

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**GABRIELA LEITE KOCHENBORGER**

**O SOFRIMENTO DO PACIENTE COM CÂNCER E A PERCEPÇÃO DAS  
ENFERMEIRAS:  
uma revisão bibliográfica**

**Porto Alegre**

**2007**

**GABRIELA LEITE KOCHENBORGER**

**O SOFRIMENTO DO PACIENTE COM CÂNCER E A PERCEPÇÃO DAS  
ENFERMEIRAS:  
uma revisão bibliográfica**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Escola de Enfermagem da  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul,  
como pré-requisito para a Disciplina de  
Trabalho de Conclusão de Curso I –  
ENF99004.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Dulce Maria Nunes

**Porto Alegre**

**2007**

Dedico este trabalho a meus pais, Lauro e  
Cecília, por todo o empenho e carinho  
ofertado.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela vida, força e graças concedidas.

A meus pais, Lauro e Cecília, que mesmo nos momentos difíceis nunca desistiram de me auxiliar a conseguir os meus objetivos. Pela persistência, garra e força de lutarem junto comigo na busca dos meus desejos. Pelo amor e carinho concedidos em todos os momentos. Agradeço todo o empenho, em especial a minha mãe e amiga, que mesmo cansada de suas atividades diárias sempre esteve comigo, nas noites em que não dormia e nas madrugadas em que tinha que ir trabalhar cedo.

À minha irmã Ana Paula, que mesmo com a minha ausência jamais desistiu de auxiliar no possível.

Ao meu grande amor, namorado e amigo Felipe, pela compreensão, dedicação, conforto e auxílio. Obrigada pela força, pelo carinho, por não desistir do nosso amor mesmo nos meus momentos de ausência.

Aos meus amigos, que mesmo com a distância sempre se mantiveram presentes. Pela amizade, carinho e apoio.

À equipe de enfermagem do 7º Norte do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, principalmente aos auxiliares do turno da tarde, que souberam me acolher como membro da equipe, me proporcionando ensinamento e confiança durante todo este último semestre.

Às enfermeiras Patrícia e Trinidad, que me acolheram e proporcionaram enriquecimento tanto profissional como pessoal. Obrigada pela oportunidade, prestatividade, ajuda e dedicação. Não tenho palavras para agradecer a estas duas pessoas que se tornaram grandes amigas, conquistando meu respeito como profissionais e como mães de família.

À equipe da Comissão Controle de Infecção do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pela aprendizagem, compreensão e apoio durante este último ano de faculdade.

A Profª. Dulce, que aceitou o meu projeto, tendo paciência e persistência mesmo com a correria do meu dia-a-dia. Agradeço pela confiança, carinho e disposição.

Aos diversos profissionais da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul pela mão amiga e por todo carinho a mim ofertado.

Enfim, agradeço a todos que de alguma forma, direta ou indiretamente, colaboraram com este estudo e com a minha formação profissional. A todos, o meu muito obrigado!

## RESUMO

O câncer tem se firmado como um grave problema de saúde pública devido o seu crescimento acentuado nos últimos anos e por comprometer significativamente a vida dos indivíduos no âmbito físico, social, afetivo e emocional. Assim, este estudo tem por objetivo conhecer as produções científicas brasileiras sobre a percepção das enfermeiras acerca do sofrimento dos pacientes hospitalizados com câncer como necessidade de cuidado. Trata-se de um estudo exploratório realizado através de pesquisa bibliográfica, com a utilização de livros, artigos indexados, teses e dissertações, contidos nas bases de dados de livre acesso e acervo convencional, realizados neste país, publicados de 1996 a 2007. De modo geral, descreve-se ao longo deste estudo diversos aspectos que envolvem as alterações emocionais dos pacientes com câncer e a interferência do diagnóstico em suas vidas como gerador de sofrimento. Analisa-se a forma de cuidado prestado pelas enfermeiras e se elas percebem o sofrimento de pacientes e familiares durante o período de hospitalização. Assim, conclui-se que as observações realizadas nesta pesquisa servem de subsídio para uma reflexão acerca da forma de cuidado prestado pelas enfermeiras aos pacientes com câncer, como também a repensar na capacitação destes profissionais, desde a graduação, na identificação das alterações emocionais que interferem na vida dos pacientes, como o sofrimento, que permitem a oferta de um cuidado humanizado e integral. Acredita-se ainda, que este estudo delineou caminhos a serem seguidos e questões que precisam ser aprofundadas em pesquisas futuras, incentivando assim, os profissionais enfermeiros a se conscientizarem da importância da identificação do sofrimento como parte do cuidado.

**Descritores:** Paciente com câncer. Sofrimento. Assistência de enfermagem. Aspectos emocionais. Enfermeiras.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVO.....</b>	<b>8</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>9</b>
<b>3.1</b>	<b>Tipo de estudo.....</b>	<b>9</b>
<b>3.2</b>	<b>Campo de estudo.....</b>	<b>9</b>
<b>3.3</b>	<b>Material de estudo.....</b>	<b>10</b>
<b>3.4</b>	<b>Coleta do material.....</b>	<b>10</b>
<b>3.5</b>	<b>Análise do material.....</b>	<b>10</b>
<b>3.6</b>	<b>Aspectos éticos.....</b>	<b>13</b>
<b>4</b>	<b>O PACIENTE COM CÂNCER.....</b>	<b>14</b>
<b>5</b>	<b>O SOFRIMENTO E SUAS REPERCUSSÕES.....</b>	<b>16</b>
<b>5.1</b>	<b>A relação do paciente oncológico e de suas famílias com a enfermagem.....</b>	<b>18</b>
<b>6</b>	<b>ENFERMEIRAS E O SOFRIMENTO.....</b>	<b>21</b>
<b>6.1</b>	<b>A percepção do sofrimento.....</b>	<b>22</b>
<b>6.2</b>	<b>A forma de cuidado ao paciente oncológico.....</b>	<b>23</b>
<b>7</b>	<b>O PROFISSIONAL ENFERMEIRO.....</b>	<b>26</b>
<b>7.1</b>	<b>A escolha em trabalhar com paciente oncológico.....</b>	<b>27</b>
<b>7.2</b>	<b>O sofrimento pessoal.....</b>	<b>29</b>
<b>8</b>	<b>DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO.....</b>	<b>33</b>
<b>9</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>38</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>40</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O impacto do câncer traz repercussões que desencadeiam inúmeras questões que merecem atenção especial da enfermagem e sua equipe, pois são as alterações que remetem à necessidade de cuidados. Rezende (2000) descreve que seus pacientes perderam o sentido da vida logo após receberem o diagnóstico de câncer e ficaram mais vulneráveis por que as formas de tratamento não foram suficientes para curá-los. Com o aparecimento mais freqüente dos sintomas, iniciam-se os sentimentos de perda, desesperança, levando-os ao isolamento do mundo, o pensamento distante sem mais condições de refletir sobre a vida, projetos, sonhos... Percebe-se que o sofrimento passa a ser uma constante e o paciente manifesta necessidade de cuidados das enfermeiras que lhes assistem, já que são elas que estão mais próximas e podem lhes prestar auxílio.

A questão em apreço é se, e como as enfermeiras assistenciais percebem o sofrimento do paciente hospitalizado portador de câncer. Minhas vivências acadêmicas levaram-me a refletir sobre a enfermagem como profissão que cuida do ser humano em sua totalidade. Despertou-me para o estudo sobre os aspectos do sofrimento vivenciado pelos pacientes hospitalizados portadores de câncer.

O paciente com câncer trás consigo não só um diagnóstico de uma doença de difícil tratamento e que avança indiferente de sexo, idade, ou raça. Muitas enfermeiras que cuidam de pacientes portadores de câncer estudam sobre a patologia, medicação específica e outros tratamentos, mas preferem alienarem-se às questões geradoras de sofrimento ao doente.

Ainda que haja novas tecnologias de tratamento e possibilidades de cura da doença, ao se falar em portador de câncer tem-se em mente que esta pessoa está morrendo. Este pré-conceito de que a doença mata, atinge a população em geral, e muitas vezes não é diferente do que se encontra entre as enfermeiras. Sendo paciente com doença que sugere terminalidade, existem cuidadores que demonstram uma conduta de distanciamento e outros que acolhem, compreendem e cuidam dos pacientes; essas dificuldades interferem nas intenções das enfermeiras e no estabelecimento de aproximações que levam a possíveis vinculações com estes pacientes terminais. A partir disto, algumas enfermeiras, inadvertidamente, acabam restringindo o cuidado integral, mantendo apenas o cuidado assistencial, direcionando-se aos problemas físicos, deixando de identificar os problemas decorrentes dos aspectos emocionais e outras necessidades que levam o paciente a sofrer.

Os profissionais de saúde, em especial as enfermeiras, devem ser preparadas para reconhecer e compreender as manifestações de sofrimento dos pacientes, estabelecendo cuidados para as necessidades emocionais. Deste modo, este estudo se baseia na percepção dos cuidados das enfermeiras acerca do sofrimento do paciente com câncer em todas as fases da vida, abordando as diferentes formas de percepção e cuidado.



## **2 OBJETIVO**

Conhecer a produção científica brasileira sobre a percepção das enfermeiras acerca do sofrimento dos pacientes hospitalizados com câncer como necessidade de cuidado.

### **3 METODOLOGIA**

A metodologia é uma forma de auxiliar na compreensão do fenômeno a ser estudado, tornando a realização da pesquisa mais organizada, simples e concreta. Desta forma, a descrição do método utilizado para o desenvolvimento da pesquisa possibilita ao leitor uma antevisão do que será realizado durante a execução do estudo, variando de acordo com as peculiaridades de cada pesquisa (GOLDIM, 2000; GIL, 2002).

#### **3.1 Tipo de estudo**

Esta pesquisa é um estudo exploratório, realizado através de pesquisa bibliográfica, desenvolvido a partir de material constituído em livros, revistas e publicações periódicas, de acordo com Gil (2002).

