

PESQUISA

PALLIATIVE CARE: ONE WAY TO REFLECT THE APPROACH OF THE ONCOLOGY NURSE TO THE CLIENT

CUIDADO PALIATIVO: UMA FORMA DE REFLETIR A ABORDAGEM DO ENFERMEIRO AO CLIENTE ONCOLÓGICO

CUIDADOS PALIATIVOS: UNA FORMA DE REFLEJAR LA ABORDAJE DE LA ENFERMERA DE ONCOLOGÍA EN LOS CLIENTES

Juliana Dias de Medeiros¹, Raphaella Lopes da Costa², Lucia Elena Correia Lopes³, Natalia Torres Benevides de Queiróz⁴, Selma Vaz Vidal⁵, Paulo Sergio da Silva⁶

ABSTRACT

Objective: To know the meaning of care arising from actions performed by the oncology nurse to the client in the process of dying. **Methods:** The method chosen was qualitative. The research site was a public hospital in Rio de Janeiro, for the realization of customer care practices on advanced oncological conditions. Those involved in this study were twelve nurses. The production data was from a semi-structured interview. **Results:** The analysis underlie significant contents of the main customer care practices oncology infinitude; family-client interaction in the space of home care; interfaces of the biomedical model of care and sensitive approach by the nurse in the oncology client. **Conclusion:** Care full this type of client is evaluated and included within the perspectives of care by nurses, as one that converges to enhance well-being to clients involved in finitude. **Descriptors:** Nursing care, Nurse-patient relations, Hospice care.

RESUMO

Objetivo: Conhecer o significado oriundo das ações de cuidar realizado pelo enfermeiro ao cliente oncológico no processo de morrer. **Métodos:** O método escolhido foi o qualitativo. O local de investigação foi um hospital público no Rio de Janeiro, destinado a realização de práticas de cuidado a clientes em condições oncológicas avançadas. Os envolvidos nesse estudo foram doze enfermeiros. A produção de dados ocorreu a partir de uma entrevista semi-estruturada. **Resultados:** Os conteúdos significativos de análise perpassam pelas principais práticas de cuidado ao cliente oncológico em finitude; interação família-cliente no espaço de cuidar domiciliar; interfaces do modelo biomédico e do cuidado sensível na abordagem pelo enfermeiro ao cliente oncológico. **Conclusão:** O cuidado nesse tipo de cliente é avaliado e incluído, dentro das perspectivas do cuidar, pelos enfermeiros, como aquele que converge para promoção do bem-estar aos clientes envolvidos no processo de finitude. **Descritores:** Cuidados de enfermagem, Relações enfermeiro-paciente, Cuidados paliativos.

RESUMEN

Objetivo: Conocer el significado de las acciones de la atención realizada por la enfermera de oncología para el cliente en proceso de morir. **Métodos:** El método fue de tipo cualitativo. El sitio de investigación fue hospital público de Rio de Janeiro, destinado la prácticas de atención al cliente en patologías oncológicas. Las personas involucradas en este estudio fueron doce enfermeras. Los datos de producción fue de una entrevista semi-estructurada. **Resultados:** La discusión de los datos tiene un contenido significativo en las principales prácticas de atención en finitud; familia-cliente - la interacción en el espacio de atención, las interfaces del modelo de atención biomédico y enfoque sensible de la enfermera en la oncología. **Conclusión:** Atención a lo cliente es evaluada y incluida dentro de las perspectivas de los cuidados de enfermería, como el que converge a un mayor bienestar en la finitud. **Descriptor:** Atención de enfermería, Relaciones enfermero-paciente, Cuidados paliativos.

¹ Bacharel em Enfermagem pelo Centro Universitário Serra dos Órgãos - UNIFESO - Teresópolis - RJ. E-mail: judm24@hotmail.com. ² Bacharel em Enfermagem/UNIFESO. E-mail: raphaella_tere@yahoo.com.br. ³ Bacharel em Enfermagem pelo Centro Universitário Serra dos Órgãos - UNIFESO - Teresópolis - RJ. E-mail: luciahelena_lopes@hotmail.com. ⁴ Bacharel em Enfermagem/UNIFESO. E-mail: natybt86@hotmail.com. ⁵ Bacharel em Enfermagem/UNIFESO. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Bioética - PPGBIOS. Docente do Centro Universitário Serra dos Órgãos - UNIFESO - Teresópolis - RJ. E-mail: vazvidal@yahoo.com.br. ⁶ Bacharel em Enfermagem e Especialista em processos de mudança no ensino superior e nos serviços de saúde, ambas realizadas no Centro Universitário Serra dos Órgãos. Mestrando do Programa de Pós-Graduação/UNIRIO. Docente do Centro Universitário Serra dos Órgãos - UNIFESO - Teresópolis - RJ. E-mail: pssilva2008@gmail.com.

INTRODUÇÃO

A perceptividade do cuidar prestado a um ser em finitude, por vezes caracteriza-se de forma endurecida e mecanizada, visto que, muitas das vezes ocorre um distanciamento velado dos profissionais de saúde no processamento de cenas de cuidado pautado na sensibilidade.

Os enfermeiros junto à equipe em saúde estão susceptíveis a vivenciar desgastes emocionais e psicológicos durante o cuidado paliativo, mas especificamente aos clientes portadores de doença oncológica avançada.

Nesse sentido, o entendimento da finitude da vida, ou seja, o processo de morrer e morte nessas circunstâncias clínicas pode ser uma experiência, guiada por normas e rotinas que podem inviabilizar o afloramento de sentimentos necessários para compreensão do discurso de cuidado pautado na sensibilidade.

Com base nisso, o enfermeiro como membro de uma equipe de saúde sofre as influências de um modelo biologicista e pode reagir na oncologia avançada desligando-se do cliente e consciente ou inconscientemente passa a concentrar sua atenção no trabalho, no material, no processo da doença, talvez até em conversas superficiais, com o intuito de afastar expressões de temor e de morte.¹

Os cuidados paliativos, podem ocorrer em diversos cenários terapêuticos e isso inclui o domicílio e o hospital. A compreensão teórica do processo do luto especificamente no ambiente hospitalar esta alicerçada em práticas interdisciplinares, capazes de promover cuidado ao cliente oncológico de tal forma a atender suas necessidades humanas básicas ao fim da vida.

No entanto, são evidentes dificuldades e resistências na interpretação de um conceito de cuidado por parte dos profissionais de saúde que

valorizem o trabalho integrado e o cliente como ser único.

Essas dificuldades são oriundas do já referido modelo denominado biomédico, no qual pressupõe que:

A máquina complexa (o corpo humano) precise constantemente de inspeção por parte de um especialista. Esse modelo não observa o corpo como uma máquina perfeita, mas como uma máquina que tem, ou terá, problemas, que só especialistas podem constatar.^{2:2001}

Este cuidar está, muitas das vezes, de forma imperiosa, vinculado ao olhar estritamente clínico, que enfoca o corpo doente, esquecendo-se que nesse advém um ser dotado de necessidades e desejos próprios.

