

CUIDADO DA EQUIPE DE SAÚDE SOB A ÓTICA DE PACIENTES EM QUIMIOTERAPIA PALIATIVA: ANÁLISE EXISTENCIAL

CARE PROVIDED BY THE HEALTH TEAM UNDER THE PERSPECTIVE OF PATIENTS IN PALLIATIVE CHEMOTHERAPY: AN EXISTENTIAL ANALYSIS

ATENCIÓN DEL EQUIPO DE SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE PACIENTES EN QUIMIOTERAPIA PALIATIVA: ANÁLISIS EXISTENCIAL

Gabriella Michel dos Santos Benedetti¹
Julia Wakiuchi²
Catarina Aparecida Sales³

¹ Universidade Estadual do Paraná – Unespar, Colegiado de Enfermagem. Paranavaí, PR – Brasil.

² Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial, Centro de Educação Profissional. Brusque, SC – Brasil.

³ Universidade Estadual de Maringá-UEM, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Maringá, PR – Brasil.

Autor Correspondente: Julia Wakiuchi. E-mail: julia.wakiuchi@gmail.com
Submetido em: 20/02/2018 Aprovado em: 16/06/2018

RESUMO

Objetivou-se compreender as vivências de pacientes com câncer em quimioterapia paliativa frente aos cuidados recebidos da equipe de saúde desde a busca por seu diagnóstico. Estudo qualitativo, de abordagem fenomenológica que teve como participantes 21 pacientes com câncer em tratamento quimioterápico atendidos pela 16ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. Os dados foram coletados entre novembro de 2015 e fevereiro de 2016, a partir da questão norteadora: fale-me sobre o cuidado que você tem recebido dos profissionais de saúde desde o diagnóstico do câncer. Da análise emergiram duas temáticas ontológicas, que versam sobre os entraves enfrentados no percurso do diagnóstico, a valorização da sinceridade dos profissionais de saúde ante a impossibilidade de cura e o encontro do cuidado autêntico após o início da terapêutica. A compreensão de tais vivências suscita a reflexão acerca da assistência à saúde ao paciente com câncer, a fim de superar atitudes impessoais e inautênticas.

Palavras-chave: Neoplasias; Cuidados Paliativos; Enfermagem Oncológica.

ABSTRACT

The objective of this study was to understand the experiences of patients with cancer undergoing palliative chemotherapy in relation to the care received from the health team since their search for diagnosis. It is a qualitative study, with a phenomenological approach, whose participants were 21 cancer patients in chemotherapy treatment attended by the 16th Regional Health Area of the State of Paraná. Data were collected between November 2015 and February 2016, from the guiding question: tell me about the care you have received from health practitioners since the diagnosis of cancer. From the analysis emerged two ontological themes that address the obstacles faced in the diagnosis, the appreciation of the sincerity of health practitioners before the impossibility of cure and the finding of authentic care after the beginning of the therapy. The understanding of such experiences raises the issue of health care for cancer patients in order to overcome impersonal and inauthentic attitudes.

Keywords: Neoplasms; Palliative Care; Oncology Nursing.

RESUMEN

El objeto del presente estudio fue comprender las experiencias de pacientes con cáncer en quimioterapia paliativa ante los cuidados brindados por el equipo de salud desde el momento del diagnóstico. Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico llevado a cabo con 21 pacientes oncológicos en tratamiento quimioterápico atendidos por la 16ª Regional de Salud del Estado de Paraná. Los datos fueron recogidos entre noviembre de 2015 y febrero de 2016 de los testimonios de los 21 pacientes sobre la siguiente cuestión: hábleme acerca de la atención recibida de los profesionales de salud desde el diagnóstico de cáncer. Del análisis surgieron dos temas ontológicos que se refieren a los obstáculos enfrentados desde el diagnóstico, la valoración de la sinceridad de los profesionales de salud ante la imposibilidad de curación y el hallazgo del cuidado auténtico después de iniciar el tratamiento. La comprensión de estas experiencias da lugar a la reflexión sobre el cuidado de la salud de los pacientes con cáncer con el fin de superar actitudes impersonales y no auténticas.

Palabras clave: Neoplasias; Cuidados Paliativos; Enfermería Oncológica.

Como citar este artigo:

Benedetti GMS, Wakiuchi J, Sales CA. Cuidado da equipe de saúde sob a ótica de pacientes em quimioterapia paliativa: análise existencial. REME – Rev Min Enferm. 2018[citado em ____];22:e-1122. Disponível em: _____. DOI: 10.5935/1415-2762.20180046

INTRODUÇÃO

Apesar do desenvolvimento tecnológico no que se refere ao diagnóstico precoce e às terapias antineoplásicas,¹ atualmente o câncer é uma doença progressivamente incidente, destacando-se entre as maiores taxas de morbimortalidade em todo o mundo.² Nos países em desenvolvimento, a incidência do câncer vem aumentando crescentemente, ao mesmo tempo em que os recursos disponíveis para o diagnóstico precoce permanecem médios ou baixos.³

