



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**CARLA SIMONE LEITE DE ALMEIDA**

**A VIVÊNCIA EXISTENCIAL DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO  
CUIDADO PALIATIVO ONCOLÓGICO HOSPITALAR**

**MARINGÁ**

**2011**

**CARLA SIMONE LEITE DE ALMEIDA**

**A VIVÊNCIA EXISTENCIAL DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO  
CUIDADO PALIATIVO ONCOLÓGICO HOSPITALAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, na linha de pesquisa: O cuidado à saúde nos diferentes ciclos da vida.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Catarina Aparecida Sales

**MARINGÁ**

**2011**

### Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

S447	<p>Almeida, Carla Simone Leite de A vivência existencial dos profissionais de enfermagem no cuidado paliativo oncológico hospitalar/ Carla Simone Leite de Almeida. -- Maringá: [s.n.], 2011. 122 f.</p> <p>Orientador : Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Catarina Aparecida Sales. Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá.</p> <p>1. Cuidados paliativos. 2. Oncologia. 3. Enfermagem. I. TÍTULO</p> <p>CDD 21. ed. 610.736</p>
------	---

**CARLA SIMONE LEITE DE ALMEIDA**

**A VIVÊNCIA EXISTENCIAL DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO  
CUIDADO PALIATIVO ONCOLÓGICO HOSPITALAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, na linha de pesquisa: O cuidado à saúde nos diferentes ciclos da vida.

Aprovado em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Catarina Aparecida Sales (Orientadora)  
Universidade Estadual de Maringá - UEM

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Stela Maris de Mello Padoin  
Universidade Federal de Santa Maria - UFSM

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Angélica Pagliarini Waidman  
Universidade Estadual de Maringá - UEM

Dedico esta Dissertação,  
primeiramente, a Deus, à minha família, ao meu namorado,  
aos meus amigos, aos meus colegas de trabalho e à minha orientadora  
pelo apoio, força, incentivo, companheirismo e amizade.  
Também aos profissionais de enfermagem envolvidos no cuidado  
aos pacientes em cuidado paliativo oncológico.  
Sem eles nada disso seria possível.

## AGRADECIMENTOS

“Como o não sabes ainda. Agradecer é mistério”  
(Fernando Pessoa)

Todos os que realizam um trabalho de pesquisa sabem que não o fazem sozinhos, embora seja solitário o ato da leitura (em nossos tempos) e o do escrever. O resultado de nossos estudos só foi possível pela cooperação e pelo esforço de outros antes de nós.

Sei que agradecer é sempre muito difícil, pois posso cometer mais injustiças ao me esquecer de pessoas que me ajudaram do que fazer jus a todas que merecem. Também, caso o resultado daquilo pelo qual se agradece seja ruim, posso passar a impressão de distribuir a culpa entre todos aqueles mencionados neste item. Minha intenção não jaz em nenhum desses dois pontos. Apesar de dever muito a todas as pessoas mencionadas aqui, intelectual e emocionalmente, as ideias contidas nesta Dissertação são de minha inteira responsabilidade.

Assim, inicialmente agradeço a Deus, Supremo pai, que abençoa sempre meus passos nesta vida. Por me amparar nos momentos difíceis, dar-me força interior para superar as dificuldades, mostrar o caminho nas horas incertas e suprir-me em todas as minhas necessidades.

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Catarina Aparecida Sales, antes de tudo, pela paciência que teve comigo, pelos ensinamentos e dicas de pesquisa e pelas horas de leituras gastas no meu trabalho e na minha construção fenomenológica. Obrigada por acreditar em mim, mostrar-me o caminho da ciência, conduzir com fortaleza a construção desta Dissertação, fazer parte da minha vida nos momentos bons e ruins, ser exemplo de profissional docente e de enfermagem e também de ser humano autêntico, a qual sempre fará parte da minha vida.

Suas sugestões nunca soaram arrogância de quem detém o título de Doutor, mas foram sempre úteis, sempre bem-vindas e acabaram por constituir-se neste trabalho. Catarina, muito obrigada!

Aos meus pais, Maria e Merquides Almeida (*in memoriam*) e meus irmãos, Érike e Marcos. Obrigada por vocês existirem. Obrigada por depositarem em mim a confiança para todas as horas. Sei que vocês se orgulham por eu ter atingido uma etapa que nenhum outro de nós tinha atingido antes. Mas este orgulho que vocês sentem por mim, converto numa obrigação de a cada dia ser mais digna de representá-los. Em especial gostaria de agradecer à minha mãe, pelo carinho, pelo exemplo de dignidade e força que demonstrou frente à perda de meu pai, lutando sempre para nos oferecer as melhores oportunidades de crescer e amadurecer. Obrigada mãe pela existência que me proporcionou.

À minha instituição de trabalho – Faculdade Integrado de Campo Mourão – e, em especial, por minha coordenadora e amiga Mestra, Elenita de Cácia Menossi Morteau, por sua ajuda nos momentos mais críticos, por acreditar no futuro deste projeto e contribuir para o meu crescimento profissional e por ser também um exemplo a ser seguido. Sua participação foi fundamental para a realização deste trabalho.

A todos os meus amigos que fizeram e fazem parte da minha vida, pois só cheguei até aqui e tornei-me o que sou como pessoa e profissional pelos seus amparos, incentivos, conselhos, empatias e ajuda. Não citarei nomes, pois todos direta ou indiretamente contribuíram na minha formação.

Aos meus colegas de trabalho, bravos companheiros que nunca me faltaram e sempre me apoiaram nesta caminhada: Samira M. Garcia, Rafael Henrique Silva, Muriel Regina Vrecchi e Graziela C. Galvani, por sempre estarem presentes, sempre apoiando, incentivando e, humildemente me ajudaram quando preciso foi, assim como algumas vezes também o fiz. Sei que ao destacá-los cometo injustiça com os outros, mas eles desde o início acompanharam meu trabalho e colaboraram para que o mesmo fosse concluído.

À querida Thaise C. Silva, que além de sempre me receber com bom humor, carinho e atenção, foi um amiga disponível à conversa e ao socorro durante toda a jornada do Mestrado e acredito que assim será pela vida afora.

A todos os meus companheiros de Mestrado que sempre estiveram comigo e partilharam dos momentos de alegria e tristezas e em especial à Juliana Dalcin Donini Silva e Vladimir Araujo Silva, pela colaboração e cumplicidade nesta jornada.

Às Professoras Doutoras Maria Angélica Pagliarini Waidma, Jussara Simone Lenzi Pupulim e Ines Gimenes Rodrigues, pelas contribuições na qualificação desta pesquisa.

Aos Professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá-UEM, pelo convívio e pela oportunidade de ampliar meus conhecimentos.

Aos membros da EICPO - Equipe Interdisciplinar de Cuidados Paliativos Oncológicos do Hospital do Câncer de Londrina e do SID- Sistema de Internação domiciliar em cuidados paliativos por proporcionarem conhecimento e minha vivência prática com a filosofia da palição durante o período que estive junto aos mesmos e em especial ao Médico paliativista Luiz Fernando, por ser o estirpe desta conquista.

E, em especial, ao meu amigo, fiel escudeiro, companheiro de todas as horas, que sabe como ninguém honrar o título de amor, nunca me deixando fraquejar, sendo forte, companheiro, paciente e firme em me auxiliar nesta conquista. Meu lindo namorado, Éder Ricci, TE AMO.

Eu me importo pelo fato de você ser você, me  
importo até o último momento de sua vida e  
faremos tudo o que está ao nosso alcance, não  
somente para ajudar você a morrer em paz,  
mas também para você viver até o dia da  
morte.

(Cicely Saunders)



ALMEIDA, C. S. L. **A vivência existencial dos profissionais de enfermagem no cuidado paliativo oncológico hospitalar**. 2011. 122 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)– Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2011.

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** O câncer atualmente é uma das principais causas de mortalidade no mundo, merecendo especial atenção por parte dos profissionais de saúde no sentido de amenizar o sofrimento. Concomitantemente ao seu tratamento aplicam-se os cuidados paliativos, a qual deve ser ofertado por uma equipe interdisciplinar treinada e a enfermagem por ser o profissional de saúde que despendem maior tempo com pacientes no final da vida é um elemento fundamental para sua aplicação no ambiente hospitalar. Porém, ao acompanhar o existir cuidando desses profissionais na esfera oncológica, em minha prática profissional, observei um distanciamento dos mesmos para com o real objetivo dos cuidados paliativos, o que me gerou inquietações ao ver que o âmbito hospitalar na terminalidade é utilizado como cenário para a morte, triste e desesperador. Na procura de sanar minhas inquietudes internas e profissionais, busco com esta pesquisa desvelar o significado e a aplicabilidade dos cuidados paliativos pela equipe de enfermagem oncológica hospitalar. **METODOLOGIA:** Para tal, optei por utilizar a pesquisa qualitativa fenomenológica embasada nos pressupostos de Martin Heidegger que foi realizada na ala oncológica hospitalar no período de abril a junho de 2011 com 21 profissionais de enfermagem. Assim, utilizei como instrumento de coleta a entrevista gravada norteada por três questões norteadoras e dados profissionográficos e sociodemográficos dos depoentes. A análise dos dados foi realizada com base nos passos preconizados por Josgrilberg e os depoentes codificados com nome de estrelas para manter seu anonimato. O estudo previamente a sua aplicação foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá sob Parecer nº 709/2010. **RESULTADOS:** Da apreciação dos resultados emergiram dois artigos “Cuidados paliativos: resgatando o cuidado humanizado” e “O existir da enfermagem no cuidado paliativo: um estudo na ótica fenomenológica”. O primeiro evidenciou em suas três temáticas existenciais: Resgatando a essência do cuidar em enfermagem; Estando-com-o-outro no cuidado e Envolvendo-se com a condição existencial do outro que o profissional de enfermagem não expressa o conhecimento científico ou filosófico sobre cuidados paliativos, mas que a humanização demonstrada por esses profissionais, no estar-com ao partilhar, ajudar e envolver-se e pela empatia manifestada

para com o ser doente com câncer e seus familiares, revelaram em si alguns aspectos da palição. O segundo demonstrou em suas duas temáticas ontológicas: Sentindo satisfação e amor no cuidado ofertado e Sentindo revolta e impotência frente à terminalidade que o existir no cuidado traz a este profissional, como Ser-aí, manifestações interiores de alegrias e tristezas no cuidado o tornando autêntico e inautêntico no seu existir. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Este estudo não é conclusivo, é um ponto de partida para outros, mas demonstra que devemos focar olhares sobre as necessidades do profissional enfermeiro, que como Ser-no-mundo também estão a mercê de cuidado e também necessitam serem reconhecidos como Seres biopsicossociais e espirituais e não meramente como objetos ou instrumentos de cuidado.

**Palavras-chave:** Cuidados paliativos. Oncologia. Enfermagem.

ALMEIDA, C. S. L. **Existential experience of nursing professionals in hospital cancer palliative care.** 2011. 122 f. Master's Dissertation in Nursing – State University of Maringá, Maringá, 2011.

## **ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** Cancer is at present one of the main causes of death in the world and requires special attention by health professionals so that the patients' sufferings could be minimized. Palliative care may be started as from the diagnosis of the illness, or rather, cure and palliative care will be replaced by palliative care as the illness course develops without any prognosis and the cancer's amplitude triggers a decline in the curative aspect. Palliative care is offered at several layers of attention by an interdisciplinary team, among which there is the nursing team consisting of the nursing practitioner and nursing assistant who participate more fully than any other health professional in the hospitalization process and spend most of their time with terminal patients. However, when the existing-care-giving health professionals are followed up in the cancer palliative sphere, their distance from the real aim of palliative nursing care has been a source of concern. This is brought about by the fact that the hospital milieu in terminality cases becomes a scene for future death causing suffering to the patients and their families during a period when peace and serenity should be the reigning environment. Current research reveals the significance and applicability of palliative care by the cancer hospital nursing team as a solution for the nurses' internal and professional concerns so that the practicability of hospital palliative care in the existing-caregiving of nursing could be understood. **METHODOLOGY:** A phenomenological qualitative research based on Heidegger's doctrine was carried out in the hospital cancer wards between April and June 2011 with 21 nursing professionals. Collection tool consisted of a recorded interview with three basic questions and with the professional, social and demographic data of the interviewed. Data analysis was based on Jospilberg presuppositions and the names of the interviewed were substituted by star names for anonymity. The study was primarily approved by the Ethic and Research Committee of the State University of Maringá (Process 709/2010). **RESULTS:** In the wake of results, two scientific articles were published: "Palliative care: recovering humanized care" and "Nursing existence in palliative care: a study from the phenomenological point of view". The three existential themes in the first article, or rather, Recovering the essence of care in nursing; Being-with-the-other in care; and Involving

oneself with the existential condition of the other, show that the nursing professional does not demonstrate a scientific or philosophical knowledge of palliative care; rather, humanization by professionals in being-with to sharing, helping and involving oneself through empathy manifested to sick people with cancer and to their relatives, had, in itself, aspects of palliative care. The second article showed in its ontological themes, Feeling satisfaction and love in caring and Feeling revolt and impotence vis-à-vis terminality, that existence brought to nurses, as Being-here, interior manifestations of happiness and sadness in caring, making it authentic or inauthentic in their existence. **FINAL CONSIDERATIONS:** Although current research is still inconclusive, it is a point of departure for others. It shows the need to focus on the needs of professional nurses who, as Being-in-the-world, are also in need of care and who should be acknowledged as bio-psychological and spiritual beings. They should not be seen as mere objects or instruments of care.

**Keywords:** Palliative care. Oncology. Nursing.

ALMEIDA, C. S. L. **La vivencia existencial de los profesionales de enfermería en el cuidado paliativo oncológico hospitalario**. 2011. 122 f. Disertación (Maestría en Enfermería)–Universidad Estadual de Maringá, Maringá, 2011.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El cáncer actualmente es una de las principales causas de mortalidad en el mundo, mereciendo especial atención por parte de los profesionales de salud en el sentido de amenizar el sufrimiento. Concomitantemente a su tratamiento se aplican los cuidados paliativos, la cual debe ser ofrecido por un equipo interdisciplinar entrenada y la enfermería por ser el profesional de salud que emplean más tiempo con pacientes en el final de la vida es un elemento fundamental para su aplicación en el ambiente hospitalario. Sin embargo, al acompañar el existir cuidando de esos profesionales en la esfera oncológica, en mi práctica profesional, observé un alejamiento de estos para con el real objetivo de los cuidados paliativos, el que me generó inquietudes al ver que el ámbito hospitalario en el final de la vida es utilizado como escenario para la muerte, triste y desesperador. En la búsqueda de sanar mis inquietudes internas y profesionales, busco con esta investigación desvelar el significado y la aplicabilidad de los cuidados paliativos por el equipo de enfermería oncológica hospitalaria.

**METODOLOGÍA:** Para tal, opté por utilizar la pesquisa cualitativa fenomenológica embasada en los presupuestos de Martín Heidegger que fue realizada en el sector oncológico hospitalario en el período de abril a junio de 2011 con 21 profesionales de enfermería. Así, utilicé como instrumento de colecta la entrevista grabada norteada por tres cuestiones clave y datos profisionográficos y sociodemográficos de los encuestados. El análisis de los datos fue realizado con base en los pasos preconizados por Josgrilberg y los encuestados codificados con nombre de estrellas para mantener su anonimato. El estudio previamente a su aplicación fue aprobado por el Comité de Ética y Pesquisa de la Universidad Estadual de Maringá bajo Parecer n° 709/2010.

**RESULTADOS:** De la apreciación de los resultados surgieron dos artículos “Cuidados paliativos: rescatando el cuidado humanizado” y “El existir de la enfermería en el cuidado paliativo: un estudio en la óptica fenomenológica”. El primero evidenció en sus tres temáticas existenciales: Rescatando la esencia del cuidar en enfermería; Estando-con-el-otro en el cuidado y Arrollándose con la condición existencial del otro que el profesional de enfermería no expresa el conocimiento científico o filosófico sobre cuidados paliativos, pero que la humanización demostrada por esos profesionales, en el estar-con al

compartir, ayudar y envolver-se y por la empatía manifestada para con el ser enfermo con cáncer y sus familiares, muestran en si algunos aspectos de la paliación. El segundo demostró en sus dos temáticas ontológicas: Sintiendo satisfacción y amor en el cuidado ofrecido y Sintiendo rebelión e impotencia frente al final de la vida que el existir en el cuidado trae a este profesional, como Ser-ahí, manifestaciones interiores de alegrías y tristezas en el cuidado volviéndolo auténtico y no auténtico en su existir. **CONSIDERACIONES FINALES:** Este estudio no es conclusivo, es un punto de partida para otros, pero demuestra que debemos enfocar miradas sobre las necesidades del profesional enfermero, que como Ser - en el mundo también están a merced de cuidado y también necesitan ser reconocidos como Seres biopsicosociales y espirituales y no solamente como objetos o instrumentos de cuidado.

**Palabras-clave:** Cuidados paliativos. Oncología. Enfermería.

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
1.1	DA FORMAÇÃO ACADÊMICA À DESCOBERTA DA ESSÊNCIA DO CUIDADO .....	15
2	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	21
2.1	A TRAJETÓRIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS DO NASCER À ATUALIDADE .....	22
2.2	O CUIDADO PALIATIVO NO ÂMBITO HOSPITALAR BRASILEIRO .....	28
2.3	A ENFERMAGEM E O CUIDADO PALIATIVO .....	33
3	<b>EXPLANANDO MEU REFERENCIAL TEÓRICO FILOSÓFICO</b> .....	37
3.1	A ANALÍTICA EXISTENCIAL DE MARTIN HEIDEGGER .....	38
4	<b>ILUSTRANDO MEU CAMINHO METODOLÓGICO</b> .....	43
5	<b>DESCREVENDO MINHA APROXIMAÇÃO AOS SUJEITOS DA PESQUISA</b> .....	48
5.1	ENCONTRANDO AS ESTRELAS .....	50
6	<b>RESULTADOS</b> .....	61
6.1	ARTIGO 1 – CUIDADOS PALIATIVOS: RESGATANDO O CUIDADO HUMANIZADO .....	62
6.2	ARTIGO 2 – O EXISTIR DA ENFERMAGEM NO CUIDADO PALIATIVO: UM ESTUDO NA ÓTICA FENOMENOLÓGICA .....	77
7	<b>CONSIDERAÇÕES ACERCA DO ESTUDO</b> .....	93
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	97
	<b>APÊNDICES</b> .....	104
	<b>ANEXOS</b> .....	108



## **SEÇÃO 1**

# **INTRODUÇÃO**



## 1.1 DA FORMAÇÃO ACADÊMICA À DESCOBERTA DA ESSÊNCIA DO CUIDADO

Para abordar a minha trajetória em direção à arte de cuidar, por meio da enfermagem, devo iniciá-la a partir da minha vivência pela fase da adolescência e adulta. No decorrer da adolescência, sempre fui um ser quieto, com grandes dificuldades de relacionamento social, principalmente com entes que não participavam do meu convívio familiar, escolar e comunitário. Ao relembrar essa vivência, recordo da figura de minha mãe dando-me algumas broncas, por não dar atenção às pessoas de sua convivência e também pelo meu jeito insensível de sempre escutar muito, falar pouco e de não demonstrar empatia para com outros seres.

Com o passar do tempo, percebi que realmente revelava, dentro do meu eu, a dificuldade de sensibilização, comunicação e disponibilidade para com os outros. Era como se eu não soubesse “o que falar, quando falar e como falar”. Parecia experienciar um relacionamento forçado, frio, distanciado e baseado em perguntas pré-definidas. Essas manifestações poderiam ser justificadas por um bloqueio pessoal ou simplesmente como resultado das alterações e descobertas próprias da fase da adolescência.

Aos 16 anos de idade, cursando o Ensino Médio, perdi uma pessoa muito especial em minha vida, meu pai, de forma inesperada, assim como é o IAM- Infarto Agudo do Miocárdio. Este fato me fez presenciar um ambiente de sofrimento, tanto interno como no meu leito familiar, e também manifestar uma diversidade de sentimentos e conflitos. Eu não sabia como lidar com essa situação de tristeza e dor que me assombrava. Foi neste contexto, que descobri o quanto é importante estar autenticamente com o outro. Percebi, também, que para esse processo ocorrer o principal caminho, muitas vezes, não se dá por meio da fala, tornando-se desnecessário nesse momento saber o que falar, como falar e quando falar, mas simplesmente estar presente ao lado.

Neste mesmo período, tive que escolher qual profissão seguir. Foi quando escolhi a enfermagem pela empatia que tinha por ela. Ao adentrar a faculdade, com o tempo fui me questionando se realmente era o que gostaria de exercer pela vida afora, porém, quando iniciei as atividades práticas, no ambiente hospitalar, observei o quanto era importante o contato enfermeiro/paciente. Vi que a enfermagem é mais do que realizar os procedimentos técnicos aprendidos nos laboratórios da Universidade, que por meio dela é possível cuidar do próximo em sua totalidade e que os pacientes, muitas vezes, não estão apenas com o corpo doente, mas com a alma.

No decorrer da graduação, nas vivências dos estágios que realizava, observei o distanciamento dos profissionais da enfermagem para com os pacientes, principalmente para com os que estavam em fase terminal de uma doença. Sentia que as teorias do cuidado em enfermagem não eram praticadas, e quando ocorriam eram fragmentadas e focadas apenas na patologia e não no paciente em si, deixando de lado a integralidade, os familiares e cuidadores. Essa forma de cuidar me incomodava e de certa forma me frustrava, por pensar que tudo que aprendemos na universidade acaba se perdendo e não é aplicado na assistência, gerando, em muitos momentos, um cuidar técnico, frio, sem empatia e distante.

Ao terminar a minha graduação, em 2006, logo iniciei minha carreira profissional como enfermeira do Programa de Saúde da Família (PSF) em uma cidade do interior do Paraná. Nesta vivência, conheci uma realidade totalmente diferente do meu convívio e que nem imaginava que existisse fora da televisão - a fome e a miséria. Nesse âmbito, percebi que a minha frustração ia além da forma de cuidar dos profissionais de enfermagem, ela estava somada a um sentimento de impotência, de não saber o que fazer e nem como resolver esta situação a qual me deparava.

Neste contexto de tristeza, descobri a morte, não na figura paterna, mas na relação enfermeiro/paciente, em que me deparei com um constante sentimento de impotência, por não saber como agir e me posicionar frente a esta etapa inevitável da vida. Foi nesta conjuntura que me descobri como ser humano e vivenciei a importância da humanização no atendimento desses indivíduos e seus familiares. Mesmo não possuindo conhecimento teórico sobre o processo morte/morrer, busquei inserir no meu cuidar uma assistência humanizada, mas encontrei dificuldade, pois no PSF não trabalhamos sozinhos e os demais membros de minha equipe estavam preocupados em direcionar o atendimento para a vida e a cura, e não para a morte ou para patologias sem prognósticos. Ao experienciar essa realidade, manifestei sentimentos de frustração, sofrimento e inquietações, o que acabou gerando conflitos internos e resultando em um quadro clínico de depressão leve.

Nesta mesma época, acabei me afastando desta função e iniciei minhas atividades como docente na enfermagem em uma faculdade privada do Paraná. Foi neste momento que iniciei o meu contato com pacientes oncológicos, por meio dos estágios que ministrava na ala oncológica hospitalar, e senti que em algumas situações faltava essência no cuidar de enfermagem para com esses pacientes. Percebi que, mesmo agora na figura de Supervisora de Estágio/Enfermeira, estava revivendo os mesmos sentimentos de inquietude que demonstrei na minha época de graduação. Buscando me aprimorar, suprir esta necessidade de humanização no atendimento e colaborar na formação de futuros enfermeiros, busquei, em

2009, a realização de uma disciplina sobre cuidados paliativos ao paciente terminal e sua família, como aluna não-regular, no Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá - UEM. Foi no desenvolver desta disciplina que descobri a existência de uma modalidade que cuida efetivamente do paciente fora de possibilidades terapêuticas, ou seja, prepara o ser doente e seus familiares, independente da faixa etária, da doença e do cenário em que estiver, para o enfrentamento da doença e da morte.

Após a descoberta dos cuidados paliativos como uma abordagem humanística de cuidar em enfermagem, observei no transcorrer dos estágios desenvolvidos com os alunos, na ala oncológica hospitalar, em algumas circunstâncias a incipiência dos profissionais quanto ao real significado dos cuidados paliativos e sua implementação na oncologia. Isso gerava a aplicação equivocada do termo, impedindo que os profissionais promovessem cuidados efetivos e que os pacientes tivessem qualidade de vida e dignidade no processo morte/morrer. Nesta vivência, senti a necessidade de me aprofundar no assunto e compreender um pouco mais desse tipo de cuidado, novo para mim, porém essencial para um atendimento de qualidade e eficaz.

A partir dessa inquietação e da vontade de compreender os cuidados paliativos, e quem sabe colaborar na melhoria do cuidar de enfermagem na assistência, iniciei, no ano de 2010, o Mestrado em Enfermagem da UEM, na área de concentração da Enfermagem e o processo de cuidado sob a linha de pesquisa: O cuidado à saúde nos diferentes ciclos da vida, com ênfase em saúde da família, cuidado paliativo e oncologia.

Ao adentrar a esta nova realidade, inseri-me no projeto de extensão “*cuidados paliativos ao doente com câncer e seus familiares*”, que realizo no transcorrer do Mestrado, junto com alunos de graduação do Curso de Enfermagem, o acompanhamento semanal de pacientes oncológicos em parceria com a RFCC- Rede Feminina de Combate ao Câncer de Maringá. Porém, sentia que mesmo participando deste projeto e disciplinas na linha do cuidado no Mestrado, algo ainda estava precisando ser moldado em meu conhecimento. Foi quando resolvi participar do *Curso Básico de Cuidados Paliativos*, oferecido pelo Núcleo de Estudos em Cuidados Paliativos de Londrina - PALLIARE, onde pude me deparar com a aplicação desse tipo de cuidado por meio do SID - Sistema de Internação Domiciliar, que até então só tinha conhecimento teórico.

Neste curso, descobri que a Internação Domiciliar é uma modalidade de atenção à saúde que trata da pessoa em sua situação de doença, por meio de um cuidador familiar ou não, no próprio ambiente em que vive. É um cenário, no qual os profissionais respeitam a autonomia do paciente/família, que desenvolvem um cuidado integral e preparam o paciente e

família para a morte no domicílio, proporcionando, assim, a possibilidade do paciente ficar com os familiares e seus bens pessoais até seu último minuto. Conhecimento esse que veio a ser somado quando participei no ano de 2010 do minicurso *Cuidados Paliativos em Enfermagem* na UEM - Universidade Estadual de Maringá.

Descobri que além do atendimento domiciliar, a palição também abrange o ambiente ambulatorial e hospitalar e ao participar do Curso Básico em Cuidados Paliativos, consegui transpor a realidade prática deste cuidar ao ambiente domiciliar, porém sua praticidade hospitalar ainda não estava definida em meu interior. Partindo dessa lacuna, da compreensão prática da palição hospitalar, busquei, no início do ano de 2011, inserir-me em uma equipe atuante de cuidados paliativos oncológicos e utilizei como foco de conhecimento o HCL - Hospital do Câncer de Londrina, por ser um hospital de médio porte, referência para oncologia na região e trabalhar exclusivamente com pacientes oncológicos nas diferentes fases da vida.

Durante o período de uma semana, acompanhei o trabalho da EICPO- Equipe Interdisciplinar de Cuidados Paliativos Oncológicos do HCL, porém busquei acompanhar diretamente o trabalho da equipe de enfermagem, visto serem esses profissionais os meus sujeitos de pesquisa. Experiência essa que me fez entender que os cuidados paliativos vão além de uma mera forma de cuidar, que se trata de uma filosofia a qual pode ser utilizada em diferentes contextos e instituições, ou seja, no domicílio da pessoa, na instituição de saúde onde está internada, no hospice ou em uma unidade específica dentro da instituição de saúde destinada exclusivamente para esta finalidade (PESSINI, 2005)

Descobri que o hospital é um cenário que pode assumir um papel diferenciado no atendimento a pacientes oncológicos, que é possível, por meio dele, oferecer um cuidar paliativo integral e eficaz, desde que a equipe de profissionais, atuante neste cenário, conheça e aplique de forma ativa os princípios dos cuidados paliativos.

Apreender essa filosofia me fez desvelar, no meu interior, a essência do cuidado de enfermagem, ao qual estava esquecida; fez eu repensar o meu tempo de cuidar, descobrir que a pessoa humana não se reduz a uma mera entidade biológica e que o cuidar de enfermagem não se restringe apenas ao cuidado biotecnista, onde se permanece junto ao paciente por meio de técnicas propedêuticas, atividades burocráticas e assistenciais, mas sim na humanização de um cuidado que contemple o ser humano de forma biopsicossocial e espiritual. Assim, a partir desta compreensão, foi possível me redescobrir como enfermeira e ser humano.

Daí em diante, a preocupação com o ensino e aplicabilidade dos cuidados paliativos a pacientes que vivenciam a terminalidade da vida, é uma constante em minha prática, principalmente, pelo distanciamento que, às vezes observo entre os profissionais de enfermagem e o real objetivo dos cuidados paliativos, onde utilizam o hospital como cenário para a morte, gerando sofrimento ao ser doente e sua família em um momento que deveria ser de tranquilidade e paz.

Buscando cada vez mais me inserir neste contexto da palição, no transcorrer de 2011, participei do minicurso *Bioética e Cuidados Paliativos* na UEM, da palestra *Cuidados paliativos*, oferecido na I Semana de Enfermagem do HSC-Hospital Santa Casa de Campo Mourão, do minicurso Cuidados paliativos: um novo conceito de cuidado para a Enfermagem no IV CONCCEPAR da Faculdade Integrado e da X Jornada de cuidados paliativos, oferecida pelo Hospital Erasto Gaertner, em Curitiba-PR.

Na procura de sanar minhas inquietudes pessoais e profissionais, o objetivo desta pesquisa visa desvelar o significado e o cotidiano dos cuidados paliativos pela equipe de enfermagem oncológica hospitalar. E assim poder contribuir na melhora da assistência hospitalar em cuidados paliativos, na formação dos profissionais que atuam neste cenário, tanto em nível acadêmico quanto profissional, e também no reconhecimento dos mesmos como seres que necessitam de cuidado, atenção e merecem também serem assistidos de forma biopsicossocial e espiritual, como os pacientes e seus familiares da ala oncológica hospitalar.

Após aduzir, na presente seção, o porquê desta pesquisa e o que pretendo alcançar com ela, passo a aplainar nas seções consecutivas o caminho percorrido para atingir a finalidade do estudo.

No início da **seção 2**, descrevo a trajetória dos cuidados paliativos, elucidando desde sua origem até a realidade atual, que aponto que esta filosofia pode ser aplicada em diferentes contextos de cuidado. Nessa mesma seção, explano a palição na esfera hospitalar brasileira, mostrando o seu contexto e a realidade vivenciada nos dias de hoje pelos profissionais de saúde, principalmente os de enfermagem ao qual destaco no final da seção.

Na **seção 3**, explano alguns pressupostos da fenomenologia existencial proposta por Martin Heidegger e a compreensão do ser-no-mundo. Ontologia esta, que utilizei para desvelar a linguagem da equipe de enfermagem em seu existir-cuidando na Ala de Oncologia hospitalar.

O meu percurso metodológico é elucidado na **seção 4**, no qual apresento minha região ontológica, a formulação da interrogação que me direcionou ao fenômeno a ser desvelado e o método de análise que utilizei para me encontrar com ele.

No transcorrer da **seção 5**, *a priori* justifico a escolha e o porquê da escolha dos nomes de estrelas presentes no céu para utilizar como pseudônimo aos sujeitos da pesquisa e *a posteriori* descrevo minha aproximação com cada sujeito da pesquisa, delineando as peculiaridades expressas e manifestadas por cada no momento da entrevista.

