



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

KELY REGINA DA LUZ

**PROBLEMAS ÉTICOS VIVENCIADOS POR ENFERMEIROS
NO CUIDADO EM ONCOLOGIA NA ALTA COMPLEXIDADE**

Florianópolis

2013

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

KELY REGINA DA LUZ

**PROBLEMAS ÉTICOS VIVENCIADOS POR ENFERMEIROS
NO CUIDADO EM ONCOLOGIA NA ALTA COMPLEXIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem - Área Concentração: Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem.
Orientadora: Profa. Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas
Linha de pesquisa: Trabalho em Saúde e Enfermagem.

Florianópolis

2013

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

LUZ, KELY REGINA DA
PROBLEMAS ÉTICOS VIVENCIADOS POR ENFERMEIROS NO CUIDADO
EM ONCOLOGIA NA ALTA COMPLEXIDADE / KELY REGINA DA LUZ ;
orientadora, Mara Ambrosina de Oliveira Vargas -
Florianópolis, SC, 2013.
137 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Enfermagem Oncológica. 3. Ética. 4.
Vínculos Emocionais. 5. Morte. I. Vargas, Mara Ambrosina de
Oliveira. II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

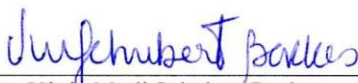
KELY REGINA DA LUZ

**PROBLEMAS ÉTICOS VIVENCIADOS POR ENFERMEIROS
NO CUIDADO EM ONCOLOGIA NA ALTA COMPLEXIDADE**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 26 de setembro de 2013, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Área de concentração: **Educação e Trabalho em Enfermagem.**

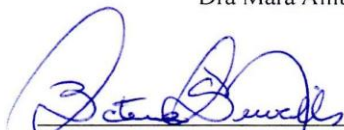


Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:



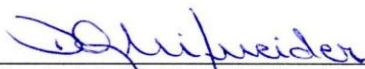
Dra Mara Ambrosina de Oliveira Vargas
Presidente



Dra Betina H. S. Meirelles
Membro



Dr Edison Luiz Devos Barlem
Membro



Dra Dulcinéia Ghizoni Schneider
Membro

*Dedico este trabalho ao meu marido
Pablo e minha filha Luisa, pelo apoio,
carinho e compreensão durante mais
esta etapa de minha caminhada.
E também a todos os enfermeiros da oncologia
por prestarem um cuidado divino.*

AOS ANJOS DA MINHA VIDA, O MEU AGRADECIMENTO:

A Deus, pela presença constante em minha vida, por me capacitar para que eu tenha discernimento e equilíbrio durante cada momento de minha caminhada, tornando meus sonhos possíveis.

À minha avó Chica, pelo amor, carinho e dedicação. Obrigada por existir em minha vida!

Aos meus pais, Antonio e Sonia que sempre me apoiaram nos momentos mais difíceis, obrigada pelo amor e pela presença constante em minha vida.

Ao pai Alceu, que possibilitou a realização deste sonho, obrigada pela confiança e pelo incentivo.

À mãe Rejane, por cuidar dos preparativos do meu casamento para que eu pudesse finalizar esta dissertação.

Ao meu amado Pablo, que me acompanhou durante toda a caminhada, ajudou a mapear estradas, a (re)fazer roteiros, a levantar nos tropeços e a admirar tudo de novo e de fantástico que essa jornada pode oferecer. Obrigada pela incansável disponibilidade, compreensão, pelos momentos de imensa alegria que passamos juntos, os quais me supriam de energia para seguir em frente. E, por cuidar com muito carinho da nossa filha, sendo um exemplo de pai e marido. O teu apoio e auxílio foram fundamentais para a realização desta dissertação, por isso, a vitória também é tua.

Ao meu pequeno grande amor, minha filha Luisa, que na sua pureza, conseguiu entender minhas ausências e o pouco tempo que tive para me dedicar e compartilhar de sua vida. Agradeço pelo amor e carinho incondicional que me manteve firme em meus propósitos, pois minha principal vontade de crescer, de ser melhor, sempre foi para poder dar exemplo a você.

Aos meus queridos irmãos, por todo o apoio, especialmente à Caty, pela disponibilidade que sempre demonstrou.

À minha grande família: Luz, Teixeira, Schmitt e Mayer! Essenciais em minha vida, cujo carinho, ternura e apoio foram fundamentais nesta longa e difícil caminhada.

À minha sogra Bia, pelo amparo e carinho nesta etapa de minha vida. Obrigada por cuidar tantas vezes da Luisa!

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Mara A. de Oliveira Vargas que me apresentou o mundo instigante e desafiador da pesquisa. Obrigada pela acolhida afetuosa, disponibilidade, por aceitar o meu tempo, as minhas angústias, e, especialmente, por ter aberto espaço ao meu aprendizado, aceitando as diferenças de ideias e opiniões. Expresso meu profundo agradecimento, admiração e respeito. Saiba que seus exemplos de pessoa e profissional continuarão a guiar meus passos.

À minha amiga de infância Ellen, pelo carinho, amizade sincera e torcida sempre.

Ao meu amigo Odon, enfermeiro exemplar, por ter acreditado que eu era capaz, me incentivando a confiar no meu potencial.

À querida Carmem que me ajudou a reencontrar “meu eu”, tanto no lado pessoal como acadêmico e profissional. Atenuei meus anseios para conseguir seguir em frente, me utilizei de seus ensinamentos para exercer o meu potencial. Você teve uma grande importância nessa fase da minha vida.

Aos colegas da Turma do Mestrado 2012, como foi bom conhecê-los e conviver com vocês. Em especial, Juliana, Ana Paula, Elaine, Ana Maria e Jaime, obrigada por tornarem o caminho mais suave, alegre e interessante. Valeu por tudo!

Aos Membros da banca examinadora: Dra. Betina H. S. Meirelles, Dr. Edison Luiz Devos Barlem, Dra. Dulcinéia Ghizoni Schneider, Dra. Luciana Martins da Rosa e Doutoranda Luciana Ramos Silveira, por aceitarem compor esta banca e contribuir para a consolidação desta etapa.

Às professoras integrantes da banca de qualificação, pelas importantes contribuições feitas naquele momento, as quais foram fundamentais para a condução da pesquisa.

À coordenação da Pós-graduação de Enfermagem da UFSC, aos professores, pela competência profissional e valiosa contribuição durante minha formação. Aos servidores, pelo apoio durante o curso de mestrado.

Aos colegas do Grupo PRAXIS, nossas trocas representaram alavancas para hoje eu poder estar aqui.

Aos colegas da UTI do HSR e do SAMU-NH, obrigada pela parceria, pela conciliação de horários e troca de plantões para que eu pudesse vir às aulas.

Aos ENFERMEIROS que de forma anônima compartilharam as suas vivências ao longo destas páginas.

E a todos aqueles que, embora não nomeados, foram muito importantes na minha trajetória de vida.

MUITO OBRIGADA POR ACREDITAREM NO MEU SUCESSO!

LUZ, Kely Regina da. **Problemas éticos vivenciados por enfermeiros no cuidado em oncologia na alta complexidade**. 2013 137f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

Orientadora: Profa. Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas
Linha de pesquisa: Trabalho em Saúde e Enfermagem.

RESUMO

Introdução: O câncer constitui um problema de saúde pública. Frente a esse diagnóstico pode haver dificuldades em lidar com a doença devido ao estigma, sempre agregando a ideia de risco iminente de morte, sofrimento, tratamentos agressivos e mutilantes. A equipe de enfermagem, por estar mais próxima e por um período maior, do paciente e seus familiares, é exposta a experiências de angústia, sofrimento e situações que evidenciam a finitude, intensificando a vivência de problemas éticos, pois novas possibilidades terapêuticas permitem o prolongamento da vida do paciente sem a preocupação com sua qualidade. Considerou-se relevante a reflexão dessa temática, já que o ato de cuidar deve ser pautado em atitudes éticas de respeito ao paciente, tendo como objetivo deste estudo conhecer os problemas éticos vivenciados por enfermeiros da oncologia na alta complexidade.

Método: estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com 18 enfermeiros que trabalham com pacientes com câncer em unidades de internação ou em ambulatório de quimioterapia no município de Porto Alegre e Florianópolis. A amostragem foi em "bola de neve" que recruta os participantes da pesquisa através da indicação de outros participantes, até que se atingisse a saturação de dados. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número 204.293 e CAAE 12392013.1.0000.0121, observando-se as recomendações da Resolução 196/96. A coleta de dados ocorreu em março de 2013, mediante entrevistas semiestruturadas, que foram gravadas e transcritas na íntegra. A análise dos dados foi discutida à luz da técnica de Análise Temática. **Resultados e discussão:** Os resultados foram elaborados e discutidos em dois artigos, o primeiro intitulado *Problemas éticos vivenciados por enfermeiros da oncologia na alta complexidade*, com o enfoque na reflexão dos problemas e conflitos éticos e as paradoxalidades vivenciadas pelos enfermeiros, que reagem de maneira muito peculiar no cuidado às pessoas com câncer e seus familiares, é

uma abordagem complexa porque envolve a transferência de informações sobre o diagnóstico, prognóstico, riscos e benefícios do tratamento, possibilidades de progressão da doença e o cuidado paliativo, além do manejo da dor em oncologia. É necessário o preparo do profissional para cuidado sem almejar a cura. E o segundo, intitulado *Estratégias de enfrentamentos utilizadas por enfermeiros da oncologia na alta complexidade*, discute as estratégias de enfrentamentos utilizadas e sugeridas na convivência com a pessoa com câncer. Na tentativa de aliviar o sofrimento emocional, surgem estratégias como a negação, a privação ou não do envolvimento emocional, a empatia e a resignação. O apoio psicológico, visando à importância de cuidar daqueles que cuidam e incentivando o lazer, além da satisfação/valorização do trabalho e busca pela qualificação profissional aparecem como uma forma de minimizar esse sofrimento.

Considerações finais: o profissional torna-se alvo de sentimentos ambivalentes, exigindo uma conduta frente aos problemas éticos no cuidado à pessoa com câncer além do conhecimento acerca da doença. Logo, o envolvimento e participação nos debates que envolvem problemas éticos, a aquisição de maior conhecimento sobre a questão e a necessidade da definição de estratégias de enfrentamento são de extrema importância. Emergiu a recomendação da necessidade de estudar as possibilidades de apoiar psicologicamente os profissionais para que os mesmos lidem mais facilmente com as dificuldades e o próprio sofrimento e através do amadurecimento pessoal e profissional. Os enfermeiros atuam por satisfação profissional, mesmo com todas as dificuldades encontradas.

Descritores: Enfermagem oncológica. Bioética. Ética. Vínculos Emocionais. Morte.

LUZ, Kely Regina da. **Ethical issues experienced by oncology nurses in care in high complexity.** 2013 137p. Dissertation. (Master's Degree in Nursing) – Postgraduate Nursing Program. Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

Advisor: Prof.. Dr. Mara Ambrosina Vargas de Oliveira

Line of research: Working in Health and Nursing.

ABSTRACT

Introduction: Cancer is a public health problem. Facing to such a diagnosis can be appear difficulties in dealing with the disease because of the stigma, always enhancing the idea of imminent risk of death, suffering, and mutilating aggressive treatments. The nursing staff because of its closer and longer period of companionship with the patients and their families is exposed to experiences of distress, suffering and situations that show the finiteness of this situation. That intensifies the experience of ethical problems therefore enable new therapeutic possibilities to extend the patient's life without worrying about the quality. This issue is considered relevant, since the act of caring must be guided by ethical attitudes with regards the patient. This study was aimed at knowing the ethical problems experienced by oncology nurses in high complexity. **Method:** an exploratory and descriptive study with a qualitative approach, implemented with 18 nurses who works with cancer patients among inpatient units or outpatient chemotherapy units in Porto Alegre and Florianópolis. The sampling was selected by the "snowball method" that recruits research participants by indicating other participants until they reach saturation data. The project was approved by the Research Ethics Committee under protocol number 204 293 and CAAE 12392013.1.0000.0121, considering all the recommendations of Resolution 196/96. Data collection occurred in March 2013, through semi-structured interviews, that were recorded and transcribed integrally. Data analysis was discussed by the thematic analysis technique. **Results and discussion:** The results were presented and discussed in two articles, the first is titled "Ethical problems experienced by oncology nurses in high complexity" the focus was on the reflection on the ethical problems, conflicts and the paradoxical issues experienced by nurses who react peculiarly in the care for people with cancer and their families, is a

complex approach because it involves the transmission of information on the diagnosis, prognosis, risks and benefits of treatment, chances of disease progression and palliative care, and pain management in oncology. It is necessary to prepare professional to care without expecting the complete healing. And the second article was entitled "The struggling strategies used by oncology nurses in high complexity" discusses coping strategies used and suggested in living with the person with cancer. In an attempt to relieve emotional distress, arising strategies such as denial, deprivation or no emotional involvement, empathy, and resignation. Psychological support, targeting the importance of caring for those who care and encouraging leisure, beyond the satisfaction/appreciation of the work and seek for qualification appear as a way to minimize suffering. **Final considerations:** the professional becomes the target of ambivalent feelings, requiring a procedure to deal with ethical issues in the care of the person with cancer beyond the knowledge about the disease. The involvement and participation in discussions related to ethical problems; acquiring more knowledge about the issue and the need to define coping strategies are of extremely important. Recommendation emerged from the need to study the possibilities of psychologically supports to the professional for them to deal more easily with the difficulties and his own suffering and through personal and professional growth. The nurses work for job satisfaction, even with all the difficulties.

Descriptors: Oncologic Nursing. Bioethics. Ethics. Object Attachment. Death.

LUZ, Kely Regina da. **Problemas éticos vivenciados por enfermeros en el cuidado oncológico de alta complejidad.** 2013 137p. Disertación (Maestría en Enfermería) – Programa de Post-Graduación en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. Orientadora: Prof. Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas
Línea de investigación: Trabajo en Salud y Enfermería.

RESUMEN

Introducción: El cáncer constituye un problema de salud pública. Frente a ese diagnóstico pueden existir dificultades en lidiar con esa enfermedad debido al estigma que siempre agrega la idea de riesgo inminente de muerte, sufrimiento, tratamientos agresivos y mutiladores. El equipo de Enfermería por estar mas cerca y más tiempo con el paciente y sus familiares está expuesto a experiencias de angustia, sufrimiento y situaciones que evidencian la finitud. Esto intensifica la vivencia de problemas éticos ya que las nuevas posibilidades terapéuticas permiten el prolongamiento de la vida del paciente sin la preocupación con su calidad. Se considera relevante la reflexión de esa temática, ya que el acto de cuidar debe ser pautado en actitudes éticas de respeto al paciente, es así como nace el objetivo de este estudio de conocer los problemas éticos vivenciados por enfermeros oncológicos de alta complejidad. **Método:** estudio exploratorio, descriptivo con abordaje cualitativo, realizado con 18 enfermeros que trabajan con pacientes con cáncer, en unidades de internación o en ambulatorios quimioterapéuticos en los municipios de Porto Alegre y Florianópolis. La muestra se dio, utilizando la técnica de “bola de nieve” que recluta los participantes da investigación a través de la indicación de otros participantes, hasta que se atingió la saturación de los datos. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación con el número 204.293 e CAAE 12392013.1.0000.0121, observándose las recomendaciones de la Resolución 196/96. La recolección de los datos ocurrió en marzo del 2013, mediante entrevistas semiestructuradas, que fueron grabadas y transcritas integralmente. El análisis de los datos se dio siguiendo la Técnica de Análisis Temático. **Resultados y Discusión:** Los resultados fueron elaborados y discutidos en dos artículos, el primero titulado: “Problemas éticos vivenciados por enfermeros de oncología de alta complejidad” que tiene un enfoque en la reflexión de los problemas, conflictos éticos y las paradojalidades

vivenciadas por los enfermeros que reaccionan de manera peculiar en la ejecución del cuidado a las personas con cáncer y sus familiares, es un abordaje complejo porque envuelve la transferencia de informaciones sobre el diagnóstico, pronóstico, riesgos y beneficios del tratamiento, posibilidades de evolución de la enfermedad y el cuidado paliativo, además del manejo del dolor en oncología. La preparación del profesional para cuidar sin sobreestimar la cura se hace necesaria. El segundo artículo se titula “Estrategias de enfrentamientos utilizados por los enfermeros oncológicos de alta complejidad” y discute las estrategias de enfrentamientos utilizados y sugeridas en la convivencia con personas con cáncer. En la tentativa de aliviar el sufrimiento emocional surgen estrategias como la negación, la privación o el no involucramiento emocional, la empatía y la resignación. El apoyo psicológico, visando la importancia de cuidar de aquellos que cuidan e incentivando actividades de ocio, además de la satisfacción/valorización del trabajo y la búsqueda de la calificación profesional aparecen como una forma de minimizar ese sufrimiento. **Consideraciones finales:** El profesional se torna en un blanco de objetivos ambivalentes, exigiendo un cambio en la conducta frente a los problemas éticos en el cuidado a personas con cáncer además del conocimiento sobre la enfermedad. El involucramiento y la participación en los debates relativos a problemas éticos; la adquisición de mas conocimiento sobre la cuestión y la necesidad de la definición de estrategias de enfrentamiento son de extrema importancia. Emergió la recomendación de la necesidad de estudiar las posibilidades de apoyar psicológicamente el profesional para que los mismos contengan mas fácil, las dificultades y el propio sufrimiento a través de la propia madurez personal y profesional. Los enfermeros actúan por satisfacción profesional, aún con todas las dificultades encontradas.

Descriptores: Enfermería Oncológica. Bioética. Ética. Apego a Objetos. Muerte.

LISTA DE SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DM	Diabetes Mellitus
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HU	Hospital Universitário
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INCA	Instituto Nacional do Câncer
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
ONU	Organização das Nações Unidas
RS	Estado do Rio Grande do Sul
SC	Estado de Santa Catarina
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
USF	Unidade de Saúde da Família
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	19
1.1	JUSTIFICATIVA.....	24
1.2	QUESTÃO DE PESQUISA	26
1.3	OBJETIVOS GERAIS.....	26
1.4	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	26
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	27
2.1	ÉTICA E ASSISTÊNCIA PROFISSIONAL NA ÁREA ONCOLÓGICA.....	27
2.1.1	Problema Ético.....	30
2.1.2	Sofrimento moral.....	34
2.2	DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ÉTICAS NA ONCOLOGIA.....	40
2.2.1	Ensino de oncologia na formação de profissionais de saúde.....	41
3	TRAJETO METODOLÓGICO.....	45
3.1	LOCAL DO ESTUDO.....	45
3.2	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	47
3.3	COLETA DE DADOS.....	48
3.4	ANÁLISE DOS DADOS.....	50
3.5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	50
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	53
4.1	ARTIGO 1 - PROBLEMAS ÉTICOS VIVENCIADOS POR ENFERMEIROS DA ONCOLOGIA NA ALTA COMPLEXIDADE.....	57
4.2	ARTIGO 2 - ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTOS UTILIZADAS POR ENFERMEIROS DA ONCOLOGIA NA ALTA COMPLEXIDADE.....	85
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	113
	REFERENCIAS.....	117
	APÊNDICE A – Instrumento para coleta de dados.....	129
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.....	131

ANEXO A - Declaração HU.....	134
ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa...	135

1 INTRODUÇÃO

Câncer ou enfermidades oncológicas são denominações utilizadas para descrever um grupo de doenças que se caracteriza pela anormalidade das células e sua divisão excessiva. Existe uma grande variedade de tipos de câncer. Provavelmente, todos os diferentes tipos de câncer não têm uma única causa, mas sim uma etiologia multifatorial. Assim, para que essa doença ocorra, parece ser necessária uma operação de vários fatores tais como: a predisposição genética, a exposição a fatores ambientais de risco, o contágio por determinados vírus, o uso do cigarro, a ingestão de substâncias alimentícias cancerígenas e muitos outros (BRASIL, 2011a).

Esta patologia constitui um problema de saúde pública. A distribuição dos diferentes tipos de câncer sugere uma transição epidemiológica e demográfica em andamento. A incidência do câncer cresce no Brasil, como em todo o mundo, num ritmo que acompanha o envelhecimento populacional decorrente do aumento da expectativa de vida (BRASIL, 2008).

No Brasil, as estimativas para o ano de 2012 e 2013 apontaram para a ocorrência de mais de 518 mil casos novos de câncer. A explicação deste percentual elevado de óbitos por câncer está diretamente relacionada à maior exposição dos indivíduos a fatores de risco cancerígenos, sejam eles herdados e/ou ambientais relacionados à condição social, aos hábitos alimentares, ao estilo de vida, à ocupação e à exposição a agentes físicos e químicos. (BRASIL, 2011b).

A Política Nacional de Atenção Oncológica, incorporada pela Portaria nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005, define, para o país, abrangente controle do câncer. Para isto, considera vários componentes, desde as ações voltadas à prevenção até a assistência de alta complexidade, integradas em redes de atenção oncológica, com o objetivo de reduzir a incidência e a mortalidade por câncer (BRASIL, 2005a). Entende-se por Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia a instituição que possua as condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer (BRASIL, 2005b).

O paciente com câncer, dependendo do preenchimento de determinados requisitos, pode usufruir de inúmeros direitos. Nem todos os direitos, porém, estão diretamente relacionados ao diagnóstico de

câncer. Alguns benefícios legais decorrem da incapacidade para o trabalho, da presença de certos tipos de deficiência, da redução da mobilidade ou mesmo de outras condições estabelecidas em lei. Portanto, é preciso verificar, caso a caso, se o paciente preenche os requisitos legais (SBOC, 2011).

O câncer pode colocar o paciente e seus familiares em condição de fragilidade pelo próprio diagnóstico da doença, havendo dificuldades de lidar com a doença também devido ao estigma. O câncer, ainda hoje, é considerado uma das piores doenças, extremamente temida, sempre agregando a ideia de risco iminente de morte, sofrimento, tratamentos agressivos e mutilantes. Hoje, ainda se tem altos índices de mortalidade por câncer. É a segunda causa de morte por doença, considerado uma questão problemática na saúde pública (CARVALHO, 2008a).

Frente a um diagnóstico de câncer, cada ser responde de modo individual. Entre as reações mais comuns podemos destacar: medo, ansiedade, negação, desesperança e perda de controle. Neste cenário, a equipe de saúde, em especial a de enfermagem, é a que está mais próxima e por um período maior, do paciente e seus familiares (STUMM; LEITE; MACHIO, 2008). Portanto, ela necessitaria estar mais “apta” a prestar um atendimento de qualidade que envolveria desde o apoio ao paciente em todas as suas necessidades, no decorrer do processo de adoecimento, até a estrutura do processo de cuidar.

Logo, nesta direção, o cuidar envolve uma ação interativa. Essa ação e comportamento estão calcados em valores e no conhecimento do ser que cuida “para” e “com” o ser que é cuidado. O cuidado ativa um comportamento de compaixão, de solidariedade, de ajuda, no sentido de promover o bem, no caso dos enfermeiros, visando ao bem-estar do paciente, à sua integridade moral e à sua dignidade como pessoa (VILA; ROSSI, 2002). No trato com a pessoa com câncer, o cuidar envolve sentimentos, valores, atitude e técnicas científicas com o intuito de conferir qualidade à assistência (CARVALHO, 2008b).

A pessoa com câncer é acometida por uma doença que muda completamente sua vida, uma facticidade, algo não escolhido e que os atinge em questões centrais de sua existência, os tornando seres fragilizados e inseguros, requerendo para seu cuidado um saber técnico-científico e uma sensibilidade dirigida ao humano ali envolvido. Por sua vez, a constante convivência com a oncologia expõe o profissional a experiências e vivências de angústia e sofrimento, bem como, situações que evidenciam a finitude. Diante destas questões, pode-se indagar: quais são os enfrentamentos e as necessidades de profissionais e pacientes?

No cotidiano do cuidado às pessoas com câncer e seus familiares, verifica-se que essa experiência é muito complexa e muito sofrida, que não se explica apenas na doença em si. Significa, muitas vezes, mudanças radicais na vida dessas pessoas alterando, em algum nível, seus papéis familiares e sociais. O quadro da doença também deve ser considerado na questão do grau de sofrimento, ou seja, quanto mais avançada maior é o sofrimento do paciente e dos demais membros da família.

Nesta perspectiva, cabe à enfermagem identificar suas próprias concepções relativas ao câncer e estabelecer estratégias de enfrentamento, visando uma assistência adequada e eficaz que possibilite minimizar o sofrimento de todos os envolvidos no processo de cuidar. Todas as atitudes do profissional repercutem no paciente, não existe prática clínica sem contato humano, quem adoece necessita de acolhimento, a vinculação do profissional com seu paciente alimenta afetivamente tanto o paciente quanto o profissional.

Os objetivos declarados da profissão de enfermagem são comprovadamente éticos: proteger o paciente, prestar cuidados e evitar complicações, e manter um ambiente saudável psicologicamente para pacientes e familiares (CORLEY, 2002). Diante disso, considerou-se relevante a reflexão dessa temática, já que o ato de cuidar, intrínseco às ações de enfermagem, deve ser pautado em atitudes éticas de respeito ao paciente. No caso específico da pessoa com câncer, cuidar implica não só conhecer a patologia, mas também saber lidar com a mesma através da escuta qualificada de suas queixas clínicas, na execução de ações eficazes, de caráter ativo, preventivo e de suporte.

Cuidar do outro de forma ética¹ exige preparo técnico e procedimental, e, além disso, compreensão, empatia, aceitação e adoção de uma postura que permita reconhecer o outro como ser de totalidade única. Assim, inúmeros são os aspectos éticos que envolvem o cuidar, mas essencialmente, todo procedimento de enfermagem deve ser conduzido de acordo com a justiça e com os princípios básicos como respeito pela pessoa (WALDOW, 2008).

Os profissionais de saúde se veem em contato com a dor, a angústia, o medo e a solidão, sentimentos intensos, fortes e denunciadores

¹ Convém explicitar que nesta dissertação optou-se por utilizar o termo ética, o qual abrangerá, também, a discussão bioética. Assim, ao longo da dissertação o termo moral será utilizado apenas quando apresentar-se oriundo de citação direta ou indireta de estudiosos que discutem e utilizam as expressões dilema moral, problema moral, conflito moral e sofrimento moral.

da fragilidade humana. Quando se observa um ser em situação de dor e de sofrimento, esses mesmos sentimentos afetam o cuidador, desencadeando inúmeros conflitos éticos, principalmente, em relação à pessoa com câncer.

É conhecido o desgaste que sofrem aqueles que cuidam de pessoas doentes. Muitas vezes, surgem sentimentos ambivalentes, que causam situações estressantes, de muita tensão. Vale destacar que os profissionais de saúde, muitas vezes intensamente empenhados em cuidar de seus pacientes, não têm a mesma disponibilidade para cuidarem de si mesmos (CARVALHO, 2008a).

No âmbito de atuação da enfermagem, há uma exposição dos profissionais a fatores estressantes e com isso acabam sendo influenciados, o que pode levá-los a vivenciar problemas e dilemas morais em seus cotidianos e, conseqüentemente, sofrimento moral (DALMOLIN et al., 2012).

Neste enfoque, deve-se reforçar a competência profissional com discussão e reflexão sistematizada de temas éticos, referentes principalmente aos problemas morais vivenciados, para despertar para a esfera moral dos problemas diários. A finalidade é ampliar os conhecimentos teóricos e práticos, para melhorar a qualidade do serviço prestado, respaldando suas ações na ética e adotando posturas mais coerentes (KURGANT, 2010).

Vários estudos (DALMOLIN et al., 2012; MASCARENHAS; ROSA, 2010; LAZZARIN; BIONDI; DI MAURO, 2012; SORTA-BILAJAC et al., 2008; SPORRONG et al., 2007) mostram que o estresse é um dos fatores responsáveis por alterações do estado de saúde e de bem-estar do indivíduo que podem levar à doença e à morte. O estresse pode ser definido como um desgaste geral do organismo, causado pelas alterações psicofisiológicas que ocorrem quando o indivíduo é forçado a enfrentar situações que o irrite, excitem, amedrontem, ou mesmo que o façam imensamente feliz. Nesta direção, entende-se que a intensidade da vivência que o enfermeiro experimenta no seu cotidiano lhe exige uma contínua e profunda mobilização de energia adaptativa que, por vários motivos, pode não estar disponível ou pode não ser suficiente para evitar o estresse.

Outra abordagem sobre esta questão vem ao encontro da integração multidisciplinar, pois o agir do profissional nunca é solitário, na assistência à saúde da pessoa com câncer, faz-se necessário esta interação e o preparo destes profissionais para potencializar os benefícios aos usuários. Logo, é necessário favorecer aos profissionais a reflexão sobre os dilemas e conflitos éticos e as ambigüidades vivenciadas pelos

mesmos. A prioridade seria que eles pudessem aprimorar ou desenvolver habilidades para detectar e manejar com os limites e as responsabilidades, no cuidado de si e dos pacientes e familiares que estão sob seus cuidados. Estas habilidades podem ser encontradas, entre outros espaços, a partir de uma perspectiva de discussão ética.

A ética é uma preocupação constante, principalmente na área da saúde, na qual as modificações terapêuticas e de cuidados ocorrem rapidamente e repercutem de uma forma significativa. Por isso, a enfermagem busca qualificar a sua prática por intermédio de suas ideias e questionamentos, os quais trazem consigo os dilemas éticos vivenciados diariamente (ALVES et al., 2008). Com esta bagagem de vivências nos tornamos um sujeito moral.

Entende-se que a moral consiste no modo de ser e fazer do ser humano. À medida que este vai interiorizando valores pessoais e sociais, crenças, sentimentos, normas, vão construindo seu modo de agir, de viver, de comportar-se como um sujeito moral. A ética é entendida como uma possibilidade de analisar a vida moral, de utilizar critérios para decidir o que é ou não cabível no comportamento humano; a capacidade, então, de refletir sobre si mesmo, de questionar sobre o que tem sido e deve ser feito, percebendo os conflitos e posicionando-se coerentemente e de modo autônomo frente a estes conflitos. A liberdade de opção pressupõe a consideração do outro, respeitando direitos e deveres individuais e coletivos (SILVEIRA, 2006, p.27).