O entendimento de como se processa o cuidar de forma sensível, rompe com esse paradigma ao valorizar o ser humano em toda a sua totalidade o que sugere um discurso ampliado do ser humano cuidado aqui contextualizado ao cliente oncológico avançado no fim da vida.

Com base nisso, nota-se a relevância das práticas de cuidado desenvolvido de forma integral a esse cliente, que perpassa pela minimização do distanciamento afetivo entre o cliente e o enfermeiro além do uso aguçado dos sentidos humanos na execução de atos de cuidar que necessita do conhecimento técnico e científico.

A partir dessas acepções, percebe-se que questões relacionadas a sensibilidade e cuidado solidário ao cliente oncológico em finitude, vem ganhando espaços na discussão da assistência de enfermagem; o que nos desperta para o reconhecimento desses aspectos no cenário onde o encontro entre quem cuida - o enfermeiro - e quem é cuidado - o cliente oncológico ao fim da vida - efetivamente ocorrem.

A despeito disso, foi definido como objeto

desse estudo: a abordagem do cuidado pelo enfermeiro no processo de morrer ao cliente oncológico.

Para apreender o respectivo objeto de estudo foi delineado o seguinte objetivo: conhecer o significado oriundo das ações de cuidar realizado pelo enfermeiro ao cliente oncológico no processo de morrer.

METODOLOGIA

O método escolhido para este estudo foi o qualitativo por trabalhar o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variável.³

O cenário de investigação institucional foi um hospital público, destinado a realização de práticas de cuidado a clientes hospitalizados que apresentam condições oncológicas avançadas, localizado no município do Rio de Janeiro.

Onde os locais elegidos para a pesquisa tratam-se do setor de oncologia e as clínicas médicas feminina e masculina, do mesmo hospital. A escolha por esses campos de estudo é justificada pelo expressivo número de acompanhamento em nível de internação e tratamento medicamentoso aos clientes com diagnóstico médico de câncer independentemente do sítio anatômico comprometido e que estejam em finitude.

A mesma instituição ficou resguardada de quaisquer custos necessários para a realização do estudo onde os autores assumiram a responsabilidade por qualquer despesa possivelmente relacionada com a pesquisa.

Os atores sociais inicialmente envolvidos nesse estudo foram quatorze enfermeiros

devidamente inseridos no quadro de funcionários do hospital, que cuidam diretamente de clientes oncológicos avançados, e que por vezes se encontram no fim da vida.

Durante a entrada no campo para realização das coletas de dados, esse número foi redimensionado para doze entrevistados, devido dois profissionais estarem em licença médica.

O projeto de pesquisa foi submetido a uma avaliação inicial mediante uma aprovação de uma carta de autorização submetido ao diretor de integração ensino-serviço do cenário onde foi realizado a coleta de dados.

Após aprovação do cenário, o projeto de pesquisa foi submetido a uma avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do referido cenário e obteve parecer “APROVADO”, mediante a emissão do memorando 26/11.

Foram seguidos todos os critérios éticos para as pesquisas que envolvem seres humanos, conforme a prevê a resolução número 196/96, do Ministério da Saúde.

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa os entrevistados foram informados sobre o estudo e tiveram seu anonimato mantido mediante o uso da palavra identificadora “Entrevistado”, que será dimensionado em ordem crescente de acordo com a realização das entrevistas.

Dessa forma, foi passado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos entrevistados desse estudo a fim de respeitar a autonomia e a vulnerabilidade dos envolvidos diante das respostas no instrumento de coleta de dados das entrevistas.

Nessa perspectiva, foi realizada uma entrevista semiestruturada contendo uma questão, para os sujeitos correspondentes. As entrevistas foram gravadas com auxílio de

dispositivos de áudio (2 unidades de MP3 Player), e os depoentes poderão em qualquer momento do estudo manifestar o desejo de ter os seus dados retirados do estudo.

As entrevistas foram previamente agendadas onde o entrevistado foi informado previamente quanto ao horário da entrevista. Os locais utilizados para a aplicação da entrevista foram os próprios ambientes de trabalho em pequenos intervalos programados com antecedência, durante o horário de expediente.

A análise de dados foi realizada com base nos conteúdos expressados pelos entrevistados e seguiu a estratégia metodológica proposta por Bardin.

Esse tipo de análise consiste em “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”.^{4:38}

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Após a coleta de dados emergiram seis grandes categorias de análise desse estudo, que dispõem sobre o significado do cuidado realizado pelo enfermeiro ao cliente oncológico no processo de morrer que estão dispostas a seguir:

Categoria I: os cuidados do enfermeiro e a obtenção do conforto ao cliente oncológico em finitude

Cuidados paliativos consistem na abordagem para melhorar a qualidade de vida dos clientes e seus familiares, no enfrentamento de doenças que oferecem risco de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Isto significa a identificação precoce e o tratamento da dor e outros sintomas de ordem física, psicossocial e espiritual.⁵

No momento de finitude o cuidado paliativo se faz pertinente para a observação, compreensão e atendimento das necessidades do cliente durante o processo de morte e morrer, que são sobremaneiramente específicas, com vistas a preservar a qualidade de vida e proporcionar bem-estar até o seu fim.

Isso nos remete a pensar em uma abordagem interdisciplinar, dentro da perspectiva do cuidado ao cliente oncológico em finitude, já que a mesma propõe o trabalho de profissionais de diversas áreas do conhecimento ou especialidades sobre uma determinada área de atuação, o que implica necessariamente na integração dos mesmos para uma compreensão mais ampla do cliente.⁶

A atuação da equipe interdisciplinar no cuidado do cliente oncológico, tem como desafio proporcionar uma experiência com uma gama de emoções, tais como: o amor, o alívio, a serenidade e a alegria.⁷

Portanto, tendo em vista a complexidade e riqueza das particularidades que envolvem a assistência ao cliente oncológico, entende-se e dá-se ênfase à importância da interdisciplinaridade, uma vez que a mesma envolve todas as áreas de atuação, e mantém o cliente no centro do cuidar.