Este tipo de pesquisa propõe ao pesquisador a análise das diversas posições acerca de um problema, proporcionando o aprimoramento dos conhecimentos a partir de material já elaborado (GIL, 2002).

Desta forma, baseando-se em Gil (2002), a pesquisa exploratória deve proporcionar o aprimoramento de idéias, familiarização com o problema para torná-lo mais claro e construir hipóteses, conforme a classificação.

#### **3.2 Campo de estudo**

O campo de estudo desta pesquisa foi a Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), através do Sistema de Automatização de Bibliotecas Informatizado (SABI); bases de dados como Scielo (Scientific Electronic Library Online) e Periódicos Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior); sites relacionados ao Ministério da Saúde (MS) e Organização Mundial de Saúde (OMS), com a utilização de artigos realizados no Brasil, datados do período compreendido

entre 1996 a 2007. Foi utilizado este tipo de campo, pois Gil (2002) propõe a localização das fontes em bibliografias convencionais e virtuais, como as bases citadas acima.

### **3.3 Material de estudo**

O material bibliográfico utilizado consta de livros, artigos científicos indexados, teses e dissertações, relacionados à enfermagem e aos pacientes com câncer, contidas em bases de dados de livre acesso, realizados neste país, no período entre 1996 a 2007. Estes critérios foram de escolha da autora para que o material utilizado fosse mais fidedigno a realidade da enfermagem brasileira ao tema proposto.

### **3.4 Coleta do material**

Os dados foram coletados pela autora através fontes capazes de fornecerem respostas adequadas aos objetivos propostos pelo estudo. A coleta foi definida por pesquisa em acervo bibliográfico convencional e acervo virtual, utilizando como palavras-chave sofrimento, câncer e enfermeiras.

### **3.5 Análise do material**

Para produzir uma pesquisa bibliográfica e realizar a análise do material deve-se utilizar uma classificação dos tipos de leitura. Segundo Gil (2002), a pesquisa bibliográfica desenvolve-se ao longo de uma série de etapas, tais como: escolha do tema; levantamento bibliográfico preliminar; formulação do problema; elaboração do plano de trabalho; identificação e localização das fontes; obtenção do material; leitura do material; tomada de apontamentos; confecção de fichas; construção lógica do trabalho e redação do trabalho.

A primeira etapa para a realização de uma pesquisa bibliográfica é a escolha do tema.

Assim, o tema deve ser do interesse do pesquisador, a partir de algum conhecimento prévio sobre o assunto para que as etapas seguintes sejam desenvolvidas adequadamente. Com isto, a autora optou pelo tema devido suas vivências acadêmicas na área e a falta de trabalhos que abordassem o tema pela enfermagem.

O levantamento bibliográfico preliminar facilita a formulação do problema da pesquisa. Desta forma, o levantamento pode ser entendido como um estudo exploratório, com finalidade de familiarização do autor com a área de estudo; “que irá possibilitar que a área de estudo seja delimitada e que o problema possa finalmente ser definido” (GIL, 2002, p. 61). Este foi realizado durante a elaboração do projeto de pesquisa, ocorrido no 8º semestre de Enfermagem, como pré-requisito para aprovação da disciplina de Trabalho de Conclusão I.

A formulação do problema é a delimitação do assunto a ser pesquisado; a elaboração do objetivo a ser alcançado com a pesquisa. Serve para que seja possível identificar as controvérsias entre os diferentes autores e optar por uma abordagem teórica capaz de fundamentar o trabalho. A elaboração do plano de trabalho é realizada após a formulação clara do problema e de sua delimitação, e consiste na elaboração de itens que serão desenvolvidos para o andamento da pesquisa.

A identificação, localização das fontes e obtenção do material consiste no fornecimento das respostas adequadas à solução do problema proposto. As fontes bibliográficas de interesse para a pesquisa foram encontradas em livros de leitura corrente, obras de referência, teses e dissertações, periódicos científicos, anais de encontro científicos, periódicos de indexação e de resumo, publicados entre 1996 a 2007. As fontes utilizadas estão citadas no item 3.3, citado acima.

Foram encontrados ao todo 19 bibliografias, sendo 16 artigos indexados encontrados nas bases de dados Scielo e Periódicos Capes, porém disponibilizados na íntegra somente na base de dados SCIELO, sendo desta forma impressos para análise e utilização no trabalho. Ainda foram encontrados três livros referentes ao assunto, disponíveis para procura através do SABI da UFRGS, sendo retirados por método de empréstimos. Utilizou-se também de outras bibliografias encontradas em sites relacionados ao Ministério da Saúde e a Organização Mundial de Saúde para embasamento introdutório, não sendo estes analisados no estudo.

Todos os livros foram retirados através da Biblioteca da Escola de Enfermagem, entre estes: um livro do campo da psiquiatria; um da área de filosofia; e um relacionado à antropologia; datados entre 1996 a 2007. Estes foram utilizados devido a sua relevância para o estudo, auxiliando a tornar a pesquisa mais fidedigna e concreta a partir da realidade

estudada pela pesquisadora. Desta forma, conseguimos atingir a idéia proposta pelo assunto tratado e sua problemática na integra.

A partir da obtenção de material bibliográfico procedeu-se a leitura com o objetivo de estabelecer as relações entre as informações e os dados obtidos com o problema proposto. Para conhecimento dos conteúdos dos materiais obtidos foi utilizada a seguinte classificação dos tipos de leitura propostas por Gil (2002):

- a) leitura exploratória: tem por objetivo verificar em que medida a obra consultada interessa à pesquisa através de uma visão global da obra;
- b) leitura seletiva: é a determinação do material que de fato interessa à pesquisa através de uma leitura mais complexa;
- c) leitura analítica: é realizada em textos selecionados e tem por finalidade ordenar e resumir as informações contidas nas fontes, de forma que estas possibilitem a obtenção de respostas ao problema da pesquisa. É de natureza crítica, porém deve ser desenvolvida com bastante objetividade, imparcialidade e respeito;
- d) leitura interpretativa: é a mais complexa etapa e tem por objetivo relacionar o que o autor afirma com o problema para o qual se propõe uma solução. Neste tipo de leitura o pesquisador procura conferir um significado mais amplo aos resultados obtidos anteriormente, procura ir além dos dados, relacionando com outros conhecimentos já obtidos.

A tomada de apontamentos é um dos grandes problemas referentes à leitura do material no que diz respeito à retenção dos dados obtidos. Assim, para que a esta seja eficiente deve-se evitar registros em excesso, considerando apenas o problema da pesquisa, aferindo notas somente para aquilo que potencialmente representa algum tipo de solução ao problema.

A confecção de fichas serve para a identificação das obras consultadas, registro do conteúdo das obras, registro dos comentários à cerca das obras e ordenação dos registros. A autora optou pela não confecção das fichas, fazendo a identificação e a tomada de apontamentos no próprio texto, onde sublinhou e classificou os pontos que considerava relevantes ao estudo e em folhas anexadas as obras consultadas.

A construção lógica do trabalho consiste na organização das idéias com vista em atender os objetivos formulados no início da pesquisa, estruturando logicamente o trabalho para lhe conferir sentido. Assim, a autora categorizou as obras dentro de seus textos relacionando-os conforme a afinidade de seus temas a partir de três pontos principais: o

paciente e o seu sofrimento; as enfermeiras e o sofrimento; e, o profissional enfermeiro. Seguindo para o confronto das obras, identificação das afinidades dos conteúdos e apresentação dos resultados de forma mais organizada e estruturada para a visualização do estudo.

A última etapa de uma pesquisa bibliográfica é constituída pela redação do relatório, que consiste na elaboração do trabalho tendo como base à proposta do estudo e os apontamentos dos materiais utilizados. Seguindo o autor Gil (2002, p.85) “não há regras fixas acerca do procedimento a ser adotado”. Assim, a elaboração desta monografia de conclusão de curso foi realizada mediante a disposição das categorias do material analisado, sendo estas confrontadas para a discussão pela autora.

### **3.6 Aspectos éticos**

Os dados utilizados na realização desta pesquisa bibliográfica seguirão os princípios éticos, pois serão citados fielmente conforme bibliografia selecionada e o preconizado pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

#### 4 O PACIENTE COM CÂNCER

O novo milênio traz consigo, para o Brasil, a realidade do envelhecimento da população e, com ele o aumento dos números de casos de doenças crônicas, entre elas o câncer. As estatísticas gerais de pacientes que morrem acometidos por algum tipo de câncer vêm crescendo anualmente e atualmente, considerando a taxa de mortalidade geral da população, chega à segunda causa de morte entre os brasileiros, apesar de apresentar altos índices de cura quando descoberto precocemente (ALMEIDA *et al.*, 2001; TRINCAUS; CORRÊA, 2006).

O câncer tem se firmado como um grave problema de saúde devido ao seu crescimento acentuado nas últimas décadas entre a população brasileira e por ser uma doença complexa, de longa duração e que compromete significativamente a vida dos indivíduos nos âmbitos de seu funcionamento biológico, social e afetivo, exigindo assistência especializada por diferentes profissionais, o que desperta a necessidade de estudos que contemplem a patologia e suas repercussões, tais como o sofrimento. Desta forma, o câncer é considerado uma enfermidade metafórica, na medida em que traz consigo diversas significações tais como desordem, catástrofe, castigo e, em última análise, sendo relacionada à fatalidade (TRINCAUS; CORRÊA, 2006).

Lemos, Lima e Mello (2004) referem que o aumento da sobrevida dos pacientes com câncer vem ocorrendo no Brasil, assim como em outros países, devido ao tratamento multidisciplinar, ou seja, da utilização de métodos diagnósticos mais acurados; da evolução dos medicamentos e agentes que proporcionam suporte contra infecções; da utilização de novas modalidades hemoterápicas e dos transplantes de medula óssea; do apoio psicossocial e da nutrição adequada.

