

PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA QUANTO AO CUIDADO PRESTADO AO CLIENTE ONCOLÓGICO SEM POSSIBILIDADE TERAPÊUTICA**PERCEPTION OF NURSING TEAM OF INTENSIVE CARE UNIT ON THE CUSTOMER CARE PROVIDED WITHOUT POSSIBILITY ONCOLOGY THERAPY**

OLVANI MARTINS DA SILVA. Enfermeira. Mestre em Terapia Intensiva. Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina. Membro do Grupo de pesquisa Enfermagem, Cuidado Humano e Processo Saúde-Adoecimento.

BIBIANA MARTINI. Enfermeira. Especialista em Auditoria em Serviços de Saúde.

GEICIELI RIBEIRO. Enfermeira. Especialista em Enfermagem Pediátrica e Neonatal.

ROSANA AMORA ASCARI. Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina. Membro do Grupo de Estudos sobre Saúde e Trabalho - GESTRA/UDESC.

TANIA MARIA ASCARI. Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina. Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Cuidado Humano e Processo Saúde Adoecimento.

CLAUDETE APARECIDA MORETI. Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina.

Endereço para Correspondência: Rua Benjamim Constant, 164 D, Centro, CEP: 89802-200, Chapecó – Santa Catarina, Brasil. olvani.silva@udesc.br

RESUMO

O objetivo deste estudo é conhecer as percepções da equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva de uma instituição hospitalar da região Oeste de Santa Catarina acerca do cuidado prestado ao cliente oncológico sem possibilidade terapêutica. Pesquisa qualitativa do tipo descritiva, sendo a amostra constituída por seis profissionais de enfermagem atuantes na unidade de terapia intensiva pacientes no oeste de Santa Catarina. A equipe de enfermagem se mostrou abalada ao falar dos sentimentos acerca dos cuidados ao paciente oncológico fora das condições terapêutica, não possuem sugestões de melhorar a conduta diante da terminalidade, sendo possível perceber a existência de um paradigma em falar sobre a morte. Em suma desenvolver ações que estimulem a discussão, o debate sobre esse tema pode ajudar aos profissionais

de enfermagem a vencerem suas dificuldades e deste modo prestar um cuidado de excelência ao paciente oncológico sem possibilidade terapêutica.

PALAVRAS-CHAVE: Paciente sem possibilidade terapêutica. Equipe de Enfermagem. Unidade de Terapia intensiva. Cuidado. Paciente Oncológico.

ABSTRACT

The objective of this study is to understand the perceptions of the nursing staff of the Intensive Care Unit of a hospital in the western Santa Catarina regarding the care provided to the client without oncological therapeutic possibility. A descriptive qualitative research, the sample consists of six nurses working in intensive care unit patients in western Santa Catarina. The nursing staff showed shaken to talk about the feelings of care to cancer patients outside the therapeutic conditions, have no suggestions to improve conduct in the face of terminal illness, it is possible to perceive the existence of a paradigm in talking about death. In short develop actions that stimulate discussion, debate on this subject can assist nurses to overcome their difficulties and thus provide excellent care to cancer patients without therapeutic possibility.

KEYWORDS: Patient without therapeutic possibility. Nursing Team. Intensive Care Unit. Caution. Cancer Patient.

INTRODUÇÃO

Nos dias atuais, apesar do progresso da Medicina e cuidados de enfermagem em relação aos procedimentos realizados para o tratamento das doenças terminais, o câncer ainda é uma patologia que se reveste de estigmas, estando quase sempre associada a uma sentença de morte, podendo ocorrer, de forma inesperada, em algum momento da vida de uma pessoa que dificilmente encontra-se preparada para receber um diagnóstico que venha a interferir em seus hábitos, costumes, integridade física e ciclo biológico (SOUSA, 2009).

Segundo Thiery apud Amendola *et al.* (2006), algumas vezes o cliente com câncer vai para Unidade de Terapia Intensiva (UTI) sem prognóstico, pois não possui possibilidade terapêutica, mesmo assim esta unidade é considerada muito importante no que resultou em redução de 20% na mortalidade geral.

A partir do momento em que o cliente encontra-se na UTI, se percebe pelas pesquisas, que não é tarefa fácil para o enfermeiro (a) e sua equipe trabalhar com a angústia e sofrimento dos pacientes que se encontram em processo de morte. Uma vez que a equipe de enfermagem não é devidamente preparada para lidar com pacientes sem possibilidade de cura.