Nesse sentido, é necessário uma observação rigorosa da existência de constipação e obstrução intestinal, além dos distúrbios relacionados a digestão e a absorção dos alimentos, pois estes são fatores que provocam a perda do apetite e contribuem para o desenvolvimento da síndrome da anorexia e caquexia.⁸

A observação da ocorrência de episódios eméticos, associados a desconforto abdominal, aumento do volume abdominal, ortopnéia - indicativos de possível ascite - é de extrema

relevância, pois possibilita a intervenção de enfermagem, através de relatos, junto a equipe médica.⁷

Outro aspecto significativo no cuidado prestado pelo enfermeiro, ao cliente oncológico, diz respeito a possíveis presenças de lesões tumorais; que muitas vezes comprometem a qualidade de vida do cliente por serem volumosas, exsudativas e, em alguns casos, elas apresentam dor, sangramento e odor fétido.⁸

Tendo-se por base que o cliente oncológico vai evoluindo de estágio dentro da perspectiva da doença, é singular que o enfermeiro atente-se para todas as modificações provenientes, a partir de planos de cuidado favoráveis e condizentes com as modificações clínicas resultantes do processo evolutivo oncogênico em benefício do cliente.

Nas falas abaixo, pode-se contemplar estas afirmações, quando os sujeitos relatam sobre o alívio da dor e sobre a identificação da necessidade da realização de cuidados básicos:

(...) *diminua o sofrimento do paciente que sofre muitas dores (...)* (Entrevistado 1)

(...) *não vai deixar de instalar um concentrado de hemácias (...)* (Entrevistado 2)

(...) *que ele não sinta dor (...)* (Entrevistado 3)

(...) *cuidados também com o corpo dele, higiênicos (...)* (Entrevistado 6)

O cuidado físico, de higiene (...) (Entrevistado 8)

(...) *uma hidratação subcutânea (...)* (Entrevistado 9)

(...) *cuidado com uma lesão (...)* (Entrevistado 10)

(...) *apenas para manter sem dor (...)* (Entrevistado 11)

Dentre os vários instrumentos básicos utilizados pelo enfermeiro, durante o cuidar aqui

contextualizados ao cliente oncológico em fase avançada, são citados: a comunicação em enfermagem, a observação, a criatividade, a destreza manual e o método científico.⁹

O uso desses instrumentos funciona como norte para o desenvolvimento de um cuidado abrangente, que contemple, de fato, as reais necessidades dos clientes, que podem, por sua vez, estarem veladas diante do anseio e temor causadas pelas alterações provocadas com o avanço do câncer.

À medida que a morte se aproxima e os sistemas orgânicos começam a falhar, ocorrem alterações observáveis e esperadas no organismo que exigem uma interpretação clínica resolutiva. Devendo-se então prosseguir com medidas de cuidado de enfermagem conduzidas pelo enfermeiro voltadas para o conforto do cliente.¹⁰

O *Conforto* é entendido como um estado de ter alcançado as necessidades humanas básicas para facilitação, alívio e transcendência.¹¹

Nos fragmentos abaixo, destaca-se a promoção do conforto como *integrante fundamental* do processo de cuidar de clientes oncológicos em finitude:

(...) *todos os cuidados e conforto (...)* (Entrevistado 4)

(...) *integridade daquela pessoa em termos de conforto físico (...)* (Entrevistado 5)

(...) *este paciente precisa de conforto (...)* (Entrevistado 12)

Dentro do momento de cuidar, também é de suma importância, a realização da coleta de dados, do diagnóstico, do planejamento, da implementação e da avaliação dos resultados que em conjunto fazem parte do “*processo de enfermagem*”.

O processo de enfermagem é definido como método utilizado na prática clínica para

sistematizar a assistência de enfermagem. Apoiase em passos da metodologia científica, oferecendo subsídios aos enfermeiros para as tomadas de decisão assim como ao desenvolvimento do pensamento crítico.¹²

No que concerne ao cliente oncológico, o desenvolver do processo de enfermagem torna-se ainda mais criterioso, considerando que diante da finitude ele, pode estar apreensivo com a proximidade das fases de morrer e de morte.

Portanto, o desenvolvimento do processo de enfermagem permite que o enfermeiro preste um cuidado holístico, sistematizado em etapas inter-relacionadas e interdependentes que, baseadas em evidências clínicas, guiam o pensamento do enfermeiro em direção aos reais problemas vivenciados pelos clientes oncológicos durante essas fases.

Categoria II: as necessidades humanas básicas como determinantes de qualidade de vida ao cliente oncológico em finitude

Sabe-se que o cliente oncológico, em finitude, necessita de cuidados especiais que sejam fidedignos a uma conduta que almeje vincular o bem-estar a uma proposta que garanta a qualidade de vida para o mesmo.

Pelo fato de estarem em fase de terminalidade, estes clientes passam a necessitar de cuidados que visam, além do controle dos sinais e sintomas, interferir nos aspectos psicológicos, sociais e espirituais, no intuito de investir na melhora de sua qualidade de vida.¹³

Diante disso, destaca-se como *qualidade de vida* uma avaliação global que o sujeito faz da sua vida, e depende tanto de suas características (demográficas, personalidade, valores, etc) como de moduladores externos, como a doença, seus sintomas e o tratamento que esta requer.¹⁴

Percebe-se que discutir qualidade de vida no âmbito da oncologia avançada é uma grande ousadia, justificado pelo fato de existirem um quantitativo mínimo de estudos aplicados nesta fase da vida.

Com base nos conceitos acima, nota-se uma dificuldade de pensar e justificar o aspecto de qualidade de vida na oncologia avançada. No entanto, para a garantia da qualidade de vida, versada acima, alguns passos são notáveis dentro da conduta do cuidar desenvolvido pelo enfermeiro, como exemplo o entendimento e a promoção das já mencionadas necessidades humanas básicas deste cliente.

O ser humano é parte integrante do universo e desta integração surgem os estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço, nesse processo interativo os seres humanos tem necessidades básicas que buscam satisfazer. Sendo que, cabe a enfermagem reconhecer no paciente, que tem suas necessidades humanas básicas, quais são seus estados de tensões, conscientes e inconscientes, resultantes dos desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais.¹⁵

Como se destacam nas falas abaixo, a qualidade de vida está em prover o bem-estar a este cliente da forma que melhor lhe aprouver, buscando alcançar resultados satisfatórios na dinâmica de cuidados, o que vai de encontro com as respostas a seguir:

(...) a gente está ali para cuidar pensando no reestabelecimento da pessoa (...) (Entrevistado 2)

(...) assegurar uma qualidade de vida em termos de avaliação dos sintomas que ele venha a sentir (...) (Entrevistado 5)

(...) dar qualidade de vida à sobrevivência dele (...) (Entrevistado 7)

Outro aspecto a ser fundamentado nessa categoria diz respeito à Teoria das necessidades humanas básicas, divididas por Wanda Horta em

necessidades *psicobiológicas*, *psicoespirituais* e *psicossociais*.