No Brasil, mais de 70% dos casos de neoplasias são diagnosticados a partir dos estadiamentos III e IV, o que repercute em uma diminuição das possibilidades de tratamento e perspectivas de cura contra o câncer.⁴ Para esses pacientes, as opções terapêuticas disponíveis visam ao alívio dos sintomas e à qualidade de vida, logo, têm-se investido em tratamentos necessários com vistas a alcançar tal objetivo. Assim, o paciente com câncer sem perspectiva de cura pode se beneficiar das modalidades paliativas da cirurgia oncológica, radioterapia ou quimioterapia. Vale ressaltar que as terapêuticas paliativas têm o objetivo de amenizar as complicações da doença que possam causar sofrimento ao paciente, sem intenção de repercutir na sobrevida da pessoa.⁵

Estudos que abordaram pacientes com câncer em terapia paliativa revelam que o manejo dos sintomas, principalmente da dor, pode melhorar a qualidade de vida dessas pessoas, além de propiciar melhor controle da doença.^{6,7} Contudo, no que se refere à quimioterapia paliativa, para que seja de fato benéfica, o tratamento farmacológico deve ser associado ao acompanhamento e controle não medicamentoso dos sintomas, de forma a contemplar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais que possam causar sofrimento aos pacientes.⁶

Não obstante, a ausência de equipes de cuidados paliativos em grande parte dos serviços de saúde no Brasil, assim como de locais especializados para esse tipo de atendimento, pode ocasionar questionamentos e equívocos em relação às terapêuticas e cuidados, deixando o paciente à mercê de seus sofrimentos.⁸ Nesse sentido, os profissionais atuantes em serviços de quimioterapia, em especial a enfermagem, devem estar preparados para lidar com os sentimentos e angústias dos pacientes que se deparam com a incurabilidade do seu câncer, considerando que a progressão da doença e a iminência da morte revelam-se factíveis a partir do início da terapia paliativa.

Diante desse contexto e considerando a importância de se protagonizar a pessoa adoecida diante de seus cuidados, questiona-se: como os pacientes em quimioterapia paliativa têm vivenciado os cuidados da equipe de saúde desde a busca por seu diagnóstico? A realização deste estudo justifica-se na medida em que a compreensão das vivências dessas pessoas pode subsidiar reflexões sobre os cuidados da equipe de saúde desde a atenção primária, no tocante à detecção precoce do câncer,

até os ambulatorios de quimioterapia, de forma a incrementar a assistência a esses seres.

Delimita-se, portanto, como objetivo deste estudo, compreender as vivências de pacientes com câncer em quimioterapia paliativa frente aos cuidados recebidos da equipe de saúde desde a busca por seu diagnóstico.

MÉTODO

Trata-se de estudo qualitativo embasado na fenomenologia existencial heideggeriana, a qual permite o estudo de fenômenos na tentativa de compreender o outro em sua facticidade de maneira singular, ou seja, o homem em sua totalidade existencial.⁹

A pesquisa foi desenvolvida com pacientes com câncer, atendidos por uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), localizada no norte do estado do Paraná, que oferece tratamento quimioterápico e cirúrgico para adultos com neoplasias malignas.

Os critérios de inclusão utilizados para os participantes deste estudo foram: ter mais de 18 anos de idade, estar ciente do diagnóstico de câncer e ter realizado, no mínimo, três meses de tratamento quimioterápico paliativo. Foram excluídos os pacientes que, durante o período de coleta de dados, apresentaram piora de seu estado clínico e/ou dificuldade para comunicação verbal. Os critérios de inclusão e exclusão foram verificados previamente por meio dos prontuários dos pacientes, antes da abordagem inicial aos mesmos.

A coleta de dados se deu por meio de entrevistas em profundidade, realizadas na própria instituição de saúde, em uma sala reservada. Os pacientes eram convidados a participar da pesquisa nos momentos entre os intervalos de consulta médica e realização das aplicações de quimioterápicos, variando entre 15 e 45 minutos de duração. Esse momento tornou-se oportuno visto que, após as consultas, os pacientes esperavam entre uma e duas horas até serem chamados para a sala de quimioterapia.

Para as entrevistas, foi realizada uma caracterização sociodemográfica dos pacientes, seguida pela questão norteadora: “fale-me sobre o cuidado que você tem recebido dos profissionais de saúde desde o diagnóstico do câncer.” As entrevistas foram armazenadas com o auxílio de um gravador digital e posteriormente transcritas na íntegra. Dados sobre a situação clínica e terapêutica dos entrevistados foram coletados posteriormente no prontuário médico a partir de um roteiro semiestruturado que abordava questões sobre o diagnóstico oncológico e tratamentos antineoplásicos realizados pelos pacientes.

Por se tratar de uma pesquisa fenomenológica, o número de participantes foi determinado a partir da análise dos depoimentos, sendo esta realizada concomitantemente à coleta de dados. Assim, a suficiência de significados capaz de responder ao objetivo da pesquisa⁹ foi confirmada na 21ª en-

trevista, sendo este o número final de participantes do estudo. Ressalta-se que não houve recusas para participação no estudo e os dados foram coletados entre novembro de 2015 e fevereiro de 2016.

