeu com satisfação e alegria, estava tomando seu café na copa, mostrou preocupação em não poder participar em outro momento. Logo escolheu a sala de espera da UTI, onde os familiares aguardam a visita para os pacientes internados. Olhava-me nos olhos, quando se remetia a experiência da morte, seus olhos lacrimejaram e permaneceu no silêncio recuperou-se e voltou a falar. Após desligar o gravador relatou-me sua experiência com um homem, que estava sob seus cuidados e contou-me ainda mais duas experiências com pacientes em final da vida (E2).

Fomos para uma sala de espera. Falamos sobre nossas experiências práticas, dificuldades e alegrias do dia a dia de ações que praticamos em comum. Permaneceu todo o tempo olhando fixamente nos meus olhos, sentou-se de pernas cruzadas e encurvou-se forma como se estivesse atento ao que eu fosse falar; sua fala era acelerada e bem detalhada, respondia prontamente as questões, parecia-me explicar a importância de suas atitudes, balançava a cabeça, afirmativamente, durante seu discurso. Quando falava da sua satisfação profissional e amor pelo que faz, batia no peito em seu peito e em outros momentos balançava seu pingente do colar, sorridente pareceu-me tranquila com a sensação de dever cumprido (E3).

[...] já me aguardava ansiosamente. Recebeu-me demonstrando satisfação em poder falar sobre o assunto. Sentia-se sozinha por não conseguir compartilhar suas emoções dentro do ambiente de trabalho e, viu ali na entrevista a oportunidade de falar da sua vivência. Sentamos num sofá e iniciamos a conversa. Expressou diversos sentimentos, demonstrava-se triste ao falar de sua realidade institucional, mas quando se referia a sua prática, demonstrava-se satisfeita e realizada. Conversamos sobre diversos assunto se parecia-me desabafar e escutei atentamente e cuidadosamente, para não desviar o foco do objeto de investigação. Após finalizarmos, agradeceu pela oportunidade de estar conversando sobre o tema que “*é muito importante hoje em dia*”. Ficou bem à vontade que até se esqueceu do gravador, ao finalizar ficou espantado pelo tempo que durou nossa conversa e “*não viu o tempo passar*” (E4).

[...] me apresentei e logo aceitou. Fomos para a sala de descanso. Estava tímida e diante da primeira pergunta encontrei silêncio, respirou fundo antes de iniciar. Respondia objetivamente a tudo, mas quando relatou à morte de seu pai, a timidez se desfez, e se abriu ao diálogo (E5).

[...] sorria o tempo todo. Receptivo. Foi bem descontraída, mas sentia que estava apreensiva em falar da tal *morte*. Gesticulava muito com suas mãos e quando lhe faltavam as palavras para expressar o que sentia, gesticulava ainda mais e lançava o olhar ora para o chão ora para o infinito. Ao finalizar a entrevista muito contente disse que gostaria muito de ter contribuído ainda com seu “*pouco tempo de experiência*” (E6).

Após cada depoimento e anotação das percepções acerca de cada manifestação dos entes, o dito e o não dito, suas emoções e comportamentos sustentaram na elaboração das Unidades de Significados, alcançadas através de uma leitura exaustiva e repetida de cada entrevista juntamente com as anotações do diário de campo.

5.2 UNIDADES DE SIGNIFICADO

Neste primeiro momento, configurou-se a etapa inicial para se desvelar o fenômeno. Buscou-se nesta etapa a compreensão dos significados expressos pela manifestação dos entes quando interrogados. Segundo Heidegger (2013, p. 40), “todo questionar é um buscar. Toda busca retira do que se busca a sua direção prévia. Questionar é buscar ciente o ente naquilo que ele é e como é.”

Desta forma, os enfermeiros que cuidam de pacientes oncológicos no processo de morte e morrer significaram:

UNIDADE DE SIGNIFICADO 1: Lidar com a possibilidade da morte é algo difícil, complicado, ruim, muito triste, então trabalhar somente com o dia de hoje e enxergar todas as possibilidades de cuidado.

É uma coisa difícil da gente lidar, falar em paciente terminal é bem complicado. É um paciente bem diferenciado, porque você tá praticamente lidando com a morte. Porque você sabe que é um paciente que não tem prognóstico nenhum mais, então pra gente é difícil. É diferente você cuidar do paciente clínico, do cirúrgico aqui não, você sabe que o pouquinho que você fez, é só aquilo ali, você deu aquele conforto pra ele e acabou, ele não vai ter outras chances de ter outros cuidados, às vezes são coisas simples, é esse conforto que é dado na hora (E1).

Encarar a doença como um fato que existe, mas não que vá fazer com que a vida dele tenha um fim ali, por esse motivo. É muito bom, você pôde proporcionar uma coisa boa agradável para o paciente, e ao mesmo tempo é muito ruim, porque você sabe que não vai ter o retorno da pessoa de sair dali bem e voltar para te agradecer. É terminal, mas eu não sei se daqui há dois dias, daqui uma hora que ele vai morrer. Eu acho que gente não pode deixar de acreditar que você pode fazer algo de melhor pro outro (E2).

É ruim pra gente, é difícil pra gente como profissional, vê se tratando de morte, perda, essa coisa muito ruim que é muito pesada, que as pessoas geralmente tentam ter distância. Então assim é muito difícil a gente trabalhar nesse “não contando a verdade”, mas trabalhando em cima da verdade que é o fim da vida dele. É muito duro, você sente que o tempo tá acabando, então o que você tem que fazer tem que ser rápido, e tem que funcionar, o que você fazer ali tem que dar resultado na hora porque você pode não ter o amanhã pra tentar ajudar ele de alguma forma, pra tentar fazer o que ele tá pedindo, pra atender um desejo dele por mais simples que seja (E3).

E aqui foi difícil, acostumar com o processo da morte, que tá o tempo todo do nosso lado. E aí, quando você vê um paciente oncológico em cuidados paliativos, terminais que não tem mais nenhuma chance de ter a cura, a gente pensa no conforto. Então, foi difícil! Não foi fácil, mas teve uma época que eu não conseguia aceitar! Mas, hoje em dia eu consigo perceber que é algo que vai acontecer! Uma hora ou outra, eu mesmo vou passar por esse processo. É aquela coisa assim, pra eu ter em mente se eu fiz tudo o que eu podia fazer, que se eu for pra casa pensando que eu podia ter feito mais alguma coisa, eu tenho vontade de voltar (E4).

Quando a gente perde uma criança é muito ruim, isso marca. Porque a gente acaba se apegando tanto a eles, e essa aceitação da perda é muito complicado, muito ruim, muito difícil, parece que é alguém da família que tá te deixando. Eu acho que essa vivência da morte é bem complicada e te marca. Então o significado desse cuidado, é você enfrentar e ver que a morte tá chegando pra ele. É a esperança, você saber que a morte tá chegando, que o dia dele tá chegando, ninguém sabe o dia (E5).