Diante deste aumento da sobrevida, é fundamental que compreendamos a experiência de se viver com câncer, pois a presença constante da incerteza aparece como elemento importante na vida destes indivíduos, e se manifesta, muitas vezes, através do medo da doença e sua recorrência. Assim os pacientes com câncer tendem a se comportar como pessoas com um estigma particular que vivenciam experiências similares de aprendizagem, relativas a sua condição, e que passam a sofrer mudanças análogas na concepção do eu, que não sejam apenas causa, mas também efeito do compromisso com uma seqüência semelhante de ajustamento pessoal (ALMEIDA *et al.*, 2001).

Tavares e Trad (2005) mostram em seu estudo que ao revermos a história da descoberta do câncer e suas repercussões junto às sociedades, que o câncer tem sido associado à dor, à morte, à culpa, ao medo e, sobretudo, a estigmatização social. A alta incidência, as repercussões psicossociais e as incertezas quanto à etiologia e ao tratamento revestem o câncer de valor simbólico especial, situado como um dos mais “perigosos e estigmatizantes” males. É, portanto, uma doença sobrecarregada de significados que tentam dar sentido e, por fim, controlar, ainda que ilusoriamente, a doença, a vida e a morte.

Mesmo com a evolução dos tratamentos e o aumento da taxa de sobrevivência, o câncer se mantém como estigma social para aqueles que recebem este diagnóstico. O sofrimento e a ideia de morte continuam afetando a estrutura familiar e social, fazendo que a sua descoberta torne-se um marco em suas vidas. Vale notar que as definições mais radicais e enfáticas sobre o câncer como doença fatal e associada a sofrimento insuportável são encontradas em famílias nas quais existem casos de morte por câncer ou de pacientes com metástases e na fase terminal da doença, referindo-se assim ao câncer como uma sentença de morte, como se este fosse um inimigo traiçoeiro com extrema rapidez após ser descoberto, remetendo ao medo e à dor tanto para pacientes quanto para seus familiares (TAVARES; TRAD, 2005; TEIXEIRA; LEFRÈVE, 2006).

O câncer acomete as pessoas em todas as suas fases da vida; homens, mulheres e crianças recebem o diagnóstico de algum tipo de câncer a cada dia, independente de se adequarem aos fatores de risco. Estes descrevem a fase diagnóstica como uma experiência de desestruturação psíquica, com freqüentes reavaliações sobre relacionamentos interpessoais e atividades desempenhadas. Descobrir o diagnóstico de câncer interfere na vida de todos que fazem parte do círculo de vivência, parentes e amigos mais próximos, mesmo quando não existe a compreensão do que está ocorrendo como no caso de crianças pequenas, a possibilidade da evolução da patologia, os procedimentos e tratamentos necessários para a busca da cura, fazem com que inicie uma reestruturação da história de vida e com isto, se inicie a história da doença (VIEIRA; QUEIROZ, 2006).



## 5 O SOFRIMENTO E SUAS REPERCUSSÕES

O sofrimento humano desperta muito interesse entre os profissionais da saúde por sua importante relação com a eficácia no tratamento, mas ainda são muito poucos os trabalhos feitos sob esse assunto, o que contrapõe com a realidade encontrada na forma de cuidado (PITTA, 1999). Assim, torna-se muito difícil conceituar de forma linear o significado da palavra sofrimento, por isso, neste estudo o sofrimento será entendido como dor, padecimento; alterações na resposta humana que envolve fatores psicossociais e que provocam alterações a nível comportamental, social e emocional.

O ser humano apresenta diversas formas de manifestar as alterações que ocorrem em sua vida. Manifestações psicossomáticas, como o sofrimento, vividas pelo indivíduo em sua essência, são representadas por fenômenos psicobiológicos que ocorrem a nível pessoal e que sofrem influência cultural determinado pelas experiências pessoais que definem a forma de resposta a um agente estressor. A resposta humana ao sofrimento se articula através de dimensões sociais e culturais, e sua compreensão e comportamento frente à adversidade do novo, provocam um momento de reflexão, que varia em tempo e resposta (SILVEIRA, 2000).

O câncer, por ser uma doença estigmatizada e que pressupõe uma série de conseqüências que interferem diretamente no modo de vida, faz com que o indivíduo se sinta amedrontado, perdido em relação ao que acontecerá com sua vida. Mesmo casos em que o diagnóstico é precoce, o medo e angústia de não obter a cura torna estes indivíduos vulneráveis ao aparecimento de sentimentos que lhe causam muito sofrimento, e que, muito comumente, acabam por isolar-se de todos os que lhe rodeiam, criando um mundo à parte composto de uma barreira, que muitas vezes só é quebrada por pessoas alheias ao âmbito familiar, ou seja, os profissionais de saúde, em especial as enfermeiras (REZENDE, 2000).

A partir do momento em que uma pessoa recebe a notícia de que tem câncer, o surgimento de diversas sensações é inevitável. A experiência de ser portador de um câncer faz com que o indivíduo sinta sentimentos diversos, entre eles o medo, a culpa, a incerteza; uma gama de pensamentos que trazem desconforto, que provocam um sofrimento imperceptível à perspectiva de cuidado. O adoecimento desencadeia um desconforto em relação à vida, e faz o paciente portador de câncer não mais acreditar que sua vida pode ser a mesma. Como conseqüência desta variação nesta perspectiva de vida, encontramos o medo como causa potencial do sofrimento.

Estes tipos de sofrimentos são freqüentes durante o tratamento. Mesmo com o empenho da enfermagem e de outras equipes em orientar sobre os procedimentos em linguagem simples, mantêm-se os medos pelo desconhecido. O sofrimento e as fantasias relacionadas ao tratamento e aos procedimentos têm dimensões maiores do que a própria dor física do câncer (LEMOS; LIMA; MELLO, 2004).

Tavares e Trad (2005) demonstram em seu estudo que as marcas deixadas no corpo, impostas por diversos tipos de tratamento, impressionam tanto pacientes quanto familiares, devido à dor e ao sofrimento gerados. O início do tratamento é marcado como status da doença, sendo este momento descrito como principal fonte de sofrimento devido à despersonalização e estigmatização. Os sentimentos surgem de forma contraditória, a sensação de culpa dos pacientes pelo sofrimento dos familiares ocasionado pela doença se contrapõe à importância da presença de algum membro da família durante a internação (VIEIRA; QUEIROZ, 2006).

A confiança na tecnologia e nos avanços biomédicos proporciona a possibilidade da cura que emerge da idéia que a cura da doença oferece a retomada pela busca da qualidade de vida. Porém, quando os limites físicos aparecem, impostos pelo corpo, retoma a sensação de inutilidade perante os afazeres do cotidiano e perante a sociedade. As marcas físicas deixadas pelo avanço do câncer, quando evidentes, representam a possibilidade de finitude mais concreta, e a confiança na tecnologia e nos próprios profissionais de saúde inexistente. Essas situações vividas pelos pacientes revelam mudanças no modo de ser no mundo, com os outros, com as coisas e consigo mesmo (TEIXEIRA; LEFRÈVE, 2006).

Segundo Trincaus e Corrêa (2006) a palavra câncer e a doença por si, fazem com que os pacientes vivam a dubiedade da vida e da morte, a incerteza frente ao que pode acontecer. A morte é visualizada como forma figurada, fantasiada pela fuga e a sublimação de sentimentos. O medo, abatimento e tristezas mostram-se como reflexo da preocupação da gravidade de sua situação e da possibilidade implícita da morte. O negar expressar que a doença que possui é o câncer demonstra a simbologia que a palavra carrega; para pacientes dizer que possui um câncer é dizer que vai morrer, e com isto mostrar a quem os rodeiam que não existe o porque lutar. Esse pensar na morte constitui uma ameaça, uma alteração da qualidade de vida e dos sentimentos, uma mudança no estado comportamental que prejudicam tanto o convívio social como o bem-estar.

## 5.1 A relação do paciente oncológico e de suas famílias com a enfermagem

Em geral os pacientes com câncer são pessoas fragilizadas em relação a sua patologia e que na maioria das vezes vivenciaram situações traumáticas intensas, que desenvolvem mecanismos de defesa para sublimar a evolução da doença e suas repercussões, e com isto, acabam transferindo para as equipes cuidadoras, principalmente a enfermagem, seus medos e suas angústias, todo o seu sofrimento como se estes fossem responsáveis. Mesmo aqueles que já conseguiram assimilar o seu diagnóstico, em alguns momentos, pela fragilidade pós-diagnóstico, desesperam-se com a situação em que encontra sua vida, identificando-se impotentes com a evolução de sua patologia. Com isto, muitos dos pacientes encontram na enfermagem o refugio para extravasar a dor vivenciada durante a trajetória da doença, e nelas, pela proximidade, descarregam todo o seu sofrimento, que em alguns casos é omitido para os familiares (LABATE; CASSORLA, 1999).

Com aparecimento da doença os pacientes se deparam com muitos tipos de tratamentos e efeitos desagradáveis e passam a desconhecer o que está acontecendo com o seu próprio corpo. A chegada da doença representa um evento que interfere na vida do paciente e na do seu núcleo familiar, ocasionando mudanças no cotidiano de ambos (ARANTES; MAMEDE, 2003).

A hospitalização e o convívio com pessoas que desconhecem se torna cada vez mais intenso, são médicos, enfermeiras, técnicos; diversos profissionais lidando com o seu corpo, que na maioria das vezes não lhes explicam o que está acontecendo e o que pode ser da sua vida. Neste contexto, o indivíduo cuidado busca apoio naqueles com que possuem maior convívio neste momento difícil. Com isto, as enfermeiras são aquelas com quem geralmente possuem uma ligação mais freqüente, e destas esperam maiores informações e apoio.

Pacientes e seus familiares necessitam de alguém que lhes dê atenção, e que possuam conhecimento e autonomia para auxiliá-los nos momentos de sofrimento. Este exercício de cidadania é uma questão que vem recebendo cada vez mais importância por parte da enfermagem para os pacientes com câncer, e com isto, consegue minimizar todo o sofrimento gerado pelo diagnóstico de câncer, mostrando que existem pessoas que estão ao seu lado para auxiliar nas dúvidas e nos sentimentos que possam surgir.