Optou-se pela análise individual de cada linguagem, a fim de captar a plenitude expressa pelos sujeitos em seus discursos, partindo de uma trajetória que descortina o ôntico até o alcance da dimensão ontológica das vivências e sentimentos dos pacientes em seu tratamento antineoplásico paliativo. Para tanto, primeiramente foi realizada a compreensão vaga e mediana, momento em que se procura compreender os fatos cotidianos revelados pelos participantes, buscando aqueles que geralmente o indivíduo mostra a todos. Nesse momento, identificam-se significados e estruturas essenciais ainda veladas, mas que auxiliam a compreensão do fenômeno.⁹

O segundo momento analítico, chamado de compreensão interpretativa, busca a interpretação dos sentidos, a fim de esclarecer o que ainda estava obscuro nas linguagens. É nesse momento que o sentido do Ser de cada indivíduo ante aos fenômenos revelados é interpretado, culminando na hermenêutica heideggeriana.⁹ Por fim, estabeleceram-se as temáticas ontológicas, analisadas à luz de algumas ideias da analítica heideggeriana, de alguns pressupostos da Oncologia e de autores que versam sobre tais temáticas.

O projeto de pesquisa ao qual esta investigação está vinculada foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, sob o Parecer 1.328.979. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. O anonimato dos participantes foi garantido por meio da utilização de códigos (e1, e2, e3... e21) para cada entrevistado, seguidos por sua idade e diagnóstico.

RESULTADOS

Dos 21 pacientes entrevistados, houve predominância do sexo feminino (13), sendo 14 casados e três viúvos, com idades entre 46 e 77 anos. No que se refere à situação ocupacional, oito participantes eram aposentados, dois recebiam auxílio doença e os demais permaneceram em sua atividade anterior ao adoecimento. O tempo de tratamento oscilou entre quatro meses e dois anos e 20 dos pacientes já realizaram outras terapêuticas antineoplásicas além da quimioterapia, como a cirurgia oncológica e radioterapia.

A partir da análise das subjetividades expressas pelos participantes emergiram duas temáticas ontológicas: “experenciando o estar-só no mundo na busca por tratamento” e “encontrando a autenticidade no cuidar ante a impossibilidade de cura”, que serão apresentadas a seguir.

EXPERIENCIANDO O ESTAR-SÓ NO MUNDO NA BUSCA POR TRATAMENTO

A busca pelo diagnóstico do câncer para os participantes deste estudo foi permeada por encontros e desencontros nos serviços de saúde. Os pacientes revelaram que, antes do início do tratamento, os profissionais de saúde permaneciam alheios ao seu caso. O silêncio e a falta de empatia para com o outro, no que se refere às informações sobre sua saúde, não oportunizou qualquer informação ou posicionamento sobre o que lhes estava por vir.

No começo ficou meio confuso, eu vinha aqui, fazia exames, não sabia de nada. Podia me levar pra qualquer canto, qualquer lugar. Uns falavam que eu tinha uma coisa, outros falavam que eu tinha outra [...] A enfermeira que estava tirando o sangue me falou que eu não tinha nada! E eu ficava pensando: - Meu Deus do céu, todo mundo fala, mas ninguém sabe o que eu tenho, acho que eu vou morrer qualquer hora (e21, 70 anos, câncer de próstata).

[...] que nem o doutor, ele não fala nada! Ele só fala com certeza mesmo, depois de todos os exames. Mas que nem o dia que ele viu o meu pulmão, ele será que não notou que estava carregado? Não falou nada! Não receitou um remédio, nada! Mas eu acho assim, o necessário pelo menos, alguma coisa ele tem que falar. Você fica mais por dentro do que você está fazendo! (e06, 71 anos, câncer de pulmão).

As lembranças sobre o momento da descoberta de um câncer sem possibilidades de cura fizeram com que os pacientes discorressem sobre os caminhos percorridos até encontrar o tratamento. Seus relatos trazem à evidência a angústia vivenciada ao se depararem com profissionais que não foram capazes de suspeitar do mal que lhes acometera, o que comprometeu substancialmente a precocidade do diagnóstico, tratamento clínico e, possivelmente, suas possibilidades terapêuticas.

[...] surgiu um carocinho na fonte, do lado direito, bem pequenininho. E a gente começou a se incomodar. Eu ia nos geriatras da nossa cidade, em L tinha meu reumatologista, eu mostrava pra todo mundo. E todo mundo falava que não era nada, era uma verruga pequena. Só que daí começou a crescer demais e a gente foi pra fora, e descobrimos que o câncer tinha voltado [...]. Se os médicos lá no comecinho tivessem dado atenção, tivessem feito exames, não teria chegado onde chegou... (e05, 77 anos, câncer de próstata).

[...] se eu tivesse vindo em um profissional mesmo, que nem aqui, eu já estaria curada. Eu já teria retirado o seio e já estaria curada! O processo já estaria mais adian-

tado, teria sido bem mais fácil, eu não teria sofrido como eu sofri. [...] E eu fui ao posto e a moça disse: - Não, não precisa se preocupar não, isso daí é uma gordurinha que tem (e10, 35 anos, câncer de mama).