Questões envolvendo dilemas morais estão presentes no cotidiano do trabalho dos profissionais que lidam com a pessoa com câncer, pois ao cuidar do paciente, diferentes decisões precisam ser tomadas. Desta forma, cada profissional está exposto a uma gama muito grande de estressores de diferentes origens. A enfermagem é uma prática social, pois busca proporcionar bem-estar ao paciente através do cuidado com qualidade. Quando a cura não é mais possível, é necessário cuidar, respeitando a integridade da pessoa doente, pois o cuidado é a base do exercício profissional da enfermagem (DALMOLIN et al., 2012).

1.1 JUSTIFICATIVA

A enfermagem, inserida no contexto de atenção às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis – entre estas o câncer – vivencia, também, dificuldades. Desde o acesso à detecção precoce (que facilita e qualifica o atendimento dos doentes) devido à demanda reprimida principalmente em consultas especializadas e exames complementares para o diagnóstico do câncer. O estágio avançado, muitas vezes intratável, em que os casos chegam aos hospitais, pode por muitas vezes restringir o prognóstico desta pessoa com câncer e indica o grau de organização do sistema de saúde e o acesso a esse tratamento.

Portanto, é importante que a enfermagem tenha uma maior fundamentação teórica dos conjuntos de princípios bioéticos que compõem a base necessária para o delicado processo de tomada de decisão. A prestação de cuidados é um processo complexo e que requer a articulação com várias áreas do saber, quando se trabalha com seres humanos, cada um único, com sua singularidade, com diferentes formas de agir. Assim, é pertinente não apenas o desenvolvimento de códigos éticos e deontológicos facilitadores da promoção da saúde, como a formação de uma postura ética determinante na conduta positiva das relações, facultando aos profissionais e aos respectivos pacientes e familiares uma relação harmonica enquanto usuários do sistema de saúde.

A escolha por realizar o estudo com profissional da alta complexidade se dá devido ao maior tempo de contato em que o profissional fica com a pessoa com câncer, devido ao longo tempo de internação e/ou tratamento ambulatorial, que é uma característica da patologia. A oncologia é uma especialidade que demanda alta complexidade assistencial durante todo o processo terapêutico. Ou seja, além de requerer dos profissionais extrema habilidade relacional e afetiva, consideram-se as necessidades e especificidades dos pacientes e familiares.

Torna-se cada vez mais intensa a vivência de dilemas éticos por parte dos profissionais de saúde durante seu processo de trabalho, causando sofrimento, os quais por sua vez, podem resultar ou não em respostas desfavoráveis no trabalhador. Novas possibilidades de tratamento ligadas ao cuidado em saúde, pelo avanço da ciência, permitem aos profissionais vivenciar o prolongamento da vida do paciente, porém sem analisar seus benefícios e seus riscos, bem como suas consequências diante deste prolongamento e de sua qualidade (QUEIROZ, 2008).

Nesta perspectiva, a experiência profissional da autora na área oncológica em uma instituição referência em oncologia clínica e cirúrgica, que desenvolve ações no âmbito assistencial, de ensino e pesquisa possibilitou observar a exposição frequente a conflitos e dilemas éticos dos profissionais. Além disso, ela vivenciou na sua própria prática assistencial, muitos dos problemas e dilemas éticos relacionados ao cuidado.

A relevância do estudo baseia-se justamente no fato destes profissionais manterem um contato estreito com situações de dor, finitude e morte, além de mutilações, efeitos colaterais físicos e emocionais, desesperança, bem como a expectativa de cura da doença. A partir desse entendimento, pode-se indagar como estas questões repercutem e/ou demandam, do ponto de vista ético, nestes profissionais?

Outro fator importante levado em consideração é o desenvolvimento das competências éticas, que se proporciona através de atitudes autônomas e reflexivas por parte do profissional, confrontando sua cultura e valores com a cultura e valores dos interessados, em todas as etapas do ciclo vital, como uma forma de apoiar os profissionais para lidarem frente aos dilemas para desenvolver estratégias de enfrentamento. Diante disso, a autora parte da premissa que esses profissionais adquirem conhecimento no decorrer do desenvolvimento de suas funções assistenciais na prática, pois a área de oncologia é composta de peculiaridades que, geralmente, são desconhecidas previamente pelo profissional. Ou seja, este profissional não possui formação específica na área no decorrer do ensino de graduação, provavelmente porque na maior parte das instituições de ensino brasileiras de enfermagem não é abordado o ensino da oncologia.

1.2 QUESTÃO DE PESQUISA

Quais os problemas éticos vivenciados por enfermeiros no contexto da atenção oncológica hospitalar?

1.3 OBJETIVO GERAL

- ✓ Conhecer os problemas éticos vivenciados por enfermeiros da oncologia na alta complexidade.

1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Descrever as dificuldades, necessidades e potencialidades encontradas por enfermeiros da oncologia na alta complexidade mediante o convívio com pacientes, familiares e outros profissionais.
- ✓ Identificar as estratégias de enfrentamentos dos enfermeiros da oncologia na alta complexidade hospitalar, diante da vivência com pessoas com câncer.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ÉTICA E ASSISTÊNCIA PROFISSIONAL NA ÁREA ONCOLÓGICA

A ética propõe-se a compreender os critérios e os valores que orientam o julgamento da ação humana em suas múltiplas atividades, principalmente aquelas que dizem respeito ao trabalho e à vida humana associada. Neste sentido, refere-se à reflexão crítica sobre o comportamento humano, interpreta, discute, problematiza e investiga valores e princípios (SOUZA; SARTOR; PRADO, 2005).

O câncer impõe nos pacientes e sua família sofrimento e expectativas diversas, que modificam suas vidas. Os aspectos sociais, emocionais, afetivos, culturais e espirituais formam um contexto que submete o paciente e sua família a fases que não decorrem necessariamente da evolução da patologia (GOMES et al., 2010).

No que diz respeito aos princípios bioéticos, o respeito à pessoa é considerado fundamental. O paciente deverá ser consultado ao longo do seu tratamento. E sua autonomia e opinião devem ser consideradas na tomada de decisão. O princípio da autonomia está implicado também em questões complexas, como o desejo do paciente com doença avançada de que não sejam realizadas condutas terapêuticas que adiem o processo de morrer (GOMES et al., 2010).

Se, por um lado, paciente e família temem comentar sobre o tema, dificultando o processo de morte e morrer, por outro, para a equipe médica e de saúde a morte parece um fracasso. Negar e protelar ao máximo a morte são características atuais da ciência médica, que tornam o ser humano cada vez mais fragilizado, não preparado minimamente para enfrentar a terminalidade (BARLEM, 2009).

Logo, o termo ética é tocante a várias formas de indagar e compreender a vida moral. Já o termo *moral* refere-se às convenções sociais de certo ou errado sobre os comportamentos que formam o senso comum. (SEGRE; COHEN, 2002). Neste sentido, os mesmos autores definem que a ética se fundamenta em três pré-requisitos: a percepção dos conflitos, ou seja, a consciência de que se está frente a uma situação problemática; a autonomia, como a condição de posicionar-se entre a emoção, a razão e a coerência. Habitualmente, muitos acreditam que a eticidade, definida como a condição para vir a ser ético, seja apenas uma capacidade de "seguir o seu coração" (BARLEM, 2009). No entanto:

O indivíduo ético é aquele que tem a percepção dos possíveis conflitos que emergem, entre os

sentimentos que afloram e os valores sociais aprendidos, e que serão julgados pela nossa consciência. Ser ético é poder percorrer o caminho entre a razão e a emoção, permitindo-nos que nos posicionemos na parte desse percurso que consideramos mais adequada, e que nem sempre será a mais confortável. Esse trabalho intelectual tem como finalidade a procura de uma condição integrada e própria, que nos transforma em pessoas livres e competentes, portanto com autonomia (SEGRE; COHEN, 2002, p.56).

O termo ética tem sua origem na palavra grega - *ethos* - que engloba os princípios, valores, sentimentos e emoções que cada um traz dentro de si, dessa maneira, é necessário que a pessoa viva em coerência com seus princípios, buscando o equilíbrio entre a razão, a emoção e os sentimentos. A postura ética permite a abertura e a troca no grupo, fazendo com que o indivíduo aprenda a pensar reflexivamente, sem julgar ou categorizar, assumindo o próprio caminho (VARGAS; RAMOS, 2010). Assim, Carvalho, (2005, p. 88) destaca:

Uma relação ética e que respeite a autonomia do paciente pode se estabelecer por pequenas atitudes, como decidir com o paciente o momento mais conveniente para tomar seu banho de leito, aceitar sua recusa em ingerir alguma medicação, priorizar a sua privacidade na realização de procedimentos que exponham seu corpo, chamá-lo pelo nome, importar-se se algum procedimento lhe causa dor.

A ética aponta para o exercício da autonomia, contribuindo para a libertação e o empoderamento das pessoas; opor-se a esses valores pode ser um conflito de graves proporções. Atualmente, o conceito de liberdade parece ser somente aplicado à implementação de possibilidades terapêuticas e não necessariamente ao paciente e a sua participação nas decisões (BARLEM, 2009).

Segre e Cohen (2002) afirmam que o princípio fundamental da ética deve passar basicamente pelo respeito ao ser humano, como sujeito atuante e autônomo. Corley et al. (2001) referem que a autonomia é intrínseca à teoria e ao conceito de valores, está relacionado ao poder de fazer o que se reconhece que deve ser feito, ou manter a responsabilidade e o poder em equilíbrio, ou seja, a autonomia moral é a liberdade, direito e responsabilidade de fazer escolhas. Os enfermeiros muitas vezes têm mais responsabilidade do que autonomia, que permeiam esta autonomia que são as “ordens” e prescrições médicas para o atendimento do paciente

e os administradores que pagam os salários dos enfermeiros e, portanto, ditam as regras. E nem sempre o que é feito, na perspectiva do profissional enfermeiro, é o melhor para o paciente.

No decorrer do tempo, a enfermagem é uma profissão que atua como agente moral, principalmente tratando-se dos enfermeiros, apropriando-se dos conceitos de compromisso, sensibilidade, autonomia, senso de dever, julgamento, conflito, competência e certeza (CORLEY, 2002). O *agenciamento moral* expressa um sentimento de fornecer cuidados de qualidade para os pacientes, confirmando este cuidado como necessário e de responsabilidade moral. A enfermeira torna-se a agente moral do paciente (BARLEM, 2009).

Quando a enfermagem atua, sem conseguir problematizar e discutir essas questões com as equipes, pode-se estar negando ao cliente o seu papel de “advogadas do paciente” por não conseguir colocar em prática aquilo que acreditam, valorizam e aprenderam como correto. Assim, negam a si mesmas a oportunidade de assegurar respeito a si mesmas e a sua profissão, assim como, possivelmente, falham em assegurar respeito e dignidade aos seus pacientes (LUNARDI et al., 2004).

As questões e problemas da ética envolvem uma realidade complexa, na qual entram valores e fatos vindos de diversos campos - cultural, científico, religioso e profissional - e para os quais não existe uma resposta fácil ou simples ou mesmo feita e acabada. Questões e problemas que, para serem resolvidos, dependem do diálogo entre todas as faces da sociedade. E, é esse diálogo, tolerância e debate, que caracterizam o que a Bioética é e faz (BRASIL, 2008).

Uma questão problemática é a “obstinação terapêutica”, entendida como uma morte lenta e com intenso sofrimento, que se caracteriza como um excesso de medidas terapêuticas que impõem sofrimento e dor à pessoa doente, cujas ações médicas não são capazes de modificar o quadro mórbido (PESSINI, 2001). Percebe-se que o progresso técnico científico a favorece, na medida em que a medicina evolui rapidamente, sem que haja, muitas vezes, a devida reflexão sobre os avanços que têm possibilitado ao ser humano viver mais, mas nem sempre melhor (BARLEM, 2009).

Um estudo realizado por Barlem (2009) com 23 trabalhadoras de uma UTI mostrou que o sofrimento manifestado por elas é menor em relação às profissionais das demais unidades de trabalho do hospital, nos seguintes aspectos “desrespeito à autonomia”, respectivamente (2,97) e (3,71); “falta de competência” (3,83) e (4,71); e “falta de advocacia” (3,80) e

(4,41). Somente na categoria “obstinação terapêutica”, as enfermeiras que atuam em UTIs obtiveram média mais elevada (3,66) se comparada com a média das demais (3,59). Este fato se justifica provavelmente pela maior ocorrência de situações de obstinação terapêutica nessas unidades.

Parece indispensável reconhecer que as questões técnicas não devem ser as únicas a serem consideradas no momento da morte. Ou seja, é necessária a ética e a defesa da esfera íntima das pessoas, buscando evitar a resistência comumente enfrentada quando é iniciado qualquer debate formal sobre o direito de morrer (HORTA, 2009).

No entanto, essas situações podem ser vivenciadas cotidianamente e rotineiramente, sem que sua esfera moral seja reconhecida e destacada pelas trabalhadoras, causando, dessa forma, uma normalidade aparente que pode se refletir no cuidado que, além de uma atividade técnico-científica, também é uma prática moral (BLONDEAU, 2002). A obstinação terapêutica, não é objeto de discussão aberta entre as equipes, como forma de proteção, ignorando o componente moral relacionado a essa situação, o que afronta o significado do viver com qualidade de vida e do cuidado que deveria ser prestado (BARLEM, 2009).

2.1.1 Problema Ético

Muitas questões vivenciadas pelos profissionais, cotidianamente, são apenas percebidas como problemas e conflitos organizacionais e/ou de relacionamento na equipe de enfermagem e de saúde, referentes à administração, chefias, pacientes e familiares e não como problemas éticos e/ou dilemas morais. Esses problemas ou conflitos morais podem ocorrer quando há diferenças no modo de perceber uma determinada situação, as quais não podem ser adequadamente comunicadas, compreendidas e resolvidas (BULHOSA, 2006). Atualmente, esses conflitos são vivenciados a partir de práticas profissionais questionáveis, como a falta de consentimento informado de pacientes antes da realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, o prolongamento da vida sem a preocupação com sua qualidade, (CARVALHO, 2005; DALMOLIN; LUNARDI, 2007) o que acaba provocando o sofrimento reconhecido como Sofrimento Moral.

Os problemas éticos são divididos, por Jameton (1984) conforme Figura 1, em três categorias: a *Incerteza Moral*, quando há um questionamento diante de uma situação inadequada ou incorreta e um sentimento de tensão, frustração e incômodo, mas tal situação não é percebida como parte de um problema ético; o *Dilema Moral*, que se

caracteriza por dois cursos distintos a seguir, porém com uma única opção de escolha; e o *Sufrimento Moral*, situação em que se sabe o que é correto e o que deveria ser feito, mas se é impedido de fazê-lo por algum motivo, seja ele individual, institucional ou social, não se podendo seguir o rumo de sua consciência. E a identificação e o reconhecimento de uma situação dilemática pode ser entendida como um passo importante na constituição de sujeitos éticos (BARLEM, 2009).



Figura 1: Divisão dos problemas éticos

Ainda, dilemas morais são representados pela obrigação em escolher um determinado caminho entre duas possibilidades de ação, sem que nenhum seja mais correto do que o outro, ou seja, ocorrem quando existem diferentes percepções sobre uma mesma situação e que coloca o indivíduo entre duas proposições opostas e a decisão por uma opção torna inválida a outra (DALMOLIN et al., 2012). A característica fundamental dos dilemas morais é a indecisão no conflito (JAMETON, 1993).

Portanto, vivenciar situações de dilema moral pode provocar sofrimento moral, pois o trabalhador da enfermagem sabe o que é correto e o que deveria ser feito, mas não pode seguir o rumo de sua consciência. Esses dilemas, por sua vez, podem conduzir ao *resíduo moral*, que são os sinais deixados pelo sofrimento vivenciado, infringindo a *integridade*

moral e deixando vestígios na personalidade e nos valores construídos ao longo do tempo. (HARDINGHAM, 2004).

Nos ambientes de atuação da enfermagem, em que, muitas vezes, predomina a enfermidade, os trabalhadores sofrem várias influências, pois se encontram expostos a uma elevada gama de estressores, o que pode levá-los a vivenciar problemas e dilemas morais em seus cotidianos e, conseqüentemente, sofrimento moral (DALMOLIN et al., 2012). Isso ocorre porque esses profissionais acreditam que são defensores de pacientes e que eles têm autonomia para agir, mas acabam tendo suas escolhas limitadas e os seus valores violados (CORLEY, 2002). E o fato de suas relações serem mais próximas com os pacientes, comparadas com o nível relacional de outros profissionais, pode contribuir para potencializar a ocorrência de um número maior de conflitos (LUNARDI et al., 2009).

Para que ocorra uma ação moral diante de uma situação, inicialmente deve ocorrer um julgamento moral baseado em princípios ou valores morais que se sobressaem sobre outros valores, alcançando uma ação mais correta do ponto de vista ético. Um estudo verificou diferenças nessas ações entre os atos médicos e de enfermeiros. Os profissionais da equipe médica podem tentar manter a vida a qualquer custo, enquanto que os da equipe de enfermagem podem desejar principalmente uma morte digna e ao seu tempo (GUTIERREZ, 2005). Isso pode ocorrer pelas formações distintas, e cada profissão desenvolve visões singulares sobre o tratamento do paciente, cura e cuidado, entendimento acerca de saúde e doença, inclusive casos de discrepâncias e visões divergentes sobre moralidade e do que sejam problemas morais (BARLEM, 2009).

Porém, nos últimos 30 anos, o crescente avanço científico e tecnológico aplicado no processo de cuidar em saúde, principalmente para a enfermagem, tem afetado significativamente a prática destes profissionais, em consequência do surgimento de dilemas éticos na prática, destacando a relevância que a ética representa para os enfermeiros na tomada de decisões. Cada vez mais a enfermagem emerge neste contexto baseada no seu compromisso ético e moral, especialmente, ao cuidado humano, com a prática de ações permeadas por uma postura crítica e reflexiva, em que se considerem a dignidade humana (MASCARENHAS; ROSA, 2010).

Os enfermeiros poderiam contribuir efetivamente para a tomada de decisões defendendo a autonomia do paciente e da família, mas por outro lado, ao priorizarem o desejo do paciente e da família, poderiam enfrentar novos dilemas, por terem que cumprir tratamentos com os quais não concordam. No entanto, observa-se que estes profissionais tendem a

diminuir as interações com os pacientes e familiares, provendo um cuidado menos personalizado, numa tentativa de distanciarem-se da dor e de um maior sofrimento (TOFFOLETTO et al., 2005).

Diante do exposto, constata-se que dilemas e conflitos éticos são questões inerentes à prática de enfermagem (ELPERN; COVERT; KLEINPELL, 2005). Neste contexto, a oncologia, por exemplo, passa a ser alvo desses conflitos constantemente no que se refere à crescente utilização de tecnologias e medicamentos no tratamento de pacientes que não mais respondem às terapêuticas disponíveis, com consequente prolongamento da vida quando a morte é inevitável, conhecida como distanásia que é definida como morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento, assunto intimamente relacionado aos dilemas éticos e que requer assistência dos profissionais de saúde especializada, além de tecnologias e medicamentos (TOFFOLETTO et al., 2005).

A integridade moral refere-se à relação indissociável entre a integridade profissional e pessoal, associado a um padrão moralmente aceito pela sociedade frente à ética. Os valores de um indivíduo são integrados à personalidade, tanto para o desenvolvimento pessoal, quanto para alcançar a integridade moral, que significa desenvolver uma perspectiva crítica através de uma ótica que permita analisar, aceitar ou rejeitar situações atuais e o resultado pode vir a ser o sofrimento moral (LUNARDI et al., 2009), que é a consequência do esforço para preservar a integridade moral quando as pessoas agem contra suas convicções morais, e até mesmo o abandono da profissão, logo:

O abandono da profissão tem se constituído em fonte de preocupação, pelos custos elevados para as instituições, frente às atividades de recrutamento, treinamento e aos ônus de rescisão contratual, além da preocupação da perda dos profissionais, fazendo-se necessária a criação de uma cultura de retenção para os profissionais de enfermagem. Assim, mostra-se necessária, também, a identificação de estratégias de enfrentamento e prevenção para as experiências de sofrimento moral, de modo a aumentar a satisfação no trabalho, diminuindo, consequentemente, o abandono da profissão (DALMOLIN et al., 2012, p.204).

Os resultados do estudo de Corley et al. (2001) sobre sofrimento moral indicaram que os enfermeiros apresentaram níveis relativamente altos de sofrimento moral e 15% dos participantes do estudo afirmaram que haviam deixado uma posição anterior por causa do sofrimento moral. Em uma nota mais positiva, as autoras citam que os estudos também

sugerem que muitos enfermeiros usam várias estratégias para resistir ao impacto negativo do sofrimento moral e para compensar os pacientes de alguma maneira quando percebida a influência do sofrimento na relação com o paciente.

Outro estudo, conforme Corley, Jacobs, Minick, *apud* Corley (2002), revela que numa amostra de 1999, 26% dos enfermeiros já deixaram posições no passado por causa do sofrimento moral. Os enfermeiros descreveram situações em que se evitaram pacientes ou, por outro lado, foram sobre-solícitos porque se sentiam culpados sobre o que estava acontecendo a eles. Em resposta a este comportamento, os pacientes apresentaram mais dor e maior tempo de internação em função da assistência inadequada e inapropriada.

Os problemas e os dilemas éticos são de difícil solução e trazem desgaste e sofrimento a todos os envolvidos, e tem provocado inúmeras reflexões na área da ética. Como membro integrante da equipe multiprofissional, o enfermeiro deve questionar, refletir e debater os pontos polêmicos, atuando como participante ativo na busca de soluções de problemas éticos que ocorrem no cotidiano do seu trabalho, e desenvolvendo e aprimorando a sua sensibilidade moral (BULHOSA, 2006).

Sensibilidade moral, por sua vez, é a capacidade de reconhecer um conflito moral, contextualizar e compreender intuitivamente a situação de vulnerabilidade do paciente, e ter uma visão sobre as consequências éticas de decisão a ser tomada em nome da pessoa. Lützen et al (2003) citam os seis aspectos da sensibilidade moral: orientação interpessoal, estruturação do sentido moral, expressão da benevolência, modificação da autonomia, enfrentamento de conflitos e confiança no conhecimento médico. Os enfermeiros que desenvolveram a sensibilidade moral e que usam estratégias para resolver problemas éticos aprimoram mais facilmente a competência moral que é a capacidade de fazer sentido moral das situações e usar o julgamento moral. O julgamento moral é a integração de inúmeras considerações éticas que conta a favor ou contra um determinado curso de ação, a fim de determinar o que deve ser feito em uma situação específica. Portanto, esses profissionais são menos propensos a experimentar o sofrimento moral (CORLEY, 2002).

2.1.2 Sofrimento Moral

O sofrimento moral, já descrito na década de 80 do século XX, refere-se àqueles sentimentos dolorosos e desequilíbrio psicológico que

ocorrem quando os profissionais estão conscientes da conduta moralmente correta a ser tomada, ou seja, é o sentimento decorrente da inconsistência entre as ações das pessoas e suas convicções. Porém, são impedidos de seguir com este curso de ação, seja por obstáculos como falta de tempo, relutância da supervisão, inibidora estrutura do poder médico, políticas institucionais ou considerações legais e morais (DALMOLIN et al., 2012).

O sofrimento moral provoca sucessivas mudanças na dimensão pessoal, profissional e educativa do profissional de saúde. Pode ser definido, ainda, como a resposta enfrentada quando, após uma decisão de um conflito ético, vemos a ação contrariada por alguma barreira individual, institucional ou social (KOPALA; BURKHART, 2005).

Posteriormente, Jameton (1993), distinguiu duas formas de sofrimento: angústia inicial e reativa, conforme a Figura 2. A inicial está relacionada com sentimentos de frustração, raiva e ansiedade. E a reativa é quando os indivíduos não respondem à sua primeira experiência de angústia. Isso envolve sentimentos de impotência, culpa, autocrítica e baixa autoestima, bem como respostas fisiológicas, como choro, perda de sono, pesadelos, perda de apetite. (MCCARTHY; DEADY, 2008).

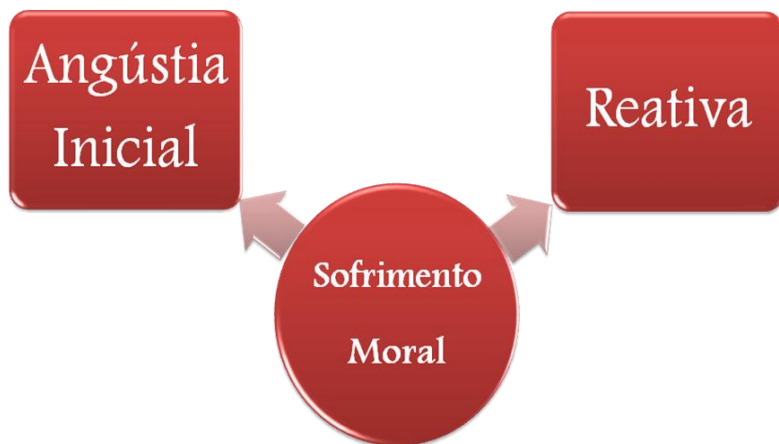


Figura 2: As duas formas de sofrimento moral

Quando o sofrimento moral se faz presente, o impacto para o doente pode ser a falta de advocacia por parte da enfermagem e situações em que os trabalhadores evitam o contato com os doentes, causando um aumento no desconforto e no próprio sofrimento do cliente frente à doença e ao tratamento. O sofrimento moral dos trabalhadores de

enfermagem relaciona-se, principalmente, com as condições e conflitos no ambiente de trabalho (LUNARDI et al., 2009).

Os profissionais de enfermagem também podem apresentar sofrimento moral em decorrência de problemas de relacionamento e de comunicação com a equipe de saúde, em razão de discrepâncias no que se refere às decisões acerca do cuidado e da terapêutica adotada, o que, também, se relaciona à advocacia do paciente. São inúmeras situações em que o enfermeiro deveria defender os direitos do paciente, todavia, as situações cotidianas do ambiente de trabalho parecem oprimir em grande parte suas ações defensivas em relação ao paciente. A cada situação em que o enfermeiro se abstém de defender o paciente, parece aumentar o distanciamento entre ambos, criando relações frágeis e tênues (BARLEM, 2009).

Neste contexto, ainda, Barlem (2009) defende que existe a percepção de Sofrimento Moral provocado pela vivência de situações relacionadas ao trabalho com técnicos e auxiliares de enfermagem que não estão preparados e não atendem as necessidades, o cuidado e o tratamento que os pacientes exigem, assim como os serviços de apoio em condições de fragilidade semelhantes. Outras situações são apontadas como causadoras de sofrimento moral: trabalhar com estudantes de medicina ou enfermagem sem a competência necessária e também o fato do enfermeiro ser requisitado para cuidar de pacientes em que o próprio profissional não se considera preparado para cuidar.

Deste modo, o aumento das internações hospitalares e a alta complexidade dos cuidados empregados são fatores que podem causar grande desgaste. Objetivos diferentes entre a equipe médica e a de enfermagem são evidentes nos trabalhadores de enfermagem através de sofrimento moral, traduzido essencialmente em sentimentos de raiva, tristeza e de incompetência, seja por constrangimentos na sua tomada de decisão, ora devido a estrutura institucional, ou relacionado a outros trabalhadores, de por em prática suas escolhas morais em relação aos pacientes. Isso pode refletir em relutância em ir trabalhar, comunicação ineficaz e interação diminuída com os familiares e os pacientes (GUTIERREZ, 2005).

Muitos problemas éticos da enfermagem vêm do campo prático, onde os profissionais de enfermagem, frequentemente, têm clareza do que é correto, mas a execução desta ação pode não ser bem aceita em seu ambiente de trabalho. Estes dilemas decorrem da falta de discussão aberta entre as equipes, onde estão envolvidos trabalhadores de enfermagem, outros profissionais, outras unidades, outras instituições e a sociedade como um todo (BULHOSA, 2006). Ao entendermos que os profissionais

da área da saúde, em especial, os profissionais de enfermagem são agentes morais, reconhecemos que o sofrimento moral pode ser um “poderoso impedimento para uma prática ética”. Assim, parece ser imprescindível reconhecer este sofrimento moral e desenvolver estratégias para enfrentá-lo (HAMRIC, 2000, p. 201).

Na complexa estrutura das organizações hospitalares interagem duas categorias profissionais de grande importância na execução das atividades inerentes a essas instituições: médicos e enfermeiros. Por atuarem de forma interdependente, mantém-se em estreito vínculo e com um potencial para desencadear conflitos interprofissionais. Esses conflitos, de forma negativa, podem influenciar nas percepções individuais, visto que as experiências pregressas de enfrentamento de conflitos e dilemas morais são possivelmente incorporadas no ato de decidir, em ambas as categorias profissionais. Quanto mais ampla a base de experiências, mais facilmente serão identificados os problemas (MARQUIS; HUSTON, 2010).

Talvez a posição de enfermeiros na hierarquia da tomada de decisão os expõe a maior dor moral, ou talvez o fato de ser a enfermagem uma profissão majoritariamente feminina, enquanto a medicina é uma profissão em grande escala do sexo masculino, tem um impacto sobre a forma como cada profissão experimenta e responde ao sofrimento moral. Essa predisposição ocorre por causa de sua proximidade com pacientes (MCCARTHY; DEADY, 2008).

Essa situação pode estar inerente ao fato de o médico ser ainda reconhecido como representante do poder em relação à terapêutica e ao diagnóstico, além do lapso da equipe de enfermagem, que centraliza muitos cuidados de enfermagem dependentes da ação médica, num modelo hegemonicamente biomédico. Desta forma, um profissional inexperiente pode ser capaz de provocar situações em que o paciente é exposto a riscos, ou até mesmo prejudicado, provocando a percepção de sofrimento moral na equipe frente a essas vivências. (BARLEM, 2009).

Diante de todos esses fatores, McCarthy e Deady (2008) trazem que o sofrimento moral se tornou parte do discurso geral da profissão de enfermagem e foi incluído no Código de ética da associação de enfermeiros canadense. O Código de 2002 define sofrimento ético ou moral, envolvendo:

Situações em que os enfermeiros não podem cumprir suas obrigações éticas e compromissos (ou seja, sua agência moral), ou deixam de perseguir o que eles acreditam ser o curso certo de ação, ou deixam de viver de acordo com suas próprias

expectativas de prática ética, por uma ou mais dos seguintes motivos: erro de julgamento, resolver problemas de pessoal insuficiente ou outras circunstâncias posturas verdadeiramente fora de seu controle. Eles podem sentir preocupação, culpa ou desgosto, como resultado (REGULATORY, 2002).