Os resultados da pesquisa são explanados no transcorrer de dois artigos aclarados na **seção 6**. Inicialmente, o significado e a aplicabilidade dos cuidados paliativos pela equipe de enfermagem oncológica hospitalar são explanadas no artigo “Cuidados paliativos: resgatando o cuidado humanizado”. Consecutivamente, desvelou-se o sentido e o significado que tais profissionais atribuem a esta forma de cuidar no artigo “O existir da enfermagem no cuidado paliativo: um estudo na ótica fenomenológica”.

A consideração final, sobre os estudos, ilustrada na **seção 7**, em que ratifico as contribuições científicas que a pesquisa trouxe para a enfermagem e para minha vida enquanto profissional.



**SEÇÃO 2**

**REFERENCIAL TEÓRICO**

## 2.1 A TRAJETÓRIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS DO NASCER À ATUALIDADE

Muitos pesquisadores indicam que os cuidados paliativos tiveram sua origem na Antiguidade, a partir do surgimento das primeiras definições do cuidar. Desde a Idade Média, época das cruzadas medievais e das peregrinações Cristãs, era comum à presença de locais denominados “*hospices*” (que significa asilo, abrigo, refúgio), ambiente onde se alojavam os peregrinos que adoeciam ou eram maltratados durante suas caminhadas, porém ele não abrigava somente os doentes e moribundos, mas também os famintos, mulheres em trabalho de parto, pobres, órfãos e leprosos (PESSINI, 2005; PIMENTA; MOTA; CRUZ, 2006; RODRIGUES, 2009). O *hospice* (no português: hospedaria) era um ambiente onde se proporcionava o cuidar, tendo como característica primordial o estar-com de forma autêntica, por meio do acolhimento, da proteção, do alívio do sofrimento, da empatia dos cuidadores (na maioria das vezes padres, irmãs de caridade) e não a busca pela cura (SALES et al., 2008; RODRIGUES, 2009; BRASIL, 2009a).

É nesse pensar que no decorrer dos tempos se associou a expressão *hospices* a cuidados paliativos, visto possuírem a mesma filosofia de cuidar. Rodrigues (2009, p. 39) se posiciona ao afirmar que “Os princípios são os mesmos, porém a indicação é diferente”, visto que *hospice* ter se tornado “um conceito de cuidado ao invés de local de cuidado”. Independente, do termo utilizado e o local onde este cuidar é oferecido, as equipes de profissionais manifestam uma postura informal, assumindo uma conduta diferenciada, a de agir como uma visita ou um amigo, fortalecendo-se assim uma relação empática entre paciente e profissional (ARAUJO; SILVA, 2007). Para Boff (2005, p. 29) “o cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim, passo então a dedicar-me a ele, disponho-me a participar de seu destino, de suas buscas, de seu sofrimento e de seus sucessos, enfim, de sua vida”. É neste contexto que o cuidar autêntico se faz presente sendo possível estabelecer a relação de confiança e empatia para com o paciente, ou seja, proporcionar um manto que possa o acolher, afagar e confortar. Lembrando que o termo paliativo deriva-se do latim *pallium* e não é por coincidência que significa “manto” (PESSINI, 2005; BOEMER, 2009).

É importante, ao falar da filosofia dos *hospices* ou cuidados paliativos, lembrar sua história. Com o avanço tecnológico, a medicina também sofreu alterações no campo médico-cirúrgico, farmacêutico e na tecnologia de diagnóstico e apoio. Deixou de lado a humanização do atendimento, sua visão holística e integral para valorizar de forma obsessiva o



prolongamento da vida de forma artificial, por meio de recursos tecnológicos, apreciando o tempo de sobrevivência e não a qualidade de vida de pacientes crônicos e terminais. O ser humano biopsicossocial e espiritual foi ignorado, valorizando somente seu aspecto físico e quando se esgotavam todas as possibilidades terapêuticas de sobrevivência para com ele o mesmo era entregue ao seu curso final. A equipe médica agora não mais o assistia, pois houve uma inversão na relação entre medicina e tecnologia, em que a medicina estava não mais a serviço da própria medicina, mas sim da tecnologia. Seu intuito era o de prolongar a vida e não de proporcionar qualidade a mesma (FLORIANI; SCHRAMM, 2008).

Em meio a este cenário, em 1948, a enfermeira inglesa (posteriormente assistente social e médica), Cicely Saunders, inconformada com esta desumana forma de cuidar, sem valorização dos aspectos emocionais, espirituais, familiares, sociais e econômicos destes seres humanos, tomou a si a tarefa de cuidar dos mesmos, tratando de seus sofrimentos globais, isto é, do corpo, da mente e do espírito. Ela originou o termo “dor total” em 1964, que é uma combinação de elementos físicos, emocionais, espirituais, sociais e também, posteriormente, inseriu os aspectos financeiros, interpessoal e familiar como parte do termo (SALES, 2003; SALES et al., 2008). Para a mesma, o sofrimento somente é intolerável se ninguém cuida. Na busca disso, ela enfatizou a comunicação verbal com o ser doente e seus familiares para poder compreender a vivência de sua doença e proporcionar um cuidado diferenciado. Sua intenção era proporcionar dignidade e conforto ao resto de vida destes pacientes terminais, tendo como lema dar vida aos dias do que acrescentar dias à vida (PESSINI, 2005; SALES et al., 2008).

Cicely Saunders, no período de “1948 a 1967, preparou-se para receber e atender pacientes em fase terminal, naquilo que foi seu objetivo de vida: o alívio do sofrimento e a dignidade na morte” (RODRIGUES, 2009, p. 34). Após receber uma herança de 500 libras esterlinas de David Tasma (soldado judeu que faleceu de câncer) incitou-se a concretizar seus princípios de palição, por meio da construção de seu próprio *hospice* no Sul de Londres. Nomeado como *St. Christopher`s Hóspede*, que foi inaugurado oficialmente em 24 de julho de 1967 e visou proporcionar um cuidar humanizado, não meramente tecnicista, aos pacientes sem possibilidades de cura. Tornou-se um centro de cuidar global e uma referência para encontros de indivíduos, que assim como Cicely, gostariam de discutir essa nova forma de cuidar, a qual deixava de lado a medicina tecnicista curativa e assumia um papel de medicina multidisciplinar de baixa tecnologia, porém com grande contato. Essa filosofia, dos cuidados paliativos a pacientes fora de possibilidades de cura, influenciou atenuantemente a forma de cuidar em saúde no mundo todo, gerando maneiras novas de lidar com a terminalidade, a morte, o morrer e o luto (PESSINI, 2005; SALES et al., 2008).

Não posso mencionar a morte e o processo de morrer sem falar de outra grande precursora dos cuidados paliativos, a médica psiquiatra suíça Elizabeth Kubler-Ross, que se tornou especialista e referência mundial nos assuntos direcionados a este tema. Em 1969, após a edição de seu livro “Sobre a morte e o morrer”, em que descreveu os cinco estágios que o paciente e os familiares vivenciam no processo de morrer, a psiquiatra difundiu os cuidados paliativos, originados por Cicely Saunders, nas Américas, ao possibilitar que os profissionais de saúde conhecessem e refletissem sobre a situação de pacientes próximos à morte. Ao criar as fases de negação, raiva, barganha, depressão e aceitação que antecede a morte de pacientes terminais, Elisabeth pretendia criar um sistema de classificação facilitador na prestação dos cuidados. De acordo com as atitudes apresentadas pelo paciente, em sua terminalidade da vida, seria possível direcionar ações de saúde individuais adequadas para cada uma das fases e proporcionar atendimento humanizado e integralizado para com o paciente e os familiares (PESSINI, 2005; SILVA; KRUSE, 2009).

Kubler-Ross descreveu o primeiro estágio de **negação e isolamento** como um mecanismo de defesa, e sua intensidade e a duração estão relacionadas diretamente com a forma que a pessoa e família são capazes de lidar com essa dor. A segunda etapa é a de **raiva**, que surge pela impossibilidade do Ego manter a negação (primeiro estágio), surgindo sentimentos de dores psíquicas manifestadas por meio de revolta, inveja, ressentimento e agressão, tornando os relacionamentos problemáticos. A fase consecutiva é denominada de **barganha** que se inicia após a percepção de que o sentimento de raiva não resolveu o problema e, então, ele se apega ao seu lado espiritual, manifestando súplicas em segredo (normalmente a Deus), assumindo características de serenidade, reflexão e obediência. O penúltimo estágio é a **depressão**, em que o paciente começa a sentir-se fisicamente doente e por meio do sofrimento e da dor psíquica consegue perceber a realidade e, ao entender que suas atitudes anteriores não surtiram efeitos, apresenta um quadro clínico de desânimo, desinteresse, apatia, tristeza, choro etc. Ao chegar ao estágio de **aceitação**, o paciente vivencia um momento de repouso, bem-estar emocional, paz e serenidade, pois não mais experiencia negação e desespero. Ressalta-se que tais estágios não são fixos e que uma mesma pessoa pode não conseguir a aceitação da situação. Porém, para que esta conquista seja possível e o paciente experiencie o processo até a morte em clima de serenidade, faz-se necessário proporcionar qualidade em sua terminalidade e processo de morrer, pela equipe que o assiste e conforto, compreensão e colaboração para com o paciente pelos membros ao seu redor (KUBLER-ROSS, 2002).

O processo do morrer, morte e o luto estão inseridos na filosofia dos cuidados paliativos, assim como a multiprofissionalidade, a satisfação do paciente, a liberação do acompanhamento do paciente pelos seus familiares, o tratamento sem eutanásia e distanásia, além da autonomia do paciente e familiar na tomada de decisões dos seus cuidados (SILVA; KRUSE, 2009). À medida que suas considerações foram se difundindo pelo mundo, suas definições, assim como o próprio paliativismo, sofreram distintas alterações. A primeira definição de cuidados paliativos foi elaborada pela Organização Mundial de Saúde, no ano de 1986, sendo visto como um cuidar aplicável exclusivamente no momento em que a morte era iminente e com o objetivo de proporcionar qualidade de vida (MACIEL, 2008).

Hoje, os cuidados paliativos são oferecidos no estágio inicial do curso de uma determinada doença progressiva, avançada e incurável, e não somente no seu estágio final, em que a morte é iminente. A aplicação desse cuidar apenas na sua terminalidade é inviável. Primeiro porque quem sabe objetivar uma doença fora de possibilidades de cura? E segundo, como proporcionar qualidade de vida na terminalidade, a partir de algumas horas antecedentes a morte, sem um acompanhamento prévio?

O cuidar paliativo não pode ser visto como uma forma de cuidar isolada e diferente de outros cuidares ou áreas, pois ele também é curativo, mas não somente. Inicia-se a partir do diagnóstico de uma patologia crônica, assumindo, nesse momento, seu aspecto curativo e paliativo e, ao curso que a doença vai se tornando sem prognóstico, a esfera paliativa assume sua amplitude ocasionando um declínio no seu aspecto curativo (MACIEL et al., 2006; MACIEL, 2008; BOEMER, 2009).

Buscando conglomerar esse pensar, em 2002, foi elaborado o último conceito de cuidados paliativos pela Organização Mundial de Saúde (2009, p. 3)

O cuidado paliativo é a abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.

Nesta mesma época, a OMS expandiu a esfera dos cuidados paliativos, para outras doenças crônicas como SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida), doenças neurológicas progressivas e outras doenças de órgãos vitais, não sendo mais ofertados apenas para pacientes oncológicos (MACIEL et al., 2006; MACIEL, 2008; ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009).

Os princípios da palição se baseiam em conhecimentos científicos intrínsecos das diversas especialidades e possibilidades de intervenção clínica e terapêutica, nas distintas áreas de conhecimento da ciência médica. Sendo eles o de promover o alívio da dor e de outros sintomas estressantes; almejar não antecipar e nem postergar a morte; integrar ao cuidar os aspectos psicossociais e espirituais; proporcionar um sistema que auxilie o paciente a viver ativamente, quanto possível, até a sua morte; auxiliar a família no manejo da doença do paciente e no luto; estabelecer a abordagem em equipe; aprimorar a qualidade de vida e inseri-la, o mais precocemente possível, junto a outras medidas de prolongamento de vida, como a quimioterapia e a radioterapia, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreensão e manejo dos sintomas (BRANDÃO, 2005; PESSINI, 2005; MACIEL, 2008).

Observa-se, atualmente, que a maioria dos países iniciou suas ações ou atividades com cuidados paliativos entre 1999 e 2001, porém sua sistematização iniciou-se com a fundação do *St. Christopher`s Hospice* há 40 anos, estando sua prática estruturada em 35 países. Outras 121 nações estão mostrando esforços na busca de sua implantação efetiva, como mostra o documento elaborado pelo International Observatory on End of Life Care (IOELC), da Universidade de Lancaster do Reino Unido em 2006, intitulado como “*Mapping levels of Palliative Care Development: a Global View*”. O mesmo estudo abocou 14 iniciativas no Brasil, porém trabalhos mais recentes referem que o país consta atualmente com mais de 30 unidades de cuidados paliativos distribuídas por todo o território nacional. Apontam que a sua maioria atua na esfera dos domicílios e ambulatórios, porém nasceram em sua maioria de serviços dentro dos hospitais (CAVALCANTI, 2004; ARAUJO, 2005; MACIEL et al., 2006; WRIGHT et al., 2006; MACIEL, 2008; BOEMER, 2009).

O movimento *Hospice* encontra-se avançado em alguns países no mundo, principalmente na Europa e em distintos continentes americanos, por apresentarem-se veteranos no assunto (BOEMER, 2009). Já a realidade brasileira é inexperiente pela sua recente aplicabilidade, com seu início aproximadamente no ano 2000. Torna-se necessária a formação de novas equipes, pois estatísticas mundiais apontam que o Brasil necessita possuir a capacidade de projetar a palição para 180 mil pacientes/ano, que a população mundial a cada ano está envelhecendo mais e que as doenças crônicas, principalmente o câncer, estão no ranking da mortalidade brasileira, chegando a ser considerado como um problema de saúde pública (MACIEL et al., 2006; MACIEL, 2008; ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009; BRASIL, 2009b).

Esta equipe mínima de cuidados paliativos deve ser composta por um Médico, uma Enfermeira, uma Psicóloga, uma Assistente Social, podendo contar também com a assistência de outros profissionais como o Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Farmacêutico, Nutricionista, Capelão, Dentista, Fonoaudiólogo, entre outros, aos quais todos devem ser devidamente treinados na filosofia e na prática da palição (PESSINI, 2005; MACIEL et al., 2006; MACIEL, 2008; ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009; BRASIL, 2009a; BOEMER, 2009). Esta equipe multiprofissional pode abarcar a filosofia da palição em diferentes tipos de serviços, tais como assistência domiciliar, unidades de internação, clínicas-dia, serviço de consultoria, unidades ambulatoriais e de suporte para o luto (MELO; CAPONEMO, 2009; SALES, 2010). Mesmo necessária esta equipe seguidora dos preceitos paliativos é escassa na realidade brasileira. Contudo, observa-se na prática enorme desconhecimento, despreparo profissional e muito preconceito relacionado à palição, principalmente entre os médicos, profissionais de saúde, gestores hospitalares e o poder judiciário. Situação esta que se justifica pela precariedade do ensino dos cuidados Paliativos no Brasil, tanto em nível de graduação quanto de pós-graduação. Atualmente, é escassa a abordagem do tema nos cursos de Ensino Superior, fato este que é ratificado nos questionamentos dos profissionais da área, em que sua maioria refere à falta de informação e ao treinamento como uma grande barreira na implementação dos cuidados paliativos com qualidade no Brasil (ARAUJO, 2005; MACIEL et al., 2006; FLORIANI; SCHRAMM, 2007, BRASIL, 2009a).

Nesse pensar, um programa nacional de cuidados paliativos, regulamentado por lei e ordenado pelo Ministério da Saúde, compreendendo a assistência, ensino e pesquisa, é de fundamental importância para a promoção de um atendimento integral e de qualidade. Faz-se necessário também a regularização profissional, quebra de resistência, maior divulgação e implantação de modelos padronizados de atendimento. Mesmo conhecendo essa dificuldade e precariedade de implantação, não se pode deixar de referir as conquistas, mesmo que pequenas, que o país vem alcançando, de forma lenta mais efetiva, por meio do Instituto Nacional do Câncer (INCA), pela criação da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (1997), pela implantação dos Centros de Alta Complexidade em Oncologia por meio do Sistema Único de Saúde (1998), criação do Programa Nacional de Humanização Hospitalar (2001), implantação do Programa de Tratamento da Dor e Cuidados Paliativos (2002), criação da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2005) e por meio da promulgação do novo Código de Ética Médico (2009), ao qual valoriza os cuidados paliativos e a autonomia do paciente em suas premissas (BRASIL, 2001, 2009a, 2009c; MACIEL et al., 2006).

A falta de reconhecimento dos cuidados paliativos como área de ensino no Brasil e o impedimento de uma formação adequada de profissionais de todas as áreas fazem com que a maioria dos profissionais trabalhe sem educação formal, com conhecimento baseado em iniciativas autodidáticas e em cursos de curta duração, não estando, muitas vezes, inadequados à nossa realidade e gerando precariedade na qualidade da assistência, bem como uma visão e prática distorcida da filosofia dos cuidados paliativos. É necessário que os Cuidados Paliativos sejam rigorosamente administrados no âmbito das práticas de saúde, com intenso controle e aplicação de fundamento científico ao seu exercício, para jamais serem confundidos com descaso, desatenção, ausência de assistência ou negligência (MACIEL, 2008; ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009).

Até o momento, busquei, em linhas gerais, elucidar os cuidados paliativos em sua amplitude, contudo, a ênfase em meu trabalho dar-se-á no ambiente hospitalar, sendo importante resgatar seus preceitos teóricos estipulados para assim, consecutivamente, o compreender em seu aspecto prático.

## 2.2 O CUIDADO PALIATIVO NO ÂMBITO HOSPITALAR BRASILEIRO

Desde sua origem, antes da era cristã, até os dias de hoje o hospital passou e vem passando por inúmeras transformações, tanto em suas estruturas físicas como profissional. Até o final do século XVIII, era assistido por religiosos e espiritualistas e sua assistência destinada aos pobres e moribundos em fase terminal de vida, ou seja, seu intuito era excluir da sociedade essa massa que representava um perigo social. A medicina não era uma prática hospitalar, mas sim domiciliar e restrita a uma pequena porção da população com poder aquisitivo para custeá-la (SILVA; KRUSE, 2009).

No século XVIII, época das guerras, o hospital mudou de cenário e começou a investir na cura, pois, com a profissionalização do exército, os soldados guerrilheiros se tornaram custosos e assim suas vidas deveriam ser preservadas (SILVA; KRUSE, 2009). Neste desfecho, com o passar dos tempos, os hospitais direcionaram seus atendimentos/pesquisas à cura de doenças e deixaram de lado o atendimento a pacientes terminais, ficando estes vistos como objetos clínicos, isolados, submissos e sem humanidade.

Hoje, as instituições hospitalares costumam receber em seus leitos milhares de doentes que buscam a cura/alívio de suas condições, sejam elas aguda ou crônica. Na busca de tais

vertentes, é frequente a inserção de técnicas, aparelhagens, treinamentos e tecnologias de última geração no almejo da cura e vida dos pacientes (SILVA; KRUSE, 2009; MARQUES; SOUZA, 2010). Esse cuidado biotecnologista voltado à recuperação física e prolongamento da vida não pode ser puramente utilizado no âmbito hospitalar, pois há situações em que a assistência abarca o alívio e o controle de sinais e sintomas pertinentes à fase terminal de uma doença sem possibilidades terapêuticas. Nestes casos, busca-se o cuidado da doença com vistas à qualidade de vida, não sendo necessárias assim somente tecnologias de últimas gerações, mas sim uma equipe multidisciplinar treinada que aplique os preceitos da humanização e dos cuidados paliativos (CORGOZINHO et al., 2010).

Essa equipe deve incluir várias especialidades no ambiente hospitalar entre Médicos, Enfermeiros, Psicólogos, Psiquiatras, Nutricionistas, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Assistentes Sociais, Farmacêuticos, Conselheiros espirituais e Sacerdotes, que ao atuarem de forma interdisciplinar e integralizada busquem identificar e dirimir os problemas relacionados à internação, na esfera física, psicológica, espiritual ou social do paciente e família (PESSINI, 2005; MACIEL et al., 2006, MACIEL, 2008; ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009; BRASIL, 2009a; BOEMER, 2009).

Como o foco de atuação da medicina foi por muito tempo curativo, os pacientes fora de possibilidades terapêuticas foram esquecidos pelos profissionais de saúde. Essa conjuntura é notória por meio de observações práticas, de estudos científicos e pela própria trajetória dos hospitais, em que se observam lacunas neste cuidado que invocam em uma qualidade de atendimento diminuída para com o paciente, que ao invés de acolhê-lo, o negligencia como ser biopsicossocial e espiritual. É comum, neste ambiente, situações que vão contra os princípios da humanização e da palição, por exemplo: atrasos na administração de medicamentos, a não-autonomia na tomada de decisões dos procedimentos, negação da morte e ocultação de aspectos sórdidos da doença pela equipe, descaso profissional, comunicação ineficaz da equipe de enfermagem/cliente, submissões a procedimentos desnecessários, perda da individualidade e identidade dos pacientes, entre outros (MONTEIRO, 2009).

Para Rodrigues (2009, p. 21), o emprego de medidas “que prolongam a vida do paciente sem trazer qualidade de vida ou alívio do sofrimento” é denominada distanásia e a mesma, ainda, cita que o uso de drogas vasoativas, da hemodiálise, da ventilação artificial, entre outros procedimentos, quando empregadas na palição impossibilitam o preparo dos pacientes para a morte que se aproxima indo contra os princípios dos cuidados paliativos hospitalares. Somado a estas ações de descaso, os doentes internados experienciam a sensação de vulnerabilidade, por se encontrar em um ambiente diferente do seu contexto familiar,

muitas vezes sem a companhia de um ente querido e na fase terminal de sua doença (SILVA; KRUSE, 2009; CORGOZINHO et al., 2010; GOMES et al., 2010).

Sendo assim, observo que o hospital não está conectado à filosofia dos cuidados paliativos como entidade executora deste cuidar, mas simplesmente como um mero cenário que ainda necessita ser atuado por sua equipe de forma interdisciplinar e moldado suas estruturas para o paliativismo. Ressalva-se que a origem do termo hospital assim como os *Hospices* (local designado à aplicação da filosofia dos cuidados paliativos) têm suas origens derivada da mesma palavra, *hospes*, que se refere a hóspede, viajante, aquele que dá agasalho, que hospeda. Tendo assim, ambos, a função de acolher o ser humano em todas as suas esferas, no âmbito do cuidado humanizado (PESSINI, 2005; PRESOTO, 2008).

Além da falta de formação científica e a hipotética atuação em cuidados paliativos dos profissionais de saúde hospitalares, estes dados podem também serem justificados pelas poucas unidades dedicadas ao paliativismo dentro dos hospitais no Brasil. Nacionalmente, não há mais do que 340 grupos em cuidados paliativos vinculados a instituições hospitalares, sendo que o pioneiro iniciou suas atividades no ano de 1983 no Estado do Rio Grande do Sul (COSTA FILHO et al., 2008).

Esse baixo número de instituições hospitalares voltadas ao paliativismo e o aumento de doenças crônicas no Brasil e no mundo revolvem a necessidade de ampliação de políticas e ambientes paliativos a doentes crônicos no país. Além disso, Maciel (2008) ressalta ser imprescindível que o mesmo promova um ambiente próprio ao paliativismo em suas unidades de internação, possua uma equipe treinada nos princípios da palição, seja flexível em suas regras, principalmente em relação à liberação de visitas por familiares e ofereça acomodações individualizadas ao familiar e paciente, respeitando a preservação de suas intimidades e particularidades.

Esses e outros aspectos são abordados no Manual de Cuidados Paliativos elaborado pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2009), que aponta os benefícios da implantação deste cuidar, quando eficaz no ambiente hospitalar, sendo eles:

- integração dos Cuidados Paliativos com todas as especialidades do hospital;
- facilitação do acesso de pacientes à internação nas 24h;
- facilidade de acesso aos profissionais das equipes que até então o acompanhavam;
- menos sensação de abandono;
- respostas rápidas ao doente e maior segurança à família;
- facilidade para o ensino de Cuidados Paliativos;



- disseminação de uma cultura de Cuidados Paliativos de forma científica e controlada dentro de um grande hospital, contribuindo para a desmistificação de conceitos inadequados sobre a questão.

Mesmo com essas vantagens, vale ressaltar que

[...] a principal modalidade de atendimento em cuidados paliativos é a assistência domiciliar, e que a internação hospitalar é indicada, principalmente, diante da exacerbação de sintomas que não podem ser controlados em domicílio, aumentando o desconforto e o sofrimento, esta fase caracteriza-se pela instabilidade do quadro clínico (SILVA; MOREIRA, 2011, p. 487).

A assistência hospitalar apresenta alguns malefícios ao paciente terminal crônico como a dificuldade na realização de atividades de lazer pelos pacientes e familiares e também por se constituir como um fator estimulante ao mau humor e ao estresse, uma vez que é um ambiente desconhecido, com inflexibilidade de horários e com restrições de visitas, a qual gera o distanciamento do paciente de seu ciclo cotidiano, seus entes e objetos queridos, suscitando em sofrimento e insatisfação (MACIEL, 2008; PIMENTA; MOTA; CRUZ, 2006; NUNES, 2010b).

Neste sentido, a palição hospitalar deve ser meramente utilizada para as necessidades de equilíbrio das condições clínicas do doente, no controle de sintomas exacerbantes que necessitam de procedimentos invasivos e na solução de intercorrência. Ou ainda, como estratégia de organização familiar com ótica no treinamento do cuidador para o domicílio após sua transferência para casa e na preparação do paciente/família para a manutenção domiciliar como estratégia de cuidados paliativos e não para o ciclo hospital-casa-hospital (PIMENTA; MOTA; CRUZ, 2006).

Além destas desvantagens físicas proporcionadas pela internação na prática, como já citado anteriormente, é comum se deparar com situações que somadas a estas proporcionam condições de abandono, desinteresse, descaso e isolamento para com o processo de morte e luto do paciente e familiar. É corriqueiro, em instituições hospitalares, o paciente, em fase terminal, ficar, na maioria das vezes, isolado em quartos destinados a isso ou cercados por biombos nas enfermarias, sem acompanhamento familiar e ainda recebendo visitas rápidas dos profissionais de enfermagem e da equipe médica (no intuito de evitar permanecer junto ao paciente ou o surgimento de perguntas indesejáveis). Não obstante, além dessas situações em que o cuidado humanizado na terminalidade da vida é negligenciado, deparamo-nos com

aquelas em que as alternativas de cuidado terminal se restringem a um cuidado intensivo proporcionado por meio das Unidades de Terapias Intensiva (UTI), com uso de procedimentos desnecessário, gerando sofrimento e prolongamento do processo de morrer (RODRIGUES; ZAGO, 2003; MACIEL et al., 2006; BRASIL, 2009a).

Cabe ressaltar e destacar que, mesmo com esse cenário, ainda incipiente em cuidados paliativos nas instituições hospitalares, há no país algumas entidades que incorporam de forma satisfatória os princípios da palição nas suas estruturas físicas e profissionais como é o caso do Centro de Suporte Terapêutico Oncológico - CSTO do Instituto Nacional do Câncer (INCA), no Rio de Janeiro, inaugurado em 1998 que possui 56 leitos distribuídos nos seus quatro andares de assistência hospitalar além do subsídio domiciliar, ambulatorial e de treinamentos. Também merece destaque o Hospital do Servidor Público Estadual Francisco Morato de Oliveira, de São Paulo (HSPE-SP), que desde 2002 possui uma enfermaria com dez leitos, no modelo de hospedaria, em cuidados paliativos somado ao atendimento domiciliar e ambulatorial, além de outras entidades (PIMENTA; MOTA; CRUZ, 2006; MATSUMOTO; MANNA, 2008; NUNES, 2010b)

Vários são os obstáculos para a incorporação de um cuidar paliativo nas instituições hospitalares que contemplem o modelo hospice estabelecido por Cicely Saunders. Para Souza, Costa e Barbosa (2008) revolve-se a necessidade de mudanças como:

- estabelecer protocolos de atendimento para padronização dos cuidados;
- proporcionar retaguarda de profissionais como: Psicólogas, Assistentes Sociais, Fisioterapeutas e Fonoaudiólogas;
- oferecer espaço físico onde os familiares possam se acomodar, de modo a possibilitar o acompanhamento do paciente durante o maior tempo possível;
- oferecer local privativo onde paciente e familiar possa ser acolhido durante o processo de morte;
- possibilitar o acesso de religiosos (por exemplo, Capelão, Padre ou Pastor), de modo a atender às necessidades dos pacientes e seus familiares;
- promover atendimento à equipe de saúde, no sentido de minorar as situações de estresse frente ao atendimento do paciente terminal e seus familiares.

É evidente que uma equipe profissional eficaz que insira a palição no seu cotidiano profissional é imprescindível para um paliativismo autêntico. Assim, cada profissional, respeitando sua competência, deve ter como meta comum o alívio do sofrimento,

independente de sua dimensão, o preparo para uma morte digna e expandir o cuidado para o paciente e família. E, neste contexto, ressaltar o trabalho do enfermeiro e sua equipe de enfermagem e o destaque na próxima seção, por permanecerem diretamente ligados ao atendimento do paciente e família e como arte do cuidar buscam promover um cuidado holístico, considerando sua liberdade, unicidade e dignidade desde o nascimento à morte (HORTA, 1975; BEDIN; RIBEIRO; BARRETO, 2005; PESSINI, 2005; MACIEL et al., 2006; PIMENTA; MOTA; CRUZ, 2006; BRASIL, 2009a; ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009).

### 2.3 A ENFERMAGEM E O CUIDADO PALIATIVO

Os cuidados paliativos para que albergue seus objetivos e princípios devem ser oferecidos por uma equipe interdisciplinar, na qual se incluem médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e capelania. Esse multiprofissionalismo, com seus múltiplos “olhares” e sua percepção individual, consegue abranger em seu cuidado o paciente e sua família de forma holística, proporcionando a minimização de sofrimentos e qualidade de vida. Pois, não devemos nos esquecer de que qualidade de vida e bem-estar implicam a observância de vários aspectos da vida. Problemas sociais, financeiros, dificuldades de acesso a serviços, medicamentos e outros recursos podem ser também motivos de sofrimento e devem ser inclusos entre os aspectos a serem abordados pela equipe multiprofissional (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009).

Essa equipe deve promover a coordenação e a continuidade do cuidado em qualquer esfera de assistência, onde todos os profissionais nela inseridos são importantes no desenvolvimento da palição. Porém, como o foco do meu estudo é a enfermagem, irei no transcorrer deste capítulo dar ênfase a estes profissionais, entretanto não tenho o intuito de desmerecer ou valorizar qualquer categoria profissional.

A enfermagem como precursora do cuidar e profissional integrante da equipe multiprofissional paliativa é presença fundamental na aplicação da palição. É partícipe essencial para o cuidado de pacientes e familiares em situação de tratamento, terminalidade de uma doença, processo de morte e morrer, por ser a que se encontra diretamente próximo dos mesmos nestas fases. Porém o

[...] cuidado paliativo não é ‘novidade’ consiste de ações que são, e sempre foram, inerentes ao ‘fazer’ da enfermagem. O movimento pró Cuidados Paliativos é uma ‘re-ênfase’ de que cuidar, educar, acolher, amparar, advogar, aliviar desconfortos, controlar sintomas e minimizar o sofrimento devem ser ações cotidianas na vida dos profissionais (PIMENTA, 2010, p. 7).