No momento em que lhes foram revelados os diagnósticos e a impossibilidade de cura, os pacientes se viram frente a frente com a realidade que se descortinava e passaram a se sustentar na sinceridade e exatidão das informações prestadas, assim como no esclarecimento de dúvidas durante o atendimento:

Desde que eu comecei com o doutor ele me disse: - O tratamento é esse! Dessa última vez que eu perguntei se não dava pra fazer outra cirurgia, ele deu uma folheada nos meus exames e disse que não dava (e03, 62 anos, câncer de fígado).

E hoje é controle[...] Quando nós chegamos já estava nos ossos, o doutor avisou (e05, 77 anos, câncer de próstata).

Olha, eu acho assim, eles sempre foram assim[...] Os médicos sempre jogaram muito limpo com a gente, eles nunca ficaram inventando alguma coisa ou omitindo alguma coisa (e13, 75 anos, câncer de fígado).

Na segunda vez eu perguntei para o doutor e ele falou que não, que eu já vim com o diagnóstico completo, que o câncer já tinha passado para os ossos e que não tinha mais jeito de cirurgia. Então ele esclareceu todas as minhas dúvidas. Fui bem-atendido e foi bem explicado (e21, 70 anos, câncer de próstata).

Evidencia-se, assim, que a jornada em busca do diagnóstico e tratamento do câncer se mostrou por vezes solitária e repleta de lacunas no que se refere aos cuidados dos profissionais de saúde. Contudo, a partir do momento em que foram informados acerca de sua impossibilidade terapêutica, os pacientes deste estudo se apoiaram na verdade para enfrentar suas facticidades.

ENCONTRANDO A AUTENTICIDADE NO CUIDAR ANTE A IMPOSSIBILIDADE DE CURA

Ao se reportarem aos cuidados recebidos após o início do tratamento quimioterápico paliativo, os pacientes discorrem sobre um cuidado individualizado, que contempla a atenção e a subjetividade. Como diferencial, destaca-se o fato de os pacientes serem “chamados pelo nome”, o que parece ser um tratamento incomum e notável.

[...] estou gostando do tratamento deles, o atendimento é uma coisa que, você chegar na portaria e chama-

rem você pelo nome, não é aquela coisa de: - Fulano! Ou: - Você vem aqui! Não, elas te chamam pelo nome e isso já é uma grande coisa. Já mostra que eles têm um maior cuidado. O próprio oncologista, quando ele encontra a gente no corredor, ele cumprimenta a gente, não desfaz. Ele te chama pelo nome, fala: - Como você está? Então, são coisas que a gente se sente bem, não é mesmo? São coisas que fazem a diferença (e03, 62 anos, câncer de fígado).

[...] a diferença é grande e o jeito que eles te tratam. Tu chega ali qualquer uma delas já te conhece, sabe teu nome. No primeiro dia que eu vim, depois na segunda sessão, isso porque tem um monte de gente, e elas marcam o nome da gente, sabem o nome da gente. A atenção aqui é diferente (e11, 44 anos, câncer de colo de útero).

Três anos que eu estou vindo pra cá e eu não posso reclamar de ninguém não. É, todo mundo aqui me conhece, já sou até querida (e13, 75 anos, câncer de fígado).

Além disso, os pacientes revelam atitudes acolhedoras e afetuosas pelos profissionais de saúde, aliadas a um trabalho pautado em ciência e cuidado. Tal atenção restaura a disposição dos pacientes para continuarem seu tratamento e promove bem-estar àqueles que se encontram privados da possibilidade de cura do câncer.

[...] eles são muito bons, pra mim assim eles são ótimos! São muito humanos, entendeu, tratam a gente muito bem! Sempre me trataram com o maior carinho, as enfermeiras e tudo. Então assim, até hoje eu não tenho o que criticá-los (e13, 75 anos, câncer de fígado).

O pessoal da enfermagem está tudo bem, tudo bom, muito atencioso, cuidadoso, sabe? Trabalha com muito carinho e muita ciência! (e14, 76 anos, câncer de próstata).

[...] as meninas lá de onde toma químio, nossa, excelente elas são bem cuidadosas. Sempre perguntando, sabendo o que precisa sabe, sou bem-atendida. Por isso que a gente se sente bem! (e17, 43 anos, câncer de próstata).

O que eu penso que ajuda mais a gente a ter ânimo são as pessoas, que são acolhedoras, que são bem amigas, que estão sempre com um sorriso, estão sempre conversando (e21, 70 anos, câncer de próstata).

De modo semelhante, atitudes empáticas de cuidado genuíno por parte dos profissionais geram confiança e familiaridade com os pacientes, que acabam por seguir irrestritamente

suas recomendações. Tal atitude se ampara também em uma busca por conforto e bem-estar, que conduz a realização do tratamento da maneira precisa.

[...] sigo todas as regras que o médico pede. É mesma coisa de eu não vir na sessão de quimioterapia. Semana que vem eu já sei, eu tenho que voltar, se não já perco a continuidade do tratamento, já paralisa. Ele foi feito pra ir certinho, não pode perder nenhum. Eu acho que isso está me ajudando a melhorar (e03, 62 anos, câncer de fígado).