Era triste você ver uma paciente nova assim, que fisicamente você olhando, não tem nada, sabe? E aí ao longo da semana ela parou de responder

estímulo. No início foi um pouco difícil pra mim. Tive que respeitar a morte. (silêncio) (E6).

UNIDADE DE SIGNIFICADO 2: Sentir amor, carinho, respeito, estando presente, segurando a mão, olhando nos olhos, escutando e colocando-se no lugar do outro.

Ele quer um carinho, ele quer você perto, ele quer te dar uma mão pra segurar. Que você fique ali um pouquinho perto dele, as vezes ele nem quer que você converse, mas que você pegue na mão dele, fique um pouquinho perto dele, só esse contato dele com a gente, isso ai já e importante. É você cuidar dele dando toda atenção e carinho, mesmo que você sabe que não tem esperança (E1).

Mas ela não volta fisicamente, você lembra da fisionomia da pessoa, que as vezes com um olhar, com um simples gesto ela te agradece, isso é bem gratificante para gente, saber que ali nos últimos momentos da pessoa você pode dar um conforto. Amor, carinho, dedicação. E tentar se colocar no lugar do outro, às vezes o paciente dá bastante trabalho, mas tente se colocar na situação dele, no lugar dele (E2).

A gente tem o desejo de ser marcante no final da vida daquele paciente, nem que seja para dar a mão pra ele ou ouvir alguma coisa que ele queira, ele quer conversar, ele quer ter um apoio. E tenha paciência pra ouvir, olha no olho, tenha paciência pra escutar, senta um pouquinho, que seja cinco minutos, olha nos olhos dele, mostra que você tá ali. O profissional que tá ali atendendo vai ser o último rosto que ele vai ver antes de morrer. Então é importante a gente tá dando aquele apoio, não só dando o remédio que ele precisa, mas dá o carinho, procurar sempre conversar, pôr a mão, pegar na mão, isso demonstra empatia por você estar ali na dor do outro. E, tentando também tá presente de uma forma positiva. Eu vejo como amor, porque estamos num trabalho. Então se a gente tá aqui é por amor. E assim, eu amo o que eu faço (E3).

Mas, o fato, a forma como que você faz, que você perguntar, de você chegar perto, de você tocar no paciente, de mostrar que se importa, que pra ele, ele não tá sentindo dor sozinho, que eu entendo a dor dele, que eu vou tentar tá ali pra melhorar essa dor, muitas vezes eu vou entender tá do lado dele, conversar, tentar entender o porquê que ele tá assim (E4).

Tem o conhecimento técnico científico, mas tem também o cuidar, o olhar, o tocar, as vezes é o toque que faz a diferença no paciente que as vezes ele não tem uma boa convivência familiar e ai ele vem pra cá e se sente muito acolhido (...)eu acho que é esse olhar humanizado mesmo. E eu realmente levei para essa parte de humanização, porque esse olhar é diferente mesmo, a forma de ver, a forma de sentir, é muito diferente, você dá mais valor a vida do outro (E5).

Eu acho que significa amor. E eu acho que o amor, o carinho e o respeito confortam um pouco. Sabe? Eu acho que isso faz toda diferença (E6).

UNIDADE DE SIGNIFICADO 3: Ter um sentimento bom e realizar os desejos finais.

Muito bom, a gente que tem amor que gosta é muito bom você saber que tá contribuindo um pouco, ajudando esse paciente a vencer esse período que ele vai passar. Ele quer mesmo que a gente dê pra ele todos estes cuidados, é bom isso você saber que tá contribuindo um pouco para aqueles que estão desesperados sabendo que vão. E eu acho assim que o significado disso é bom, a gente saber que tá contribuindo para isso, quando você é um bom profissional, quando você tem os sentimentos. Acho que isso aí é bom pra gente, saber que você tá ali, saber que você fez a sua parte (E1).

“É muito bom, você pôde proporcionar uma coisa boa agradável para o paciente, e ao mesmo tempo é muito ruim, porque você sabe que não vai ter o retorno da pessoa de sair dali bem e voltar para te agradecer, isso é bem gratificante para gente, saber que ali nos últimos momentos da pessoa você pode dar um conforto (E2).

Eu particularmente tenho um sentimento bom, eu saio daqui feliz, saio orgulhosa, eu saio satisfeita, em saber por mais que seja um momento ruim da vida de alguém, eu tive seja 5 minutos, 2 minutos, 1 minuto de alguma coisa que eu somei, que eu consegui realizar, algum desejo que eu consegui, de uma atenção que eu pude dar, de um abraço que eu pude oferecer. Então, eu tenho uma sensação boa, eu saio daqui com sentimento muito bom, eu me sinto feliz e realizada por estar fazendo isso, atendendo todas as necessidades dele, os pedidos. Eles enxergam que às vezes se a gente fizer um pouquinho de esforço vai trazer o bem pro outro. Fazer o bem para o outro é a melhor gratificação que a gente tem (E3).

Acaba que muitas vezes foge um pouco da nossa assistência padrão de enfermagem esses cuidados terminais, ao paciente terminal. Que a gente sempre tá ali pra fazer o último pedido, o último desejo e dar conforto. Aí, ela virou e falou assim: “Muito obrigada”, me agradeceu, me abraçou, me deu bombom. Aí, é aquelas coisas assim que você fala: “Foi tão simples! O que custa?” É bom! Muito bom isso (E4).

O sentimento assim, eu não posso falar de forma alguma que seja pena, não acho que tem que levar para esse lado, é um sentimento de que você tá fazendo algo que vai beneficiar, que vai ajudar ele. São coisas boas na verdade, a oncologia ela te dá isso, ela e deixa com essa parte humana muito a flor da pele, você sempre tá pronta a ajudar e a querer que o paciente fique bem, eu acho que é esse olhar humanizado mesmo, é um sentimento muito bacana (E5).

Um sentido? Seria o sentido do conforto? Acho que é isso, procurar o que for possível atender naquele momento, eu acho que isso (E6).

UNIDADE DE SIGNIFICADO 4: A família como parte do cuidado e para cuidar.

Na hora que ele chega ao final da morte, a família quer alguma coisa, eles não aceitam totalmente você deixar a morte evoluir e de repente você vai liberar uma visita humanizada para a família tá perto. Você tem que liberar, mas também você tem que ver qual família tem estrutura pra isso, porque não adianta você liberar uma família com o paciente consciente e a família chorando ali, sabe? Assim totalmente desequilibrada, você também tem que ver por esse lado também porque não adianta chegar lá também e o paciente tá realmente terminando mesmo, na fase terminal e a família desesperar em cima dele (E1).