O cuidar em enfermagem está englobado na profissão desde seus primórdios com Florence Nightingale e ele como arte e ciência para a profissão visa atender ao ser humano de forma holística, promovendo o seu bem-estar físico, psíquico, social e espiritual de forma a considerar o paciente um ser humano livre, merecedor de respeito e com autonomia na tomada de decisões (COSTA et al., 2009). Sua visão integral de cuidar visa atender ao paciente, família e comunidade na promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde (RODRIGUES; ZAGO, 2006; GOMES et al., 2010, NUNES, 2010b). Alguns dos princípios dos cuidados paliativos já se encontram enraizados nesta profissão, pois aliar arte e ciência a um cuidado que proporcione amparo, conforto e suporte são premissas da enfermagem e da palição.

O cuidado paliativo ao ser aplicado em nível ambulatorial, domiciliar e hospitalar encontra incluso nestes cenários as figuras do enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, sendo o enfermeiro quem supervisiona, coordena, gerencia, educa, cuida, promove e advoga o cuidado e sua equipe (PIMENTA, 2010). O exercer de tal papel requer, desta categoria profissional, o conhecimento técnico científico para avaliação de sinais e sintomas, condutas de enfermagem, administrações e efeitos farmacológicos, entre outros, bem como algumas habilidades que vão além dos conhecimentos teóricos como

[...] ter cuidado e interesse pelo outro, dar-se, estar aberto para discutir a fé, encorajar a esperança, escutar atentamente, demonstrar confiança e honestidade, orar a pedido da família ou do paciente, tocar a pessoa, dar abertura, ajudar o paciente no encerramento das questões do passado e amar (RODRIGUES; ZAGO, 2006, p. 436).

Oferecer um cuidado que contemplem a qualidade de vida na terminalidade, preparo e amparo no processo de morrer e morte é inerente a todas as categorias profissionais de saúde, estando cada voltada ao seu foco de formação acadêmica. Porém, todos necessitam se relacionar neste processo para que a assistência seja eficaz, não desmerecendo e nem valorizando nenhuma das categorias (MACIEL, 2008). O profissional enfermeiro ao aplicar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) consegue ser holístico e contemporizar as necessidades do paciente crônico oncológico sem possibilidades de cura, que segundo

Pimenta, Mota e Cruz (2006), é física, prática, de informação, psicológica, espiritual, emocional e social. Lembrando que ao abordar o paciente, eu englobo o doente e sua família, pois o paciente oncológico ao receber o diagnóstico da sua doença ou do seu prognóstico sofre impacto muito grande em sua vida que repercute diretamente sobre ele e seus familiares, merecendo ambos receber o apoio da equipe.

Entre as várias doenças crônicas assistidas pelo paliativismo, o câncer avançado entre suas facetas manifesta sintomas físicos como dor, náuseas, vômitos, dispneia, caquexia, fraqueza, constipação, odor desagradável, imobilidades, entre outros (RODRIGUES; ZAGO, 2006). E também, costumam causar sofrimento emocional, depressão e ansiedade no paciente e em quem está ao seu redor, estando tais presságios relacionados, em sua maioria, com a incerteza do tempo de vida e a proximidade da sua morte, tornando sua vida insuportável. Nesse momento, a aplicação da SAE consegue, por meio da sua fase de coleta de dados, levantar os problemas por tais acometidos, diagnosticá-los e por meio de seu plano de atividades solucioná-los ou minimizá-los de forma suportável para o paciente e sua família.

A SAE para que seja executiva e alcance os princípios dos cuidados paliativos na oncologia deve ser sistematizada e obedecer às etapas de Avaliação, Identificação dos problemas, planejamento, intervenção e reavaliação. Porém, Rodrigues e Zago (2006) instituíram a ela o acróstico de AMAR que pode ser transposto para qualquer cenário de cuidado:

**A** - Avaliação: visa ao conhecimento da situação atual por meio do levantamento de dados subjetivos e objetivos de ordem biopsicossocial e espiritual na esfera do paciente e família. Busca o reconhecimento dos problemas pertinentes levantados anteriormente ao paciente e família, definição dos diagnósticos de enfermagem após sua listagem e elaboração de um plano de intervenção com prioridade para com o cuidado do paciente e família e com também adequação domiciliar, profissional, ambulatorial e hospitalar.

**M** - Manejo: execução do plano de cuidados elaborados, visando ao tratamento do paciente, treinamento dos cuidadores, ajustamento da supervisão domiciliar e coordenação dos serviços de cuidados paliativos.

**A** - Acompanhamento: estar atenciosamente realizando o acompanhamento dos detalhes relativos ao paciente e ao cuidado familiar, bem como a adequação de seu domicílio para o cuidado.

**R** - Reavaliação: nova avaliação dos problemas após intervenção, sua resposta atual, identificação de futuros cuidados e revisão/adequação do plano de cuidado estabelecido.

Ao transpor as etapas do AMAR, propostas citadas por Rodrigues e Zago, para a Sistematização da Assistência de Enfermagem Prática Hospitalar, estudos apontam que mesmo mostrando-se eficaz ela nem sempre é utilizada pelos profissionais e quando empregada, os enfermeiros apresentam dificuldades na sua utilização, despreparo na adoção de criticidade na organização dos processos de cuidar, falta de conhecimento para subsidiar o manejo e o acompanhamento dos pacientes, bem como não sabem lidar cotidianamente com as fragilidades humanas em relação à vida e à morte (SILVA; MOREIRA, 2010, 2011).

Pois além da falta de preparo teórico paliativista em muito destes profissionais

[...] o contato direto com o sofrimento humano e o lidar cotidiano com a morte e o morrer são fatores que fazem da especialidade um contexto de atuação estressante e de grande exigência emocional, não só para os integrantes da equipe de enfermagem, mas para os demais membros da equipe de saúde envolvidos na assistência (SILVA; MOREIRA, 2010, p. 488).

Mesmo com as dificuldades impostas, a utilização da SAE no ambiente hospitalar é extremamente importante, pois apenas por meio dela é possível dentro do campo da enfermagem aplicar um cuidado holístico que contemple todas as esferas humanas, bem como defender os valores que prezam pela qualidade de vida, a bioética, a abordagem humanista e o processo de morrer como algo natural e parte do ciclo vital.

Partindo dessas premissas, torna-se necessária a ampliação no campo científico do cuidado da enfermagem paliativa que vise contribuir com a humanização no atendimento da enfermagem hospitalar, bem como compreenda a praticabilidade da palição e as lacunas que distanciam um cuidar autêntico da realidade observada. Meta esta que procuro alcançar com esta pesquisa e assim colaborar no crescimento da palição em enfermagem hospitalar.

A close-up photograph of two hands shaking, symbolizing agreement or partnership. The hands are positioned in the center of the page, with the fingers interlaced. The background is a soft, out-of-focus light color.

## **SEÇÃO 3**

# **EXPLANANDO MEU REFERENCIAL TEÓRICO FILOSÓFICO**

Busquei o curso de pós-graduação, em nível de Mestrado, enredada em inquietações sobre a forma de cuidar em enfermagem no ambiente oncológico hospitalar, advindas de minhas experiências profissionais e pessoais, por meio da docência com acadêmicos de enfermagem e como ser enfermeira, respectivamente. Essa experiência como aluna regular do Mestrado, em especial na disciplina de Introdução ao Pensamento de Martin Heidegger, avivou-me o interesse em inserir, a fenomenologia existencial em meu existir-cuidando. Consecutivamente, após leituras sobre esse método fenomenológico, fui apreendendo que seus pressupostos eram capazes de contribuir para o meu desenvolvimento pleno, sendo possível descobrir novos horizontes para a compreensão existencial dos profissionais de enfermagem da ala oncológica hospitalar.

Seguirei esta filosofia na compreensão do fenômeno estudado, pois ela permite que o mundo, as relações humanas e o cuidar possam ser olhados de modo diferente. Esta abordagem possibilita ao profissional da enfermagem dar sentido às suas vivências e atividades, tornando-se mais atento e reflexivo sobre a realidade e o modo de ser dos outros, bem como desvela a compreensão do sentido que o cuidado tem em nossas vidas enquanto profissionais de enfermagem e, a partir disso, subsidia mudanças nas práticas do cuidado, com modelos de atuação da equipe que contribuam com o desenvolvimento dos seres humanos enquanto seres de cuidado (MONTEIRO et al., 2006; DUARTE; ROCHA, 2011).

Seguindo este pensar, descreverei, *a priori*, ao longo desta seção, algumas ideias da analítica heideggeriana desenvolvida em Ser e Tempo parte I, pois nesta seção o filósofo põe em destaque o ente, pois em seu pensar, é a partir do ente, que o Ser se revela ao mundo.

### 3.1 A ANALÍTICA EXISTENCIAL DE MARTIN HEIDEGGER

O ponto principal de sua analítica existencial funda-se no ente que nós mesmos somos, e que Heidegger nomeia de Dasein, Ser-no-mundo ou de Ser-aí. Para Heidegger, o Dasein é o ente que compreende o Ser, ou seja, ele coloca em evidência o seu próprio ser permitindo sua interpretação, não de fora para dentro, mas de dentro para fora.

Para o filósofo, as coisas se mostram ou se anunciam na presença do Dasein, sendo esta presença uma condição de mundo e de abertura de mundo, ou seja, é pela sua existência que o homem se relaciona, se abre ao mundo e as possibilidades de criar seus próprios sentidos para a vida. Visto que mundo não se configura meramente em um espaço



topográfico, mas demonstra as várias formas que o Ser-aí/Dasein pode se relacionar, conviver e se comportar no seu cotidiano (MONTEIRO et al., 2006; NUNES, 2010a).

Nesse sentido, o esforço de Heidegger em sua mais famosa obra “*Ser e tempo*” foi analisar o Ser-aí tal como ele se desvela ao mundo, isto é, na sua banalidade cotidiana (HEIDGGER, 2006). E, neste contexto, na sua seção I, o filósofo pondera a vida cotidiana do homem, designada por ele como sua existência inautêntica, constituída de três aspectos:

- facticidade como o estar-aí, lançado no mundo, sem alternativas de escolhas;
- decadência como modo de ser do cotidiano, sujeito ao domínio do impessoal e caracterizado pelo falatório, curiosidade e ambigüidade;
- transcendência ou existencialidade, um modo de projetar-se para além de si e descobrir o próprio sentido.

A expressão “existência”, para o pensador, não significa realidade ou aquilo que está no mundo, como o existir de uma árvore ou uma pedra, mas vem do significado do verbo *existere*, *ek-sistência*, sendo compreendido como aquilo que se emerge, desvela, que se abre ao mundo, projetando-se para além de si e descobrindo o seu próprio sentido e abrindo-se ao mundo, como referido por Ser e Tempo (MONTEIRO et al., 2006). A questão da existência na meditação heideggeriana, também, foi mencionada por Josgrilberg (2004, p. 32) ao aludir a utilização do termo pelo filósofo

A abertura que fornece as estruturas de interpretações mais radicais de que dispomos, pelas quais podemos interpretar o mundo, a história e a nós mesmos. Os aspectos mais fundamentais do significado são dados por construções científicas, por mais impressionante que sejam as suas performances; os sentidos mais fundamentais das coisas e da própria existência só são dados pela existência enquanto ser-no-mundo com os outros.

Outro aspecto da análise heideggeriana demonstra que ao estar-no-mundo o Ser-aí vive um conjunto de probabilidades, decorrentes de sua condição de ter sido lançado ao mundo. E esta contingência enreda-o numa perspectiva ontológica própria, isto é, de viver em seu espaço e ambiente próprios, mas a mercê dos acontecimentos cotidianos. Para Martins e Bicudo (2006, p. 44), “esse relacionamento, que se dá entre o Ser e a condição ambiental, é real e concreto e, por essa razão, é denominado facticidade”.

A terceira característica fundamental desvendada por Heidegger (1996, p. 8), em sua analítica existencial humana, representa a decadência ou ruína, “que significa o desvio de

cada indivíduo de seu projeto essencial, em favor das preocupações cotidianas, que o distraem e perturbam, confundindo-o com a massa coletiva”. Este modo de ser, do cotidiano, remete o ser humano ao domínio do impessoal e é caracterizado pelo falatório, curiosidade e ambiguidade.

A vida cotidiana faz do homem um ser preguiçoso e cansado de si próprio, que, acovardado diante das pressões sociais, acaba preferindo vegetar na banalidade e no anonimato, pensando e vivendo por meio de idéias e sentimentos acabados e inalteráveis, como ente exilado de si mesmo e do ser (HEIDEGGER, 1996, p. 8).

O falatório ou falação, fator da decadência/ruína, constitui o modo de compreensão e de interpretação do Ser-no-mundo cotidiano. Não obstante, a falação não traz em si a referência ontológica do que se fala, isto é, ela nunca se comunica no modo de uma adaptação genuína acerca do fato real, contentando-se com o repetir e o passar adiante a fala.

O falado na falação arrasta consigo círculos cada vez mais amplos, assumindo um caráter autoritário. As coisas são assim como são porque é assim que delas (impessoalmente) se fala. Repetindo e passando adiante a fala, potencia-se a falta de solidez (HEIDEGGER, 2006, p. 232).

A abertura do homem ao se relacionar com o mundo (Ser-em), Heidegger denomina de claridade do Ser-aí, sendo basicamente nessa claridade que se torna possível qualquer visão. Para o filósofo, a visão é um modo fundamental de abertura do Ser-no-mundo, “uma tendência ontológica para ‘ver’, próprio da cotidianidade” (HEIDEGGER, 2006, p. 234).

A constituição fundamental da visão desenvolve-se num poder-ver próprio na cotidianidade do Ser-aí. No entanto, a curiosidade, outro fator da decadência/ruína, preocupa-se em ver, não em compreender o que vê, indicando apenas um encontro curioso com o mundo, em busca de novidades, que após saciadas, são abandonadas por outras ainda desconhecidas. Heidegger (2006) menciona também que esse modo de ver não se preocupa em apreender o fato real, mas somente em buscar abandonar-se ao mundo que passa, caracterizando-se basicamente pela impermanência junto ao que está mais próximo e por uma dispersão em busca de outras novidades. Esse vir-ao-encontro, de forma curiosa, funda-se na atualidade, pois o presente fornece as novidades para o homem se renovar.

Nesse sentido, a curiosidade que tudo vê, e a falação que tudo apreende, suscita no Ser-aí em seu estar-lançado-no-mundo a ilusão de uma vida plena, isto é, um viver autêntico

com o outro. “A confusão entre o compreender autêntico e o compreender inautêntico é o que denominamos como ambiguidade”, último fator da decadência/ruína (CORRÊA, 2000, p. 77).

A ambiguidade da interpretação pública proporciona as falas adiantadas e os pressentimentos curiosos com relação ao que propriamente acontece, carimbando assim as relações e as ações com o selo de retardatário e insignificante. Desse modo, no impessoal, o compreender da presença não vê a si mesmo em seus projetos, no tocante às possibilidades ontológicas autênticas. A presença é e está sempre ‘por aí’ de modo ambíguo, ou seja, por aí na abertura pública da convivência, onde a falação mais intensa e a curiosidade mais aguda controlam o ‘negócio’, onde cotidianamente tudo é, no fundo, nada acontece (HEIDEGGER, 2006, p. 239).

Neste primeiro momento, explanei algumas ideias da analítica existencial de Martin Heidegger contida em *Ser e Tempo*, parte I, dedicada à análise da vida cotidiana do ser humano, considerada por Heidegger (2006), como forma de existência inautêntica, isto é, constitui-se em uma apreciação negativa para a descoberta da totalidade do Ser. Porém, para o filósofo para desvelar a totalidade do ente que somos nós, torna-se necessário elucidar o sentido do Ser-aí partindo do ente autenticamente existente, ou seja, o Ser-para-a-morte.

Segundo o filósofo, uma transladação ontológica do Ser-aí só pode ser verdadeira se arrolada em sua totalidade, pois enquanto cuidado ele está constantemente em face a si mesmo, um projeto em constante falta de acabamento. Não obstante, para Heidegger (2006), na antecipação da morte, o Ser-aí pode desvelar-se em sua totalidade. E, esta antecipação da morte não significa, contudo, uma capacidade do ser humano premonir a hora ou a forma de sua vinda, pois enquanto projeto o Ser-aí a vislumbra pelo o que ela é em seu pensar, isto é, uma possibilidade distante.

“Para a presença, enquanto ser-no-mundo, muitas coisas podem ser impendentes” (HEIDEGGER, 2006, p. 325), mas para o pensador, a morte não deve ser apreendida como algum fato impendente que vem ao encontro do homem dentro do mundo. Pois, “a morte é uma possibilidade ontológica que a própria presença sempre tem que assumir. Com a morte, a própria presença é impendente em seu poder-ser mais próprio” (HEIDEGGER, 2006, p. 326).

No pensar de Heidegger (2006), essa praticabilidade existencial edifica-se no processo de abertura do Ser-aí, ou seja, na existência onde o Ser-aí se abre para si mesmo antecedendo-se a si mesmo. “O ser-para-o-fim torna-se, fenomenalmente, mais claro como ser-para essa possibilidade privilegiada da presença” (HEIDEGGER, 2006, p. 326).

Acerca dessa questão, Heidegger (2006) menciona que é na disposição da angústia que o fenômeno da morte se desvela para o Ser-aí de forma original e penetrante. “A angústia com a morte é angústia ‘com’ o poder-ser mais próprio, irremissível e insuperável. O próprio

ser-no-mundo é aquilo com que ele se angustia. O porquê dessa angústia é o puro e simples poder-ser da presença” (HEIDEGGER, 2006, p. 326-327)

Neste sentido, na meditação heideggeriana, a angústia é o único sentimento que pode arrancar o ser humano de sua decadência cotidiana, transcender sua condição de ser lançado-no-mundo e assumir seu projeto essencial, isto é, transformar-se em um Ser do cuidado, manifestando-se por meio da preocupação por si e pelos entes ao seu redor.

Explanei algumas meditações expostas por Heidegger em *Ser e Tempo*, contudo, no momento, não pretendo alongar-me no detalhamento desta analítica, pois alguns conceitos que nortearam o pensar heideggerianos subsidiarão a interpretação da linguagem dos sujeitos e, a partir dessas meditações, tentarei apreender o contexto experienciando por eles, desvelando algumas facetas da vivência do profissional de enfermagem, como um Ser-no-mundo que cuida no ambiente hospitalar de seres-no-mundo com câncer.



**SEÇÃO 4**

**ILUSTRANDO MEU CAMINHO  
METODOLÓGICO**

O atributo maior da pesquisa qualitativa fenomenológica fundamenta-se na linguagem, pois é por meio do discurso que se torna realidade aquilo que faz sentido para o sujeito e esse sentido manifesta-se mediante a descrição. Porém, torna-se importante esclarecer que, “na abordagem existencial fenomenológica” a descrição da linguagem dos depoentes se constituiu de dados significativos, pois representa não apenas sentimentos expressos, mas seu modo de ver, pensar e sentir os acontecimentos em sua mundaneidade de mundo (HEIDEGGER, 2006). Assim, a região de inquérito ou região ontológica, será a própria situação na qual o fenômeno que busco desvelar ocorre, ou seja, na vivência de cada profissional de enfermagem, que trabalha com pacientes oncológicos, no ambiente hospitalar.

A pesquisa foi realizada na Ala Oncológica do Hospital Santa Casa (HSC) da cidade de Campo Mourão-PR, por ser referência do município e de 24 cidades ligadas a ele por meio do CISCOMCAM (Consórcio Intermunicipal de Saúde da Comunidade dos Municípios da Cidade de Campo Mourão) para atendimento oncológico. Esse setor possui 25 leitos hospitalares adultos, distribuídos em área cirúrgica e clínica, porém por problemas administrativos na gestão atual, no período da pesquisa, o mesmo estava com oito leitos inativados o que totalizava apenas 17 leitos oncológicos para atendimento.

Optei por realizar a entrevista no ambiente domiciliar dos sujeitos, após primeiro contato com o mesmo no hospital, por acreditar que tal espaço possibilitasse maior abertura do depoente e o mantivesse sem vínculo a sua instituição de trabalho, porém, a mesma, foi realizada no próprio ambiente hospitalar. Ao estabelecer meu segundo contato com a Coordenadora de enfermagem do hospital (após o primeiro na liberação da instituição para aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UEM), para levantamento dos dados de contato dos sujeitos da pesquisa, a mesma requisitou, anteriormente ao fornecimento do telefone e endereço de cada, que explicasse a pesquisa a eles em uma reunião informal com cada equipe. No transcorrer destes encontros, que ocorreram nos dias 18, 21 e 22 de março de 2011, os sujeitos solicitaram que a entrevista fosse realizada no próprio ambiente hospitalar, pela dupla jornada de trabalho, estudos e indisponibilidade dos finais de semana pelos plantões de 12h hospitalares o que conseqüentemente geraria dificuldade de nos reunirmos no domicílio. Foi assim, que após autorização do hospital e indicado um local adequado para os encontros, a qual garantisse a possibilidade de abertura do entrevistado e sua total desvinculação com o seu serviço do setor e com o ambiente hospitalar, que iniciei minhas entrevistas.

Estabeleci como critérios de seleção entrevistar os profissionais formados nas categorias de auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e/ou enfermeiro e serem membros atuantes da equipe de enfermagem da Ala Oncológica do HSC. Como de exclusão,

seguir a ausência do depoente do ambiente de trabalho, no período de coleta, por motivos de licença, atestado médico ou férias. No período de março a maio de 2011, onde realizei as entrevistas, havia 22 funcionários de enfermagens atuantes na Ala Oncológica. Destes cinco distribuídos no período matutino, cinco no vespertino e 12 nas duas jornadas noturnas. Ao abordá-los sobre a pesquisa, apenas um sujeito negou-se voluntariamente a participar, totalizando 21 sujeitos entrevistados.

Após, focada a região de inquérito e o fenômeno a ser estudado, outro momento, importante da pesquisa fenomenológica é fugir de formulações pré-definidas ou de pré-conceitos acerca do fenômeno pesquisado. Para tanto, o investigador fenomenólogo deve

Ver as coisas de modo direto, aberto às suas possibilidades de aparecer. Ao focalizar o fenômeno a investigar, o modo pelo qual esse fenômeno se dá no olhar de quem busca compreendê-lo, é em perspectivas. Ele vai se revelando em suas possibilidades de aparecer, mesmo porque, ele, não sendo uma realidade objetiva e concretamente dada e pronta, pode apenas mostrar-se em seu sendo. São essas manifestações, ou percepções, ou ainda intuições sensoriais, que acabam por se constituir dados da pesquisa, por meio das descrições ou depoimentos daquele que vivenciou essas experiências (MARTINS; BICUDO, 2006, p. 19-20).

A investigação fenomenológica não vai partir de um problema, mas o pesquisador deve guiar-se por uma interrogação. Para Martins e Bicudo (2006), quando o pesquisador interroga, ele terá uma trajetória e estará caminhando em direção ao fenômeno, naquilo que se manifesta por si, por meio do sujeito que experiencia a situação a ser pesquisada. Desta forma, da interrogação surgem as manifestações desveladas pelos sujeitos e, destas as temáticas ontológicas após serem submetidas a um processo contínuo de análise ou interpretações, isto é, a uma hermenêutica. Este caminhar denomina-se de círculo existencial hermenêutico, ou seja, “concernente aos aspectos ontológicos de ser do ser do homem sempre no mundo, compreendendo-o ao existir” (MARTINS; BICUDO, 2006, p. 20).

O pesquisador tem a interrogação e vai percorrê-la buscando a sua compreensão. Para isso, o fenômeno precisa se apresentar ao pesquisador enquanto fenômeno, ou seja, enquanto algo que exige um desvelamento, uma “iluminação”. Pois, “o ato de descrever o fenômeno, por sua vez, exige rigor, pois é preciso que se procure identificar o fenômeno que está sendo descrito sem que se imponha algo sobre ele, bem como, sem concluir nada sobre ele, apressadamente” (MARTINS; BICUDO, 2006, p. 23).

Para Heidegger (2006), a fenomenologia mostra, em um sentido ontológico, a própria questão do Ser, pois a essência (*eidōs*) do homem reside em sua existência, e somente pela

existência do ente é possível se dirigir ao Ser com a finalidade de desvelar seus mistérios. Dessa forma, entendo que na fenomenologia existencial de Heidegger, o pesquisador deve voltar-se ao homem em seu cotidiano e buscar, no conhecimento revelado a partir de sua vivência, a compreensão do fenômeno a ser desvelado.

Com esses pensares, compreendi que para formular uma questão é necessário que eu a verbalize na forma de pergunta clara, a qual me possibilite não apenas uma resposta simples ou definições, mas que os sujeitos possam dizer de uma forma espontânea as situações vivenciadas por eles e presentes no seu cotidiano. A descrição de suas experiências deve envolver pensamentos, sentimentos e ações sobre a realidade vivida. Assim, formulei inicialmente as seguintes questões norteadoras: Fale-me sobre sua atuação no setor oncológico do HSC? O que significa cuidados paliativos para você? Qual a importância da aplicabilidade deste cuidar a doentes oncológicos? Porém, ao estar em torno delas, constatei obscuridades que navegavam contra ao sentido e o significado desta pesquisa para mim, que poderiam dificultar o desvelar do fenômeno buscado. Situação esta que constatei após ambientar-me com as essências das questões pela entrevista com uma ex-funcionária do setor, onde foi possível observar que havia impessoalidade na abordagem e uma barreira na interpretação das questões. Isso fez com que a entrevistada não entendesse o sentido da expressão “atuação” na primeira questão norteadora, não a ligando ao cuidar de enfermagem, mas na avaliação do seu desempenho profissional. Senti que na terceira questão ela se voltou ao cuidar direto ao paciente, deixando de lado a forma com que ele é executado. Assim, reformulei as interrogações, de forma que permitisse que o sujeito expressasse os seus sentimentos ao vivenciar sua condição existencial. Neste sentido, emergiu as seguintes maneiras de inquiri-los: O que significa cuidados paliativos para você? Como você aplica estes cuidados, ao paciente com câncer em seu ambiente de trabalho? O que você sente ao realizar estes cuidados ao doente oncológico?

O inquérito ocorreu por meio de uma entrevista gravada e utilizei como instrumento de coleta de dados um roteiro semiestruturado contendo, além das três questões norteadoras supracitadas, dados de caracterizações sociodemográficas e profissionográficas (APÊNDICE A) dos depoentes. Também utilizei o diário de campo como auxílio, onde registrava o modo de ser do sujeito, suas expressões corporais e sua linguagem não-verbal e silenciada.

Para captar a plenitude expressa pelos depoentes, optei pela análise individual de cada discurso, seguindo os passos preconizados por Josgrilberg (2000). Assim, *a priori*, realizei leituras atentas de cada depoimento, separando os trechos ou unidade de sentidos (us) que para mim se mostraram como estruturas fundamentais da existência. *A posteriori*, passei a



analisar as unidades de sentidos de cada depoimento, realizando seleção fenomenológica da linguagem de cada sujeito, pois uma unidade de sentido é, em geral, constituída de sentimentos revelados pelos depoentes que contemplam a interrogação ontológica. Finalmente, na interpretação de cada unidade de sentido, extrai trechos que, para mim, desvelaram a essência basilar da mensagem de cada sujeito. Após realizar a interpretação de cada depoimento, destaquei os sentidos que mais se desvelaram em cada discurso, dos quais emergiram as temáticas ontológicas que foram interpretadas à luz de algumas ideias heideggeriana e autores que pesquisam sobre a temática.

Observei aspectos éticos regulamentados pela Resolução 196/96 do CNS – MS por se tratar de pesquisa que envolve seres humanos. A solicitação de participação no estudo se acompanhou de duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). Nesta solicitação, notifiquei sobre as finalidades da pesquisa, tipo de participação desejada e tempo provável de duração da entrevista. Assegurei também aos partícipes a desvinculação entre a pesquisa e o atendimento prestado pelo serviço de saúde; o livre consentimento e a liberdade de desistir do estudo, se em qualquer momento assim desejarem, garantirei também, sigilo quanto às informações prestadas e anonimato sempre que os resultados forem divulgados. A pesquisa foi e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá sob Parecer nº 709/2010 (ANEXO A).

A close-up photograph of two hands shaking, symbolizing agreement or partnership. The hands are positioned in the center of the page, with the fingers interlaced. The background is a soft, out-of-focus light color.

## **SEÇÃO 5**

# **DESCREVENDO MINHA APROXIMAÇÃO AOS SUJEITOS DA PESQUISA**

Durante os estágios que ministrava na Ala Oncológica do Hospital Santa Casa de Campo Mourão, o cuidado ofertado àqueles pacientes sempre me incomodou, pois sentia que faltava alguma coisa, que tinha algo para ser acrescentado. Depois de conhecer a filosofia dos cuidados paliativos, minhas instigações aumentaram e agora o enfoque não era mais sobre a forma que o cuidar era ofertado, mas para com os profissionais de enfermagem que ali exerciam este cuidar.

Até o momento, o meu olhar sobre os profissionais de enfermagem eram moldados sob a ótica de minha visão objetivada ao cuidado, a qual não me permitia vislumbrar o ser humano atrás do seu conhecimento e, principalmente, além das suas limitações físicas, emocionais e de saber. Muitas vezes, ao chegar à Ala Oncológica, apenas observava o trabalho exercido por esta equipe e o transportava para as referências bibliográficas nas discussões de condutas com os alunos da graduação. Porém, não buscava adentrar-me na mundaneidade de mundo desses seres, ou seja, não procurava sentir e me transpor ao espaço que os mesmos vivenciavam as suas facticidades, fragilidades e limitações.

Para reconhecer e me inserir ao mundo vivenciado por esses profissionais, e assim poder estar-com-o-outro, era fundamental despi-me de meus pré-conceitos, teorias e explicações acerca de minhas concepções de cuidado. Foi quando decidi olhar aquele cenário com outros olhos para poder desvelar o significado, daqueles profissionais de enfermagem, do seu sendo-no-mundo cuidando de doentes oncológicos.

Na Ala Oncológica hospitalar, procurei primeiramente me aproximar dos profissionais de enfermagem, buscando me envolver com essa nova situação. Assim, permaneci por algumas horas no posto de enfermagem, no período matutino, diurno e noturno, apenas observando o funcionamento do serviço de enfermagem. Pela observação do seu existir em seu cotidiano profissional foi possível vislumbrar, pelo meu próprio silêncio, as ideias que me levaram a procurar apreender o sentido e o significado da busca desse fenômeno.

Esta atitude me proporcionou, em pouco tempo, ver o que há muito não via, ouvir o que há muito não ouvia e sentir o que até então era intocável. Foi quando me descobri pronta para voltar-as-coisas-mesmas, pois já me encontrava aberta para que o fenômeno se manifestasse e não mais vislumbrava aquele cenário com julgamentos, conceitos prévios ou de pressupostos mantidos por minhas teorias ou crenças, ou seja, estava pronta para ir ao encontro do fenômeno.

## 5.1 ENCONTRANDO AS ESTRELAS

Antes de dar início à apresentação de meus entrevistados aos leitores, esclareço que para preservar o anonimato dos mesmos e não apenas nominá-los de forma genérica (sujeito 1, sujeito 2...) parti de peculiaridades expressas por eles e apreendidas por mim durante nossos encontros. A partir dessas observações, nomei-os com nomes de estrelas, pelo fato de que elas são corpos celestes que servem de orientação para muitos navegadores, bem como apresentam um brilho próprio cintilante e irradiante, que proporcionam beleza ao céu, mesmo nas noites escuras (RODITI, 2005; SILVA, 2007).