Eu sempre confiei muito neles, tanto que nunca procuramos uma segunda opinião. Sempre assim, tudo que eles falaram a gente sempre meio que fez, porque assim, foi tudo muito[...] Eles são bons, a gente confia nos médicos, nas meninas da recepção, que são muito legais tratam a gente direito e, as enfermeiras são boas (e13, 75 anos, câncer de fígado).

Os pacientes revelam, ainda, o reconhecimento acerca da gravidade de seu caso, da impossibilidade de cura definitiva, assim como o apoio dos profissionais que os assistem e seus limites de atuação frente ao estágio avançado da doença. No entanto, reúnem força e coragem para continuar com o tratamento clínico, a fim de manter a vida enquanto for possível.

Eu acho que mais do que eles já fazem por mim, não tem o que fazer. Já estão ajudando, não tem mais o que fazer não. Meu problema o médico já explicou, que vai[...] Não tem mais cura! Está nos ossos e tudo e já é bem complicado. Então nós vamos indo com o tratamento, ele fala: - A senhora está reagindo bem, a senhora está aguentando fazer. Então é o tratamento agora, por isso não para a química (e01, 46 anos, câncer de mama).

Se pedir, a gente faz! Tem que fazer o tratamento certinho até quando dá, porque sabendo que tem tratamento, que tem remédio, a gente tem que fazer, até o fim (e02, 65 anos, câncer de fígado).

Assim, após o início da quimioterapia paliativa, os pacientes relataram o encontro com um cuidado humano e individualizado, que contemplou suas necessidades físicas e emocionais. Tal relação os levou a seguir o tratamento de maneira integral, sem deixar de reconhecer suas reais possibilidades terapêuticas.

DISCUSSÃO

A proposta analítica concebida pela fenomenologia existencial heideggeriana busca a compreensão das vivências e ex-

periências do ser humano ao ser lançado no mundo. O homem, como Ser-no-mundo, encontra-se com os outros em seu cotidiano, sem que na maior parte das vezes diferencie alguém propriamente.⁹ Tal condição se pauta no fato de que: “o ser-com determina existencialmente a presença, mesmo quando o outro não é, de fato, dado ou percebido”.^{9:177}

Nessa conjuntura, na ocupação cotidiana, os profissionais de saúde muitas vezes se distanciam dos outros que lhes vêm ao encontro e, consequentemente, de seu cuidado, adotando um modo de ser impessoal. A partir dessa postura, a relação entre profissional e paciente é baseada nos moldes da inautenticidade, ou seja, o profissional permanece junto-à pessoa que necessita de seus cuidados, mas não concede a abertura existencial necessária para estar-com o outro de maneira genuína.

Para os pacientes deste estudo, a jornada em busca do diagnóstico foi permeada por um vazio existencial dentro do serviço de saúde, que os levou a sentirem-se abandonados por aqueles dos quais se esperava o acolhimento e cuidado. A falta de comunicação entre equipe de saúde e paciente, principalmente em relação ao seu diagnóstico, deixou-os à mercê de profissionais não comprometidos com sua função, permanecendo, muitas vezes, como espectador de suas decisões.

No pensar heideggeriano, o encontro inicial entre Seres-no-mundo em sua cotidianidade pode se empenhar em ocupações guiadas pela circunvisão, ou seja, por encontros intramundanos, onde se desvia o olhar de vivências ou atos significativos, sem se preocupar com o outro em sua essencialidade.⁹ Além disso, com base nas linguagens dos depoentes, é possível verificar que a comunicação do Ser-aí impróprio se deu a partir da falação. Trata-se de um comportamento que desapropria o homem da responsabilidade do que é proferido, repetindo apenas o já falado.⁹

A falação se caracteriza por um estado de permanente não compromisso com o outro, que não faz parte de seu mundo e, consequentemente, não recebe seus cuidados. Sob essa ótica, o caráter ontológico da ocupação não é próprio do Ser-com nessas situações em que vive em sua inautenticidade nas relações com os outros.

Nessa perspectiva, os participantes deste estudo experienciaram a espacialidade na relação profissional-paciente, que os privou de um diagnóstico assertivo em um primeiro momento. Os profissionais, por sua vez, ocuparam-se de suas queixas e relatos, sem analisar criticamente as situações que lhes foram apresentadas. Assim, essas pessoas tiveram o diagnóstico de seu câncer retardado, oferecendo à temporalidade as possibilidades de um porvir sem perspectivas ou esperanças de cura.

De fato, a literatura revela que o diagnóstico do câncer perpassa a dificuldade de acesso aos serviços, além da espera por exames e, consequentemente, para o início do tratamento, o que pode postergar o diagnóstico e elevar as chances de metástases e prognósticos reservados.¹⁰ Diante desse contexto, o

paciente acaba por recorrer à rede particular de saúde para acelerar o processo de diagnóstico.¹¹ Acredita-se que a rede particular seja concebida pela população como porta de entrada complementar à rede pública,¹⁰ associada a uma maneira de acessar assistência ao seu agravo com mais agilidade e presteza.