A hospitalização ao final da vida atende muitas vezes à impossibilidade das famílias manterem, por tempo indeterminado, um doente em casa enquanto trabalham, principalmente

quando a autonomia e a interdependência motoras do paciente estão seriamente comprometidas ou quando não conseguem suportar assistir ao sofrimento de uma pessoa querida (SIMONI; SANTOS, 2003).

Para pacientes e familiares, a enfermagem constitui-se como um elo, capaz de promover à pessoa enferma melhor qualidade de vida, por permanecerem mais tempo próximo a eles. A dor é um importante sintoma e o paciente com câncer espera dos profissionais de saúde, principalmente da enfermeira uma maior solicitude no trato e no respeito a essa dor, como se fosse um “chamado” para ser olhada e cuidada. Os pacientes vêm na enfermagem àquela pessoa que escuta, que esta ali para ajudar a enfrentar os momentos difíceis, uma fonte de energia necessária superar as necessidades e aliviar o medo causado pelo câncer (CARVALHO; MERIGHI, 2005).

O início do tratamento indica o início de uma série de procedimentos desconhecidos e dolorosos, e observa-se que a doença faz com que os pacientes entrem em contato com exames, procedimentos, aparelhos, palavras desconhecidas e incompreensíveis. Com isto, os pacientes acabam se identificando com aqueles que lhes prestam atendimento, com os profissionais que estão ao seu lado nesta fase de aparecimento do novo. Este relacionamento com os profissionais marcam suas vidas positivamente, por terem encontrado uma mão amiga (LE MOS; LIMA; MELLO, 2004).

De acordo com Carvalho e Merighi (2005) na relação entre a enfermagem e os pacientes existem diversos relatos da falta de humanização da atenção. O indivíduo hospitalizado sente-se muitas vezes solitário, ignorado pela equipe cuidadora. Este desamparo no atendimento não é infreqüente nos relatos de portadores de câncer, da mesma forma que existem profissionais de enfermagem que criam elos de apoio, existem àqueles que trabalham de forma sistematizada, de forma mecanicista, sem integração com a pessoa que esta ali.

No período de internação os pacientes sentem-se desprotegidos e culpados pelo sofrimento que estão proporcionando a seus familiares. A solidão e o sofrimento pelo distanciamento da família fazem com que os pacientes passem a interagir entre eles, dividindo ansiedades e medos. A convivência entre os pacientes faz com que cada nova internação seja menos sofrida, principalmente para aqueles que já vivenciaram várias recidivas e que a chance de cura é menor. Neste momento aparece a importância da enfermagem para estes pacientes, já que aquele meio hospitalar já está inserido em sua vida. As enfermeiras deixam de ser apenas mais um profissional da saúde, para serem parte da sua história de luta e a mão amiga dos momentos difíceis. Esta relação entre a enfermagem e os pacientes são

significativos sobre a influência positiva ou negativa em todas as fases de desenvolvimento da doença (VIEIRA; QUEIROZ, 2006).

Desta forma, os pacientes e suas famílias esperam que o profissional de enfermagem, que vivencia o cuidado dessas pessoas, sensibilize-se e forme concepções próprias, colocando-se no lugar do outro, tratando de associar ofício e emoção, uma vez que, pelas circunstâncias do seu trabalho – com ênfase na área hospitalar – tem mais oportunidade de conviver com pessoas doentes e, portanto, de experimentar com elas suas dores e seus sofrimentos e, conseqüentemente, estabelecer um maior envolvimento com a fragilidade humana (TEIXEIRA; LEFRÈVE, 2006).

## 6 ENFERMEIRAS E O SOFRIMENTO

No ambiente hospitalar as enfermeiras são a referência de cuidado às enfermidades dos pacientes. Quando se trata de pacientes com câncer, o cuidado se torna extensivo não somente à patologia, mas também as repercussões que desencadeiam necessidades de cuidado. O hospital tem se tornado um local provido de avanços da tecnologia e estudos científicos, que oferecem sofisticadas técnicas. O que se observa é a prioridade da doença e seu tratamento, sublimando os aspectos emocionais que envolvem uma patologia (PITTA, 1999).

Na realidade brasileira, a maioria dos centros de tratamento e hospitais mostra a divisão do trabalho como componente indispensável para o bom andamento do cuidado. Com isto, o cuidado torna-se mecanicista, subtraindo a atividade de reflexão dos profissionais, tornando-os parte de uma rotina automatizada, com a conduta praticada de forma padronizada. Porém, esta forma de cuidado não é direcionada para lidar com o sofrimento e a possibilidade da morte, o que dificulta o enfrentamento das situações vividas cotidianamente. (FRANÇOSO, 1996; PITTA, 1999).

Assim, no ambiente hospitalar fala-se não das pessoas que ali estão internadas, mas de mais um caso de câncer, que se encontra em um tal leito, esquecendo-se que naquele local está uma pessoa que pode estar tensa e amedrontada com a sua patologia ou até mesmo de lidar com a própria morte. Portanto, para que o enfermeiro possa cuidar e atuar de forma produtiva no processo de cuidado deve primeiramente compreender que aquele ser enfermo que está se cuidando necessita de atenção e aceitar que uma das conseqüências da doença é a morte, mas que ela pode ser enfrentada com qualidade de vida e que realmente estamos prestando o cuidado mais adequado e humanizado para que o sofrimento e a dor sejam minimizados (REZENDE, 2000).

As enfermeiras assistenciais em sua complexa atividade de serviço têm enfatizado a escassez de tempo como justificativa para a pouca interação com os pacientes hospitalizados em seu processo de cura. Essa racionalidade na otimização do tempo para ações que preconizam a doença repercute não apenas na qualidade da assistência aos pacientes e familiares, mas também na identificação do sofrimento como necessidade de cuidado. A ênfase na realização de tarefas direcionada a doença pode ser identificado como fuga para o envolvimento com um paciente que possui uma doença crônica, não se permitindo uma

identificação com a clientela, predominando assim os mecanismos de defesa que não permitem interagir de forma a reconhecer o sofrimento do ser cuidado por receio de acabar sofrendo caso venha a perder aquela vida (SIMONI; SANTOS, 2003).

### **6.1 A percepção do sofrimento**

As enfermeiras que trabalham em áreas ligadas a pacientes com câncer, muitas vezes são criticadas principalmente no que diz respeito à dificuldade na comunicação, no envolvimento e no atendimento as necessidades emocionais destes pacientes e de seus familiares. Para estas é de mais fácil compreensão a percepção do sofrimento quando o paciente se expressa através de linguagem verbal, mas também são estes que provocam maior incômodo e sofrimento, já que estabelecem um cuidado mais próximo que permite a compreensão da doença e do tratamento na ótica de quem esta sendo cuidado (FRANÇOSO, 1996).

Viver com uma doença estigmatizante, conviver com sentimentos negativos e enfrentar preconceitos significam para o paciente com câncer se deparar, constantemente, com incertezas e possibilidades da recorrência da doença. As enfermeiras neste momento são consideradas importantes para perceberem estes efeitos resultantes do câncer. Por ser quem mais próximo se mantém ao paciente, as enfermeiras conseguem avaliar a mudança no comportamento de cada paciente, mas nem sempre consegue perceber o sofrimento quando este não é revelado através de palavras, mas por sinais quase imperceptíveis. Através do convívio diário com pacientes durante os períodos de internação a enfermagem, quando interessada, consegue perceber as alterações no estado emocional do indivíduo cuidado. Com isto consegue perceber e auxiliar no enfrentamento da doença e ajudar a explorar seus sentimentos (ALMEIDA *et al.*, 2001).

Lemos, Lima e Mello (2004) descrevem que o processo de tratamento do câncer envolve diversas etapas e intervenções. Algumas destas incluem técnicas invasivas que proporcionam dores físicas, que podem ser traumatizantes para o paciente, porém que nem sempre são as que marcam com maior intensidade no processo de tratamento. O fato de não serem ouvidos e respeitados quanto ao seu estado emocional é considerado mais relevante, por serem geradoras de sofrimento e ansiedade. Neste ponto que a enfermagem deve ater-se,

pois são os profissionais que se condicionam mais a ouvir, e com a atitude de escutar as manifestações que estão perturbando podem minimizar estes sentimentos. Entretanto, este processo de parar e ouvir o que o paciente tem a dizer nem sempre é considerado importante pelas enfermeiras, já que a o número de tarefas que visam à doença, não lhes permite dispensar qualquer minuto para a difícil tarefa de escutar.

Para Budó *et al.*, 2006 a percepção do sofrimento, da dor física ou emocional, pode ser muito diferente entre os profissionais de saúde e os pacientes. A cultura exerce grande influência na tolerância da dor, assim como outros fatores, o que pode gerar uma grande variedade de sensações e respostas, portanto a manifestação da dor varia de indivíduo para indivíduo, e a forma de cuidado a esta dor, expressa ou não, física ou emocional, precisa ser associada à enfermidade e ser entendida pela enfermagem, devido a sua capacidade perceptiva; tratando a assistência de forma humanizada e integral, menos voltada para o modelo biomédico.

Como forma de conseguir perceber as dificuldades encontradas pelos indivíduos por elas cuidados, a enfermagem têm incluído em seus cuidados os aspectos espirituais. Esta relação de espiritualidade e tratamento vem se mostrando de grande importância, já que para muitos pacientes a crença espiritual e religiosa auxilia e mantém o sentido de esperança, proporcionando a sensação de bem-estar. Assim, a demonstração de preocupação e interesse por parte da equipe cuidadora em saber quais são as questões importantes e que estão servindo de aporte emocional para o paciente, fazem com que a percepção do sofrimento seja mais simplificada, e que a assistência e o suporte emocional ofertados sejam mais valorizados do que o nível de experiência técnica que o enfermeiro possa demonstrar (TEIXEIRA; LEFRÈVRE, 2006).