E isso leva a um desgaste muito grande da família, principalmente do acompanhante. Porque ele não precisaria estar aqui, quem tá precisando é o paciente (E2).

A família pra mim é uma parte do cuidado não é só o que a enfermagem pode fazer, aí a gente já pensa assim, o que a família pode fazer? A família, é essencial nesse momento, tá pertinho, dá a mão, de tá dando um apoio aí no finalzinho. Então assim, eu gosto muito de ter a família ali perto, eu sempre tento pedir pra deixar entrar todo mundo, pra deixar a família perto e aumentar esse vínculo todo mundo tem medo de morrer sozinho. Eu sempre peço, chama os filhos, às vezes até deixo entrar criança pequena, porque a família faz o bem no finalzinho da vida ali. E muito legal o netinho poder despedir, poder dar o último abraço, pra mim é essencial (E3).

O que a gente pode fazer? Ah! Vamos levar ele pra capela, vamos ligar pra um familiar pra ver se vem, libera uma visita a mais hoje. Tentar tornar muito mais fácil pra ele, pros familiares. E o que ele precisa é que você abra uma exceção que o filho venha visitar a noite. Junto com a equipe toda, não só de enfermagem, mas toda a equipe, e os familiares, então é uma rede (E4).

Então, a gente cuida, a gente tem todo um olhar diferente, acaba que vem a família junto, e tem que ter todo aquele cuidado, na hora que falar, sempre mostrando positividade, ser esperançoso e mostrar que cada dia é um dia e que amanhã vai ser outro dia. Eu tive um paciente e a família disse "Oh! Ele não sabe que tá com câncer, só fala pra que ele veio fazer uma medicação". Então tudo bem a gente respeita (E5).

Que às vezes é bem difícil, a família não entende e quanto mais você conversa com a família, explicando assim, até de um jeitinho, sem muitos termos técnicos, a família vai entendendo. A família também tá todo debilitada porque tá perdendo um ente querido e quer o paciente de qualquer jeito. A família mesmo pediu para tirar da UTI, respeitar a família, igual no caso dela que não queria permanecer na UTI. Às vezes a família conhece muito a pessoa às vezes pode ser um desejo dela, uma característica dela de aceitar essa passagem (E6).

5.3 COMPREENSÃO VAGA E MEDIANA

Os enfermeiros que vivenciam o cuidado de enfermagem as pessoas com doença oncológica em processo de morte e morrer revelaram a dualidade expressa pelos pacientes entre o saber que estar morrendo e o não saber que está morrendo e tentam lidar com esse fato de forma transparente. Os enfermeiros enfrentam a morte como uma possibilidade real e futura, buscam encará-la como um fato, mas também assumem a postura de negação desta possibilidade, cuidando como se fosse qualquer outro paciente que não estivesse no final de vida.

Contam que às vezes os pacientes sabem da proximidade da morte, mas possuem dificuldade em absolver essa verdade, e por isso tem sempre uma

esperança de melhorar e sair daquela situação. Dessa forma, os enfermeiros alimentam a esperança e o pensamento positivo dos pacientes, e relatam não afirmar para o paciente sobre a verdade, cuidam sem deixar que o paciente perceba que está sendo cuidado porque está morrendo. Mas, revelam tristeza e difícil compreensão quando veem a vontade de viver e lutar pela cura, quando esta não é mais possível.

Revelam que os cuidados no final da vida, são mais aceitos por aqueles pacientes que aceitaram a condição de finitude tão próxima, manifestam a aceitação de sua evolução e compreendem que estão sendo cuidados da melhor forma possível. Reforçam que se sentem felizes, satisfeitos e realizados ao exercerem o cuidado a estes pacientes, buscam proporcionar conforto sempre e atender os pedidos e desejos finais.

Os enfermeiros demonstram compreender o momento vivido pelo paciente, referindo este cuidado como algo muito triste e difícil. A partir deste modo de ver o sofrimento, tentam se colocam no lugar do paciente, e exercem o cuidado pautado neste modo de ver. Relatam a tentativa de se colocarem sempre no lugar do paciente e tentando compreender sua dor e sofrimento.

Diante do enfrentamento ou não da morte, afirmam a necessidade de oferecer todos os cuidados possíveis, para que o paciente tenha conforto em seus últimos dias de vida. Ressaltam a importância de valorizar as atitudes simples, como conversar, sentar-se ao lado, pega na mão, dispor de um tempo para ouvi-los e sanar dúvidas, isso faz toda diferença no cuidado.

Mencionam que estar cuidando destes pacientes possibilitou uma melhor aceitação da morte enquanto profissionais e a respeitar o tempo de cada ser humano. Contam da dificuldade em lidar com a morte e a preocupação em fazer tudo que podem pelo paciente para proporcionar conforto.

Contam que gostariam de fazer mais pelos pacientes. Às vezes quebram regras para que os pacientes tenham seus desejos atendidos. Ressaltam a importância de manterem a família por perto, restabelecer vínculos, encontros e despedidas entre pais e filhos, irmãos e pessoas que não se viam há muito tempo. Mencionam que este contato deve ser valorizado, e tentam ser facilitadores ou mediadores desse contato.

Contam que a presença da família é importante para o paciente e faz com que ele não se sinta sozinho. Sentem-se tristes quando o paciente morre sozinho, quando não estão presentes no momento do óbito. Demonstram-se culpados por dispensar atenção para outras tarefas rotineiras.

Expressam gratidão pela oportunidade de vivenciar o cuidado de enfermagem às pessoas no final da vida, contam que esta vivência possibilitou um olhar mais humanizado sobre o cuidado de enfermagem.

Pontuaram quanto à preciosidade do tempo, do hoje e do agora. O quanto isto é importante para estes pacientes, pois não se sabe quanto tempo ainda resta ou se haverá o amanhã ou a possibilidade de cuidarem depois. Então, o que precisa ser feito deve ser urgente, imediato. Demonstram se mobilizarem nesse sentido, porque pode ser o último momento da vida do paciente, e ele não terá outras chances de ser cuidado além do agora.

Sente-se pressionados a sempre fazer algo pelo paciente, a não deixar nenhuma atitude para depois, desejam estar presentes no último momento de vida, desejam ser marcantes para aqueles pacientes. Reforçam a importância do vínculo, da presença ali ao lado dele, de segurar a mão deles, por isso reforçam o cuidado feito com amor e carinho.

Mencionam que os pacientes carecem de contato e atenção, de um toque, de serem olhados e ouvidos. Desta forma, sentem-se acolhidos e protegidos pela enfermagem até o momento da morte.