De acordo com Faria & Pereira (2007) a assistência ao cliente oncológico sem possibilidade terapêutica é um desafio para a família e equipe multidisciplinar, especialmente para o enfermeiro que mantém contato direto com o cliente por um tempo maior durante os cuidados intensivos.

Neste sentido, Costa apud Sousa *et al.* (2009) percebeu, que há profissionais de saúde, que chegam a afirmar que podem existir pacientes oncológicos com os quais se estabelece uma relação diferenciada e singular, e ao vivenciarem seu processo de morte, emergem sentimentos de tristeza e sensação de vazio, pois a preservação e o

prolongamento da vida são os seus objetivos, por conseguinte, podem sentir-se incapazes ou frustrados quando não obtêm êxitos em suas tentativas.

A enfermagem vem sendo construída, especialmente nas últimas três décadas, à luz de uma base humanista de atenção, que busca significado na existência do ser humano. É por meio do cuidado com a pessoa e com a vida, sob um enfoque humano, que se dá a verdadeira identificação profissional, pois a essência da Enfermagem se constroi a partir da relação com o outro independente de seu prognóstico (PESSOA *et al.* apud FAVERO, 2009).

Portanto, nesse estudo optou-se pela escolha de referencial teórico Jean Watson, que descreve sua teoria sobre o Cuidado de Enfermagem Transpessoal, sendo um marco teórico-filosófico e que teve origem em suas próprias crenças e valores acerca da vida humana, da saúde e da cura, fruto de suas experiências e observações. A autora dá enfoque humanístico ao cuidado, atendendo o indivíduo nas dimensões biopsicológica, espiritual e sociocultural, e considera que o objetivo da enfermagem é ajudar as pessoas a atingir o mais alto grau de harmonia entre mente-corpo-alma. Sua proposta é uma combinação do humanístico com o científico, dizendo que assim se delinea a essência do cuidado, cuja base integra as ciências biofísicas com as do comportamento humano (WATSON apud NASCIMENTO & ERDMANN, 2006).

Objetivou-se neste estudo investigar as percepções da equipe de enfermagem da UTI quanto ao cuidado prestado ao cliente oncológico sem possibilidade terapêutica, descrever o cuidado proporcionado a este paciente pela equipe de enfermagem na UTI, identificando os sentimentos da equipe de enfermagem frente a este paciente e ainda verificar a relação dessa equipe de enfermagem com a família do paciente.

MATERIALS E MÉTODOS

O presente estudo é de caráter fenomenológico, de natureza qualitativa, utilizando-se o referencial teórico proposto por Jean Watson, em sua Teoria sobre o Cuidado de Enfermagem Transpessoal. Essa proposta pode ser utilizada nos mais variados locais, pois a própria teórica afirma que a ciência do cuidado propõe que a Enfermagem, individual e coletivamente, contribua para a preservação da humanidade e busca sustentar o cuidado em instâncias em que esteja ameaçada, propondo cuidar da evolução e aprofundamento da espécie humana, além de servir para sustentar a humanidade no processo científico (WATSON apud FAVERO, 2009).

Tem como universo de pesquisa a Unidade de Terapia Intensiva de uma instituição hospitalar da região Oeste de Santa Catarina. Os sujeitos do estudo foram duas enfermeiras e quatro técnicos de enfermagem, sendo estes cinco do gênero feminino e um do gênero masculino, estando presentes no turno vespertino e noturno da unidade no dia da coleta de dados e disponibilizando-se a realizar entrevista. Totalizando a amostra em seis profissionais de enfermagem.

Os sujeitos da amostra foram selecionados por maior tempo de atividade de trabalho na unidade, por se acreditar que quando o profissional tem mais “intimidade” com o trabalho ele oportuniza vivências significativas que enriqueceram este trabalho e o torna fidedigno. Os entrevistados possuíam no mínimo um ano e nove meses, e máximo de treze anos de profissão. Solicitou-se antecipadamente a autorização com o termo de consentimento livre e esclarecido, por escrito, dos profissionais entrevistados, assegurando-o de ética e sigilo quanto a sua identidade.

A obtenção dos dados foi realizada por meio de entrevistas individuais, contendo 04 questões semiestruturadas que oportunizou o profissional transmitir suas percepções através das perguntas, as mesmas foram gravadas, tendo tempo médio de 10 minutos cada gravação. Os indivíduos foram identificados por suas iniciais do nome.

Após a coleta os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo.