## **6.2 A forma de cuidado ao paciente oncológico**

A escuta implica uma certa abdicção de si. Nem sempre o importante no cuidado é passar informações, mas sim o difícil exercício da escuta. A escuta nem sempre é fácil de executar em meio ao atendimento, às vezes a profissional pensa que ficar ali, na beira do leito, parado, ao invés de estar realizando algum procedimento, é um tempo perdido. Para os pacientes esse momento de escuta do profissional, na maioria das vezes, é mais relevante do



que próprio tratamento clínico (CARVALHO; MERIGHI, 2005).

O tratamento do câncer deve ser abrangente, merecendo atenção não só as necessidades físicas, como também as necessidades psicológicas e sociais, incluindo a personalização da assistência, promoção de cuidados atraumáticos e direito à informação. Então, disponibilizar aos pacientes informações sobre a doença e o tratamento; prepará-las para receber os procedimentos; adotar medidas para o alívio e o desconforto; incluir a família no processo de cuidado, como também salvaguardar a tomada de decisão da família e do paciente, pode promover a auto-estima de todos que vivenciam este processo (LEMOS; LIMA; MELLO, 2004).

Vieira e Queiroz (2006) referem que a qualidade do cuidado ofertado pelos enfermeiros está diretamente relacionado à percepção das conseqüências que o diagnóstico de câncer atinge o modo de vida das pessoas envolvidas. Algumas destas conseqüências estão associadas ao aspecto social e familiar; outras, ao psiquismo, como idéias recorrentes de morte, o medo de mutilação e da perda de algumas pessoas de seu convívio. Assim, nos últimos anos a idéia de cuidado integral vem sendo amplamente divulgada, porém não é prevalente nos serviços de saúde brasileiros. Além disso, tal postura extrapola a competência do pessoal de enfermagem que, em geral, é treinado principalmente para lidar com o corpo físico e a dimensão biológica do indivíduo.

O cuidado de enfermagem ao paciente oncológico geralmente assume esse papel de integralidade, diferente das outras equipes de saúde, porém varia muito entre as instituições existentes no país, já que muitas destas assumem uma posição de imposição e ordem impostas pelo paradigma mecanicista. Desta forma, os funcionários ficam restritos a manutenção da ordem através do contato mínimo com os pacientes, restringindo-se apenas aos tratamentos mecanicistas despojados de consciência e destituídos de vida emocional, fazendo com que o cuidado seja parcial, incapaz de identificar as dificuldades e atribuições emocionais decorrentes do tratamento.

Lemos, Lima e Mello (2004) referem que os aspectos do tratamento e da doença devem ser discutidos com o paciente, uma vez que a falta de informações pode fomentar dúvidas que, por sua vez, darão margem a fantasias e equívocos. Quando os pacientes ainda não são adultos, a companhia dos pais é um meio de minimizar o sofrimento. Assim o cuidado vai além do paciente; a família, pais e mães necessitam de apoio e orientações para não desistirem. O trabalho deve ultrapassar os seus objetivos unicamente curativos relacionados à luta contra a doença, isto é, deve proporcionar condições para que a pessoa

com câncer e suas famílias saibam o que está acontecendo, para que a partir daí, possam entender o sentido e o significado da sua doença, criando soluções frente a essa nova circunstância de sua vida.

O cuidar em enfermagem representa uma atitude de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. É através de uma postura de empatia, de se colocar no lugar do outro com a finalidade de sentir o que o outro está sentindo que ocorre o desprendimento na tomada de ações para poder amenizar a dor vivenciada. Esta característica de cuidado faz parte da enfermagem em seu cotidiano, demonstradas através do convívio com o paciente e o tempo utilizado junto ao leito, da busca junto a outras equipes de atender as necessidades e solicitações do paciente, quando está aquém de suas capacidades técnicas ou científicas, do empenho através de suas atividades de promover o conforto e assegurar a manutenção da qualidade de vida (CLEMENTE; SANTOS, 2007).

## 7 O PROFISSIONAL ENFERMEIRO

A formação dos profissionais de enfermagem, geralmente, é para lidar com a doença dos pacientes em qualquer contexto na prestação de serviços, entretanto, a impotência em relação à morte faz com que as enfermeiras fiquem paralisadas frente a possíveis manifestações do câncer, entre elas, o sofrimento. Com isto, o cuidado ao paciente com câncer caracteriza-se freqüentemente por rotinas burocratizadas e mecanicistas em suas ações, inviabilizando um cuidado mais complexo que envolve a percepção do sofrimento nos pacientes com câncer (FRANÇOSO, 1996).

Segundo Labate e Cassorla (1999) a graduação em enfermagem proporciona na maioria dos seus currículos a vivência em diferentes campos, entre eles o contato com pacientes oncológicos. A escolha em que campo seguir se torna muito difícil, tendo em vista o curto espaço de tempo que se tem para conhecer mais intimamente cada local. Geralmente a proximidade com algum professor ou a identificação com a forma de que estes tratam os seus pacientes faz com que direcione os alunos a pensar em seguir aquele campo na vida profissional, buscando ser o seu mestre no amanhã.

Gutiérrez *et al.*, (2000) diz que entre as atividades desenvolvidas pelo profissional enfermeiro encontra-se a consulta de enfermagem, atividade determinada na legislação brasileira sobre o exercício profissional de enfermagem como privativo do enfermeiro. A consulta de enfermagem direcionada aos pacientes com câncer vem buscando espaço nos últimos anos e tem por finalidade sistematizar o processo assistencial de enfermagem, possibilitando, ainda, o melhor preparo de alunos de enfermagem, bem como a realização de pesquisas sobre a qualidade dos cuidados prestados. Esses cuidados buscam a identificação dos problemas do paciente na sua integralidade, bem como a explicitação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem, de modo a possibilitar a avaliação do alcance dos resultados das ações implementadas, com vistas a prevenir, aliviar ou resolver os problemas identificados.

Muitos profissionais recém formados na busca pelo primeiro emprego chegam sem experiência e acabam trabalhando no que lhes é oferecido, assim entram em contato com um campo que nem sempre é aprofundado e conhecido durante a vida acadêmica, a oncologia. Com isto, nem todos os profissionais que acabam trabalhando com portadores de câncer receberam o suporte adequado para cuidar das questões emocionais, chegando assim, prontos para tratar da doença, suas manifestações físicas, e não do fator psicológico.

As enfermeiras têm, na sua atividade profissional, como tarefa identificar e elaborar diagnósticos de enfermagem que se adequem as necessidades dos pacientes. Quando se analisa a prescrição de enfermagem nota-se uma ampla abrangência aos fatores psicobiológicos, porém quanto aos problemas relacionados às necessidades de auto-estima, auto-imagem, aceitação e segurança emocional, as intervenções de enfermagem ainda são escassas, não cobrindo esses problemas. Este fato se justifica pela falta de instrumentalização básica na graduação de enfermagem, tanto na abordagem dos pacientes quanto nas intervenções psicossociais e psicoemocionais. Com essas lacunas identificadas na implementação fica evidente a necessidade de melhor preparo dos seus executores e da ação efetiva de uma equipe multidisciplinar com vistas a produzir melhoria nos cuidados prestados ao paciente com câncer (GUTIÉRREZ *et al.*, 2000).

Segundo Vieira e Queiroz (2006), é importante lembrar que um processo de humanização na prestação de cuidado hospitalar passa necessariamente por uma reforma educacional. A formação profissional do enfermeiro, apesar das significativas mudanças na grade curricular que ocorreram nas últimas décadas, ainda é principalmente técnica. O desejo do contato emocional com o paciente é encontrado na maioria dos estudos sobre profissionais enfermeiros, porém iniciativas de promoção deste contato não são reforçadas.

Para a enfermagem é possível considerar os aspectos emocionais dos pacientes mesmo trabalhando em uma instituição no qual tal aspecto não é privilegiado. No entanto, em um contexto que passe a privilegiar este aspecto como fundamental à promoção da saúde, é preciso que haja um treinamento profissional específico e abrangente. Se aspectos humanizados forem realmente importantes para o cuidado e promoção de cura, como várias investigações científicas demonstram, é fundamental que iniciativas nesse sentido passem a ser geradas e orientadas (VIEIRA; QUEIROZ, 2006).

### **7.1 A escolha em trabalhar com o paciente oncológico**

Trabalhar com pessoas com câncer geralmente não é a escolha da maioria dos profissionais de enfermagem. A maioria das enfermeiras acaba tendo que entrar em contato com este tipo de clientela devido ao grande crescimento da doença entre a população. Mesmo em unidades de internação que não são diretamente ligadas ao tratamento de pacientes

oncológicos encontra-se muito com este tipo de clientela, pois as suas patologias primárias são de origem cancerosa. Mesmo quando o motivo da hospitalização não é o câncer, os pacientes têm toda a história de sofrimento e dor decorrentes da doença, podendo ser vencedores desta luta ou já terminais, acometidos de outras comorbidades que podem relacionar-se ao câncer.

Labate e Cassorla (1999) em seu trabalho mencionam que mesmo que as enfermeiras relatem que “caíram de pára-quedas” em cuidar de pacientes com câncer, através de suas indagações pode-se deduzir que não foi bem assim. De uma forma ou outra, encontra-se que sempre existe uma adesão voluntária, e mesmo que a escolha não tenha se dado de forma consciente, no sentido de uma determinação prévia, existiu aceitação espontânea, encontrando em cada tipo de câncer algum fator que as fizessem relacionar com a área com a qual primeiramente pretendiam seguir.

A ligação por ter conhecido alguém mais próximo ou até mesmo por ter vivenciado a dor de um ente querido faz com que as profissionais enfermeiras se identifiquem com o sofrimento e as manifestações decorrentes do câncer. A expectativa de ver aquelas pessoas as quais está sendo cuidado melhorarem faz do trabalho uma luta, e desta luta uma vitória ou perda a cada caso.

