




RIES

RIES  Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde da UNIARQ

RIES, V. 4, Nº2 (10) 2015

**REVISTA
INTERSCIPULAR DE
ESTUDOS EM
SAÚDE**

RIES:

Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde ligada ao Grupo Interdisciplinar de Estudos em Saúde da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe.

V. 4 – Nº 2 (10) – 2015

Editor:
Joel Haroldo Baade

Catálogo na fonte elaborada pela Biblioteca Universitária
Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – Caçador -SC

R454r

Revista eletrônica Interdisciplinar de Estudos em Saúde da
Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP / Universidade
Alto Vale do Rio do Peixe. v. 4, nº 2. 2015. Caçador (SC): UNIARP,
2015.

Semestral (online)
ISSN: 2238-832X

1. Saúde. 2. Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP
- Periódico. I. Título.

CDD: 610.05

Editor(a)

Prof. Dr. Joel Haroldo Baade, Uniarp, Caçador, SC, Brasil

Conselho Editorial

Prof. Dr. Adelcio Machado dos Santos, Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil

Profa. Dra. Adriana Romão, Faculdade Assis Gurgacz, Cascavel, PR, Brasil

Profa. Dra. Claudriana Locatelli, Universidade do Oeste de Santa Catarina, UNOESC, Videira, SC, Brasil

Prof. Dr. Everaldo da Silva, IBES/SOCIESC, Blumenau, SC Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil

Prof. Dr. Kleber Prado Filho, Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil

Prof. Dr. Leonardo de Paula Martins, Centro Universitário Barriga Verde - UNIBAVE, SC, Brasil

Profa. Dra. Louise Domeneghini Chiaradia Delatorre, Centro Universitário Católica de Santa Catarina - Joinville, SC, Brasil

Profa. Dra. Patricia Aparecida Batista Schepman, Washington University School of Medicine, St. Louis, Missouri, Estados Unidos da América do Norte

Prof. Dr. Ricelli Endrigo Ruppel da Rocha, UNIARP, Caçador, SC, Brasil

Comissão Científica ad hoc

Adalberto Alves de Castro (Centro Universitário Barriga Verde – UNIBAVE, Orleans, SC, Brasil), Adelcio Machado dos Santos (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Adriana Romão (Faculdade Assis Gurgacz, Cascavel, PR, Brasil), Adriano Luiz Maffessoni (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Adriano Slongo (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Aline Aparecida Foppa (Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Florianópolis, SC, Brasil), Amaryllis Tavares (Universidade Tiradentes – UNIT, Aracaju, SE, Brasil), Ana Cláudia Lawless Dourado (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Ana Paula Carneiro Canalle (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Ana Paula Frigeri (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Andréa Andrade Alves (Centro Universitário Barriga Verde - UNIBAVE, Orleans, SC, Brasil), Anielle de Vargas (Universidade Luterana do Brasil – ULBRA, Carazinho, RS, Brasil), Antonio Pedro Tessaro (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Bianca Schweitzer (Estação Experimental de Caçador - EPAGRI, Caçador, SC, Brasil), Carolina Carbonell Demori (Universidade da Região da Campanha – URCAMP, Bagé, RS, Brasil), Caryna Eurich Mazur (Universidade Federal do Paraná - UFPR, Curitiba, PR, Brasil), Cíntia Martins (Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS, Feira de Santana, BA, Brasil), Claudio Sergio Costa (Centro Universitário Bariga Verde – UNIBAVE, Orleans, SC, Brasil), Claudriana Locatelli (Universidade do Oeste de Santa Catarina - UNOESC, Videira, SC, Brasil), Clayton Luiz Zanella (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Cristianne Confessor Castilho Lopes (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Daniela dos Santos (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Daniela dos Santos (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Daniele Botelho Vinholes (Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina - UNESC, Criciúma, SC, Brasil), Danielly de Brito Andrade (Universidade Tiradentes – UNIT, Aracaju, SE, Brasil), Diogo Gonçalves de Oliveira (Centro Universitário Augusto Motta - UNISUAM), Eliabe Rodrigues de Medeiros (Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, Natal, RN, Brasil), Emyr Hiago Bellaver (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Everaldo da Silva (Instituto Blumenauense de Ensino Superior - IBES/SOCIESC, Blumenau, SC, Brasil), Fabiana Meneghetti Dallacosta (Universidade do Oeste de Santa Catarina - UNOESC, Videira, SC, Brasil), Fábio Boeing (Centro Universitário Barriga Verde – UNIBAVE, Orleans, SC, Brasil), Fátima Noely da Silva (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Genéia Lucas dos Santos (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Iara Bezerra Batista Lessa (Universidade Tiradentes – UNIT, Aracaju, SE, Brasil), Iedo Silva (Universidade Tiradentes – UNIT, Aracaju, SE, Brasil), Izabel Cristina Ribas Rodrigues Calliari (Centro Universitário de União da Vitória - UNIUV, União da Vitória, PR, Brasil), Izabel Cristina Santiago Lemos (Universidade Regional do Cariri – URCA, Crato, CE, Brasil), Jadson Justi (Universidade de Rio Verde - FESURV, Rio Verde, GO), João Felipe Peres Rezer (Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, Santa Maria, RS, Brasil), Joel Cezar Bonin (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Jorge Luiz Velasquez (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Katherinne Barth Wanis Figueirêdo (Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, Joinville, SC, Brasil), Katuscia Marcon Romão (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Kleber Prado Filho (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Larisse Miranda de Brito (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB, Cruz das Almas, BA, Brasil), Lenir Rodrigues Minghetti (Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC, Lages, SC, Brasil), Leonardo de Paula Martins (Centro Universitário Barriga Verde - UNIBAVE, SC, Brasil), Leyza Paloschi de Oliveira (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Ligia Beatriz