Corley (2002) relata que estar aberto a novas experiências implica em aprender com o fracasso, e este aprendizado perdura para experiências futuras e acrescenta embutidas respostas emocionais junto com uma resolução para evitar esta dolorosa situação novamente. Ainda refere que há dois contextos relacionados a esse aprendizado: o contexto interno, que são as respostas psicológicas; e o contexto externo, ou seja, o ambiente de trabalho.

Mas é importante destacar que o sofrimento moral pode refletir positivamente se o profissional consegue reverter o sofrimento em atitudes a favor do paciente, ou seja, é encarado como um elemento revigorante, de forma a visualizar as situações como a oportunidade de alcançar suas metas profissionais satisfatoriamente, contribuindo para constituir indivíduos mais atentos e reflexivos sobre a sua conduta moral, tentando sempre fazer o melhor do que já foi vivenciado (BARLEM, 2009).

Quando a responsabilidade, advocacia e compromisso estão presentes nos enfermeiros, que aprendem com suas vivências e já desenvolveram uma maior maturidade ética, onde há um entendimento de valores e um agir de acordo com estes, se tornam mais sensíveis moralmente, suas formas de enfrentamento do sofrimento moral as conduzem a melhores ações em relação ao seu papel frente os pacientes. (CORLEY, 2002).

Nesta ótica, reforçar a competência profissional com discussão e reflexão sistematizada de temas éticos e bioéticos, referentes principalmente aos problemas morais vivenciados, parece uma maneira de despertar moralmente os problemas do cotidiano (BARLEM, 2009). Buscando ampliar os conhecimentos teóricos e práticos, possibilitar a realização do trabalho mais efetivo, além de desenvolver as competências profissionais e pessoais, como reflexão crítica e a construção de estratégias para melhorar a qualidade do serviço prestado fundamentando suas ações na ética e priorizando posturas mais coesas (KURGANT, 2010).

Os estudos de Barlem (2009) sugerem que, para minimizar os efeitos do sofrimento moral, é importante promover o desenvolvimento de programas de educação e ética direcionados aos trabalhadores da

enfermagem, discutindo uma variedade de temas, de acordo com a necessidade da instituição e os componentes éticos envolvidos no cuidado aos doentes. Ao possibilitar discussões de temas relacionados à ética entre estudantes e profissionais de enfermagem e medicina, a prática de reuniões também pode ser uma poderosa ferramenta para a diminuição de conflitos e para a valorização dos profissionais, que numa manifestação de exercício de poder, externem suas dificuldades, contribuindo para a construção de estratégias de enfrentamento dos problemas.

Um estudo trazido por Barlem (2009) corrobora com a ideia de que realizar reuniões é uma boa estratégia contra o sofrimento moral. Todas as enfermeiras atuantes no hospital H4 confirmam a realização de reuniões quinzenais ou mensais, diferentemente das informantes dos demais hospitais (H1, H2, H3) que nem sempre afirmaram realizar reuniões com a equipe de enfermagem. Nos demais hospitais, a ocorrência das reuniões refere uma frequência predominantemente mensal ou, ainda, com um espaçamento superior a seis meses. Esses dados demonstram uma dificuldade no uso desse importante recurso organizacional e, também, de comunicação que pode contribuir para atenuar as tensões e o sofrimento da equipe e a construção coletiva de estratégias para o seu enfrentamento.

Como o trabalho de enfermagem se pauta na relação direta com chefias, outros profissionais, familiares e pacientes, envolvendo, além da relação humana, aspectos éticos indissociáveis, é constantemente necessária a tomada de decisões e de posicionamentos, o que exige uma atitude de agenciamento moral por parte da enfermagem (CHAMBLISS, 1996). Uma maneira de beneficiar as ações é a criação de diretrizes de cuidado paliativo para as práticas profissionais, teoricamente minimizando o sofrimento moral através da adoção, por parte dos hospitais, de protocolos de decisão ética (GUTIERREZ, 2005).

Uma importante estratégia é a formação das comissões de ética, para que a equipe multidisciplinar possa discutir os problemas institucionais surgidos nas rotinas diárias e para apoiar os problemas que, em grande parte, surgem em decorrência de fragilidades da formação profissional (LUNARDI et al., 2009).

Tratando deste tema, há uma necessidade dos educadores de enfermagem focar o preparo dos alunos para gerir o seu ambiente de trabalho em um contexto ético, possibilitando o desenvolvimento de estratégias para elaborar seus sentimentos e trabalhá-los e para identificar maneiras eficazes para prevenir ou controlar sofrimento moral. Os enfermeiros aprendem a gerir e conduzir o sofrimento moral apenas

através da experiência. E mesmo enfermeiros experientes, no entanto, continuam a enfrentar situações que causam sofrimento moral e necessitam de novas estratégias para administrá-lo (CORLEY, 2002).

2.2 DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ÉTICAS NA ONCOLOGIA

Na busca pela temática, no contexto do preparo dos profissionais, detectaram-se dificuldades, lacunas de estudos nesta área. Poucos estudos abordam a educação. Sporrang et al. (2007), por exemplo, defendem a ideia que os profissionais devem desenvolver a competência ética como forma de melhor desempenho em lidar com conflitos bioéticos, assim como Calil e Prado (2010) destacam a necessidade do ensino de oncologia.

Uma forma de apoiar os profissionais a lidar com estes enfrentamentos é criar estratégias de prevenção do sofrimento moral, e uma das maneiras é através da educação e do desenvolvimento da competência ética. Isto se torna fundamental tanto para a satisfação no trabalho, quanto para a retenção dos profissionais no ambiente de trabalho, temática que ao ser abordada no seu processo de formação e nas instituições de saúde, contribui para o reconhecimento e enfrentamento dessa problemática (LAZZARIN; BIONDI; DI MAURO, 2012).

Como uma crescente nos dilemas éticos, os profissionais de saúde, por vezes, enfrentam a falta de apoio e de capacitações sistemáticas para lidarem com estas questões práticas. No Brasil, assim como em outros países, os conflitos éticos deixaram de ser debatidos somente no âmbito dos conselhos profissionais, passando a serem discutidos em comissões de bioética institucionais. Este espaço de discussão tornou-se uma ferramenta importante no processo de aperfeiçoamento e consolidação da democracia e cidadania. Pois o agir ético é uma opção, fruto do exercício da autonomia (BRASIL, 2008).

As comissões de bioética hospitalar têm assumido um papel de aconselhamento e, fundamentalmente, a função estratégica de educação no âmbito hospitalar (BRASIL, 2008). Em outras palavras, o objetivo maior de uma comissão de bioética seria o de aprimorar o modelo de cuidado ao paciente, oportunizando, ao profissional responsável pelo atendimento, uma melhor tomada de decisão frente a um dilema moral.

O desenvolvimento de competências pode ser visto como o processo de adquirir o conhecimento e as habilidades necessárias para realizar o trabalho. Algumas competências requeridas estão relacionadas com o conhecimento e a compreensão dos códigos de ética, capacidade

de reconhecer e analisar as situações éticas, e buscar como resolvê-las. Competência ética é um fator chave na prevenção ou redução do sofrimento moral. (SPORRONG et al., 2007).

Ter domínio científico é indispensável para o trabalho dos enfermeiros, mas constituir-se de habilidades para entender o paciente em um momento no qual ele sofre a dor e a desesperança que se fazem presentes em seu âmagô, é agregar valores importantes para uma assistência especializada em todos os seus aspectos e imprescindível para o relacionamento terapêutico.

2.2.1 Ensino de oncologia na formação de profissionais na saúde

O perfil epidemiológico brasileiro aponta a oncologia como responsável pelo estudo de procedimentos aplicados a um grupo de doenças com a segunda maior taxa de mortalidade do país, passando nos últimos vinte e cinco anos do quinto para o segundo lugar. Estas mudanças consolidam o interesse de qualificações dos trabalhadores e do desenvolvimento/aperfeiçoamento de competências para novas demandas do exercício profissional, direcionadas às suas realidades (CALIL; PRADO, 2010).

A área de oncologia é composta de peculiaridades, é o lugar no qual os profissionais estão mais suscetíveis a alterações, sofrendo impactos na saúde física e psicológica. O contato próximo com os usuários mobiliza emoções e favorece conflitos, tornando os profissionais suscetíveis ao sofrimento psíquico e adoecimento relacionado ao trabalho. Além disso, a convivência frequente com a morte expõe os profissionais a experiências e vivências de sofrimento e angústia, situações que, geralmente, são desconhecidas pelo profissional que não possui formação específica nesta área no decorrer do ensino superior.

Dentro dessa realidade, o Pacto pela Saúde em 2006, estabelece os princípios da Educação Permanente como guias da formação e do desenvolvimento de trabalhadores para as áreas. É na perspectiva da Educação Permanente em Saúde, que busca-se refletir acerca da formação de pessoas para o enfrentamento do câncer como uma questão de saúde pública, objeto de Política de Estado, em direção a uma Atenção Oncológica integral. Por isso, a Rede de Educação Permanente em Atenção Oncológica tem o compromisso de articular gestão e trabalho sob a ótica da integralidade da atenção de forma inclusiva de todos os profissionais envolvidos na questão do câncer (VICENT, 2007).

A partir deste contexto, é fundamental que as Instituições de Ensino repensem as suas estratégias e prioridades para a formação de novos profissionais que prestarão assistência a uma população que cresce rapidamente e que cada vez mais irá procurar os serviços de saúde para o atendimento de suas necessidades. Para tal, é imprescindível uma reflexão acerca da formação inicial do enfermeiro (CALIL; PRADO, 2010), lembrando que a formação referida não é especificadamente da enfermagem. No entanto, exemplificamos dentro da equipe de saúde a formação do enfermeiro:

O perfil do formando egresso/profissional descrito nas diretrizes curriculares é: Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de reconhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, Identificando as dimensões bio-psico-sociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (CALIL; PRADO, 2010, p. 672).

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) – Lei n. 9.394 de 20 de dezembro de 1996, propõe a reestruturação dos cursos de graduação e a adoção de diretrizes curriculares específicas para cada curso, com a intenção de promover inovações e mudanças na educação nacional, através do desenvolvimento de competências e habilidades, do aperfeiçoamento cultural, técnico e científico do cidadão, da flexibilização dos currículos e implementação de projetos pedagógicos inovadores, bem como assegura às instituições de ensino superior autonomia didático-científica (BRASIL, 1996).

Observa-se que as áreas de atuação do enfermeiro junto a esses clientes são amplas e complexas, inseridas desde o cuidado primário até o terciário, reabilitação e intervenção em incapacidades. É imprescindível o preparo dos docentes e dos discentes para o enfrentamento dessa realidade epidemiológica nacional, considerando as adversidades do atendimento oncológico, que exige do enfermeiro responsabilidades, competências e conhecimentos técnicos científicos, além de habilidades no relacionamento interpessoal.

A área de oncologia é composta de peculiaridades, é o lugar no qual os profissionais estão mais suscetíveis a alterações, sofrendo impactos na saúde física e psicológica. O contato próximo com os usuários mobiliza emoções e favorece conflitos, tornando os profissionais suscetíveis ao sofrimento psíquico e adoecimento relacionado ao trabalho. Além disso, a convivência frequente com a morte expõe os profissionais a experiências e vivências de sofrimento e angústia, situações que, geralmente, são desconhecidas pelo profissional que não possui formação específica nesta área no decorrer do ensino superior.

Dentro dessa realidade, o Pacto pela Saúde em 2006, estabelece os princípios da Educação Permanente como guias da formação e do desenvolvimento de trabalhadores para as áreas. É na perspectiva da Educação Permanente em Saúde, que busca-se refletir acerca da formação de pessoas para o enfrentamento do câncer como uma questão de saúde pública, objeto de Política de Estado, em direção a uma Atenção Oncológica integral. Por isso, a Rede de Educação Permanente em Atenção Oncológica tem o compromisso de articular gestão e trabalho sob a ótica da integralidade da atenção de forma inclusiva de todos os profissionais envolvidos na questão do câncer (VICENT, 2007).

A partir deste contexto, é fundamental que as Instituições de Ensino repensem as suas estratégias e prioridades para a formação de novos profissionais que prestarão assistência a uma população que cresce rapidamente e que cada vez mais irá procurar os serviços de saúde para o atendimento de suas necessidades. Para tal, é imprescindível uma reflexão acerca da formação inicial do enfermeiro (CALIL; PRADO, 2010), lembrando que a formação referida não é especificadamente da enfermagem. No entanto, exemplificamos dentro da equipe de saúde a formação do enfermeiro:

O perfil do formando egresso/profissional descrito nas diretrizes curriculares é: Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de reconhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, Identificando as dimensões bio-psico-sociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da

saúde integral do ser humano (CALIL; PRADO, 2010, p. 672).

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) – Lei n. 9.394 de 20 de dezembro de 1996, propõe a reestruturação dos cursos de graduação e a adoção de diretrizes curriculares específicas para cada curso, com a intenção de promover inovações e mudanças na educação nacional, através do desenvolvimento de competências e habilidades, do aperfeiçoamento cultural, técnico e científico do cidadão, da flexibilização dos currículos e implementação de projetos pedagógicos inovadores, bem como assegura às instituições de ensino superior autonomia didático-científica (BRASIL, 1996).

Observa-se que as áreas de atuação do enfermeiro junto a esses clientes são amplas e complexas, inseridas desde o cuidado primário até o terciário, reabilitação e intervenção em incapacidades. É imprescindível o preparo dos docentes e dos discentes para o enfrentamento dessa realidade epidemiológica nacional, considerando as adversidades do atendimento oncológico, que exige do enfermeiro responsabilidades, competências e conhecimentos técnicos científicos, além de habilidades no relacionamento interpessoal.

3 TRAJETO METODOLÓGICO

Segundo Minayo (2006), enquanto conjunto de técnicas, a metodologia deve utilizar um instrumental claro, lógico e aprimorado, capaz de encaminhar os impasses teóricos para o desafio da prática. Assim, pode-se considerar a metodologia como uma forma de discurso que apresenta o método escolhido como lente para o encaminhamento da pesquisa.

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, exploratória e descritiva. Optou-se pela abordagem qualitativa por considerar que elucida as questões norteadoras expostas neste trabalho. Esta abordagem tem como objetivo descrever e explicar o fenômeno em sua totalidade (POLIT; BECK, 2011). Este tipo de pesquisa requer atitudes flexíveis, capacidade de observação e de intuição entre o pesquisador e os sujeitos envolvidos na pesquisa (MINAYO, 2006).

Leopardi (2002) escreve que a abordagem exploratória e descritiva pode ser utilizada para tornar o pesquisador mais íntimo com o problema a ser pesquisado, ou seja, explorar, conhecer, descrever através de dados subjetivos e profundos uma situação desconhecida, permitindo ao pesquisador aumentar sua experiência em torno dela, familiarizando-se com a situação e aperfeiçoamento de ideias, para que possa ao final do estudo contribuir com sugestões e/ou intervenções.

A opção em utilizar tal abordagem teve o objetivo de conhecer os problemas éticos vivenciados por enfermeiros da oncologia na alta complexidade. Nesta perspectiva, a ética, a compreensão do trabalho e a observação no momento da entrevista com esses profissionais contribuíram para o entendimento em profundidade das falas dos sujeitos.

3.1 LOCAL DO ESTUDO

O estudo aconteceu conforme a amostragem por Bola de Neve, técnica esta que permitiu aos informantes que indicassem outros participantes para o estudo e é um método baseado em indicações feitas por pessoas que já estão na amostra. Logo, não ocorreu num local determinado, pois se processou conforme o contato com os participantes. Esses profissionais foram de unidades de internação e ambulatório de quimioterapia, atuantes nos municípios de Porto Alegre e Florianópolis. Esses setores foram eleitos devido ao seu maior número de unidades/ambulatórios e a possibilidade de investigar duas vivências diferenciadas na alta complexidade.

Ser enfermeiro na alta complexidade implica em conviver por mais tempo com a pessoa com câncer, seja, devido ao longo tempo de internação da pessoa com câncer, ou à visita diária e por várias horas, muitas vezes, para realização da quimioterapia. Diferenciando-se da média e baixa complexidade que se caracteriza principalmente pelas consultas especializadas e exames complementares para o diagnóstico diferencial e definitivo de câncer, ou seja, o profissional tem um contato breve e sem estabelecimento de vínculo com a pessoa com câncer (BRASIL, 2005b).

O ponto de partida do estudo se deu nessas duas cidades, em Florianópolis através do Hospital Universitário (HU) (ANEXO A) e em Porto Alegre através da rede de contatos da autora do estudo, enfermeira de um serviço de oncologia. Diante do exposto, vale destacar que os enfermeiros são oriundos de instituições públicas e privadas, a partir do que observamos as características das seguintes cidades, respectivamente:

Florianópolis, cidade brasileira capital do Estado de Santa Catarina, é uma das três capitais insulares do Brasil, conhecida também como "Ilha da Magia". Fundada em 1726 pelos índios tupis-guaranis, situa-se no litoral catarinense e conta com uma parte insular e outra parte continental incorporada à cidade em 1927, com a construção da ponte pênsil Hercílio Luz - 820 m de comprimento - que ligou a ilha ao continente. Hoje, a área do município, compreendendo a parte continental e a ilha, encampa 436,5 km², com uma população de cerca de 390 mil habitantes. Detentora do quarto maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) entre todas as cidades brasileiras, é a capital com melhor qualidade de vida do país. Combina conservação do meio ambiente e do patrimônio histórico com elevadas taxas de escolaridade e renda da população. A cidade tem sua economia alicerçada nas atividades do comércio, prestação de serviços públicos, indústria de transformação e turismo. Recentemente, a indústria do vestuário e a informática vêm se tornando também setores de grande desenvolvimento. Atrai turistas brasileiros e estrangeiros vindos de várias partes do mundo para contemplar a exuberância das suas 100 praias, e dos históricos e monumentais pontos turísticos que fazem parte da sua beleza (PREFEITURA, [2012]).

Em relação à incidência de câncer por 100 mil habitantes, de acordo com Brasil (2011b), estimou-se, para 2012, 10.630 novos casos de câncer em homens para o estado de Santa Catarina e 8.560 novos casos em mulheres. Analisando-se os dados diretamente direcionados para a capital, esses números são de 530 e 710 para homens e mulheres, respectivamente. O tipo de câncer mais incidente em homens para o

estado de SC é o de próstata, já em Florianópolis a maior incidência é traqueia, brônquios e pulmão. E em mulheres prevalece o câncer de mama (BRASIL, 2011b).

Porto Alegre, por sua vez, é a maior cidade ao sul do Brasil, capital do estado do Rio Grande do Sul, terra dos gaúchos e do churrasco. A cidade foi fundada em 1772 por imigrantes vindos da região dos Açores (portugueses). Localiza-se à margem leste do lago Guaíba, no ponto onde cinco rios convergem formando a Lagoa dos Patos, por isso tornou-se um importante porto aluvial, bem como uma das principais cidades industriais e comerciais do país. Produtos da rica agricultura e pecuária, tais como grãos de soja, couro, enlatados, carnes e arroz são exportados para diversos países. Com uma área de quase 500 km², possui uma geografia diversificada e é uma das cidades mais arborizadas do Brasil, contendo mais de 700 praças, 2 reservas biológicas e 7 parques urbanos. Com cerca de 1.500.000 habitantes, é considerada um das cidades com maior índice de alfabetização do país, capital com melhor IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) do Brasil, pela ONU (Organização das Nações Unidas) e capital cultural do Mercosul. É um polo regional de atração de migrantes em busca de melhores condições de vida, trabalho e estudo, e tem uma infraestrutura em vários aspectos superior à das demais capitais do Brasil. Desde o século XIX, Porto Alegre tem recebido muitos imigrantes, particularmente vindos da Europa (alemães, poloneses e italianos), os quais foram de decisiva importância e influência na comida e na arquitetura, entre outros aspectos culturais. Os gaúchos tem orgulho de Porto Alegre, e de suas características como o pôr do sol no Guaíba, provavelmente um dos mais bonitos do mundo (PREFEITURA, [2013]).

Se tratando do tema câncer, de acordo com Brasil (2011b) estimou-se, para 2012, a cada 100 mil habitantes, 21.280 novos casos de câncer em homens para o estado do Rio Grande do Sul e 19.230 novos casos em mulheres. Para a capital, esses números são de 2.790 e 3.400 para homens e mulheres, respectivamente. O tipo de câncer mais incidente em homens é o de próstata. E em mulheres prevalece o câncer de mama, não havendo diferenças em relação à capital do estado (BRASIL, 2011b).

3.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Para que fossem alcançados os objetivos propostos pelo estudo, os participantes foram enfermeiros assistenciais, independente de idade,

sexo, horário de trabalho, que possuíam 1 ano ou mais de experiência na oncologia, porque acredita-se que um contato menor de 1 ano não é suficiente para vivenciar e identificar situações de problemas éticos. O contato inicial com os participantes foi realizado via telefone e as entrevistas foram agendadas em horários e locais que mais lhes conviessem.

O processo de seleção dos participantes foi realizado por meio da técnica de amostragem “bola de neve”, método usado em estudos qualitativos em populações escondidas ou de difícil acesso. O acesso a tais populações requer o conhecimento de pessoas que possam localizar indivíduos de interesse da pesquisa, ou seja, dado sua característica de ser aplicável quando o foco de estudo é um problema sensível, tratando de um tema particular, precisando do auxílio de pessoas bem informadas sobre o assunto (BIERNACKI & WALFORD, 1981).

A metodologia da amostragem em “bola de neve” consiste em eleger participantes iniciais de uma pesquisa social que indicarão outros sujeitos para participarem da pesquisa que, por sua vez, indicarão outros até que seja atingido o ponto de saturação de dados, isto é, quando as informações passam a se repetir e nenhuma novidade é trazida a mais para a investigação. Diante disso, o número de enfermeiros não foi pré-determinado, conforme o método adotado, e o encerramento do número de participantes aconteceu pela saturação teórica dos dados, totalizando 18 participantes. Neste sentido, é com base nas palavras de Fontanellas, Rica e Turato (2008) que conceituam a saturação teórica como a instituição de critérios para a identificação dos participantes, delineando uma seleção que proporcione os dados necessários para atingir os objetivos estabelecidos e a suspensão da inclusão de novos participantes quando os dados coletados passarem a apresentar redundância ou repetição. Os autores reforçam que o que há de mais significativo nas amostras intencionais ou propositais não depende de quantidade, mas na maneira como se compõe a representatividade desses elementos e na qualidade das informações obtidas deles, o que justifica as amostras qualitativas menores pela desnecessária representatividade estatística.

3.3 COLETA DE DADOS

O estudo aconteceu conforme a amostragem por Bola de Neve, ou seja, utilizando-se, para o recrutamento dos sujeitos da pesquisa, a técnica metodológica *snowball* também chamada *snowball sampling* (BIERNACKI e WALDORF, 1981). Esta técnica é conhecida no Brasil como “amostragem em Bola de Neve”, ou “Bola de Neve” ou, ainda,

como “cadeia de informantes” (ALBUQUERQUE, 2009). Entretanto, a aplicabilidade desta metodologia nesta pesquisa, no que tange a escolha de entrevistados, deve-se ao fato de que o objetivo era conhecer as vivências dos enfermeiros da oncologia, tornando-se irrelevante a instituição que os mesmos atuavam. Assim, formou-se uma cadeia de entrevistados localizados em tempos diferentes, mas ligados por um fio condutor no entorno da oncologia.

O contato com o primeiro participante em Florianópolis se deu através do HU e em Porto Alegre foi através da escolha da autora do estudo. E o participante seguinte foi indicado por este primeiro e assim por diante, formando duas "Bolas de Neve" simultâneas. O contato, então foi feito, primeiramente, por telefone, indagando sobre a possibilidade de responderem a uma entrevista. Após o aceite preliminar, foi agendado o dia, horário e local, conforme a disponibilidade e preferência dos participantes. Cabe esclarecer que a procura foi intencional, já que a amostragem foi por indicação dos participantes. O critério para escolha intencional foi abarcar uma variedade de experiências profissionais, bem como o tempo vivido na oncologia e diferentes contextos hospitalares, logo, o destaque se deu aos enfermeiros e não foram consideradas as instituições às quais pertenciam.

Os dados foram coletados pela autora do estudo, em março de 2013, através de entrevista semiestruturada (APÊNDICE A), que combina perguntas fechadas e abertas. Nesta há possibilidade de o pesquisado ir além da indagação principal, ou seja, há uma flexibilidade na entrevista, facilitando o surgimento e/ou levantamento de outras questões que possam ser pertinentes ao estudo. Contemplou uma caracterização dos participantes, com informações como idade, sexo, tempo de formação profissional e atuação na oncologia, bem como titulações de pós-graduação e cursos na área de oncologia. As entrevistas ocorreram no local de trabalho dos participantes, tiveram duração média de 30 minutos e foram gravadas pelo smartphone, posteriormente transcritas na íntegra para análise de conteúdo e agrupadas por categorias.

Foi realizado um pré-teste para ajuste do instrumento e verificação da técnica de entrevista do pesquisador. Após o pré-teste, foram feitas as adequações necessárias relativas às questões norteadoras. O instrumento resultante foi aplicado em enfermeiros de outros setores da oncologia.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Dentre as modalidades de análise, utilizou-se a Análise Temática, que segundo Minayo (2006), é o recorte do texto em unidades de registro que podem ser uma palavra, uma frase, um tema, um personagem, um acontecimento, tal como foi estabelecido na pré-análise para realizar a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas que comandarão a especificação dos temas.

O primeiro momento da análise ocorreu pela transcrição na íntegra das entrevistas e a leitura prévia das mesmas, identificando alguns elementos chaves e sinalizando com cores diferentes para facilitar o agrupamento. Para a transcrição das falas dos sujeitos, os seguintes símbolos foram usados como convenção para dar materialidade linguística ao texto:

1. [Itálico]: palavras inseridas pelo pesquisador para completar as ideias dos enunciados, produzindo o interdiscurso entre o pesquisador e os sujeitos do estudo.
2.: incompletude do pensamento.
3. (-): interrupção da fala do pesquisador.
4. ./: pausa breve da fala do sujeito.
5. !: ênfase na frase.
6. :-: início de enunciação.
7. [...]: corte nas falas e continuação das mesmas.

O segundo momento desenvolveu-se pela leitura ampliada dos depoimentos, reconhecendo os elementos chaves e os sinalizando com cores. Nessa etapa, os elementos chaves são analisados profundamente. Com os elementos chaves agrupados, ocorreu a construção das categorias e subcategorias, que deram origem aos artigos, essas categorias foram construídas a partir das proposições da pesquisa.

Em um último momento, realizou-se a composição de uma estrutura descritiva, por sua vez relativa à análise descritiva das interpretações das pesquisadoras, promovendo o diálogo entre dados empíricos (ilustrados pelas falas dos participantes), referencial teórico e literatura. Assim, a análise, em sua fase final, é enriquecida pela utilização de outros estudos para corroborar ou apontar limites à interpretação da pesquisadora.

3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Após a aprovação do projeto pela banca examinadora do Programa de Pós – Graduação em Enfermagem da UFSC (Universidade

Federal de Santa Catarina), este foi registrado na Plataforma Brasil e submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC, sendo aprovado pelo Parecer n. 204.293/2013 e CAAE:12392013.1.0000.0121 (ANEXO B), observando-se as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Em seguida, o contato via telefone com os participantes foi realizado pela pesquisadora, que esclareceu aos mesmos os objetivos do estudo e os métodos e a importância da participação desses, obtendo-se no dia da entrevista a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), no qual constou o caráter voluntário da participação, em duas vias (uma para o participante e outra para a pesquisadora).

Esse documento informa sobre o direito de desistir de participar a qualquer momento da pesquisa, o amplo acesso a qualquer informação acerca do estudo, bem como o anonimato na divulgação dos resultados obtidos, assim como a garantia de que, durante todo o processo de pesquisa, os dados serão mantidos em sigilo e manuseados somente pelos envolvidos no projeto, sendo protegida a imagem individual e institucional e a confidencialidade, garantindo a não utilização dos dados em prejuízo de pessoas ou comunidades e o respeito aos valores individuais ou institucionais manifestos, sejam de caráter religioso, cultural ou moral.

Para a garantia do anonimato dos participantes, os mesmos foram identificados no estudo por nomes de deuses e deusas gregas, visto que o trabalho na oncologia pode ser compreendido como um trabalho divino, considerando esses enfermeiros seres Heráclidas, ou seja, inspirados em Héracles, o deus da força (FRANCHINI; SEGANFREDO, 2005). Todo o material gerado durante a pesquisa está sob a guarda da pesquisadora, que será mantido por 05 (cinco) anos e, após este período, será destruído.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante da realização deste estudo, obteve-se a caracterização dos participantes da pesquisa, e foi elaborada uma tabela contendo informações gerais dos integrantes.

Tabela 1 - Caracterização dos participantes

IDADE	nº	%
25-29	3	17%
30-34	6	33%
35-39	6	33%
40-44	--	--
45-49	2	11%
50-54	1	6%
SEXO	nº	%
Masculino	1	6%
Feminino	17	94%
RELIGIÃO	nº	%
Católica	15	83%
Adventista	1	6%
Espiritismo	1	6%
Nenhuma	1	6%
TEMPO DE ATUAÇÃO NA ONCOLOGIA	nº	%
1-4	6	33%
5-9	6	33%
10-14	3	17%
15-19	2	11%
20-24	1	6%
SETOR DE ATUAÇÃO	nº	%
Ambulatório de Quimioterapia	9	50%
Unidade Internação Oncológica	9	50%

ESPECIALIZAÇÃO	nº	%
Oncologia	11	61%
Outras	10	--
MESTRADO	nº	%
Ciências da Informação	1	6%
Multiprofissional	1	6%
Enfermagem	1	6%

Fonte: LUZ, K.R., 2013

A idade dos enfermeiros variou de 25 a 54 anos, constituindo uma população jovem, com sua maioria entre 30-39 anos. Como esperado, a predominância foi de mulheres, sendo somente um enfermeiro do sexo masculino entrevistado. Em relação à religião, 15 participantes referiram serem católicos. O tempo de atuação na oncologia variou de 1 a 24 anos, com uma prevalência de até 9 anos de atuação, que pode estar relacionada à idade dos participantes ou ao nível de estresse que esse contexto oncológico proporciona. Em relação ao setor de atuação, 5 enfermeiros que atuavam no ambulatório de quimioterapia eram do RS e 4 de SC, enquanto na unidade de internação foram 4 do RS e 5 de SC.