Compreendem que a presença e o toque físico também são uma forma de cuidar. Ressaltam a importância do conhecimento técnico e científico, mas nos últimos momentos de vida, o jeito que encontram de cuidar é estar presente.

Os enfermeiros expressam que se sentem felizes e realizados quando proporcionam conforto, quando realizam algum desejo, mesmo que quebrando alguma regra, ressaltam que priorizam tudo que não atrapalha o tratamento ou que já proporcionar prejuízo ou dano ao paciente.

Relembrem algumas ações que fizeram com alguns pacientes, ações cotidianas básicas, como comer, andar, sentar-se, usar as mãos entre outras. Ações estas inviáveis devido à condição clínica de saúde, mas que com a ajuda dos enfermeiros se tornou possível, e veem estas ações como uma forma de fazer os

pacientes se sentirem vivos e sentem gratidão por ajudar os pacientes a exercerem essas ações.

São tomados por sentimentos bons, quando algum paciente vai a óbito tranquilo, sem sofrimento e sem dor, reportam a este sentimento como uma força motriz para continuar, pois se lembram dos últimos momentos de vida do paciente mediados por conforto que foi proporcionado pelo cuidado do enfermeiro.

Ao falarem da família, sempre tentam proporcionar encontros, liberam visitas de crianças e até excedem o limite de pessoas para visitas, para que o paciente se despeça dos entes queridos. Contam também que o cuidado se estende para os familiares, que também sofrem, e precisam de apoio, de escuta e acolhimento, compreendem o familiar incluído no cuidado.

Contam da dificuldade em cuidar do paciente quando a família opta por não contar a verdade da doença para o paciente. Acreditam que a família faz parte do cuidado, que é importante para o paciente ter o familiar perto.

Pontuam que o familiar é importante nesse contexto, pois conhecem o paciente e podem proporcionar atitudes ou ações junto com os enfermeiros de acordo com o que a família conhece e sabe do paciente, desta forma a família fala por ele.

5.4 FIO CONDUTOR

A partir da compreensão vaga e mediana dos enfermeiros emergiu assim, o Fio Condutor que conduzirá para a Análise Interpretativa, na qual será desvelado o ser em sua dimensão ontológica.

A apreensão dos significados expressos na fala dos enfermeiros permitiu a elaboração do conceito de *ser-aí-enfermeiro-que-cuida-de-pessoas-com-doença-oncológica-no-processo-de-morte-e-morrer*.

Lidar com a possibilidade da morte é algo difícil, complicado, ruim, muito triste, trabalhar somente com o dia de hoje e enxergar todas as possibilidades de cuidado; Sentir amor, carinho, respeito, estando presente, segurando a mão,

olhando nos olhos, escutando e colocando-se no lugar do outro; Ter um sentimento bom e realizar os desejos finais; A família como parte do cuidado e para cuidar.

6 ANÁLISE INTERPRETATIVA

A partir da compreensão vaga e mediana, que possibilitou compreender os significados do *ser-aí-enfermeiro-que-cuida-de-pessoas-com-doença-oncológica-no-processo-de-morte-e-morrer*, e elaborar o fio-condutor, transpassando da dimensão ôntica dos fatos para a dimensão ontológica, buscando-se o sentido do fenômeno.

O fio-condutor direciona a investigação para o segundo momento metódico, proposto por Heidegger, a análise interpretativa, nele busca-se desvelar os sentidos que permanecem velados, pois no primeiro momento somente alcançou-se a compressão dos significados. Segundo Heidegger, a compressão vaga e mediana descreve apenas os significados do ser, não sendo ainda possível lhe interpretar o sentido (HEIDEGGER, 2013).

Quadro 2 - Movimento analítico existencial

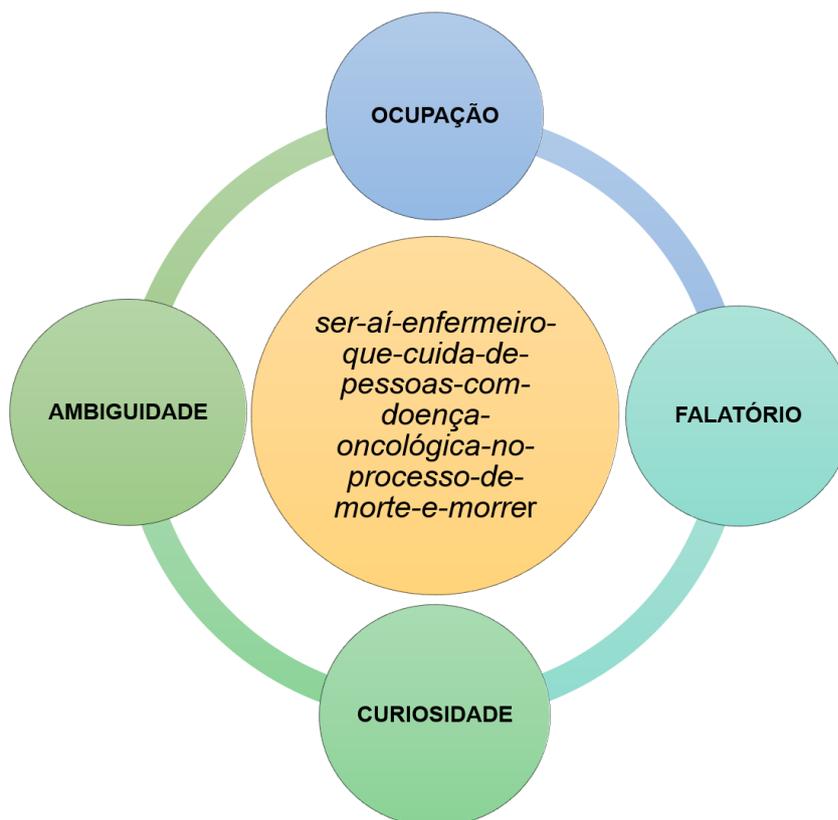
Significados (dimensão ôntica)	Sentidos (dimensão ontológica)
<i>ser-aí-enfermeiro-que-cuida-de-pessoas-com-doença-oncológica-no-processo-de-morte-e-morrer</i>	
US 1: Lidar com a possibilidade da morte é algo difícil, complicado, ruim, muito triste, trabalhar somente com o dia de hoje e enxergar todas as possibilidades de cuidado;	ocupação, falatório
US 2: Sentir amor, carinho, respeito, estar presente, segurar a mão, olhando nos olhos, escutando e colando-se no lugar do outro;	ocupação, falatório, ambiguidade e curiosidade
US 3: Ter um sentimento bom e realizar os desejos finais;	ocupação, falatório e ambiguidade.
US 4: A família como parte do cuidado e para cuidar.	ocupação, falatório, ambiguidade e curiosidade

Fonte: Oliveira; Salimena (2019).