Bento Franz (Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUÍ, Ijuí, RS, Brasil), Lisie Alende Prates (Universidade Federal de Santa Maria- UFSM, Santa Maria, RS, Brasil), Livia Filla Nunes (Universidade Luterana do Brasil, Canoas, RS, Brasil), Louise Domeneghini Chiaradia Delatorre (Centro Universitário Católica de Santa Catarina – Joinville, SC, Brasil), Lucas Vieira Dutra (Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino – FAE), Luciane Angela Nottar Nesello (Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI, Itajaí, SC, Brasil), Lucimar Filot da Silva Brum (Universidade Luterana do Brasil, Canoas, RS, Brasil), Marcus Vinicius Kvitschal (Estação Experimental de Caçador - EPAGRI, Caçador, SC, Brasil), Maria Aparecida (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Maria Elisabeth Kleba (Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECO, Chapecó, SC, Brasil), Marialva Linda Moog Pinto (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Mariangela Kraemer Lenz Ziede (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Marilene Boscarri (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Marileusa Carvalho (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Mario Bandiera (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Marivane Lemos (Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo - FCFRP/USP), Patricia Aparecida Batista Schepman (Washington University School of Medicine, St. Louis, Missouri, EUA), Patrícia Santos (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Paula Brustolin (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Paulo Autran Leite Lima (Universidade Federal de Sergipe - UFS, Aracaju, SE, Brasil), Raul Sousa Sousa Andreza (Faculdade Leão Sampaio, Juazeiro do Norte, CE, Brasil), Resende Diniz Acioli (Universidade Tiradentes – UNIT, Aracaju, SE, Brasil), Ricelli Endrigo Ruppel da Rocha (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Roberta Aparecida Varaschin (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, BRASIL), Roberta Borghetti Alves (Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Florianópolis, SC, Brasil), Robson José de Souza Domingues (Universidade do Estado do Pará – UEPA, Belém, PA, Brasil), Roger Francisco Ferreira de Campos (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Rose Santos Oliveira (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Rosemari Santos de Oliveira (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Rosemery Andrade (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Sandoval Alencar da Silva (Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Campinas, SP, Brasil), Siham Abdel Amer (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Talize Foppa (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Tarso Waltrick (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Tathiana Carla Gelinski (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Valéria Marques Ferreira Normando (Universidade do Estado do Pará – UEPA, Belém, PA, Brasil), Vilmair Zancanaro (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Wanderléia de Oliveira Tragancin (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil).

Capa

Denise Bolzan Barpp
Taise de Almeida

Editoração Eletrônica

Prof. Dr. Joel Haroldo Baade, Uniarp, Caçador, SC, Brasil

Bibliotecária

Célia de Marco

RIES – Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde é um periódico semestral do Grupo Interdisciplinar de Estudos em Saúde (GIES) da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe (UNIARP) publicado em formato eletrônico (ISSN: 2238-832X). A revista publica textos inéditos na área da saúde e textos interdisciplinares em diálogo com pelo menos uma das três linhas de pesquisa definidas pelo grupo: Investigação de compostos com atividade biológica; Reabilitação e Terapêuticas tradicionais e complementares; Saúde Pública e humanização. Ela atua como canal de socialização de conhecimento e de pesquisas relacionadas à área da saúde.

Missão: Divulgar conhecimento e apresentar resultados de pesquisas inovadoras na área da saúde e de áreas afins que abordem temas relevantes para o contexto brasileiro. Ser um registro público e histórico do conhecimento contemporâneo na área da saúde. Propagar o conhecimento produzido pelos membros do Grupo Interdisciplinar de Estudos em Saúde da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe e de academias e pesquisadores(as) que com ele cultivem redes de conhecimento.