Respectivamente, a primeira diz respeito a necessidades relacionadas com o corpo físico do indivíduo, tais como oxigenação, alimentação, eliminações, sono e repouso, higiene, conforto e bem estar; a segunda deriva dos valores e crenças de cada indivíduo, tais como opção por uma maneira de encarar determinada doença e o tratamento, o apoio espiritual daqueles que compartilham suas crenças; e a terceira relaciona-se com a convivência do cliente com outros seres humanos, em família, instituições, desde o direito da privacidade até participação em grupos.¹⁵

No que tange as necessidades humanas básicas, com ênfase prioritária para as *psicobiológicas*, foram citados pelos sujeitos entrevistados as seguintes:

(...) *suprir as necessidades básicas desse paciente terminal* (...) (Entrevistado 1)

(...) *precisa de alimentação* (...) (Entrevistado 6)

(...) *é você estar atento a toda necessidade dele* (...) (Entrevistado 10)

Sabe-se que o processo de morte e morrer costuma ser muito pesaroso, e neste interim (entremeado) muitas dúvidas e anseios poderão surgir na vida do cliente oncológico. E dentro desta perspectiva, o enfermeiro deverá atuar de forma a implementar suas ações com o intuito de atentar-se de maneira especial as necessidades básicas deste cliente, e, conseqüentemente, promover qualidade de vida até o momento da morte.

Assim, *“ser tratado como um ser humano vivo até o momento da morte, ou então, morrer em paz e com dignidade”* são direitos do cliente oncológico em finitude, como sustentado através dos direitos dos pacientes terminais.¹⁶

As pessoas enfermas normalmente apresentam uma variedade de sintomas que, no fundo, representam sua confrontação com o real e consigo mesmas, deparando-se quase sempre com a falta de perspectiva de vida. O fim iminente, o fracasso dos tratamentos terapêuticos, o cansaço, a degeneração física, o mal-estar permanente, provocam de uma forma ou de outra, o vazio diante da existência.¹⁷

Por isto, compreender o processo pelo qual o cliente está introduzido, ou seja, as suas fases emocionais é, também, sobremaneira singular, visto que esta atitude facilitará o processo de cuidados realizados pelo enfermeiro.

A maioria dos clientes terminais passa pelas seguintes fases emocionais de forma quase sequencial: *“negação e isolamento, raiva, negociação, depressão e aceitação”*.¹⁸

Na negação e isolamento com o impacto inicial da notícia pode ocorrer uma paralisação na pessoa e ela não conseguir dar seguimento a pensamentos. Também é comum nessa fase que se tente negar o ocorrido, não acreditando na informação que se está recebendo. Estas são defesas temporárias, sendo logo substituídas por uma aceitação parcial. Também é comum uma transição em falar sobre a realidade do assunto em um momento e de repente negá-la completamente.¹⁹

Na raiva surgem sentimentos intensos como revolta, inveja e ressentimento, além da clássica pergunta: *“porquê eu?”*. Esta raiva, geralmente é projetada no ambiente externo, no sentido de inconformismo. Neste momento os familiares podem sentir pesar, culpa ou humilhação.¹¹

Na fase de barganha, passa -se a utilizar inconscientemente outro recurso, tentando fazer algum tipo de acordo que faça com que as coisas se restabeleçam. Geralmente este movimento

volta-se para à religiosidade. Ex.: promessas, acordos, pactos, geralmente em segredo.¹⁸

Na fase de depressão ocorre um sofrimento profundo, onde já não se pode mais negar os acontecimentos e nem se revoltar contra eles. É a fase de introspecção profunda e necessidade de isolamento.¹⁹

Na aceitação, o processo de morrer e de morte passa então a ser enfrentado com consciência das possibilidades e das limitações.¹¹

No entanto, apesar de muitos clientes em finitude seguirem estas fases, há afirmação de que *“estes estágios não substituem uns aos outros, mas podem se sobrepor uns aos outros”*.¹⁸

No cuidado paliativo efetuado pelo enfermeiro, a ação de observar é mais do que qualquer coisa, uma oportunizadora de um cuidado que atenda as necessidades básicas do indivíduo e conseqüentemente propagadora de qualidade de vida para o mesmo.

Categoria III: a tríade família - cuidado - cliente oncológico em finitude no espaço domiciliar

O cliente com câncer deve ser considerado, dentro de suas limitações, desejos e anseios, ou seja, o cuidado deverá compreender de forma ampla e integral as suas necessidades e isto se dará, também, no que diz respeito as suas vontades diante do processo de morrer, sobretudo quando esse deseja estar em proximidade com seus familiares.

Dentro dessas perspectivas, traz-se a questão do espaço domiciliar como elemento favorável para efetuação de cenas do cuidar.

A maioria dos pacientes com enfermidades em fase terminal deseja morrer em seus próprios domicílios e não recebe uma atenção adequada para o controle de sintomas.²⁰

Estar diante do cliente na fase de finitude, aqui contextualizada no espaço domiciliar é entender também a necessidade de um cuidar além da realização dos procedimentos técnico-científicos da assistência, mas é compreender a magnitude de considerar o mais íntimo do desejo do outro.

Mesmo que um paciente esteja próximo do processo de morrer, ainda está vivo, e é uma pessoa com desejos. O resgate desse desejo favorece uma significação desta vida, mesmo nos seus momentos finais.²¹

Em compreensão a isso, é, também, proporcionar ao cliente oncológico naquela fase à possibilidade de estar em contato com tudo que para ele faz sentido, singularmente, no que diz respeito as suas crenças, aos seus valores, costumes e princípios que estão arraigadas majoritariamente no espaço domiciliar.

Perceber não somente as necessidades físicas deste cliente, mas também as necessidades pessoais, como por exemplo, a escolha do local onde passará pelo processo de morrer e de morte, na companhia de quem o mesmo almejar, fica evidente nas falas abaixo:

(...) fazer o tratamento em casa com o apoio dos familiares (...) (Entrevistado 1)

(...) medidas terapêuticas ao paciente que está (...) em casa (...) (Entrevistado 7)

É direito do cliente em estágio terminal, *“participar nas decisões relativas ao seu cuidado”*.¹⁹

Portanto, em garantia dessa autonomia, o enfermeiro deverá ajudá-lo na decisão de continuar o tratamento em seu domicílio, orientando-o quanto as possíveis dúvidas sobre a doença, as terapêuticas a serem utilizadas, os sinais e sintomas que poderão ocorrer e como o mesmo, juntamente com seus familiares, poderá

agir diante destas possibilidades.