Portanto, a construção do conceito de ser dos enfermeiros que cuidam de pessoas com doença oncológica em processo de morte e morrer possibilitou compreender o modo de ser destes entes. Para Heidegger todo ser se manifesta de algum modo no ente, e para compreender o ser, é preciso interrogar o ente, questionando o ser, para desta forma, desvelar o fenômeno de quem é o ser e como ele se manifesta (HEIDEGGER, 2013, p. 54).

Desta forma, após desvelar os sentidos do ser-enfermeiro, possibilitou a compreensão dos modos próprios de ser. Neste sentido, o movimento analítico hermenêutico do ser-enfermeiro e seus modos de ser que foram desvelados, apresentando-se, no *fatalório*, na ocupação, curiosidade e ambiguidade.

Figura 4 - Sentidos (dimensão ontológica)



Fonte: Oliveira; Salimena (2019).

Neste sentido, o *ser-aí* dos enfermeiros que cuidam de pessoas com doença oncológica em processo de morte e morrer, mostraram-se na facticidade do lidar constantemente com o sofrimento humano e a proximidade da morte enquanto um fato real e cada vez mais próximo para o paciente. Vendo a morte como algo ruim e complicado, buscam realizar todos os desejos dos pacientes, e acreditam que essa vivência os transforma em profissionais mais humanizados.

Os enfermeiros ao significarem que lidar com a possibilidade da morte é algo difícil, complicado, ruim, muito triste, trabalhar somente com o dia de hoje e enxergar todas as possibilidades de cuidado, mostram-se no modo de ser do *fatalório* e da *ocupação*.

Os enfermeiros significaram o cuidado como algo ruim e difícil, lidando com o não contando a verdade para o paciente sobre sua realidade que é a morte próxima, cuidando como se não fosse um paciente em processo de morte e morrer, negando essa afirmativa, desse modo, os enfermeiros aparentam compreender o vivido, mas quando na verdade não se apropriaram da verdade. É nesse sentido que Heidegger diz que aquele que fala não alcança uma referência ontológica daquilo que se fala, apenas contenta-se em “*repetir e passar adiante a fala*” (HEIDEGGER, 2013, p. 232).

Para o filósofo o falatório “*é a possibilidade de compreender tudo sem ter apropriado previamente da coisa*” (HEIDEGGER, 2013, p. 232).

No modo de ser da *ocupação*, o ente relaciona-se com outros entes no mundo circundante, ou seja, aquilo que o ente faz ou produz desta ou daquela maneira em suas relações com os entes e com o mundo (BRAGA; FARINHA, 2017).

Heidegger (2013, p. 108) afirma que “*enquanto ocupação, o ser-no-mundo é tomado pelo mundo de que se ocupa*”. Deste modo, os enfermeiros mostram-se realizando o cuidado preocupando-se em fazer tudo o que for possível, e aproveitando todas as oportunidades de fazerem algo pelos pacientes no dia de hoje, pois temem em não existir o amanhã.

Nesse sentido, os enfermeiros ao desvelarem o medo de não existir o amanhã para exercer o cuidado, no modo ser da ocupação, esse medo tornar-se *pavor*, que para Heidegger é o medo de algo ameaçador, que ainda não aconteceu, mas há de acontecer, assim ele traz “*na verdade ainda não, mas a qualquer momento sim*”, pois os enfermeiros sabem que a hora da morte vai chegar e que por isso precisam cuidar da melhor forma possível, e temem que o paciente morra e não tenha sido cuidado de forma que necessitavam (HEIDEGGER, 2013, p. 202).

O falatório e a ocupação foram os modos de ser desvelados em todos os significados expressos pelos enfermeiros.

Ao significarem que sentir amor, carinho, respeito, estando presente, segurando a mão, olhando nos olhos, escutando e colando-se no lugar do outro ao cuidar destas pessoas, desvelaram-se também no modo da *ocupação* e *falatório*. Desvelam-se também como *ser-com-os-outros*, quando contam que se relacionam olhando nos olhos, dispondo de tempo para escutar e colocando-se no lugar do paciente, pois “*o mundo da presença (Dasein) é mundo compartilhado. O ser-em é*

ser-com os outros” (HEIDEGGER, 2013, p. 175). Os enfermeiros reforçam estas ações como o diferencial no cuidado.

[...] o sentido só existe para o ser e pertence àquele momento; por isso ele considera o ser como ser de presença no mundo. Heidegger não concebe o homem apenas em relação a ele mesmo, mas sim, em contínua interação com todos os seres circundantes junto aos quais ele permanece. Ser-no-mundo é condição fundamental do indivíduo. Ser humano é ainda sempre ser-com-o-outro (BRAGA; FARINHA, 2017, p. 71).

Ao significarem que ter um sentimento bom e realizar os desejos finais, mas, ao mesmo tempo significam que lidar com a morte é difícil, muito triste e complicado, desvelam na *ambiguidade*, que para Heidegger (2013, p. 238) é que “tudo parece ter sido compreendido, captado e discutido autenticamente quando, no fundo, não foi. Ou então parece que não o foi quando, no fundo, já foi”, pois exprimem sentimentos opostos, sentindo-se tristes, mas também felizes ao exercerem o cuidado a pessoas na terminalidade da vida.

Ao significarem a família como parte do cuidado e para cuidar, desvelam-se também na *ambiguidade*, ao revelarem que percebem e sabem que manter a família por perto é importante, mas ao mesmo tempo revelam as dificuldades dos familiares para aceitar e entender a situação do paciente e acabam dificultando esse contato, diante dessa realidade apontam o familiar da pessoa na terminalidade da vida, um indivíduo que também precisa ser cuidado.

Os enfermeiros percebem que, quando o familiar está presente no momento da morte, faz com que o paciente não se sinta sozinho, e durante este processo, ao se colocarem no lugar do outro, ouvindo, olhando nos olhos e estando presente desvelam-se no modo de ser da *curiosidade*, que para Heidegger ela “ocupa-se em ver, não para compreender o que vê, ou seja, para chegar a ele num ser, mas apenas para ver” (HEIDEGGER, 2013, p. 236).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na busca por alcançar respostas para minhas inquietações, encontrei na fenomenologia heideggeriana, um caminho que direcionou para a compreensão de como o enfermeiro cuida de pessoas com câncer em processo final de vida, e como ele se sente no decorrer desta prática.

Ao compreender os significados do cuidado de enfermagem as pessoas com doença oncológica em processo de morte e morrer, possibilitou o alcance dos objetivos propostos no estudo visto que os enfermeiros expressaram seus significados e sentidos do cuidado as pessoas em final de vida.