Indexação: 1) Diretórios de revistas: - Portal do Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas (SEER/IBICT); - Diadorim, diretório de políticas das revistas científicas brasileiras sobre o acesso aberto aos artigos por meio de repositórios institucionais; - Periódicos de Livre Acesso na Internet - LivRe- <http://livre.cnen.gov.br>; - Latindex (Sistema Regional de Informação em Linha para Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal); - Open Archives – OAI Register Data Providers. 2) Índices (Index) ou Bibliografias (Abstracts): - Portal de Periódicos da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP; - Catálogo da Biblioteca da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe-UNIARP; - Sumários.org; 3) Serviços de coleta de metadados: - Google Scholar

SUMÁRIO

EDITORIAL (*Joel Haroldo Baade - Editor*).....9

TEORIAS E PRÁTICAS EM ENFERMAGEM

PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM ACERCA DO PROCESSO DE FINITUDE DE PACIENTES (*Mauro Trevisan, Dayane Adorno Macedo, Rosilene Jackeline de Almeida Moreira, Vicente de Paula Faleiros*)..... 12

A VISÃO DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO AO PACIENTE EM TENTATIVA DE SUICÍDIO EM UM PRONTO SOCORRO (*Evelyn Beatriz Freitas Burigo, Milca Josiane Dias Moreira Fagundes, Izabel Scarabelot Medeiros, Ana Regina da Silva Losso, Sonia Maria Correa*)..... 26

DESAFIOS ENFRENTADOS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO (*Bruna Dalsasso Pizzato, Paula Ioppi Zugno*) 40

A APLICABILIDADE DO USO DE SIMULAÇÃO REALÍSTICA NA FORMAÇÃO PERMANENTE DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM (*Renata Pinto Ribeiro Miranda, Ana Leticia Motta, Erika de Cássia Lopes Chaves, Zélia Marilda Rodrigues Resck, Denise Hollanda Iunes*)..... 54

O PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS NA CASA GUIDO E A IMPORTÂNCIA DO USO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO COMO FORMA DE CUIDADO AO PACIENTE PEDIÁTRICO PARA PROFISSIONAIS QUE ATENDEM CRIANÇAS COM CÂNCER (*Paulo Freitas Silva Junior, Paula Ioppi Zugno, Ana Regina da Silva Losso, Sonia Maria Correa*) 63

ÁREAS EMERGENTES EM PSICOLOGIA

PSICOLOGIA E CUIDADOS PALIATIVOS EM UTI NEONATAL (*Amanda Caroline Inácio, Dailany D´Aroz Vollmann, Fabíola Langaro, Maria Consuelo da Costa Oliveira e Silva*) ... 80

ESTÉTICA E SAÚDE

BELLE ÉPOQUE DA ESTÉTICA: NECESSIDADE DE PROFISSIONALIZAÇÃO (*Cyntia Leila Stiz Gessner, Everaldo da Silva*) 97

APLICABILIDADE DA PIMENTA (CAPSAICINA) NA ESTÉTICA (*Bartolomeu Bezerra Pinto Junior, Livia Filla Nunes, Monica Magdalena Descalzo Kuplich, Marcia Gerhardt Martins*) 109

ESTUDOS INTERDISCIPLINARES EM SAÚDE

RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS (*Danielli Possamai Della Furlaneto, Luciane Bisognin Ceretta, Maria Tereza Soratto*) 121

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ENVELHECIMENTO ATIVO: A TERCEIRA IDADE E A INCLUSÃO DIGITAL (<i>Danilo Erhardt, Sandra Mara Bragagnolo</i>) | 137 |
| PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE SOBRE A IMPORTÂNCIA DO TRABALHO MULTIPROFISSIONAL E INTERDISCIPLINAR NA ATENÇÃO BÁSICA (<i>Sabrina Zanchett, Fabiana Meneghetti Dallacosta</i>) | 145 |
| O GENOGRAMA E O ECOMAPA COMO INSTRUMENTOS PARA COMPREENDER A REDE FAMILIAR DE UMA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL: UM ESTUDO DE CASO (<i>Rayline Roseno Machado, Elton Brás Camargo Júnior, Jadson Justí</i>) | 154 |
| IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR DE CUIDADOS PALIATIVOS EM HOSPITAL GERAL (<i>Andrea Hellena dos Santos, Fabíola Langaro, Felipe Pfuetzenreiter, Luiza Tatiana Forte</i>)..... | 169 |

EDITORIAL

Prezados leitores e leitoras de RIES,

Com enorme satisfação trazemos à lume o décimo número de RIES. O ano de 2015 foi marcado por conquistas expressivas para a revista, entre elas a que merece maior destaque é a sua qualificação no extrato B2 da área de ensino da CAPES. A cada nova edição, o periódico tem se destacado nesse quesito, devido principalmente à qualidade dos textos que tem recebido de pesquisadores e pesquisadoras que depositaram em RIES a sua produção científica. Por isso, grande parte do mérito da revista se deve a essas pessoas que, com esforço e dedicação, se propõem a produzir pesquisas de qualidade. A elas cabe um agradecimento muito cordial.

Outra notícia muito animadora é a inclusão de RIES no Portal de Periódicos da CAPES a partir de 2016, o que garantirá maior visibilidade da produção publicada na revista. Nesse sentido, pode-se dizer que o periódico cumpre, a cada nova edição, o papel que lhe cabe, qual seja, o de ser veículo de conhecimento e contribuir para a construção de uma sociedade sustentável e na qual se possa assegurar a qualidade de vida de todas as pessoas.