Surge nesta caracterização um fato curioso que merece destaque: todos os enfermeiros pesquisados possuíam curso de pós-graduação. A partir disto, pode-se indagar: O que levou a busca pela especialização? Será a graduação insuficiente para que estes pudessem atuar com segurança na sua profissão? Destes, 11 possuíam especialização em enfermagem oncológica. Outras especializações encontradas foram Gestão de serviços de saúde, Gerontologia, Enfermagem em emergência, MBA Auditoria em saúde, Saúde da família, Saúde da mulher e aspectos interdisciplinares, UTI e emergência, MBA Gestão em saúde e em Nefrologia. Dos entrevistados, 3 deles já haviam feito 2 especializações e 3 enfermeiros completaram o *Scripto Sensu*.

A seguir serão apresentados os resultados da análise dos materiais qualitativos sob a forma de dois artigos, para melhor compreensão e discussão dos elementos obtidos, conforme quadro 1. **1º- Problemas éticos vivenciados por enfermeiros da oncologia na alta complexidade**, composto pelas categorias: quando informar ou não se torna um dilema; implicações nas e das relações interpessoais; quando a estrutura física e de pessoal e o processo de assistência à pessoa com

câncer gera stress; investir ou não, confortar: isto é lidar com a finitude?

2º- Estratégias de enfrentamentos utilizadas por enfermeiros da oncologia na alta complexidade, composto pelas categorias: a negação é uma estratégia de enfrentamento; o exercício (manejo) do enfermeiro oncológico x câncer; os múltiplos vieses da interação; as implicações da qualificação profissional; para enfrentar é preciso gostar do que se faz.

Em conformidade com a determinação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, por meio da Instrução Normativa 06/PEN/2009, o material produzido como resultado desta dissertação, após a análise da banca, será submetido para avaliação a fim de publicação em diferentes periódicos científicos da área da saúde.

Quadro 1 - Problemas éticos vivenciados por enfermeiros da oncologia na alta complexidade

TEMA CENTRAL	TEMAS	CATEGORIAS
PROBLEMAS ÉTICOS VIVENCIADOS POR ENFERMEIROS NO CUIDADO EM ONCOLOGIA NA ALTA COMPLEXIDADE	Problemas éticos vivenciados por enfermeiros da oncologia na alta complexidade	Quando informar ou não se torna um dilema;
		Implicações nas e das relações interpessoais;
		Quando a estrutura física e de pessoal e o processo de assistência à pessoa com câncer gera stress;
		Investir ou não, confortar: isto é lidar com a finitude?
	Estratégias de enfrentamentos utilizadas por enfermeiros da oncologia na alta complexidade	A negação é uma estratégia de enfrentamento;
		O exercício (manejo) do enfermeiro oncológico x câncer;
		Os múltiplos vieses da interação;
		As implicações da qualificação profissional;
		Para enfrentar é preciso gostar do que se faz.

Fonte: LUZ, K.R., 2013

4.1 ARTIGO 1: PROBLEMAS ÉTICOS VIVENCIADOS POR ENFERMEIROS DA ONCOLOGIA NA ALTA COMPLEXIDADE

Kely Regina da Luz
Mara Ambrosina de Oliveira Vargas

RESUMO

Estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com 18 enfermeiros que trabalham em unidades de internação ou em ambulatório de quimioterapia com pacientes oncológicos nos municípios de Porto Alegre e Florianópolis, cujos objetivos foram conhecer os problemas éticos vivenciados por enfermeiros da oncologia na alta complexidade; e descrever as dificuldades, necessidades e potencialidades encontradas por enfermeiros da oncologia na alta complexidade mediante o convívio com pacientes, familiares e outros profissionais. O estudo foi realizado conforme a amostragem por Bola de Neve. A coleta de dados foi em março de 2013, mediante uma entrevista semi-estruturada e a análise de dados, por análise temática. Os resultados revelam que os enfermeiros têm uma maneira muito específica de reagir face ao câncer e ao paciente oncológico e seus familiares, a abordagem do paciente com neoplasia maligna é uma tarefa difícil na prática clínica porque envolve a transferência de informações sobre seu diagnóstico, prognóstico, riscos e benefícios do tratamento, além das possibilidades de progressão da doença e o cuidado paliativo e do manejo da dor em oncologia. Nessas circunstâncias, transmitir notícias ao paciente é um processo desafiador, pois está relacionado à comunicação, busca de informações, relações interpessoais e o registro no prontuário. O profissional precisa estar preparado para o cuidar além do curar. Conclui-se que não há uma separação tão linear em relação aos dilemas e problemas éticos e são questões diretamente implicadas na abordagem do paciente com câncer.

Descritores: Enfermagem oncológica; Bioética; Políticas públicas de saúde; Futilidade do tratamento; Morte; Ética clínica.

ABSTRACT

An exploratory and descriptive study with a qualitative approach, executed with 18 nurses who worked in inpatient units or outpatient chemotherapy units with cancer patients in the cities of Porto Alegre and Florianópolis, the objectives of this study were to know the ethical

problems experienced by oncology nurses in high complexity and to describe the difficulties, needs and potentialities experienced by oncology nurses in high complexity through the daily contact with patients, families and other professionals. The sample was selected according to the Snowball technique. Data collection was in March 2013 through a semi-structured interview and data analysis was made by thematic analysis. The results show that nurses have a very specific way to react to cancer and oncological patients and their families, the approach to patients with malignant neoplasms is a difficult task in clinical practice because it involves the transmission of information about their diagnosis, prognosis, risks and benefits of treatment, and the possibilities of disease progression and palliative care and pain management in oncology. In these circumstances, to transmit news to the patient is a challenging process, because it is related to communication, information search, interpersonal relationships and the medical record. The professional must be prepared to care beyond cure. We conclude that there is a separation really linear with regards to the dilemmas and ethical problems and issues are directly involved in the management of patients with cancer.

Descriptors: Oncology nursing; Bioethics; Public health Policies; Futility Treatment; Death; Ethics Clinic.

RESUMEN

Estudio exploratorio y descriptivo, con abordaje cualitativo, realizado con 18 enfermeros que trabajan en unidades de internación o en consulta ambulatoria de quimioterapia con pacientes oncológicos en los municipios de Porto Alegre y Florianópolis, cuyos objetivos fueron conocer los problemas éticos vivenciados por los enfermeros de oncología de alta complejidad y describir las dificultades, necesidades y potencialidades encontradas por enfermeros de oncología de alta complejidad mediante el convivio con pacientes, familiares y otros profesionales. EL estudio fue realizado conforme la técnica de bola de nieve. La recolección de los datos se dio en marzo de 2013 mediante una entrevista semiestructurada y el análisis de los datos se dio por análisis temática. Los resultados revelan que los enfermeros tienen una manera específica de reaccionar frente al cáncer y al paciente oncológico y sus familiares, el abordaje a los paciente con neoplasia maligna es una tarea difícil en la práctica clínica porque envuelve una transferencia de informaciones sobre su diagnóstico, pronóstico, riesgos y beneficios del tratamiento además de las posibilidades de progreso de la enfermedad y el

cuidado paliativo y del manejo del dolor en oncología. En esas circunstancias, transmitir noticias al paciente es un proceso desafiador, ya que está relacionado con la comunicación, búsqueda de informaciones, relaciones interpersonales y el registro en el expediente. El profesional necesita estar preparado para el cuidar mas allá del curar. Se concluye que no hay una separación tan linear en relación con los dilemas y problemas éticos y son cuestiones directamente implicadas en el abordaje del paciente con cáncer.

Descritores: Enfermería Oncológica; Bioética; Políticas de Salud Pública; Tratamiento Futilidad; Muerte; Ética Clínica.

INTRODUÇÃO

Os objetivos declarados da profissão de enfermagem são comprovadamente éticos: proteger o paciente, prestar cuidados e evitar complicações, além de manter um ambiente saudável psicologicamente para pacientes e familiares (CORLEY, 2002). Diante disso, considerou-se relevante a reflexão dessa temática, já que o ato de cuidar, intrínseco às ações de enfermagem, deve ser pautado em atitudes éticas de respeito ao paciente.

No cenário da oncologia, os profissionais mantêm contato estreito com situações de dor, finitude e morte, mutilações, efeitos colaterais físicos e emocionais, entre estes a desesperança, a angústia, o medo e a solidão, sentimentos intensos, fortes e denunciadores da fragilidade humana. Paralelo a isto, geralmente, está presente uma expectativa de cura da doença. Todas essas situações e sentimentos afetam o cuidador. Acredita-se que é um contexto de cuidado que desencadeia no profissional de enfermagem dilemas e conflitos éticos com algumas especificidades, isto é, diferentes de outros contextos de cuidado.

A oncologia é *locus* de constantes conflitos éticos, também, no que se refere à crescente utilização de tecnologias e medicamentos no tratamento de pacientes que não mais respondem às terapêuticas disponíveis. Essas novas possibilidades de tratamento ligadas ao cuidado em saúde, pelo avanço da ciência, permitem aos profissionais vivenciar o prolongamento da vida do paciente, porém, sem analisar sobre seus benefícios e seus riscos, bem como suas consequências diante deste prolongamento e de sua qualidade. Estas questões geram dilemas

relacionados com a distanásia, que é definida como morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento. (TOFFOLETTO et al., 2005; QUEIROZ, 2008).

Muitas questões vivenciadas pelos profissionais, cotidianamente, são apenas percebidas como problemas e conflitos organizacionais e/ou de relacionamento na equipe de enfermagem e de saúde, relacionados com a administração, chefias, pacientes e familiares e não como problemas ou conflitos éticos. Estes podem ocorrer quando há diferenças no modo de perceber uma determinada situação, as quais não podem ser adequadamente comunicadas, compreendidas e resolvidas (BULHOSA, 2006). Na prática profissional, esses conflitos são vivenciados a partir de situações já consideradas como parte do cotidiano profissional, tais como a falta de consentimento informado de pacientes antes da realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, o prolongamento da vida sem a preocupação com sua qualidade, práticas profissionais questionáveis (CARVALHO, 2005; DALMOLIN; LUNARDI, 2007) o que acaba gerando o sofrimento moral.

Ainda, os problemas éticos são divididos, por Jameton (1984), em três categorias: a *Incerteza Moral*, quando há um questionamento diante de uma situação inadequada ou incorreta e um sentimento de tensão, frustração e incômodo, mas tal situação não é percebida com parte de um problema ético; o *Dilema Moral*, que se caracteriza por dois cursos distintos a seguir, porém com uma única opção de escolha; e o *Sofrimento Moral*, situação em se sabe o que é correto e o que deveria ser feito, mas é impedido de fazê-lo por algum motivo, seja ele individual, institucional ou social, não podendo seguir o rumo de sua consciência.

Os dilemas morais são representados pela obrigação em escolher um determinado caminho entre duas possibilidades de ação, sem que nenhum seja mais correto do que o outro, ou seja, ocorrem quando existem diferentes percepções sobre uma mesma situação e que colocam o indivíduo entre duas proposições opostas e a decisão por uma opção torna inválida a outra (DALMOLIN et al., 2012). A característica fundamental dos dilemas morais é a indecisão no conflito. Dessa forma, podem vivenciar um dilema moral quando está claro para a profissional o conflito entre importantes e diferentes valores, porém não existe a opção ou escolha que preserve ambos (JAMETON, 1993).

Em contrapartida, existem os problemas morais, que se diferenciam dos dilemas, pois muitas vezes não se está apenas diante de duas proposições opostas e conflitantes, é uma prática muito mais complexa e intensa do que se possa imaginar. Nesta direção, os problemas são indagações para as quais a solução não está presente inicialmente e não é possível saber se será e de que maneira poderá ser

resolvido e, portanto, a questão não está na escolha entre duas ou mais possíveis respostas, mas na busca de uma resposta ímpar e adequada (VARGAS et al, 2013).

Diante do exposto, fica evidenciado que dilemas e problemas morais são questões inerentes à prática de enfermagem (ELPERN; COVERT; KLEINPELL, 2005). E os problemas e os dilemas éticos são de difícil solução e trazem desgaste e sofrimento a todos os envolvidos, o que tem provocado inúmeras reflexões na área da ética. Como membro integrante da equipe multiprofissional, o enfermeiro deve questionar, refletir e debater os pontos polêmicos, atuando como participante ativo na busca de soluções de problemas éticos que ocorrem no cotidiano do seu trabalho, desenvolvendo e aprimorando a sua sensibilidade moral a fim de minimizar as causas e ocorrência de sofrimento para si e para os trabalhadores da equipe de enfermagem (BULHOSA, 2006).

Embora os princípios éticos e valores guiem a prática da enfermagem na oncologia, enfermeiros muitas vezes são desafiados com situações clínicas que tem conflitos éticos e que muitas vezes têm dificuldade em reconhecer e articulá-los. Conflitos não resolvidos podem causar sentimentos de frustração e impotência, que podem levar ao comprometimento no atendimento ao paciente, insatisfação no trabalho e divergências entre as equipe de saúde (COHEN; ERICKSON, 2006).

Na oncologia, os enfermeiros podem fazer a diferença na melhora do clima nos cenários éticos em sua prática, e lutar por um ambiente em que os sentimentos de incerteza moral e angústia são reconhecidos e conflitos éticos são ativamente discutidos e resolvidos. Todos os enfermeiros devem dialogar sobre o sofrimento moral na prática com os colegas de enfermagem, bem como com os médicos, administradores e líderes institucionais. Tais ações demonstram que os enfermeiros na oncologia podem ser parceiros ativos e iguais em defender a prática ética, auxiliando na busca constante de soluções construtivas para questões éticas complexas (COHEN; ERICKSON, 2006).

Situações moralmente difíceis rotineiramente surgem em ambientes clínicos, como mostra o estudo que avaliou as questões éticas na prática clínica diária entre médicos e enfermeiros do Hospital Universitário na Croácia. O estudo incluiu 140 médicos e 392 enfermeiros, abrangendo as áreas da medicina interna, oncologia e cuidados intensivos. Os dilemas éticos mais frequentes para a população estudada foram: dificuldade na capacidade de tomada de decisão, limitação do tratamento com o fim da vida e divergências entre membros da família. E as questões éticas mais difíceis que os entrevistados já

enfrentaram foram: eutanásia ou suicídio assistido e limitação do tratamento, com o fim da vida. Apenas uma minoria relatou nunca usar qualquer tipo de serviços de apoio para a discussão de questões éticas, alegando adequado conhecimento em ética. O estudo concluiu que as dificuldades éticas são similares entre médicos e enfermeiros, com diferenças no acesso aos serviços de apoio ético. Foi identificada a necessidade de atividades éticas educativas sistematizadas e a inclusão de consultores individuais nos serviços de apoio ético foi fortemente recomendada (SORTA-BILAJAC, 2008).

É oportuno proporcionar e estimular os profissionais a refletirem sobre os dilemas e conflitos éticos e as paradoxalidades vivenciadas pelos mesmos. Diante disso, neste estudo buscou-se: conhecer os problemas éticos vivenciados por enfermeiros da oncologia na alta complexidade; e descrever as dificuldades, necessidades e potencialidades encontradas por enfermeiros da oncologia na alta complexidade mediante o convívio com pacientes, familiares e outros profissionais.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com 18 enfermeiros que trabalham em unidades de internação ou em ambulatório de quimioterapia com pacientes oncológicos nos municípios de Porto Alegre e Florianópolis. Este artigo é parte integrante de uma dissertação de mestrado, emergindo de um de seus objetivos. O estudo foi realizado conforme a amostragem por Bola de Neve (BIERNACKI e WALDORF, 1981), ou seja, utilizando-se dos próprios entrevistados para o recrutamento dos sujeitos da pesquisa. Trata-se de uma metodologia aplicável a pesquisas que trabalham com populações ocultas e de difícil acesso, permitindo aos informantes que indicassem outros participantes para o estudo, ou seja, este método é baseado em indicações feitas por pessoas que já estão na amostra. Logo, não ocorreu num local determinado, pois foi conforme o contato com os participantes.

O período de coleta de dados ocorreu no mês de março de 2013, após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina com emissão do parecer consubstanciado em 18 de fevereiro de 2013 e aprovação sob o número 204.293. Os participantes da pesquisa foram informados sobre o objetivo do estudo, e a garantia do anonimato, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), observando-se as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

O número de enfermeiros não foi pré-determinado, conforme o método adotado, e o encerramento do número de participantes aconteceu quando atingido o ponto de saturação de dados. O instrumento de coleta de dados foi uma entrevista semiestruturada. Essas entrevistas ocorreram em um local de preferência do participante e foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra para análise de conteúdo e agrupadas por categorias. O contato com o primeiro participante em Florianópolis se deu através do HU e em Porto Alegre através da escolha da autora do estudo. E o participante seguinte foi indicado por este primeiro e assim por diante, formando duas "Bolas de Neve" simultâneas. Com relação à inclusão dos participantes, considerou-se o fato do profissional desenvolver atividade assistencial com pacientes (adultos) oncológicos que possuíam um ano ou mais de experiência na oncologia, porque acredita-se que um contato inferior a um ano não é suficiente para vivenciar e identificar situações de conflitos, dilemas e problemas éticos, independente da idade, sexo, horário de trabalho.

Para a análise de dados, utilizou-se a análise temática. Logo, o primeiro momento da análise ocorreu pela transcrição na íntegra das entrevistas e a leitura prévia das mesmas, identificando alguns elementos chaves e sinalizando com cores diferentes para facilitar o agrupamento. Seguiu-se pela leitura ampliada dos depoimentos e análise profunda e agrupamento dos elementos chaves e, por último, realizou-se a composição de uma estrutura descritiva.

Para a garantia do anonimato dos participantes, estes foram identificados no estudo por nomes de deuses e deusas gregas, visto que o trabalho na oncologia pode ser compreendido como uma atividade divina. Esses enfermeiros são considerados pela autora do estudo seres Heráclidas, ou seja, inspirados em Hércules, o deus da força, conforme a mitologia grega. Todo o material gerado durante a pesquisa está sob a guarda da pesquisadora, que será mantido por 05 (cinco) anos e, após este período, destruído.

RESULTADOS

A partir da análise das entrevistas, foi possível identificar, analisar e organizar os resultados que deram origem a quatro categorias: *a) Quando informar ou não se torna um dilema; b) Implicações nas e das relações interpessoais; c) Quando a estrutura física e de pessoal e o processo de assistência ao paciente oncológico gera stress; d) Investir ou não, confortar: isto é lidar com a finitude?*

Quando informar ou não se torna um dilema

As falas a seguir expressam o dilema entre informar ou não, orientar ou não e a própria dificuldade da família querer saber ou não:

Na maioria das vezes essas pessoas não estão preparadas, não tem conhecimento do que vão sofrer com a quimioterapia, por mais que tu explique, que dá náusea, cai o cabelo. Uma coisa é tu falar isso quando a pessoa ainda está com cabelo, outra é tu ter que chegar, num dia, ir lá e ter que raspar esse cabelo porque está caindo né. Métis

O paciente vai ter que ser paliativo, mas ele sabe o que é paliativo? Ele sabe que ele tá indo pro cuidado paliativo? Não! O familiar liga dizendo que o pai tá com febre, tá com dor, tá quase morrendo em casa, o que ele faz, pra onde ele vai e aí tu fala assim: - ah, mas é isso mesmo, a doença é assim, o máximo que pode ir é pra uma emergência. Sabe assim, mas não tem aquela preparação pro cuidado paliativo em casa, não foi orientado, não foi preparado, não foram conciliadas essas informações. Pandora

A principal dificuldade deles é a informação verdadeira [...], se não for dado uma informação verdadeira, todo resto do tratamento tá prejudicado. Eros

Eu fui ao quarto e o paciente tava mal e as familiares queriam saber o que eu ia fazer, se eu ia deixar ele morrer. Eu liguei pro médico, e o médico disse: - aí não, o paciente é suporte, segura aí! Eu disse: - tá, mas doutor ele tá morrendo. Eu ia lá e conversava com a família, e a familiar dizia que ia chamar qualquer meio de comunicação, ia chamar todo mundo... Pegou uma cadeira e disse que ia me atirar a cadeira, [...] tive que chamar o segurança porque ela queria me bater [...]. Desceu o residente, só que ele já tinha falecido, a gente falou e eles continuaram não entendendo. Mas foi uma situação muito ruim porque foi muito tempo que eu fiquei nessa função de não ter o que fazer e os familiares não estarem bem orientados. Perséfone

Hoje o acesso à internet facilita de um lado e atrapalha do outro porque eles têm acesso a tudo [...]. As pessoas estão muito informadas e isso de um modo geral causa mais sofrimento. Parece que quando tu não sabe de nada a coisa fica mais fácil, as coisas vão surgindo aos poucos, e quando tu já sabe tu vai antecipando. Métis

Acho que falta esclarecer melhor a eles o que vai acontecer a partir dali, porque às vezes fica uma coisa meio nebulosa. O paciente vai se salvar, vai acontecer um milagre! [...] os familiares massacram muito, ficam em cima da gente, querem coisas e a gente sabe que não tem mais o que fazer [...] às vezes, o médico fala 4, 5, 6 vezes com eles pra tentar fazer com que eles entendam. Íris

Também, pode-se evidenciar nas falas dos informantes que existe uma relação de conflitos quando se trata do diagnóstico e do prognóstico relacionados ao câncer:

Assim, eu acredito que no diagnóstico e no prognóstico do paciente, o médico sabe do diagnóstico, a equipe sabe do diagnóstico e o paciente sabe, de uma forma que não é aquela e que eu como enfermeira tento esclarecer alguma coisa que está no meu alcance, mas aquilo que é diagnóstico médico eu não posso interferir [...] e o médico às vezes fala: - mas, eu já falei pra ele o que ele tem, ele tá interpretando do jeito que ele quer. E eu digo: - mas doutor ele acha que tem outra coisa! - problema dele, é ele que tá interpretando, eu falei o que ele tem. Tem outros que a gente tem uma facilidade gigante de pedir e ele vai lá e para tudo que está fazendo e explica de novo. Pandora

Na fala a seguir, constata-se a incerteza moral, pois a situação não é expressa pela informante como um problema ético:

Eu vejo assim, cada um na sua função, a gente vê às vezes, que alguma coisa que não está progredindo, mas não vai levar aquilo como um problema e passa pra quem tem que resolver. Se não é da minha competência, eu já digo: - não é

comigo! Mas que cause conflitos ou algum dilema eu não vejo assim. Eucleia

O registro também foi referido enquanto um pertinente e oportuno respaldo em relação ao cuidado prestado, por isto em sua ausência ou inobservância, gera conflitos:

Às vezes não se tem uma boa evolução da equipe médica podendo respaldar. Sabemos que o paciente é suporte, é cuidado paliativo, mas isso não tá evoluído e a equipe médica não conversou com a família. Nêmesis

As pessoas prestam o cuidado, e fazem o exame físico, atendimento ao cliente e na hora de colocar isso no papel, elas não valorizam isso, esse contato, essa avaliação que eles fizeram [...] as pessoas estão subregistrando ou copiando o que elas escreveram no dia anterior, fazendo pouca ou nenhuma alteração, imprimindo aquilo e assinando. Uma tecnologia que veio pra ajudar, de certa forma está atrapalhando, porque você lê coisas repetidas ou, às vezes, não alteram nada e é um simples copia e cola. [...] o enfermeiro, ainda, é um dos que mais sente e refaz essa evolução diária. Ilitia

Outra expressão dos problemas éticos e morais é dar-se conta de que não apenas o paciente, mas os profissionais “desconhecem” o caminho a percorrer:

Começa uma verdadeira corrida contra o tempo quando um paciente recebe o diagnóstico de câncer. Eles não sabem por onde começar a peregrinação. Quando o paciente precisa fazer o tratamento pelo SUS, até que ele seja encaminhado corretamente a um centro de referência em Oncologia, perde-se algum tempo. As unidades básicas ainda possuem dúvidas do que fazer e os pacientes se sentem meio perdidos neste período. E mesmo os pacientes que possuem convênio, precisam aguardar alguns dias para que o plano de saúde faça uma análise e autorize a realização do tratamento, essa espera causa certa angústia. Artemis

Implicações nas e das relações interpessoais

Os vínculos entre a equipe e o paciente são frágeis, conforme as falas a seguir:

Não cito muito equipe multidisciplinar porque com os outros profissionais sempre funciona. Há problemas de comunicação na relação enfermagem-médico-paciente, daí gera dúvidas e insegurança e o vínculo profissional-paciente fica prejudicado. Bia

A submissão do paciente ao tratamento deveria ser avaliada em conjunto, pelo paciente e pela equipe médica. Artemis

Na equipe também ocorre desconforto e exposição desnecessária do colega, refletindo assim, no paciente:

A desunião da enfermagem que é real e importante que a gente tira o nosso foco que é o paciente, acho que se o pensamento fosse focado nele, muitos problemas não existiriam, entende? Rivalidade entre equipes, falta de presença de médico, de enfermagem, de técnico, da nutrição. Há falta de união entre nós. Héstia

Acho que em questão de ética, ética médica, moral, acho que tem vezes que a gente não é respeitado como deveria, eu já sofri bastante aqui, foram com poucas pessoas, mas já passei dificuldade com a forma com que os médicos se comunicam. Perséfone

Já vi algumas situações de desrespeito e desvalorização profissional perante demais funcionários, pacientes e familiares. Afrodite

As vivências na oncologia dão-se de uma maneira intensa e ocasionam no trabalhador, em especial na equipe de enfermagem, reflexões do seu cotidiano de trabalho e de suas atitudes como seres humanos:

Acho que o que mais incomoda é quando vemos o paciente ser maltratado, não é a perda do paciente, a morte ou a doença, o sofrimento em si. É sabermos que o paciente tem direito àquilo que deveria ter sido feito e não foi porque o teu colega

foi negligente. Incomoda e me faz sofrer é a falta de ética, a falta de respeito. [...] Todas as situações que ficamos impotentes causam um desconforto pra gente, seja porque não conseguimos disponibilizar o que o paciente necessita, ou porque sabemos que ele não foi atendido da melhor forma que poderia ter sido. Ilitia

O que mais me ocasiona estresse e sofrimento é quando o paciente está morrendo, agonizando, gemendo alto e o médico não agiliza uma analgesia, não tenta amenizar mais esse sofrimento. Íris

Quando a estrutura física e de pessoal e o processo de assistência ao paciente oncológico gera stress

É possível observar nas falas angústia e aborrecimento em algumas situações difíceis com relação à estrutura física institucional:

Não tem, num hospital oncológico, quarto pra cuidado paliativo. Os pacientes morrem junto com os que chegaram pra fazer quimioterapia, todo aquele conceito de cuidado paliativo relacionado à oncologia a gente não tem. Fazemos cursos, aperfeiçoamento e não conseguimos botar na prática por falta de estrutura. Nêmesis

Têm dias que todas as poltronas estão cheias e eles querem botar concentrado de hemácias em um paciente e pra não levar na emergência pra receber o concentrado, querem que receba aqui nas poltronas de acompanhante, do lado da poltrona do paciente: - ah, mas bota ele sentado numa poltroninha dessa mesmo! Ele não é mais um, tem que cuidar, se tem uma intercorrência vai botar onde? Não é uma poltrona que deita se precisar, não tenho funcionário suficiente, então é uma briga, tenho que me impor e colocar o porquê que não pode. Pandora

Há poucos fisioterapeutas e com a nutrição também é uma dificuldade por não conseguir um cardápio diferenciado e não ter acesso a alguns tipos de alimentos que seriam o ideal pra eles. Métis

A noite diferencia um pouco, é um plantão [médico] pro hospital todo. Então, eu sinto grande dificuldade. Todos são bem acessíveis, a gente tá com uma equipe boa, mas não adianta, é um pra todos. Para prescrever uma dipirona a gente leva 2 horas, muitas vezes. [...] a nutricionista é uma na noite. Não é só dificuldade de comunicação, coitada da criatura [nutricionista], não tem culpa. Héstia

O espaço físico é minúsculo pro nosso serviço [...] muitas vezes não consigo sentar numa sala pra fazer uma consulta e fazemos consulta aberta ali na sala de quimio, sento ao lado do paciente na poltrona e eu tento botar ele o mais isolado possível pra gente ter uma conversa ali mesmo. [...] No retorno na segunda fase, na segunda medicação que ele vem até aqui eu sempre sento lá ao lado e [...] tento tirar a maior parte das dúvidas que surgiram e sempre surgem, por mais informação que tu passe no primeiro dia. Qual que seria o meu ideal? Marcar a minha consulta, depois vir fazer a quimioterapia. Só que esses pacientes do SUS, e mesmo particular, o acesso é muito ruim e não tem como esperar uma semana ou dois dias, o paciente mora longe às vezes, tem paciente que chega aqui às cinco da manhã [...] Dai, é consultado, entra as sete e às duas da tarde o motorista já tá batendo na porta querendo levar. [...] o fluxograma dele aqui dentro, depois da consulta passa aqui pra marcar o retorno, ali pra marcar o exame, ali pra marcar quimioterapia, volta aqui pra confirmar todas as datas e vai embora. Ai ele não veio, o carro da saúde não trouxe no dia e perdeu tudo! Pandora

[...] Aqui é um hospital escola e dependemos do residente sem experiência [...] Prolongar por um tempo maior o sofrimento de alguém porque, às vezes, tu chama o plantão e ele não tem experiência. Métis

Por exemplo, há uma funcionária aqui da parte administrativa que é muito antiga que já rodou o hospital inteiro e ninguém mais quer, vai se

aposentar esse ano e ela pra nós é como se fosse a nossa office-boy. Mas tudo que ela faz eu tenho que passar meus olhos: - entendeu o que eu tô falando? Entendeu, sabe onde é que é? E isso me causa muita ansiedade também porque eu não sei se ela vai fazer certo, e ela tá com um exame de vida do paciente na mão e isso é muito grave. Pandora

Os direitos dos pacientes versus o acesso adequado ao tratamento aparecem nas falas:

Outra coisa que é bem conflitante é a dificuldade de acesso a tratamentos mais modernos que os pacientes do SUS enfrentam. Pacientes com a mesma patologia, de convênio e do SUS tem tratamentos diferentes. Poderia mudar muito o prognóstico do paciente SUS se ele pudesse ter um acesso mais rápido, não precisasse entrar via judicial, aguardar todos esses tramites até conseguir a medicação. Eros

Paciente idoso, desacompanhado, veio cedo com a ambulância do município, passou o dia todo só com o almoço, terminou o que tinha vindo fazer no final da tarde, não tinha feito um lanche e ainda foi esquecido pelo transporte da cidade dele [...] daí que me gerou um sofrimento por ver aquele paciente naquelas condições de abandono. Diceia

E os pacientes que chegam aqui no SUS eles chegam com a doença muito mais avançada [...] e a família vem junto porque muitos vêm do interior, aqui é quase um acampamento farroupilha! Eles têm comida no quarto e temos que manejar tudo. Eu não posso dizer pra um familiar: - tu não faz uma cama numa cadeira. Se eu sei que ele precisa cuidar do familiar e precisa ficar aqui, ele não tem nem como voltar pro interior, não tem o que comer, onde dormir e condições financeiras. Nêmesis

Investir ou não, confortar: isto é lidar com a finitude?