Nesse aspecto, é importante ressaltar que a política nacional para a prevenção e controle do câncer garante assistência integral e contínua dentro da rede de atenção à saúde, financiada pelo Sistema Único de Saúde, ou seja, gratuitamente.¹² Logo, não haveria a necessidade de recorrer aos serviços particulares se essa rede de atenção estivesse bem estabelecida.

Por outro lado, a partir do momento em que se estabelece o diagnóstico do câncer e sua impossibilidade de cura, transformam-se sentimentos e relações, que se traduzem em uma nova maneira de olhar para os outros e para a vida. No pensar da fenomenologia heideggeriana, afirma-se que, ao estar-lançado-no-mundo, o homem não pode mais escolher entre experimentar alegrias ou sofrimentos, ficando à mercê dos acontecimentos do mundo. Tal condição, chamada de facticidade existencial, é uma prerrogativa involuntária do viver como ser humano, que está lançado na temporalidade e vulnerável a todas as maravilhas e dificuldades que o viver no mundo pode lhe trazer.⁹

Isso posto, o adoecimento por câncer se traduz como uma facticidade existencial na vida das pessoas que participaram deste estudo, que não tiveram chances de escolha diante de seu diagnóstico. Mais ainda, a facticidade do câncer no outro incita nos profissionais de saúde a abertura de um poder-Ser mais próprio, a partir do qual se abrem para a verdade e manifestam transparência nas informações prestadas aos pacientes. A abertura do Ser se desvela na importância que se dá ao outro, que empaticamente considera suas dúvidas e anseios e inicia um trilhar em busca do cuidado autêntico em sua essencialidade.

O diálogo aberto e receptivo às possibilidades de tratamento e prognóstico facilita a participação do paciente em seu processo terapêutico. A partir do reconhecimento de seu caso e as particularidades envolvidas em cada terapêutica, os pacientes podem estabelecer com seus médicos uma relação entre risco e benefício envolvidos em cada possibilidade de tratamento.¹³ Ressalta-se que o profissional de enfermagem desempenha papel fundamental na comunicação com o paciente e sua família e no vínculo destes com a equipe multiprofissional, por ser o profissional que permanece mais próximo desses sujeitos durante a assistência e cuidados.¹⁴

No que se refere aos princípios do paliativismo, destaca-se que, apesar de ser primariamente descrito como um cuidado voltado para o final da vida, trata-se de uma terapia que objetiva a qualidade de vida e conforto de pessoas cronicamente adoecidas desde o diagnóstico.¹⁵ Vale ressaltar que os pacientes deste estudo não eram atendidos por uma equipe de cuidados paliativos, bem como não recebiam acompanhamento tera-

pêutico não farmacológico de seus sintomas. No entanto, a importância do cuidado paliativo para essas pessoas se traduz em seus princípios norteadores, que conduzem a assistência para o alívio dos sintomas da doença e os cuidados totais, que englobam todos os desejos e necessidades do paciente e sua família.

Ao transpor a realidade dos cuidados paliativos para os pensamentos heideggerianos sobre o cuidar, é importante considerar que a abertura de um Ser para com o outro se dá a partir do modo como o Ser-com-outros se dá em sua copresença no mundo.¹⁶ A preocupação ou cuidado é relativa à com-vivência com os outros de maneira autêntica, que se assume como cuidado de modo substitutivo ou antepositivo. O cuidado substitutivo tem caráter dominador e toma seu lugar nas ocupações cotidianas, enquanto que no modo antepositivo se faz como libertador, de forma a auxiliar o outro no reestabelecimento de suas possibilidades de ser, devolvendo-lhe o cuidado.⁹ Nesse sentido, a anteposição libertadora se traduz no cuidado autêntico, que se preocupa com o outro e ao mesmo tempo não lhe retira as possibilidades de ser e de cuidar, sendo significativo e envolvente.¹⁶

A partir dessas considerações, as linguagens dos pacientes com câncer desvelam a individualização do cuidado recebido durante o tratamento quimioterápico paliativo, revelando a importância e atenção diferenciada que os profissionais lhes conferiram em sua trajetória terapêutica. Acerca da questão, estudo realizado com pacientes com câncer na Europa revelou que os níveis de confiança dos pacientes na equipe de enfermagem são influenciados pela oferta de um cuidado individualizado, o que indiretamente conduz à melhora da qualidade de saúde de forma geral.¹⁷

O cuidar de uma pessoa adoecida baseado em manifestações de solicitude é a real expressão do cuidado autêntico, que permite ao profissional de saúde adentrar no mundo do outro, acessando sua dimensão existencial, o que o torna um Ser-com-o-outro.⁹ Tal relação se empreita em um mundo compartilhado, dado pela convivência ontológico-existencial na qual a abertura para o outro sempre se deu e acontece.

Voltando-se aos discursos dos depoentes, é possível verificar que as atitudes solícitas e empáticas partem naturalmente dos profissionais de saúde referenciados, que oferecem afeto e humanização em seu atendimento profissional. Essas características ganham ressalvas por parte dos pacientes, que associam esse comportamento ao bom desempenho profissional da equipe de saúde.