O estudo foi desenvolvido respeitando os aspectos éticos e legais, assegurados pela Resolução 196/96 e 251/2007 do CONEP – Conselho Nacional de Ética em Pesquisa e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC sob o parecer 152/2009.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A partir do embasamento do referencial teórico e da coleta de dados, a maioria dos entrevistados refere na primeira pergunta, que os cuidados proporcionados ao paciente portador de uma doença oncológica sem possibilidade terapêutica na UTI, são os mesmos para todos os pacientes. Estes cuidados são os realizados de rotina na instituição como curativos, banho, hidratação, mudança de decúbito, higiene, alívio da dor, conforto, entre outros.

A razão que impulsiona o profissional na realização do cuidar inclui a necessidade de uma relação de afetividade, é um cuidado único, do ser humano em situação delicada, são pessoas especiais, cheias de incertezas, exigindo para seu cuidado um conhecimento técnico - científico (POPIM & BOEMER apud COSTA, 2008).

O cuidado definido por Watson é mais que uma conduta ou uma realização de tarefas, pois envolve a compreensão exata dos aspectos da saúde e a relação interpessoal entre enfermeiro e cliente (DECESARO *et al.* apud FAVERO, 2009).

Se por um lado a enfermagem tem através da prestação de seus cuidados a finalidade de contemplar os indivíduos com uma assistência holística em todo ciclo vital, por outro a literatura aponta que esta classe de profissionais ainda apresenta dificuldades em situações que envolvam a potencialidade, a iminência e a configuração de morte (SPEZANI & CRUZ, 2002).

O processo do cuidar envolve relacionamento interpessoal originado no sentimento de ajuda e confiança mútuas. Logo, cuidar é servir, é perceber o outro em pequenos gestos, em pequenas falas, em suas limitações, é uma palavra de carinho e, para realizar esse cuidar, é preciso que os profissionais tenham afinidade e afetividade em relação aos clientes, principalmente no caso dos portadores de câncer (FUREGATO apud GARGIULO, 2007).

Spezani & Cruz (2002) afirmam que embora faça parte do ciclo natural da vida, a morte ainda nos dias atuais é um tema bastante polêmico, por vezes evitado e por muitos não compreendido, gerando sentimentos de medo e ansiedade nas pessoas. Se no contexto social adquire vastos significados, nas unidades de terapia intensiva as suas nuances são acentuadas por serem locais onde o viver e o morrer se aproxima com maior frequência, principalmente a equipe de enfermagem.

Percebe-se que a equipe de enfermagem perante o paciente oncológico sem possibilidade terapêutica, passa a referenciar um novo tipo de cuidado já que o cuidado curativo não é mais viável neste momento da vida do cliente, assim nas falas desta pesquisa é citado cuidados que melhorem a qualidade de vida e alívio da dor.

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA) apud Marcucci (2005) o alívio da dor tem um papel de destaque nos cuidados paliativos, buscando acima de tudo o bem estar e o conforto do paciente. Existem vários meios de aliviar a dor, muitos dos quais já comprovados, outros, porém carecem de estudos aprofundados. A dor é constituída por componentes físicos, mentais, sociais e espirituais, o que revela a importância da atuação multiprofissional.

Segundo Sapolnik (2009) e Toledo apud Costa (2008) o cuidado paliativo é definido como aquele prestado no fim da vida, principalmente nos hospitais. É associado ao cuidado da dor, no entanto existem pessoas treinadas para tal assistência, mesmo havendo identificação com o tipo de cliente, o enfermeiro adquire mecanismos psicológicos de defesa frente ao paciente no seu fim de vida.

Apesar de a morte ser uma realidade no dia-a-dia dos enfermeiros, nota-se um obstáculo dos profissionais ao lidar com tal situação. A meta do enfermeiro é a melhora do paciente, mas ocorrendo o percurso contrário, a morte do cliente é interpretada como sendo uma falha, fracasso, tanto pelo profissional quanto por outros (POLES & BOUSSO apud COSTA, 2008).

Pessini apud Marcucci (2005) fala que os Cuidados Paliativos implicam numa visão holística, que considera não somente a dimensão física, mas também as preocupações psicológicas, sociais e espirituais dos pacientes. Para estes casos o problema não é somente de diagnóstico e de prognóstico, mas é necessário que o profissional e o paciente revejam e estabeleçam suas próprias definições de vida e morte.