Este número de RIES está organizado em quatro blocos temáticos, sendo que, em cada um deles, reflete-se sobre diferentes dimensões da vida humana, em particular sobre a perspectiva da saúde, compreendida como o bem-estar integral da pessoa. Os blocos temáticos são: teorias e práticas em enfermagem; áreas emergentes em psicologia; estética e saúde; e estudos interdisciplinares em saúde.

A edição anterior de RIES publicou um dossiê sobre teorias e práticas em enfermagem, mas nem todos os textos puderam ser contemplados naquele número. Por isso, abre-se o presente número com os textos encaminhados ao dossiê, mas que não puderam ser publicados na edição anterior. Os cinco textos dessa seção são: PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM ACERCA DO PROCESSO DE FINITUDE DE PACIENTES de Mauro Trevisan, Dayane Adorno Macedo, Rosilene Jackeline de Almeida Moreira e Vicente de Paula Faleiros; A VISÃO DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO AO PACIENTE EM TENTATIVA DE SUICÍDIO EM UM PRONTO SOCORRO de Evelyn Beatriz Freitas Burigo, Milca Josiane Dias Moreira Fagundes, Izabel Scarabelot Medeiros, Ana Regina da Silva Losso e Sonia Maria Correa; DESAFIOS ENFRENTADOS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO de Bruna Dalsasso Pizzato e Paula Ioppi Zugno; A APLICABILIDADE DO USO DE SIMULAÇÃO REALÍSTICA NA FORMAÇÃO PERMANENTE DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM de Ana Leticia Motta e Renata Pinto Ribeiro Miranda; e O PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS NA CASA GUIDO E A IMPORTÂNCIA DO USO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO COMO FORMA DE CUIDADO AO PACIENTE PEDIÁTRICO PARA PROFISSIONAIS QUE ATENDEM CRIANÇAS COM CÂNCER de Paulo Freitas Silva Junior, Paula Ioppi Zugno, Ana Regina da Silva Losso e Sonia Maria Correa.

A segunda seção sobre áreas emergentes em psicologia possui um texto: PSICOLOGIA E CUIDADOS PALIATIVOS EM UTI NEONATAL de Fabíola Langaro, Amanda Caroline Inácio, Dailany D'Aroz Vollmann e Maria Consuelo da Costa Oliveira e Silva.

Na seção estética e saúde, há dois textos: BELLE ÉPOQUE DA ESTÉTICA: NECESSIDADE DE PROFISSIONALIZAÇÃO de Cyntia Leila Stiz Gessner e Everaldo da Silva; e APLICABILIDADE DA PIMENTA (CAPSAICINA) NA ESTÉTICA de Bartolomeu Bezerra Pinto Junior, Lívia Filla Nunes, Monica Magdalena Descalzo Kuplich e Marcia Gerhardt Martins.

E, por fim, na seção estudos interdisciplinares em saúde, estão publicados mais cinco textos, que tem como foco principal a dimensão interdisciplinar como condição para a atenção integral para a qualidade de vida da pessoa. Os textos são: RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS de Maria Tereza Soratto, Danielli Possamai Della Furlaneto e Luciane Bisognin Ceretta; ENVELHECIMENTO ATIVO: A TERCEIRA IDADE E A INCLUSÃO DIGITAL de Sandra Mara Bragagnolo e Danilo Erhardt; PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE SOBRE A IMPORTÂNCIA DO TRABALHO MULTIPROFISSIONAL E INTERDISCIPLINAR NA ATENÇÃO BÁSICA de Fabiana Meneghetti Dallacosta e Sabrina Zanchett; O GENOGRAMA E O ECOMAPA COMO INSTRUMENTOS PARA COMPREENDER A REDE FAMILIAR DE UMA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL: UM ESTUDO DE CASO de Rayline Roseno Machado, Elton Brás Camargo Júnior e Jadson Justi; e IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR DE CUIDADOS PALIATIVOS EM HOSPITAL GERAL de Fabíola Langaro, Andrea Hellena Dos Santos, Felipe Pfuetzenreiter e Luiza Tatiana Forte.

Com votos de boas leituras,

Prof. Dr. Joel Haroldo Baade
Editor

Teorias e Práticas em Enfermagem

PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM ACERCA DO PROCESSO DE FINITUDE DE PACIENTES

Perceptions of nursing professionals about the finitude process of patients

Mauro Trevisan¹
Dayane Adorno Macedo²
Rosilene Jackeline de Almeida Moreira³
Vicente de Paula Faleiros⁴