A dedicação dos profissionais de saúde para com seus pacientes revela o empenho e o zelo dispensados em seus cuidados, que transcendem o caráter clínico da quimioterapia e oferecem alegria e afeto. Ao transpor essa realidade de cuidado aos pensamentos heideggerianos,⁹ vislumbra-se o profissional de saúde em um modo de dedicação, a partir do qual presta auxílio ao outro ao mesmo tempo em que o edifica, sendo características a entrega, doação de si, afetividade e criação diligente.

De igual modo, a oferta de cuidados paliativos se constitui em uma forma de oferecer alento e conforto ao paciente com câncer sem possibilidades de cura, de forma a auxiliá-lo a caminhar em sua trajetória terapêutica da melhor maneira possível. A equipe que oferece cuidados paliativos deve, em tese, conduzir uma comunicação aberta, a fim de alcançar efetivamente o alívio de sintomas desagradáveis, suporte espiritual e social, decisões de fim de vida e ainda auxiliar os cuidadores a enfrentarem seus desafios e dificuldades.¹⁸ Dessa forma, paciente e família podem vivenciar a doença de maneira mais ativa e batalhadora, sendo protagonistas das escolhas sobre seu tratamento e cuidados.

Diante de um cuidado autêntico, que contempla suas possibilidades de ser e as subjetividades de seu viver com câncer, os pacientes abrem-se igualmente às oportunidades que lhes são apresentadas e, como em um movimento de resignação, acatam irrestritamente preceitos médicos e tratamentos oportunos, a fim de manter ao máximo a vida que ainda lhes resta.

Para esses pacientes, a impossibilidade de cura é revelada em sua condição existencial afastada da temporalidade da vida, pausada como situação estável e controlada, pela qual se luta com todas as forças. Acerca dessa questão, a fenomenologia defende que, frente à possibilidade da morte e de não-Ser, a disposição afetiva da angústia se torna uma condição ontológica que se relaciona à experiência de estar-no-mundo, ou seja, “lançados a nossas possibilidades de ser, sem nenhuma propriedade prévia que nos determine, estamos constantemente frente à ameaça de não-ser”.^{16,69} Assim, ainda que seja concebida como uma possibilidade irremissível, o ser humano vislumbra a morte como possibilidade distante, mantendo-se insistentemente firme na luta por sua vida.

O Ser-no-mundo-para-a-morte revela a existência autêntica do homem por meio de sua angústia existencial. É na antecipação para a morte que o Ser-aí se desvela em totalidade, deixando de valorizar as mesquinharias do cotidiano para reconhecer-se profundamente.⁹ Assim, a angústia desperta o homem para seu poder-Ser mais próprio, transcendendo a condição de Ser-lançado-no-mundo e transformando-se em um Ser de cuidado, que se preocupa consigo e com os outros.

Embora os pacientes deste estudo tenham um prognóstico reservado no que se refere à possibilidade de cura, seu anseio pela continuidade do tratamento é reflexa no entusiasmo pelas possibilidades de continuar a viver. Ao mesmo tempo, reconhecem nos profissionais que os assistem e na ciência as limitações frente à doença que comprometem a promoção de uma completa restauração. As expectativas de pacientes em cuidados paliativos sobre suas possibilidades terapêuticas constituem uma questão multidimensional e obscura, considerando sua relação com questões subjetivas, como o planejando para o final de vida, oferta de informações sobre o prognóstico, assim como as decisões sobre o que é comunicado ao paciente e família durante esse processo.¹⁹

O apoio e confiança na equipe de saúde, assim como a manutenção do tratamento quimioterápico paliativo, se refletem em um desejo pela vida e por um porvir que permeie as possibilidades de ser do homem, em sua abertura para o mundo. O viver do paciente com câncer sem possibilidades de cura perpassa a busca pela transcendência em seu estar-no-mundo e agarra-se na equipe de saúde e na terapêutica paliativa a fim de oportunizar o preparo de sua morte, assim como a consagração de sua vida, até que se findem suas possibilidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão das vivências de pacientes com câncer em quimioterapia paliativa revela um percurso difícil e prolongado para adentrar no serviço de saúde ante a suspeita do câncer. O atraso no diagnóstico e o desencontro de informações fazem parte da dimensão ôntica desse fenômeno, que se revela ontologicamente como a causa da impossibilidade de cura imposta a esses seres. No entanto, após o início da terapêutica quimioterápica, novas possibilidades se instalam e o paciente passa a fazer parte do mundo dos profissionais de saúde, que se abrem ao cuidado de forma autêntica, demonstrando empatia, solicitude e humanização em suas ações de cuidado.

Diante de tal conjuntura, a compreensão das minúcias que se revelam nas vivências dos pacientes em terapêutica quimioterápica paliativa suscita a reflexão acerca da assistência à saúde oferecida ao paciente com câncer em todos os níveis de atenção. Em especial, revela-se uma carência profissional e burocrática na busca pelo diagnóstico do câncer, que poderia ser amenizada por profissionais preparados para identificação clínica do câncer, assim como mais atenção às queixas e solicitações dos pacientes.