As competências da equipe multidisciplinar as abordagens dos cuidados paliativos unem: conhecimento, habilidade de aconselhamento, equipe próxima, avaliação e administração do controle da dor e sintomas, profissionalismo, qualidade humanística e ética (DOYLE *et al.* apud MACHADO *et al.*, 2007).

Sendo assim, é necessário aprender a lidar com as perdas em um contexto de doença sem prognóstico. Este é um desafio que poucos se disponibilizam a discutir, e muito menos a enfrentar. Cuidar de indivíduos com doenças terminais e seus familiares é uma atividade ou um modelo de atenção à saúde que vem sendo denominado “cuidado paliativo” (SOUZA & LEMONICA apud MACHADO *et al.*, 2007).

Estas discussões expostas nos levam a segunda questão que relaciona os tipos de sentimentos vivenciados por toda equipe de enfermagem na UTI, ao cliente oncológico.

Quando questionados, todos os profissionais expressaram sentimentos como abalo emocional, pesar, impotência perante o paciente oncológico sem possibilidade terapêutica na UTI, porém os estímulos que os levam a despertar esses sentimentos estão relacionados a questões interpessoais. Revelando que os entrevistados assimilam a experiência com seus familiares, à frequência de internações do cliente e/ou relacionadas a etapas da vida como crianças e idosos.

“(...) assim aqueles pacientes que mais internam a gente sente mais porque sabe que não vai ter retorno e que vai ser o fim no caso. Eu sinto bastante principalmente entre crianças e idosos, porque tem um contato maior e por mais tempo às vezes.” (Téc. Enf. G.C.T.)

Sousa *et al.* (2009) afirma que o sentimento de perda em relação ao paciente torna-se mais profundo quando se trata de uma criança, onde há um envolvimento maior com a enfermeira, talvez pela própria singularidade da infância ou por se considerar esta perda como uma morte inoportuna. Este fato foi comprovado durante os depoimentos,

onde se verificou uma maior ênfase ao sofrimento enfrentado pelos profissionais que se deparam com a criança oncológica hospitalizada.

As reações de perdas que os profissionais de saúde vão tendo ao longo da vida, em nível físico, emocional, social e espiritual variam de pessoa para pessoa e depende das circunstâncias que rodeiam a morte: tipo de relação que existia entre ambos, qualidade dos mecanismos de defesa utilizados, entre outros (CALLANAN *et al.* apud RIBEIRO, 1998).

Em seu estudo Sousa *et al.* (2009) percebeu, que o envolvimento no processo de morte e morrer está intensamente aliado com o período de permanência do paciente durante a internação, o que contribui para que o sofrimento da enfermeira tornar-se mais intenso com a morte dos pacientes que permanecem mais tempo hospitalizados, com os quais consequentemente forma-se um maior vínculo.

Cabe lembrar que a nossa sociedade costuma valorizar as pessoas com base em várias características como a idade, classe social, ocupação, entre outras. A idade parece ser a característica mais expressiva, pois representa a potencialidade que uma pessoa tem para contribuir com a sociedade (SALOUM & BOEMER apud SHIMIZU, 2007).

É notório, que o enfermeiro se preocupa com o cuidado do cliente em uma variedade de momentos associado à saúde, principalmente se não há possibilidade de cura. O investimento na humanização proporciona uma qualidade no atendimento aos pacientes e familiares, dispendo uma maneira melhor em saber lidar com os sentimentos dos outros e com suas próprias emoções (COSTA, 2008).

O sofrimento das pessoas que compõem a equipe de Enfermagem parece ser mascarado pelo cumprimento das rotinas. Este sofrimento decorrente do envolvimento emocional da equipe são fatos vivenciados na unidade hospitalar e estão diretamente ligados aos valores pessoais e interpessoais, à história de vida e à patologia que acomete o paciente (HORTA apud RIBEIRO, 1998).

Assim, no presente estudo percebe-se nos relatos dos profissionais os sentimentos de sentirem-se abalados por ter um membro na família acometido pelo câncer e sentimentos de pesar pelo fato dos pacientes não estarem com suas famílias neste momento de terminalidade.

Na vida profissional, o deparar constante com situações estressantes e de “*perda*” de pacientes, proporciona aos profissionais de saúde, momentos de reflexões e capacidade de observação aguçada, ainda que as sistematizadas. Essas reflexões são realizadas rotineiramente acerca do processo de identificação e imagens simbólicas dos indivíduos “*saudáveis*” que assistem e participam da morte do “*outro*” (CALLANAN *et al.* apud RIBEIRO, 1998).