Inicia-se ainda na vida acadêmica os autoquestionamentos de que área seguir, que rumo será dado à profissão e que tipo de paciente desperta o seu interesse. Para Carvalho e Merighi (2005) estes questionamentos ainda na vida acadêmica são responsáveis pela escolha do campo em que pretende atuar após o fim da graduação. As atividades em campo de estágio são indispensáveis para traçar o rumo a ser tomado. Nos dias atuais, chama a atenção o cuidado humanizado e a sensibilização para o olhar neste cuidado, e encontra-se como critério de escolha para a atuação como enfermeira de pacientes oncológicos exatamente este intuito de um cuidado diferenciado, o despertar do interesse em lidar com a vida e morte, mas também, com a qualidade de vida daqueles que sobrevivem.

Vieira e Queiroz (2006) identificam que aqueles que escolhem trabalhar com pacientes oncológicos foram sensibilizados pelo sofrimento e pelas alterações que o câncer acomete na vida de cada pessoa. Trata de entender o cuidado e se sensibilizar das alterações do indivíduo como ser humano e não como mais um paciente disposto em um determinado leito com diagnóstico médico de câncer. Quem escolhe este tipo de assistência, geralmente, é porque se sente capaz ou tendenciado a minimizar os efeitos na vida do ser cuidado a nível emocional, promovendo apoio e auxiliando não somente com a capacidade técnica, mas com

suporte emocional que lhes é necessário.

## 7.2 O sofrimento pessoal

Os profissionais de saúde, em especial os de enfermagem, defrontam durante suas vidas quase que diariamente com a morte e com o sofrimento de sua clientela, vivenciando situações que mobilizam o lado emocional, por muitas vezes, de forma muito intensa.

O cotidiano de qualquer enfermeira está repleto de circunstâncias que lhes fazem tomar decisões de distanciamento dos pacientes por sofrerem emocionalmente com as alterações no estado de saúde daqueles por elas cuidados (LABATE; CASSORLA, 1999). Muitas vezes, o profissional fica temeroso em se relacionar mais proximamente dos pacientes por identificação as patologias, ao sofrimento ou a outros aspectos que acarretam no tratamento do paciente. Da mesma forma, teme represálias frente aos outros colegas e o sentimento de impotência para auxiliar (VIEIRA; QUEIROZ, 2006).

O sofrimento humano, o processo de morte, a divisão técnica ou social, as relações hierarquizadas e as grandes jornadas do trabalho desencadeiam respostas que predisõem ao sofrimento pessoal. No caso da enfermagem, considerada uma atividade predominantemente composta pelo sexo feminino, as atribuições do trabalho somam-se às do lar, gerando uma sobrecarga emocional e física, responsáveis por respostas geradoras de sofrimento e ansiedade.

Segundo Barros *et al.* (2003) as enfermeiras que lidam com o paciente em sofrimento e que possuem atribuições familiares estão predispostas à tensão, e também a apresentarem resposta às situações vividas utilizando os seus mecanismos de defesa. As respostas ao sofrimento variam de pessoa para pessoa, mas geralmente se apresentam de duas formas: podem lidar diretamente com o problema, resolvendo-o e tentando solucioná-lo, enfrentando os obstáculos; ou fugindo das ameaças e criando estratégias, como defesas reais ou imaginárias que possam minimizar seu impacto.

A equipe de saúde, desta forma, acaba temendo relatar o sofrimento pessoal fazendo do trabalho uma atividade mecanicista; trabalhando de forma “insalubre”, defendendo-se da própria impotência e fragilidade através de fantasias de onipotência, atribuindo o próprio sofrimento a outros fatores. Vieira e Queiroz (2006) referem que esta forma de autodefesa que

o profissional enfermeiro impõe, muitas vezes não se relaciona apenas ao medo do sofrimento próprio, mas também a imposição de algumas instituições de saúde pública do Brasil que preconizam a disciplina e a ordem sobre o paradigma mecanicista, onde seus funcionários devem restringir-se a manutenção da ordem incluindo a exigência de que os pacientes sejam tratados como mecanismos biológicos avariados, despojados de consciência e destituídos de vida emocional.

Encontramos nos hospitais aparelhos de alta tecnologia que são utilizados para manterem o organismo do paciente em funcionamento e profissionais treinados para manipulá-los, porém sem preparo para assistir as reais necessidades do paciente, em iminência de morte, e de sua família. A morte, quando não ocorre de forma natural e em idades mais avançadas, provoca um choque na equipe de enfermagem, despertando diversos sentimentos potencializadores de sofrimento. Quando existe um envolvimento, um vínculo afetivo com os pacientes devido a internações prolongadas e/ou freqüentes; e ocorre o interrompimento desta proximidade provocada pela morte, o sofrimento e o sentimento de perda são uma resposta a está separação não esperada. O caráter humano do trabalho de enfermagem faz com que o sofrimento aconteça frente às situações de morte (SIMONI; SANTOS, 2003).

A relação interpessoal e a vinculação afetiva de alguns profissionais com pacientes e suas famílias ocorre de forma intensa em alguns casos que chega a ponto de associarem a perda daquele enfermo como um membro da família ou um ente querido. Quando se trabalha com crianças, a perda parece manifestar sentimentos mais dolorosos, e que são mais intensos quando está relacionado a um vínculo afetivo. As enfermeiras geralmente tentam se distanciar da criação de laços afetivos exatamente por temerem a dor da perda, porém por serem elas aquelas que mais permanecem próximas, na maioria das vezes, acabam involuntariamente se apegando ao paciente (COSTA; LIMA, 2005).

Outro fator muito relacionado ao sofrimento da enfermagem está relacionado à frustração de não poder fazer mais nada, de estar impotente frente a sua assistência para a manutenção da vida. Em contraponto, existem profissionais que entendem esta morte como o descanso, o fim de um sofrimento prolongado. Clemente e Santos (2007) demonstram em seu estudo que pela proximidade do paciente quando em fim de vida, a enfermagem vivência a experiência do medo, da dor, da angústia, do sofrimento e da morte, o que interfere no nosso preparo para lidar com os anseios, as reações e as necessidades do paciente e família.

O processo de luto envolve diversos sintomas psicobiológicos e somáticos que causam

sentimentos desagradáveis. As pessoas enlutadas podem apresentar estes sintomas e precisam compreendê-los e vivê-los como manifestações normais frente à perda de alguém importante. Porém, os profissionais de enfermagem, geralmente, não se permitem viver este luto na tentativa de se protegerem ou então porque não estão preparados para conviver com essas manifestações somáticas e emocionais. Eles acreditam que sua postura deva ser firme e que reconhecer o seu sofrimento significa perder a índole. Ainda existe a visão de que o profissional deva ser indiferente à situação de morte para não atrapalhar na sua conduta frente à equipe (COSTA; LIMA, 2005; SIMONI; SANTOS, 2003).

O luto não vivido e o sofrimento dos profissionais de enfermagem estão interligados, necessitando de atenção, pois ocorre o desgaste natural devido à convivência com a perda e o sofrimento alheio que podem desencadear o surgimento da Síndrome de Burnout. Segundo Costa e Lima (2005), este é um termo relativamente novo utilizado para definir o desgaste e o sofrimento vivido pelos profissionais em suas atividades de trabalho. Descreve-se como uma reação à tensão emocional crônica gerada a partir do contato direto e excessivo com outros seres humanos em sofrimento.

No cuidado ao paciente portador de câncer percebe-se esse tipo de desgaste e contato mais intenso com o sofrimento, tanto dos pacientes como de seus familiares e amigos. Portanto, o sofrimento profissional é tão importante quanto o sofrimento daqueles que são cuidados, pressupondo que a saturação do cuidador pode desencadear manifestações a nível psíquico e físico, interferindo no desempenho e na conduta frente aos pacientes. Desta forma, perceber-se a importância da atenção por parte de toda a equipe de enfermagem em avaliar cada situação e auxiliar aqueles que necessitam de ajuda para superar e enfrentar essa dolorosa doença ocupacional (COSTA; LIMA, 2005).

Ajudar alguém nos momentos de sofrimento enriquece a aprendizagem, faz com que quando um paciente te agrida, tu lembres que aquela manifestação é a forma de extravasar e nos mostrar que ainda temos que aprender. Revela que cada caso é um caso, e que cada pessoa é diferente uma da outra, que tratar do sofrimento alheio traz o enriquecimento do próprio ser. Auxiliar alguém apenas na manutenção da vida só traz dor para aquele que pode estar por nos deixar, por isso por mais que a enfermagem seja formada para trazer vida, temos que aprender a lidar com a morte, e que quando a vida persiste devemos proporcionar conforto e alívio (TEIXEIRA; LEFÈVRE, 2006).

Devemos compreender as motivações pelas quais escolhe-se trabalhar com pacientes com câncer; quando adequadas, o trabalho se torna positivo e agradável, mas quando



inadequadas, deve-se reformular o porquê está ali, buscando auxílio em outros profissionais para desta forma encontrar o seu caminho, buscando uma vida profissional e pessoal mais tranqüila.

## 8 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO

Abaixo se apresenta um quadro relacionado os diferentes autores analisados com os principais assuntos e idéias abordadas, podendo desta forma tornar mais claro o resultado deste estudo.

<b>Autor</b>	1*. Câncer como sinônimo de morte e estigmatização social;	2*. Diagnóstico de câncer como gerador de alterações na vida; estilo de vida;	3*. Influência dos fatores culturais e experiências de vida na resposta à dor e ao sofrimento;	4*. Alterações emocionais como resposta em pacientes e familiares;	5*. Presença das enfermidades para pacientes;	6*. Sofrimento como parte do cuidado;	7*. Identificação das alterações psicológicas e físicas; parte da enfermagem;	8*. Rotinas e medo de envolvimento com o paciente;	9*. Vínculo da enfermagem com o tratamento;	10*. Sofrimento do profissional em lidar com os sentimentos do ser cuidado.
Almeida <i>et al.</i> (2001)	X	X	X							
Arantes e Mamede (2003)		X	X	X	X	X				
Barros <i>et al.</i> (2003)				X			X	X	X	X
Budó <i>et al.</i> (2006)			X	X						
Carvalho e Merighi (2005)		X		X	X	X		X	X	
Clemente e Santos (2007)				X				X	X	X
Costa e Lima (2005)						X	X	X	X	X
Françoso (1996)	X					X		X	X	

Continua...