A enfermagem em seu cotidiano poderá ser luz na vida de seus pacientes e familiares (SILVA, 2007) e acredito que, assim como as estrelas por meio de seu brilho intenso, ela serve de guia/amparo para muitos pacientes oncológicos e familiares durante sua estadia hospitalar, que mesmo nos momentos difíceis, como a morte, não deixa de iluminá-los. Assim, no cuidar hospitalar, a enfermagem assume o papel de artista principal no seu turno de trabalho, sendo sua luz a esperança na escuridão dos familiares e pacientes oncológicos sem possibilidade de cura. Assumindo no seu papel cotidiano o mesmo significado de estrela no dicionário que é pessoa célebre, artista principal e luz (OLIVEIRA, 2008; RODITI, 2005).

Essa clarificação é representada simbologicamente na profissão de enfermagem por meio da lâmpada. Simbologia originada pelo marco da enfermagem mundial, Florence Nightingale (12/05/1820 - 13/08/1910), que ao organizar um hospital de campanha e se dedicar ao cuidado dos doentes na Guerra da Crimeia, foi intitulada pelos soldados como “Dama da Lâmpada”. Pois com a chama de uma lamparina, percorria as enfermarias durante a noite, proporcionando além do brilho do cuidado um afago à solidão daqueles doentes. Sendo ela a principal estrela atuante e brilhante naquele cenário, sendo hoje a mesma transposta para a equipe de enfermagem (COSTA et al., 2009).

Minhas primeiras estrelas buscadas foram as do período noturno de trabalho do HSC, quando, após agendamento prévio, no transcorrer dos dias 28, 29, 30 e 31 de março de 2011, fui ao encontro delas. Optei por nomeá-las com o nome das estrelas de maior brilho no céu, sendo as observadas a olho nu com maior facilidade no céu no transcorrer da noite e do dia. E assim como esses corpos celestes, os profissionais de enfermagem noturnos, iluminam e zelam pelo sono de muitos pacientes, bem como clareiam o início de suas manhãs (FARIA, 2007; PANZERA, 2008, OLIVEIRA, 2008).

A primeira estrela que me iluminou foi Arcturus. Inicialmente, aproximou-se em minha direção de forma tímida, com um pouco de medo e insegurança no olhar, a qual transmitia por trás de seu brilho intenso algo ofuscado. De início, senti que fosse receio, medo de se expor, de se abrir. No transcorrer da entrevista, mostrou-se o tempo todo com o olhar fixo em um ponto, mas ao seu término ela se abriu e expôs, por meio da lágrima que escorreu de seus olhos, a amargura de ter vivenciado uma situação familiar de câncer na sua família, na figura de sua mãe e pai. Foi quando tive a sensação de que sua luz já não era mais a mesma, estava mais intensa. Senti, naquele momento, a mesma sensação de um raio de sol saindo de trás de uma grande nuvem no céu. Era Arcturus mostrando seu brilho integral e intenso e foi nesse instante que consegui compilar suas expressões.

Ao guardar e preservar seus sentimentos de fragilidade perante a perda dos pais, Arcturus assumiu a mesma característica conceitual da estrela grega Arcturus. Ela por ser a mais brilhosa estrela próxima da constelação Ursa maior e Ursa menor é denominada como “Guardião do Urso”, peculiaridade esta de guarda que me fez transpor o olhar para Arcturus. Ela estava há nove anos na categoria técnica da profissão de enfermagem, porém atuava no setor da oncologia como auxiliar de enfermagem. Mencionou que havia, no transcorrer de sua formação acadêmica, recebido algumas informações sobre a palição e que adorava estar naquele setor. Disse de forma veraz que foi Deus que a colocou ali e a direcionou para a profissão.

O brilho de Achernar, a segunda entrevistada, se mostrou por meio de sua simplicidade, timidez, singeleza e sua expressão corporal. No transcorrer da entrevista sua expressão verbal foi compendiada e enevoadada pela sua não-verbal. Suas poucas palavras foram ditas em um tom de voz baixo, linear e quase não se alterava apenas nos momentos em que não conteve suas emoções, deixando seu coração falar mais alto. As lágrimas que caíram de sua face de forma contínua, por um período longo, lembravam o curso de um rio buscando sua nascente. E foi ao ler que o significado da estrela Achernar vem do árabe e se refere a rio que a associei a minha entrevistada.

Achernar, ao mencionar a morte de sua mãe na sua infância, disse que não conseguiu superá-la até hoje e que quando presencia a terminalidade de seus pacientes a vivencia como se fosse à sua figura materna novamente. Ela era técnica de enfermagem há dez anos e nesse período sempre trabalhou na área hospitalar, porém há dois anos atuava na oncologia.

Minha terceira estrela entrou na sala sorrindo e com um ar sereno. Percebi que havia se preocupado com a sua imagem corporal para ser entrevistada, pois ao abordá-la, anteriormente, em conjunto com os demais sujeitos no posto de enfermagem a mesma estava

sem batom e com o cabelo preso e ao se apresentar mostrou-se perfumada com batom e cabelo solto no momento da entrevista. Senti em Antares um brilho radiante, fulgurante e multidirecional ao adentrar na sala. Aos seus 28 anos, atuava a pouco menos de três anos como técnica de enfermagem e transmitiu uma luz intensa em seu olhar e uma voz carinhosa, apaixonada e emocionada pelo cuidado. Desde sua formação atua na Ala Oncológica e referiu que foi a melhor coisa que Deus poderia ter posto em seu caminho, palavras estas que não precisariam ser ditas apenas interpretadas pelo brilhantismo de seus olhos.

Aldebaran foi a quarta estrela que busquei no período noturno, ela era enfermeira do setor oncológico e além da oncologia, supervisionava mais quatro setores durante seu turno de trabalho, a clínica médica, a pediatria e o particular I e II. Mostrou-se calma, com convicção e firmeza em suas palavras e manteve-se com o olhar fixo ao meu durante toda a entrevista. Durante todo encontro esteve ativa, decidida e vibrante, e mesmo com sua pouca idade de 25 anos, foi possível captar a maturidade e responsabilidade com que voltava seus olhos para a sua equipe e pacientes. Também era uma jovem bonita, solteira, católica, graduada há três anos e referiu nunca ter recebido nenhuma formação paliativista, aprendendo na prática tudo que sabe. Utilizei para ela o pseudônimo de Aldebaran porque tal estrela significa na sua origem árabe “aquele que guia” e assim como tal, a figura do enfermeiro exerce dentro de um setor a mesma característica.

A estrela Capella foi a quinta entrevistada e possuía cinco anos de atuação profissional como enfermeiro e o mesmo período de atuação na Ala Oncológica hospitalar. Com seus 28 anos de idade é casado e evangélico. Atualmente, além de atuar como enfermeiro hospitalar, também trabalha em uma Unidade Básica de Saúde no período diurno. O fato de possuir dois empregos o fez receber a denominação de estrela Capela, visto ser uma estrela binária. Referiu adorar realizar atividade física e que o estar com a família e seus filhos é o que o impulsiona a enfrentar os desafios da profissão. De forma tímida, acuada e calma no final da entrevista, ele desabafou que já passou por um momento difícil na sua vida profissional e pessoal, relacionado ao câncer em um colega próximo. Mesmo tendo recebido formação sobre cuidados paliativos na sua graduação e estar há cinco anos trabalhando na Ala Oncológica, quando o câncer mostrou suas facetas irrecuperáveis na figura de um amigo o mesmo sentiu-se despreparado para atuar, porém buscou por meio de sua religiosidade forças para estar com e preparar seu colega até o final de sua vida.

Ao entrevistar minha sexta estrela, Sirius, percebi que ela demorou a chegar até a sala onde eu estava. De início não me ative em entender ou interpretar aquele atraso. Porém, no transcorrer da entrevista ao observar seu jeito atencioso, carinhoso, afetivo, de mostrar-se

ouvinte, percebi o quanto tocar e ouvir o paciente era importante, e que seu vínculo com eles era essencial no seu serviço. Isso se reafirmou quando descobri que seu motivo de demora foi devido um dos seus pacientes estarem com dor e a mesma quis além realizar a medicação, esperar sua dor minimizar antes de se ausentar e o deixar na enfermaria. Por manifestar em seu cuidar afabilidade, calor humano e acalento para com seus doentes, optei por nomeá-la como estrela de maior brilho da constelação do Cão Maior – Sirius, pois segundo a mitologia os gregos a associavam ao calor do verão, sendo conhecida por muitos como o escaldador, particularidade esta manifestada no cuidar pela depoente. Sirius é casada e avó. Disse que mesmo tendo uma família linda e maravilhosa o que mais a deixa feliz e realizada é quando está junto com o paciente, tanto que prefere trabalhar no turno da noite por ele oferecer tempo hábil de contato direto com eles. O amor pela profissão se mostrou por meio do seu olhar profundo, brilhante e emocionado ao referir que ama o que faz e que agradece a Deus todo dia por estar trabalhando há dois anos na oncologia e que quando solicitam transferência no plantão para outro setor, a mesma vai quase chorando. Atua há 18 anos na profissão de técnica de enfermagem e disse que a única formação em cuidados paliativos recebida foi a sua prática de cinco anos dentro de um hospital oncológico em um grande centro, e que sempre amou trabalhar nesse hospital, porém pelas enchentes a qual enfrentava optou por mudar-se para Campo Mourão.

Minha sétima entrevistada tinha 38 anos e atuava como técnica de enfermagem há mais de um ano na Ala Oncológica. Nominei-a como Betelgeuse, pois sua luz transmitia pelo seu olhar carinho, compaixão e serenidade. Falava em um tom de voz calmo e amável e seu olhar cândido transmitia convicção e um pouco de dúvida também. Disse que nunca recebeu nenhuma formação em cuidados paliativos e que muitas vezes pensou estar na profissão errada, porque não consegue não se envolver com os pacientes. Ao dizer que chora com eles, sorri com eles e que sonha e pensa neles em casa, e isso a deixou triste e minimizou seu brilho no olhar, pois referiu que essas atitudes são contra o que ela aprendeu nas cadeiras de seu curso tecnológico, porém a mesma ainda desconhece que são a favor dos da palição.

Minha oitava estrela foi Hadar, estrela da constelação do Centauro. Expôs suas ideias com muita clareza, em um tom firme e direto, manifestou profunda fé em Deus no seu catolicismo e grande vontade de ajudar os outros na figura de técnico de enfermagem e pessoa. Como mulher, mostrou-se batalhadora e determinada, pois praticamente criou sozinha seus filhos. Aos seus 19 anos enfrentou um quadro de depressão, pelo alcoolismo de seu esposo, e só veio a encontrar sentido e cura desta doença em sua vida quando depois de muito sacrifício e reneгаções tornou-se técnica de enfermagem há seis anos e meio. Sua expressão

de satisfação, bondade e orgulho de exercer o cuidado afirma o quanto ela quis e quer exercer a arte de cuidar com o paciente e que mesmo nunca tendo recebido formação em cuidados paliativos sabe o quanto o estar-com é importante nesse processo.

A luz de Régulus, minha nona estrela, ao adentrar a sala estava receosa, alarmada e insegura. Ao término da leitura do termo de consentimento parecia que não estava segura em participar da entrevista. Foi quando eu li as perguntas norteadoras e a mesma desabafou que fazia apenas dois meses que estava no setor e que ainda não se encontrou no mesmo. Conversamos um pouco, antes de dar início à entrevista, e percebi que os primeiros sentimentos avivados se transformaram aos poucos em segurança, fé e confiança. Ela tinha um brilho no olhar que a iluminava por completo. Atuava na categoria de auxiliar de enfermagem há 25 anos, porém já ingressou na faculdade de enfermagem e por problemas pessoais, que não quis referir, evadiu no quarto período do curso. Possuía humanização em seu semblante e o demonstrava avivado em seu cuidar e mesmo novata na oncologia acreditava que o estar do lado, tocar, conversar era fundamental para o desenvolvimento do seu cuidado. Mostrou que cada sentimento aflorado em seus pacientes e familiares conseguia sentir no seu corpo e alma, pois acreditava que só se sente o incômodo de uma pedra no sapato, quando o calça por inteiro.

A décima estrela, Riguel Kentourus, tinha um brilho intenso que se aclarava atrás de seu jeito quieto, tímido, calmo e paciente de falar e de se expressar. Era um jovem de 26 anos que estava casado há pouco tempo e estava radiante e fulgurante com essa nova fase de sua vida. Iniciou sua profissão na categoria de técnico de enfermagem há sete anos e no transcorrer de sua trajetória trabalhou por cinco anos na Unidade de Terapia Intensiva - UTI do mesmo hospital de estudo, porém relatou que a motivação em buscar a graduação surgiu de seu espírito de mudança, de querer cuidar de forma humana e holística, ou seja, de não fragmentar o corpo em simples sistemas patológicos. Há menos de um ano titulouse-se como enfermeiro e há quatro meses supervisiona a oncologia do hospital, porém seu pouco tempo de atuação não o intimidou em expressar sua visão e opinião sobre a palição. Aludiu seu primeiro contato com esta filosofia durante uma aula de Assistência de Enfermagem em UTI, o que o cativou e fez aflorar novos princípios de cuidados. Porém, ao assumir o setor oncológico sentiu dificuldade em mudar sozinho sua realidade e no andar da conversa projetou uma metáfora. Riguel Kentourus mencionou a história de um passarinho, que havia observado um incêndio na floresta e ao perceber a gravidade buscou encher o seu bico com água no rio e levar até o fogaréu. Os outros pássaros, que não participavam da ação, o criticaram dizendo que ele jamais iria conseguir apagar aquele fogo todo sozinho, mas o



passarinho mesmo sem ajuda não desanimou e continuou fazendo a sua parte. Assim, ele evidenciou por meio dessa história que mesmo com as limitações encontradas ele busca fazer a sua parte.

Minha próxima estrela, décima primeira depoente, foi Procyon,. Iniciou suas atividades na enfermagem há 12 anos como auxiliar de enfermagem, onde trabalhou por seis anos nessa categoria. Aos poucos descobriu o amor pela profissão e começou a faculdade de enfermagem buscando autonomia nela. Referiu que durante a sua graduação havia uma disciplina que abordava exclusivamente os cuidados paliativos e que após este contato não recebeu outra formação nesta temática. Sempre trabalhou na área hospitalar e supervisiona além da oncologia os demais nove setores do hospital no período noturno junto com outros dois enfermeiros há quatro anos. Senti que seu brilho não era igualitário ao perceber que desviava o seu olhar do meu, toda vez que falávamos da oncologia. Foi quando transpareceu que se sentia impotente e débil dentro deste setor e na busca do refúgio referiu preferir supervisionar os demais setores do hospital.

A minha última estrela brilhante no céu noturno da oncologia e décima segunda entrevistada, foi um enfermeiro com dez anos de carreira profissional. Nos dias que estive no hospital à noite, realizando as entrevistas, o mesmo estava de folga, porém ao entrar em contato com ele por telefone, solicitou que eu fosse ao seu encontro. Assim sua entrevista ocorreu em um dos seus ambientes de trabalho, pela sua preferência e pela dificuldade de tempo hábil em seu domicílio. Ele tinha três serviços, era enfermeiro hospitalar e de uma unidade de pronto-atendimento e também docente em uma instituição de ensino de nível superior. Vega, um jovem de 33 anos, tinha dez anos de atuação como enfermeiro e contou-me que sempre teve grande interesse em humanizar o cuidado e que no transcorrer dos seus sete anos de atuação profissional hospitalar a forma como a morte é tratada neste ambiente sempre o incomodou. Como não recebeu, na sua graduação, nenhuma formação em cuidados paliativos, ele participou de alguns congressos, fóruns e estudos sobre a terminalidade, onde desvendou a palição. Nos seus cinco anos de atuação, no contexto oncológico, sempre buscou introduzir os cuidados paliativos para a sua equipe, na forma de leitura, debates e orientações, porém desabafou que não é fácil. Na função de educador, sempre busca introduzir na sua disciplina os cuidados paliativos e o processo de morte e morrer, pois tem ciência da precariedade de conhecimento nessa área. No seu ambiente de trabalho hospitalar sempre deixa revistas, artigos sobre a temática no setor e já realizou algumas palestras informais e formais para seus funcionários sobre a temática. No término da entrevista, ele elogiou minha iniciativa de pesquisar essa temática no seu ambiente profissional, pois isso o

motiva a continuar lutando em prol da mudança de paradigmas, bem como o quanto fica feliz de se deparar com aliados nessa luta. Essas palavras em aglomerado com sua postura transmitiram-me força, vontade e fulgor e fez-me associá-lo à estrela Vega, pois a mesma significa ave de rapina na sua origem árabe e, como o tal depoente possui garras fortes e visão de longo alcance.

No transcorrer das entrevistas acima, informei de forma indireta a distribuição da escala noturna dos enfermeiros do HCL, e com o objetivo de clarear meu leitor, informo que acabei entrevistando cinco enfermeiros, visto não possuir fixamente na oncologia um profissional desta categoria. O hospital é distribuído em nove setores (Maternidade, Unidade de Terapia Intensiva Adulta Geral e a Neonatal/ Pediátrica, Centro Cirúrgico Geral e Obstétrico, Clínica Médica, Pediatria, Particular I e II e Oncologia) e no período noturno o mesmo é supervisionado, diariamente, por dois ou três enfermeiros. Eles, no início de seus plantões, autodistribuem os setores a serem supervisionados, havendo assim um rodízio de enfermeiros na oncologia. Por esse motivo, optei por entrevista-los e também porque todos se enquadraram nos meus critérios de inclusão.

Após buscar minhas 12 estrelas de maior brilho do céu noturno, fui ao encontro das que iluminam o período diurno. Como trabalham apenas 6h diárias, de segunda a sexta-feira, e nos finais de semana em esquema de 12h, ative-me a ir aos seus encontros nos seus plantões, pois assim conseguiria maior desvinculação do profissional com seu ambiente de trabalho e proporcionaria maior abertura do entrevistado. Assim sendo, estive no hospital nos dias 09 e 10 de abril e 13 e 14 de abril de 2011.

Acredito que a equipe de enfermagem diurna possua um contato global com os pacientes e seus familiares em consonância com seu turno de trabalho, pelos horários de visitas, período de vigília dos pacientes e acompanhantes, funcionamento da área administrativa hospitalar e atendimento multiprofissional acontecerem nesse período. Sendo assim, optei por codificá-los com nome de estrelas próximas do planeta terra, visto estarem diretamente em contato integral com o paciente e familiares.

Inicialmente, a estrela que veio ao meu encontro foi o auxiliar de enfermagem Wolf, sendo meu décimo terceiro entrevistado. Era um jovem bonito, carismático, tinha apenas 24 anos. Antes de adentrar, há oito meses na área hospitalar e na oncologia, trabalhou por alguns anos como técnico laboratorial hospitalar. Durante seu trajeto pelos corredores da oncologia e seu contato rápido com o paciente nas coletas de exames, relatou que aquele cenário transmitia frieza, solidão e um clima de incerteza dentro do seu interior e que hoje na figura de auxiliar de enfermagem busca não se envolver com os pacientes. Durante toda a entrevista

manteve-se centrado, com uma tonalidade de voz constante, olhar firme, direto e com sombras de angústia. Parecia incomodado, como se seu brilho estelar estivesse ofuscado e escondido atrás de alguma coisa, assim como a estrela celeste Wolf que ao ser a estrela de menor brilho conhecida no céu possui sua luz excessivamente opaca. Wolf relatou que trabalhava neste setor por necessidade, que não gosta de estar perto da morte e que se pudesse gostaria de estar em outro setor. Assim, entendi e coligi a enevoa de sua luz e suas expressões corporais.

Minha décima quarta estrela foi Barnard, a mesma nunca havia apresentado contato com os cuidados paliativos durante sua formação há três anos como técnica de enfermagem e nem durante sua atuação, pelo mesmo tempo, na Ala Oncológica. Estava nervosa, ansiosa, apresentando oscilações na tonalidade de sua voz durante a entrevista, principalmente ao falar da terminalidade e da sua relação com seus pacientes. Ela era solteira, mãe de uma criança na fase escolar e aos seus 28 anos de idade era uma mulher lutadora, guerreira, batalhadora que criava sozinha sua filha. Referiu que, no momento, o lado materno dela estava agitado, pois sua filha estava com problemas de saúde. Sendo perceptível aos olhos seu lado cuidadora materna e também profissional, pois ao mencionar sua relação com seus pacientes transmitia no seu olhar o mesmo carinho, realização, empatia e paixão que teve ao falar de sua filha.

Aos seus 23 anos, Centauri tinha o mesmo brilho radiante, ativo e próximo manifestado pela estrela Centauri da constelação ária vermelha, a qual foi minha décima quinta depoente. Além de seu brilhantismo também era uma jovem radiante, que transmitia esperança, expectativa e iniciativa em seu olhar. Estava há dois anos atuando como técnica de enfermagem e a dois meses no setor da oncologia. Antes de iniciar a entrevista, a sua primeira frase foi dita de forma tímida e acanhada, porém direta que não sabia nada de cuidados paliativos. Tinha no olhar pureza, simplicidade e uma força de lutar, quando falava de seus pacientes e do seu cuidado oferecido a ele. O entusiasmo de falar da sua profissão motivou-me, principalmente por transmitir motivação, paixão e esperança ao proporcioná-lo de forma integral e individual, porém ao abordar a terminalidade senti tristeza, impotência e angústia em seu semblante. Referiu que está no hospital trabalhando há menos de um ano e que o setor oncológico está sendo um aprendizado profissional e pessoal na sua vida, pois vivenciar a morte diariamente a faz ter vontade de viver e cada vez mais lutar pela vida.

A décima sexta estrela, Lalande, iniciou a profissão como auxiliar de enfermagem, consecutivamente realizou o curso de técnico em enfermagem e hoje está há dois anos e meio na Ala Oncológica. Relatou já ter recebido informação sobre hipodermoclise em uma reunião no setor e alguns dos princípios da palição já foram abordados em conversas informais com

o médico oncologista. Tem 31 anos, é casada, dedicada ao seu serviço e atenciosa. Frisou bastante durante a entrevista a importância da atuação de outros profissionais dentro do setor, como o da Nutricionista, da Psicóloga e da Assistente Social e o quanto é importante respeitar a preservação das intimidades e particularidades do paciente. Aspectos esses que, segundo ela, ficaram desfocados após a inativação de oito leitos no setor. Ao término da entrevista, ao falar das facetas do câncer, percebi que ficou amedrontada e atemorizada, pois ao transpor a doença para seu leito familiar relatou que não conseguiria ter a mesma força que transmite aos seus pacientes para lidar com ele como mulher.

A estrela Tau Ceti é uma estrela que tem características semelhantes ao Sol, pertence à constelação de Cetus, não possui ao seu redor nenhuma estrela vizinha. Minha décima sétima depoente aos seus 32 anos de idade também era sozinha e assim sendo a nomeei por Tau Ceti. Tem 12 anos de formação profissional na categoria de técnica de enfermagem e antes de atuar na oncologia, há um ano e meio, morava em São Paulo e trabalhava em dois empregos. Um na área hospitalar no período noturno e outro no diurno na área ambulatorial, e relatou que sente saudades da época que trabalhou em um grande centro, pois a estrutura possibilita um cuidado melhor, bem como as educações permanentes com a equipe acontecerem de forma mais rotineira. Tau Ceti durante a entrevista demonstrou revolta, indignação e aversão à morte ao referir que se sente derrotada quando assume seu turno de trabalho e percebe que o paciente que estava no seu último plantão havia morrido. Frisou várias vezes que não consegue aceitar a morte como meta de serviço, pois foi estudada e treinada para a vida e que a falta de um prognóstico não a faz agir diferente.

Minha décima oitava depoente foi nomeada com o nome de uma estrela gigante, de cor branca amarelada e pertencente à constelação de Carina - Canopus. Ela estava há sete meses atuando na área oncológica e possuía o mesmo tempo de formação profissional como técnico de enfermagem. Relata que o único contato que teve com a palição foi em seu curso técnico, onde surgiu no transcorrer da aula um comentário sobre a morte e isso gerou na sala um debate sobre o assunto. Tinha 24 anos, era determinada e sempre buscou utilizar a figura da sua supervisora de enfermagem para suprir suas dúvidas e dificuldades. Do início ao término da entrevista manteve-se atenta, calma e como o mesmo tom de voz, transmitia convicção e determinação. Características essas que a cor branca amarelada da estrela Canopus transmite ao ser visualizada no céu. No término da sua entrevista fez um desabafo ao relatar que sente satisfação em estar com o paciente em sua terminalidade, porém não sabe o que falar; faltam palavras para o seu consolo e de seus familiares e sabendo dessa dificuldade procura apenas estar próximo de todos por meio simplesmente de sua presença.

A estrela Luyten, inicialmente, no primeiro contato que tive com todos nas dependências do posto de enfermagem se apresentou indiferente, receosa e temerosa. No dia que foi marcada a entrevista a mesma justificou que não poderia participar, pois teria que dar um banho no leito em um paciente e mesmo com a prontificação de um colega, negou-se a realizar. Assim agendei com ela o retorno para outro dia. Ao chegar ao setor, deparei-me com Luyten nas dependências do posto de enfermagem e ao perceber minha presença seu semblante mudou e voltou a expressar os mesmos sentimentos manifestados no nosso primeiro contato. Assim, resolvi chegar bem próximo a ela e reassegurar a desvinculação da pesquisa com o HSC, reafirmar sua liberdade de desistir do estudo, bem como o sigilo quanto às informações prestadas e seu anonimato. Ao afirmar que o objetivo do estudo não era avaliar o seu serviço e muito menos mensurar seu nível conhecimento senti que sua expressão mudou. A mesma apresentou-se mais calma, serena, determinada e aliviada, foi quando senti que deveria dar um tempo maior para ela e remarquei nossa entrevista para o mesmo dia, porém um pouco mais tarde. Senti que seu pouco tempo no setor não a deixava à vontade em se ausentar para a entrevista e nem tampouco para permitir que um colega a substituísse por alguns minutos. Quando fui ao encontro de minha décima nona estrela, ela já estava me aguardando de forma tranquila e sorridente, relatou que era solteira e que aos seus 48 anos de idade atua apenas há um ano na profissão. Realizou sua formação técnica de enfermagem em outro Estado ficando alguns anos sem atuar e faz hoje dois meses que atua na oncologia. Não recebeu nenhuma formação em cuidados paliativos durante sua formação técnica e nem durante sua atuação no setor, por isso a mesma sente-se insegura, impotente e perdida dentro do mesmo. Porém, coloca-se no lugar dos pacientes e familiares e solicita diariamente nas suas orações a ajuda de Deus nos seus amparos. Referiu que quando morava em outro estado, trabalhou por muito tempo em um lar dos velhinhos e depois de muito esforço conseguiu adentrar a esta categoria. Realizando seu maior sonho, mesmo que para ela tardiamente. Hoje se sente realizada e diz ter o hábito diário ao término de cada plantão o de se despedir de cada paciente e dar boa noite. Fato este que presenciei no final da entrevista. Elegei a nomeação Luyten para esta profissional de saúde, pois tal estrela apresenta a característica de, visivelmente, alterar sua luminosidade por diversos valores, por ser energética e projetar protuberância de sua superfície, e como minha entrevistada mostrou alterações no seu brilho, ficando ofuscado no nosso primeiro encontro e radiante no dia da entrevista a denominei de Luyten.

Ao buscar os enfermeiros do setor, deparei-me com uma transição, pois no dia que havia me reunido primeiramente com a equipe, o setor era iluminado no período vespertino

pela enfermeira Ross e no dia que agendei a entrevista estava no setor outra estrela a Giclas. Assim, resolvi entrevistar as duas.

Inicialmente, fui iluminada pela luz de Giclas, uma enfermeira recém-formada e que estava no setor há duas semanas. Relatou ter recebido na sua graduação uma aula sobre cuidados paliativos, na disciplina de Assistência de Enfermagem em UTI e que receberia no próximo dia uma palestra nas dependências internas do hospital sobre o tema. Giclas, minha vigésima estrela, possui 32 anos, era mãe e católica. Transmitia pelo brilho de seu olhar iniciativa, espírito de mudança, vontade de lutar e uma força que daria para enfrentar um exército. Mostrou vontade de mudar a realidade vivida no seu setor, porém relatou que prefere encenar um teatro isolado ao assumir para a família que nada será feito no momento de morte desse paciente para a reversão de seu quadro. Assim, as cortinas do palco são os biombo acoplados ao redor do paciente, a plateia são os familiares, o paciente o ator principal e a equipe de saúde os figurinistas. A peça só se inicia e as cortinas se abrem quando o corpo foi arrumado e preparado com o manto da morte pelos profissionais.

Minha vigésima primeira estrela, a enfermeira Ross, aos seus 40 anos, era casada, vaidosa, iniciou na carreira na função de auxiliar de enfermagem, algum tempo depois se tornou técnica e no ano de 2010 terminou sua graduação. Desde seu início profissional somente trabalhou na Ala Hospitalar e atuou por cinco meses na oncologia, sendo transferida há uma semana para outro setor no HSC. Senti no transcorrer da entrevista um olhar triste, magoado e um pouco abatido ao falar dos pacientes oncológicos. Sua expressão corporal demonstrava saudades e nostalgia, ficando evidente ao expressar verbalmente que amava o setor oncológico e que o fato de ter saído do setor a deixou triste. Ao término da entrevista, a estrela Ross me abraçou e disse que sua pouca vivência na oncologia foi uma experiência de vida inesquecível tanto para sua vida profissional como pessoal e que espera voltar ainda a atuar neste setor, pois nele descobriu o que é realização profissional e se desvendou como enfermeira no cuidar.



**SEÇÃO 6**

**RESULTADOS**

## 6.1 ARTIGO 1 – CUIDADOS PALIATIVOS: RESGATANDO O CUIDADO HUMANIZADO

Artigo elaborado segundo as instruções para publicação, da Revista Texto & Contexto Enfermagem, ISSN: 0104-0707 (ANEXO B).

### **CUIDADOS PALIATIVOS: RESGATANDO O CUIDADO HUMANIZADO<sup>1</sup>**

PALLIATIVE CARE: RETRIEVING HUMANIZED CARE

CUIDADOS PALIATIVOS: RESCATANDO EL CUIDADO HUMANIZADO

*Carla Simone Leite de Almeida<sup>2</sup>, Catarina Aparecida Sales<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Extraído da dissertação “A vivência existencial dos profissionais de enfermagem no cuidado paliativo oncológico hospitalar” UEM - Universidade Estadual de Maringá, 2011.

<sup>2</sup> Mestranda em Enfermagem, pela Universidade Estadual de Maringá (UEM). Maringá, Paraná, Brasil. Docente da Faculdade Integrado de Campo Mourão – Campo Mourão, Paraná, Brasil. Email: calmone@bol.com.br

<sup>3</sup> Doutora em Enfermagem, pela Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Docente adjunto da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Maringá, Paraná, Brasil. Email: catasales@hotmail.com

CORRESPONDÊNCIA: Catarina Aparecida Sales. Rua Bragança, 630, apto 501, Zona Sete. CEP: 86020-220, Maringá, Paraná. Fone: (44) 3261-4494, E-mail: catasales@hotmail.com



**RESUMO:** Este estudo objetivou desvelar o significado e a aplicabilidade dos cuidados paliativos pela equipe de enfermagem oncológica hospitalar. Pesquisa fenomenológica embasada nos pressupostos de Martins Heidegger, realizada com 21 profissionais de enfermagem, por meio de entrevistas semiestruturadas, analisadas posteriormente segundo os passos preconizados por Josgrilberg. Emergiram três temáticas ontológicas: Resgatando a essência do cuidar em enfermagem; Estando-com-o-outro no cuidado e Envolvendo-se com a condição existencial do outro. Evidenciou-se que os profissionais de enfermagem não expressaram conhecimento científico ou filosófico dos cuidados paliativos, mas manifestam a essência do cuidar sempre presente em seu Ser ao mostrarem empatia, afeto, dedicação, respeito, e envolvimento no seu existir-cuidando. A humanização demonstrada por esses profissionais no seu cotidiano de trabalho revelou em si alguns aspectos da palição, pois os cuidados paliativos não se constituem em uma técnica de cuidar, mas sim, em uma filosofia de cuidado inerente à essência do cuidado da enfermagem.