As responsabilidades do enfermeiro incluem avaliar o domicílio, sugerir modificações na casa ou no cuidado para ajudar o cliente e a família a abordar as necessidades físicas do cliente, fornecer o cuidado físico e avaliar o impacto psicológico e emocional da doença sobre os envolvidos.¹⁹

Aqui optamos por utilizar a palavra *espaço*, como um local onde ocorre a movimentação dos corpos nas já mencionadas cenas de cuidar, entretanto o seu fundamento se vê seduzido pelos pensamentos de Florence Nightingale, que afirma que o ambiente exerce influências sobre o indivíduo, sendo, portanto, visto como todas as condições e influências externas que influenciam a vida e o desenvolvimento de um organismo, sendo capaz de prevenir, suprimir ou contribuir para a doença ou a morte.²²

Desse modo, o ambiente terapêutico constitui-se de um “espaço físico” e um “espaço interpessoal” onde ocorrem as relações pessoa-pessoa.²³

Dentro deste espaço domiciliar existem sujeitos que o compõem, no geral a família. Em consideração a isto, a família será fator de grande importância no que diz respeito ao cuidado do cliente em finitude, pois esta será o suporte para o cuidado.

O familiar, portanto, é um importante personagem para a garantia do sucesso do atendimento domiciliar e tem papel fundamental na provisão de cuidados, pois é quem assume e garante a manutenção da assistência necessária ao cliente em seu domicílio.

De acordo com os entrevistados a presença da família emergiu como elemento de apoio no cuidado ao cliente oncológico durante o processo evolutivo de morte, isso pode ser evidenciado nas

respostas listadas a seguir:

(...) estar junto, os familiares, isso é super importante (...) (Entrevistado 6)

(...) em relação aos familiares, estar sempre perto deles (...) (Entrevistado 9)

A partir disso, a atenção à família é parte fundamental do atendimento ao cliente com câncer, uma vez que ela representa a principal fonte de apoio durante todo o processo de tratamento.²⁴

A família merece um cuidado especial desde o instante da comunicação do diagnóstico, uma vez que esse momento tem um enorme impacto sobre os familiares, que veem seu mundo desabar após a descoberta de que uma doença potencialmente fatal atingiu um dos seus membros.²⁵

Estas afirmativas se fazem presentes nas falas dos entrevistados, quando os mesmos indicam ser necessário garantir os direitos dos familiares de estarem com seu ente, acompanhando-o durante o processo evolutivo do câncer, perceber como estes reagem com relação a isto:

(...) perceber como a família está, como este paciente está com a família (...) (Entrevistado 2)

(...) a gente tem que ter com a família, (...) se está encarando isso de fato de maneira digna (...) (Entrevistado 4)

(...) dar oportunidade da família participar desse contato. (Entrevistado 5)

As relações de cuidado em uma família envolvida com uma doença como o câncer, embora estejam pautadas em uma relação de amor e sensibilidade, trazem consigo a dor e o sofrimento de conviver com o doente e seu tratamento. Este fato afeta a maneira de os familiares desenvolvem esse cuidado, e cada momento, a família envolvida na tarefa de cuidar

deixa transparecer o seu modo de agir e suas peculiaridades.

Para a família de pacientes oncológicos, mesmo imbuída do sentimento de cuidar torna-se difícil colocar-se no lugar do cliente. Os familiares necessitam muitas vezes, impor algumas obrigações ao doente, por exemplo, insistem que o paciente precisa continuar o tratamento.²⁶

A família serve como suporte de ajuda, o que contribui para a recuperação do paciente. Neste sentido, o cuidado exercido pela família, certamente, é de grande importância, uma vez que é na família que o cliente encontra afetividade, carinho, amor e liberdade de expor seus sentimentos. Junto dos familiares, via de regra, os clientes sentem-se mais seguros e protegidos.²⁷⁻²⁸

Corroborando com isso, facilitar o acontecimento da tríade família - cuidado - cliente oncológico em finitude no espaço domiciliar é entender o seu valor como aquela que poderá favorecer uma finalização de total bem-estar e dignidade ao cliente com câncer avançado, e, como consequente resultado, este morrer ou finitude, uma significação valorosa dentro do aspecto do cuidar desenvolvido pelo enfermeiro.

Categoria IV: os aspectos espirituais envolvidos no cuidado de enfermagem ao cliente oncológico em finitude

Notar a espiritualidade como componente essencial, no cuidado, é fundamental para o desenvolvimento total do cuidar na enfermagem, uma vez que a concepção deixada pela precursora da enfermagem, Florence Nightingale, foi a de enxergar o ser humano como um ser *biopsico-sócio-espiritual*.²⁹

A espiritualidade traduz-se em sermos seres espirituais e possuímos, transitoriamente,

um corpo físico. Pesquisas realizadas pelas ciências naturais, como a física e a biologia, têm endossado essa afirmação. O corpo físico é apenas um reflexo do espírito. Assim, a espiritualidade é algo inerente ao ser humano.³⁰

Dentro do cuidado paliativo, o objetivo é ajudar as pessoas a morrer bem, com conforto e dignidade, satisfazendo as suas necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais.¹⁷

É perceptível, que há este entendimento e interesse em fornecer à ajuda espiritual e ainda que esta possui sua relevância dentro do cuidado prestado pelos enfermeiros quando nas falas seguintes se apresentam tais afirmativas:

(...) ele seja confortado tanto espiritualmente (...) (Entrevistado 3)

(...) se for uma pessoa religiosa que ela tenha apoio espiritual (...) (Entrevistado 5)

(...) por que nós somos um ser não só físico mas também espiritual. (Entrevistado 6)

A partir disso, o tratamento espiritual é uma obrigatoriedade da enfermagem, sobretudo do enfermeiro, que reconhece os pacientes como seres humanos únicos, considerando seus corpos, mentes e almas.¹⁷

Sendo o cuidado espiritual importante, a enfermagem deve se instrumentalizar para integrá-lo em sua atividade diária. Esse cuidado, não supõe um tempo específico, mas se faz presente na relação, na maneira do profissional de enfermagem estar presente, ouvir, orientar e exercer técnicas junto ao paciente.³¹

Apenas três entrevistados trouxeram a importância de incluir o cuidado espiritual às tarefas técnicas prestadas ao cliente oncológico em terminalidade pela enfermagem, o que significa que muito ainda necessita ser explorado neste campo, em benefício ao mesmo.

Embora haja uma negação da espiritualidade enquanto fator inerente no desenvolver do cuidado pelos enfermeiros e suas equipes, mostra-se sutil, a necessidade de haver o resgate do cuidado espiritual, o quê, por sua vez, dá vigor a importância em integrar estes aspectos em suas práticas diárias, habituando-se a observar sua totalidade.