Desta forma, compreendemos os significados que foram expressos pelos enfermeiros ao cuidar: “Lidar com a possibilidade da morte é algo difícil, complicado, ruim, muito triste, trabalhar somente com o dia de hoje e enxergar todas as possibilidades de cuidado; Sentir amor, carinho, respeito, estando presente, segurando a mão, olhando nos olhos, escutando e colocando-se no lugar do outro; Ter um sentimento bom e realizar os desejos finais; A família como parte do cuidado e para cuidar”.

Neste sentido, posteriormente o *ser-aí-enfermeiro-que-cuida-de-pessoas-com-doença-oncológica-no-processo-de-morte-e-morrer*, desvelou-se no modo ser do *falatório, da ocupação, ambiguidade e curiosidade*.

Os enfermeiros significaram o cuidado as pessoas em condição de fase final de vida, como difícil e complicado, e muito triste por ver o fim da vida de alguém, são envolvidos por situações de emoção e de sofrimento, porém, significaram sentir-se bem e felizes quando realizam desejos finais, e contribuem para a aproximação dos familiares e por incluir estes familiares no cuidado.

O cuidado de enfermagem a pessoa em processo de morte e morrer deve ser um cuidado responsável e imediato, visto que o enfermeiro está limitado a programar ações futuras, diante da incerteza do amanhã, quando significa ter sentimento bom ao cuidar e atender os desejos finais, proporcionando conforto, no qual os enfermeiros desvelaram-se no pavor. A inclusão do familiar como parte integrante do cuidado, revela a necessidade do cuidado centrado na família.

No entanto a compressão do sentido deste cuidado para o enfermeiro possibilita uma reflexão quanto ao enfermeiro estar instrumentalizado para

compreender e visualizar as possibilidades de cuidado para as pessoas que estão em processo de morte e morrer. Compreendo o cuidado de enfermagem as pessoas em fase final de vida como uma grande responsabilidade, no qual o ser humano deve ser protegido de toda dor e sofrimento, estando o enfermeiro focado em promover uma morte digna.

Ao desvelar os sentidos deste cuidado, compreende-se a necessidade de um cuidado de enfermagem centrado na pessoa que vivencia o processo de morte e morrer, evidencia-se a urgência da carência de debater sobre a morte e o morrer no cotidiano do enfermeiro nas instituições de saúde, quando significam o cuidado como complicado e difícil.

Considero como limitação deste estudo o alcance do enfermeiro ao lidar com a morte apenas na realidade oncológica, sendo esta uma realidade muito estigmatizada. No entanto recomenda-se o estudo com enfermeiros em demais áreas de cuidado.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de Cuidados Paliativos**. 2. ed. Rio de Janeiro: ANCP, 2012. Disponível em: <www.paliativo.org.br/dl.php?bid=146>. Acesso em: 20 out. 2018.

BASTOS, Carmen Célia Barradas Correia. Pesquisa qualitativa de base fenomenológica e a análise da estrutura do fenômeno situado: algumas contribuições. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 9, p. 442-451, 2017.

BASTOS, Rodrigo Almeida et al. Vivências dos enfermeiros frente ao processo de morrer: uma metassíntese qualitativa. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 17, p. 58-64, 2017.

BASTOS, Rodrigo Almeida; QUINTANA, Alberto Manuel; CARNEVALE, Franco. Angústias psicológicas vivenciadas por enfermeiros no trabalho com pacientes em processo de morte: estudo clínico-qualitativo. **Temas em Psicologia**, v. 26, n. 2, p. 795-805, 2018.

BATISTA, Delma Riane Rebouças; MATTOS, Magda de; SILVA, Samara Frizzeira da. Convivendo com o câncer: do diagnóstico ao tratamento. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 5, n. 3, p. 499-510, out. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/15709>>. Acesso em: 13 maio 2019.

BERNARDES, Nicole Blanco et al. Câncer de Mama X Diagnóstico. **ID On line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 13, n. 44, p. 877-885, 2019.

BICUDO, Maria Aparecida Viggiani. **Sobre a fenomenologia**. Disponível em: <http://www.mariabicudo.com.br/resources/CAPITULOS_DE_LIVROS/Sobre%20a%20fenomenologia.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2018.

BRAGA, Sonia Faria Mendes et al. Sobrevida e risco de óbito de pacientes após tratamento de câncer de próstata no SUS. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 1-10, 2017.

BRAGA, Tatiana Benevides Magalhães; FARINHA, Marciana Gonçalves. Heidegger: em busca de sentido para a existência humana. **Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies**, v. 23, n. 1, p. 65-73, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: CNS, 2012. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html>. Acesso em 14 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2018**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Atlas On-line de Mortalidade**. Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em: <<https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/pages/Modelo04/consultar.xhtml#panelResultado>>. Acesso em: 17 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **ABC do câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer no Brasil. 4. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2018.

BRASILEIRO, Marislei de Sousa Espíndula; BRASILEIRO, Jenucy Espíndula. O medo da morte enquanto mal: uma reflexão para a prática da enfermagem. **Revista de Ciências Médicas**, v. 26, n. 2, p. 77-92, 2017.

CABRAL, Ivone Evangelista et al. Movimento analítico-hermenêutico heideggeriano: possibilidade metodológica para a pesquisa em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 6, p. 984-989, 2012.

CARVALHO, Daniela Schimitz et al. Aspectos gerais epidemiológicos da mortalidade por câncer de mama feminino no Brasil e no mundo. **Anais do Simpósio de Enfermagem**, v. 1, n. 1, p. 1-8, 2019.

CASANOVA, Marco Antonio. **Compreender Heidegger**. Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução n. 1805, de 28 de novembro de 2006**. Brasília: CFM, 1997. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm>. Acesso em: 12 jan. 2019.

CORREA, Adriana Katia. Fenomenologia: uma alternativa para pesquisa em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 5, n. 1, p. 83-88, 1997.

D'ARCO, Cláudia et al. Obstinação terapêutica sob o referencial bioético da vulnerabilidade na prática da enfermagem. **Mundo Saúde**, v. 40, n. 3, p. 382-389, 2016.

DUARTE, Marianne Rocha; ROCHA, Silvana Santiago. As contribuições da filosofia heideggeriana nas pesquisas sobre o cuidado em enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 361-364, 2011.

ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. **The 2015 Quality of Death index**: ranking palliative care across the world. London: Economist Intelligence Unit, 2015. Disponível

em:<<https://eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2018.

ESQUIVEL, Denise do Nascimento et al. Produção de estudos em enfermagem sob o referencial da fenomenologia. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 30, n. 2, p. 1-10, 2016.

FAYER, Vívian Assis et al. Sobrevida de dez anos e fatores prognósticos para o câncer de mama na região Sudeste do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 4, p. 766-778, 2016.