Watson (2005) parte para um novo processo, desenvolvendo a evocação ostensiva da junção do amor e cuidado, num paradigma expandido, no qual as dimensões espirituais e existenciais podem se conectar aos processos de experiências humanas de vida (WATSON apud FAVERO, 2009).

Sendo que a impossibilidade de cura não significa a deterioração da relação profissional-paciente, mas sim o estreitamento desta relação que certamente pode trazer benefícios para ambos os lados. Por vezes é necessário ver o paciente como ser ativo no seu tratamento podendo participar dos processos de decisão e dos cuidados voltados para si (MCCOUGHLAN apud MARCUCCI, 2005).

A humanização do morrer apoia a concepção de que a morte não é um inimigo a ser combatida, ela faz parte do ciclo da vida e do adoecimento, e os cuidados paliativos têm por objetivo o bem estar da pessoa, mesmo quando a cura é impossível (BORGES *et al.* apud COSTA, 2008).

A Teoria do Cuidado Humano está centrada no conceito de cuidado e em pressupostos fenomenológicos existenciais, que traz o olhar para além do corpo físico. É a abertura e atenção aos mistérios espirituais e dimensões existenciais da vida e da morte, cuidado da sua própria alma e do ser que está sendo cuidado (WATSON apud FAVERO, 2009).

Marcucci (2005) acredita que a comunicação é essencial para o alívio do sofrimento e ajuda ao paciente a encontrar um senso de controle. A comunicação pode dissipar o sentimento de abandono, que é um dos principais desgostos enfrentados pelo paciente e familiares. Através da discussão do prognóstico e explicação da internação hospitalar, os profissionais de enfermagem podem demonstrar sua atenção e mutualidade frente ao estado do paciente, respeitando as diferenças culturais e convencendo que o crescimento pode ocorrer mesmo no fim da vida, sendo que perto dos familiares torna-se saudável. A presença da família é apontada pela entrevistada como essencial para a humanização do processo de morrer:

“Sinto na verdade um pouco de pesar por este paciente não estar neste momento final da vida acompanhado da família. Na verdade aqui, antigamente tínhamos mais pacientes oncológico terminal na UTI, mas hoje a gente já não tem tanto porque aos poucos a gente conseguiu ir conversando com a família e fazendo com que eles entendam que neste processo final da vida é melhor que eles estejam no quarto com a família do que aqui na UTI só ao redor de aparelhos e sem a presença da família.” (Enf. L.B.).

Na terceira questão os entrevistados são indagados sobre o relacionamento da equipe de enfermagem com os familiares do paciente oncológico sem possibilidade terapêutica. Onde a maioria garante que o relacionamento é bom, com bastante conversação, muitas vezes desenvolvendo vínculos de amizade com a família.

Segundo Marques *et al.* (2009) a comunicação é estratégia básica para a humanização da assistência, que consiste em perceber cada ser humano como um indivíduo único, com necessidades específicas, otimizando o exercício de sua autonomia, facilitando a interação entre eles por meio de diálogo aberto entre quem cuida e quem é cuidado.

Deste modo, a comunicação é essencial para uma melhor assistência ao cliente e principalmente à família que estão vivenciando o processo de hospitalização, podendo resultar em estresse e sofrimento. Para tanto, a equipe de enfermagem deve ser capacitada a reconhecer a interação enfermeiro–família, estabelecendo atitudes de sensibilidade e empatia entre todos, propiciando um relacionamento agradável e humanizado (SIQUEIRA *et al.*, 2006).

Segundo Silveira *et al.* (2005) a equipe de enfermagem precisa falar o provável, deixando a família ciente da gravidade da situação, através de informações precisas, certificando-se com clareza do entendimento dos mesmos. É necessário manter uma atitude humanizada, dispensando atenção ao paciente, amigos e familiares, criando um ambiente em que as relações interpessoais tornam-se possíveis. Precisa-se manter uma posição de questionar nossas ações e a dos outros, aprender a tolerar, aceitar e enfrentar ansiedades, desenvolver a capacidade de lidar com receios, medos, perdas, com frustrações que podem emergir da relação construída entre a equipe, com os pacientes e com os familiares.

Vale ressaltar, que a família do cliente com câncer merece apoio e cuidados especiais por parte dos enfermeiros, pois é ela que dá o suporte para enfrentar as

diferentes crises da vida, as rupturas emocionais, conflitos, bem como, protege e define padrões de comportamento, valores e crenças (ZANCHETTA apud GARGIULO *et al.*, 2007).