**DESCRIPTORES:** Cuidados paliativos. Oncologia. Enfermagem.

**ABSTRACT:** Current research retrieves the meaning and the applicability of palliative care by the nursing team of a cancer hospital. The phenomenological research, foregrounded on the doctrine of Martin Heidegger, was carried out with 21 nurses through half-structured interviews which were analyzed according to presupposition by Josgrilberg. Three ontological themes emerged, or rather, Recovering the essence of care in nursing; Being-with-the-other in care; Involving oneself within the other's existential condition. Although nurses do not have the scientific or philosophic knowledge of palliative care, they manifest the essence of all present care in their being-caring. Humanization showed by these professionals in their day-to-day labor revealed, in itself, some aspects of palliative care, since palliative care is not a care technique but a philosophy of care which is inherent to the essence of nursing care.

**DESCRIPTORS:** Palliative care. Oncology. Nursing.

**RESUMEN:** Este estudio objetivó desvelar el significado y la aplicabilidad de los cuidados paliativos por el equipo de enfermería oncológica hospitalaria. Investigación fenomenológica embasada en los presupuestos de Martins Heidegger, realizada con 21 profesionales de enfermería por medio de entrevistas semi-estructuradas, analizadas posteriormente según los pasos preconizados por Josgrilberg. Surgieron tres temáticas ontológicas: Rescatando la esencia del cuidar en enfermería; Estando-con-el-otro en el cuidado y Arrollándose con la condición existencial del otro. Se evidenció que los profesionales de enfermería no expresaron conocimiento científico o filosófico de los cuidados paliativos, pero manifiestan la esencia del cuidar siempre presente en su Ser al mostrar empatía, afecto, dedicación, respeto, y arrollarse en su existir-cuidando. La humanización demostrada por esos profesionales en su cotidiano de trabajo reveló en si algunos aspectos del paliativo, pues los cuidados paliativos no se constituye en una técnica de cuidar, pero sí, en una filosofía de cuidado inherente a la esencia del cuidado de la enfermería.

**DESCRIPTORES:** Cuidados paliativos. Oncología. Enfermería.

## INTRODUÇÃO

O câncer tem se mostrado atualmente, como uma das principais causas de mortalidade no mundo, merecendo especial atenção por parte dos profissionais de saúde no sentido de amenizar o sofrimento, visto que, mesmo havendo cura para muitos casos, a taxa de mortalidade é muito alta.<sup>1</sup> Neste contexto, torna-se imprescindível que concomitantemente ao tratamento curativo, também se programe a palição e ao curso que a doença vai se tornando sem prognóstico, a esfera paliativa assuma sua amplitude com a meta de proporcionar vida aos dias aos doentes em sua terminalidade.<sup>2-3</sup>

O cuidado paliativo pode ser abarcado em diferentes tipos de serviços, tais como assistência domiciliar, unidades de internação hospitalar, clínicas-dia, serviço de consultoria, unidades ambulatoriais e de suporte para o luto.<sup>4</sup> Sua filosofia tem como princípio promover o alívio da dor e de outros sintomas estressantes; almejar não antecipar e nem postergar a morte; integrar ao cuidar os aspectos psicossociais e espirituais; proporcionar um sistema que auxilie o paciente a viver ativamente, quanto possível, até a sua morte; auxiliar a família no manejo da doença do paciente e no luto; estabelecer uma abordagem em equipe; aprimorar a qualidade de vida e inseri-la, o mais precocemente possível, junto a outras medidas de prolongamento de vida, como a quimioterapia e a radioterapia, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreensão e manejo dos sintomas.<sup>2,4</sup>

Na assistência paliativa oncológica, a pacientes fora de possibilidades terapêuticas, o cuidado precisa ofertar atenção à vida interior e às relações do paciente, tornando-se necessária a atenção multiprofissional que vise reconhecê-lo e assisti-lo de forma integral. A enfermagem, nesta ocasião, como membro integrante da equipe interdisciplinar paliativa, é fator essencial no cuidado ao paciente e familiares em situação de terminalidade de uma doença e processo de morte/morrer, por ser a que se encontra diretamente próxima dos mesmos nestas fases.<sup>6</sup>

É fulgente a necessidade de uma assistência que não contemple meramente os aspectos biológicos do paciente, por meio de um cuidado técnico embasado em banhos, curativos ou medicações, mas que o considere de forma holística, humanizada e individual, ajudando-o nesse momento particular da sua vida em que o psicossocial e o espiritual são importantes para transformar o morrer em uma situação menos penosa tanto para o enfermeiro quanto para o doente e seus familiares.<sup>6</sup>

Neste contexto, evidencia-se a necessidade dos profissionais da enfermagem assumir um papel diferenciado no atendimento a pacientes oncológicos. Sendo necessário para tanto

que os mesmos distingam e apliquem de forma ativa os princípios dos cuidados paliativos para com o paciente e familiares e os reconheçam de forma holística no cuidado, assistindo-os na esfera biológica, psicológica, espiritual e social e não meramente de modo tecnicista.

Porém, ao observar a realidade brasileira, visualiza-se uma precariedade no ensino paliativista nos cursos técnicos e a nível de graduação.<sup>7</sup> Essa falta de reconhecimento no ensino dos cuidados paliativos leva ao impedimento de uma formação adequada dos profissionais da saúde, fazendo com que a maioria trabalhe sem educação formal, com conhecimento baseado em iniciativas autodidáticas e em cursos de curta duração, estando muitas vezes inadequados à nossa realidade, gerando precariedade na qualidade da assistência, bem como uma visão e prática distorcida da filosofia dos cuidados paliativos.<sup>2</sup>

O interesse pela temática surgiu ao observarmos esse distanciamento dos profissionais de enfermagem do real objetivo dos cuidados paliativos na nossa prática profissional oncológica. Isso nos acalorou inquietações por ver que o âmbito hospitalar na terminalidade é utilizado como cenário para a morte, gerando sofrimento ao doente e sua família em um momento que deveria ser de tranquilidade e paz. Assim, na procura de sanar nossas inquietudes pessoais e profissionais, o objetivo desta pesquisa visa desvelar o significado e o cotidiano dos cuidados paliativos pela equipe de enfermagem oncológica hospitalar.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem fenomenológica nos pressupostos de Martin Heidegger. Esta proposta metodológica “permite chegar à compreensão do Ser, partindo da descrição das situações vivenciadas pelos indivíduos. Constitui-se em questionar o Ser, interrogando o ente e buscando o sentido do Ser”<sup>8:362</sup>.

A região de inquérito ou região ontológica é a própria situação na qual o fenômeno que buscamos desvelar ocorre. Sendo assim, a subjetividade latente nas vivências dos profissionais de saúde, enquanto Seres do cuidado, do setor oncológico de um hospital de médio porte referência para 25 municípios, localizado na Região Centro-Oeste do Estado do Paraná. O cenário estudado possui 25 leitos hospitalares adultos distribuídos em área cirúrgica e clínica, porém por problemas administrativos na gestão atual, no período da pesquisa, o mesmo estava com oito leitos inativados o que totalizava apenas 17 leitos oncológicos para atendimento.

Foram sujeitos da pesquisa 22 profissionais de enfermagem. Os critérios de inclusão, no estudo, eram de pertencerem às categorias de auxiliar, técnico de enfermagem e/ou

enfermeiro e serem membros atuantes da ala estudada. Como de exclusão, seguimos a ausência do depoente do ambiente de trabalho, no período de coleta, por motivos de licença, atestado médico ou férias e pela não-participação de um sujeito, a pesquisa se fez com 21 depoentes.

O inquérito ocorreu entre os meses de março a maio de 2011 por meio de uma entrevista gravada, com base em um roteiro semiestruturado, contendo dados professionográficos e sociodemográficos, além de duas questões norteadoras: O que significa cuidados paliativos para você? Como você aplica estes cuidados, ao paciente com câncer em seu ambiente de trabalho?

Para captarmos a plenitude expressa pelos depoentes, optamos pela análise individual de cada discurso, seguindo os passos preconizados por Josgrilberg.<sup>9</sup> Assim, *a priori*, após transcrição na íntegra de cada entrevista, realizamos leituras atentas de cada depoimento, separando os trechos ou unidade de sentidos (us) que para nós se mostraram como estruturas fundamentais da existência. *A posteriori*, analisamos as unidades de sentidos de cada depoimento, realizando seleção fenomenológica da linguagem de cada sujeito, pois uma unidade de sentido é, em geral, constituída de sentimentos revelados pelos depoentes que contemplam a interrogação ontológica. Finalmente, extraímos trechos que, para nós, desvelaram a essência basilar da mensagem de cada sujeito e as interpretamos à luz de algumas ideias heideggeriana e de autores que pesquisam sobre a palição.

Esclarecemos que em respeito ao número de páginas estabelecido, exibimos neste artigo a linguagem de 11 depoentes dos 21 entrevistados. A escolha das descrições foi realizada aleatoriamente, pois nossa finalidade não foi desvelar definições, mas a significação de uma essência existencial da vivência de cada profissional.

Para não nomear nossos sujeitos de forma genérica, optamos por codificá-los com nome de estrelas presentes no céu, pelo fato de que elas são corpos celestes que servem de orientação para muitos navegadores, bem como apresentam um brilho próprio cintilante e irradiante, que proporcionam beleza ao céu, mesmo nas noites obscuras.<sup>10</sup> E da mesma forma, o brilho da enfermagem em seu existir cuidando serve de guia/amparo para muitos pacientes oncológicos e familiares durante sua estadia hospitalar e que mesmo nos momentos difíceis, como a morte, não deixa de iluminá-los.

Por se tratar de pesquisa que envolve seres humanos, observamos os aspectos éticos regulamentados pela Resolução 196/96 do CNS – MS. A solicitação de participação no estudo se acompanhou de duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Nesta solicitação, notificou-se sobre as finalidades da pesquisa, tipo de participação desejada e

tempo provável de duração da entrevista. Asseguramos também aos partícipes a desvinculação entre a pesquisa e o atendimento prestado pelo serviço de saúde; o livre consentimento e a liberdade de desistir do estudo, se em qualquer momento assim desejarem, garantimos também, sigilo quanto às informações prestadas e anonimato sempre que os resultados forem divulgados. A pesquisa foi e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá sob Parecer nº 709/2010.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Visando à melhor compreensão dos dados obtidos na pesquisa, inicialmente será apresentada a caracterização dos depoentes e, posteriormente, as temáticas encontradas.

### **Caracterização dos depoentes**

Os profissionais de enfermagem apresentaram como dados sociodemográficos idades entre 23 e 51 anos, com média etária de 33,7 anos, sendo 17 do sexo feminino e quatro do masculino. A religião predominante foi a católica (14), consecutivamente a evangélica (cinco) e dois participantes eram ateus. Seus dados profissionográficos coletados quanto à formação profissional se distribuíram em três auxiliares de enfermagem, 11 técnicos de enfermagem e sete enfermeiros, mas dois profissionais possuíam formação em técnico de enfermagem e eram contratados como auxiliares pela instituição e três enfermeiros antes de se graduarem na profissão possuíam formação e atuação técnica de enfermagem. O tempo de atuação profissional na área oscilou entre três meses a 25 anos, com uma média de oito anos. O tempo de atuação no âmbito hospitalar também foi de três meses a 25 anos. Na área hospitalar, a atuação profissional na área oncológica variou entre duas semanas a seis anos e meio.

Os informantes quando questionados se receberam alguma formação profissional na área de cuidados paliativos em seus cursos de enfermagem apenas seis referiram que sim e destes, apenas um relatou ser uma disciplina específica na grade do curso e os demais explanaram terem recebido apenas por discussões surgidas em sala de aula. Após a formação profissional, nove funcionários atuantes na Ala Oncológica hospitalar nunca receberam qualquer instrução/formação em cuidados paliativos, contrapondo aos demais 12 que referiram ter recebido dentro do próprio ambiente de trabalho alguma informação sobre o tema por meio de palestras ou conversas informais entre a equipe multidisciplinar do hospital.

Destes três informaram já ter participado de um evento externo à instituição que trabalham sobre o assunto.

Da análise das unidades de sentido, emergiram três temáticas existenciais: Resgatando a essência do cuidar em enfermagem; Estando-com-o-outro no cuidado e Envolvendo-se com a condição existencial do outro.

### **Resgatando a humanização do cuidar em enfermagem**

Na analítica heideggeriana, o Dasein enquanto Ser-no-mundo, não traz em si as características de um ente simplesmente dado, mas carrega consigo um leque de possibilidades, ou seja, ele é possuidor de peculiaridades que podem torná-lo um descobridor de seu próprio existir, saindo assim, da superficialidade do cotidiano e resgatando para si mesmo todo Ser poder-ser um Ser do cuidado.<sup>8</sup>

O cuidar na enfermagem está inserido na profissão desde seus primórdios com Florence Nightingale e ele como arte e ciência para a profissão visa atender ao ser humano de forma holística, promovendo o seu bem-estar físico, psíquico, social e espiritual de forma a considerar o paciente um ser humano livre, merecedor de respeito e com autonomia na tomada de decisões.<sup>11</sup> Sua visão integral de cuidar atende ao paciente, família e comunidade na promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde.<sup>1,12-13</sup>

Alguns dos princípios dos cuidados paliativos já se encontram enraizados nesta profissão, pois aliar arte e ciência a um cuidado que proporcione amparo, conforto e suporte são premissas da enfermagem e da palição. Assim, observamos entre os depoentes que os mesmos, apesar de não expressarem um conhecimento científico ou filosófico dos cuidados paliativos, manifestam a essência do cuidar sempre presente em seu Ser.

*Os cuidados paliativos são aplicados quando o curativo não ira mais surtir efeito, igual o tratamento quimioterápico, a radioterapia ou cirurgia [...] então o paciente passa para o paliativo e ali ele será apenas utilizado para dar um suporte para o paciente, melhorar a qualidade de vida, estar dando um suporte tanto físico, para dor, psicológico, tanto para ele quanto para família (Aldebaran).*

*[...] seria oferecer um conforto na verdade para o paciente, que não tem assim um prognóstico para melhora, mais não é por isso que agente vai deixar de prestar os cuidados por falta disso, os cuidados de higiene de conforto, realmente para o paciente (Riguel kentourus).*

*[...] para mim significa estar dando conforto e bem estar o máximo que você puder, tanto medicamentoso, quanto cuidados pessoais e conforto em geral, porque os cuidados paliativos na maioria das vezes são pacientes que não vão ter cura, você vai estar mesmo cuidando para ele ter um final assim feliz, o máximo feliz que puder dentro do hospital (Ross).*

Percebemos que os depoentes reconhecem a importância da palição no ambiente hospitalar, pois ao desenvolverem o seu cuidado buscam assistir ao paciente, como também percebem a família como uma unidade de cuidado, contemplando a eles o cuidado as esferas biológicas, sociais, espirituais e psicológicas.

Na meditação heideggeriana, o cuidado só ocorre quando há manifestações de solicitude e o mesmo ao ser ofertado pode ser manifestado pelo estar-junto-a ou do Ser-com. O primeiro consiste em aniquilar a individualidade do Ser cuidado, sendo retirado o cuidado do outro, tomando-lhe o lugar, domina-o e realizando as suas escolhas. O Ser-com devolve o cuidado ao doente, proporcionando oportunidade de assumir seus próprios caminhos, crescer, amadurecer e encontrar-se consigo mesmo, ostentando os encargos de sua própria existência.<sup>8,14-15</sup>

Neste pensar, observamos na linguagem de Capella que a mesma em seu cotidiano profissional procura desenvolver as características básicas da solicitude, que imbrica em ter consideração para com o outro. Tal atitude implica em respeitar os direitos de autonomia do doente, isto é, concordar com as prioridades e objetivos do cuidado com os doentes e cuidadores, em não esconder a informação desejada pelo paciente.<sup>5</sup> Assim, entrevejamos nas palavras da depoente que a mesma advoga a favor do doente, expondo ao mesmo de uma forma humana sua real condição existencial.

*[...] às vezes o sofrimento dele é de não saber o que esta acontecendo. Sabe eu chegar e falar “já foi comunicado o que você tem? o que irá acontecer com você?”, pois, as vezes eles estão muito ansiosos em saber o que esta acontecendo, pois já teve caso da pessoa está bem agitada, ansiosa e eu chegar e conversar com a pessoa e ela se acalmar e falar “nossa, porque não me falaram isso antes? Por que ninguém explicou o que estava acontecendo comigo?”. Porque muitas vezes, pela correria, o próprio médico esta fazendo o procedimento e a pessoa não sabe o que está acontecendo, qual é o problema dele, qual é o seu tipo de câncer, se tem perspectiva de vida. A gente (enfermagem) que está acostumado, que sabe o que esta ocorrendo, pode falar com ele, pois acredito que saber alivia bastante o sofrimento, pois muitas pessoas se preparam para a morte [...] ao dizer que este problema que você tem não posso dizer que vai acontecer (morte), mais é muito provável. A pessoa acaba se*

*preparando, principalmente aquela que acredita em Deus, que sabe e acredita em uma vida após, e eu acredito nisso também, ela acaba tendo uma morte mais tranqüila, por se preparar para morrer (Capella).*

A linguagem de Capella também nos leva a refletir que o cuidar para que seja assumido de forma autêntica deve possuir a intenção terapêutica, de zelo e ajuda, sendo necessária a solicitude de quem cuida ao doente cuidado. Para isso, a enfermagem como seres que cuidam de outros seres devem impetrar a saúde e o bem-estar de quem cuida e assim no seu cuidar proporcionar alvedrio e condições para que o Ser vivencie suas próprias possibilidades.

### **Sendo-com-o-outro no cuidado**

Ao se descobrir como Ser-no-mundo, o ser humano também se descobre como Ser-com-outro, ou seja, visualiza em seu horizonte a possibilidade de situar-se com alguém, não apenas como objeto de cuidado, mas de uma forma envolvente e significativa.<sup>8,15</sup> E esta maneira de estar-com implica em o Ser-aí buscar compreender enquanto Ser do cuidado o significado da vida, procurando compreender a si mesmo e o outro em sua mundaneidade de mundo.

A enfermagem, no seu dia-a-dia, constantemente, faz, desfaz e refaz liames com aquilo que lhe é significativo, ou seja, interatua continuamente com o doente e, por meio de vocábulos, expressões, sinais ou por um simples olhar, realiza um verdadeiro ajudar, acalantar e partilhar. Nesse embate entre a equipe de enfermagem e o doente e seus familiares, o diálogo pode ser considerado um momento distinto onde se externam as perspectivas, as aspirações e medos, enfim, a expectativa que o doente tem do mundo e de sua situação atual de estar com câncer no mundo.<sup>16</sup>

Assim analisado, o cuidar é um gesto de amor, que protege, acalenta e traz serenidade e paz, ou seja, vai mais além dos próprios cuidados básicos como dar banho, realizar um curativo ou mudar o decúbito. As falas abaixo evidenciam que os profissionais ao desenvolver seu cuidado ao doente com câncer no ambiente hospitalar o faz de forma solidária com ênfase em uma assistência que também contemple o seu Ser de forma psicológica e espiritual e não meramente em uma assistência biotecnista.

*[...] Sempre estar ali do lado dele, nem que você tenha que largar tudo só para ficar ali. Nem que seja apenas ficar do lado, mas mostrar que você está ali [...] Já teve muitas*



*vezes do paciente parar, você dar uma olhada, ver o último suspiro e pensar consigo mesmo “ele descansou! Mais eu estava aqui do lado dele (Antares).*

*Nessas horas a única coisa que eu te faço é pegar na mão, dar um carinho, porque muitas vezes assim um carinho ele não está vendo, mas ele está sentindo, durante uma conversa, do estar do lado [...] (Betelgeuse).*

*[...] sempre busco estar próximo da família, pois a gente cuida do paciente e da família inteira, busca conversar e muitas vezes um simples abraço ajuda a família também [...] (Canopus).*

*Sempre tento proporcionar um momento para ele desabafar, sempre chego conversando, brincando e tento, apesar do tempo ser curto, que ele desabafe e que ele conte se quer conversar com algum amigo que ele não vê há anos, um familiar, comer alguma coisa diferente, se agente pedir polenta no meio da tarde a cozinha faz se ele puder comer, então assim, eu tento sempre estar proporcionando isso. É o que agente pode fazer dentro do hospital (Giclas).*

Na meditação heideggeriana, o silêncio representa uma das maneiras do Ser-aí se desvelar ao mundo e, é de extrema importância no cuidado, pois o mesmo surge como uma oportunidade do Ser-aí compreender o que os outros seres lhe dizem.<sup>8</sup>

Pelas falas, apreendemos que para os depoentes, em muitos momentos, para cuidar basta Ser-com, compartilhando a situação existencial do doente com câncer ou o ato de simplesmente escutar as solicitações do paciente são formas humanas de cuidar, como demonstram em suas falas os depoentes Antares e Betelgeuse ao explanarem a importância do tocar, ouvir e estar próximo e interessado no cuidado ofertado.

O ato de escutar no cuidado não visa apenas ouvir, mas permanecer em silêncio, demonstrando acenos de ternura, carinho e expressões não-verbais que provêm aceitação e estimulem a demonstração de sentimentos, ou seja, não basta estar ao lado fisicamente escutando os anseios dos pacientes, deve-se interagir, mostrar amor, interesse e empatia por quem é escutado.<sup>16</sup>

Fica o manifesto nas falas dos depoentes que o cuidado paliativo no cotidiano destes seres profissionais não visam apenas à realização de técnicas e procedimentos de enfermagem, contemplando meramente o aspecto biológico do doente. Mas, em seu existir-cuidando, buscam o Ser-com-o-outro na doença e na terminalidade de maneira que possam estar-com o enfermo humanisticamente, respeitando sua singularidade, determinações, escutando seus anseios manifestados, ou simplesmente no só estar ao seu lado em seus momentos de solicitações.

## Colocando-se no lugar do outro

Ao existir no mundo o Ser-ai pode manifestar o cuidado de uma forma inautêntica, ou seja, sendo um Ser contra o outro, o Ser sem o outro e, principalmente, o não se importar com o outro. Mas, em sua cotidianidade ele pode também assumir seu poder ser situando-se para além da mediania do cotidiano e resgatar a si mesmo o cuidado autêntico presente em seu Ser.<sup>8</sup>

Relativo a esta questão, expomos ainda que, o Ser-com ao se relacionar no cuidado com os “outros” não o faz de forma igualitária. Seu modo de relacionamento pode se perpetrar como modo de ocupação ao ocorrer com os entes intramundanos, coisas à mão e as coisas cotidianas ou como forma de ocupação quando ocorre com outros Seres-ai. A ocupação se dá no cuidado propriamente biotecnicista, em que o paciente é visto meramente com um ente à mão ou algo simplesmente dado e o profissional de enfermagem deixa de Ser-com e se torna na inautenticidade do cuidado o Ser-para. O cuidar autêntico surge quando o Ser profissional de enfermagem esta no cuidado como Ser-com-os-outros-seres e longe de um simples ocupar-se sua assistência trata-se de um preocupar-se.<sup>15,17</sup>

Evidenciamos, assim, nas alocações dos depoentes que o Ser-aí pelas suas maneiras de desvelos, não apenas se faz conhecer como um Ser-no-mundo para executar cuidados, mas como Ser-com no cuidado busca compartilhar e se relacionar com os entes encontrados no mundo, ou seja, ao interagir-se continuamente com o doente no cuidado paliativo se projeta para o seu existir com uma doença incurável e dessa forma compartilha e convive a facticidade do outro.

*[...] havia rompido o tumor de um paciente e atingido a femoral e então eu fiquei desde as 6 da manhã pressionando com a mão o local, não tinha como fazer curativo [...] não havia mais o que fazer com o paciente, o médico mesmo disse que não tinha. O paciente olhava para mim e falava “mais eu vou morrer assim?” tipo “eu vou me ver morrer? e eu falava “no meu plantão não!” eu fiquei lá comprimindo, chegou a dar câimbra, mais eu fiquei e eu revezava com as meninas [...] eu fiz o que eu podia para amenizar sua dor [...]* (Aldebaran).

*Quando eu vou embora eu saio de quarto em quarto dando boa noite para eles (pacientes) por que eu não consigo ir embora sem antes apertar a mão e desejar que eles tenham uma boa noite. Para mim parece que não esta bom! [...] Quando eu chego na minha casa, rezo muito para eles, não deixa da gente ser humano, a gente senti (Luyten).*

Na linguagem dos sujeitos, observamos que ao executar o seu cuidado paliativo oncológico, os mesmos manifestam não somente o ocupar-se como desvelo no ato de cuidar por meio de técnicas de enfermagem, mas preocupam-se com o doente ao adentrar ao seu mundo de doença crônica incurável, participando de seus sofrimentos, frustrações, amarguras e compartilhando sua dor física, emocional, espiritual e social. Corroborando assim com a premissa de que para ajudar-cuidar é preciso compreender o Ser em situação, faz-se necessário, portanto, aproximar-se da trama de relações significativas do mundo daqueles com quem se vai interagir.<sup>18</sup> Assim, ao exercer o cuidado, os profissionais de saúde devem procurar compreender aquele a quem se quer ajudar, enquanto existência no aqui e agora, ou seja, se pro-jetar para a situação vivenciada por quem vai ser cuidado e o abarcá-lo como uma pessoa pertencente a um contexto socioeconômico e cultural e não mais um número ou doença, perpetuando “modos eficientes” de preocupação e um cuidar ontologicamente autêntico.<sup>17</sup> Fato este ratificado nas falas abaixo:

*Ao fazer o cuidado eu me ponho no lugar dele, eu imagino, minha mãe, meu irmão ali, entendeu, eu cuido o melhor possível, como se fosse eu ou um familiar meu, tipo agente não é nada né, tipo você está aqui a mercê dos cuidados dos outros, alguns podem cuidar bem outros não, alguns podem compreender outros não, você sabe que nessa profissão tem de tudo, aqueles que trabalham por dinheiro, aqueles que realmente têm paciência mais e aqueles que realmente trabalham porque precisam e porque gostam também (Centauri).*

*Eu procuro me colocar no lugar daquela pessoa e a entender, me colocar como se eu vivesse aquela situação [...] (Capella).*

*Sempre me coloco no lugar da família e sei que perder alguém não é fácil e isso pode também ocorrer na minha família (Canopus).*

*Olha eu me sinto como se fosse eu que estivesse lá, como eu gostaria de ser tratado então eu procuro tratar os pacientes da mesma maneira se fosse eu que estivesse ali e gostaria de ser tratado (Riguel kentourus).*

Os depoimentos trazem o que Heidegger<sup>8</sup> descreve como um poder-ser-originário, em que o profissional da enfermagem na sua convivência cotidiana como Ser-no-mundo que é, percebe o modo de ser da solicitude de um para com os outros. É possível observar que suas manifestações de empatias e solitudes não visam no cuidado o ocupar-se e sim um preocupar-se ontológico “eficiente” com o doente que tem câncer e também com sua família.

Os profissionais da enfermagem mostraram que no seu existir cuidando, ao lidarem com a palição, na Ala Oncológica hospitalar, desenvolvem o cuidar autêntico ao dirimirem os problemas relacionados à internação do paciente e família, apoiando os preceitos da

palição. Ao ser demonstrado, na sua prática, a manifestação de uma postura informal no cuidado paliativo, estes profissionais corroboram com outros autores que afirmam a necessidade de uma conduta diferenciada no cuidado, a de agir como uma visita ou um amigo no fortalecimento de relações autênticas entre paciente, família e profissional.<sup>16</sup> Para tanto, a enfermagem necessita “ter cuidado e interesse pelo outro, dar-se, estar aberto para discutir a fé, encorajar a esperança, escutar atentamente, demonstrar confiança e honestidade, tocar a pessoa, ajudar o paciente no encerramento das questões do passado e amar”.<sup>12: 436</sup>

É neste contexto que o cuidar autêntico se faz presente sendo possível estabelecer a relação de confiança e empatia para com o paciente, ou seja, proporcionar um manto que possa acolhê-lo, afagá-lo e confortá-lo. Lembrando que o termo paliativo deriva-se do latim *pallium* e assim como tal significa “manto”.<sup>3</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A equipe de enfermagem tem em seu existir cuidando a essência do cuidado enraizada em sua profissão. Mesmo não recebendo formação profissional, permanente ou continuada em seu ambiente de trabalho sobre a palição, a mesma demonstrou conhecer a finalidade desta filosofia e reconhecer à família, à individualidade, à qualidade de vida e a minimização de sofrimento e sintomas como parte da assistência paliativa.

A lacuna teórica evidenciada sobre os cuidados paliativos, nestes profissionais, não interferiu na maneira de executar seu cuidar na Ala Oncológica hospitalar, visto que a palição é uma filosofia de cuidar e se constitui em ações inerentes ao cuidar da profissão de enfermagem, haja que o mesmo contempla o doente e a família de forma holística, nas esferas biopsicossociais e espirituais. Para estes profissionais, o cuidado significa estar-com-o-doente e também apoiar a família e, por vezes, se transpor à sua posição de doente com câncer ou familiar de um doente com câncer, por também serem seres-no-mundo e como tal a mercê de solitudes de cuidado do próximo.

A equipe traz consigo características do seu existir cuidando, norteadas por afetividade, vínculo e empatia. A análise compreensiva da linguagem dos profissionais de enfermagem, acerca dos cuidados paliativos, possibilitou desvelar modos de Ser-no-mundo, especialmente em seu estado primordial, isto é, o Ser-com demonstrando que a autenticidade do cuidar caracteriza-se por meio da preocupação e, que o profissional de enfermagem pode estar-com-o-outro em seu existir cuidando.

Espera-se que as concepções extraídas desta pesquisa possam contribuir para que outros profissionais se sensibilizem e busquem vivenciar os cuidados paliativos como forma de garantir uma assistência autêntica e digna a pacientes em terminalidade de vida e a seus familiares, e para que novas pesquisas sejam realizadas sobre este tema, buscando reconhecer o sentido que a equipe de enfermagem dá aos cuidados paliativos.

Ao finalizá-la, esclareço que esta pesquisa não apresenta o intento de alegar a não necessidade de conhecimento teórico sobre cuidados paliativos para a realização da prática deste cuidar pelos profissionais da enfermagem na ala oncológica hospitalar, mas que a humanização demonstrada por esses profissionais revelou em si alguns aspectos da palição. Pois, acreditamos que receber formação teórica paliativa aprimora a gênese humanística do profissional da saúde; prepara-o para oferecer uma assistência digna que atenda às necessidades do doente e sua família de maneira a lhes proporcionar uma sobrevida com qualidade; leva a uma transformação positiva na relação entre o profissional de saúde e o paciente; bem como o prepara psicologicamente para lidar com os desafios da profissão e a singularidade da finitude de forma não-traumática.