Recebido em: 30 jun. 2015

Aceito em: 14 out. 2015

RESUMO: Introdução: O presente artigo aborda a percepção de como o enfermeiro lida com o processo de finitude, estando presentes os conceitos de morte, incluindo as principais fases enfrentadas. Propõe, ainda, uma abordagem geral do percurso histórico, destacando as diferenças culturais que ocorrem ao longo do tempo. **Objetivo:** Conhecer as percepções do enfermeiro ao lidar com a morte em seu ambiente de trabalho. **Materiais e Métodos:** Estudo de caráter qualitativo, realizado com o método descritivo e revisão de literatura. As principais fontes utilizadas para a construção do artigo foram Scielo, Lillacs e Bireme, e os critérios de inclusão foram artigos relacionados ao tema proposto sobre finitude de pacientes, do ano de 1989 a 2014, os critérios de exclusão deram-se por matérias fora do tema e do ano proposto. **Resultado:** Concluiu-se que é necessário que as instituições de ensino levem em conta a formação pessoal ou mesmo profissional dos graduandos e aumentem conteúdos sobre o tema, abordando as disciplinas de Psicologia e Ética, oferecendo a discussão e a vivência sobre a morte, tornando, assim, seus graduandos, futuros profissionais seguros e preparados. **Conclusão:** concluiu-se que estudar a morte é algo que pode ajudar a trabalhar com sua constante presença, surgindo daí a necessidade de o profissional tornar-se familiarizado com a morte desde a graduação. **Palavras-chave:** Finitude. Profissionais de enfermagem. Percepção.

ABSTRACT: Introduction: This article discusses the perception of how the nurse deals with the finitude process, being present the concepts of death, including the main phases faced, yet propose a general approach to the historical background, highlighting the cultural differences that occur over time. **Objective:** To know the perceptions of nurses to deal with death in their working environment. **Materials and Methods:** This qualitative study, carried out with the descriptive method and literature review. The main sources used for the construction of the article were Scielo, Lillacs

¹ Professor Especialista em Direito Civil (UNIPAR-PR), Gestão e Orientação Escolar (FAMATEC), Mestre em Gerontologia pela (UCB), docente da Faculdade LS. Universidade Católica de Brasília. E-mail: professormauro.trevisan@gmail.com.

² Graduada em Enfermagem. ICESP. E-mail: macedo_day@hotmail.com.

³ Graduada em Enfermagem. ICESP. E-mail: rosejack67@hotmail.com.

⁴ Possui graduação em Direito pela Faculdade de Direito de Franca - SP(1966), graduação em Serviço Social pela Universidade de Ribeirão Preto (1966), especialização em planejamento pela UnB e pelo IRFED- Institut de Recherches en Développement (Paris), doutorado (PhD) pela Université de Montreal (1984) e doutorados pela EHESS - Escola de Altos Estudos em Ciências Sociais- Paris (1991) e Université de Montréal (1996). Universidade Católica de Brasília. E-mail: vicentefaleiros@terra.com.br.

and Bireme, and the inclusion criteria were articles related to the topic proposed on finitude of patients, the year 1989-2014, the exclusion criteria are given by matters outside the theme and the proposed year. **Result:** concludes is the need for educational institutions to take into account the personal training or even professional of the students and increase content on the topic, covering the disciplines of Psychology and Ethics, offering discussion and experience on death, thus making its graduates, future professional safe and prepared. **Conclusion:** it was concluded that study death is something that can help work with their presence, emerging hence the need for the professional become familiar with death since graduation.

Keywords: Finitude. Nursing professionals. Perception.

INTRODUÇÃO

O presente artigo desenvolve a percepção de como o enfermeiro consegue lidar com o processo morte e morrer, propõe-se uma abordagem geral do contexto histórico, apresentando as diferenças culturais que podem interferir na percepção do profissional de enfermagem. É possível inferir que a diversidade cultural é um dos elementos a serem considerados, pois cada cultura tem ritos próprios para o processo de morte e elaboração do luto. Destacar-se-á alguns dos principais conceitos acerca da ideia de morte, incluindo suas fases e como os familiares enfrentam, destacando que as questões como dor, sofrimento e luto, fazem parte da vida de toda pessoa e de qualquer cultura. A morte é um fenômeno único, individual e inevitável. Assim como o nascimento, a morte é um processo natural da vida que desperta as mais diferentes reações emocionais nos seres humanos.

Estudar as concepções culturais do processo saúde-doença-finitude nas diferentes culturas permite aos profissionais de enfermagem compreender seus próprios valores e crenças no processo em que se encontram, bem como suas ações e atitudes relacionadas a questões do cotidiano que influenciam sua vida pessoal e profissional.

Vale ressaltar brevemente como esse processo era considerado nos diversos períodos da história. A morte era considerada um evento familiar, e vem se tornando cada vez mais individualizada e particularizada. O medo da morte faz com que familiares ocultem o diagnóstico de doenças tidas como fatais, para poupar o paciente do sofrimento.

Hennezel, (apud REZENDE, 2000; p.128), diz que as famílias sempre imaginam que o enfermo não suportaria a verdade; não se dão conta de que ele já sabe e a suporta só, e afirma que “ninguém pode sentir por mim a minha dor, nem ninguém pode morrer por mim a minha morte”.

Os familiares tentam esconder a morte não apenas do doente, mas deles próprios, numa tentativa infrutífera de afastá-la e prolongar a vida de quem se ama. A hospitalização afasta o doente da família, tornando-o mais sensível, solitário e deprimido, temendo ainda mais o processo de morte e de morrer. A pessoa que está morrendo na solidão de um quarto de hospital perde a identidade e o controle de suas ações,

entregando, nas mãos da equipe de saúde, o que lhe resta de vida.