Categoria V: o cliente oncológico em finitude: Interfaces entre o cuidado biomédico e o cuidado sensível

Ser sensível possibilita ampliar o leque perceptivo e não se restringir a formas convencionais de usar os sentidos, como fez a modernidade, priorizando a visão que influenciou acentuadamente o campo da saúde. Além do mais, as percepções auditivas, proprioceptivas e a intuição precisam ser reconsideradas na arte de cuidar. Em razão disso, o sensível precisa ser trabalhado nos saberes e práticas de modo a redimensionar o cuidado.³²

Nas falas abaixo o cuidado-sensível torna-se evidente quando os entrevistados consideram e abordam os sentimentos dos clientes:

(...) cuidar (...) dos sentimentos não só dos procedimentos (...) (Entrevistado 2)

Ou ainda quando revelam a necessidade de complementar o cuidado atentando-se para a afetividade, o emocional de seus clientes, ressaltando-os como elementos fundamentais de seu processo de cuidar:

(...) a gente tem que preparar o emocional (...) (Entrevistado 4)

(...) cuidado (...) afetivo (...) (Entrevistado 6)

(...) no campo emocional também (...) (Entrevistado 8)

É no desenvolvimento da enfermagem, que se encontra o lugar do cuidado com as pessoas, do

respeito aos seus direitos e do reconhecimento de sua dignidade e humanidade. Fazer enfermagem é dispor-se a sonhar, imaginar, criar e compartilhar com outros de belezas, misérias, forças, humildade, saberes e utopias.³³

O que ainda não está claro nesta questão, é o engajamento real dos enfermeiros e da sociedade a ser beneficiada por esta proposta, pois o cuidado sensível voltado para o bem-estar das pessoas não existe senão numa perspectiva de reciprocidade, de interação perfeita entre seus interessados. E, nesta perspectiva, ele é algo que não se poderá reverter. Será sempre instituinte, novo. Algo que só será institucionalizado, na dependência da sensibilidade e criatividade das pessoas que nele acreditam.³⁴

Algumas falas demonstram isso, quando observam uma atitude de ausência desta sensibilidade no desenvolver do cuidado ou até mesmo um cuidar mecanizado, rígido, onde prevalece como prioridade o controle sobre a doença em detrimento do próprio cliente:

(...) muita falta de afeto, (...) (Entrevistado 1)

(...) não no sentido de medicação nada disso, mas no sentido de uma generosidade. (Entrevistado 12)

Estas atitudes são percebidas frequentemente no modelo biomédico, onde pode-se dizer que as práticas do cuidar estariam, de forma preponderante, atreladas a uma visão biologicista do corpo.

O modelo biomédico pressupõe que a máquina complexa (o corpo) precise constantemente de inspeção por parte de um especialista. O modelo biomédico não vê o corpo como uma máquina perfeita, mas como uma máquina que tem, ou terá, problemas, que só especialistas podem constatar.²

Corroborando com isto, também, é

apontada nas entrevistas, quando os sujeitos relatam atitudes que não buscam realizar o bem-estar do cliente oncológico, mas, sim, uma alternativa para tentar mudar/disfarçar a sua realidade enquanto cliente crítico em finitude:

Será que a gente estudou só pra tratar o paciente e curá-lo? (Entrevistado 7)

(...) fazem coisas que não deveriam fazer, entubam o paciente (...) não precisa você atuar desta maneira (...) (Entrevistado 11)

O entendimento da finitude da vida, ou seja, o processo de morrer e morte pode ser uma experiência guiada por normas e rotinas que inviabilizam o afloramento de sentimentos necessários para o discurso do cuidado pautado na sensibilidade.

Portanto, seguindo esta linha de pensamento, é considerado um desafio o processo de conhecer no sentido que contemple o pensar, o fazer, o agir e o sentir. A Enfermagem é técnica, científica e estética, inserida num contexto social, atravessada por subjetividades.³⁵

Ou como, também, é considerada, *é - efêmera, graciosa e perene*. O estético está em sua graciosidade, no que encanta. Já o efêmero se refere às ações automáticas, instrumentais. E o perene é o que permanece no sujeito, o que contribui para mudança de sua vida e que leva para si as ações “edificantes” de um cuidado feito com paixão, ou seja, aquilo que de fato mobiliza o sujeito e leva à sua transformação.³⁶

Enfim, o cuidar em enfermagem, voltado ao cliente oncológico em processo de morte, embora com suas interfaces - cuidado biomédico e sensível - *“nasce com esse compromisso, com o estético, com o ético e com a técnica”*, porém, sempre sujeita a “real” vontade e disponibilidade do enfermeiro em seu desenvolvimento.³⁵

Categoria VI: as influências do ambiente no corpo oncológico em finitude cuidado pelo enfermeiro

O ambiente como espaço partilhado pelos seres humanos é um grande influenciador na saúde destes. Saber como o ambiente influencia o corpo a ser cuidado, em especial o cliente oncológico em fase de finitude, e como este reage, mediante ao cuidado exercido neste espaço, através das suas expressões verbais e corporais torna-se de fundamental para o enfermeiro.

Todo e qualquer ambiente, é passível de apropriação e valoração pelos indivíduos ou grupos sociais. Assim, os efeitos ambientais naturais ou artificiais tornam-se impactos positivos ou negativos, conforme valores benéficos ou prejudiciais que lhes atribua.³⁷

Abaixo, conforme citado em entrevista está a afirmativa que revela o seguinte conceito no tocante ao significado do cuidado realizado pelo enfermeiro ao cliente nesse ambiente:

(...) amenizar (...) os cheiros, (...) ele se preocupa (o cliente), se estiver num lugar, ele acha que qualquer coisa de errado é dele (...) (Entrevistado 12)

Os traços característicos existentes no corpo são considerados como pessoais, porém inerentes a todas as pessoas assim como o odor exalado, o toque, entre outros. Sendo assim, o corpo com uma aparência própria se coloca no ambiente do cuidado para que seja percebido pelo enfermeiro.³⁸

Muitos clientes oncológicos na fase avançada da doença podem apresentar feridas neoplásicas que, por sua vez, costumam ser muito exsudativas e de forte odor, além de produzirem intensa dor, acarretando grande incômodo aos mesmos. E o fato desses apresentarem um sentido anormal de odores, que costuma estar associada à quimioterapia, à radioterapia, acabam por

considerar o ambiente como um influenciador externo relevante dentro da perspectiva de cuidados realizados pelo enfermeiro.

Nesse contexto, entender o corpo, que, muitas das vezes, está em silêncio no ambiente e que se manifesta mediante expressões corporais, mostra-se necessário, ao enfermeiro, como anseio de perscrutar um cuidado que permeie uma totalidade integrada do cliente oncológico na fase de finitude, numa inter-relação constante e dinâmica.

O “silêncio” de um corpo que não fala, mas que está vivo diante de nós, nos leva a acreditar que podemos identificar suas expressões e ruídos tão internos que não somos capazes de ouvir.³⁹

Descrever sobre essas expressões do corpo é uma ousadia, além de uma tarefa muito complexa, pois são inerentes a cada cliente cuidado que, por sua vez, possuem singularidades próprias e reagem de forma muito peculiar aos diversos toques exigidos nas ações de cuidar do enfermeiro.