## REFERÊNCIAS

1. Nunes MGS. O enfermeiro frente ao tratamento paliativo em oncologia. *Rev. Bras. Enferm.* 2010.
2. Maciel MGS. Definições e princípios. In: Oliveira RA, coordenador. *Cuidado paliativo.* São Paulo (SP): Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CREMESP; 2008. p. 15-32.
3. Boemer MR. Sobre cuidados paliativos. *Rev. Esc. Enferm. USP* [online]. 2009 [Acesso em 2011 Mar. 15]; 43(3). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S00802342009000300001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00802342009000300001&lng=en&nrm=iso)
4. Sales CA. Cuidado paliativo e o profissional enfermeiro. *Cienc. Cuid. Saúde.* 2010 Jul./Set.; 9(3):417-421.
5. Oliveira AC, Silva MJP. Autonomia em cuidados paliativos: conceitos e percepções de uma equipe de saúde. *Acta Paul. Enferm.* [online]. 2010, [Acesso em 2012 Jan. 02]; 23(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/10.pdf>
6. Araujo DF, Barbosa MH, Zuffi FB, Lemes RCA. Cuidados paliativos: percepção dos enfermeiros do Hospital das clínicas de Uberaba-MG. *Cienc. Cuid. Saúde.* 2010 Out./Dez.; 9(4):690-696.
7. Bifulco VA, Iochida LC. A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura. *Rev. Bras. Educ. Med.* [online]. 2009 [Acesso em 2012 Jan. 02]; 33(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n1/13.pdf>
8. Heidegger M. *Ser e tempo.* 16ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Universitária São Francisco; 2006.

9. Josgrilberg RS. O método fenomenológico e as ciências humanas. In: Castro DSP, Piccino JD, Josgrilberg R S. Fenomenologia e análise do existir. São Bernardo do Campo (SP): UMESP; 2000. p. 75-93.
10. Oliveira MHC. Estrelas refletidas nas noites globais: estudo de representações de idosos nas telenovelas da rede globo de televisão [Tese]. Porto Alegre (SC): Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Departamento de comunicação Social; 2008.
11. Costa R, Padilha MI, Amante LN, Costa E, Bock LF. O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. *Texto Contexto - Enferm.* 2009 Out./Dez.; 18(4):661-669.
12. Rodrigues IG, Zago MMF. O papel da enfermeira nos cuidados paliativos. In: Pimenta CAM, Mota DDCF, Cruz DALM. Dor e cuidados paliativos: enfermagem. medicina e psicologia. Barueri (SP): Manole; 2006. p.434-449.
13. Gomes SS, Santos AVS, Caminha EMC, Lemes EV, Lima LB, Moura R, et al. A ética do cuidado no exercício da enfermagem: um olhar sobre os pacientes oncológicos. *Horizonte.* 2010 Jul./Set.;18(8):145-169.
14. Duarte MR, Rocha SS. As contribuições da filosofia heideggeriana nas pesquisas sobre o cuidado em enfermagem. *Cogitare Enferm.* 2011 Abr./Jun.; 16(2):361-364.
15. Kahlmeyer-Mertens RS. Heidegger & a educação. Belo Horizonte (MG): Autêntica; 2008.
16. Stumm EMF, Leite MT, Maschio G. vivências de uma equipe de enfermagem no cuidado a pacientes com câncer. *Cogitare Enferm.* 2008 Jan./Mar.; 13(1):75-8.
17. Martins Filho JRF. Heidegger e a concepção de “outro” em ser e tempo. *Rev. Aproximação [online].* 2010 Jan./Jun. [Acesso em 2011 Ago. 02];(3). Disponível em: <http://www.ifcs.ufrj.br/~aproximacao/201001/heidegger.pdf>.
18. Graças EM, Santos GF. Metodologia do cuidar em enfermagem na abordagem fenomenológica. *Rev. Esc. Enferm. USP [online]* 2009 Mar. [Acesso em 2011 jul. 26];43(1). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000100026](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100026).

## 6.2 ARTIGO 2 – O EXISTIR DA ENFERMAGEM NO CUIDADO PALIATIVO: UM ESTUDO NA ÓTICA FENOMENOLÓGICA

Artigo elaborado segundo as instruções aos autores, da Revista Acta Paulista de Enfermagem, ISSN 0103-2100 (versão impressa) e ISSN 1982-0194 (versão *online*) (ANEXO C).

O existir da enfermagem no cuidado paliativo: um estudo na ótica fenomenológica\*

*A study of nursing existence in palliative care from the phenomenological point of view*

El existir de la enfermería en el cuidado paliativo: un estudio en la ótica fenomenológica

**Carla Simone Leite de Almeida<sup>1</sup>, Catarina Aparecida Sales<sup>2</sup>, Stela Maris de Mello Padoin<sup>3</sup>, Maria Angélica Pagliarini Waidman<sup>4</sup>**

### RESUMO

**OBJETIVO:** compreender o sentido e o significado atribuído pelos profissionais de enfermagem ao cuidado paliativo oncológico hospitalar.

**MÉTODO:** pesquisa fenomenológica embasada nos pressupostos de Martin Heidegger, realizada com 21 profissionais de enfermagem atuantes no cuidado oncológico hospitalar, por meio de entrevistas semiestruturadas, que foram posteriormente analisadas, segundo os passos preconizados por Josgrilberg.

**RESULTADOS:** após compreensão da linguagem dos sujeitos, emergiram-se duas temáticas ontológicas: sentindo satisfação e amor no cuidado ofertado e sentindo revolta e impotência frente à terminalidade.

---

\* Extraído de parte da dissertação “A vivência existencial dos profissionais de enfermagem no cuidado paliativo hospitalar oncológico” UEM - Universidade Estadual de Maringá, 2011.

<sup>1</sup> Mestranda em Enfermagem, pela Universidade Estadual de Maringá – UEM - Maringá (PR), Brasil. Docente da Faculdade Integrado de Campo Mourão – Campo Mourão (PR), Brasil.

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem, pela Universidade de São Paulo –USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil. Docente adjunto da Universidade Estadual de Maringá – UEM - Maringá (PR), Brasil.

<sup>3</sup> Doutora em enfermagem, pela Escola de Enfermagem Anna Nery – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Docente adjunto da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM – Santa Maria (RS), Brasil.

<sup>4</sup> Doutora em Enfermagem, pela Universidade de São Paulo –USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil. Docente adjunto da Universidade Estadual de Maringá – UEM - Maringá (PR), Brasil

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** apesar das dificuldades cotidianas, a equipe de enfermagem assume não apenas o cuidado, mas manifesta em seu interior sentimentos de alegrias e tristezas no cuidado evidenciados respectivamente ao experienciar valorização e reconhecimento no executar do seu cuidado e ao vivenciar o contato inevitável e impotente frente o processo de morrer e a morte.

**Descritores:** Cuidados paliativos; Enfermagem; Enfermagem oncológica

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** Current research aims at understanding the meaning and significance attributed by nurses to palliative care in cancer hospitals.

**METHOD:** The phenomenological research was foregrounded on the presupposing of Martin Heidegger and carried out by means of half-structured interviews with 21 nurses working with care in a cancer hospital. Interviews were undertaken according to Josgrilberg.

**RESULTS:** after an analysis of the subjects' speech, two ontological themes emerged, or rather, Feeling satisfied and love in care and Feeling revolt and impotence within the context of terminality.

**FINAL CONSIDERATIONS:** in spite of daily difficulties, the nursing team is responsible not merely of care giving but manifests in its inner being the feelings of happiness and sadness in care experienced within the valorization and acknowledgement in care and in the unavoidable and impotent contact with the dying process and in death.

**Descriptors:** Palliative care; Nursing; Nursing of the person with cancer

## RESUMEN

**OBJETIVO:** comprender el sentido y el significado atribuido por los profesionales de enfermería al cuidado paliativo oncológico hospitalario.

**MÉTODO:** pesquisa fenomenológica embasada en los presupuestos de Martin Heidegger, realizada con 21 profesionales de enfermería actuantes en el cuidado oncológico hospitalario, por medio de entrevistas semi-estructuradas, que fueron posteriormente analizadas, según los pasos preconizados por Josgrilberg.

**RESULTADO:** tras comprensión del lenguaje de los sujetos, se emergieron dos temáticas ontológicas: sintiendo satisfacción y amor en el cuidado ofrecido y sintiendo rebelión e impotencia frente al término de la vida.

**CONSIDERACIONES FINALES:** pese a las dificultades cotidianas, el equipo de enfermería asume no solo el cuidado, sino que manifiesta en su interior sentimientos de alegrías y tristezas en el cuidado evidenciados respectivamente la experiencia de valorización y de reconocimiento al ejecutar de su cuidado y al presenciar el contacto inevitable e impotente frente al proceso de morir y la muerte.

**Descriptor:** Cuidados paliativos; Enfermería; Enfermería oncológica



## INTRODUÇÃO

A filosofia dos cuidados paliativos pode ser abarcada em diferentes contextos, como no domicílio da pessoa com doença crônico-degenerativa, nas instituições de saúde onde este esteja internado, em uma unidade específica dentro da instituição de saúde destinada exclusivamente a esta finalidade, e ainda em instituições sociais que acolhem doentes com câncer para realizar tratamento antineoplásico<sup>(1)</sup>. Esta filosofia visa promover qualidade aos dias de vida deste paciente crônico, sem possibilidades terapêuticas, por meio do alívio da dor e de seu sofrimento biológico, psicológico e espiritual<sup>(2)</sup>. Ao ser ofertada, necessita para sua eficácia da atuação de uma equipe interdisciplinar treinada que aplique seus preceitos no atendimento ao paciente crônico lembrando que ao abordar o paciente engloba também sua família, pois esta ao receber o diagnóstico da sua doença ou seu prognóstico sofre um impacto muito grande em sua vida, que repercute diretamente sobre seu existir-no-mundo, merecendo, assim, receberem o apoio da equipe<sup>(1,3)</sup>.

A enfermagem consegue assistir diretamente o paciente e seus familiares, pois participa diametralmente do seu processo de internação e compartilha a singularidade da terminalidade e processo de morte e morrer com o paciente. Para tal, necessita, no exercer do seu cuidado, saber atuar tanto com o paciente quanto com seus familiares para reconhecer suas singularidades e autonomia; saber escutar; agir; relacionar-se; comunicar-se; ter empatia; respeito; sensibilidade e autenticidade para conseguir trabalhar com a terminalidade; e promover o crescimento pessoal do doente, da família e de si mesma<sup>(3)</sup>. Assim, ao lidar com os pacientes e familiares sem prognósticos de cura, situações de terminalidade ou processo de morte e morrer, a enfermagem necessita de habilidades que vão além de conhecimentos teóricos adquiridos dentro da sala de aula, tornando-se necessário o envolvimento, o amor, o respeito e a empatia no cuidado ofertado, ou seja, ações humanitárias<sup>(1)</sup>.

Ao avaliar o cuidado paliativo oncológico, na prática destes profissionais da saúde, revelam dificuldades em sua implementação, ao paciente com câncer avançado hospitalizado, e a seus familiares, pois se sentem despreparados diante das exigências de adoção de pensamentos crítico na organização dos processos de cuidar, apresentam falta de conhecimento para subsidiar a fase de manejo e acompanhamento, bem como não sabem lidar cotidianamente com as fragilidades

humanas em relação à vida e à morte, o que gera sofrimentos e angústias no interior deste profissional do cuidado<sup>(1,4-5)</sup>.

A forma com que a palição é abordada e trabalhada na Ala Oncológica hospitalar, pelos profissionais de enfermagem, em algumas circunstâncias nos incomodava, pois sentíamos que faltava algo a ser acrescentado na prática dos cuidados paliativos. Entretanto, após conhecer a filosofia paliativista, nossas instigações aumentaram e o enfoque não era mais sobre a forma com que o mesmo era ofertado, mas sim para com os profissionais de enfermagem que ali no seu existir cuidando exerciam este cuidar.

Partindo dos pressupostos de que para cuidar é necessária a díade cuidador-paciente, que a ação de cuidar deve partir de quem cuida e que quem cuida também precisa ser cuidado, o linear da presente pesquisa conduziu-nos a buscar a compreensão do fenômeno; como esses profissionais se sentem ao realizar os cuidados paliativos no ambiente oncológico hospitalar? Como essa situação de terminalidade é vivenciada por eles? Dessa forma, a proposta deste estudo foi compreender o sentido e o significado atribuído pela equipe de enfermagem hospitalar oncológica à praticabilidade da palição.

## **METODOLOGIA**

Na busca pelas nossas inquietações, optamos pela pesquisa qualitativa e fenomenológica utilizando concepções da ontologia existencial de Martin Heidegger.

A fenomenologia heideggeriana mostra em um sentido ontológico a própria questão do Ser, pois a essência (*eidós*) do homem reside em sua existência, e somente pela existência do ente é possível se dirigir ao Ser com a finalidade de desvelar seus mistérios. Ela possibilita ao profissional da enfermagem dar sentido às suas vivências e atividades, tornando-se mais atento e reflexivo sobre a realidade e o modo de ser dos outros<sup>(6)</sup>.

Considerando tais aspectos, vislumbramos na abordagem fenomenológica a possibilidade de compreender a enfermagem no seu existir do cuidado paliativo ao doente com câncer, ou seja, por meio da sua existência abarcar as suas dimensões existenciais de ser humano que cuida. Assim, a região de inquérito ou região ontológica é a própria situação na qual o fenômeno que buscamos desvelar ocorre. A subjetividade latente nas vivências dos profissionais de saúde, enquanto seres do

cuidado, do setor oncológico de um hospital de médio porte, referência para 25 municípios e localizado na Região Centro-Oeste do Estado do Paraná. O cenário da etapa de campo possuía 25 leitos hospitalares adultos distribuídos em área cirúrgica e clínica, porém por problemas administrativos na gestão atual, no período da pesquisa, o mesmo estava com oito leitos inativados, o que totalizava apenas 17 leitos oncológicos para atendimento.

Foram sujeitos da pesquisa 22 profissionais de enfermagem membros atuantes da Ala Oncológica do hospital e pertencentes à categoria de auxiliar, técnico de enfermagem e/ou enfermeiro. Todos assinaram e receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como foram notificados sobre as finalidades da pesquisa, desvinculação entre a pesquisa e o atendimento prestado pelo serviço de saúde; o livre consentimento, a liberdade de desistir do estudo, sigilo quanto às informações prestadas e anonimato sempre que os resultados forem divulgados. A pesquisa seguiu todos os aspectos éticos da resolução 196/96 do CNS, a qual regulamenta normas e diretrizes de pesquisa com seres humanos, sendo aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá sob parecer número 709/2010.

Dos 22 profissionais, um sujeito recusou-se a participar do estudo, totalizando 21 depoentes. Seus inquéritos ocorreram entre os meses de março a maio de 2011 por meio de uma entrevista gravada com a pergunta norteadora: O que você sente ao realizar os cuidados paliativos ao doente oncológico? Os sujeitos receberam pseudônimos de estrelas presentes no céu, pelo fato de serem corpos celestes que servem de orientação para muitos navegadores, bem como apresentam um brilho próprio cintilante e irradiante, que proporcionam beleza ao céu, mesmo nas noites obscuras<sup>(7)</sup>. E da mesma forma, o brilho da enfermagem em seu existir cuidando serve de guia/amparo para muitos pacientes oncológicos e familiares durante sua estadia hospitalar e que mesmo nos momentos difíceis, como a morte, não deixa de iluminá-los.

Esclarecemos que em respeito ao número de páginas estabelecido, exibimos neste artigo a linguagem de 18 depoentes dos 21 entrevistados. A escolha das descrições foi realizada aleatoriamente, pois nossa finalidade não foi desvelar apenas definições, mas a significação de uma essência existencial da vivência de cada profissional.

Na análise individual de cada discurso, para captar a plenitude expressa pelos depoentes<sup>(8)</sup> *a priori*, após transcrição na íntegra de cada entrevista, realizamos leituras atentas de cada depoimento, separando os trechos ou unidade de sentidos (us) que para nós se mostraram como estruturas fundamentais da existência. *A posteriori*, analisamos as unidades de sentidos de cada depoimento, realizando seleção fenomenológica da linguagem de cada sujeito, pois uma unidade de sentido é, em geral, constituída de sentimentos revelados pelos depoentes que contemplam a interrogação ontológica. Finalmente, destacamos os sentidos que mais se desvelaram em cada discurso, dos quais emergiram as temáticas ontológicas: Sentindo satisfação e amor no cuidado ofertado e sentindo revolta e impotência frente à terminalidade, que foram interpretadas à luz de algumas ideias heideggeriana e autores que pesquisam sobre a palição.

## RESULTADOS

### Sentindo satisfação e amor no cuidado ofertado

Os profissionais de enfermagem ao desenvolverem suas ações de cuidado cotidianamente, sentem satisfação em trabalhar na unidade oncológica hospitalar, desfrutando da sensação de realização profissional no cuidado ofertado, demonstrando compaixão ao doente em seu sendo morrendo.

*Eu me sinto bem, porque eu acho que estou ajudando o próximo. Eu me sinto bem, eu gosto de ajudar o próximo e saber que a pessoa não está sofrendo. Eu gosto (Canopus).*

*Dá uma satisfação para a gente ver que o paciente não está sofrendo, proporcionar o mínimo que ele possa sofrer quando agente não pode interferir, ou estar ajudando ele de alguma forma nos seus últimos dias de vida (Procyon).*

*[...] quando eu consigo aplicar algum tipo de cuidado para o paciente paliativo e eu percebo que isso foi importante, contribuiu para que ele ficasse mais confortado, mais tranquilo, eu me sinto não é gratificado é satisfeito com o trabalho realizado (Vega).*

*Eu fico super feliz e fico triste por saber que a família está passando por aquilo, mas me sinto feliz. Eu acredito que de mim eu não deixo de fazer nada para*

*amenizar a dor desse paciente em caso terminal e em estado paliativo. Eu dou tudo de mim e é bem confortável (Hadar).*

No constructo do cuidado na hospitalização paliativa ao doente, sem possibilidade de cura, os profissionais experienciam sentimentos de realização, de dever cumprido, de satisfação, por visualizarem os resultados do seu trabalho pelo reconhecimento manifestado pelo doente com câncer e seus familiares. Tais sentimentos motivam a equipe de enfermagem a prosseguir exercendo a arte de cuidar.

*Eu sinto prazer em poder ajudar as pessoas. Muitas vezes eles até dizem “como é bom ter alguém para me escutar, ouvir meu problema e que me entenda realmente” (Capella).*

*É tão gratificante a gente terminar e a pessoa te olhar e te agradecer (Luyten).*

*Eu sinto uma sensação muito gratificante, ainda mais aqui que eles te agradecem e você tem um contato grande com o paciente, pois qualquer ato que você faça eles te agradecem. Vendo a situação do paciente a qual ele está, eu me sinto realizada como profissional de poder estar podendo ajudar (Aldebaran).*

O liame do cuidado na enfermagem se dá pelo amor que este ser sente pela sua profissão e no seu atuar profissional nos cuidados paliativos ao ser doente com câncer, demonstrando que sem este componente é difícil a implementação de um cuidar humanizado.

*[...] eu cuido por amor mesmo, não por dinheiro né. Eu acho que estou no caminho certo, no lugar certo. Até eu quero me aprofundar mais, fazer um curso uma palestra sobre isso (Barnard).*

*As vezes a enfermeira chega e fala que vai me transferir para UTI e eu falo para ela “por favor não faz isso comigo, não faz isso comigo!”... Se não eu vou, mas vou chorando (Antares).*

*Eu amo o que eu faço, eu sou mais feliz aqui do que em casa. Em casa o que eu vou fazer? Vou dormir e comer, claro que eu sou casada há 28 anos, tenho um netinho maravilhoso, mas eu amo é ficar aqui dentro (Sírius).*

*[...] eu amo essa profissão. Aqui você vê muito sofrimento, é um teste, acho que todo mundo que fizesse enfermagem tinha que passar pela oncologia para ver se realmente vai amar essa profissão (Régulus).*

Os profissionais de enfermagem sentem gratificação, alegria e satisfação ao desenvolverem os cuidados paliativos ao doente e temperam o seu dia a dia profissional com amor e paixão, ultrapassando a barreira paciente X enfermeiro e perpetuando o contato ser humano X ser humano.

*Na hora que estou com o paciente tem que ser forte né, mais depois... (choro intenso) (Achernar).*

*[...] você vai embora pra casa e depois fica pensando. Não tem como você sair, ir embora para casa e esquecer tudo. Não têm como, você acaba se envolvendo, agente tenta evitar esse envolvimento mais acaba se envolvendo (Riguel kentourus).*

*Há eu chego na minha casa e rezo muito, sabe a gente entrega o plantão e a gente sabe que deixa o paciente em uma situação e quando volta ele pode não se encontrar mais NE [...] (Luyten).*

*[...] você tem um apego maior com os pacientes daqui né, eles te conhecem, te chamam pelo nome, sabem até o dia que você folga (Lalande).*

*Você acaba criando um vínculo e isso acaba tornando a coisa ainda mais difícil para gente, tem paciente aqui que me marcou tanto que eu não esqueço até hoje [...] (Hadar).*

### **Sentindo revolta e impotência frente à terminalidade**

Os profissionais de enfermagem ao encararem a situação de morte vivenciada pelos doentes oncológicos, sem prognósticos de cura, desvelam sentimentos de angústia, frustração e sofrimento, os quais são expressos como consequências das suas escolhas, pelo fato de sentirem-se impotentes e despreparados para o cuidado na terminalidade.

*Você ver uma pessoa morrendo e não poder fazer nada, para mim é um choque, mais eu penso... eu quis esta área, então eu tenho que aguentar. Eu sei*

*que isso acontece, e acontece aqui todo dia, mais é fora da realidade do que a gente aprende e vê na sala de aula (Antares).*

*Eu praticamente fico sem saber o que fazer, tem horas que eu penso que escolhi errado essa profissão, que não era para ser essa, porque muitas vezes assim eu sinceramente não sei o que fazer [...] Uma hora você acha que está fazendo tudo errado, outra hora tu acha que é o certo. Isso acaba dando uma confusão na minha cabeça (Betelgeuse).*

O despreparo frente à terminalidade, evidenciado nos depoentes, faz com que a morte no cotidiano destes profissionais se torne uma questão assustadora, temida e incômoda, provocando em seu âmago sentimentos acirrados de negação, revolta, tristeza e angústia.

*[...] as vezes agente tem que ignorar, mais não ignorar no sentido de não cuidar sabe, ignorar que ele é um paciente terminal eu digo, que eu cuido dele com intenção que ele vai sobreviver e que vai ficar bem entendeu? [...] Eu ignoro que ele vai morrer porque eu quero que ele fique bem, que eu quero que ele saia (momento de emoção) (Centauri).*

*[...] quando chega essa hora e você não pode reanimar, pois pacientes com Cuidados Paliativos no prontuário nós não reanimamos, eu fico sem saber o que fazer e mesmo querendo eu não posso passar por cima dessas regras [...] eu não estudei pra vê ninguém morrendo entendeu, você vem pra salvar vidas, pra ajudar, e não pra chegar na hora e olha para o amigo do lado e falar perdemos[...] quando acontece isso eu vou embora arrasada, vou embora como se tivesse o dia perdido àquela hora ali, [...] (Tau ceti).*

*Eu penso: “Porque que o ser humano tem que passar por isso”? Eu me sinto tão inútil e penso: “O que eu estou fazendo aqui”? (Betelgeuse).*

Além do estresse e o sofrimento que a terminalidade manifesta no interior do profissional de enfermagem, ela também gera a indiferença do profissional no cuidado, com o doente em seu sendo para a morte, como um mecanismo de defesa a fim de se manterem mentalmente hígidos.

*Eu não me sinto bem [...] Não é uma coisa fácil de estar fazendo, estar vendo a pessoa ali no leito, sabendo que pode morrer a qualquer momento, e que não tem outra coisa a fazer, então eu procuro até não ter muito contato né, não se apegar muito ao paciente, porque depois quem acaba sofrendo é a gente né (Wolf).*

## **DISCUSSÃO**

O Ser-aí em seu sendo-no-mundo vive em constante relação com os outros entes pertencentes ao mundo. Dessa relação surge o cuidado, pois o Ser-no-mundo é essencialmente zelar, cuidar, ter interesse e existir ao lado das coisas e dos outros seres, Ser-com-os-outros que encontramos no mundo. Na analítica heideggeriana, esse relacionamento é denominado como solicitude sendo o relacionar-se com o outro a estrutura fundamental do Ser-aí<sup>(9)</sup>.

O homem como Ser-no-mundo, além de relacionar-se com os outros, também existe em uma situação de ambigüidade, Isto é, ele é livre para realizar suas escolhas, mas é também circunstancial. É somente no âmbito desta circunstancialidade que surge sua condição de escolha<sup>(10)</sup>, ou seja, o Ser não escolhe a família que o concebe, sua cultura e outras várias situações ao qual foi posto ou lançado no mundo. Porém, nestes limites circunstanciais, ele tem a possibilidade de realizar escolhas, por exemplo, a profissão a qual quer seguir, e entre todas, a de ser um Ser para o cuidado na enfermagem em cuidados paliativos, pois “a enfermagem está fundamentada pelo cuidar, essência da profissão, com influência na vida das pessoas” representando “o meio de expressão e valorização do ser humano”<sup>(11:646)</sup>.

Ao optarem por exercer o cuidado paliativo no ambiente hospitalar, os depoentes manifestaram alegria, satisfação, empatia e amor. Sentimentos estes que são ingredientes fundamentais à praticabilidade da filosofia dos cuidados paliativos, pois na palição oncológica a enfermagem deve, além de saber reconhecer as necessidades biopsicossociais e espirituais do doente e sua família ter respeito, amor, empatia, saber lidar com as questões da finitude e colaborar na transcendência do doente, família e de si próprio<sup>(12)</sup>.

O Ser que cuida precisa ter empatia para com o Ser que está sendo cuidado, ou seja, se projetar para a situação existencial dele no instante vivido, assim o cuidado só ocorre quando há manifestações de solicitude<sup>(9)</sup>, desse modo, nas ações



de enfermagem, existe, de um lado, a pessoa que se encontra doente e, de outro, o profissional para o cuidado, ambos trazendo em sua essência o cuidar. E é esta díade que permite uma comunicação, enfermeiro-paciente, em que cada um, encontra-se em possibilidade de cuidado consigo mesmo e de solicitude-para-com-o-outro.

O ambiente hospitalar nos cuidados paliativos é utilizado com uma modalidade coadjuvante de atendimento, visto ser a assistência domiciliar a essência basilar de este cuidar. Porém, diante da exacerbação de sintomas que não podem ser controlados em domicílio, por diversas vezes torna-se necessária a hospitalização do paciente<sup>(5)</sup>. Sua permanência prolongada na ala oncológica e suas recidivas de internações manifestam na enfermagem uma aproximação e interatividade com a vivência na qual o paciente está inserido, viabilizando solitudes de cuidados que vão além do contato profissional da equipe de enfermagem com o doente, transcende-se para o pessoal deste Ser cuidador, onde mesmo fora do ambiente de trabalho ele manifesta solicitude com o seu foco de cuidado, o doente com câncer sem possibilidades terapêuticas.

Nesse contexto, a enfermagem enquanto Ser-no-mundo ao exercer o cuidado no ambiente oncológico hospitalar torna-se Ser-com-os-outros, ou seja, está em constante ligação com o doente e sua família no cuidado e, é desta transação que surge a solicitude no cuidar. Assim, ao compreender o mundo o Ser-aí descobre o quanto está consigo mesmo e, este compreender possui a estrutura essencial do projeto, isto é, compreendendo, o Ser-aí projeta não somente o mundo como um horizonte das preocupações cotidianas, mas também o seu poder-ser autêntico<sup>(13)</sup>.

A enfermagem como Ser para o cuidado é lançada em uma situação de existir para o cuidado e ao executá-lo na área oncológica assume não apenas sentimentos de satisfação, bem-estar e amor, mas também experienciam as tristezas do cuidar, evidenciadas, por estes profissionais, ao lidarem com a terminalidade e morte. A morte é uma realidade no dia a dia destes profissionais de enfermagem, porém notamos que a mesma é algo difícil de ser abarcada em seu cotidiano. Para tal, a morte é vislumbrada como uma impossibilidade profissional, pois sua meta de cuidar propende à melhora ou cura do paciente, mas ocorrendo o percurso contrário, independente do prognóstico estabelecido, a morte do cliente é interpretada como sendo uma falha ou um fracasso pelo profissional<sup>(14)</sup>.

A literatura ratifica que esse sentimento de ineficácia surge no interior do profissional de enfermagem, como consequência da vivência com a medicina moderna biotecnologista que, cada vez mais busca, por meio de tecnologias de última geração, a inserção de técnicas e pesquisas visando o almejo da cura e vida de seus pacientes e negligencia seu processo de terminalidade e morte ao albergar no bojo de seu Ser a ilusão da vitória sobre a morte<sup>(1,15-16)</sup>.

A morte é vista e vivenciada pela equipe de enfermagem como uma intrusa na existência do doente e também como uma ameaça à onipotência do seu próprio Ser, que é quem, supostamente, deveria impedir este processo, apresentando a cura para o sofrimento do enfermo<sup>(17)</sup>. Para estes cuidadores, a impossibilidade do uso de medidas que prolonguem a vida dos seus pacientes na terminalidade (distanásia) é uma fonte de estresse e sofrimento. A falta de preparo e conhecimento sobre a morte como um fator desencadeante de estresse nos profissionais<sup>(18)</sup>.

Na ontologia heideggeriana, a existência humana pode tornar-se objeto de questionamentos, principalmente quando o homem vivencia alguma facticidade em seu cotidiano que não consegue abarcar de imediato. Nesse momento, o ser humano fecha-se em si mesmo e não consegue entender sua própria condição existencial, negando a si mesmo a verdade que se descortina ao seu redor<sup>(19)</sup>. Onticidade esta que demonstramos nas preleções dos sujeitos desta pesquisa, que por muitas vezes, ao se sentirem despreparados e amargurados com a condição de morte no cuidado, questionam o seu próprio ser sobre sua condição existencial e negam a morte como uma etapa inevitável da vida que necessita também de cuidados.

A enfermagem, ao estar com o outro em sua terminalidade de vida, deve cuidar do ser humano em sua totalidade e prestar serviço humanizado ao paciente e família em seu existir com a doença. Assim, independentemente do espaço em que esteja inserido, com seus conhecimentos e suas habilidades, deve oportunizar qualidade ao tempo que lhe resta, oportunizar uma comunicação eficaz e permitir que o doente enfrente com dignidade e conforto sua finitude<sup>(20)</sup>.

O doente sem possibilidades terapêuticas e a equipe de enfermagem têm as suas possibilidades de escolhas, e ao se tornar um Ser-para-a-morte, seu Dasein é impulsionado a decidir-se perante as demais possibilidades que se apresentam a

ele, ou seja, de escolher qual a sua maneira de existir, pois ao estar consciente de sua finitude, assume seu destino e suas responsabilidades existentes<sup>(21)</sup>.

Reconhecemos a necessidade do profissional de enfermagem estar preparado para lidar com a terminalidade e morte e não negá-la no cuidado, pois esse profissional, enquanto Ser para o cuidado, pode ajudar a pessoa em seu morrer ao ter como fio condutor do cuidado a preservação da dignidade desse indivíduo e assim auxiliá-lo no enfrentamento e reconhecimento da sua morte, bem como o fazer encontrar o sentido do seu próprio ser, ou seja, o Ser-aí será autêntico no cuidado da terminalidade, quando reconhecer que a morte é um processo finito e que desde o princípio o Dasein está predeterminado para seu fim.

O Ser autêntico é um Ser-para-a-morte, *um Sein-zum-Tote*. Na inautenticidade do cuidado, perante a terminalidade, as manifestações deficientes de cuidado são desveladas por meio de um sentimento de indiferença pelos outros, revelando uma tentação constante de fugir à responsabilidade de estar-com-o-outro de uma forma autêntica<sup>(9)</sup>.