Diante disto surgem algumas indagações: que tipo de ajuda o doente necessita no momento da morte? Será que os profissionais da saúde, entre eles os enfermeiros, estão preparados nessa fase? Será que as faculdades e institutos estão preparando adequadamente os profissionais para enfrentar essa realidade? Diante desses questionamentos para a comunidade acadêmica, são imprescindíveis, na academia, as aulas de Psicologia, Humanização, Ética e Filosofia. Essas disciplinas formam uma base que auxilia os acadêmicos na compreensão, no amadurecimento de conceitos, na formação de juízo de valor e na forma de enfrentar as possíveis dificuldades que venham a surgir.

Os profissionais de enfermagem frequentemente estão expostos a situações de deparar-se com a morte de pacientes, os quais ficam sob sua tutela, e o mais importante é que devemos acreditar que, quando um paciente chega à fase final, deve-se ficar a seu lado e da família, apoiando, ouvindo, amenizando e até facilitando e fazendo-o aceitar a chegada do fim inevitável. Mas essa não é uma realidade que ocorre frequentemente, inclusive pela demanda existente de pacientes nos hospitais.

Os(as) enfermeiros(as), geralmente, estão mais próximos dos pacientes em seus momentos difíceis, inclusive no fim de sua vida. São eles a quem, geralmente, os familiares buscam quando necessitam de esclarecimentos. Assim, este profissional trata com o sofrimento, com a angústia e com os temores que podem surgir nas diversas situações que envolvem este cuidar mais de perto do que outros profissionais da saúde.

Apesar do confronto com a morte no dia a dia de trabalho, alguns encontram dificuldades em encará-la como parte da vida, e consideram que a morte de seus pacientes representa um fracasso, resultado do trabalho terapêutico e do esforço pela cura.

Uma vez que os profissionais de enfermagem estão constantemente expostos a situações que envolvem a morte, decidiu-se realizar o estudo como forma de conhecer melhor como o enfermeiro se comporta frente à morte de seus pacientes e de uma possível não aceitação dessa realidade inevitável. Destaca-se, ainda, que um dos objetivos é perceber atitudes e comportamentos dos enfermeiros frente à morte, assim como na prestação de cuidados aos pacientes e familiares nesta fase.

O presente artigo tem por objetivo: conhecer a percepção do enfermeiro em lidar com a morte de seus pacientes no ambiente de trabalho; conceituar a morte e destacar as principais dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro diante da morte.

MÉTODOS

Para a construção do presente artigo, a metodologia utilizada é de ordem qualitativa, o método é o descritivo e a técnica é a revisão de literatura. Para a construção do referido artigo, as principais bases de dados escolhidas foram Scielo, Lilacs e Bireme,

por um critério de qualidade nas publicações. Os critérios de inclusão foram artigos relacionados ao tema sobre finitude e enfrentamentos que se reportam ao período de 1996 a 2014. Inicialmente, para a construção deste estudo, foram selecionados 50 artigos, com temas relacionados, dos quais, após a releitura dos mesmos, optou-se por 19, os quais permitiram desenvolver as ideias aqui expostas.

Quanto aos critérios de exclusão, deram-se por materiais que estavam fora do período estabelecido ou aqueles que não se referiam especificamente ao objeto de estudo. Na seleção de materiais, optou-se por trazer os conceitos de Klub-Ross, Parkes, Kóvács e Frankl, autores internacionais que são referência na área de estudo sobre a morte, o luto e a resiliência.

Conforme Chizzotti (1995, p. 79), “uma das diferenças entre a pesquisa qualitativa e os estudos experimentais está na forma como se apreende e se legitima os conhecimentos”. No que se refere a tal aspecto, ele considera:

[...] a abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. O conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa: o sujeito observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado. O objeto não é um dado inerte ou neutro; está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações (CHIZZOTTI, 1995, p. 80).

Vale ressaltar que a pesquisa qualitativa é a mais indicada para o tipo de estudo que se está a desenvolver.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

CONTEXTUALIZAÇÃO DA IDEIA DE MORTE NA HISTÓRIA

No percurso histórico, observam-se as representações e atitudes do homem diante da morte e do morrer, e o modo distinto com que algumas culturas têm lidado com este fenômeno. A discussão sobre o processo de morte não é recente, vem de um contexto histórico e cultural; a visão da morte e do morrer pode variar de acordo com o período histórico da sociedade.

Diversos autores já descreveram as mudanças que esse processo sofreu desde os tempos primitivos até nossos dias. Segundo Caputo (2006), a morte é caracterizada pelo mistério, pela incerteza e, conseqüentemente, pelo medo daquilo que não se conhece.