## Continuação

Gutiérrez <i>et al.</i> (2000)					X	X	X	X	X	
Labate e Cassorla (1999)'							X			X
Lemos, Lima e Mello (2004)		X	X	X	X	X			X	
Pitta (1999)								X	X	X
Rezende (2000)	X	X			X		X			X
Silveira (2000)		X	X	X						
Simoni e Santos (2003)								X	X	X
Tavares e Trad (2005)	X	X	X	X						
Teixeira e Lefèvre (2006)	X	X	X			X	X		X	X
Trincaus e Corrêa (2007)	X	X	X	X				X		
Vieira e Queiroz (2006)		X	X	X	X	X	X	X	X	X

1\*. Câncer como sinônimo de morte e estigmatização social; 2\*. Diagnóstico de câncer como gerador de alterações no estilo de vida; 3\*. Influência dos fatores culturais e as experiências de vida na resposta à dor e ao sofrimento; 4\*. Alterações emocionais como resposta em pacientes e familiares; 5\*. Presença das enfermeiras para pacientes; 6\*. Sofrimento como parte do cuidado; 7\*. Identificação das alterações psicossomáticas por parte da enfermagem; 8\*. Rotinas e o medo de envolvimento com os pacientes; 9\*. Vínculo da enfermagem e pacientes durante o tratamento; 10\*. Sofrimento do profissional em lidar com os sentimentos do ser cuidado.

## Quadro 1 – Relação entre autores e assuntos/idéias analisados

O quadro acima possibilita discutir os resultados obtidos, entre os assuntos e idéias analisados frente aos diferentes autores, apresentando sua correlação.

Pode-se notar que para Almeida *et al.* (2001), Françaço (1996), Rezende (2000), Tavares e Trad (2005), Teixeira e Lefèvre (2006) e Trincaus e Corrêa (2007) o câncer ainda é visto como uma doença estigmatizante, permeada de repercussões sociais influenciadas pelos fatores culturais que o norteiam como sinônimo de morte entre a maioria da população. Ainda completam que o diagnóstico de câncer é um potencializador de preconceitos e discriminação,

sendo apresentado como castigo e desordem, revestido de valor simbólico especial associado à doença fatal e sofrimento insuportável que remete ao medo e a dor.

Almeida *et al.* (2001), Arantes e Mamede (2003), Carvalho e Merighi (2005), Lemos, Lima e Mello (2004), Rezende (2000), Silveira (2000), Tavares e Trad (2005), Teixeira e Lefèvre (2006), Trincaus e Corrêa (2007) e Vieira e Queiroz (2006) o diagnóstico de câncer pressupõe uma série de conseqüências que interferem no modo de vida, que influenciam no bem estar e nas ações do cotidiano, fazendo com que o paciente e suas famílias reestruturem sua trajetória de vida em virtude do tratamento da doença e da busca pela cura.

Almeida *et al.* (2001), Arantes e Mamede (2003), Budó *et al.* (2006), Lemos, Lima e Mello (2004), Silveira (2000), Tavares e Trad (2005), Teixeira e Lefèvre (2006), Trincaus e Corrêa (2007) e Vieira e Queiroz (2006) demonstram em seus estudos que a resposta humana ao sofrimento e a dor se articulam através de dimensões sociais e culturais; a adversidade do novo provoca reflexão, que varia em tempo e resposta, de um indivíduo para o outro. Estes autores descrevem que as experiências pessoais influenciam no comportamento e na tolerância às diversas sensações.

Arantes e Mamede (2003), Barros *et al.* (2003), Budó *et al.* (2006), Carvalho e Merighi (2005), Clemente e Santos (2007), Lemos, Lima e Mello (2004), Silveira (2000), Tavares e Trad (2005), Trincaus e Corrêa (2007) e Vieira e Queiroz (2006) concordam e reforçam que o câncer é responsável por alterações que comprometem no funcionamento biológico, sociais e afetivos de pacientes e familiares. Eles colocam que as respostas psicossomáticas e psicobiológicas são as principais decorrências do câncer, e que são responsáveis diretamente na adesão ao tratamento e na manutenção da qualidade de vida.

Arantes e Mamede (2003), Carvalho e Merighi (2005), Gutiérrez *et al.* (2000), Lemos, Lima e Mello (2004), Rezende (2000) e Vieira e Queiroz (2006) abordam que a presença e a atenção de um profissional são consideradas pelos pacientes mais importantes que a eficiência técnica na realização dos procedimentos. Ressaltam que por a enfermagem ser quem mais está presente, os pacientes esperam sua presença e um momento do seu tempo para que possam ser escutados, onde o profissional enfermeiro tratará não só das possíveis alterações físicas, mas também psicológicas.

Para Arantes e Mamede (2003), Carvalho e Merighi (2005), Costa e Lima (2005), Françoso (1996), Gutiérrez *et al.* (2000), Lemos, Lima e Mello (2004), Teixeira e Lefèvre (2006) e Vieira e Queiroz (2006) o cuidado integral e humanizado inclui a assistência e o suporte aos aspectos emocionais. Eles colocam que o cuidado deve atender as necessidades do

paciente, sejam elas quais forem, e que o aporte ao sofrimento faz parte deste cuidado. Referem em seus estudos que para os pacientes com câncer, um simples olhar, um aperto de mão, ou um abraço são tão importantes quanto as informações necessárias sobre a repercussão da doença.

Barros *et al.* (2003), Costa e Lima (2005), Gutiérrez *et al.* (2000), Labate e Cassorla (1999), Rezende (2000), Teixeira e Lefèvre (2006) e Vieira e Queiroz (2006) o reconhecimento e a valorização das alterações emocionais fazem parte do cuidado relacionado à qualidade da assistência prestada pela enfermagem. Cabe ressaltar que os autores não excluem ou denotam mais responsabilidades quanto ao suporte emocional para as enfermeiras, mas citam da importância destas identificarem e valorizarem as possíveis alterações por serem que mais tempo passam junto ao paciente.

Barros *et al.* (2003), Carvalho e Merighi (2005), Clemente e Santos (2007), Costa e Lima (2005), Françaço (1996), Gutiérrez *et al.* (2000), Pitta (1999), Simoni e Santos (2003), Trincaus e Corrêa (2007) e Vieira e Queiroz (2006) abordam que, apesar de muitos profissionais de enfermagem envolverem-se com o sofrimento e a trajetória da doença do paciente, ainda existem muitos destes que restringem seus cuidados por temerem este envolvimento e um provável sofrimento quando existe a perda. Entre os autores, Vieira e Queiroz (2006) tratam de uma forma especial o medo do envolvimento e a dificuldade que as enfermeiras encontram em algumas instituições públicas e particulares que impõem o cuidado mecanicista como forma de cuidado. De uma forma menos direta, os demais autores relacionam as rotinas e o medo do envolvimento como forma de prevenir o sofrimento pessoal.

Barros *et al.* (2003), Carvalho e Merighi (2005), Clemente e Santos (2007), Costa e Lima (2005), Françaço (1996), Gutiérrez *et al.* (2000), Lemos, Lima e Mello (2004), Pitta (1999), Simoni e Santos (2003), Teixeira e Lefèvre (2006) e Vieira e Queiroz (2006) ressaltam que todos os profissionais acabam criando vínculos com o paciente que permanece hospitalizado por longos períodos, porém, por a enfermagem ser quem fica mais tempo próxima do paciente é quem se envolve mais profundamente com os aspectos sociais e emocionais do pacientes. Referem que as enfermeiras, com o seu contato diário, são as que percebem mais facilmente as dificuldades que a doença repercute na qualidade de vida e que a possibilidade de recidiva de alguns tipos de câncer dificulta na adesão aos tratamentos.

Barros *et al.* (2003), Clemente e Santos (2007), Costa e Lima (2005), Labate e Cassorla (1999), Pitta (1999), Rezende (2000), Simoni e Santos (2003), Teixeira e Lefèvre

(2006) e Vieira e Queiroz (2006) abordam em seus estudos que a dificuldade de muitos enfermeiros em lidar com os sentimentos de seus pacientes, partem do sofrimento pessoal. O envolvimento e a presença junto ao paciente nos momentos difíceis repercutem em dor e desgaste, desta forma a ênfase na realização de tarefas mecanicistas demonstra a fuga por parte das enfermeiras a fim de evitar sentimentos indesejáveis e represarias por parte de algumas instituições de saúde que priorizam as atividades técnicas.

Através da discussão realizada acima, conclui-se que os autores concordam com grande parte dos assuntos tratados, completando, relacionando e ressaltando suas idéias uns com os outros sobre o sofrimento do paciente com câncer e a percepção das enfermeiras. Porém, nota-se que são apenas alguns autores que relacionam a percepção do sofrimento pela enfermagem com as repercussões do câncer. Nota-se que sobre os temas delimitados não houve discordância, apenas diferenciação dos enfoques de cada assunto. Assim, fica claro o caráter deste estudo em abordar de um modo geral o que existe de mais atualizado sobre o câncer, suas repercussões e a forma de cuidado por parte das enfermeiras.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico de câncer compromete significativamente a vida de pacientes e familiares principalmente no âmbito social e afetivo. Constatou-se que o acometimento do câncer desencadeia respostas que interferem na forma de cuidado e que dificultam a manifestação dos sentimentos. A trajetória da doença, as experiências de vida e os fatores culturais influenciam na resposta à patologia e induzem a comportamentos diversos, que devem ser observados pelas enfermeiras a fim de oportunizar um cuidado integral e humanizado.