A família, principalmente aquela a que pertence um paciente com câncer, pode apresentar sentimentos de medo, culpa, depressão e raiva, devendo a enfermeira direcionar suas atenções. Os profissionais devem estar atentos, conhecer e reconhecer estes sinais, agindo em função de suas necessidades que podem ser, dentre outras, de esperança, informação e apoio (GARGIULO *et al.*, 2007).

Juntamente com o bom relacionamento mencionado nas entrevistas a equipe de enfermagem conta com o apoio e acompanhamento multiprofissional, possuindo psicóloga e assistente social, facilitando a inter-relação e a comunicação da equipe com os familiares. Como pode ser percebido nos depoimentos onde a equipe aponta que o relacionamento com a família é “tranquila”.

“O relacionamento de toda a equipe com a família é bem tranquilo. A gente conta ainda com o trabalho da assistente social para o acompanhamento desses familiares, então ela faz esse envolvimento com os familiares e a enfermagem fazendo a nossa aproximação. E principalmente com o paciente oncológico é mais fácil porque a família já está esperando que a morte aconteça, só não conseguiu ainda assimilar esse processo de acompanhar a morte de perto. Então como eles não conseguiram trabalhar com eles esse processo do ver o paciente morrer, assim eles acaba optando por transferir o paciente para UTI e quem acompanha esse processo é nós. Mas os familiares sempre estão esperando, nunca levam por uma surpresa”. (Enf. L.B.)

Segundo Soares (2007) muitos profissionais de saúde que atuam em UTI ainda acreditam que o cuidado dos familiares dependa basicamente de habilidades e características individuais, e que esta responsabilidade seja exclusiva de profissionais específicos como psicólogos e assistentes sociais. Entretanto, embora esses profissionais tenham extrema importância nesse processo, o cuidado dos familiares é de responsabilidade de todos na UTI.

De acordo com Hinton apud Araújo (2009) os familiares tendem a separar o momento da morte do contexto dos cuidados, optando claramente pela ocorrência da morte em um hospital, muitas vezes na UTI. A ruptura definitiva que se dá com a morte é, ainda, uma situação difícil de confrontar, principalmente para a família, que se dedica aos cuidados dos pacientes, e esse momento da morte, de fato, representa o fim de uma jornada.

O autor salienta ainda que de fato os familiares optem para que a morte ocorra na UTI devido às dificuldades existentes no momento da morte, sendo isso um fator de estresse importante, mostrando que há nítida distinção entre os cuidados com os pacientes e morte, ou seja, a família cuida, de fato, da vida.

Quando abordado na quarta questão sobre as dificuldades que a equipe apresenta frente ao atendimento ao paciente oncológico sem possibilidade terapêutica na UTI a maioria da equipe respondeu não encontrar dificuldade frente ao atendimento. Deste modo, a maior parte dos entrevistados, acredita compreender o processo de morrer destes pacientes de forma mais natural possível.

Gauderer apud Nieweglowsk & More (2008), por sua vez, aponta que o “medo” da morte, por parte da equipe de saúde, faz com que seus integrantes se voltem para as

questões orgânicas e deixem de lado os aspectos emocionais, pois teriam que se deparar com suas próprias questões emocionais.

Percebesse ainda que existe contrariedade entre as falas, como pode ser observado na fala seguinte:

“Eu vejo que na UTI não há dificuldade, tentamos tratá-los todos iguais indiferente da patologia. Procura não demonstrar os sentimentos em relação aos pacientes.” (Téc. Enf. G.C.T.)

Porém alguns divergem neste aspecto, apontam que há uma dificuldade relacionada ao momento da morte, e que isso é sentido em forma de sofrimento.

“Na verdade qualquer paciente que não existe a possibilidade terapêutica, ocorre uma dificuldade de a equipe aceitar que não existem mais o que ser feito, com certeza essa dificuldade toda a equipe sente. O que pode ser feito, daria para trabalhar a parte emocional, porque pode mexer com a estrutura da equipe que trabalha na UTI.” (Enf. N.P.B.)

Embora a morte seja um evento bastante presente em seu cotidiano, observa-se dificuldade por parte dos profissionais, não apenas em aceitar, mas como manejar de modo adequado à situação, sobretudo, quando se trata de uma criança e sua família (POLES, 2006).