Para Moreira (2006), morrer, cientificamente, é deixar de existir, quando o corpo, acometido por uma patologia ou acidente, sofre a falência de seus órgãos vitais, com a parada progressiva de toda atividade do organismo, podendo ser de forma súbita

(doenças agudas, acidentes) ou lenta (doenças crônico-degenerativas), seguida da degeneração dos tecidos. “A situação de óbito hospitalar, ocorrência na qual se dá a materialização do processo de morrer e da morte, é, certamente, uma experiência impregnada de significações sociais, culturais e principalmente subjetivas” (NASCIMENTO, 2006, p. 52-60).

Bretas (2006) reforça, ainda, que a morte não é só um fato biológico, mas um processo construído socialmente, que não se distingue das outras dimensões do universo das relações sociais. Assim, a morte está presente em nosso cotidiano e, independentemente de suas causas ou formas, seu grande palco continua sendo os hospitais e instituições de saúde. Entende-se que a morte desafiou e desafia as mais distintas culturas, numa forma de tornar compreensível essa incerteza a fim de amenizar ou cessar a angústia causada pela morte.

Estudos relatam que a perspectiva sobre a morte varia de cultura e ao longo do tempo. A certeza de ser algo natural torna-se uma provocação: “quer dizer que os sobreviventes aceitam a morte do próximo mais dificilmente do que noutros tempos”. Com as mudanças, a morte deixou de ser familiar. Não há necessidade de o paciente morrer em seu domicílio, tornando-se mais frequente no hospital e, muitas vezes, sozinho. A morte é vista como tabu, o que justifica tratá-la de forma mascarada, como afirma Carvalho (1996). Na atualidade, evita-se falar de morte, bem como ver o corpo do moribundo, pois isso traz à consciência a ideia de nossa própria finitude.

PERSPECTIVAS CULTURAIS ACERCA DA MORTE NO OLHAR DA ENFERMAGEM

Silva (2001, p. 10-11) relata que “viver plenamente a vida implica também aceitar a morte, conviver com ela a cada instante, fazer dela uma fiel companheira; implica a consciência de que morro a cada instante, e que renasço a cada instante”. Muitos acreditam que a morte é uma passagem, a separação do corpo físico e o espiritual (alma), e que esta alma irá para um lindo lugar, em outro tempo, onde começara a ter novas experiências em uma nova vida.

Para Penna (1999; p. 10), a morte seria um grande mistério, mas com uma carga de aceitação coletiva muito grande; morremos para o mundo físico e, possivelmente, iremos para outro lugar (...) A morte é só uma passagem para outra vida, que continuaremos a viver em outro espaço, em outro lugar.

A discussão sobre o processo de morte não é recente, vem de um contexto histórico e cultural. A visão da morte e do morrer pode variar de acordo com o período histórico da sociedade. Vários autores já descreveram as mudanças que esse processo sofreu desde os tempos primitivos até hoje.

Segundo Aires (2003, p. 96), “antigamente a morte era esperada no leito, organizada pelo próprio moribundo (...) junto dos parentes, amigos, vizinhos, e até as crianças estavam presentes nessa hora; a simplicidade com que os ritos da morte eram

aceitos e cumpridos em um modo cerimonial, mas sem caráter dramático ou emoções excessivas”.

A imagem que se faz da morte e do morrer vem sendo alterada com o passar dos séculos. O que, antigamente, era bem aceito, esperado e compreendido, hoje passa a ser negado, não esperado e, principalmente, incompreendido (AIRES, 2003).

A morte tem um papel de grande relevância nas sociedades. Para ilustrar tal afirmação, Giacoia (2005) afirma que a maneira como a sociedade se posiciona diante da morte e do morto tem um papel decisivo na constituição e na manutenção de sua própria identidade coletiva e, conseqüentemente, na formação de uma tradição cultural comum.

Isso pode ser constatado nas culturas descritas a seguir: a sociedade mesopotâmica sepultava seus mortos com tamanho cuidado e zelo que, juntamente com o corpo, eram postos vários pertences que marcavam a identidade pessoal e familiar do morto (roupas, objetos pessoais e até a comida favorita), garantindo que nada lhe faltaria na passagem da vida para o mundo da morte, que acreditavam existir no subterrâneo terrestre (GIACOIA, 2005). Os gregos tinham como característica cultural a prática de cremar os corpos dos mortos, com intuito de marcar a nova condição existencial destes (GIACOIA, 2005). Os hindus, como os gregos, tinham o costume de incinerar os corpos. Para eles, as cinzas do corpo consumido pelo fogo eram lançadas ao vento ou nos rios para fundir-se com o absoluto, com o eterno, ou seja, a paz originária (GIACOIA, 2005).

Já para a civilização cristã e para boa parte dos judeus (aqueles que acreditam na ressurreição), a morte era vista como passagem para outra dimensão, a transposição ao eterno sofrimento e expiação (inferno) ou o acesso ao eterno gozo, reservado aos bem-aventurados (o paraíso). A morte, para os cristãos, era um estágio intermediário, um sono profundo do qual acordariam no dia da ressurreição, quando as almas voltariam a habitar os corpos. É devido a essa crença que os cristãos, há muito tempo, enterram os corpos dos defuntos com grande escrúpulo (GIACOIA, 2005).