Vivenciar o enfrentamento do paciente diante do tratamento com todas as suas vicissitudes, juntamente com a incerteza de cura e a possibilidade de morte, são condições que acarretam no profissional forte carga emocional:

Vale a pena realizar um tratamento e dizer pro paciente que ele vai ter uma sobrevida? Um paciente fraco, sem conseguir comer, vomitando, reclamando de dor no corpo, por 4 meses? Até a morte dele? [...] Eu tenho uma dificuldade muito grande em determinar o que é sobrevida. Eros

Obstinação terapêutica e tratamento fútil, pois é comum o “investimento” num paciente que não suporta mais o tratamento, seja porque o médico não colocou a real situação para a família, ou não disse que aquele paciente não tem mais volta, ou porque a família não aceita perder o ente querido [...] esses dilemas já me causaram muito sofrimento, pois nos fazem reféns daquela situação muitas vezes, se o médico não falou a verdade pra família como nós vamos falar? [...] Outro exemplo clássico que acontecia era quando algum paciente da unidade de internação passava mal e era “suporte” só de boca, não estava evoluído no prontuário, a UTI era chamada para atender e entrava no quarto, o médico assistente já estava com o paciente e era “simulado” um atendimento, uma reanimação, ficavam todos parados lá dentro por alguns minutos e depois era dada a notícia que aquele paciente havia obitado. Afrodite

De ver o paciente que já perdeu completamente qualidade de vida continuar insistindo em seguir um tratamento que não vai trazer benefício nenhum pra ele e, assim, ter que se manter imparcial né, porque tu não pode, eu acho que é bem complicado tu chegar pro paciente ou pro familiar e dizer que tu acha que está no momento dele parar, quando aquilo pode ser a única esperança que ele tem, ou de tirar um peso da consciência, de ter tentado até o fim, mesmo sabendo que tu não está auxiliando. Diceia

É difícil entender que o seu fazer é limitado, que não pode fazer nada para evitar a morte daquele paciente jovem ou daquela mãe de família, o enfermeiro oncológico tem que se satisfazer com possibilidade de proporcionar conforto, alívio da dor. Afrodite

Ao se tratar da dor em oncologia, alguns entrevistados relataram que a sedação é uma opção pra proporcionar uma terminalidade menos agressiva e sofrida tanto para o paciente, para sua família e para a própria equipe:

Esse momento de decisão entre o que fazer: botar sedação, investe no paciente, comunica a família, não comunica. Acho que essa situação é a mais conflitante de todas porque a gente fica num fogo cruzado com médico, paciente e família, aí o que acontece às vezes a gente percebe que tem alguns médicos que tem mais dificuldade de decidir isso e, às vezes, o paciente vai sofrendo e a família vai sofrendo junto. Íris

Um profissional sinaliza que sedação pode ser um acelerador da morte:

Eu acho que é complicado fazer uma medicação [morfina] no paciente e o paciente ir a óbito. Eu já presenciei vezes que o paciente não precisava da medicação e o médico pediu pra fazer: - faz morfina, vai fazendo. Isso é uma coisa que eu não sei, claro se o paciente está em sofrimento tem que fazer, mas se o paciente não está sofrendo, a gente não deve fazer, eu não sei, acho que é uma eutanásia. Perséfone

Enfim, para enfermeiros expostos diariamente a situações de dor, sofrimento e morte, torna-se difícil não se abalar psicológica e emocionalmente.

DISCUSSÃO

Constata-se por meio dos dados do estudo, que os enfermeiros têm uma maneira muito específica de reagir face ao câncer e à pessoa com câncer e seus familiares. São modos comportamentais que expressam a capacidade de adaptação ou não e a visão do contexto da doença, da vida, da morte, da dor que o câncer traz consigo.

A partir da análise das entrevistas, foi possível identificar, analisar e organizar os resultados em quatro categorias, as quais serão discutidas conforme se apresenta:

Quando informar ou não se torna um dilema?

A abordagem do paciente com neoplasia maligna é uma tarefa difícil na prática clínica porque envolve a transferência de informações sobre seu diagnóstico, prognóstico, riscos e benefícios do tratamento, além das possibilidades de progressão da doença; nessas circunstâncias, transmitir notícias ao paciente é um processo desafiador. (PRIMO; GARRAFA, 2010).

Frente às características deste tipo de patologia, foi observado nas falas de Artemis e Pandora, que o paciente, ao receber o diagnóstico, não tem noção do caminho que vai percorrer com internações de longa permanência, a possibilidade de recidiva e as necessidades de intervenções. Nesta direção, é natural que se altere o contexto familiar, tornando mais vulneráveis todos os membros desta família a um desequilíbrio emocional, físico, mental e financeiro. (BRASIL, 2011)

Sendo uma das categorias dos conflitos/problemas éticos, a incerteza moral aparece como a insegurança quanto à moralidade da ação concretizada, considerando se a mesma é correta ou não. As circunstâncias de vida e morte, relacionadas ao processo da doença oncológica, muitas vezes prolongada pelos avanços tecnológicos, nestes ambientes tornam-se ainda mais repletas de situações de incerteza moral, dilemas e também de sofrimento moral, situações que ocorrem repetidamente, merecendo adequada atenção e futuros estudos (BARLEM, 2009).

Conforme os participantes Eros e Pandora, há com frequência um dilema no cuidado ao paciente oncológico: contar ou não contar a verdade, ou será uma incerteza moral? Depende da avaliação ética de cada um! Informar o paciente é uma obrigação “apenas” do médico? É uma condição necessária para o exercício da autonomia? A difícil tarefa de revelar o diagnóstico pode divergir no campo da experiência de cada um, e o médico [e os demais profissionais?] deve estar preparado para atuar de forma eficaz, levando em consideração as questões culturais, sociais e psicológicas do paciente. Cada caso deve ser avaliado, refletido profundamente sobre todas as alternativas de ações existentes em comunicar a verdade.

Nesta perspectiva, convém ressaltar que o ato de informar o paciente a respeito de seu diagnóstico é dever legal do médico, assim como o tratamento e seus riscos, permitindo ao paciente manifestar seu consentimento para o tratamento. O enfermeiro deve contribuir com a orientação e o esclarecimento de dúvidas acerca do

diagnóstico/tratamento. Dentro de uma equipe multidisciplinar seu papel educativo é fundamental na assistência prestada, pois o esclarecimento sobre os diversos aspectos da doença contribui para uma melhor vivência do paciente, diminuindo sua ansiedade.

Ainda vale dizer que comunicar uma notícia não é simplesmente informar e “desaparecer”. Trata-se de um processo que leva tempo e que deve ser realizado em várias etapas. Sabe-se que algumas informações terão de ser dadas repetidas vezes, já que pessoas em grave impacto emocional geralmente não absorvem aquilo que ouvem, mesmo que a linguagem utilizada seja compreensível.

Com relação à comunicação, outro aspecto importante levantado pela participante Ilitia é o registro no prontuário que deve ser fidedigno à conduta realizada. Entretanto, um estudo demonstra que os intensivistas evitam registrar algumas condutas. A maioria dos médicos admitiu que omite informações no prontuário, seja por considerá-las desnecessárias, ou por receio de punição pelo código de ética e/ou penal. Além da falta de protocolos hospitalares de condutas diante de um paciente sem esperança de cura, como limitação de suporte vital, a ausência de uma legislação clara e objetiva a respeito do assunto contribui para a insegurança dos médicos (GAUDENCIO; MESSEDER, 2011).

O pouco tempo que o médico disponibiliza atualmente, durante uma consulta, e a falta de comunicação entre as partes, relacionam-se com a insatisfação do paciente pelo atendimento recebido. Talvez isso justifique o motivo pelo qual os pacientes procurem mais informações a respeito da sua doença, sobretudo por meio da internet, ampliando o acesso à informação. Contudo, saber selecionar a melhor e a mais correta informação não é tarefa simples, por isso, o paciente encontra, muitas vezes, dificuldades de distinguir, por exemplo, o certo do enganoso.

Seguindo a tendência pela procura de informações na internet, um estudo discorre sobre a qualidade da informação disponível, em português, na internet sobre as doenças mais prevalentes no Brasil, entre estas a HAS (hipertensão arterial sistêmica), o DM (diabetes *mellitus*) e o IAM (infarto agudo do miocárdio). Concluem que a informação disponível em português na internet sobre estas três patologias é frequentemente inadequada e insuficiente (DEL GIGLIO et al., 2012).

Atualmente, o conhecimento tecnológico permite o rápido acesso a informações, o amplo desenvolvimento dos meios de informação. Logo, o maior acesso pela população abre um novo campo na relação médico-paciente [interferindo também na relação enfermeiro-paciente] onde ocorre a posição de compartilhamento de decisões (SILVESTRE et al., 2012).

Conforme a participante Métis, é importante ressaltar que a procura por informações não permite que o paciente tome atitudes de forma autônoma, como mudar o tratamento medicamentoso ou não medicamentoso, decidir por outras condutas preventivas, diagnósticas ou curativas. Portanto, a informação serve, de fato, para compreender melhor acerca de sua situação clínica.

Implicações nas e das relações interpessoais

A comunicação envolve relações interpessoais e, frequentemente, podem ocorrer problemas, dificuldades e restrições, de maneira que a mensagem enviada não é decodificada corretamente (SALES et al., 2012). As participantes da pesquisa denominadas como Métis, Pandora e Afrodite salientam a variação significativa de assimilação das informações dadas pela equipe de um paciente para o outro, por isso o ato da comunicação é fundamental para o desenvolvimento do trabalho dos enfermeiros, fornecendo as informações necessárias, usando linguagem acessível e verificando a assimilação dessas informações pelo usuário.

Ao longo dos anos, a relação médico-paciente foi guiada, principalmente, pelos princípios da beneficência e da não maleficência. No Brasil, essa relação se dá sob um modelo paternalista e conservador. O surgimento dos direitos do paciente, em especial o direito à autodeterminação, motivou os médicos a adotarem novas condutas. Em determinadas especialidades como na Oncologia, essas mudanças trouxeram novos conflitos éticos (ALBUQUERQUE; ARAÚJO, 2011). Convém reforçar que, obviamente, esta relação extrapola para a relação enfermeiro-paciente e demais profissionais da saúde.

Sob a perspectiva da oncologia, a participante Bia salienta que a relação médico-paciente carrega peculiaridades que lhe são próprias. Por se tratar de uma doença percebida como traumatizante, perante o imaginário pessoal e coletivo, sua abordagem torna-se especialmente difícil. Entre os vários aspectos que compõem a relação médico paciente, a empatia merece destaque, porque deixa o último mais seguro e disposto a informar com mais desenvoltura seus problemas, sintomas e dúvidas. (SILVA et al., 2011)

O cuidado em saúde, visto sob a perspectiva interdisciplinar, tem como proposta de ação um cuidado com foco na vida do ser humano mediante esforço coletivo de saberes múltiplos que se integram em prol de um cuidado de qualidade. Nesse particular, ressalta-se que a integração dos conhecimentos dá-se, sobretudo pelo diálogo, comunicação, troca,

respeito mútuo, sinergia, convergência de ideias e não simplesmente pela justaposição de saberes (SILVA et al., 2013).

Assim, as entrevistadas Bia, Artemis e Héstia salientam a necessidade de um trabalho em equipe, um trabalho com o outro e para outro em sintonia, valorizando a experiência de cada profissional e acolhendo as necessidades do ser humano a partir de uma escuta sensível e olhar perceptivo. Nessa direção, a participante Artemis reforça as relações de cumplicidade e afeição da tríade enfermeiro/ser humano/equipe de saúde, aproximando os profissionais das necessidades do ser humano e da equipe e ainda favorecendo o intercâmbio de saberes e fazeres, enriquecendo as atitudes de cuidado.

Quando a estrutura física e de pessoal e o processo de assistência ao paciente oncológico gera stress

No Brasil, a atenção à saúde se configura em um sistema dual em que, apesar de haver um sistema de acesso universal, o SUS (Sistema Único de Saúde), existe outro, paralelo, de acesso diferenciado e que oferece assistência diferenciada (privado). Diante deste sistema, podem surgir situações de injustiças cometidas no cenário hospitalar, contra os profissionais, o paciente e a família. Essas situações estão relacionadas a vários processos, como por exemplo, o tipo de cobertura oferecido pelo plano de saúde, resultando em uma prestação de assistência desigual e injusta, envolvendo-os em práticas discriminatórias, segundo o tipo de cobertura para tratamento oferecido pelos convênios ao cliente. A qualidade assistencial está relacionada à abrangência da cobertura do convênio, ou seja, o plano de saúde que o paciente possui é que determinará a qualidade da assistência que este irá receber (BERTI, 2011).

Diante do exposto, as falas dos entrevistados Nêmesis, Diceia e Eros reforçam a ideia de que ocorre uma assistência diferenciada ao paciente que é atendido pelo SUS. Ou seja, constata-se inacessibilidade aos novos tratamentos do câncer, morosidade na espera do diagnóstico da doença e inadequada estrutura física hospitalar à demanda do paciente, familiares e profissionais.

A angústia que aparece na fala da Artemis, em relação à peregrinação quando se descobre um câncer, pode ter respostas na lei federal nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que estabelece um prazo máximo de 60 dias para que pessoas com câncer iniciem o tratamento pelo SUS. Este período inicia a partir da confirmação do diagnóstico e da inclusão dessas informações no prontuário e define que os pacientes

devem passar por cirurgia ou iniciar as sessões de quimioterapia ou radioterapia, conforme a indicação de cada caso.

Para as participantes Nêmesis e Pandora, os cuidados recebidos dos profissionais no que tange às suas necessidades emocionais são importantes, mas também é necessário contemplar melhorias na infraestrutura hospitalar. O objetivo é proporcionar, ao familiar e paciente, acomodações adequadas, privacidade e conforto durante sua estadia na instituição.

Investir ou não, confortar: isto é lidar com a finitude?

A resistência dos profissionais em aderir ao paradigma do cuidar quando não há mais cura traz consigo a constatação da negligência no cuidado com pacientes portadores de câncer em fase avançada. Diante disto, alguns profissionais sentem-se angustiados, desmotivados e impotentes decorrentes de práticas injustas e discriminatórias. Ao tomar condutas de resistência às injustiças cometidas contra si e contra os pacientes, surgem diversos conflitos, em diferentes instâncias, cuja análise remete a reflexões e questionamentos sobre justiça e seus diversos significados e sobre o trabalho em enfermagem (RODRIGUES. ZAGO, 2010). Destaca-se que o profissional e a família devem estar conscientes e disponíveis para compreenderem que quando não há nada do ponto de vista técnico-científico a se fazer, ainda há muito no enfoque humano. A finitude humana deve ser aceita por todos da maneira mais digna possível, pois se deve cuidar da pessoa e não apenas da doença.

Nos momentos em que ocorrem conflitos entre os princípios da beneficência e da autonomia, alguns médicos acreditam que a obrigação de fazer o bem hierarquicamente se sobrepõe ao respeito à vontade do paciente - princípio da autonomia. Diante deste conflito ético identificado, o médico deve avaliar cada situação e tentar reconhecer, de fato, o que os pacientes desejam e o quanto essas decisões irão interferir em sua vida (ALBUQUERQUE; ARAÚJO, 2011).

A bioética, a ética e a moral norteiam a prática de enfermagem e são decorrentes dos preceitos legais do código de ética de enfermagem, determinantes para a responsabilidade de postura profissional, porém não satisfaz e não é suficiente, mediante a complexidade do cuidado na atualidade, somente conhecer o código. Assim, no que tange à enfermagem, nesse processo do cuidado oncológico, a compreensão e um viver com responsabilidade deve traduzir uma prática holística, mesmo quando a cura não é mais possível. O conceito de responsabilidade, sob a

perspectiva da bioética, é a obrigação de termos de responder pelo ato que realizamos e pelas suas respectivas consequências.

Os avanços tecnológicos da medicina por vezes tornam impreciso o limite das possibilidades terapêuticas. Os aparelhos que prolongam a vida, os meios extraordinários aplicados à manutenção das funções biológicas, o dever de envidar todos os esforços no sentido de impedir a morte, usando para isto todos os meios disponíveis, criaram a possibilidade teórica de retardar indefinidamente o momento em que se pode reconhecer o limite da ciência e da tecnologia na manutenção da vida. Portanto, não se trata aqui apenas de uma questão de diagnóstico e de prognóstico. Conforme os participantes Eros, Afrodite, Diceia e Iris, o problema envolve a própria definição de qualidade de vida, para que se possa determinar o momento para adotar condutas que amenizem o sofrimento e compreender as características irreversíveis do processo de finalização da vida.

Simultaneamente à intenção de melhorar a qualidade de vida da pessoa com câncer, o cuidado paliativo é visto como uma proposta de intervenção terapêutica para pessoas com qualquer doença crônica, independentemente do processo de terminalidade. Sua finalidade é possibilitar com a convivência com a doença de uma forma digna e com qualidade de vida. Atualmente, a reflexão que se faz é sobre a integração dos cuidados paliativos na totalidade da assistência prestada ao paciente, por meio da qual se pretende fazer o bem, entendendo-se bem como a promoção da qualidade de vida. (LUZ et al., 2013).

Ainda neste contexto, a assertiva da autonomia do paciente é valorizada. Ou seja, detectam a autonomia no reconhecimento de que o paciente tem um projeto de vida, valores que podem ser diferentes dos valores do profissional, havendo necessidade de respeitá-los na medida adequada. Não obstante, é importante que seja conduzida uma discussão dentro da equipe e, depois, com o paciente e/ou familiares, sempre considerando os pressupostos éticos e morais, sem perder de vista a particularidade de cada situação e a possível vulnerabilidade dos sujeitos, capaz de comprometer seu adequado processo de decisão (LUZ et al., 2013).

Uma nova visão de medicina crítica, a qual prioriza a qualidade de vida e o conforto do enfermo, vem substituindo uma medicina obstinada a manter o paciente vivo. Essas mudanças trazem a oportunidade de pacientes sem prognóstico evoluírem com uma morte menos sofrida, criando uma relação honesta com apoio emocional e comunicação com o doente e seus familiares. Entretanto, os médicos se

deparam com conflitos éticos e culturais, os quais vão interferir na conduta final (GAUDENCIO; MESSEDER, 2013).

Ao se tratar da dor em oncologia, algumas enfermeiras entrevistadas relataram que a sedação é uma opção para proporcionar uma terminalidade menos agressiva e sofrida, tanto para o paciente, para sua família e para a própria equipe. É impossível abordar o tema oncologia e não abordar a dor como uma das principais preocupações dos profissionais da área da enfermagem. Logo, Bia, uma das entrevistadas, relaciona sedação a um acelerador da morte. No entanto, Camargo e Kurashima (2007) afirmam que a prescrição de medicações com a finalidade de diminuir o sofrimento do paciente não pode ser considerado como morte assistida, ou seja, um "acelerador" da morte. Quando indicada corretamente, a sedação não pode ser vista como uma eutanásia ativa, pois o paciente está numa fase de morte iminente e o óbito decorrerá do processo natural da doença e não da sedação. Mais um dilema que se expressa. Mais uma questão que, por si só, demanda muito debate e contextualização adequada de cada situação específica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensar sobre os problemas éticos na oncologia, na perspectiva dos enfermeiros, foi uma tarefa árdua. Ou melhor, consubstanciou-se em uma atividade de garimpo, tendo em vista as poucas referências específicas e a necessária interface que teve que ser feita com várias questões para discutir a temática. Além disso, não existe uma separação tão linear em relação aos dilemas e problemas éticos. Durante a construção da pesquisa, foram comum os questionamentos diante das falas dos participantes, tentando detectar do que se tratava aquela vivência. Seria uma incerteza moral, um dilema ético ou um problema ético?

Questões como essas, que estão implicadas na abordagem do paciente com câncer, desde seu diagnóstico até o cuidado paliativo, assim como a comunicação e a informação adequada, são determinantes para o tratamento e as relações. Outra questão que emergiu foi em relação à terminalidade em várias dimensões: o paradigma do cuidado paliativo, a obstinação terapêutica e a dor oncológica. Outro tema, também bastante complexo, é a dualidade dos sistemas de saúde: SUS x Convênio/Particular. Contudo, foi possível a emergência de uma melhor compreensão desse contexto da oncologia e, dessa forma, a detecção da importância de olhar para o enfermeiro como aquele que também

necessita de apoio emocional, visto que este estudo, ainda, pode dar mais visibilidade e valor à enfermagem como profissão.

Aumentar a conscientização e diálogo sobre as questões éticas é um primeiro passo importante na busca de recursos. Outro progresso importante é incentivar na clínica a enfermagem oncológica a participar ativamente nas tomadas de decisões éticas e tornar suas ações deliberadas como um agente moral.

Nesse contexto, em que as pessoas começam a questionar os procedimentos terapêuticos em situações de terminalidade da vida e a despertar a consciência sobre o direito à autonomia, é que o presente estudo procurou analisar as percepções dos profissionais de saúde sobre o direito a uma morte digna. Como a bioética ocupa-se, entre outras questões, dos dilemas éticos ligados à vida e à morte, à autonomia das pessoas e ao prolongamento artificial da vida humana, esse campo se mostrou essencial para analisar o presente tema, especialmente pelo seu caráter transdisciplinar.

Os resultados da pesquisa trouxeram dados importantes para esse debate, contudo, destaca-se a necessidade de desenvolver outras pesquisas nessa área, a fim de chamar a atenção dos profissionais para a discussão sobre os problemas éticos vivenciados por vários enfermeiros na prática da enfermagem oncológica.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Paula Danielle Santa Maria de; ARAÚJO, Laís Záu Serpa de. Informação ao paciente com câncer: o olhar do oncologista. **Rev. Assoc. Médica Bras.** v.57, n.2, p.144-152, 2011.

BARLEM E L D. **Vivência do sofrimento moral no trabalho da enfermagem: percepção da enfermeira.** Orientado por Valéria Lerch Lunardi e co-orientado por Guilherme Lerch Lunardi. Rio Grande, 2009. 105 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Rio Grande, 2009.

BERTI Heloisa Wey. Da percepção de impotência à luta por justiça na assistência à saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [serial on the Internet]. v.16, n.4, p. 2271-78, 2011. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000400026&lng=en.

BIERNACKI, P. WALDORF, D. Snowball Sampling: Problems and techniques of Chain Referral Sampling. **Sociological Methods & Research**, v.10 n.2, p. 141-163, Nov., 1981.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

BULHOSA, Michele Salum. **Sofrimento Moral no Trabalho da Enfermagem**. Orientado por Valéria Lerch Lunardi. Rio Grande, 2006. 92 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Rio Grande, 2006.

CAMARGO, Beatriz; KURAMASHINA, Andrea Y. **Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: o cuidar além do curar**. São Paulo: Lemar, 2007.

CARVALHO, Karen Knopp. **A obstinação terapêutica como uma questão ética**. Orientado por Valéria Lerch Lunardi. Rio Grande, 2005. 100 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Rio Grande, 2005.

COHEN Jeryl S.; ERICKSON Jeanne M. Ethical Dilemmas and Moral Distress in Oncology Nursing Practice. **Clinical J. Oncology Nurs.** v. 10, n.6, p. 775-780 Dec., 2006.

CORLEY, Mary C. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. **Nurs. Ethics**, [s.l.] v.9, n. 6, p. 636-650, nov., 2002.

DALMOLIN, Grazielle de Lima et al. Implicações do sofrimento moral para os(as) enfermeiros(as) e aproximações com o Burnout. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000100023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 maio 2012.

DALMOLIN, Grazielle de Lima; LUNARDI, Valéria Lerch. **O sofrimento moral para os trabalhadores de enfermagem no**

desempenho profissional: aproximações e distanciamentos de duas realidades. Orientado por Valéria Lerch Lunardi. Rio Grande, 2007. Monografia (Conclusão de Curso) - Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2007.

DEL GIGLIO Adriana et al. A Qualidade da informação da internet disponível para Pacientes em páginas em português. **Rev Assoc Med Bras** v.58, n.6, p. 645-49, 2012.

ELPERN, Ellen H.; COVERT, Barbara; KLEINPELL, Ruth. Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. **Am J Crit Care.**, v.14, n.6, p. 522-530, nov., 2005. Disponível em: <<http://ajcc.aacnjournals.org/cgi/content/full/14/6/523>>. Acesso em: 10 dez. 2012.

GAUDENCIO, Debora; MESSEDER, Octavio. Dilemas sobre o fim-da-vida: informações sobre a prática médica nas UTIs. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700012&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Aug. 2013.

JAMETON, A. **Nursing Practice: The Ethical Issues**. Prentice-Hall: Englewood Cliffs. 1984.

JAMETON, A. Dilems of moral distress: moral responsibility and nursing practice. **Clinical Issues**, v.4, n.4, p.542-551, 1993.

LUZ Kely Regina da et al. Cuidados paliativos na doença renal crônica: uma revisão integrativa. **Enfermagem em Foco**, No prelo.

PRIMO, Walquiria Quida Salles Pereira; GARRAFA, Volnei. Análise ética da revelação do diagnóstico e tratamento em pacientes com câncer genital ou mamário. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 56, n. 4, 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000400010&lng=en&nrm=iso>. Access on 07 Aug. 2013.

QUEIROZ, S G. **Condições de trabalho e saúde dos enfermeiros em oncologia**. Orientado por Maria Yvone Chaves Mauro. Rio de Janeiro, 2008. 98 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade do

Estado do Rio de Janeiro, Centro Biomédico, Programa de Pós graduação em Enfermagem. Rio de Janeiro, 2008.

RODRIGUES, Inês Gimenes; ZAGO Márcia Maria Fontão. Cuidados paliativos: realidade ou utopia? **Cienc. cuid. saude**. v.8, i0, p. 136-141, 2010.

SALES Catarina Aparecida et al. Cuidado de enfermagem oncológico na ótica do cuidador familiar no contexto hospitalar. **Acta paul. enferm.** v. 25, n.5, p. 736-42, 2012.

SILVA Carlos Mmaximiliano Gaspar Carvalho Heil et al. Relação médico-paciente em oncologia: medos, angústias e habilidades comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza (CE). **Ciênc. saúde coletiva**, v.16, supl. 1, p. 1457-1465, 2011.

SILVA Thiago Privado et al. A interdisciplinaridade e suas contribuições para o cuidado de enfermagem: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE** on line., Recife, v.7(esp), p. 4823-30, jul., 2013.

SILVESTRE, Jennifer Corrêa Carvalho et al. Uso da internet pelos pacientes como fonte de informação em saúde e a sua influência na relação médico-paciente. **Rev. AMRIGS**. v.56, n..2, p. 149-155, 2012.

SORTA-BILAJAC I. et al. Croatian physicians' and nurses' experience with ethical issues in clinical practice. **J Med Ethics**, Londres, v. 34, n.6 , p. 450–455, jun., 2008.

TOFFOLETTO, Maria Cecilia et al. A distanásia como geradora de dilemas éticos nas Unidades de Terapia Intensiva: considerações sobre a participação dos enfermeiros. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, SP, v. 18, n. 3, p.307-312 , set., 2005.

VARGAS, Mara Ambrosina de Oliveira et al. Internação por ordem judicial: dilemas éticos vivenciados por enfermeiros. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, Mar. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000100015&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Aug. 2013.

4.2 ARTIGO 2: ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTOS UTILIZADAS POR ENFERMEIROS DA ONCOLOGIA NA ALTA COMPLEXIDADE

Kely Regina da Luz
Mara Ambrosina de Oliveira Vargas

RESUMO

Pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva realizada com 18 enfermeiros que trabalham em unidades de internação ou em ambulatório de quimioterapia para pessoas com câncer no município de Porto Alegre e Florianópolis, constituindo-se como objetivo identificar as estratégias de enfrentamentos dos enfermeiros da oncologia na alta complexidade hospitalar, diante da vivência com pessoas com câncer. A amostragem se deu pelo método Bola de Neve. A coleta de dados ocorreu em março de 2013, através de uma entrevista semiestruturada, após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Para a análise de dados, empregou-se a análise temática. Os resultados revelam que aliviar o sofrimento emocional no contexto oncológico não é tarefa fácil, pois o enfermeiro vive com o paciente e a família situações muito difíceis, e por vezes dramáticas, partilhando deste sofrimento. Emergiram questões relacionadas à negação, ao envolvimento ou não emocional no cuidado ao paciente, à empatia, à resignação, além da importância de cuidar daqueles que cuidam. A satisfação/valorização do trabalho e busca pela qualificação profissional também aparecem como uma forma de minimizar o sofrimento. Conclui-se que a conduta do enfermeiro frente aos problemas éticos no cuidado à pessoa com câncer exige muito mais do que conhecimentos acerca da doença, surgindo nesse convívio com o processo de cuidado estratégias para o enfrentamento. O entendimento dessas estratégias ameniza o sofrimento e melhora o processo de cuidar das pessoas com câncer.

Descritores: enfermagem oncológica; bioética; vínculos emocionais; relações interprofissionais; ética; morte.