A apreensão desse cuidado mostra-se presente na entrevista a seguir, quando o sujeito, de número seis, dá significação ao toque como paralelo entre o ser que cuida e o ser cuidado, estabelecendo que mediante o toque pode-se transmitir apoio emocional ao cliente:

(...) segurando na mão, por que aquela pessoa tem que se sentir querida (...)
(Entrevistado 6)

A partir desse conteúdo, expresso intimamente pelo toque, infere-se que o enfermeiro enquanto atuante no cuidado paliativo, ao cliente em finitude não terá muitas das vezes respostas motoras suficientes para a comunicação, estará então imbuído de decodificar as expressões do corpo que mesmo em silêncio apresenta uma expressão.

O *toque* é considerado como uma das maneiras mais importantes de comunicação não verbal, podendo enviar mensagens positivas e negativas para o paciente, dependendo do momento, forma e local onde ocorre.⁴⁰

Em momentos precisos, tais como na oncologia avançada, quando a clínica não realiza mais um papel eficaz, como, por exemplo, ao término da vida, os aspectos como os sentimentos, medos, expectativas são primordiais, quase indispensáveis.⁴¹

É nesse contexto que o carinho ético escuta, compreende o outro e suas necessidades, suas expectativas, seus sofrimentos, suas faltas; mas, sobretudo, inaugura a segunda parte da relação, que é a comunicação.⁴¹

O carinho ético é entendido como uma linguagem do respeito, da responsabilidade, mas também decifração, análise, interrogação entre o dizer e o dito. Dessa forma, o carinho ético instaura um modo novo de relação com o outro, pesquisando o que não é conceitualizável, tenta escutar o indizível e ver o invisível.⁴¹

Em conjectura com as concepções acima, a observação das reações do cliente, ou seja, destas comunicações verbais e não verbais, mediante ao cuidado expressado pelo toque do enfermeiro, poderá ser fonte de estímulo para decodificação de sinais corporais expressos na oncologia avançada, uma vez que denota-se a presença de uma resposta de ação-reação na dinâmica de cuidados.

Pode-se considerar as expressões do corpo do cliente como significantes indicativos de uma interação durante o cuidado de enfermagem, interação essa que quando efetiva, pode ser denominada de comunicação não-verbal.³⁹

A comunicação não-verbal envolve todos os órgãos do sentido e ocorre na interação pessoa-

peessoa mesmo que não haja verbalização de palavra alguma. Ou seja, quando é aceito e entendido que todo comportamento, numa situação internacional tem valor de mensagem, entendemos que o indivíduo pode deixar de verbalizar algo ao outro, mas não deixa de se comunicar através da expressão facial, postura corporal, distância mantida, entre outros.⁴²

A interpretação das expressões, que se revelam com as influências do ambiente e nas ações de cuidado, ao cliente oncológico em finitude, funciona como mediadora entre aquele que cuida - o enfermeiro - e aquele que é cuidado - o cliente.

Frente a isso, ao se atentar para o que poderá ser desvelado, na decodificação destes sinais clínico e corporais, como exemplo, inquietações, dúvidas, medos, incutidos em seu cliente durante o processo evolutivo do câncer, o enfermeiro poderá implementar e adequar as suas ações de acordo com as necessidades prioritárias de seu cliente.

Assim, o cuidado expressado aqui pelo toque que é prestado, deverá estar associado às diversas fases vivenciadas pelos clientes oncológicos, não sendo desarticulado do manejo do cuidado pelo enfermeiro, que, atento a isto, emergirá com propostas que reconheçam e respeitem a individualidade e a autonomia de cada cliente no processo de finitude.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Contextualizar a abordagem do cuidado pelo enfermeiro diante do processo de morrer do cliente oncológico foi uma grande dificuldade, devido a pouca quantidade de estudos realizados com enfoque a esses clientes.

Apesar disso, observa-se que apreender esta abordagem, é possível, quando se

compreende que o cuidado possui uma atmosfera de movimento constante, pois ao considerar o cliente, com câncer em fase avançada, através de uma ótica ampliada, entende-se que o cuidado insurge de forma a apreciar as necessidades do mesmo, ponderando através da busca, da escuta e da valorização do que é significativo para aquele que é cuidado, o real intuito da efetivação destas necessidades.

Não menos expressiva, diante dos resultados apresentados, está a disponibilidade, a vontade de cada enfermeiro em desenvolver o cuidado baseado nas necessidades dos clientes oncológicos em processo de morte e morrer. Ou seja, um cuidar diferenciado, sensível, dependerá da decisão de cada profissional, fundando-se no próprio cliente como um ser único, peculiar.

Todavia, o que se conclui é que, o cuidado ao cliente oncológico em finitude, é avaliado e incluído, dentro das perspectivas do cuidar, pelos enfermeiros, como aquele que converge para, que promove o bem-estar dos clientes envolvidos nesse processo.

Dessa forma, espera-se que o estudo tenha uma implicação direta na prática e seja um gatilho disparador para novas reflexões aplicadas a esse eixo temático em outros cenários de cuidado, onde efetivamente é estabelecido o ato de encontro entre o enfermeiro e o cliente oncológico em fase avançada, que vivencia o processo de morrer e morte.

REFERÊNCIAS

1. Elhartg D, Firsich SC, Gragg GSH, Rees OM. Princípios Científicos de Enfermagem. 8ª ed. Lisboa: Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos; 1983.
2. Koifman L. O modelo Biomédico e a Reformulação do Currículo Médico da