O processo “clinical caritas” proposto por Watson surgiu na busca da teórica para que o cuidado de enfermagem transcendesse o diagnóstico médico, a doença, ou o cenário em que este se encontra, para não se limitar a um corpo físico ou à doença, existindo a necessidade de ir além, transcender a matéria, buscar a plenitude do cuidado (FAVERO *et al.*, 2009).

Ao tomar consciência de sua fundamental importância no desenvolvimento de atividades que proporcionem conforto e bem-estar físico e mental à pacientes, fora de possibilidades terapêuticas, as enfermeiras encontram-se diante do paradoxo existente entre o cuidar de forma humanizada e suas convicções socioculturais que envolvem o medo, a angústia e as dificuldades diante do prognóstico do paciente oncológico (SOUSA *et al.*, 2009).

O autor ainda ressalta que a morte pode ser entendida como um fracasso, pois o que sempre se busca é a melhora do paciente em direção à saúde e nunca em direção contrária. Se o profissional não consegue alcançar seu objetivo ou, mais especificamente, se o paciente morre, a atuação pode ser vista por ele e pelos outros como fracassada. Essa forma de proceder evidencia o entendimento de que a morte não é mais considerada como o limite natural da vida humana, ou algo inerente à própria existência. Nessa concepção, o paradigma de curar, vencer a morte, facilmente, torna o profissional prisioneiro do domínio tecnológico e científico.

REFLEXÕES

Neste estudo buscou-se compreender os cuidados prestados ao cliente oncológico sem possibilidade terapêutica internado na UTI, porém não bastava a visão do enfermeiro e sim dos técnicos de enfermagem também, pois estes formam a equipe de enfermagem e sua interação é refletida no cuidado prestado ao cliente.

Como a essência da enfermagem é o cuidado, utilizou-se como referencial teórico Jean Watson, pois esta fundamenta-se no cuidado de enfermagem transpessoal, na compreensão não somente do físico, mas do biopsicossocial tanto do cliente e sua família, como dos profissionais da saúde, permitindo assim uma reflexão do morrer na UTI.

Ao se pronunciar UTI parte-se da ideia de um ambiente pouco humanizado, que compreende equipamentos, práticas assistenciais mecanicistas de toda equipe de enfermagem e ausência de comunicação com os clientes devido à patologia e prognóstico. Porém percebeu-se que a UTI é intensamente humanizada pelo contato direto com o cliente tanto na assistência tecnicista e na comunicação durante a realização dos procedimentos, pois a todo o momento o paciente quando verbaliza sente a necessidade de interagir com a equipe de enfermagem sobre suas dúvidas e anseios diante do quadro clínico principalmente quando não existe possibilidade terapêutica.

Quando se esgota todos os recursos de cura, o que se tem a realizar é um cuidado de qualidade permitindo uma morte digna ao paciente. Assim nos deparamos com os cuidados paliativos que vem sendo difundido no Brasil devido ao aumento das doenças crônicas como o câncer em questão, e que abala emocionalmente os profissionais da saúde por não estarem preparados para compreender a morte como natural. Sabe-se que a equipe de enfermagem intensivista é preparada teoricamente durante a fase acadêmica para competências técnicas, mas sente dificuldade em lidar com os sentimentos de perda.

Durante a realização da entrevista com a equipe de enfermagem percebeu-se que existente facilidade ao falar das competências técnicas, mas quando indagados sobre os sentimentos em relação ao paciente que não tem cura, mostraram-se abalados e associando sua resposta na experiência de vida. Contudo apresenta-se uma contradição de respostas quando se pergunta sobre as dificuldades diante deste cliente, em que todos dizem não ter dificuldade e não possuem sugestões de melhorar a conduta diante da terminalidade, nos deparamos com o paradigma do falar sobre a morte, já que se evitou relatar das dificuldades com o tema em questão.