Pode-se constatar, que a estigmatização social e associação da doença à morte remetem o paciente ao surgimento de sensações desagradáveis, sofrimento profundo e distanciamento do mundo social. Estes sentimentos distanciam paciente e cuidador e dificultam o estabelecimento de vínculos afetivos que podem auxiliar no tratamento.

A assistência ao paciente hospitalizado requer sensibilização por parte das enfermeiras, uma vez que esta pessoa está fora de seu núcleo familiar, convivendo com pessoas que até então eram desconhecidas. Com isto, familiares e pacientes necessitam de atenção; compreensão dos profissionais enfermeiros para auxiliá-los nos momentos de sofrimento. As enfermeiras representam o elo de ligação para os pacientes, portanto precisam estar preparadas e informadas para esclarecer as dúvidas dos pacientes, estabelecendo um cuidado individual para auxiliar no suporte às dificuldades geradas pela doença.

O cuidado integral aos pacientes oncológicos ultrapassa a barreira física imposta por muitas enfermeiras; relaciona as alterações psicossomáticas e psicoemocionais às respostas físicas da doença. Muitas destas enfermeiras possuem receio de envolver-se e com isto fazem do cuidado uma atividade mecanicista, assim, não conseguem perceber o sofrimento do paciente. Este distanciamento é desencadeado pelo medo do sofrimento pessoal e interfere diretamente no cuidado. Portanto, as enfermeiras devem compreender que a morte faz parte do ciclo vital de todos os seres vivos, e que se ela ocorre com o suporte emocional devido, a perda será igualmente sentida, mas com a certeza de que aquele que nos deixa recebeu todo o cuidado possível para evitar o seu sofrimento.

Identificou-se que a formação das enfermeiras ainda não direciona a atenção necessária para lidar com os sentimentos dos pacientes, principalmente com o sofrimento dos pacientes com câncer. Desta forma, a maioria não se encontra preparada para reconhecer e

compreender as manifestações de sofrimento e suas repercussões na vida dos pacientes oncológicos, porém, quando dispostas e sem receio de formar vínculos afetivos, mesmo sem o preparo adequado, conseguem perceber as alterações decorrentes da doença e disponibilizam os cuidados com qualidade integral, onde a dor física e a dor emocional merecem a mesma atenção. Portanto, deve-se oportunizar aos pacientes com câncer e seus familiares momentos para a escuta, para expressão dos sentimentos, minimizando os medos e a angústia. Apesar do pouco tempo disponível, as enfermeiras devem se manter atentas para observar qualquer mudança de comportamento dos pacientes e procurar ofertar, entre as suas inúmeras tarefas desempenhadas, algum tempo para ouvir, segurar a mão ou oferecer conforto através de uma simples palavra amiga.

A percepção das enfermeiras acerca do sofrimento ainda é um tema muito pouco discutido cientificamente e entre os profissionais. Portanto este trabalho fornece subsídios para uma reflexão acerca da forma de cuidado aos pacientes com câncer, como também, leva a repensar no preparo das enfermeiras para perceberem o sofrimento como necessidade de cuidado. Assim, mesmo com a limitação de material produzido na área de enfermagem, foi atendido o objetivo deste estudo, e acredita-se que este delineou caminhos a serem seguidos e questões a serem aprofundadas em pesquisas futuras, incentivando assim, acadêmicos e profissionais de enfermagem nesta busca de conhecimento.



## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. M. de. *et al.* Construindo o significado da recorrência da doença: a experiência de mulheres com câncer de mama. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 5, p. 63-69, set./out. 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692001000500010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000500010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 ago. 2007.
- ARANTES, S. L.; MAMEDE, M. V. A participação das mulheres com câncer de mama na escolha do tratamento: um direito a ser conquistado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, p. 49-58, jan./fev. 2003. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692003000100008&lng=e&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000100008&lng=e&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 03 set. 2007.
- BARROS, A. L. B. L. de *et al.* Situações geradoras de ansiedade e estratégias para seu controle entre enfermeiras: estudo preliminar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, p. 585-592, set./out. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692003000500004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000500004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 ago. 2007.
- BRANT, L. C.; GOMEZ, C. M. O sofrimento e os desafios na gestão do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p.939-952, out./dez. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000400017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 ago. 2007.
- BUDÓ, M. de L. D. *et al.* A cultura permeando os sentimentos e as reações frente à dor. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 1, p. 36-43, 2007. Disponível em: <[www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/300.pdf](http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/300.pdf)>. Acesso em: 10 ago. 2007.
- CARVALHO, M. V. B. de; MERIGHI, M. A. B. O cuidar no processo de morrer na percepção de mulheres com câncer: uma atitude fenomenológica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, nov./dez. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692005000600006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 ago. 2007.
- CLEMENTE, R. P. D. da; SANTOS, E. da H. dos. A não-ressuscitação, do ponto de vista da enfermagem, em uma Unidade de Cuidados Paliativos Oncológicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 53, n. 2, p. 231-236, abr./mai./jun. 2007. Disponível em: <[www.inca.gov.br/rbc/n\\_53/v02/pdf/secao\\_especial3.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_53/v02/pdf/secao_especial3.pdf)>. Acesso em: 10 ago. 2007.
- COSTA, J. C. da; LIMA, R. A. G. de. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 151-157, mar./abr. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-)

[11692005000200004&lng=en&nrm=iso](#)>. Acesso em: 17 set. 2007.

CRUZ, D. de A. L. M. da; PIMENTA, C. A. de M. Câncer e dor: alterações nos padrões de resposta humana. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11691999000300008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691999000300008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 jun. 2007.

FRANÇOSO, L. P. C. Reflexões sobre o processo do enfermeiro na área de oncologia pediátrica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, p. 41-48, dez. 1996. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=50104-11691996000300004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50104-11691996000300004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 abr. 2007.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 175 p.

GOLDIM, J. R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Dacasa, 2000. 179 p.

GUTIERREZ, M. G. R. de. *et al.* Natureza e classificação das intervenções de enfermagem em ambulatório de quimioterapia de adultos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 33-39, julho, 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692000000300006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000300006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 ago. 2007.

HAYAS, R. Uma mão amiga. **Revista da Associação Brasileira de Câncer**, ano 5, n. 31, p. 22-23, dez./jan. 2005/2006.

HANNA, A. **A condição humana**. 9. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999. 352p.

HEINE, E. Abaixo o sofrimento. **Revista da Associação Brasileira do Câncer**, ano 5, n. 30, p. 16-19, out./nov. 2005.

LABATE, R. C.; CASSORLA, R. M. S. A escolha do profissional de saúde em trabalhar com pacientes mastectomizadas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 101-105, abr./jun. 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44461999000200006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000200006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 03 set. 2007.

LEMOS, F. A.; LIMA, R. A. G. de; MELLO, D. F. de. Assistência à criança e ao adolescente com câncer: a fase da quimioterapia intratecal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 485-493, mai./jun. 2004 Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692004000300006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000300006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 ago. 2007.

LOPES, L. F.; CAMARGO, B. de; BIANCHI, A. Os efeitos tardios do tratamento do câncer infantil. **Revista da Associação Médica do Brasil**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 277-284, 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-4230200000300014&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-4230200000300014&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 03 Set. 2007.

MELLES, A. M.; ZAGO, M. M. F. Análise da educação de clientes/pacientes na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 5, p. 85-94, dez. 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11691999000500011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691999000500011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 ago. 2007.

PITTA, A. M. F. **Hospital: dor e morte como ofício**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1999. 198 p.

POPIM, R. C.; BOEMER, M. R. Cuidar em oncologia na perspectiva de Alfred Schütz. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 677-685, set./out. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692005000500011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000500011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 ago. 2007.

REZENDE, V. L. (Org.). **Reflexões sobre a vida e a morte: abordagem interdisciplinar do paciente terminal**. Campinas: Unicamp, 2000. 128 p.

SILVEIRA, M. L. da. **O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença**. 20. ed. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2000. 124 p. (Coleção Antropologia & Saúde)

SIMONI, M. de; SANTOS, M. L. dos. Considerações sobre cuidado paliativo e trabalho hospitalar: uma abordagem plural sobre o processo de trabalho de enfermagem. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 169-194, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=50103-6564200300200009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50103-6564200300200009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 28 abr. 2007.

STEIN, E. **Uma breve introdução à filosofia**. Ijuí: ed. Unijuí, 2002. 224 p. (Coleção Filosofia 1)

TAVARES, J. S. C.; TRAD, L. A. B. Metáforas e significados do câncer de mama na perspectiva de cinco famílias afetadas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 426-435, mar./abr. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2005000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000200009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 ago. 2007.

TEIXEIRA, J. J. V.; LEFÈVRE F. Religiosidade no trabalho das enfermeiras da área oncológica: significado na ótica do discurso do sujeito coletivo. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 53, n. 2, p. 159-166, abr./mai./jun. 2007. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/rbc/index.asp?conteudo=n\\_53/v02/sumario.asp&volume=53&numero=2](http://www.inca.gov.br/rbc/index.asp?conteudo=n_53/v02/sumario.asp&volume=53&numero=2)>. Acesso em: 12 ago. 2007.

TRINCAUS, M. R.; CORRÊA, A. K. A dualidade vida-morte na vivência dos pacientes com metástase. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 1, p. 44-51, 2007. Disponível em: <[www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/301.pdf](http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/301.pdf)>. Acesso em: 12 ago. 2007.

VENDRUSCOLO, D. M. S.; MANZOLLI, M. C. O currículo na e da enfermagem: por onde começar e recomeçar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, p. 55-70, jan/ 1996. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11691996000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691996000100006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 jul. 2007.

VIEIRA, C. P.; QUEIROZ, M. de S. Representações sociais sobre o câncer feminino: vivência e atuação profissional. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 63-70, jan./abr. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822006000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822006000100009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 ago. 2007.