Este estudo tem como limitação o recorte de uma população específica de pacientes com câncer, pois apesar de realizarem a quimioterapia paliativa, essas pessoas não eram atendidas por uma equipe de cuidados paliativos. De qualquer forma, os resultados aqui encontrados sinalizam a necessidade de que os profissionais de saúde, em especial a enfermagem, reflitam sobre suas ações de cuidado e superem atitudes impessoais e inautênticas que os desviam de seu plano existencial como provedores de saúde e bem-estar.

REFERÊNCIAS

1. DeSantis CA, Lin CC, Mariotto AB, Siegel RL, Stein KD, Kramer JL, et al. Cancer treatment and survivorship statistics. *CA Cancer J Clin*. 2014[citado em 2018 fev. 21];64:252-71. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3322/caac.21235>
2. Saracci R, Wild CP. Fifty years of the International Agency for Research on Cancer. *Int J Cancer*. 2016[citado em 2018 fev. 21];138(6):1309-11. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/ijc.29929>
3. Stewart BW, Wild CP. World Cancer Report 2014. International Agency for Research on Cancer. Lyon: World Health Organization; 2014. [citado em 2018 fev. 21]. Disponível em: <http://publications.iarc.fr/Non-Series-Publications/World-Cancer-Reports/World-Cancer-Report-2014>

4. Teixeira LA, Porto MA, Habib PABB. Políticas públicas de controle de câncer no Brasil: elementos de uma trajetória. *Cad Saúde Colet.* 2012[citado em 2017 dez. 12];20(3):375-80. Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_3/artigos/CSC_v20n3_375-380.pdf
5. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. Manual de Bases Técnicas da Oncologia – SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2016.
6. Kittelson SM, Elie MC, Pennypacker L. Palliative Care Symptom Management. *Crit Care Nurs Clin N Am.* 2015[citado em 2018 fev. 21];27:315-39. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cnc.2015.05.010>
7. Näppä U, Rasmussen BH, Axelsson B, Lindqvist O. Challenging situations when administering palliative chemotherapy – A nursing perspective. *Eur J Oncol Nurs.* 2014[citado em 2018 fev. 21];18(6):591-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2014.06.008>
8. Morosini L. Proteção da Vida - Abordagem propõe oferecer atenção integral às pessoas que sofrem com problemas crônicos ou estão próximas da morte. *Radis.* 2016[citado em 2018 fev. 21];168:10-5. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/168/reportagens/protecao-da-vida>
9. Heidegger M. *Ser e tempo.* Petrópolis: Vozes; 2015.
10. Souza KA, Souza SR, Tocantins FR, Freitas TF, Pacheco PQC. O itinerário terapêutico do paciente em tratamento oncológico: implicações para a prática de enfermagem. *Ciênc Cuid Saúde.* 2016[citado em 2018 fev. 21];15(2):259-67. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/29896/17399>
11. Batista DRR, Mattos M, Silva SF. Convivendo com o câncer: do diagnóstico ao tratamento. *Rev Enferm UFSM.* 2015[citado em 2018 fev. 21];5(3):499-510. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769215709>
12. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 874/GM, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União, Brasília (DF),* 17 mai 2013. Seção 1:129.
13. Charles C, Dauchy S, Bungener C. Choix thérapeutiques: s'appuyer davantage sur les représentations individuelles des traitements. *Bull Cancer.* 2013[citado em 2018 fev. 21];100(10):999-1005. Disponível em: <http://www.em-consulte.com/en/article/963677>
14. Matoso LML, Rosário SSD, Matoso MBL. As estratégias de cuidados para o alívio dos efeitos colaterais da quimioterapia em mulheres. *Saúde (Santa Maria).* 2015[citado em 2018 fev. 21];41(2):251-80. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/10883/pdf>
15. Lind S, Wallin L, Brytting T, Fürst CJ, Sandberg J. Implementation of national palliative care guidelines in Swedish acute care hospitals: a qualitative content analysis of stakeholders' perceptions. *Health Policy.* 2017[citado em 2018 fev. 21];121(11):1194-201. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.09.011>
16. Braga TBM, Farinha MG. Heidegger: em busca de sentido para a existência humana. *Rev Abordagem Gestál.* 2017[citado em 2018 fev. 21];23(1):65-73. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672017000100008
17. Charalambous A, Radwin L, Berg A, Sjøvall K, Patiraki E, Lemonidou C, et al. An international study of hospitalized cancer patients' health status, nursing care quality, perceived individuality in care and trust in nurses: a path analysis. *Int J Nurs Stud.* 2016[citado em 2018 fev. 21];61:176-86. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.06.013>
18. Hui D, Cruz M, Mori M, Parsons HA, Kwon JH, Torres-Vigil I, et al. Concepts and definitions for "supportive care", "best supportive care", palliative care", and "hospice care" in the published literature, dictionaries, and textbooks. *Support Care Cancer.* 2013[citado em 2018 fev. 21];21(3):959-85. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-012-1564-y>
19. Ghandourh WA. Palliative care in cancer: managing patients' expectations. *J Med Radiat Sci.* 2016[citado em 2018 fev. 21];63:242-57. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/jmrs.188>