REFERÊNCIAS

1. AMENDOLA, Cristina P. et al. A Doença Oncológica não deve ser um Fator Limitante para Admissão na UTI de Pacientes Submetidos a Cirurgias de Alto Risco. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 18, n. 3, jul/set, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v18n3/v18n3a06.pdf>>. Acesso em: 07 maio 2012.
2. ARAUJO, L.Z.S. et al. Cuidador principal de paciente oncológico fora de possibilidade de cura, repercussões deste encargo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, fev. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/05.pdf>>. Acesso em: 18 set 2012.
3. COSTA, J.C. et al. O enfermeiro frente ao paciente fora de possibilidades terapêuticancológicas: uma revisão bibliográfica. **Vita et Sanitas**, Trindade/Go, v. 2, n. 02, 2008. Disponível em: <http://www.fug.edu.br/revista_2/pdf/artigo_10.pdf>. Acesso em: 10 set 2012.
4. COSTA, S.C.; FIGUEIREDO, M.R.B.; SCHAURICH, D. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000500009&script=sci_arttext>. Acesso em: 26 set 2012.
5. FAVERO, L. et al. Aplicação da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson: uma década de produção brasileira. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 2, p.213-8, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n2/a16v22n2.pdf>>. Acesso em: 15 set 2012.
6. FARRIA, M. D.; PEREIRA, M. S. Olhar do enfermeiro na assistência aos familiares de clientes fora de possibilidade terapêutica. **Webartigos**, nov. 2007. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/articles/2832/1/cuidados-paliativos---o-olhar-do-enfermeiro-na>>

- [assistencia-aos-familiares-de-clientes-fora-de-possibilidade-terapeutica/pagina1.html](#)>. Acesso em: 11 maio 2012.
7. GARGIULO, C.A. et al. Vivenciando o cotidiano do cuidado na percepção de enfermeiras oncológicas. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 4, out/dez; 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072007000400014&script=sci_arttext >. Acesso em: 07 maio 2012.
 8. MACHADO, K.D.G.; PESSINI L.; HOSSNE, W.S. A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da bioética. **Centro Universitário São Camilo**, v. 1, n. 1, p.34-42, 2007. Disponível em <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/54/A_cuidados_paliativos.pdf>. Acesso 07 maio 2012.
 9. MARCUCCI, F.C.I. Fisioterapia em cuidados paliativos a pacientes com câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 1, p. 67-77, 2005. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v01/pdf/revisao4.pdf>. Acesso em: 10 set 2012.
 10. MARQUES, R.C.; SILVA, M.J.P.; MAIA, F.O.M. Comunicação entre profissional de saúde e Familiares de pacientes em terapia intensiva. **Revista de Enfermagem - UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, jan/mar. 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a17.pdf>>. Acesso em: 18 set 2009.
 11. NASCIMENTO, K. C.; ERDMANN, A.L. Cuidado Transpessoal de Enfermagem a Seres Humanos em Unidade Crítica. **Rev. Enfermagem - UERJ**. Rio de Janeiro, v.14, n. 3. set. 2006. Disponível em: <http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-35522006000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 maio 2012.
 12. NIEWEGLOWSKI, V.H.; MORE, C.L.O.O. Comunicação equipe-família em unidade de terapia intensiva pediátrica: impacto no processo de hospitalização. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 25, n. 1, jan/mar 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2008000100011&lng=e&nrm=iso>. Acesso em: 29 set 2012.
 13. POLES, K.; BOUSSO, R.S. Compartilhando o processo de morte com a família: a experiência da enfermeira na UTI pediátrica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 set 2012.
 14. RIBEIRO, M.C.; et al. A percepção da equipe de enfermagem em situação de morte: ritual do preparo do corpo "pós-morte". **Revista Escola de Enfermagem - USP**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 117-23, ago. 1998. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/425.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2012.
 15. SAPOLNIK, R. Suporte de terapia intensiva no paciente oncológico. **Jornal de Pediatria**. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572003000800013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 set. 2012.
 16. SHIMIZU, H.E. Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 3, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 maio 2012.
 17. SILVEIRA, R.S. et al. Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na UTI. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. spe, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000500016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 maio 2011.
 18. SIQUEIRA, A.B. et al. Relacionamento enfermeiro, paciente e família: fatores comportamentais associados à qualidade da assistência. **Arq. Méd. ABC**, São Paulo, v. 31, n. 2, jul-dez 2006. Disponível em: <<http://www.akademus.org/arquivos/uti04.pdf>>. Acesso em: 29 Set 2009.
 19. SPEZANI, R.; CRUZ, I. Produção Científica de Enfermagem sobre ansiedade e morte: implicações para o enfermeiro de terapia intensiva. Disponível em: <<http://www.uff.br/nepae/siteantigo/ansiedadeemorte.doc>>. Acesso em: 10 set 2009.

20. SOARES, M. Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 4, Dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2007000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 Set 2009.
21. SOUSA, D.M. et al. A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 1, mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 maio 2009.
22. WATSON, J. O cuidar como essência e ciência da enfermagem e dos cuidados médicos. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 143-149, 2009. Disponível em: <http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/67/143a149.pdf>. Acesso em: 15 set 2009.