A morte não é aceita pelos profissionais de enfermagem como um processo normal da vida e que frente a ela, nos cuidados paliativos, esses cuidadores possuem em seu âmago a vontade de lutar contra a mesma ou de simplesmente a ignorarem. Sendo esses sujeitos “incapazes de ver, ouvir ou falar sobre o assunto como mais uma, apesar de muitas vezes dolorosa, das etapas da trajetória de qualquer ser vivo, inclusive do ser humano”<sup>(18:275)</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Foi possível compreendemos, neste estudo, por meio da fenomenologia existencial heideggeriana, o profissional de enfermagem enquanto Ser para o cuidado paliativo na Ala Oncológica hospitalar. O mesmo, como Ser-no-mundo em seu existir cuidando possui a possibilidade de exercer o contato no desenvolver de sua profissão, se tornando um Ser-com-os-outros nas vivências com seu semelhante, o doente com câncer.

Nessa díade enfermagem-paciente, apesar das dificuldades cotidianas, a enfermagem assume não apenas o cuidado, mas também as alegrias e tristezas de cuidar. Os sentimentos de alegria, prazer, bem-estar e satisfação são manifestados quando a equipe de enfermagem experiencia valorização e reconhecimento no

executar de seu cuidar a quem está sofrendo, contextualizando a solicitude que este ente tem para com o doente oncológico na suas estadias no ambiente hospitalar. Porém, manifestações de angústia, tristeza, sofrimento e dor surgem quando ele traz ao profissional o inevitável contato com o sentimento de impotência frente à morte, gerando como defesa do próprio profissional a apatia, indiferença e distanciamento no cuidado, características estas de um cuidado inautêntico.

Evidenciamos que a enfermagem tanto quanto o doente com câncer necessitam de suporte e apoio, pois o câncer quando presente no contexto do paciente apresenta em si o estigma da morte e gera tristeza, amargura e revolta para quem o vivencia, não abarcando somente o doente e sua família, mas também o profissional de enfermagem, pois no seu existir cuidando manifesta empatia e solicitude no cuidado. Assim, torna-se necessário que estes Seres provedores de cuidado também sejam assistidos de forma holística e reconhecidos como um ser humano biopsicossocial e espiritual e não meramente como uma “máquina” sempre pronta e apta a gerar cuidado. Lembrando que até as máquinas, se desgastam e carecem de manutenção.

Nesse cenário, o desenvolvimento de pesquisas voltadas ao profissional de enfermagem é de extrema importância, pois este profissional possui em seu âmago um Ser que merece ser assistido em sua totalidade, ou seja, no âmbito biológico, psicológico, espiritual e social para que assim assuma a autenticidade no cuidado.

O enfermeiro é quem geralmente está próximo nos momentos difíceis, é quem o paciente e a família buscam quando necessitam de esclarecimentos, ou de cuidados imediatos. Assim, este profissional tem que lidar com o sofrimento, com a angústia e com os temores que podem surgir em diversas situações que envolvem esse cuidar, tornando-se necessário conhecimento em tanatologia em sua formação, para que consiga desenvolver o crescimento do doente, família e de si própria na finitude.

Esperamos que este estudo contribua e incentive outras pesquisas na busca de compreender a enfermagem como um Ser de cuidado e não meramente como um Ser para o cuidado, pois o cuidado autêntico só irá surgir dentro do ambiente hospitalar paliativo, quando quem executa o ato de cuidar for reconhecido também como um Ser de cuidado.

## REFERÊNCIAS

1. Sales CA. Cuidado paliativo e o profissional enfermeiro. *Cienc. Cuid. Saude*. 2010; 9(3):417-421.
2. Organização Mundial de Saúde (OMS). *World cancer report, 2008*. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2009.
3. Pimenta CAM. Cuidados paliativos: uma nova especialidade do trabalho da enfermagem? *Acta Paul. Enferm.* 2010; 23(3):7-8.
4. Silva MM; Moreira MC. Desafios à sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos: uma perspectiva da complexidade. *Rev. Eletr. Enf.* 2010;12(3):483-90.
5. Silva MM; Moreira MC. Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros. *Acta Paul. Enferm.* 2011; 24(2):172-178.
6. Duarte MR; Rocha SS. As contribuições da filosofia heideggeriana nas pesquisas sobre o cuidado em enfermagem. *Cogitare Enferm.* 2011;16(2):361-364.
7. Oliveira MHC. Estrelas refletidas nas noites globais: estudo de representações de idosos nas telenovelas da rede globo de televisão [Tese]. Porto Alegre: Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Departamento de Comunicação Social; 2008.
8. Josgrilberg RS. O método fenomenológico e as ciências humanas. In: Castro DSP et al. (Org.). *Fenomenologia e análise do existir*. São Paulo: Sobraphe; 2000. p.75-93.
9. Heidegger M. *Ser e tempo*. 16ª ed. Rio de Janeiro: Universitária São Francisco; 2006.
10. Martins J. A ontologia de Heidegger. In: Martins J, Bicudo MAV. *Estudo sobre existencialismo, fenomenologia e educação*. 2ª ed. São Paulo: Centauro; 2006. p. 43-56.
11. Persegona KR, Rocha DLB, Lenardt MH, Zagone IPS. O conhecimento político na atuação do enfermeiro. *Esc. Anna Nery*. 2009;13(3):645-50.
12. Sales CA, Silva VA. A atuação do enfermeiro na humanização do cuidado no contexto hospital. *Cienc. Cuid. Saude*. 2011;10(1):66-73.
13. Sales CA, Schuhli PAP, Santos EM, Waidman MAP, Marcon SS. Vivências dos familiares ao cuidar de um ente esquizofrênico: um enfoque fenomenológico. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet] 2010 [citado 2011 ago. 24];12(3):456-63. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a06.htm>
14. Sousa DM, Soares EO, Costa KMS, Pacífico ALC, Parente ACM. A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. *Texto & Contexto Enferm.* [Internet] 2009 [citado 2012 jan. 02]; 18(1):41-47. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072009000100005&script=sciarttext>
15. Silva KS, Kruse MHL. As sementes dos cuidados paliativos: ordem do discurso de enfermeiras. *Rev. Gauch. Enferm.* 2009; 30(2):183-189.
16. Marques IR, Souza ARS. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. *Rev. Bras. Enferm.* 2010; 63(1):141-144.
17. Macedo ES, Marques IM, Pinheiro MM, Góes FGB. A percepção do enfermeiro frente à morte do paciente de UTI adulto. *R. Pesq.: Cuid. Fundam. Online* 2010; 2(1):690-703.

18. Santos JL, Bueno SMV. Educação para a morte a docentes e discentes de enfermagem: revisão documental da literatura científica. Rev. Esc. Enferm. USP [Internet] 2011 [citado em 2011 set. 25];45(1):272-276. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/38.pdf>
19. Sales CA, Violin MR, Waidman MAP, Marcon SS, Silva MAP. Sentimentos de pessoas ostomizadas: compreensão existencial. Rev. Esc. Enferm. USP [Internet] 2010 [citado em 2011 Set. 23]; 44(1):221-227. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000100031](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100031)
20. Maciel MGS. Definições e princípios. In: Oliveira RA, coordenador. Cuidado paliativo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2008. p. 15-32.
21. Duarte R, Naves G. O Ser-para-a-morte em Heidegger. Revista da Católica, 2010; 2(4):64-82.



**SEÇÃO 7**

**CONSIDERAÇÕES ACERCA DO  
ESTUDO**

Este estudo, norteado pela fenomenologia existencial de Martin Heidegger, possibilitou redescobrir a temporalidade do cuidar da enfermagem no cuidado paliativo hospitalar e com isso compreender a vivências destes profissionais no exercer de sua profissão na Ala Oncológica.

O existir solícito é uma característica existencial do ser humano em seu sendo-no-mundo. Assim, escutar e olhar atentamente torna-se um instrumento imprescindível para que é possível compreender os profissionais de enfermagem em sua totalidade e em suas singularidades. Para tanto, é fundamental entrar no mundo do outro, ver as coisas pelos seus olhos e escutar com envolvimento suas experiências e, principalmente, suas angústias em relação à situação vivida.

Pelas minhas instigações, pude contemplar este Ser de cuidado que enquanto um Ser-no-mundo, também necessita do cuidado. E ao adentrar-me na sua mundaneidade de mundo foi possível, por meio da fenomenologia, transpor-me ao espaço que os mesmos vivenciavam suas satisfações, facticidades e limitações. Foi possível compreender que em seu cotidiano os profissionais de enfermagem assumem não apenas o cuidado, mas também as alegrias e tristezas de cuidar, perpetuado por maneiras inautênticas e autênticas de cuidado.





A enfermagem em seu existir cuidando, traz em si a essência do cuidado arraigada em sua profissão e ao desenvolver os cuidados paliativos na Ala Oncológica hospitalar manifesta empatia e respeito ao aplicar seus atos para com o doente com câncer e seus familiares. A falta de conhecimento, treinamentos e formação profissional em cuidados paliativos, constatada nos participantes desta pesquisa, não alterou o constructo do cuidado humanitário destes profissionais na Ala Oncológica hospitalar, porém, a formação teórica também se faz necessária por aprimorar a formação humanística do profissional da saúde; o preparar para oferecer uma assistência digna que atenda às necessidades do doente e sua família, de maneira a lhes proporcionar uma sobrevida com qualidade; transforma positivamente a relação entre o profissional de saúde e o paciente; e o prepara psicologicamente para lidar com os desafios da profissão e a singularidade da finitude de forma não-traumática.

Para a enfermagem, o cuidado vai além do exercer de procedimentos, contemplando não somente a esfera biológica, por meio de curativos, medicações, banhos etc mas busca na empatia, respeito, amor, preocupação, escuta e no estar ao lado abarcar as dimensões psicológicas, sociais e espirituais do paciente e também de seus familiares. Pois o câncer ao ser diagnosticado ou prognosticado gera um impacto muito grande na vida do familiar que repercute diretamente sobre seu existir-no-mundo, exigindo também o apoio desta equipe para com ele.

No executar autêntico do cuidar destes seres, o amor foi demonstrado como um dos itens principais no exercer de sua profissão que ao estarem-com-o-outro no cuidado o executam norteado por satisfação, interesse, prazer e bem-estar. Ao sentirem-se perfilhados na profissão, por meio da minimização dos sofrimentos e pelo reconhecimento do doente e sua família pelo cuidado recebido, sentem-se impulsionados a continuarem na profissão e enfrentarem as suas limitações.

Limitações estas manifestadas, principalmente ao atuarem no processo de morte e morrer, em que demonstram a não-aceitação desta etapa inevitável da vida para com os seus pacientes e avivam dentro do seu âmago a vontade de prolongamento da vida, mesmo reconhecendo o mal prognóstico de seus pacientes.

Esse sentimento de derrota, incapacidade e frustração faz do profissional de enfermagem um Ser inautêntico no cuidado, que ao invés de ajudar e confortar o paciente e seus familiares nesta etapa inevitável da vida o faz agir com indiferença, apatia e descaso.

O estudo demonstrou que a enfermagem sente-se reconhecida e satisfeita no exercer de sua profissão, demonstrando autenticidade, cumplicidade e empatia no cuidado, porém se torna inautêntica ao calar-se e ignorar a terminalidade como um processo normal e inevitável

da vida, tornando-se imprescindível o despertar dos profissionais de saúde para a natureza reflexiva de seu existir-no-mundo, pois é refletindo consigo mesmo que a consciência de si mesmo surge. Essa transcendência capacita o ser humano a projetar-se em direção ao seu poder Ser autêntico, libertando-se do vazio existencial, no qual está enredado, e assim desvelar-se a si e desvendar o mundo ao seu redor.

Este estudo não é conclusivo, é um ponto de partida para outros, mas demonstra a necessidade de focar olhares sobre os profissionais da enfermagem, que como Seres-no-mundo também estão a mercê de cuidado e também necessitam serem reconhecidos como seres biopsicossociais e espirituais e não meramente como objetos ou instrumentos de cuidado.

Torna-se necessário o envolvimento de órgãos, conselhos, instituições de ensino e das próprias instituições de saúde para implementarem medidas de humanização para com este profissional e também que o reconheçam por trás de seus jalecos como seres humano que necessita de ser assistidos, assim como os pacientes hospitalizados no setor oncológico. A qualificação deste profissional, por meio de reuniões periódicas com a equipe, palestras, grupos de apoio, educações permanentes, o ajudará a enfrentar as suas limitações e frustrações, bem como o preparará teoricamente para aplicar os preceitos da palição em seu cotidiano e ajudar o seu cliente e família a enfrentar a doença.



## **REFERÊNCIAS**

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

ARAUJO, C. O. Brasil celebra o Dia Mundial de Cuidados Paliativos e Hospede e é um dos países mais atuantes nas comemorações. **Prática Hospitalar**, São Paulo, ano 7, n. 42, nov./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2042/pgs/materia%2010-42.html>>. Acesso em: 25 set. 2010.

ARAUJO, D. F. et al. Cuidados paliativos: percepção dos enfermeiros do Hospital das clínicas de Uberaba-MG. **Ciência, Cuidado & Saúde**, Maringá, v. 9, n. 4, p. 690-696, out./dez. 2010.

ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 668-674, 2007.

BEDIN, E.; RIBEIRO, L. B. M.; BARRETO, R. A. P. S. S. Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 7, n. 1, p. 118-127, 2005.

BOEMER, M. R. Sobre cuidados paliativos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, set. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S00802342009000300001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00802342009000300001&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 15 mar. 2011.

BOFF, L. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. **Inclusão Social**, Brasília, DF, v. 1, n. 1, p. 28-35, out./mar. 2005. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/fibra/bib/Cuidado%20Essencial%20BOFF.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2011.

BRANDÃO, C. Cuidados paliativos: celebração mundial pela vida. **Prática Hospitalar**, São Paulo, ano 7, n. 41, set./out. 2005. Disponível em: <<http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2041/pgs/materia%2021-41.html>>. Acesso em: 10 out.2009.

BRASIL. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **O que são cuidados paliativos**. 2009a. Disponível em: <<http://www.paliativo.org.br/ancp.php?p=oqueecuidados>>. Acesso em: 3 jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2010**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2009b. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/estimativa20091201.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2009.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1931/2009. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 set. 2009c. Seção 1, p. 90.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196**, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

CAVALCANTI, M. A. Q. **Humanização e cuidado paliativo**: os cuidados paliativos no Brasil. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2004.

CORGOZINHO, M. M. et al. Respeito à dignidade humana no contexto hospitalar: estudo com pacientes oncológicos em quimioterapia paliativa. **Brasília Médica**, Brasília, DF, v. 47, n. 2, p. 148-156, 2010.

CORRÊA A. K. **Do treinamento do enfermeiro à possibilidade da educação em terapia intensiva: em busca do sentido da existência humana**. 2000. 212 f. Tese (Doutorado)- Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2000.

COSTA FILHO, R. C. et al. Como implementar cuidados paliativos de qualidade na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 88-92, jan./mar. 2008.

COSTA, R. et al. O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 4, p. 661-669, 2009.

DUARTE; M. R; ROCHA, S. S. As contribuições da filosofia heideggeriana nas pesquisas sobre o cuidado em enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 16, n. 2, p. 361-364, 2011.

DUARTE, R.; NAVES, G. O Ser-para-a-morte em Heidegger. **Revista da Católica**, Uberlândia, v. 2, n. 4, p. 64-82, 2010.

FARIA, P. R. (Org.). **Fundamentos de astronomia**. 9. ed. Campinas: Papirus, 2007.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n. 2, p. 2123-2132, 2008.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2072-2080, 2007.

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

GRAÇAS, E. M.; SANTOS, G. F. Metodologia do cuidar em enfermagem na abordagem fenomenológica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 200-207, mar. 2009. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000100026](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100026)>.

Acesso em: 26 jul. 2011.

HEIDEGGER, M. **Os pensadores**. São Paulo: Nova Cultura, 1996.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. 16. ed. Rio de Janeiro: Universitária São Francisco, 2006.

HORTA, W. A. Processo de enfermagem: fundamentação e aplicação. **Enfermagem em Novas Dimensões**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 10-16, 1975.

JOSGRILBERG, R. S. A fenomenologia como novo paradigma de uma ciência do existir. In: PORLADEK, D. D. **A fenomenologia do cuidar**: prática dos horizontes vividos nas áreas da saúde, educacional e organizacional. São Paulo: Vetor, 2004. p. 31-52.

JOSGRILBERG, R. S. O método fenomenológico e as ciências humanas. In: CASTRO, D. S. P. et al. (Org.). **Fenomenologia e análise do existir**. São Paulo: Sobraphe, 2000. p. 75-93.

KAHLMAYER-MERTENS, R. S. **Heidegger & a educação**. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

MACEDO, E. S. et al. A percepção do enfermeiro frente à morte do paciente de UTI adulto. **Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 690-703, 2010.

MACIEL, M. G. S. Definições e princípios. In: OLIVEIRA, R. A. de (Coord.). **Cuidado paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 15-32.

MACIEL, M. G. S. et al. **Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006. Documento elaborado pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos

MARQUES, I. R.; SOUZA, A. R. S. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 63, n. 1, p. 141-144, jan./fev. 2010.

MARTINS FILHO, J. R. F. Heidegger e a concepção de “outro” em ser e tempo. **Revista Aproximação**, Rio de Janeiro, n. 3, p. 56-76, jan./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.ifcs.ufrj.br/~aproximacao/201001/heidegger.pdf>>. Acesso em: 2 ago. 2011.

MARTINS, J. A ontologia de Heidegger. In: MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **Estudo sobre existencialismo, fenomenologia e educação**. 2. ed. São Paulo: Centauro, 2006. p. 43-56.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **Estudo sobre existencialismo, fenomenologia e educação**. 2. ed. São Paulo: Centauro, 2006.

MATSUMOTO, D. Y.; MANNA, M. C. B. Modelo de assistência em cuidados paliativos: hospedaria. In: OLIVEIRA, R. A. de (Coord.). **Cuidado paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 102-107.

MELO, A. G. C.; CAPONEMO, R. Cuidados paliativos-abordagem contínua e integral. In: SANTOS, S. S. **Cuidados paliativos discutindo a vida, a morte e o morrer**. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 257-267 .

MONTEIRO, D. R. **Escala de Edmonton e cuidados paliativos**: revisão integrativa. 2009. 41 f. Trabalho (Conclusão de curso)-Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Porto Alegre, 2009.

MONTEIRO, F. S. et al. Fenomenologia Heideggeriana e sua possibilidade na construção de estudos de enfermagem. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 297-300, ago. 2006.

NUNES, B. **Heidegger e ser e tempo**: filosofia passo a passo. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2010a.

NUNES, M. G. S. **Assistência paliativa em oncologia na perspectiva do familiar**: contribuições da enfermagem. 2010. 83 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Departamento de Enfermagem, Rio de Janeiro, 2010b.

OLIVEIRA, M. H. C. **Estrelas refletidas nas noites globais**: estudo de representações de idosos nas telenovelas da rede globo de televisão. 2008. 325 f. Tese (Doutorado)-Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Departamento de Comunicação Social, Porto Alegre, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **World cancer report, 2008**. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2009.

PANZERA, A. C. **Planetas e estrelas**: um guia prático carta celeste. 2. ed. Belo Horizonte: UFMG, 2008.

PERSEGONA, K. R. et al. O conhecimento político na atuação do enfermeiro. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 645-650, 2009.

PESSINI, L. Cuidados paliativos: alguns aspectos conceituais, biográficos e éticos. **Prática Hospitalar**, São Paulo, ano 7, n. 41, set./out. 2005. Disponível em: <<http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2041/pgs/materia%2021-41.html>>. Acesso em: 10 out. 2010.

PIMENTA, C. A. M. Cuidados paliativos: uma nova especialidade do trabalho da enfermagem? **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 3. p. 7-8, 2010. Editorial.

PIMENTA, C. A. M.; MOTA, D. D. C. F.; CRUZ, D. A. L. M. **Dor e cuidados paliativos**: enfermagem, medicina e psicologia. Barueri: Manole; 2006.

PRESOTO, L. H. **Promoção da saúde e qualidade de vida do trabalhador em hospitais estaduais da cidade de São Paulo**. 2008. 226f. Tese (Doutorado)-Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

QUINTANA, A. M. et al. Sentimentos e percepções da equipe de saúde frente ao paciente terminal. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 35, p. 415-425, 2006.

RODITI, I. **Dicionário Houaiss de física**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2005.

RODRIGUES, I. G. **Os significados do trabalho em equipe de cuidados paliativos oncológicos domiciliar**: um estudo etnográfico. 2009. 203f. Tese(Doutorado)- Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2009.

RODRIGUES, I. G.; ZAGO, M. M. F. Enfermagem em cuidados paliativos. **O mundo da Saúde**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 89-92, jan./mar. 2003.

RODRIGUES, I. G.; ZAGO, M. O papel da enfermeira nos cuidados paliativos. In: PIMENTA, C. A. M.; MOTA, D. D. C. F.; CRUZ, D. A. L. M. **Dor e cuidados paliativos**: enfermagem, medicina e psicologia. Barueri: Manole, 2006. p. 434-449.

SALES, C. A. Cuidado paliativo e o profissional enfermeiro. **Ciência, Cuidado & Saúde**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 417-421, 2010.

SALES, C. A. **O cuidado no cotidiano da pessoa com neoplasia**: compreensão existencial. 2003. 155 f. Tese (Doutorado)-Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

SALES, C. A. et al. Cuidado paliativo: a arte de estar-com-o-outro de uma forma autêntica. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p.174-179, 2008.

SALES, C. A. et al. Sentimentos de pessoas ostomizadas: compreensão existencial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 221-227, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000100031](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100031)>. Acesso em: 23 set. 2011.

SALES, C. A. et al. Vivências dos familiares ao cuidar de um ente esquizofrênico: um enfoque fenomenológico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 3, p. 456-63, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a06.htm>> Acesso em: 24 ago. 2011.

SANTOS, J. L.; BUENO, S. M. V. Educação para a morte a docentes e discentes de enfermagem: revisão documental da literatura científica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 272-276, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/38.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2011.

SILVA, K. S.; KRUSE, M. H. L. As sementes dos cuidados paliativos: ordem do discurso de enfermeiras. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p 183-189, 2009.

SILVA, L. C. S. P. **Sentimento dos profissionais de enfermagem diante da morte de recém nascidos em uma unidade de terapia intensiva**. 2007. 94 f. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Enfermagem, Natal, 2007.

SILVA, M. M.; MOREIRA, M. C. Desafios à sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos: uma perspectiva da complexidade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 3, p. 483-490, 2010.

SILVA, M. M.; MOREIRA, M. C. Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 172-178, 2011.



SOUZA, J. L.; COSTA, S. M. M.; BARBOSA, S. M. M. Cuidados paliativos fora dos grandes centros. In: OLIVEIRA, R. A. de (Coord.). **Cuidado paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 655-660.

WRIGHT, M. et al. **Mapping levels of palliative care development: a global view**. UK: International Observatory on End of Life Care Lancaster University, 2006.



# **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – Roteiro da Entrevista do Projeto

### “A VIVÊNCIA EXISTENCIAL DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO CUIDADO PALIATIVO ONCOLÓGICO HOSPITALAR”

#### 1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Nome do Profissional: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Masc. ( ) Fem.

Estado civil: \_\_\_\_\_

Religião \_\_\_\_\_

#### 2. CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONOGRÁFICA

Categoria profissional:        ( ) Enfermeiro        ( ) Auxiliar        ( ) Técnico

Tempo de atuação profissional:

Total: \_\_\_\_\_

Hospitalar: \_\_\_\_\_

Na Ala Oncológica do HSC: \_\_\_\_\_

No decorrer do curso de Enfermagem (graduação, técnico ou auxiliar) recebeu formação sobre cuidados paliativos?

( ) NÃO

( ) SIM

o que? \_\_\_\_\_

Já recebeu formação profissional, após formado, em cuidados paliativos?

( ) NÃO

( ) SIM

Qual? \_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_

Qual? \_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_

Qual? \_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_

#### 3. QUESTÕES NORTEADORAS (GRAVADAS)

- O que significa cuidados paliativos para você?
- Como você aplica estes cuidados, ao paciente com câncer, no seu cotidiano profissional
- O que você sente ao realizar estes cuidados ao doente oncológico?

## APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Gostaríamos de convidar-lhe a participar da pesquisa intitulada; **“A vivência dos profissionais de enfermagem nos cuidados paliativos hospitalares”** que faz parte do Programa de Pós-graduação de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá e será orientada pela Enf. Esp. Carla Simone L. Almeida, mestranda da Universidade Estadual de Maringá. O objetivo da pesquisa é **“desvelar o significado e a aplicabilidade dos cuidados paliativos pela equipe de enfermagem hospitalar oncológica”**. A sua participação é muito importante na entrevista.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você recusar-se a participar, deixar de responder as perguntas que porventura lhe cause constrangimento ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos, ainda, que as informações serão utilizadas somente para fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Acreditamos que este estudo possa contribuir na compreensão da praticabilidade da palição hospitalar, como também contribuir na identificação de lacunas que distanciam o cuidar autêntico paliativo na prática hospitalar e também proporcionar aos alunos e profissionais de enfermagem o conhecimento desta temática, trazendo discussão para o âmbito acadêmico, além de estimular futuros estudos.

Caso você tenha mais dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos, pode nos contactar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta neste documento.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada quando entregue a você.

Eu, ....., declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar **VOLUNTARIAMENTE** da pesquisa coordenada pela Enf. Esp. Carla Simone L. Almeida.

\_\_\_\_\_ Data:.....

Assinatura ou impressão datiloscópica

Eu, CARLA SIMONE LEITE DE ALMEIDA, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supranominado.

\_\_\_\_\_ Data:.....

Assinatura do pesquisador

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com o pesquisador, conforme o endereço abaixo:

Nome: CARLA SIMONE L. ALMEIDA

Endereço: RUA ERACLIDES ALVES GOUVEIA, 571, CEP 87260-000 - ARARUNA-PR

Tel: (44) 8836 4222 - e-mail:calmone@bol.com.br

**Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) envolvendo Seres Humanos da UEM, no endereço abaixo:**

**Copep/UEM - Universidade Estadual de Maringá.**

**ENDEREÇO: AV. COLOMBO, 5790. CAMPUS SEDE - BLOCO DA BIBLIOTECA CENTRAL DA UEM. CEP 87020-900. MARINGÁ-PR. Tel: (44) 3261-4444- E-mail: copep@uem.br**



**ANEXOS**

**ANEXO A – Parecer do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da UEM**

**Universidade Estadual de Maringá**

**Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação**

Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Registrado na CONEP em 10/02/1998

471.0.093.000-10

PARECER Nº. 709/2010

**Coordenador(a) Responsável:** Catarina Aparecida Sales

**Departamento:** CCS/Departamento de Enfermagem

**Projeto:** A vivência dos profissionais de enfermagem no cuidado paliativo hospitalar.

**Justificativas:**

O projeto de pesquisa em nível de mestrado em enfermagem. Os pesquisadores pretendem investigar a vivência dos profissionais de enfermagem nos cuidados paliativos de doentes terminais. O objetivo teórico do estudo e o racional se pautam nas deficiências formativas por parte dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêuticos, entre outros) em relação ao aspecto da morte e de seu prolongamento por técnicas paliativas, que permitem a sobrevivência dos paciente, mas sem qualidade de vida para estes pacientes. A morte não é encarada como um desfecho a ser alcançado por determinado paciente, mas sim uma doença que o levará a um quadro terminal.

O objetivo da presente pesquisa é o de entrevistar profissionais de saúde de enfermagem atuando em um hospital específico, o Hospital Santa Casa de Campo Mourão, que atende a pacientes portadores de cânceres em fase terminal.

Os dados coletados dos profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) serão abordados para convidar, para participarem de uma entrevista e preenchimento de um questionário sobre a vivência solicitada sua participação e aceite por meio da obtenção do TCLE específico.

O termo encontra-se redigido na forma de convite, com linguagem clara para a população em geral, autorizada por parte da direção do Hospital Santa Casa de Campo Mourão, para a realização da pesquisa.

O plano de execução prevê um prazo total de 18 meses.

O custo envolve material de papelaria e combustível para deslocamento, a serem custodiados pelo pesquisador.

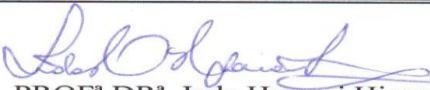
Em vista que a pesquisadora apresenta projeto que contempla as normas da resolução 196/96, o parecer é favorável a aprovação.

**Decisão:** APROVADO

para registro     para análise e parecer    Data: 3/12/2010

**Observação:** O coordenador deverá apresentar Relatório Final para este Comitê em Janeiro de 2012

O projeto foi apreciado de acordo com a Resolução nº. 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa na 208ª reunião do COPEP em 03/12/2010.

  
 PROFª.DRª. Ieda Harumi Higarashi  
 Presidente do COPEP



## ANEXO B – Normas para Publicação da Revista Texto & Contexto Enfermagem



### INSTRUÇÕES PARA PUBLICAÇÃO

Os manuscritos submetidos à Revista devem atender à sua política editorial e às instruções aos autores, que seguem os "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication" (<http://www.icmje.org>). A tradução deste texto para o português: "Requisitos uniformes para originais submetidos à revistas biomédicas" do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE) atualizada em 2006, está disponível no site: [http://www.jped.com.br/port/normas/normas\\_07.asp](http://www.jped.com.br/port/normas/normas_07.asp)

Os manuscritos enviados à submissão deverão seguir as normas editoriais da Texto & Contexto Enfermagem, caso contrário, serão automaticamente recusados. No envio, devem estar acompanhados de uma carta de solicitação de publicação e declaração de responsabilidade (Modelo). Por ocasião do encaminhamento do envio da versão final do manuscrito, após aprovação para publicação, o(s) autor (es) deverão enviar a declaração de transferência de direitos autorais (Modelo). Os autores dos manuscritos recusados para publicação serão informados e o material enviado para a revista não será devolvido.

Os manuscritos apresentados em eventos (congressos, simpósios, seminários, dentre outros) serão aceitos desde que não tenham sido publicados integralmente em anais e que tenham autorização, por escrito, da entidade organizadora do evento, quando as normas do evento assim o exigirem. Poderá ser aceito manuscrito já publicado em periódicos estrangeiros, desde que aprovado pelo Conselho Diretor da Texto & Contexto Enfermagem e autorizado pelo periódico em que o manuscrito tenha sido originalmente publicado.

Opiniões e conceitos emitidos nos manuscritos, bem como a exatidão, adequação e procedência das citações bibliográficas, são de exclusiva responsabilidade dos autores, não refletindo necessariamente a posição do Conselho Diretor.

O manuscrito resultante de pesquisa que envolver seres humanos, deverá indicar se os procedimentos respeitaram o constante na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), além do atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada. Para os artigos originais decorrentes de pesquisa realizada no Brasil, indicar o respeito à Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.196, de 10/10/96 e n.251 de 07/08/97. Quando se tratar de resultados de pesquisa, os autores deverão enviar uma cópia da aprovação emitida pelo Comitê de Ética em Pesquisa e mencionar, na metodologia, o número de aprovação do projeto.

A Texto & Contexto Enfermagem apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação, a partir de 2007, os artigos de pesquisas clínicas que tenham



recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaio Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

A confiança pública do processo de revisão de especialistas e a credibilidade dos artigos publicados dependem, em parte, de como o conflito de interesse é administrado durante a redação, revisão por pares e a tomada de decisão editorial. Os conflitos de interesse podem ser de ordem pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira. Relações financeiras, como por exemplo, através de emprego, consultorias, posse de ações, honorários, depoimento/parecer de especialista são conflitos de interesse mais facilmente identificáveis e que têm maior chance de abalar a credibilidade da revista, dos autores e da própria ciência. Contudo, conflitos podem ocorrer por outras razões, tais como relações pessoais, competição acadêmica e paixão intelectual. Outras informações disponíveis no site: [http://www.jped.com.br/port/normas/normas\\_07.asp](http://www.jped.com.br/port/normas/normas_07.asp) deverão ser consultadas.