GARCIA, Dina Marlene Filipe Cançado. **Comunicação do enfermeiro com a pessoa com doença oncológica em situação paliativa e seus familiares**. 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, 2017.

GARNICA, Antonio Vicente Marafioti. Algumas notas sobre pesquisa qualitativa e fenomenologia. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 1, n. 1, p. 109-122, 1997.

GILES, Thomas Ransom. **História do existencialismo e da fenomenologia**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1975.

GRAÇAS, Elizabeth Mendes das. Pesquisa qualitativa e a perspectiva fenomenológica: fundamentos que norteiam sua trajetória. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 4, n. 1/2, p. 28-33, 2000.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e tempo**. Rio de Janeiro: Vozes, 2013.

HERDMAN, T. Heather; KAMITSURU, Shigemi. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017. In: NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA Internacional: definições e classificações**. 2015-2017. Porto Alegre: Artmed, 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **O que é câncer?** Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>>. Acesso em: 10 maio 2019.

KARKOW, Michele Carvalho et al. Experiência de famílias frente à revelação do diagnóstico de câncer em um de seus integrantes. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 741-751, 2015.

KLÜBER-ROSS, Elizabeth. **Sobre a morte e o morrer**. 9. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

LERNER, Kátia; VAZ, Paulo. Minha história de superação: sofrimento, testemunho e práticas terapêuticas em narrativas de câncer. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 60, p. 153-163, 2016.

LESSA, Ines; MENDONÇA, Gulnar A. S.; TEIXEIRA, Maria Tereza B. **Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: dos fatores de risco ao impacto social**. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/15472>>. Acesso em: 26 out. 2017.

LIMA, Márcia Gabriela Rodrigues; NIETSCHE, Elisabeta Albertina. Ensino da morte por docentes enfermeiros: desafio no processo de formação acadêmica. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 17, n. 4, p. 512-519, 2016.

LIMA, Raquel Santos; COSTA JÚNIOR, Jerônimo Abreu. O processo de morte e morrer na visão do enfermeiro. **Revista Ciência & Saberes-Facema**, v. 1, n. 1, p. 25-30, 2015.

LIMA, Roberta de et al. A morte e o processo de morrer: ainda é preciso conversar sobre isso. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 21, e-1040, 2017.

LISPECTOR, C. **A descoberta do mundo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1984.

MABTUM, Matheus Massaro; MARCHETTO, Patrícia Borba. **O debate bioético e jurídico sobre as diretivas antecipadas de vontade**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H A. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012, p. 23-30.

MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza et al. Fenomenologia heideggeriana e sua possibilidade na construção de estudos de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 297-301, 2006.

PAULA, Cristiane Cardoso de et al. Modos de condução da entrevista em pesquisa fenomenológica: relato de experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 3, p. 468-472, 2014.

RANIERI, L. P.; BARREIRA, C. R. A. A entrevista fenomenológica. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE PESQUISA E ESTUDOS QUALITATIVOS, 4., 2010, Rio Claro, SP. **Anais...** Rio Claro, SP: UNESP, 2010. p. 1-8.

REIS, Carla; BARBOSA, Larissa Maria de Lima Horta; PIMENTEL, Vitor Paiva. O desafio do envelhecimento populacional na perspectiva sistêmica da saúde. **BNDES Setorial**, v. 44, p. 87-124, 2016.

SALIMENA, A. M. O. et al. O método fenomenológico Heideggeriano e sua contribuição epistemológica para a Enfermagem: revisitando questões do movimento analítico. **Investigação Qualitativa em Saúde Atas CIAIQ 2015**, v. 1, p. 310-313. 2015.

SANCHEZ Y SANCHES, Kilda Mara; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Ortotanásia: uma decisão frente à terminalidade. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 44, p. 23-34, 2013.

SANTA ROSA, Danielle Souza; COUTO, Selma Aleluia. O enfrentamento emocional do profissional de enfermagem na assistência ao paciente no processo da terminalidade da vida. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 4, n. 1, p. 92-104, 2015.

SIQUEIRA, Alessandra de Sá Earp et al. Impacto econômico das internações, quimioterapias e afastamentos por neoplasia maligna de mama no Brasil. **Diversitates International Journal**, v. 8, n. 1, p. 69-87, 2016.

SOUZA, Kamila Azevedo et al. O itinerário terapêutico do paciente em tratamento oncológico: implicações para a prática de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 15, n. 2, p. 259-267, 2016.

SPÍNDOLA, Thelma. A fenomenologia e a enfermagem: algumas reflexões. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 31, n. 3, p. 403-409, 1997.

STRATHERN, Paul. **Heidegger em 90 minutos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

TEIXEIRA, Maria Glória et al. Conquistas do SUS no enfrentamento das doenças transmissíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1819-1828, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601819&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 maio 2019.

TERRA, M. G. et al. Na trilha da fenomenologia: um caminho para a pesquisa em enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 672-678, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Early cancer diagnosis saves lives, cuts treatment costs**. Genebra: WHO, Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/early-cancer-costs/en/>>. Acesso em: 10 maio 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2. ed. Geneva: WHO, 2002.

XAVIER, Silvanéia Santana et al. Cuidado humanizado do enfermeiro ao paciente oncológico fora de possibilidade de cura. **Revista Saúde.Com**, v. 13, n. 4, p. 1044-1054, 2017.

APÊNDICE A - Instrumento norteador para a entrevista



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE POS GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM ENFERMAGEM



INSTRUMENTO NORTEADOR PARA A ENTREVISTA

Caracterização do participante:

Entrevista nº: _____ Data: _____ Hora: _____

I. Identificação:

Nome (iniciais): _____ Idade: _____

Gênero: () F () M

Formado(a) há quantos anos: _____

Especialização: () Sim () Não Qual(s): _____

Tempo em que atua na oncologia: _____

II. Questões orientadoras:

- a) Como você cuida pacientes terminas?
- b) Qual o significado de cuidar de pacientes?
- c) Qual o sentimento você tem em relação a esse cuidado?