- Universidade Federal Fluminense. História, Ciências, Saúde - Manguinhos. [periódico na internet]. 2001 mar-jun [acesso em 2011 Dez 20];8(1):48-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v8n1/a03v08n1.pdf>.
3. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 8ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2004.
 4. Bardin, L. Análise de conteúdo. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.
 5. Ribeiro M. A atuação do psicólogo no tratamento de pacientes em fase terminal sob cuidados paliativos: um estudo de caso [trabalho de conclusão de curso]. Tubarão: Universidade Federal do Sul de Santa Catarina. Curso de Psicologia.
 6. Almeida-Filho, N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. Ciência & Saúde Coletiva. [periódico na internet].1997 [acesso em 2011 Dez 20]; 2(1/2): [aproximadamente 18 p.] Disponível em: <http://www.hc.ufmg.br/gids/anexos/transdisciplinaridade%20e%20sa%FAde%20coletiva.pdf>.
 7. Matzo ML, Sherman DW. Palliative care nursing: ensuring competence care at the end of life. Geriatric Nursing 2001 nov; 22 (6):288-93.
 8. Brasil MS. Ações de Enfermagem para o Controle do Câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 3ª ed. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2008.
 9. Costa JC, Lopes K, Rebouças DMC, Carvalho LNR, Lemos JF, Lima OPSC. O Enfermeiro Frente ao Paciente Fora de Possibilidades Terapêuticas Oncológicas: uma revisão bibliográfica. Rev. Vita et Sanitas [periódico na internet]. 2008 [acesso em 2011 Dez 20];2(2):150-61. Disponível em: http://www.fug.edu.br/revista_2/pdf/artigo_10.pdf.
 10. Brasil MS. Cuidados Paliativos Oncológicos: controle de sintomas. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2001.
 11. Potter PA, Perry AG. Fundamentos de Enfermagem. 4ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1999.
 12. Cunha SMB, Barros ALBL. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, segundo o Modelo Conceitual de Horta. Rev Bras Enferm [periódico da internet]. 2005 set-out [acesso em 2011 Dez 20];58(5):568-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n5/a13v58n5.pdf>.
 13. Gutierrez PL. O que é o paciente terminal? Rev Ass Med Brasil [periódico da internet]. 2001 [acesso em 2011 Dez 20];47(2):85-109. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v47n2/a10v47n2.pdf>.
 14. Lara-Munoz MC, Leon SP, Fuente, RJ. Conceptualization and measurement of the quality of life of cancer patients. Rev Invest Clin 1995 jul-ago;47(4):315-27.
 15. Leopardi MT. Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa-livros; 1999.
 16. Silva FL. Direitos e deveres do paciente terminal. Revista Bioética [periódico da internet]. 1993 [acesso em 2012 Jan 09];1(2):[aproximadamente 5 p.] Disponível em: http://seer.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewArticle/492.
 17. Figueiredo MTA. Coletânea de textos sobre

- Cuidados Paliativos e Tanatologia. Rev. Bioética online. [periódico da internet]. 2006. [acesso em 2011 Dez 26]; Disponível em: <http://www.ufpel.tche.br/medicina/bioetica/cuidadospaliativosetanatologia.pdf>.
18. Klübler-Ross E. Sobre a Morte e o Morrer. 1ª ed. São Paulo (SP): Martins Fontes; 1997.
 19. Smeltzer SC, Bare LS. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2005.
 20. Rosario MAB, Martín AS. Cuidados Paliativos y Atención Primaria: aspectos de organización. Berlim: Springer; 2000.
 21. Ribeiro EE. Tanatologia: vida e finitude. Informações gerais para os módulos: velhice e morte, Medicina e morte, cuidados paliativos e bioética. Rio de Janeiro (RJ): UERJ-UnATI; 2008.
 22. George JB. Teorias de enfermagem: dos fundamentos a prática profissional. Porto Alegre: Artmed; 2000.
 23. Althoff CR. Pesquisando a família: a experiência da Enfermagem na UFSC. Fam. Saúde Desenv. [periódico na internet]. 1995 jan-dez [acesso em 2011 Dez 20];1(1):49-56. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refase/article/view/4859/3723>.
 24. Wanderbroocke ACNS. Cuidando de um familiar com câncer. Psicologia Argumento. 2005 abr-jun;41(23):17-23.
 25. Lesko LM. Bone marrow transplantation. In: Holland J, Rowland J, eds. Handbook of Psychooncology: psychological care for the patient with cancer. New York: Oxford University Press; 1990.
 26. Wolf LDG, Arruda EM, Lúcia HTG, organizadores. A enfermagem e a arte de cuidar. Florianópolis (SC): UFSC; 1999.
 27. Dal Sasso GTM. A crise como uma oportunidade de crescimento para a família que enfrenta uma doença aguda, um desafio para a enfermagem. [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 1994.
 28. Andrade OG, Marcon SS, Silva DMP. Como os enfermeiros avaliam o cuidado/cuidador familiar. Rev Gaúcha Enferm. 1997 jul;18(2):123-32.
 29. Nightingale F. Notas de enfermagem: o que é e o que não é. Tradução de Amália Correa de Carvalho. São Paulo (SP): Cortez; 1989.
 30. Vasconcelos EM. A espiritualidade no trabalho em saúde. São Paulo (SP): Hucitec; 2006.
 31. Selli L, Alves JS. O Cuidado Espiritual ao Paciente Terminal no Exercício da Enfermagem e a Participação da Bioética. Bioethikos - Centro Universitário São Camilo. [periódico na internet]. 2007 [acesso em 2011 Dez 20];1(1):43-52. Disponível em: http://www.scamilo.edu.br/pdf/bioethikos/54/O_cuidado_espiritual.pdf.
 32. Rangel ET. A Crítica e a Sensibilidade no Processo de Cuidar na Enfermagem. Esc Anna Nery R Enferm. [periódico na internet] 2004 dez [acesso em 2012 Jan 09];8(3):361-9. Disponível em: http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/2004_vol08/2004_vol08n03DEZEMBRO.pdf.
 33. Figueiredo NMA, Santos I, Sobral V, Silva J, Osnir C. O cuidado lugar da invenção de um novo paradigma científico. In: Anais do 6º ENFTEC; 1998; São Paulo (SP), p.606-610.
 34. Leopardi MT, Santos I, Sena RR. Tendências de enfermagem no Brasil: Tecnologias do cuidado e valor da vida. In: Anais do 51º Congresso Brasileiro de Enfermagem e 10º Congresso Panamericano de Enfermería; 2000;

Florianópolis (SC), p. 147-163.

35. Teixeira ER. A Crítica e a Sensibilidade no Processo de Cuidar na Enfermagem. Esc Anna Nery R Enferm [periódico na internet]. 2004 dez [acesso em 2011 Dez 20];8(3):361-9. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1277/127718062006.pdf>.
36. Cacavo PV. A arte da enfermagem efêmera, perene e graciosa. [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ; 2000.
37. Moura ACF. A Unidade de Quimioterapia na perspectiva dos clientes - Indicativos para o Enfermeiro na gestão do ambiente [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ; 2005.
38. Figueiredo NMA, Machado WCA, organizadores. Corpo e Saúde: Condutas Clínicas de Cuidar. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2009.
39. Taets GGC, Figueiredo NMA. A Linguagem do Corpo da Pessoa em Coma: uma pesquisa experimental sobre os cuidados de enfermagem. R. pesq.: cuid. fundam. online [periódico na internet]. 2011 jan-mar [acesso em 2011 Dez 20];3(1):1676-1685. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/616/pdf_364.
40. Blondis MN, Jackson BE. Nonverbal communication with patients: back to human touch. 2ª ed. New York: John Wiley; 1982.
41. Tavares R, Figueiredo NMA, organizadores. Arte e Saúde: experimentações pedagógicas com o jogo dramático. São Caetano do Sul: Yendis; 2009.
42. Silva ML. Construção e Validação de um Programa sobre Comunicação não-verbal para Enfermeiros [tese]. São Paulo (SP): Escola de

Recebido em: 10/01/2012

Aprovado em: 12/07/2012