ABSTRACT

A qualitative research, with an exploratory and descriptive approach, developed with 18 nurses who worked in inpatient units or outpatient chemotherapy units with cancer patients in the city of Porto Alegre and Florianópolis. The objective was to identify the coping strategies of

oncology nurses in high complexity, related to the experience with people with cancer. The sampling method was given by the Snowball technique. Data collection ensued in March 2013, through a semi-structured interview and after the approval by the Ethics Committee in Research. For data analysis we used thematic analysis. The results revealed that relieve emotional distress in the oncological context is not an easy task, because the nurse experience the same feelings that the patient and family feel, sometimes sharing the same suffering experience. From the study emerged subjects related to the denial, or thr emotional involvement in patient care, empathy, resignation and the importance of caring for those who care. The satisfaction/appreciation of the work and looking for professional qualification also emerged as a way to minimize suffering. We conclude that the behavior/performance of the nurse in ethical problems related to the care of the person with cancer requires much more than knowledge about the disease, in association with that process of care appear strategies for coping. Understanding those strategies relieve suffering and improve the process of care for people with cancer.

Descriptors: Oncology Nursing, Bioethics, Emotional Bonds, Interprofessional Relations, Ethics, Death.

RESUMEN

Investigación cualitativa, exploratoria y descriptiva realizada con 18 enfermeros que trabajan en unidades de internación o en ambulatorio de quimioterapia para personas con cáncer en el municipio de Porto Alegre y Florianópolis, constituyéndose como objetivo identificar las estrategias de enfrentamientos de los enfermeros de oncología de alta complejidad hospitalaria, mediante la vivencia con personas con cáncer. La muestra se dio por medio de Bola de Nieve. La recolección de los datos ocurrió en marzo de 2013, a través de una entrevista semiestructurada y después de la aprobación del Comité de Ética en Investigación. Para el análisis de datos se utilizó el análisis temático. Los resultados revelan que aliviar el sufrimiento emocional en el contexto oncológico no es una tarea fácil, ya que el enfermero vive con el paciente y la familia, situaciones muy difíciles y a veces dramáticas, que lo hacen compartir este dolor. Emergieron cuestiones relacionados con la negación, el involucramiento emocional en el cuidado del paciente, la empatía, la resignación, además de la importancia de cuidar de aquellos que cuidan. La satisfacción/valorización del trabajo y la búsqueda por la calificación profesional también apareció como una forma para minimizar el

sufrimiento. Se concluye que la conducta del enfermero frente a los problemas éticos en el cuidado a la persona con cáncer exige mucho mas que el conocimiento sobre la enfermedad, en este convivio con el proceso de cuidado surgen estrategias para el enfrentamiento. Y el entendimiento de estas estrategias amenizan el sufrimiento y mejoran el proceso de cuidar de personas con cáncer.

Descritores: Enfermería Oncológica; Bioética; Vínculos Emocionales; Relaciones Interprofesionales; Ética; Muerte.

INTRODUÇÃO

O câncer trata-se de um problema de saúde pública, no âmbito nacional e mundial, e de grande relevância epidemiológica, no que tange à incidência e à morbimortalidade. É uma doença crônica e representa no imaginário das pessoas o símbolo da impossibilidade de cura, remetendo o ser humano ao confronto com a realidade e a finitude da vida (BRASIL, 2011).

De acordo com dados divulgados pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), referentes à estimativa para o ano de 2012, válida também para 2013, são esperados um total de 257.870 casos novos de câncer para o sexo masculino e 260.640 para o sexo feminino, incluindo os casos de câncer de pele não melanoma (BRASIL, 2011).

A assistência às pessoas com câncer tem avançado ao longo dos anos no âmbito tecnológico. Novos métodos de detecção precoce, rastreamento dos agentes cancerígenos e tipos de neoplasias são exemplos da evolução. Contudo, o termo câncer é evitado pelos profissionais de saúde e é carregado pelo estigma da iminência de morte (GOLDIM, 2013).

Somando-se a este fato, a constante aplicação da ciência e da tecnologia no processo de cuidar em saúde, com destaque para a enfermagem, tem influenciado significativamente a prática destes profissionais, em decorrência do surgimento de dilemas de ordem ética durante o exercício da profissão, inferindo-se, assim, a inquestionável importância que a bioética adquire para os enfermeiros, na sua tomada de decisões frente a problemas éticos e morais (MASCARENHAS; ROSA, 2010).

A peculiaridade do perfil das pessoas com câncer decorre da grande demanda de cuidados e da instabilidade do quadro clínico, além da presença dos familiares, que apresentam as suas próprias necessidades,

exigindo ações de cuidado que incluem a educação e o apoio (SILVA; SUDIGURSKY, 2008).

No contexto hospitalar, a equipe de enfermagem assume grandes responsabilidades com esses pacientes, tendo como competência prestar assistência na avaliação diagnóstica, tratamento, reabilitação e atendimento aos familiares (BRASIL, 2008). Ainda lida permanentemente com situações de penosidade, sofrimento e morte, que são exacerbadas pelas características da demanda e do ambiente de trabalho. Enfim, esse contexto, no qual se exige uma assistência com primazia na avaliação integral do paciente e sua família, requer dos profissionais um movimento de doação (FURTADO et al., 2009).

Vivenciar é definido como viver, sentir ou captar em profundidade, conceito que engloba mais do que uma descrição da prática da assistência, envolve aspectos críticos e subjetivos do relacionamento profissional-cliente e como esse binômio influencia o processo de saúde. A vivência do enfermeiro oncológico é marcada por situações conflitantes, expondo o profissional de enfermagem a uma atmosfera de sentimentos, principalmente negativos, que podem causar danos que refletem tanto nas relações emocionais quanto nos aspectos profissionais desse indivíduo (AMADOR et al., 2011).

Os profissionais de saúde são preparados para prolongar a vida e promover a cura. Em face do paciente terminal, eles se confrontam com seus limites, impotências e incapacidades que geram raiva e culpa o que pode resultar em negação e fuga da realidade.

O controle emocional, o conhecimento, a disponibilidade, a flexibilidade, a capacidade de interação, o reconhecimento de limites e posturas éticas que garantam a confiança e a segurança emocional tornam-se aspectos vitais na relação terapêutica para auxiliar as pessoas com câncer e seus familiares, e até mesmo o próprio profissional, a serem resistentes diante das limitações que essa patologia causa, dos efeitos do câncer e do seu tratamento (CARVALHO; DI LEONE; BRUNETTO, 2009).

A rotina de trabalho da enfermagem não leva em conta os problemas que os profissionais enfrentam em seu cotidiano, tanto dentro quanto fora do trabalho. Espera-se que eles jamais expressem ao paciente suas dificuldades e que possam transmitir-lhe apenas tranquilidade.

A partir dessas considerações, o objetivo deste estudo é identificar as estratégias de enfrentamentos dos enfermeiros da oncologia na alta complexidade hospitalar, diante da vivência com pessoas com câncer.

Nesta perspectiva, é relevante que os profissionais reflitam quanto ao seu processo de enfrentamento dos conflitos e problemas no cotidiano de trabalho, identificando assim suas fragilidades, dificuldades e limitações, o que poderá auxiliar na construção de estratégias defensivas com a finalidade de se proteger e prevenir o mesmo. Acredita-se também que o presente estudo pode constituir-se como fonte de pesquisa para profissionais da área oncológica e para o embasamento de possíveis trabalhos científicos que abordarem temática similar.

METODOLOGIA

Estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com 18 enfermeiros que trabalham com pessoas com câncer em unidades de internação hospitalar e ambulatório hospitalar de quimioterapia, em duas capitais do Sul do País. Este estudo emergiu de um dos objetivos de uma dissertação de mestrado, intitulada: Problemas éticos vivenciados por enfermeiros no cuidado em oncologia na alta complexidade. A metodologia da amostragem em "bola de neve" consiste em eleger participantes iniciais de uma pesquisa social que indicarão outros sujeitos para participarem da pesquisa que, por sua vez, indicarão outros até que seja atingido o ponto de saturação de dados, isto é, quando as informações passam a se repetir e nenhuma novidade é trazida a mais para a investigação (BIERNACKI e WALDORF, 1981). Por conseguinte, não ocorreu num local determinado, já que foi conforme o contato com os participantes.

A coleta de dados aconteceu em março de 2013, após a aprovação pela Plataforma Brasil direcionada ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina com emissão do parecer em 18 de fevereiro de 2013 e aprovado sob o número 204.293. Os participantes da pesquisa foram informados sobre o objetivo do estudo e a garantia do anonimato, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), observando-se as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Uma entrevista semiestruturada foi o instrumento de coleta de dados. Essas entrevistas foram gravadas e ocorreram em um local de preferência do participante e posteriormente transcritas na íntegra. O contato com o primeiro participante de cada capital foi da escolha da autora do estudo, devido ao contato com muitos colegas nesta área. E o participante seguinte foi indicado por este primeiro e assim por diante.

Com relação à inclusão dos participantes, considerou-se o fato do profissional desenvolver atividade assistencial com pessoas (adultos) com

câncer que possuíam um ano ou mais de experiência na oncologia, porque acredita-se que um contato inferior a um ano não é suficiente para vivenciar e identificar situações de problemas éticos, independente da idade, sexo, horário de trabalho.

A metodologia utilizada para analisar os dados foi a análise temática. Portanto, o primeiro momento da análise ocorreu pela transcrição na íntegra das entrevistas e a leitura prévia das mesmas, identificando alguns elementos chaves, e sinalizando com cores diferentes para facilitar o agrupamento, seguido pela leitura ampliada dos depoimentos e análise profunda e agrupamento dos elementos chaves e, por último, realizou-se a composição de uma estrutura descritiva.

Para a garantia do anonimato dos participantes, os mesmos foram identificados no estudo por nomes de deuses e deusas gregas, visto que o trabalho na oncologia pode ser compreendido com uma atividade divina. Esses enfermeiros são considerados pela autora do estudo seres Heráclidas, ou seja, inspirados em Héracles, o deus da força, conforme a mitologia grega (FRANCHINI, A. S; SEGANFREDO, 2005). Todo o material gerado durante a pesquisa está sob a guarda da pesquisadora, que será mantido por 05 (cinco) anos e, após este período, destruído.

RESULTADOS

Emergiram cinco categorias principais: *a) a negação é uma estratégia de enfrentamento; b) o exercício (manejo) do enfermeiro oncológico x câncer; c) os múltiplos vieses da interação; d) as implicações da qualificação profissional; e) para enfrentar é preciso gostar do que se faz.* Em cada uma apareceram as estratégias utilizadas e as sugeridas para o enfrentamento do cotidiano pelos enfermeiros que trabalham com pessoas com câncer.

A negação é uma estratégia de enfrentamento

O processo de negação, que é um mecanismo de defesa muito comum, aparece como uma das estratégias de enfrentamento:

Acho que as fases da aceitação de uma doença passam pelo paciente, pela família, e principalmente, pelos profissionais que cuidam. É tudo muito claro, se tu começar a observar, por exemplo, o paciente vem reclamando, reclamando, daí tu diz: - ah, tu tá negando! Mas tu também tá negando uma série de cuidados pra aquele paciente. Kera

Aqui no hospital a gente tem um psicólogo que é muito bom pra tratar os funcionários porque a gente acha que está preparado e não está. Alguém fala: - ah o fulano morreu. Eu não lembro mais da imagem, eu lembro até da pessoa, mas eu bloqueio a imagem, a maioria dos rostos eu esqueço provavelmente isso é uma estratégia. Méris

Logo que entrei eu me envolvia mais, quando o paciente estava mal fazia questão de conversar com a família, de fazer uma oração e aquilo depois eu fui perdendo, não sei se foi um bloqueio. Perséfone

Em relação às estratégias sugeridas pelos enfermeiros entrevistados, para encarar o trabalho com a pessoa com câncer, sinaliza-se a busca pela melhor elaboração desse sentimento de negação, através da disposição de um serviço de apoio psicológico:

Acho que a gente deveria ter um acompanhamento psicológico porque, eu agora acho que enfrento bem a parte da morte, acho que depois de tanto tempo eu já enfrento bem, não sofro tanto, mas no início a gente sofre [...] não é que vai ficando frio, porque dizem que a gente fica frio, eu acho que a gente vai aprendendo. Perséfone

Sugiro um programa de acompanhamento psicológico para os funcionários, não só para os pacientes e familiares. Isso evitaria a grande rotatividade de funcionários e o afastamento das atividades por doenças relacionadas ao trabalho e demonstraria preocupação com aqueles que prestam o cuidado, que estão na linha de frente. Afrodite

O exercício (manejo) do enfermeiro oncológico x câncer

Percorrer o processo terapêutico com todos os seus desafios, ligado à incerteza de cura e a possibilidade de morte, exige estratégias no manejo do enfermeiro:

No começo eu sofria muito, quando o paciente dizia que achava que o que estava fazendo não estava resolvendo, ao invés de ajudar estava piorando. Mas depois a gente vai tendo que encarar a

realidade, é uma doença que precisa ser tratada até onde há possibilidade. Eucleia

Procuro trabalhar a questão da resignação, aceitando as doenças com naturalidade, mas sem perder a esperança na possibilidade de cura. Têmis

Procuro sair daqui e desligar, se não enlouquecemos, [...] muitas vezes não consigo desligar. Uma vez, um paciente que era ele e a esposa e ele nos tratava como filhos, porque eles não tinham filhos, e ele tava muito mal e antes de eu ir embora, não são todos, mas têm alguns pacientes que a gente faz isso, eu fui até o quarto e me despedi dele e dela e não sei por que eu disse pra ela: - vou acender uma vela e vou fazer uma oração pra ele. E eu nunca acendi vela na minha vida! [...] Catei uma vela, acendi e fiz a oração e depois no outro dia eu cheguei pra trabalhar e as gurias me disseram: ele faleceu tal hora. Bem na hora que eu tinha acendido aquela vela. Perséfone

A minha estratégia é o afastamento. A partir do momento que saio do meu horário de trabalho, pouquíssimas vezes aconteceu o óbito de algum paciente mais querido que deixasse me abater. Temos que ter isso, senão a gente acaba desistindo. Diceia

Outros buscam a tranquilidade na sensação de dever cumprido:

Num primeiro momento eu não tinha estratégia, eu levava muito pra casa, sofria bastante com os pacientes, meu primeiro ano foi bem difícil, vi famílias sendo destruídas, pais perdendo filhos, até que o tempo me ensinou qual a melhor forma da gente não absorver tudo isso. Foi simplesmente dar o meu melhor ali no meu período de trabalho, é ajudar ao máximo, é tentar esclarecer o máximo aquele paciente, aquele familiar, é procurar realmente solucionar os problemas deles dentro do meu possível pra sair dali tendo a plena satisfação de trabalho cumprido, bato meu cartão sabendo que o que eu podia fazer para aqueles pacientes eu fiz. Eros

Pra falar a verdade não tenho nada definido como estratégia [...] na realidade não acho sofrido [...] tento ser atenciosa com o paciente para que ele se sinta confortável, porém tentar não se envolver com o paciente. Acho importante realizar atividades que tirem o foco do trabalho, manter uma vida social ativa ajuda bastante. Cárís

É preciso investir em momentos de lazer. Artemis

A empatia e o respeito também aparecem como a melhor forma de enfrentar o sofrimento a que estes profissionais estão expostos:

Minha primeira estratégia é escutar muito o paciente, não só ele, família também, a pessoa que tá acompanhando. Manter sempre o humor, a educação e o respeito. Kera

A estratégia que utilizo é o meu coração [...] a empatia, eu me coloco no lugar do paciente, do familiar. O tempo vai passando e tu vai aprendendo é a maturidade profissional. Eu me envolvia muito com os pacientes que faziam transplante de medula, porque são poucos, é um paciente especial, diferente. Conhecia a família, orientava, eu que transplantava ele, é o enfermeiro que transplanta, meu deus, eu me sentia muito feliz naquele momento, mas a gente se envolvia, tinha épocas que eu me controlava pra não ligar, porque a minha vontade era saber se deu certo. Se o rim tá funcionando, se o coração tá funcionando. Depois fui criando barreiras, hoje é: - tchau, deu, acabou! E é aprendizado porque se não tu vai ficando doente. Pandora

Os profissionais podem descarregar seus medos e frustrações no seu próprio lar como forma de desabafar, fazendo da família uma válvula de escape para o sofrimento vivenciado, conforme a fala de duas enfermeiras:

Quando vim trabalhar aqui, acho que fiquei, sem mentira, 1 ano, que chegava na minha casa chorando. [...] A ferramenta que usei foi meu filho porque chegava irritada, brigando. A terapia foi por iniciativa própria, na realidade a gente teve um grupo aqui que me abriu os olhos porque o grupo

[de troca de experiências] era com todos nós, ficou pouco por uns 6 meses, e no grupo que percebi que não era só eu que tinha aquele problema, eram todas as minhas colegas, e muitas vezes piores do que o meu. Héstia

No início, eu conseguia administrar melhor. O tempo foi passando e estas situações foram se tornando pesadas. Acredito que o fato de eu ter sido mãe, dois anos após ter iniciado o trabalho na oncologia, mudou o modo de ver algumas coisas, ver famílias sendo destruídas estava ficando insuportável. Afrodite

A fala a seguir evidencia a preocupação em sensibilizar o funcionário para que ele possa desenvolver melhor o seu trabalho, reproduzindo, assim, um conjunto de características ou competências necessárias ao desempenhar esta atividade com os pacientes e com a família:

Quando não tem uma pessoa que apoia, que dá informações, pode ser particular, convenio, SUS, se tu não falar ele não vai saber e eu vejo que falha muito [...] se não tiver um profissional diferenciado nessa área o familiar e o paciente são esquecidos [...] porque um diagnóstico de câncer tem uma impactação grande. [...] eu acho que a gente tem que tentar diferenciar o profissional com um olhar pra isso. [...] Quando vejo o funcionário pra trabalhar com a gente aqui, tento deixar ele mais aberto. Eu não quero um profissional muito especializado em tecnologias e que saiba mexer num monitor, que saiba fazer uma bela punção, quero um profissional que tenha esse olhar, que consiga ver dessa forma porque é o mais importante nesse momento. Pandora

A questão do perfil também aparece como sugestão a ser adotada pelas equipes, para facilitar o enfrentamento no cuidado oncológico:

A pessoa tem que estar preparada, se ela não estiver, ela não pode estar exposta a este tipo de paciente. A melhor estratégia é que as pessoas tenham perfil. Ilitia

Os múltiplos vieses da interação

Os profissionais entendem que o diálogo entre os membros da equipe multiprofissional e com os pacientes e a família otimiza o tratamento dos pacientes:

Temos uma equipe bem legal [...] psicologia, serviço social, enfermagem, odonto, estomatologia na verdade, e medicina. Esses profissionais se reúnem toda a sexta-feira das 10:30 – 11h da manhã e fazemos uma reunião clínica, [...] Os meus técnicos gostariam muito de participar da reunião só que tem uma carga de trabalho grande, faço o seguinte, essa semana é tu que sobe, pode ser? - Mas eu sou técnica! -Mas tu vai subir e entender como que trazer a informação pra cá. Quando posso ir junto levo um técnico. Quando não, fazemos um rodízio, coloco todos na mesma balança. Pandora

Eu acho que a gente está sempre aprendendo um com o outro, cada área está sempre mostrando o seu trabalho, a sua importância e acho que é aprendizado contínuo. Bia

Acho que trocamos muito pouca informação junto, tipo sentar eu, o médico, a nutricionista, o psicólogo, a chefia do andar, um técnico e discutir com é que está aquele andamento. A informação que tem é a que a gente busca no prontuário. Íris

O familiar, às vezes, ele atrapalha a enfermagem porque ele não entende o porquê daquilo ser feito, vai da gente ensinar pra ele porque que aquilo tem que ser feito, o familiar ou é aliado ou atrapalha. Temos que educar ele senão vai ter conflito. Ilitia

Na área oncológica é preciso que enfermeiros e médicos padronizem as informações ao paciente. A realização de rounds para a discussão dos casos seria uma excelente forma de aproximar os diferentes profissionais envolvidos no cuidado ao paciente. Artemis

Uma característica na atenção a pessoa com câncer é o envolvimento emocional mais estreito do profissional com o paciente e

seus familiares, já que, geralmente, o tratamento é longo, as hospitalizações e os retornos são frequentes:

Eu me envolvo, converso com a família, eu abraço, se o paciente me toca, conversa comigo, às vezes choro com ele, pego na mão, digo alguma coisa que tente confortar ele, chamo os familiares pra fora do quarto e converso, o familiar desabafa comigo, encaminho pra algum lugar se for preciso. Íris

Acho que não vou sofrer de Burnout (risos). Ninguém nunca vai pra algum lugar sem carregar nada. Consigo administrar isso sem sofrer [...] Ao contrário, as famílias têm dificuldade em nos ver porque lembram, e o luto delas é um luto que não passa [...] Eles têm mais dificuldade de superar quando lembram de nós, do que quando nós deles, mas as relações ficam até com as famílias quando os pacientes se vão. Ilitia

Tem dia bem complicado, tem situações bem complicadas, por mais que o tempo passa e tu acha que está preparada, tem dia que é pego de surpresa com algumas pessoas. Lembro de um dia com uma paciente que teve diagnóstico, o marido saiu do consultório e foi embora, quando e ela chegou em casa ele tinha feito as malas e foi embora, se separou e deixou ela tratando sozinha com os filhos pequenos. Então, tem pessoas que te deixam revoltadas, mas tem outras situações de maridos muito presentes que ficam, que ajudam, que cuidam. As vezes tu não espera tanto assim de homem. São muitas histórias nesses vinte e poucos anos e isso me fez ser uma pessoa diferente. Métis

Nesse depoimento, constata-se a percepção de que a distância emocional deve ser mantida para que se consiga trabalhar com profissionalismo, sendo que a aproximação exagerada é vista por este profissional como algo negativo:

Pra eu conseguir fazer o meu trabalho com sanidade mental e fortificada emocionalmente tenho que estabelecer alguns limites. [...] não frequentar a casa do paciente depois que ele vai de alta, às vezes eles convidam a gente pra fazer

festas, não ir ao velório quando o familiar vem ou acaba ligando, tenho esse limite de ficar restrita ao meu trabalho. Bia

Os depoimentos de alguns enfermeiros denotam a necessidade dessa interação, da formação de grupos para favorecer esse enfrentamento:

Deveria ter reuniões mais frequentes para organizarmos o lugar onde trabalhamos. Um lugar organizado, sem tantos problemas burocráticos faz com que os funcionários fiquem menos estressados e com mais paciência para lidar com o paciente. Cáris

Eu acho que a troca de experiência, entre vários profissionais, reuniões de grupo, muitas vezes, com discussões de caso, ajudam o profissional a enfrentar melhor essas dificuldades encontradas no dia-a-dia. Selene

A sugestão que sempre pensei era preparar a equipe pra ela tá bem com ela mesma pra poder cuidar do outro. [...] Uma vez fiz um curso de colostomia e todos na plateia ganharam uma colostomia de manhã, cheia de água dentro e a gente só retirou no final da tarde, não era coco, era água, não tinha cheiro, mas aquilo ficou grudado na pele sabe e na hora de retirar doeu muito, a calça não ficava bem, batia no negócio, tu ficava sentada e aquilo dobrava e incomodava, escorreu água, só tu passando na pele pra sentir o que que é! [...] Colocar-se no lugar do outro. Pandora

As implicações da qualificação profissional

A qualificação profissional emerge significativamente como sugestão de estratégia de enfrentamento:

Trabalho há 12 anos na oncologia e sempre gostei de saber o que eu estou fazendo, então, nunca faço nada na minha prática sem saber o porquê e isso exige estudo. Bia

É importante mais treinamentos sobre os diversos tipos de neoplasias [...] os médicos vão muito para congressos no exterior [...] trazer um pouco dessas

informações pra nós,[...] proporcionar cursos [...] incentivar mais isso aí pra gente. Íris

Falta muito treinamento, tem que se falar sobre dor, estresse, doença, as pessoas tem que estar preparadas para cuidar desses doentes porque ainda vejo que tem muitas pessoas com restrição para usar morfina, por exemplo, [...] As pessoas não estão preparadas, inclusive os profissionais médicos tem que estudar oncologia, tem que saber que existe um diferencial para que a gente amenize realmente o sofrimento. [...] A saúde da família tinha que atuar mais com esses pacientes, agilizar o acesso dessas pessoas [...] elas chegam com o diagnóstico mais avançado em função disso. Méris

Buscar conhecimento em congressos, workshop, fazer com que a gente não só leia, mas compartilhe com o colega de outra instituição ou cidade. Kera

Para enfrentar é preciso gostar do que se faz

Evidenciado nas falas que atuar bem profissionalmente implica gostar do que se faz. Sinalizado, também, a valorização, o reconhecimento profissional:

É a força de vontade de todos de atuar na oncologia, nos doamos todo dia um pouquinho pra ajudar essas famílias, acho que mesmo não escolhendo a oncologia quem permanece nela tem que gostar muito da oncologia pra atuar nela. Eros

O que mais gera satisfação é o agradecimento das pessoas, receber um sorriso, ganhar uma cartinha. Mas o que destaco é ter eles agradecendo, se sentir valorizado. Íris

DISCUSSÃO

Diante das respostas apresentadas pelos entrevistados, foram definidas cinco categorias principais: *a negação é uma estratégia de enfrentamento, o exercício (manejo) do enfermeiro oncológico x câncer, os múltiplos vieses da interação, as implicações da qualificação profissional e para enfrentar é preciso gostar do que se faz*, as quais são a seguir elaboradas e discutidas de forma agrupada.

A negação é uma estratégia de enfrentamento

Verdadeiramente, despertar tão bruscamente da “tranquilidade” da vida cotidiana e enfrentar uma realidade cruel, deve ser assustador e angustiante, em especial quando supostamente se tem, ainda, muitos anos para viver.

O foco desta discussão são as estratégias de enfrentamentos utilizadas pelos enfermeiros que cuidam de pessoas com câncer. Câncer, um estigma que faz com que as pessoas tenham percepção de uma doença com caminho único sem volta, tornando todos os esforços após o diagnóstico em vão, sentindo-se impotente para reverter o quadro da enfermidade já instalado. Frente ao diagnóstico, cada indivíduo lida com o tratamento positivamente, tem aqueles que negam sua nova condição e dificultam o início. Adoecer é uma ameaça à autoimagem e à existência de todas as pessoas, é contatar com a sua finitude, uma das formas de lidar com esta é o fato de usar a fuga. A negação representa uma importante área de estudo, quando a questão é lidar com indivíduos com câncer (ALBARELLO et al., 2012).

Nas situações em que a negação pode atrapalhar o tratamento disponibilizado ao paciente, é preciso construir alternativas. Alternativas, também, implicadas na habilidade dos médicos em comunicar efetivamente seu diagnóstico, progressão e tratamento. Mas o médico, também, é passível de negar aspectos de sua realidade e de seus pacientes. Acompanhando a negação frequentemente temos a onipotência (ESTANQUE, 2011). Não só o médico, mas todos os profissionais envolvidos no contexto da oncologia podem apresentar formas de negação, uma dela é o bloqueio, um distanciamento do paciente e da família, como detectado nas falas dos entrevistados, ainda que os mesmos sugiram o apoio psicológico para desenvolver melhor estes aspectos.

De acordo com os relatos dos enfermeiros, inicialmente os pacientes negam a doença, no entanto cada pessoa necessita de um tempo particular para lidar com as consequências desse diagnóstico e estabelecer formas de lidar com isso. O paciente pode achar difícil enfrentar e aceitar a presença da doença e suas consequências, ou os sentimentos que qualquer delas pode evocar. Admitir a presença de uma doença também pode parecer uma admissão de fraqueza e inferioridade.

O estudo realizado por Mendes (2012) sinaliza que o fato de se negar a aceitar o diagnóstico oncológico tem forte influência no tratamento como um todo e na melhoria da qualidade de vida dos

pacientes. As atitudes negativas de enfrentamento da doença podem ser muito prejudiciais ao tratamento, pois o cérebro registra as emoções positivas e aumenta a capacidade imunológica do combate ao câncer. A forma como a notícia é disponibilizada ao paciente e os suportes dispensados pelos familiares e amigos exercem força significativa para diminuir a fase de negação fazendo com que os pacientes se sintam acolhidos em sua demanda.

O exercício (manejo) do enfermeiro oncológico x câncer

Diante da dificuldade em lidar com as pessoas com câncer é necessário um preparo contínuo, para lidar com os seus sentimentos e do paciente, desenvolvendo mecanismo de proteção, pois o ambiente hospitalar traz consigo a ideia de sofrimento e a rotina de trabalho da equipe de enfermagem gera momentos de grande vulnerabilidade emocional (OLIVEIRA; FIRMES, 2012).

Foram mencionadas nas entrevistas várias formas de manejo com a realidade do trabalho, tais como o não envolver-se, na tentativa de não estabelecer vínculos afetivos de nenhuma espécie, já que a assistência a esses clientes mobiliza as mais variadas emoções. Outra maneira destacada foi o movimento de se colocar no lugar do outro, em que o profissional toma consciência e reflete acerca de como gostaria de ser cuidado. Esses artifícios são os meios encontrados pelos profissionais para suportar o sofrimento que vivenciam. Além disso, os profissionais de enfermagem afirmaram em seus depoimentos que não deixam transparecer sua real emoção, dando um ar de naturalidade diante do paciente, como se isso fizesse parte da rotina do serviço.

No entanto, constata-se na fala de Íris, uma perspectiva diferente acerca do não envolvimento. Ou seja, Íris manifesta que o seu modo de enfrentamento é justamente se envolver, dar o seu melhor ali, no local de trabalho.

Embora analise o significado do apoio emocional para o paciente, o estudo de Martins (2010) revela que estar disponível para o doente, ou seja, através da sua presença, atenção, cuidado, ajuda e informação, é uma forma de apoiar emocionalmente, proporcionando uma proximidade afetiva e favorecendo as trocas significativas entre paciente e profissional. É possível, muitas vezes, acalmar o paciente somente estando presente. Outra estratégia é a conversa; dessa maneira, os enfermeiros conseguem ouvir, compreender seus sentimentos, medos, angústias e dúvidas. Porém, na prática, os enfermeiros conversam com os pacientes de acordo com a sua disponibilidade e com a necessidade dos mesmos em determinados

momentos. Escutar é uma habilidade fundamental do enfermeiro, pois é a única via de acesso à compreensão do paciente. Alguns enfermeiros também apontam o “olhar o paciente nos olhos”, o toque, o sorriso, o bom humor, uma relação de confiança, incentivo a expressão de sentimentos e a empatia como estratégias de apoio emocional, bem como o tom de voz que revela as emoções que vivemos no momento e influencia substancialmente o significado das mensagens que transmitimos. Logo, consideram que o sofrimento de um doente implica um pedido ético e que a resposta a esse pedido deve ser espontânea e não apenas por dever ou obrigação.