Os autores são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos de interesse que possam influenciar seu trabalho para que o Conselho Diretor possa decidir sobre o manuscrito. Os autores devem informar no manuscrito o apoio financeiro e outras conexões financeiras ou pessoais em relação ao seu trabalho, quando houver. As relações financeiras ou de qualquer outro tipo que possam levar a conflitos de interesse devem ser informadas por cada um dos autores em declarações individuais (Modelo).

Os manuscritos publicados serão de propriedade da Revista, vedada qualquer reprodução total ou parcial, em qualquer outro meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização da Revista Texto & Contexto Enfermagem.

## CATEGORIAS DE ARTIGOS

Além dos artigos originais, os quais têm prioridade, são publicados relatos de experiência, reflexão e revisão da literatura.

- **Artigo original:** são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa científica concluída. A criatividade e o estilo dos autores no formato do manuscrito serão respeitados, no entanto o conteúdo deve ser apresentado de forma a contemplar a introdução, métodos, resultados e discussão. A introdução deve ser breve, definir o problema estudado e sua importância, além de destacar as lacunas do conhecimento – "estado da arte". Os métodos empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção entre outros devem ser descritos de forma compreensiva e completa. Inserir o número do protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e que a pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos. Os resultados devem ser descritos em uma sequência lógica. Quando forem apresentadas tabelas, quadros e figuras, o texto deve ser complementar e não repetir o conteúdo contido nos mesmos. A discussão, que pode ser redigida juntamente com os resultados, deve conter comparação dos resultados com a literatura, a interpretação dos autores, as implicações dos achados, as limitações e implicações para pesquisa futura. Enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões que surgem destes. Sua extensão limita-se a 15 páginas.
- **Relato de experiência:** descrições de experiências acadêmicas, assistenciais e de extensão. Sua extensão limita-se a 15 páginas.
- **Reflexão:** matéria de caráter opinativo ou análise de questões que possam contribuir para o aprofundamento de temas relacionados à área da saúde e de enfermagem, a que se destina a Revista. Sua extensão limita-se a 15 páginas.

- **Revisão da literatura:** compreende avaliação da literatura sobre temas específicos. Deve incluir uma seção que descreva os métodos utilizados para localizar, selecionar, extrair e sintetizar os dados e as conclusões. Sua extensão limita-se a 15 páginas.

## PROCEDIMENTO DE AVALIAÇÃO DOS MANUSCRITOS

O artigo submetido é analisado por pares de consultores *ad hoc* credenciados. O processo de avaliação tem o seguinte fluxo:

1. A Coordenadora Editorial da Revista realiza uma primeira revisão dos manuscritos, visando adequar o tema, a área ou o título do trabalho à área dos consultores *ad hoc*;
2. São selecionados dois consultores (de diferentes regiões e que não tenham encaminhado manuscritos de sua autoria para o número da revista em análise, para os quais são enviados a cópia do manuscrito, o instrumento de análise e as normas de publicação. A identidade do autor e da instituição de origem é mantida sob sigilo, bem como entre o autor e o consultor;
3. Após a devolução dos manuscritos, pelos dois consultores, a equipe da Revista analisa os pareceres efetuados e, com base no "parecer conclusivo", prossegue com os demais encaminhamentos;
4. Caso os dois consultores tenham rejeitado o manuscrito, é redigida então, uma carta explicativa ao autor, dando ciência da decisão tomada;
5. No caso de um dos consultores indicar o manuscrito para publicação e o outro consultor rejeitá-lo, elege-se um terceiro, que avaliará se o manuscrito é ou não indicado para publicação;
6. Os manuscritos indicados para publicação pelos consultores, são analisados pelo Conselho Diretor, que seleciona os que comporão cada novo número;
7. Os pareceres de aceitação, de necessidade de reformulação ou de recusa são encaminhados aos autores. Todos os manuscritos selecionados para publicação são analisados pela bibliotecária da Revista e, revisados pelos técnicos de inglês, espanhol e português.

## PREPARO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos devem ser preparados de acordo com as normas editoriais da Revista, redigidos na ortografia oficial e digitados com espaço de 1,5cm, configurados em papel A4 e com numeração nas páginas. A margem esquerda e superior será de 3cm e a margem direita e inferior de 2cm. Letra Times New Roman 12, utilizando Editor Word for Windows 98 ou Editores que sejam compatíveis.

**Página de identificação:** a) título do manuscrito (conciso, mas informativo) em português, inglês e espanhol; b) nome completo de cada autor, com seu(s) título(s) acadêmico(s) mais elevado(s) e afiliação institucional; c) o(s) nome(s) do(s) departamento(s) e da instituição(ões) a(os) qual(is) o trabalho deve ser atribuído; d) nome, endereço completo, telefone/fax e endereço eletrônico do autor responsável pela correspondência relacionada ao manuscrito.

**Resumo e Descritores:** o resumo deve ser apresentado na primeira página, em português, inglês (abstract) e espanhol (resumen), com limite de 150 palavras. Deve indicar o(s) objetivo(s) do estudo, o método, principais resultados e conclusões. Abaixo do resumo, incluir 3 a 5 descritores nos três idiomas. Para determiná-las consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) elaborada pela BIREME e disponível na internet no site: <http://decs.bvs.br> ou o Medical Subject Headings (MeSH) do Index Medicus. Quando o artigo tiver enfoque interdisciplinar, usar descritores, universalmente, aceitos nas diferentes áreas ou disciplinas envolvidas.

**Apresentação das seções:** o texto deve estar organizado sem numeração progressiva para título e subtítulo, devendo ser diferenciado através de tamanho da fonte utilizada. Exemplos:

Título = **OS CAMINHOS QUE LEVAM À CURA**

Primeiro subtítulo = **Caminhos percorridos**

Segundo subtítulo = *A cura pela prece*

**Ilustrações:** as tabelas, quadros e figuras devem conter um título breve e serem numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto, sendo limitadas a 5 no conjunto. Exceto tabelas e quadros, todas as ilustrações devem ser designadas como figuras. As tabelas devem apresentar dado numérico como informação central, não utilizar traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé da tabela, utilizando os símbolos na seqüência \*, †, ‡, §, ||, ¶, \*\*, ††, ‡‡. Os quadros devem apresentar as informações na forma discursiva. Se houver ilustrações extraídas de outra fonte, publicada ou não publicada, os autores devem encaminhar permissão, por escrito, para utilização das mesmas. As figuras devem conter legenda, quando necessário, e fonte sempre que for extraída de obra publicada (as fontes têm que estar na referência). Além das ilustrações estarem inseridas no texto, deverão ser encaminhadas em separado e em qualidade necessária a uma publicação. Não serão publicadas fotos coloridas, exceto em casos de absoluta necessidade e a critério do Conselho Diretor. Se forem utilizadas fotos, as pessoas não poderão ser identificadas, ou então, deverão vir acompanhadas de permissão, por escrito, das pessoas fotografadas. Todas as figuras e/ou fotos, além de estarem devidamente inseridas na seqüência do texto, deverão ser encaminhadas em separado com a qualidade necessária à publicação. As imagens deverão ser enviadas no formato jpeg ou tiff, resolução de 300 dpi, tamanho 23x16 cm e em grayscale. Imagens fora dessas especificações não poderão ser utilizadas.

**Citações no texto:** as citações indiretas deverão conter o número da referência da qual foram subtraídas, suprimindo o nome do autor, devendo ainda ter a pontuação (ponto, vírgula ou ponto e vírgula) apresentada antes da numeração em sobrescrito. Exemplo: as trabalhadoras também se utilizam da linguagem não-verbal.<sup>7</sup>

Quando as citações oriundas de 2 ou mais autores estiverem apresentadas de forma seqüencial na referência (1, 2, 3, 4, 5), deverão estar em sobrescrito separados por um hífen. Exemplo: estabeleceu os princípios da boa administração, sendo dele a clássica visão das funções do administrador.<sup>1-5</sup>

As citações diretas (transcrição textual) devem ser apresentadas no corpo do texto entre aspas, indicando o número da referência e a página da citação, independente do número de linhas. Exemplo: "[...] o ocidente surgiu diante de nós como essa máquina infernal que esmaga os homens e as culturas, para fins insensatos".<sup>1:30-31</sup>

As citações de pesquisa qualitativa (verbatim) serão colocadas em itálico, no corpo do texto, identificando entre parênteses a autoria e respeitando o anonimato. Exemplo: [...] *envolvendo mais os acadêmicos e profissionais em projetos sociais, conhecendo mais os problemas da comunidade [...]*(e7);

Citações no texto para artigos na categoria **Revisão da Literatura**. O número da citação pode ser acompanhado ou não do(s) nome(s) do(s) autor(es) e ano de publicação. Se forem citados dois autores, ambos são ligados pela conjunção "e"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor seguido da expressão "et al".

Exemplos:

Segundo Oliveira et al<sup>9</sup> ou Segundo Oliveira et al<sup>9</sup> (2004), entende-se a rede como a

transgressão de fronteiras, a abertura de conexões, a multiplicidade, a flexibilidade, a transparência, a interdependência e o acesso de todos a informação.

Entende-se a rede como a transgressão de fronteiras, a abertura de conexões, a multiplicidade, a flexibilidade, a transparência, a interdependência e o acesso de todos à informação.<sup>9</sup>

**Notas de rodapé:** o texto deverá conter no máximo três notas de rodapé, que serão indicadas por: \* primeira nota, \*\* segunda nota, \*\*\* terceira nota.

**Referências:** as referências devem estar numeradas consecutivamente na ordem que aparecem no texto pela primeira vez e estar de acordo com os Requisitos Uniformes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE). Exemplos:

#### **Livro padrão**

Gerschman S. A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2004.

#### **Capítulo de livro**

Melo ECP, Cunha FTS, Tonini T. Políticas de saúde pública. In: Figueredo NMA, organizador. Ensinando a cuidar em saúde pública. São Caetano do Sul (SP): Yends; 2005. p.47-72.

#### **Livro com organizador, editor ou compilador**

Elsen I, Marcon SS, Santos MR, organizadores. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá (PR): EDUEM; 2002.

#### **Livro com edição**

Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. 2ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2001.

#### **Trabalho apresentado em congresso**

Lima ACC, Kujawa H. Educação popular e saúde no fortalecimento do controle social. In: Anais do 7o Congresso Nacional da Rede Unida, 2006 Jul 15-18; Curitiba, Brasil. Curitiba (PR): Rede Unida; 2006. Oficina 26.

#### **Entidade coletiva**

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual técnico pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília (DF): MS; 2005.

#### **Documentos legais**

Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 1996.

Brasil. Lei No 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 26 Jun 1986. Seção 1.

#### **Tese/Dissertação**

Azambuja EP. É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem?: um estudo sobre as relações existentes entre a subjetividade do trabalhador e a objetividade do trabalho [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2007.

#### **Artigo de jornal**

Zavarise E. Servidores da UFSC fazem movimento em defesa do HU. Diário Catarinense, 2007 Jun 28; Geral 36.

**Artigo de periódico com até 6 autores**

Kreutz I, Gaiva MAM, Azevedo RCS. Determinantes sócio-culturais e históricos das práticas populares de prevenção e cura de doenças de um grupo cultural. *Texto Contexto Enferm.* 2006 Jan-Mar; 15(1):89-97.

**Artigo de periódico com mais de 6 autores**

Azambuja EP, Fernandes GFM, Kerber NPC, Silveira RS, Silva AL, Gonçalves LHT, et al. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um Programa de Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm.* 2007 Jan-Mar; 16(1):71-9.

**Material audiovisual**

Lessmann JC, Guedes JAD, entrevistadoras. Lúcia Hisako Takase Gonçalves entrevista concedida ao acervo do Grupo de Estudos de História do Conhecimento da Enfermagem GEHCE/UFSC [fita cassete 60 min]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. GEHCE; 2006 jul 23.

**Mapa**

Santos RO, Moura ACSN. Santa Catarina: físico [mapa]. Florianópolis (SC): DCL; 2002.

**Dicionários e referências similares**

Ferreira ABH. Novo dicionário da língua portuguesa. 3ª ed. Florianópolis (SC): Ed. Positivo; 2004.

**Homepage/web site**

Ministério da Saúde [página na Internet]. Brasília (DF): MS; 2007 [atualizado 2007 Maio 04; acesso em 2007 Jun 28]. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

**Material eletrônico**

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Anais do 3o Seminário Internacional de Filosofia e Saúde [CD-ROM]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Pós-graduação em Enfermagem; 2006.

Barbosa MA, Medeiros M, Prado MA, Bachion MM, Brasil VV. Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva. *Rev Eletr Enferm* [online]. 2004 [acesso em 2006 Out 01]; 6(1). Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/Revista/revista6\\_1/f1\\_coletiva.html](http://www.fen.ufg.br/Revista/revista6_1/f1_coletiva.html)

Corona MBEF. O significado do “Ensino do Processo de Enfermagem” para o docente Improving palliative care for cancer [tese na Internet]. Ribeirão Preto (SP): Universidade Federal de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005 [acesso 2007 Jun 28]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-06052005-100508/>

Observação: trabalhos não publicados não deverão ser incluídos nas referências, mas inseridos em nota de rodapé. Para outros exemplos de referências, consultar o site:

[http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). Para as abreviaturas de títulos de periódicos em português consultar o site: <http://www.ibict.br> e em outras línguas, se necessário, consultar o International Nursing Index, Index Medicus ou o site <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals>

<b>PROCEDIMENTO DE ENVIO DOS MANUSCRITOS</b>
--

Os autores interessados em enviar manuscritos para a *Texto & Contexto Enfermagem*, poderão fazê-lo sem custo algum. Após o recebimento do mesmo, a equipe editorial da *Texto & Contexto Enfermagem* fará uma **pré-análise** do manuscrito para verificar se o mesmo adequa-se a política editorial da *Texto & Contexto Enfermagem*.

Caso o mesmo seja recusado, os autores serão comunicados o mais breve possível.

Caso o manuscrito seja aprovado para iniciar o processo de avaliação, os autores deverão:

Pagar a taxa de R\$100,00 referente a chamada **taxa de avaliação** do manuscrito.

Caso o manuscrito seja aceito, efetuar o restante do pagamento da taxa de publicação:

- R\$ 120,00 se todos os autores forem assinantes;
- R\$ 220,00 para não assinantes.

O depósito deverá ser realizado no Banco do Brasil, agência 3582-3 e conta corrente 203142-6. O nome do favorecido é Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão Universitária (FAPEU). Enviar cópia do comprovante de pagamento na submissão do manuscrito e o de publicação após ter sido aprovado.

**Obs: não será devolvida a taxa de submissão para os manuscritos não aceitos para publicação.**

Os manuscritos devem ser endereçados para à Texto & Contexto Enfermagem, em 1 via impressa, juntamente com o disquete ou o CD ROOM gravado para o seguinte endereço:  
**Revista Texto & Contexto Enfermagem**  
Caixa Postal 5057, Trindade – Florianópolis, Santa Catarina - Brasil - CEP 88040-970

### **Verificação de itens**

Itens exigidos para preparação dos manuscritos

1. Carta de solicitação de publicação e declaração de responsabilidade assinada por todos os autores (Modelo).
2. Declaração de conflitos de interesse encaminhada individualmente pelos autores (Modelo).
3. Cópia da aprovação emitida pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em manuscritos resultantes de pesquisa que envolve seres humanos.

### **Itens exigidos para envio dos manuscritos**

1. Manuscrito digitado em letra Times New Roman 12, com espaço entre linhas 1,5 cm, configurado em papel A4, com margem esquerda/superior de 3 cm e direita/inferior de 2 cm, com numeração nas páginas. Utilização de Editor Word for Windows 2000 ou editores compatíveis.
2. Página de identificação.
3. Título (conciso e informativo), resumo (máximo de 150 palavras) e descritores (3 a 5 palavras) nos três idiomas.
4. Apresentação das seções do manuscrito de acordo com as normas.
5. Ilustrações (tabelas, quadros e figuras) conforme as normas da Revista e no máximo de 5 no conjunto. As figuras devem ser gravadas em separado, no formato jpeg ou tiff, resolução de 300 dpi, tamanho 23X16 cm.
6. Citações diretas e indiretas, assim como os verbatins de acordo com as normas.
7. Manuscrito contendo no máximo 3 notas de roda-pé.
8. Referências redigidas de acordo com as normas.
9. Manuscrito com número de páginas limite, de acordo com a categoria do artigo.

## ANEXO C – Normas para Publicação da Revista Acta Paulista de Enfermagem

The logo for the journal 'ACTA' is displayed in a large, light gray, sans-serif font. The letters are widely spaced and have a thin horizontal line underneath them.

ISSN 0103-2100 *versão impressa*  
ISSN 1982-0194 *versão online*

### INSTRUÇÕES AOS AUTORES

**Acta Paulista de Enfermagem** - (Acta Paul Enferm.), ISSN 0103-2100, publicação técnico-científica do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo é publicada bimestralmente com o objetivo de divulgar a produção científica sobre temas relevantes de Enfermagem e áreas afins.

A Acta Paulista de Enfermagem aceita para publicação trabalhos elaborados por enfermeiros, sendo enfermeiros, outros profissionais de áreas afins e alunos de enfermagem, redigidos em português, espanhol ou inglês, ficando os textos dos mesmos, sob suas inteiras responsabilidades, não refletindo obrigatoriamente a opinião do Editores da revista.

O conteúdo do material enviado para publicação na Acta Paulista de Enfermagem não pode ter sido publicado anteriormente ou ser encaminhado, simultaneamente, a outro periódico. Para serem publicados em outros locais, ainda que parcialmente, necessitam de aprovação por escrito por parte dos Editores. Os conceitos e declarações contidos nos trabalhos são de total responsabilidade dos autores.

A Acta Paulista de Enfermagem edita o artigo no idioma inglês, na versão online. Somente quando o artigo for aprovado para publicação os autores deverão providenciar a tradução para o inglês. Na seleção de artigos para publicação, avalia-se o mérito científico do trabalho, sua adequação às normas editoriais e à política editorial adotada pela revista. Nos trabalhos de investigação envolvendo seres humanos deve ser explicitada (no texto do artigo) a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde foi realizada a pesquisa e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes, sendo que estes documentos devem estar anexados como documentos complementares. Os artigos de ensaios/pesquisas clínicas serão avaliados, somente se tiverem recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaio Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde e International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo. O número de figuras e/ou tabelas/quadros não deve exceder a 5 (cinco). O número de referências não deve exceder a 35.  
**Caso estas normas não sejam atendidas o artigo será, sumariamente, devolvido.**

O manuscrito deve estar organizado segundo uma das seções descritas abaixo:

**Artigos Originais:** trabalhos de pesquisa com resultados inéditos e que agreguem valores à Ciência Enfermagem, com no máximo 14 laudas. Sua estrutura é a convencional, isto é, contendo introdução, métodos, resultados, discussão e conclusão/considerações finais em itens separados, sendo que será aceito subtítulos acrescentados a esta estrutura.



**Artigos de Revisão:** destinados a englobar os conhecimentos disponíveis sobre determinado tema, baseados em uma bibliografia pertinente, crítica e sistemática, acrescido de análise e conclusão, com no máximo 12 laudas.

**Relato de experiência:** destinados a descrever analiticamente a atuação da enfermagem nas diferentes áreas, limitada a 8 laudas.

**Atualização:** destinados a abordar informações atuais sobre temas de interesse da área, e potencialmente investigativos, com no máximo 5 laudas.

**Resenhas:** revisão crítica da literatura científica publicada em livros, orientando o leitor, em uma lauda, quanto as suas características e usos potenciais. Deve conter a referência completa do trabalho comentado.

**Cartas ao editor** - destinadas a comentários de leitores sobre trabalhos publicados na Revista, podendo expressar concordância ou discordância com o assunto abordado, em uma lauda.

### CARTA DE APRESENTAÇÃO

Os trabalhos deverão vir acompanhados de:

- a) carta do (s) autor (es), autorizando sua publicação e transferindo os direitos autorais à revista assinada por todos autores. Todos os autores devem assinar a carta enviada ao Editor Científico;
  - b) contribuição dos autores e patrocinadores;
  - c) declaração de inexistência de conflitos de interesses;
  - d) Termo de Consentimento Livre e Informado quando se tratar de pesquisas com seres humanos. Os modelos destas cartas encontram-se disponíveis no link: Modelos de Cartas.
- Caso esta norma não seja atendida o artigo será, sumariamente devolvido.**

### REVISÃO DOS CONSULTORES

Todos os trabalhos, após aprovação pelo corpo editorial, serão encaminhados para análise e avaliação de dois consultores (avaliadores), sendo o anonimato garantido em todo o processo de julgamento. Caso haja discordância entre os pareceres, o artigo é encaminhado a um terceiro consultor. Somente após aprovação final dos editores e consultores, os trabalhos serão encaminhados para publicação. Os comentários serão devolvidos aos autores para as modificações no texto ou justificativas do não atendimento às recomendações dos consultores.

O Corpo Editorial dispõe de plena autoridade para decidir sobre a conveniência de aceitação do trabalho. Os trabalhos não aceitos serão devolvidos aos autores. Os nomes dos consultores permanecerão em sigilo, omitindo-se também, perante os relatores, os nomes dos autores.

No caso de existir conflito de interesse entre os autores e determinados expertos nacionais ou estrangeiros, deve-se incluir uma carta confidencial num envelope selado dirigido ao Editor Científico da Acta Paulista de Enfermagem, indicando o nome das pessoas que não deveriam participar no processo de arbitragem. Esta informação será utilizada de forma estritamente confidencial. Da mesma forma, os consultores (avaliadores) poderão manifestar-se, caso haja conflito de interesse em relação a qualquer aspecto do artigo a ser avaliado.

### ETAPAS DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Todas as contribuições que recebemos passam por uma avaliação inicial pelos editores científicos e executivo que observam e decidem sobre a adequação do artigo ao escopo atual da revista e às normas de publicação. Os artigos aprovados nesta etapa são encaminhados ao



editor associado que decide pelo encaminhamento aos consultores externos (nesta fase, os editores envolvidos e consultores decidem pelos encaminhamentos de correção ou recusa do artigo).

Tendo em vista a aprovação nestas primeiras fases do processo avaliativo, informamos que o mesmo será encaminhado à bibliotecária, correção de português, correção técnica (podendo ser detectadas correções necessárias de conteúdo e estrutura do artigo). Nestas últimas etapas do processo será solicitado a imediata colaboração, sempre que necessário, tendo em vista tanto a agilidade da publicação como a melhoria da qualidade dos artigos publicados na Acta Paulista de Enfermagem. Esclarecemos que o artigo só estará aprovado e, em vias de publicação, depois de concluir **todas as etapas do processo avaliativo, editoração e aprovados pelas Editora Chefe e Científica da Acta Paulista de Enfermagem.**

## APRESENTAÇÃO DOS ORIGINAIS

Os originais devem ser redigidos na ortografia oficial e digitados em folhas de papel tamanho A4, com espaço 1,5, fonte Arial 12 e com as 4 margens de 2,5 cm. No preparo do original, deverá ser observada, a seguinte estrutura:

**Cabeçalho: Título do artigo e subtítulo**, se houver, com no máximo 12 palavras, em português, inglês e espanhol.

**Nome do (s) autor (es)** - Nome(s) e sobrenome(s) do(s) autor(es) pelo qual é conhecido na literatura. Nomes completos dos autores com indicação em nota de rodapé do título universitário máximo e a instituição a que pertencem. Destacar nome do autor responsável pela troca de correspondência, e-mail, fone e fax. O endereço eletrônico e para correspondência via Correio serão publicados.

**Referência do artigo** - o título do artigo deverá ser colocado antes do resumo, abstract e resumen, respectivamente.

**Resumo:** com no máximo 150 palavras. Incluir os resumos em português, inglês e espanhol, e devem preceder o texto. Para os artigos originais o resumo deve ser estruturado (Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusão); para as demais categorias de artigos não é necessária estruturação.

**Descritores:** Devem acompanhar o resumo, abstract e resumen e correspondem às palavras e expressões que identificam o conteúdo do artigo. Apresentar no máximo 5 descritores em português, inglês e espanhol. Usar para definição dos descritores: Descritores em Ciências da Saúde - DECS. (lista de descritores utilizada na Base de Dados LILACS da Bireme) disponível no endereço <http://decs.bvs.br/> e o Nursing Thesaurus do Internacional Nursing Index poderá ser consultado como lista suplementar, quando for necessário.

**Texto:** Deverá obedecer a estrutura exigida para cada categoria de trabalho, no caso de artigos originais (pesquisa) os resultados devem estar separados da discussão. O item conclusão/considerações finais não deve conter citações. As citações no texto devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Identificar as citações por números arábicos, entre parênteses e sobrescrito, sem menção do nome dos autores. Se forem sequenciais, devem ser separadas por hífen; se forem aleatórias, devem ser separadas por vírgula.

No texto deve estar indicado o local de inserção das figuras, gráficos, tabelas, da mesma forma que estes estiverem numerados, sequencialmente. Todas as figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) e tabelas (no máximo 5) deverão ser em preto e branco.

**Agradecimentos:** Inclui colaborações de pessoas que merecem reconhecimento, mas que não justificam sua inclusão como autor; agradecimentos por apoio financeiro, auxílio técnico, etc.

**Referências:** As referências dos documentos impressos e eletrônicos seguem o Estilo Vancouver, elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, atualizadas em 2008 disponível no endereço eletrônico [www.icmje.org](http://www.icmje.org). O alinhamento das referências deve ser feito pela margem esquerda. Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com List of Journals Indexed in Index Medicus e International Nursing Index. Devem ser apresentados sem negrito, itálico ou grifo, conforme os exemplos abaixo.

## EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS

### Artigos de periódicos

#### Artigo Padrão

##### Um autor

Nóbrega-Therrien SM. A enfermeira e o exercício do poder da profissão: a trama da ambigüidade. *Acta Paul Enferm.* 2004; 17(1):79-86.

##### Dois autores

Queiroz MVO, Jorge MSB. Concepções de promoção da saúde e atuação dos profissionais que cuidam da criança. *Acta Paul Enferm.* 2004; 17(1):31-7.

##### Com três ou mais autores

Fernandes JD, Guimarães A, Araújo FA, Reis LS, Gusmão MC, Margareth Q. B. Trabuco, MQB et al. Construção do conhecimento de enfermagem em unidades de tratamento intensivo: contribuição de um curso de especialização. *Acta Paul Enferm.* 2004;17(3):325-32.

##### Instituição como Autor

Center for Disease Control. Protection against viral hepatitis. Recommendations of the immunization. Practices Advisory Committee. *MMWR.* 1990; 39(RR-21):1-27.

##### Sem indicação de autoria

For more pregnant women getting antenatal care. *J Adv Nurs.* 2004;47(6):683-4.

##### Volume com suplemento

Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupation lung cancer. *Environ Health Perspect.* 1994; 102 Suppl 1:275-82.

##### Fascículo com suplemento

Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética.* 1996; 4(2 Supl):15-25.

##### Volume em partes

Milward AJ, Meldrum BS, Mellamby JH. Forebrain ischaemia with CA 1 cell loss impairs epileptogenesis in the tetanus toxin limbic seizure model. *Brain*.1999; 122(Pt 6):1009-16.

#### **Fascículo em partes**

Jones J. Management of leg ulcers. *Nurs Times*. 2000; 96(43 Pt2):45-6.

#### **Fascículo sem volume**

Ribeiro LS. Uma visão sobre o tratamento dos doentes mentais no sistema público de saúde. *Rev USP*. 1999; (43): 55-9.

#### **Sem fascículo e sem volume**

Duhl L. A saúde e a vida cidadina. *Saúde Mundo*. 1990:10-2.

#### **Artigo com errata publicada**

Hamlin JA, Kahn AM. Herniography in symptomatic patients following inguinal hernia repair. *West J Med*. 1995; 162(1):28-31. Erratum in: *West J Med*. 1995; 162(3):278

#### **Artigo no prelo**

Silva LM, Clapis MJ. Compreendendo a vivência materna no primeiro contato com seu filho na sala de parto. *Acta Paul Enferm*. No prelo 2004.

#### **Editoriais**

Whitaker IY. Atendimento ao trauma: um vasto campo para a enfermeira [editorial]. *Acta Paul Enferm*. 2004; 17(2):131.

### **Livros e outras monografias**

#### **Individuo como autor**

Cassiani SHB. Administração de medicamentos. São Paulo: EPU; 2000.

#### **Editor, Organizador, Coordenador como autor**

Almeida MCP, Rocha SMM, organizadoras. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997.

#### **Instituição como autor e publicador**

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2001.

#### **Capítulo de livro**

Furegato ARF. A conduta humana e a trajetória do ser e do fazer da enfermagem. In: Jorge MSB, Silva WV, Oliveira FB, organizadoras. Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio. São Paulo: Lemos Editorial; 2000. p. 93-116.

Obs: Na indicação de edição o numeral ordinal deve ser mantido de acordo com o idioma original (5a ed., 5th ed. etc.)

#### **Trabalho apresentado em evento**

Abreu AS. Atuação do enfermeiro junto às necessidades educativas do paciente submetido à hemodiálise [resumo]. In: 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2000 Out 21-26; Recife. Livro de resumos. Recife: ABEn Seção - PE; 2000. p. 10

#### **Dissertação e Tese**

Pirollo SM. A equipe de enfermagem e o mito do trabalho em grupo [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo - Escola de Enfermagem; 1999.

Cuenca AMB. O uso da Internet por docentes da área de Saúde Pública [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo - Faculdade de Saúde Pública; 2004.

### **Documentos legais (legislação, doutrina e jurisprudência)/**

Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988.

Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF) 1986; 26 jun. Seção 1:1.

## **Documentos em formato eletrônico**

### **Artigo de periódico**

Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Cienc Saúde Coletiva [Internet] 2004 [citado 2004 Nov 16]; 9(1):[cerca de 8 p.]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-8123200400010-0002&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-8123200400010-0002&script=sci_arttext&tlng=pt)

### **Monografia**

São Paulo (Estado). Secretaria do Meio Ambiente. Entendendo o meio ambiente [Internet]. São Paulo; 1999. v. 1. [citado 2004 Nov 16]. Disponível em: <http://www.bdt.fat.org.br/sma/entendendo/indic1>

**Tabelas:** As tabelas deverão ser envidas em folhas separadas do texto, ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos e encabeçadas por seu título, recomendando-se a não repetição dos mesmos dados em gráficos. Na montagem das tabelas, seguir as "Normas de apresentação tabular", estabelecidos pelo Conselho Nacional de Estatística e publicados pelo IBGE (1993). O limite são de 5 e tabelas.

**Ilustrações:** As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.) deverão ser numeradas, consecutivamente com algarismos arábicos e citadas como **figuras**. Formato das ilustrações em tif, gif ou jpg. O título das figuras deve ser colocado na parte inferior. Devem ser suficientemente claras para permitir a reprodução. Os gráficos deverão vir preparados em programa processador de gráficos.

**Legendas:** Imprimir as legendas usando espaço duplo, acompanhando as respectivas figuras e tabelas. Cada legenda deve ser numerada em algarismos arábicos, correspondendo a cada figura e tabela e na ordem que foram citados no trabalho. **Abreviaturas e Siglas:** Devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez no texto. Nas legendas das tabelas e figuras devem ser acompanhadas de seu nome por extenso. As abreviaturas e siglas não devem ser usadas no título dos artigos e nem no resumo.

**Envio dos manuscritos:** Os artigos deverão, obrigatoriamente, ser submetidos por via eletrônica, de acordo com as instruções publicadas no site <http://submission.scielo.br/index.php/ape/>.