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP HU/UFJF
JUIZ DE FORA – MG – BRASIL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “**SIGNIFICADOS DO CUIDAR NA TERMINALIDADE DA VIDA: CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO**”. Nesta pesquisa pretendemos compreender o significado do enfermeiro que vivencia o cuidado de pessoas com câncer no processo de morte e morrer. O motivo que nos leva a estudar esta temática surgiu por uma motivação pessoal seguida de lacunas na literatura sobre a temática, devido a importância de se abordar o tema morte e terminalidade. Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: O Sr. (a) será convidado para uma entrevista agendada previamente, a ser realizada em local reservado com a finalidade de garantir o conforto e a privacidade da conversa. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em **riscos mínimos**. A pesquisa contribuirá para o aprofundamento sobre a temática e construção de conhecimentos de Enfermagem, pois as contribuições podem se refletir no aprofundamento sobre uma prática que valoriza e dá visibilidade à atuação do enfermeiro na prática assistencial. Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a). O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (A) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada com o pesquisador responsável e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “**SIGNIFICADOS DO CUIDAR NA TERMINALIDADE DA VIDA: CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO**”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20__.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Nome do Pesquisador Responsável: Prof.^a Dr.^a Anna Maria de Oliveira Salimena
Endereço: Rua José Lourenço Kelmer, S/n - Martelos
CEP: 36036-330 / Juiz de Fora – MG
Fone: (32) 2102 3821

ANEXO B - Autorização para realização da pesquisa**AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA**

Ilmo Sr. Dr. Claudio Moisés Lacerda Reis
Diretor Técnico do Hospital Maria José Baeta Reis da Associação Feminina de
Prevenção e Combate ao Câncer de Juiz de Fora - ASCOMCER

Solicito de Vossa senhoria autorização para a realização e divulgação da pesquisa: “**SIGNIFICADOS DO CUIDAR NA TERMINALIDADE DA VIDA: CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO**”, que estará sendo desenvolvida por **Tháís Vidal de Oliveira**, mestranda do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob a orientação da professora Dr^a Anna Maria de Oliveira Salimena.

O objetivo deste estudo é: Compreender o significado do enfermeiro que vivencia o cuidado a pessoas com câncer no processo de morte e morrer.

Informo ainda, que o nome da instituição será citado na divulgação de resultados para fins exclusivamente científicos e será mantido o absoluto anonimato em relação aos sujeitos envolvidos, seguindo os preceitos da resolução 466/2012 do Ministério da Saúde, que traz as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. A pesquisa, antes de ser realizada, será avaliada pelo Comitê de Ética da UFJF.

Desde já, coloco-me a disposição para maiores esclarecimentos.

Prof^a. Dr^a Anna Maria de Oliveira Salimena
Orientadora

AUTORIZAÇÃO:

Declaro que fui devidamente informado quanto às finalidades desta pesquisa, que esta instituição possui infraestrutura para seu desenvolvimento e que autorizo a realização da coleta de dados.

Dr. Claudio Moisés Lacerda Reis
Diretor Clínico

Juiz de Fora, ___/___/___.

ANEXO C - Autorização para realização da pesquisa**AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA**

Ilmo Sr. Dr. Narciso Francisco Pazinato
Diretor Técnico do Instituto Oncológico/Hospital 9 de Julho

Solicito de Vossa senhoria autorização para a realização e divulgação da pesquisa: “**SIGNIFICADOS DO CUIDAR NA TERMINALIDADE DA VIDA: CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO**”, que estará sendo desenvolvida por **Tháís Vidal de Oliveira**, mestranda do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob a orientação da professora Dr^a Anna Maria de Oliveira Salimena.

O objetivo deste estudo é: Compreender significado do enfermeiro que vivencia o cuidado a pessoas com câncer no processo de morte e morrer.

Informo ainda, que o nome da instituição será citado na divulgação de resultados para fins exclusivamente científicos e será mantido o absoluto anonimato em relação aos sujeitos envolvidos, seguindo os preceitos da resolução 466/2012 do Ministério da Saúde, que traz as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. A pesquisa, antes de ser realizada, será avaliada pelo Comitê de Ética da UFJF.

Desde já, coloco-me a disposição para maiores esclarecimentos.

Prof^a. Dr^a Anna Maria de Oliveira Salimena
Orientadora

AUTORIZAÇÃO:

Declaro que fui devidamente informado quanto às finalidades desta pesquisa, que esta instituição possui infraestrutura para seu desenvolvimento e que autorizo a realização da coleta de dados.

Dr. Narciso Francisco Pazinato
Diretor

Juiz de Fora, ___/___/___.

ANEXO D - Declaração**DECLARAÇÃO**

Ilmo (a). Sr (a). **Adriana Moreira De Carvalho Barcellos**

Responsável Técnica da equipe de enfermagem do Hospital Maria José Baeta Reis da Associação Feminina de Prevenção e Combate ao Câncer de Juiz de Fora – ASCOMCER.

Solicitamos de vossa senhoria a autorização e a divulgação da pesquisa “**SIGNIFICADOS DO CUIDAR NA TERMINALIDADE DA VIDA: CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO**”, a ser conduzida sob a responsabilidade da pesquisadora Dr^a Anna Maria de Oliveira Salimena, que estará sendo desenvolvida por Thais Vidal de Oliveira mestranda no Programa de Pós Graduação *Scripto Sensu* Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora. Esta autorização engloba: a liberação para a realização do estudo, utilização do cenário, com a finalidade de captar e convidar os possíveis participantes/enfermeiros, para obter informações sobre a percepção e a fala sobre a temática da pesquisa e a caracterização dos participantes constantes no instrumento de pesquisa (em anexo). Será garantida a ética seguindo os preceitos da Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde relacionada às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Acrescenta-se ainda a sua citação na divulgação dos resultados obtidos, estritamente em eventos e/ou periódicos de natureza científica.

DECLARO que fui devidamente informada quanto às finalidades desta pesquisa e que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética da UFJF para a referida pesquisa.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2018.

ASSINATURA _____

Carimbo

ANEXO E - Declaração**DECLARAÇÃO**

Ilmo (a). Sr (a). **Marcelo Sousa Marocco**

Resp. Técnico da Equipe de Enfermagem do Instituto Oncológico/Hospital 9 de Julho

Solicitamos de vossa senhoria a autorização e a divulgação da pesquisa **“SIGNIFICADOS DO CUIDAR NA TERMINALIDADE DA VIDA: CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO”**, a ser conduzida sob a responsabilidade da pesquisadora Dr^a Anna Maria de Oliveira Salimena, que estará sendo desenvolvida por Thais Vidal de Oliveira mestranda no Programa de Pós Graduação *Scripto Sensu* Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora. Esta autorização engloba: a liberação para a realização do estudo, utilização do cenário, com a finalidade de captar e convidar os possíveis participantes/enfermeiros, para obter informações sobre a percepção e a fala sobre a temática da pesquisa e a caracterização dos participantes constantes no instrumento de pesquisa (em anexo). Será garantida a ética seguindo os preceitos da Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde relacionada às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Acrescenta-se ainda a sua citação na divulgação dos resultados obtidos, estritamente em eventos e/ou periódicos de natureza científica.

DECLARO que fui devidamente informada quanto às finalidades desta pesquisa e que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética da UFJF para a referida pesquisa.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2018.

ASSINATURA _____
Carimbo