Neste contexto, os pacientes também demonstram necessidade de acompanhamento psicológico durante o processo de convivência com a enfermidade. As fases devem ser acompanhadas por um profissional psicólogo. Conforme o momento vivenciado pelo enfermo, o profissional enfermeiro deverá saber como proceder na conduta. É fundamental que o paciente tenha compreensão da importância do diagnóstico, para a manutenção de uma boa promoção de saúde e para o tratamento do referido câncer, abrangendo as necessidades humanas materiais e fundamentais (TREVISAN et al., 2013).

Nesta relação de troca e convivência durante o processo oncológico, um fato muito verbalizado, pelos informantes do estudo, é a possibilidade de um envolvimento emocional mais estreito do profissional com o paciente e seus familiares, tendo em vista que, geralmente, o tratamento é longo e as hospitalizações e retornos são frequentes. Neste ínterim, alguns profissionais resistem ao ingresso profissional na área de conhecimento e práticas da oncologia, devido aos tabus a ela relacionado.

Conforme um estudo comparativo entre uma instituição hospitalar e uma Unidade de Saúde da Família (USF), em situações de sofrimento provocadas pelo trabalho é comum que o trabalhador adote estratégias defensivas com a finalidade de se proteger e prevenir o mesmo. Em ambos os serviços de saúde, o lazer traduzido por atividades físicas, viagens e festividades, foi apontado pelos sujeitos como medidas para diminuir o estresse e a ansiedade ocasionados pela atividade laboral. No hospital, o diálogo entre a equipe foi referido como prática de enfrentamento e minimização do sofrimento, além desses profissionais de enfermagem referirem que não compartilham as vivências desgastantes do ambiente de trabalho com seus familiares, no intuito de “poupá-los” e também de esquecer o que é vivenciado no trabalho (KESSLER; KRUG, 2012).

Os múltiplos vieses da interação

Assim como há situações que se caracterizam o apoio emocional ao paciente, há que se indagar o que caracteriza o apoio emocional, ou a gratificação emocional do profissional que lida no seu cotidiano com a pessoa com câncer. Será justamente a possibilidade de doar-se? Como o enfermeiro se sente, enquanto apoiado emocionalmente na sua profissão? Quais subsídios seriam levados em consideração? Nesta direção, os resultados revelam que aliviar o sofrimento emocional no contexto oncológico não é tarefa fácil, pois o enfermeiro vive com o paciente e a família situações muito difíceis, e por vezes dramáticas, partilhando deste sofrimento. Durante as entrevistas, algumas enfermeiras emocionaram-se ao recordar ou descrever situações específicas de determinados pacientes.

Na oncologia, é primordial que a equipe de enfermagem seja capaz de manter uma boa comunicação e relação com o paciente e com sua família, vistas como parte indissociável para o cuidado integral. Outra abordagem que vem crescendo é o fundamentado na modalidade do cuidado da equipe multidisciplinar, a qual traz desafios e exige habilidades para o trabalho em equipe (SILVA; HAHN, 2012). Neste viés, destaca-se, ainda, a atenção integral e multidisciplinar em saúde, com valorização de todos os membros da equipe. Um dos princípios norteadores da Política Nacional de Humanização é o “fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade” (BRASIL, 2004, p. 5).

Os profissionais que compõem essas equipes enfrentam, entretanto, dificuldades interprofissionais inerentes à sua prática, como na comunicação que deve ser promovida entre os profissionais de saúde. A dificuldade na comunicação pode ser um fator inerente a qualquer situação, principalmente onde se encontram envolvidas questões limite ou extremas como doença grave e morte. Constatam-se, portanto, dificuldades em torno dessa questão que podem contribuir para a prevalência da ocultação da verdade, ou mesmo do silêncio, como recursos mediadores para a comunicação e as relações com a pessoa com câncer a importância do desenvolvimento de habilidades comunicacionais nos profissionais de saúde, para que possam lidar com as dificuldades e ajudar da melhor forma possível o doente e a família no processo de enfrentamento da doença. (SOUZA; SOUZA, 2012)

O enfermeiro também vive a questão da resignação, tanto a sua resignação, como aparece na fala da participante Têmis, quanto a do paciente que se dá por vencido, desiste de lutar, perde a força, a energia e a motivação, e se entrega à morte. Outros parecem conformar-se com a

sua situação e aceitá-la com serenidade e resignação, atribuindo a Deus o comando do seu destino. Esta aceitação parece acontecer quando a doença se prolonga, dando-lhes tempo para elaborar o luto da vida perdida, dos sonhos e dos prazeres deixados para trás ou quando o sofrimento é tanto que começa a desejar a morte como a única forma de alívio, experiência esta vivenciada pela entrevistada Méris.

Muitas vezes, o paciente evolui para o processo da doença terminal, e as pessoas envolvidas nesse processo, ou seja, o paciente, a família e os profissionais vivem diferentes momentos emocionais que se têm tentado explicar em diversos modelos teóricos. O modelo de Kübler-Ross é pioneiro e um dos mais conhecidos no que diz respeito ao estudo das etapas ou fases que atravessam os doentes em fase terminal, sendo composta por cinco fases: a negação ou isolamento, revolta, negociação, depressão e aceitação. Estas fases prendem-se com alterações emocionais que acompanham a progressão da doença oncológica (ESTANQUE, 2011).

A proximidade da morte de alguém suscita nos profissionais emoções que não são habituais, pois os remete para a sua própria morte, despertando mecanismos inconscientes de defesa e trazendo sentimentos contraditórios de compaixão, fuga e negação. Cuidar de pacientes com idades semelhantes à do profissional ou de seus familiares aumenta o sofrimento dos enfermeiros, assim como vivenciar a morte de pais ou mães jovens, cujos filhos são ainda crianças ou adolescentes (MARTINS, 2010). Afrodite revela em uma de suas falas o quanto é difícil aceitar a morte de um jovem. Muitas vezes, além do excesso de trabalho e da sobrecarga emocional que é trabalhar com pessoas em final de vida, deve-se, ainda, gerenciar situações difíceis com os pacientes e seus familiares, devidas ao fato de estes não estarem devidamente informados pelos médicos sobre a realidade da situação de saúde. De acordo com os relatos, a experiência em lidar diariamente com o sofrimento e morte reflete-se na vida pessoal dos enfermeiros e altera a forma de encarar e de viver a vida.

Dentre as propostas de humanização da assistência, é salientada a necessidade e a importância do cuidado com os profissionais da saúde. Recomenda-se nestas propostas a identificação das necessidades e expectativas dos mesmos. Visando à humanização dos serviços, propõem-se cursos de capacitação e a criação de instrumentos de apoio ao profissional, tais como grupos de apoio psicológico ou social, espaços de troca, discussão de casos e situações de conflito (BRASIL, 2004; BRASIL, 2011).

Diante disso, um estudo aborda que as instituições devem proporcionar aos seus colaboradores um espaço dedicado à discussão, para que o olhar seja voltado para cuidar dos que cuidam, ou seja, o enfermeiro terá que saber que para cuidar alguém tem que se sentir capaz e não transmitir os seus problemas aos doentes e aos outros profissionais, e é nesse ponto que o apoio psicológico assume um papel preponderante (ALMEIDA, 2009). A criação de espaços de discussão, de troca de experiências, até mesmo *rounds*, é uma maneira de reduzir o estresse e situações de sofrimento, facilitando o cuidado da pessoa com câncer.

Outro estudo evidencia que a equipe de enfermagem utiliza mecanismos de enfrentamento para conviver com o sofrimento: distancia-se dos pacientes e evita o envolvimento, o que representa a incapacidade de lidar com a carga emocional resultante desse convívio diário na oncologia. A resistência no que se refere ao envolvimento com os pacientes se deve, frequentemente, ao medo de sofrer pela perda e ainda confrontar-se com seus intrínsecos sentimentos em relação à morte. Por outro lado, a satisfação em promover o alívio do sofrimento do outro pode traduzir a reposição de energias, o bem-estar, amenização da dor, permitindo novos enfrentamentos e melhor desempenho no seu trabalho.

A valorização e a dedicação ao trabalho, quando reconhecidas, geram uma satisfação na equipe de enfermagem, pois esta se sente valorizada. E, muitas vezes esse reconhecimento é manifestado pelas pessoas com câncer por meio de gestos, palavras e mimos (STUMM; LEITE; MASCHIO, 2008). Nesta perspectiva, o reconhecimento ou agradecimento dos familiares pela forma como os pacientes foram cuidados, foi considerado por alguns enfermeiros como uma estratégia de suporte para eles, conforme menciona Íris, bem como a tentativa de estabelecer limites, buscando não se envolver além da atenção hospitalar, como denota Bia.

As implicações da qualificação profissional

O cenário da enfermagem na atenção da oncologia apresenta desafios enormes. No que diz respeito ao enfrentamento do problema de forma integral, é preciso levar em conta que as inovações científicas e tecnológicas exigem dos enfermeiros reformulação nas formas de pensar, ser e agir diante das exigências e requisitos da prática assistencial (MOREIRA et al., 2010). Esses desafios exigem cada vez mais trabalhadores qualificados e aperfeiçoados para lidar com as novas demandas do exercício profissional, qualificação para a qual existe uma lacuna considerável na capacitação em oncologia, cuja base é a

graduação, que, na maioria dos cursos de Enfermagem, geralmente não oferece um aprofundamento importante nessa área (AMADOR et al., 2011).

A incidência de casos de câncer está aumentando e novos tratamentos e mudanças no cuidado estão gerando muitos desafios. Mediante esse contexto, a enfermagem tem a responsabilidade de acompanhar o desenvolvimento do conhecimento em oncologia, principalmente pelas investigações científicas, que são as peças-chave para o desenvolvimento do cuidado com a pessoa com câncer (GUTIÉRREZ et al., 2009).

A experiência profissional e emocional adquirida pelo enfermeiro no convívio com a rotina e as intercorrências, enfim, todo o contexto do câncer impulsiona o desenvolvimento das habilidades requeridas por esse profissional, como evidenciado em alguns depoimentos. Vivenciar a realidade implica na construção da autonomia e do referencial profissional dos enfermeiros promovendo uma reflexão crítica sobre o saber e o fazer (SERRA, 2008).

O saber do enfermeiro é o resultado não só de conhecimentos teóricos e técnicos, adquiridos através de formação formal, como também de saberes práticos adquiridos com a experiência e com a relação que estabelece com os pacientes e com todos os profissionais com quem interage no seu local de trabalho, seja através da participação de grupos de pacientes, troca de experiências entre colegas e a própria vivência do dia-a-dia. Com o tempo e a experiência, o enfermeiro aprende a mobilizar, a integrar e a transferir o conhecimento para a prática, desenvolvendo sua habilidade (MARTINS, 2010).

Outra forma de qualificação observada nas entrevistas são os cursos oferecidos no hospital e que se destinam a atualizações e capacitações técnicas, a partir de lacunas identificadas pela própria instituição, tendo uma visão de educação continuada. Mas a busca de um cuidado responsável e eficaz implica aderir à estratégia de Educação Permanente em Saúde, compreendida como um processo de vinculação de educação e trabalho.

No estudo de Kessler e Krug (2012), na instituição hospitalar, os sujeitos apontaram ações de educação continuada, ainda oferecidas com pouca frequência aos trabalhadores, como palestras, treinamento em serviço e participação em eventos científicos que resultam na melhoria da qualificação profissional e, consequentemente, para a qualidade da assistência prestada ao paciente, constituindo-se como uma estratégia institucional para a valorização do trabalhador. Para aliviar as tensões do

ambiente de trabalho, além das estratégias individuais, os profissionais utilizam também, estratégias coletivas, como reuniões de equipe e encontros de confraternização.

É necessário, pois, um preparo contínuo, que faça parte da rotina de trabalho dos profissionais de saúde atuantes na área da enfermagem oncológica. Esse preparo deve acontecer tanto por meio de medidas educativas e de aprimoramento de conhecimento técnico e teórico quanto pela atenção e consideração aos aspectos das relações humanas desenvolvidas no contexto institucional – por exemplo, a presença de um profissional que proporcione suporte psicológico à equipe de enfermagem, atuando de forma preventiva e/ou curativa.

Para enfrentar é preciso gostar do que se faz

Em concordância com o encontrado nas entrevistas, acredita-se que o exercício da enfermagem na oncologia requer atividades de controle e exercício mental maiores que em outras especialidades, uma vez que implica lidar com doença grave, assistir pacientes muitas vezes fora de possibilidades terapêuticas e terminais e a elevada proximidade com a família. É preciso olhar para as necessidades não ditas, perceber o imperceptível, compreender o que se oculta atrás das palavras, tornar-se capaz de auxiliar os pacientes na sua finitude.

O câncer está diretamente associado à dor, ao sofrimento e à morte. Nada gera mais medo nas pessoas do que sofrer, e nada gera mais dor aos familiares do que ver quem se ama em sofrimento. Então, como compreender que pessoas conseguem trabalhar em um ambiente onde a dor e o sofrimento, aparentemente, permeiam intrinsecamente o ser profissional? Enfrentar o tratamento com todas as suas vicissitudes, juntamente com a incerteza de cura e a possibilidade de morte, são condições que colocam o profissional diante de situações de forte carga emocional. Ainda, Eros salienta, em sua fala, que é através do labor que se consegue realização e satisfação pessoal, a felicidade, o preenchimento da vida com atos significativos para si e para os outros.

Nesta direção, o estudo de Silva, Issi e Motta (2011) sinaliza que o enfermeiro, após ingressar em uma unidade oncológica e ter sua devida adaptação com o novo ambiente, evidencia um grande comprometimento e paixão por sua profissão e principalmente pelos seus pacientes e familiares. Isto é, as vivências na oncologia se dão de uma maneira intensa, onde a vinculação com a área se dá pela compreensão de que o cuidado vai além do biológico, superando o sofrimento e a penalização

em direção a uma visão pautada no sentimento de gratificação pelo trabalho desenvolvido.

É notória a ambivalência de sentimentos e percepções que estes profissionais vivenciam, visto que tanto são gratificados ao serem reconhecidos profissionalmente, como denota Íris, como passam por momentos de frustração, ao ter que elaborar a morte de seu paciente. Essas situações ambivalentes proporcionam ao enfermeiro oncológico subsídios para um amadurecimento profissional e pessoal; uma reflexão não só de seu cotidiano, mas de suas atitudes como pessoa. No entanto, para conseguir exercer sua profissão na oncologia é preciso gostar do que se faz.

CONCLUSÃO

A partir deste estudo, constatou-se que a conduta do enfermeiro frente aos problemas éticos no cuidado a pessoa com câncer exige muito mais do que conhecimentos acerca da doença. No convívio com o processo de cuidado na área da oncologia, surgem estratégias para o enfrentamento.

O estudo explicita os problemas de uma equipe que, ao lidar com a proximidade da morte, coloca-se frente a frente com a necessidade de valorização da vida que ainda é pulsante naquele ser cuidado. Diante da complexa problemática apresentada, considera-se de fundamental importância o envolvimento e participação do enfermeiro nos debates que envolvem problemas e dilemas éticos, a aquisição de maior conhecimento sobre a questão e a necessidade da definição de estratégias que possam oferecer suporte aos profissionais diretamente envolvidos, principalmente, os enfermeiros e a equipe de enfermagem.

Além de conhecer como os profissionais desenvolvem estratégias de enfrentamento, importa ressaltar o que, na visão deles, seria importante ser adotado por eles e pela instituição para minimizar as situações conflitantes que vivenciam. Assim, entende-se, também, que o conhecimento dessas estratégias pode proporcionar atitudes que irão ajudar nas necessidades do cuidador enfermeiro e assim amenizar o seu sofrimento e melhorar o processo de cuidar das pessoas com câncer.

Por isso, há necessidade de mais estudos que explorem e descrevam, literalmente, essas estratégias. Neste momento, tais estudos dão suporte qualificado a outros estudos que busquem avaliar o impacto positivo ou negativo de algumas das estratégias utilizadas pelos profissionais da enfermagem, ou ainda, futuras estratégias aprimoradas e

idealizadas por estes para melhorar o cuidado ao paciente com câncer em todas as suas dimensões.

Na medida em que este estudo abordou enfermeiros de diferentes instituições em duas capitais do sul do país, seus resultados são representativos do modo de ser e fazer de uma região ampliada. No entanto, considera-se oportuno referir algumas limitações do estudo, as quais ocorrem em virtude de ser contextualizado no cotidiano das vivências dos sujeitos envolvidos. Assim, não é possível generalizar os resultados, pois cada equipe e instituição possuem dificuldades e facilidades que podem ser semelhantes e distintas às outras, mas são próprias. Deste modo, sugere-se que a pesquisa possa ser desenvolvida em outras regiões, contribuindo para aprofundar o conhecimento e para instrumentalizar o profissional de saúde.

A enfermagem tem vivenciado as dificuldades que o cotidiano da assistência na oncologia traz. Neste contexto, desenvolve várias formas de manejo para não criar vínculos afetivos. É um paradoxo, pois a assistência à pessoa com câncer, ao mesmo tempo em que mobiliza as mais variadas emoções, entre estas a própria defesa emocional, demanda uma conduta de proteção, de decisões prudentes e não necessariamente certas.

REFERÊNCIAS

- ALBARELLO, Renata et al. Percepções e enfrentamentos de mulheres que vivenciaram diagnóstico de câncer de mama. **Revista de Enfermagem FW**, v. 8, n. 8, p. 31-41, 2012.
- ALMEIDA, D. V. O ensino da humanização nos programas das disciplinas que compõem os currículos de graduação em enfermagem. *Rev. Portuguesa Bioética - cad. de bioética*. v.8, p.199-225, set., 2009.
- AMADOR, Daniela Doulavince et al. Concepção dos enfermeiros acerca da capacitação no cuidado à criança com câncer. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 94-101, jan./mar. 2011.
- BIERNACKI, P. & WALDORF, D. Snowball Sampling: Problems and techniques of Chain Referral Sampling. **Sociological Methods & Research**, vol. 10 nº 2, November. 141-163p, 1981.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer:** uma proposta de integração ensino-serviço. Instituto Nacional de Câncer. - 3. ed. rev. atual. ampl. - Rio de Janeiro: INCA, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. **Programa Nacional de humanização da Assistência Hospitalar.** Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2012:** incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Documento da Política Nacional de Humanização - Marco Conceitual e Diretrizes Políticas.** Brasília: Ministério da Saúde, março de 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/marco_teorico.pdf>.

CARVALHO, G. P.; DI LEONE L. P.; BRUNETTO A. L. O cuidado de enfermagem em oncologia pediátrica. **Rev Soc Bras Cancerol.** 2009. [Citado em 2010 jul. 15]. Disponível em: <http://www.rsbcancer.com.br/rsbc/Suplemento.asp?nrev=N%C2%BA%C2%A011>

ESTANQUE Carla Maria Jacinto. **A prática de cuidar o doente oncológico em fim de vida: uma abordagem na perspectiva dos enfermeiros.** Orientado por Maria Arminda S. Mendes Costa e co-orientado por Luís António Marques da Costa. Lisboa, 2011. 278f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Paliativos) - Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa, 2011.

FRANCHINI, A. S; SEGANFREDO, Carmen. **As 100 melhores histórias da mitologia:** deuses, heróis, monstros e guerras da tradição greco-romana. 7. ed. Porto Alegre: L&PM, 2005. 462 p.

FURTADO, Soraya Bezerra et al. Compreendendo sentimentos das enfermeiras acerca do câncer de mama. **Rev Rene.** v.10, n.4, p. 45-57, 2009.

GOLDIM, José Roberto. **Bioética e ética na ciência** [página na Internet]. Porto Alegre (RS), 17 jun., 2013. Disponível em: <http://www.bioetica.ufrgs.br/>

GUTIÉRREZ Maria Gaby Rivero de et al. O ensino da cancerologia na enfermagem no Brasil e a contribuição da Escola Paulista de Enfermagem - Universidade Federal de São Paulo. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis. v.18, n.4, p. 705-12, Out-Dez., 2009.

KESSLER, Adriane Inês; KRUG, Suzane Beatriz Frantz. Do prazer ao sofrimento no trabalho da enfermagem: o discurso dos trabalhadores. **Rev. Gaúcha Enferm.** [serial on the Internet]. v.33, n.1, p. 49-55, mar., 2012. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100007&lng=en.

MARTINS, Maria Clara Sales Fernandes Correia. **Aliviando o sofrimento**: o processo de acompanhamento de enfermagem ao doente em final de vida. Orientado por Marta Lima Basto. Lisboa, 2010. 327f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa, 2010.

MASCARENHAS, Nildo Batista; ROSA, Darci de Oliveira Santa. Bioética e formação do enfermeiro: uma interface necessária. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 2, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000200019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 maio 2012.

MENDES, Cibelle Borges; NUNES, Celso Roberto. Aspectos psicológicos dos pacientes com câncer de colo de útero, relacionado à prática radioterápica. **Psic. Rev.** São Paulo, v.21, n.1, p. 59-76, 2012.

MOREIRA, Marléa Chagas et al. Produção de conhecimento na enfermagem em oncologia: contribuição da Escola de Enfermagem Anna Nery. **Esc Anna Nery.** v14, n.3, p. 575-84, jul./set., 2010.

OLIVEIRA, Márcia Cristina Lucas de; FIRMES, Maria da Penha Rodrigues. Sentimentos dos profissionais de enfermagem em relação ao paciente oncológico. **REME rev. min. enferm.** v.16, n.1, p. 91-97, jan.-mar., 2012.

SERRA Miguel Nunes. Aprender a ser enfermeiro. Identidade profissional em estudantes de enfermagem. **Sísifo. Rev Cienc Educ.** n.5, p. 69-80, Jan-Abr., 2008.

SILVA, Adriana Ferreira da; ISSI, Helena Becker; MOTTA, Maria da Graça Corso da. A família da criança oncológica em cuidados paliativos: o olhar da equipe de enfermagem **Ciênc. cuid. saúde**, v.10, n.4, p. 820-827, out.-dez., 2011.

SILVA Daniela Silveira, HAHN Giselda Veronice. Processo de trabalho em oncologia e a equipe multidisciplinar. **Caderno pedagógico**, Lajeado, v. 9, n. 2, p. 125-137, 2012

SILVA, Ednamare Pereira da, SUDIGURSKY, Dora. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. **Acta paul. enferm.** v.21, n.3, p. 504-8, 2008.

SOUZA, Raquel de Abreu Pinheiro; SOUZA, Sônia Regina de. Um cuidado complexo: comunicando as más notícias em oncologia. **Rev. Pesqui.: Cuid. Fundam.** (Online), v.4, n.4, p. 2920-2929, out.-dez., 2012.

STUMM Eniva Miladi Fernandes; LEITE Marinês Tambara; MASCHIO Gislaine. Vivências de uma equipe de enfermagem no cuidado a pacientes com câncer **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 13, n. 1, p. 75-82, jan./mar., 2008.

TREVISAN, Mauro et al. O papel do enfermeiro na assistência a paciente pós-mastectomia total. **Gestão & Saúde**, Brasília, DF, v. 4, n. 2, p. 94-100, 2013.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegando ao desfecho do estudo, resta redigir algumas considerações finais. Comecei este estudo com o objetivo de desvendar e compreender uma realidade pouco conhecida da prática de enfermagem - os problemas éticos vivenciados por enfermeiros da oncologia na alta complexidade. E finalizo eufórica, não apenas por consubstancializar o objetivo proposto, como de me sentir imensuravelmente mais forte e madura com todas as descobertas e lições de vida que me foi possível conhecer.

O estudo possibilitou compreender, a partir dos dados empíricos que, pensar sobre os dilemas éticos na perspectiva do enfermeiro na oncologia não é fácil, pois, além das referências peculiares e escassas, não existe uma separação tão clara e simples em relação aos dilemas e problemas éticos diante das falas dos participantes. E, neste contexto, este profissional torna-se alvo de sentimentos ambivalentes devido à atuação na oncologia, sentimentos que vão desde a gratificação ao serem reconhecidos profissionalmente até à elaboração da morte de seu paciente. Logo, também necessitam de apoio psicológico, pois, segundo eles, a escuta realizada pelo profissional especializado no ambiente hospitalar ajuda a aliviar a ansiedade, expressando os sentimentos e angústias, proporcionando o amadurecimento profissional e pessoal, fazendo uma reflexão não só de seu cotidiano, mas de suas atitudes como pessoa.

Foi possível inferir ainda que o profissional e a família devem estar conscientes e disponíveis para compreenderem que, quando não há nada a fazer no sentido de conduzir à recuperação e cura, ainda há muito conforto e cuidado a proporcionar. A finitude humana deve ser aceita por todos da maneira mais digna possível, pois se deve cuidar da pessoa e não da doença, ou seja, há de se ter uma morte digna, situação esta que desencadeia sofrimento e angústia para estes enfermeiros. Nesta direção, pode-se evidenciar que a conduta do enfermeiro frente aos dilemas éticos no cuidado a pessoa com câncer exige muito mais do que conhecimentos acerca da doença. No convívio com o processo de cuidado na área da oncologia, surgem estratégias para o enfrentamento. Diante dessa complexa problemática, detectou-se ser de fundamental importância: o envolvimento e participação do enfermeiro nos debates que envolvem dilemas éticos; a aquisição de maior conhecimento sobre a questão e a necessidade da definição de estratégias que possam oferecer suporte a esses profissionais.

Logo, sendo o trabalho com pessoas com câncer e suas famílias uma tarefa difícil, dolorosa, angustiante, que promove o surgimento de questões existenciais do ser humano, justifica-se a necessidade de um trabalho de equipe mais coeso e dinâmico que proporcione aos seus integrantes um suporte efetivo no trabalho que desenvolvem e uma aprendizagem constante, que componha a rotina de trabalho dos profissionais de saúde atuantes na área da enfermagem oncológica. Esse preparo deve acontecer tanto por meio de medidas educativas e de aprimoramento de conhecimento técnico e teórico, quanto pela atenção e consideração aos aspectos das relações humanas desenvolvidas no contexto institucional.

Emergiu a partir disso a recomendação da necessidade de estudar as possibilidades de inserção ou acompanhamento sistematizado por profissional da área de saúde mental, que será capaz de trabalhar essas e outras questões relacionadas ao "ser" do humano, em sua integralidade. Há ainda a necessidade de criar possibilidades para que esses profissionais possam se abrir e falar sobre o que estão vivendo, partilhar as suas angústias, mágoas e receios, no intuito de discutir temas que acreditam ser pertinentes. Nessa direção, os profissionais solicitam um olhar atento ao sofrimento no ambiente de trabalho. E, ao se sentirem apoiados, poderiam ultrapassar mais facilmente as suas dificuldades e o seu próprio sofrimento através do amadurecimento pessoal, tornando-se progressivamente um profissional mais capaz de responder, de forma global, às necessidades das pessoas com câncer e de seus respectivos familiares e, também, às demandas de melhorias dos serviços de oncologia.

No **artigo 1**, intitulado *Problemas éticos vivenciados por enfermeiros da oncologia na alta complexidade* procurei entender, no cenário da oncologia, qual a repercussão, do ponto de vista ético, os profissionais que mantêm o contato estreito com situações de dor, finitude e morte, mutilações, efeitos colaterais físicos e emocionais, que geram sentimentos intensos e denunciadores da fragilidade humana, juntamente com a presença de uma expectativa de cura da doença. É esse contexto de cuidado que desencadeia no profissional de enfermagem dilemas e conflitos éticos com algumas peculiaridades, isto é, diferentes de outros contextos de cuidado. Muitas das questões vivenciadas cotidianamente são apenas percebidas como problemas e conflitos organizacionais e/ou de relacionamento na equipe de enfermagem e de saúde, relacionados com a administração, chefias, pacientes e familiares e não como problemas ou conflitos éticos. Dentre os inúmeros conflitos que emergiram, destaca-se a questão da obstinação terapêutica que, com o

avanço da tecnologia médica, além de favorecer a cura de doenças, teve o efeito de prolongar o processo de morte, trazendo, não raras vezes, sofrimento físico para as pessoas. Por esta razão, ampliaram-se, em todo o mundo, os debates sobre qualidade de vida, autonomia, direito de morrer com dignidade, eutanásia, suicídio assistido e distanásia. Os resultados foram analisados a partir de quatro categorias: quando informar ou não torna-se um dilema; implicações nas e das relações interpessoais; quando a estrutura física e de pessoal e o processo de assistência a pessoa com câncer gera stress; investir ou não, confortar: isto é lidar com a finitude?

Já no **artigo 2**, denominado *Estratégias de enfrentamentos utilizadas por enfermeiros da oncologia na alta complexidade* são conhecidas algumas das estratégias de enfrentamentos dos conflitos e dilemas no cotidiano de trabalho utilizadas pelos enfermeiros que cuidam de pessoas com câncer, o relacionamento desse binômio profissional-cliente e como esse binômio influencia o processo de saúde de ambos. A vivência do enfermeiro oncológico é marcada por situações conflitantes, que desencadeiam inúmeros sentimentos, principalmente negativos, que podem causar danos que se refletem tanto nas relações emocionais quanto nos aspectos profissionais desse profissional. Nesta perspectiva, é relevante que os profissionais identifiquem suas fragilidades, dificuldades e limitações, o que poderá auxiliar na construção de estratégias defensivas. Essas preocupações já constam nas políticas de humanização da assistência, onde é salientada a necessidade e a importância do cuidado com os profissionais da saúde, propondo-se cursos de capacitação, a criação de instrumentos de apoio ao profissional, seja por meio de grupos de apoio psicológico ou social, espaços de troca, discussão de casos e situações de conflito, são alguns caminhos. Emergiram cinco categorias principais, como resultado: a negação é uma estratégia de enfrentamento, o exercício (manejo) do enfermeiro oncológico x câncer, os múltiplos vieses da interação, as implicações da qualificação profissional e para enfrentar é preciso gostar do que se faz.

Os participantes relataram várias formas de manejo com a realidade do trabalho, tais como o não envolver-se, na tentativa de não estabelecer vínculos afetivos de nenhuma espécie, o movimento de se colocar no lugar do outro, em que o profissional toma consciência e reflete acerca de como gostaria de ser cuidado, dar o seu melhor ali, no local de trabalho, manter uma boa comunicação e relação com o paciente e com sua família, vistas como parte indissociável para o cuidado integral, o enfermeiro também vive a questão da resignação, tanto a sua

resignação, quanto a do paciente. A proximidade da morte de um paciente remete o profissional para a sua própria morte, despertando mecanismos inconscientes de defesa e trazendo sentimentos contraditórios de compaixão, fuga e de negação. Acredita-se que o exercício da enfermagem na oncologia requer atividades de controle emocional maiores que em outras especialidades, uma vez que implica em lidar com doença grave, assistir pacientes muitas vezes fora de possibilidades terapêuticas e terminais e a elevada proximidade com a família.

Assim como há situações que se caracterizam pelo apoio emocional ao paciente, fica a indagação: como o enfermeiro se sente, enquanto apoiado emocionalmente na sua profissão? É preciso olhar para as necessidades não ditas, perceber o imperceptível, compreender o que se oculta atrás das palavras, tornar-se capaz de auxiliar os pacientes na sua finitude. Sinalizo que o material empírico é vasto e propiciará a elaboração de mais artigos para além dos dois artigos aqui produzidos. Isto é, novas análises podem surgir na articulação da temática da oncologia com a discussão ética, esmiuçando as histórias marcantes que ouvi neste período de construção e aprimoramento do conhecimento. Diante de tantas vivências contextualizadas na oncologia, observei que os enfermeiros atuam por satisfação profissional, mesmo com todas as dificuldades encontradas, razão pela qual não posso deixar de finalizar com uma fala da Métis, quando questionada sobre um dia que tenha gerado prazer e um que causou sofrimento: [...] *eu vou te falar com toda sinceridade, a maioria dos meus dias são prazerosos. [...]*. Mas, paradoxalmente, Métis sinaliza: *Assim oh, sofrimento basicamente todos os dias né!* Logo, afirmo com toda propriedade: para conseguir exercer a profissão na oncologia é preciso gostar do que se faz.

O trabalho, enquanto atividade humana, não pode ser reduzido a um processo alienante onde o trabalhador se limita a cumprir normas e prescrições. O trabalho compreende a subjetividade de cada sujeito e pode ser fonte de sofrimento e de fadiga para uns e de prazer para outros, o sofrimento e o prazer aparecem dialeticamente no trabalho da oncologia e a sua compreensão parece ser de grande relevância para a promoção da saúde dos trabalhadores e para a melhoria da qualidade da assistência prestada. O conhecimento dos fatores causadores de prazer e sofrimento pode ser o ponto de partida para que as organizações e os próprios trabalhadores impulsionem o trabalho num sentido mais prazeroso e colaborativo.

REFERÊNCIAS

ALBARELLO, Renata et al. Percepções e enfrentamentos de mulheres que vivenciaram diagnóstico de câncer de mama. **Revista de Enfermagem FW**, v. 8, n. 8, p. 31-41, 2012.

ALBUQUERQUE, Elisabeth Maciel de. **Avaliação da técnica de amostragem “Respondent-driven Sampling” na estimação de prevalências de Doenças Transmissíveis em populações organizadas em redes complexas**. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP; Rio de Janeiro: Ministério da Saúde – Fiocruz, 2009. Dissertação de Mestrado, 99p.

ALBUQUERQUE, Paula Danielle Santa Maria de; ARAÚJO, Laís Záu Serpa de. Informação ao paciente com câncer: o olhar do oncologista. **Rev. Assoc. Médica Bras.** v.57, n.2, p.144-152, 2011.

ALMEIDA, D. V. O ensino da humanização nos programas das disciplinas que compõem os currículos de graduação em enfermagem. **Rev. Portuguesa Bioética** - cad. de bioética. v.8, p.199-225, set., 2009.

ALVES, P C et al. A percepção das enfermeiras acerca da sua atuação ante os direitos dos clientes. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, 2008. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 jun. 2012.

AMADOR, Daniela Doulavince et al. Concepção dos enfermeiros acerca da capacitação no cuidado à criança com câncer. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 94-101, jan./mar. 2011.

BARLEM E L D. **Vivência do sofrimento moral no trabalho da enfermagem: percepção da enfermeira**. Orientado por Valéria Lerch Lunardi e co-orientado por Guilherme Lerch Lunardi. Rio Grande, 2009. 105 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Rio Grande, 2009.

BERTI Heloisa Wey. Da percepção de impotência à luta por justiça na assistência à saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [serial on the Internet]. v.16,

n.4, p. 2271-78, 2011. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000400026&lng=en.

BIERNACKI, P. & WALDORF, D. Snowball Sampling: Problems and techniques of Chain Referral Sampling. **Sociological Methods & Research**, vol. 10 nº 2, November. 141-163p, 1981.

BLONDEAU, D. Nursing art as practical art: the necessary relationship between nursing art and nursing ethics. **Nurs. Philosophy**, v.3, n3, p.252-259, out., 2002.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. **ABC do câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro: Inca, 2011a.

_____. Instituto Nacional do Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. Instituto Nacional de Câncer. - 3. ed. rev. atual. ampl. - Rio de Janeiro: INCA, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. **Programa Nacional de humanização da Assistência Hospitalar**. Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Documento da Política Nacional de Humanização - Marco Conceitual e Diretrizes Políticas**. Brasília: Ministério da Saúde, março de 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/marco_teorico.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2012**: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2011b.

_____. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília - MEC, 1996. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/tvescola/leis/lein9394.pdf>>. Acesso em: jul. 2013.

_____. **Portaria nº 2.048, de 3 de setembro de 2009**. Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília - MS, 2009.

Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/regulamento_sus_240909.pdf>. Acesso em: 03 out. 2011.

_____. **Portaria nº 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005.** Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília - MS, 2005a. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/oncologia/Portaria2439.pdf>. Acesso em: 20 set. 2011.

_____. **Portaria SAS-MS nº 741, de 19 de dezembro de 2005.** Define as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia, suas aptidões e qualidades. Brasília - MS, 2005b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT-741.htm>>. Acesso em: 03 out. 2013.

BULHOSA M.S. **Sofrimento Moral no Trabalho da Enfermagem.** Orientado por Valéria Lerch Lunardi. Rio Grande, 2006. 92 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Rio Grande, 2006.

CALIL, A M; PRADO, C. Ensino de oncologia na formação do enfermeiro. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 4, 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000400026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 março 2012.

CAMARGO, Beatriz; KURAMASHINA, Andrea Y. **Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: o cuidar além do curar.** São Paulo: Lemar, 2007.

CARVALHO C S U. A necessária atenção à família do paciente oncológico **Rev. Bras. Cancerol.**, [Rio de Janeiro], v, 54, n. 1, 2008a; 54(1): 87-96. Disponível em:

<http://www1.inca.gov.br/rbc/n_54/v01/pdf/revisao_7_pag_97a102.pdf>. Acesso em: 20 maio 2012.

CARVALHO, G. P.; DI LEONE L. P.; BRUNETTO A. L. O cuidado de enfermagem em oncologia pediátrica. **Rev Soc Bras Cancerol**. 2009. [Citado em 2010 jul. 15]. Disponível em: <http://www.rsbcancer.com.br/rsbc/Suplemento.asp?nrev=N%C2%BA%C2%A011>

CARVALHO, K.K. **A obstinação terapêutica como uma questão ética**. Orientado por Valéria Lerch Lunardi. Rio Grande, 2005. 100 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Rio Grande. 2005.

CARVALHO, VA. et al. **Temas em psicologia**. São Paulo: Summus Editorial, 2008b.

CHAMBLISS, D.F.; **Beyond caring**: hospital nurses, and the social organization of ethics. Chicago: The University of Chicago Press. 1996.

COHEN Jeryl S.; ERICKSON Jeanne M. Ethical Dilemmas and Moral Distress in Oncology Nursing Practice. **Clinical J. Oncology Nurs**. v. 10, n.6, p. 775-780 Dec., 2006.

CORLEY, M.C. et al. Development and evaluation of a moral distress scale. **J Adv Nurs**, v. 33, n. 2, p. 250–56, set., 2001.

CORLEY, M.C. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. **Nurs. Ethics**, [s.l.] v.9, n. 6, p. 636-650, nov., 2002.

DALMOLIN, G L et al. Implicações do sofrimento moral para os(as) enfermeiros(as) e aproximações com o Burnout. **Texto contexto - enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 1, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000100023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 maio 2012.

DALMOLIN, G L; LUNARDI, V.L. **O sofrimento moral para os trabalhadores de enfermagem no desempenho profissional**: aproximações e distanciamentos de duas realidades. Orientado por Valéria Lerch Lunardi. Rio Grande, 2007. Monografia (Conclusão de

Curso) - Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2007.

DEL GIGLIO Adriana et al. A Qualidade da informação da internet disponível para Pacientes em páginas em português. **Rev Assoc Med Bras** v.58, n.6, p. 645-49, 2012.

ELPERN, E. H.; COVERT, B.; KLEINPELL, R. Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. **Am J Crit Care.**, v.14, n.6, p. 522-530, nov., 2005. Disponível em: <<http://ajcc.aacnjournals.org/cgi/content/full/14/6/523>>. Acesso em: 10 dez. 2012.

ESTANQUE Carla Maria Jacinto. **A prática de cuidar o doente oncológico em fim de vida: uma abordagem na perspectiva dos enfermeiros**. Orientado por Maria Arminda S. Mendes Costa e co-orientado por Luís António Marques da Costa. Lisboa, 2011. 278f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Paliativos) - Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa, 2011.

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

FRANCHINI, A. S; SEGANFREDO, Carmen. **As 100 melhores histórias da mitologia**: deuses, heróis, monstros e guerras da tradição greco-romana. 7. ed. Porto Alegre: L&PM, 2005. 462 p.

FURTADO, Soraya Bezerra et al. Compreendendo sentimentos das enfermeiras acerca do câncer de mama. **Rev Rene**. v.10, n.4, p. 45-57, 2009.

GAUDENCIO, Debora; MESSEDER, Octavio. Dilemas sobre o fim-da-vida: informações sobre a prática médica nas UTIs. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700012&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Aug. 2013.

GOLDIM, José Roberto. **Bioética e ética na ciência** [página na Internet]. Porto Alegre (RS), 17 jun., 2013. Disponível em: <http://www.bioetica.ufrgs.br/>

GOMES, S.S. et al. A ética do cuidado no exercício da enfermagem: um olhar sobre os pacientes oncológicos. **Horizonte**, Belo Horizonte, MG, v. 8, n. 18, p.145-169, jul./set. 2010.

GUTIERREZ, K.M. Critical care Nurses' perceptions of and responses to moral distress. **Dimens Crit Care Nurs.**, v.24, n.5, p.229-241, set./out., 2005.

GUTIÉRREZ Maria Gaby Rivero de et al. O ensino da cancerologia na enfermagem no Brasil e a contribuição da Escola Paulista de Enfermagem - Universidade Federal de São Paulo. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis. v.18, n.4, p. 705-12, Out-Dez., 2009.

HAMRIC, A. B. What is happening to advocacy? **Nurs. Outlook**, New York, v.48, n.3, p.103-104, maio/jun., 2000.

HARDINGHAM, L.B. Integrity and moral residue: Nurses as participants in a moral community. **Nurs. Philosophy**, v.5, n.1, p.127-134, jul., 2004.

HORTA M P. Eutanásia - Problemas éticos da morte e do morrer. **Rev. Bioética**. Brasília, v. 7, n. 1, 2009. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewArticle/290>. Acesso em: 02 out. 2011.

JAMETON, A. **Nursing Practice: The Ethical Issues**. Prentice-Hall: Englewood Cliffs. 1984.

JAMETON, A. Dilems of moral distress: moral responsibility and nursing practice. **Clinical Issues**, v.4, n.4, p.542-551, 1993.

KOPALA, B.; BURKHART, L. Ethical dilemma and moral distress: proposed new NANDA diagnoses. **Int J Nurs Terminol Classif.**, v.16, n.1, p.3-13, jan./mar., 2005.

KESSLER, Adriane Inês; KRUG, Suzane Beatriz Frantz. Do prazer ao sofrimento no trabalho da enfermagem: o discurso dos trabalhadores. **Rev. Gaúcha Enferm.** [serial on the Internet]. v.33, n.1, p. 49-55, mar.,

2012. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100007&lng=en.

KURGANT, P. (Org.). **Gerenciamento em enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

LAZZARIN M; BIONDI A; DI MAURO S. Moral distress in nurses in oncology and haematology units. **Nurs. Ethics**, [s.l.], v. 19, n. 2, p. 183-195, mar., 2012.

LEOPARDI, M T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2ª ed. Florianópolis: UFSC, 2002.

LUNARDI, V.L. et al. O Cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v.12, n.6, p. 933-939, nov/dez., 2004.

_____. Sofrimento moral e a dimensão ética no trabalho da enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 4, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 dez 2012.

LÜTZÉN, K. et al. Moral stress: synthesis of a concept. **Nurs. Ethics**, v.10, n.1, p. 312- 322, maio, 2003.

LUZ Kely Regina da et al. Cuidados paliativos na doença renal crônica: uma revisão integrativa. **Enfermagem em Foco**, No prelo.

MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MARTINS, Maria Clara Sales Fernandes Correia. **Aliviando o sofrimento: o processo de acompanhamento de enfermagem ao doente em final de vida**. Orientado por Marta Lima Basto. Lisboa, 2010. 327f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa, 2010.

MASCARENHAS, N B; ROSA, D O S. Bioética e formação do enfermeiro: uma interface necessária. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 2, 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000200019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 maio 2012.

MCCARTHY, J.; DEADY, R. Moral distress reconsidered. **Nurs. Ethics**, v. 15, n. 2, p. 254-62, fev., 2008.

MENDES, Cibelle Borges; NUNES, Celso Roberto. Aspectos psicológicos dos pacientes com câncer de colo de útero, relacionado à prática radioterápica. **Psic. Rev.** São Paulo, v.21, n.1, p. 59-76, 2012.

MINAYO, M C S. **Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. Revista e aprimoramento. São Paulo: Hucitec, 2006.

MOREIRA, Marléa Chagas et al. Produção de conhecimento na enfermagem em oncologia: contribuição da Escola de Enfermagem Anna Nery. **Esc Anna Nery**. v14, n.3, p. 575-84, jul./set., 2010.

PESSINI L. **Distanásia**: até quando prolongar a vida? São Paulo: Loyola, 2001.

POLIT D; BECK C T. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Artmed: Porto Alegre, 2011.

PREFEITURA Municipal de Florianópolis. Secretaria municipal do turismo. **Sobre Florianópolis**. Florianópolis [2012]. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/turismo/index.php>

PREFEITURA de Porto Alegre. **Cidade**. Porto Alegre [2013]. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/portal_pmpa_novo/

PRIMO, Walquiria Quida Salles Pereira; GARRAFA, Volnei. Análise ética da revelação do diagnóstico e tratamento em pacientes com câncer genital ou mamário. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 56, n. 4, 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000400010&lng=en&nrm=iso>. Access on 07 Aug. 2013.

OLIVEIRA, Márcia Cristina Lucas de; FIRMES, Maria da Penha Rodrigues. Sentimentos dos profissionais de enfermagem em relação ao

paciente oncológico. **REME rev. min. enferm.** v.16, n.1, p. 91-97, jan.-mar., 2012.

QUEIROZ, S G. **Condições de trabalho e saúde dos enfermeiros em oncologia.** Orientado por Maria Yvone Chaves Mauro. Rio de Janeiro, 2008. 98 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Centro Biomédico, Programa de Pós graduação em Enfermagem. Rio de Janeiro, 2008.

REGULATORY Policy Division of the Canadian Nurses Association. **Code of ethics of the Canadian Nurses Association.** 2002: 6. Retrieved 1 March, 2007, from: www.can-niic.ca

RODRIGUES, Inês Gimenes; ZAGO Márcia Maria Fontão. Cuidados paliativos: realidade ou utopia? **Cienc. cuid. saude.** v.8, i0, p. 136-141, 2010.

RODRIGUES, A B; CHAVES, E C. Stressing factors and coping strategies used by oncology nurses. **Rev. Latino-Am. Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000100004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 abril 2012.

SBOC Sociedade Brasileira de Oncologia Clinica. **Câncer:** cartilha dos direitos do paciente oncológico. 4. ed. Belo Horizonte: 2011.

SCHMOELLER R et al. Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm.,** Porto Alegre, RS, v. 32, n. 2, p. 368-77, jun., 2011.

SEGRE, M.; COHEN, C. **Bioética.** 3. ed. São Paulo: EDUSP, 2002.
SERRA Miguel Nunes. Aprender a ser enfermeiro. Identidade profissional em estudantes de enfermagem. **Sísifo. Rev Cienc Educ.** n.5, p. 69-80, Jan-Abr., 2008.

SALES Catarina Aparecida et al. Cuidado de enfermagem oncológico na ótica do cuidador familiar no contexto hospitalar. **Acta paul. enferm.** v. 25, n.5, p. 736-42, 2012.

SILVA, Adriana Ferreira da; ISSI, Helena Becker; MOTTA, Maria da Graça Corso da. A família da criança oncológica em cuidados paliativos: o olhar da equipe de enfermagem **Ciênc. cuid. saúde**, v.10, n.4, p. 820-827, out.-dez., 2011.

SILVA Carlos Maximiliano Gaspar Carvalho Heil et al. Relação médico-paciente em oncologia: medos, angústias e habilidades comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza (CE). **Ciênc. saúde coletiva**, v.16, supl. 1, p. 1457-1465, 2011.

SILVA Daniela Silveira, HAHN Giselda Veronice. Processo de trabalho em oncologia e a equipe multidisciplinar. **Caderno pedagógico**, Lajeado, v. 9, n. 2, p. 125-137, 2012

SILVA, Ednamare Pereira da, SUDIGURSKY, Dora. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. **Acta paul. enferm.** v.21, n.3, p. 504-8, 2008.

SILVA Thiago Privado et al. A interdisciplinaridade e suas contribuições para o cuidado de enfermagem: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE** on line., Recife, v.7(esp), p. 4823-30, jul., 2013.

SILVEIRA R S. **A construção moral do trabalhador de saúde como sujeito autônomo e ético**. Orientado por Cleusa Rios Martins e co-orientado por Valéria Lerch Lunardi. Florianópolis, 2006. 225 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós graduação em Enfermagem. Florianópolis, 2006.

SILVESTRE, Jennifer Corrêa Carvalho et al. Uso da internet pelos pacientes como fonte de informação em saúde e a sua influência na relação médico-paciente. **Rev. AMRIGS**. v.56, n..2, p. 149-155, 2012.

SORTA-BILAJAC I. et al.Croatian physicians' and nurses' experience with ethical issues in clinical practice. **J Med Ethics**, Londres, v. 34, n.6 , p. 450-455, jun., 2008.

SOUZA, M.L.; SARTOR, V.V.B.; PRADO, M.L. Subsídios para uma ética da responsabilidade em enfermagem. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, SC v. 14, n. 1, p. 75-81, jan/mar., 2005.

SOUZA, Raquel de Abreu Pinheiro; SOUZA, Sônia Regina de. Um cuidado complexo: comunicando as más notícias em oncologia. **Rev. Pesqui.: Cuid. Fundam.** (Online), v.4, n.4, p. 2920-2929, out.-dez., 2012.

SPORRONG S K et al. Developing ethical competence in health care organizations. **Nurs. Ethics**, [s.l.], v. 14, n. 6, p.825-837, nov., 2007.

STUMM E. M F; LEITE M T; MASCHIO G. Vivências de uma equipe de enfermagem no cuidado a pacientes com câncer **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 13, n. 1, p. 75-82, jan./mar., 2008.

TOFFOLETTO, M C et al. A distanásia como geradora de dilemas éticos nas Unidades de Terapia Intensiva: considerações sobre a participação dos enfermeiros. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, SP, v. 18, n. 3, p.307-312, set., 2005.

TREVISAN, Mauro et al. O papel do enfermeiro na assistência a paciente pós-mastectomia total. **Gestão & Saúde**, Brasília, DF, v. 4, n. 2, p. 94-100, 2013.

VARGAS, A O; RAMOS, F R S. Autonomia na unidade de terapia intensiva: começemos por cuidar de nós. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 63, n. 6, p. 956-963, dez., 2010.

VARGAS, Mara Ambrosina de Oliveira et al. Internação por ordem judicial: dilemas éticos vivenciados por enfermeiros. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, Mar. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000100015&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Aug. 2013.

VILA, V S C; ROSSI, L A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido". **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 10, n. 2, p.137-44, abr., 2002.

VINCENT S P. Educação permanente: componente estratégico para a implementação da política nacional de atenção oncológica. **Rev. Bras. Cancerol.**, [Rio de Janeiro], v. 53, n. 1, p. 79-85, jan./mar., 2007.

WALDOW, V R. **Bases e Princípios do Conhecimento e da Arte da Enfermagem.** [Rio de Janeiro]: Vozes, 2008.

APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (48) 3721-4910 / 3721-9000 | Fax: +55 (48) 3721-9043 - e-mail: pen@ccs.ufsc.br |
secretariapen@ccs.ufsc.br



Programa
de Pós-Graduação
em Enfermagem

Idade: _____ Sexo: () F () M
 Religião: () Católica () Adventista () Espiritismo ()
 Testemunha de Jeová () Seicho-no-ie () Candomblé ()
 Umbanda () Outro: _____
 Ano de formação: _____
 Quanto tempo atua na oncologia? _____
 Setor de atuação: () QT () Unidade de internação
 Especialização () Em que: _____
 Mestrado: () Em que: _____
 Doutorado: () Em que: _____
 Nº de cursos realizados sobre oncologia/ enfermagem oncológica: _____
 Quais? _____

1. Por que você escolheu a oncologia para atuar como enfermeiro?
2. Descreva um dia de trabalho e/ou uma situação que tenha gerado em você satisfação ou prazer.
3. Descreva um dia e ou situação que tenha lhe ocasionado estresse ou sofrimento.
4. Qual a sua experiência em relação aos dilemas bioéticos, éticos ou morais vivenciados no seu dia-a-dia? Onde eles mais aparecem?
5. De que modo você é preparado para atuar na oncologia? O que falta e o que ajuda na sua formação?

6. Quais as dificuldades, necessidades e potencialidades que você encontra na convivência com os familiares e pacientes e com os outros profissionais?
7. Quais estratégias de enfrentamento você utiliza no cotidiano do cuidado oncológico?
8. Quais estratégias, você sugere serem adotadas pelas equipes, para facilitar o enfrentamento do cuidado oncológico?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SC



Tel. (48) 3721-4910 / 3721-9000 | Fax: +55 (48) 3721-9043 - e-mail: pen@ccs.ufsc.br | secretariapen@ccs.ufsc.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O projeto de pesquisa intitulado: **Problemas éticos vivenciados por enfermeiros no cuidado em oncologia na alta complexidade** é desenvolvido pela mestranda em enfermagem **Kely Regina da Luz** (RG nº: 1082544766 - SSP/RS - CPF nº: 002.229.310-86). Trata-se de pesquisa em Enfermagem pelo Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Área Concentração: Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem e sob orientação da Profa. Dra. Mara Ambrosina O. Vargas (pesquisadora responsável).

O projeto de pesquisa tem como **objetivos principais**:

- ✓ Conhecer os problemas éticos vivenciados por enfermeiros da oncologia na alta complexidade.
- ✓ Descrever as dificuldades, necessidades e potencialidades encontradas por enfermeiros da oncologia na alta complexidade mediante o convívio com pacientes, familiares e outros profissionais.
- ✓ Identificar as estratégias de enfrentamentos dos enfermeiros da oncologia na alta complexidade hospitalar, diante da vivência com pessoas com câncer.

O **procedimento** usado será:

* **Entrevista:** deverá envolver enfermeiros inseridos no contexto da oncologia, os quais serão convidados a participar do estudo e que manifestarem seu aceite por meio de termos de consentimento livre e esclarecido. Serão abordados da seguinte maneira: - 1) Por que você escolheu a oncologia para atuar como enfermeiro? 2) Descreva um dia de

trabalho e/ou uma situação que tenha gerado em você satisfação ou prazer. 3) Descreva um dia e ou situação que tenha lhe ocasionado estresse ou sofrimento. 4) Qual a sua experiência em relação aos dilemas bioéticos, éticos ou morais vivenciados no seu dia-a-dia? Onde eles mais aparecem? 5) De que modo você é preparado para atuar na oncologia? O que falta e o que ajuda na sua formação? 6) Quais as dificuldades, necessidades e potencialidades que você encontra na convivência com os familiares e pacientes e com os outros profissionais? 7) Quais estratégias de enfrentamento você utiliza no cotidiano do cuidado oncológico? 8) Quais estratégias, você sugere serem adotadas pelas equipes, para facilitar o enfrentamento do cuidado oncológico?

A pesquisa não oferece qualquer risco a seres humanos.

Possui natureza educacional, no entanto, não se trata de estudo experimental que venha a colocar em prática qualquer nova intervenção ou procedimento pedagógico. A pesquisa se orientará e obedecerá aos cuidados éticos colocados pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, considerado o respeito aos informantes participantes de todo processo investigativo, observadas as condições de:

- consentimento esclarecido, expresso pela assinatura do presente termo;
- garantia de confidencialidade e proteção da imagem individual e institucional;
- respeito a valores individuais ou institucionais manifestos, sejam de caráter religioso, cultural ou moral;
- liberdade de recusa à participação total;
- amplo acesso a qualquer informação acerca do estudo;
- os registros, anotações coletados ficarão sob a guarda da pesquisadora principal. Só terão acesso aos mesmos os pesquisadores envolvidos.

Os resultados da pesquisa trarão benefícios no sentido de oferecer subsídios para os estudos sobre os dilemas éticos vivenciados pelos enfermeiros da oncologia. Destas reflexões, entende-se que devem nascer propostas concretas que tentem efetivar as esperadas mudanças ao modo de fazer enfermagem em oncologia, assim como uma maior fundamentação acerca dos conjuntos dos princípios éticos e, conseqüentemente, quanto a qualificação da sua prática.

Eu.....
, fui informado(a) dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, conforme descritos acima.

Declaro estar ciente de que solicitaram a minha participação neste estudo e que serei entrevistado (a) por cerca de 30 a 60 minutos a respeito da minha experiência como trabalhador (a) em um hospital oncológico. A entrevista será gravada e ocorrerá em um local privativo. Visto que não será remunerada a participação no estudo e que posso interrompê-la a qualquer momento, se assim o desejar.

Compreendendo tudo o que foi esclarecido sobre o estudo a que se refere este documento, concordo com a participação no mesmo. Estou ciente de que receberei uma cópia deste termo de consentimento assinado.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora principal

_____, ____ de _____ de 2013.

Em caso de necessidade, contate
 com: Enfa. **Kely Regina da Luz.**

Endereço: Rua Santo Amaro, 19/01.

Centro - Esteio/RS.

Telefone: (51) 9662-7390. E-mail:

kelydaluz@hotmail.com

ANEXO A – Declaração HU

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DIREÇÃO GERAL

DECLARAÇÃO

Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: “Dilemas Bioéticos Vivenciados por Enfermeiros da Oncologia na Alta Complexidade”, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 21 / 12 / 2012

Profª Maria de Lourdes Rovaris
Diretor Geral em exercício - HU/UFSC


ASSINATURA

CARIMBO DO/A RESPONSÁVEL

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Dilemas Bioéticos Vivenciados por Enfermeiros da Oncologia na Alta Complexidade

Pesquisador: mara ambrosina de oliveira vargas

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 12392013.1.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 204.293

Data da Relatoria: 18/02/2013

Apresentação do Projeto:

Mestrado em Enfermagem.

A pesquisa deverá envolver enfermeiros inseridos no contexto da oncologia, os quais serão convidados a participar do estudo e que manifestarem seu aceite por meio de termos de consentimento livre e esclarecido. Serão abordados da seguinte maneira: - 1) Por que você escolheu a oncologia? 2) Qual a sua experiência em relação aos dilemas bioéticos, éticos ou morais vivenciados no seu dia-a-dia? Onde eles mais aparecem? 3) Descreva um dia de trabalho e ou uma situação que tenha gerado em você satisfação ou prazer e um dia e ou situação que tenha lhe ocasionado estresse ou sofrimento. 4) De que modo você é preparado para atuar na oncologia? O que falta e o que ajuda na sua formação? 5) Quais as dificuldades, necessidades e potencialidades que você encontra na convivência com os familiares e pacientes e com os outros profissionais? 6) Quais estratégias de enfrentamento você utiliza no seu cotidiano?

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, exploratória e descritiva. Os participantes serão homens e mulheres, que sejam enfermeiros (as), independente de idade, sexo, horário de trabalho, que possuam 1 ano ou mais de experiência na oncologia. Determina-se um número mínimo de 20 sujeitos. Os dados serão coletados pela autora do estudo através de entrevista semi-estruturada, que combina perguntas fechadas e abertas. As entrevistas ocorrerão em um local de preferência do participante e serão gravadas e posteriormente transcritas na íntegra para análise de conteúdo e agrupadas por categorias.

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-900

UF: SC

Município: FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3721-9206

Fax: (48)3721-9696

E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Objetivo da Pesquisa:

O projeto de pesquisa tem como objetivos principais:

- Contextualizar a eticidade e os dilemas bio/éticos e morais vividos por enfermeiros (as) em relação aos pacientes oncológicos.
- Descrever as dificuldades, necessidades e potencialidades encontradas, por estes profissionais ao conviverem com os familiares e pacientes.
- Identificar como os enfermeiros (as) são preparados para atuarem junto ao paciente oncológico.
- Conhecer quais as estratégias de enfrentamentos utilizadas por estes profissionais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sempre há o risco, ainda que não intencional e inesperado, de quebra de sigilo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários adicionais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A folha de rosto vem assinada pela pesquisadora principal e pela chefe do Departamento de Enfermagem da UFSC. Apresenta declaração da direção do HU afirmando que tomou conhecimento da pesquisa, autorizou-a e que cumprirá os termos da resolução CNS 196/96 e suas complementares. TCLE está completo, claro e objetivo.

Recomendações:

Sem recomendações adicionais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-900

UF: SC

Município: FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3721-9206

Fax: (48)3721-9696

E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



FLORIANOPOLIS, 25 de Fevereiro de 2013

Assinador por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br