Para entendermos os vários fatores que interferem no enfrentamento da morte e do morrer, tanto pelos profissionais quanto pelos pacientes e familiares, é preciso que, antes, saibamos um pouco mais sobre o processo de elaboração e as possíveis reações causadas pelo impacto da notícia.

FASES DO LUTO

Em todas as culturas existem procedimentos, rituais e celebrações do processo de luto. É inevitável que os laços familiares, em um processo de perda, acabem se fragilizando. Os povos mais antigos e as civilizações mais primitivas procediam com rituais no processo de morte e no que se refere ao luto. Em cada cultura, existem características particulares a esse processo, alguns pesquisadores chamaram de estágios, fase ou até mesmo estados.

As pessoas que passam pelo processo da morte ou quando perdem um ente querido buscam maneiras de superar seus medos e frustrações. Diante de uma notícia de morte, o indivíduo pode manifestar diferentes sentimentos e atitudes. Por isso, essas atitudes estão divididas em cinco estágios emocionais definidos como: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação (SILVA et al., 2007).

A primeira fase é a **negação**. Esse período pode ser uma defesa temporária ou, em certos casos, pode perdurar até o fim. O paciente desconfia da troca de exames ou da competência dos profissionais; o paciente questiona todos ao seu redor dizendo que não é verdade (SUSAKI; SILVA; POSSARI, 2006).

Na segunda fase, é o sentimento de **raiva**, revolta, ressentimento e ira. O paciente começa a indagar “por que eu?”. Esse período torna ainda mais difícil lidar com o paciente. Isso ocorre porque a raiva se propaga em todas as direções (SUSAKI; SILVA; POSSARI, 2006).

Na terceira fase, a **barganha** é o principal aliado do paciente. O doente faz diversas promessas pedindo o prolongamento da vida ou a ausência da dor. Essa barganha, geralmente, é feita com Deus (SUSAKI; SILVA; POSSARI, 2006).

A quarta fase é marcada pela **depressão**, apresentando o sentimento de perda. As dificuldades do tratamento aliadas ao maior tempo de hospitalização tendem a aumentar a tristeza no indivíduo, o que leva à depressão (SUSAKI; SILVA; POSSARI, 2006).

Entretanto, a quinta fase, a **aceitação**, é visível. O paciente passa a aceitar sua situação e o seu suposto destino. Nessa fase, a família precisa muito do apoio dos profissionais de saúde, à medida que o interesse do paciente diminui e ele encontra certa paz (SUSAKI; SILVA; POSSARI, 2006).

Vale dizer que quanto aos estágios ou fases, os autores classificam em pelo menos cinco nomenclaturas, que são: fases, estágios, estados e tarefas. As mais utilizadas pelos autores são, respectivamente, as fases do processo do luto e de sua elaboração e que se aproxima da maioria dos estudiosos dessa área.

Quando um indivíduo morre, o sentimento que fica é a dor e a solidão; ocorre a destruição da matéria, do corpo físico e o biológico. Este vazio não atinge só as pessoas que conviviam com quem morreu, mas todas as pessoas que estavam a seu redor, no círculo do qual o morto fez parte ao longo da vida (PALU; LABRONICI; ALBINI, 2004).

LUTO: A DOR QUE SE PERDE COM O TEMPO

Pensar na finitude leva a refletir e, ao mesmo tempo, a buscar a compreensão dos sentimentos e das emoções que são inerentes a esse processo: morte e luto, perda, fragilidade, dor, revolta. Tais aspectos são extremamente complexos e, mais ainda, difíceis de serem analisados sob a perspectiva da racionalidade, da emocionalidade e da

fé dos seres humanos, uma vez que eles são capazes de provocar desequilíbrio e desajuste no repertório do indivíduo, pois o que está em pauta é a perda de um ser humano, e por esta ser uma perda sem retorno.

Contudo, para abordar o assunto de modo mais didático, necessário se faz uma definição, primeiramente, dos conceitos de: a) luto; b) vínculo/apego e c) perda.

Luto

Pode ser definido, essencialmente, como uma reação à perda de uma pessoa, em especial de pessoa amada (PARKES, 1998). Segundo este autor, os elementos existentes na definição do luto, numa ordem temporal, podem assim ser discriminados: aqueles que amamos, quando são perdidos, nos fazem sofrer. As reações do luto correspondem ao comportamento, e o sofrer e a superação do luto são a consequência.

Vínculo/apego

Seres humanos não sentem falta de algo/de alguém se não tiverem uma proximidade com este algo/este alguém. Segundo Guilhardi (1997), o vínculo existe quando os comportamentos de duas pessoas se influenciam reciprocamente e resultam em sentimentos de afetividade, ou seja, é um relacionamento no qual as pessoas que interagem se reforçam mutuamente.

Perda

Segundo Hoshino (2008), a perda desencadeadora do luto significa deixar de se ter o que se tinha; na maioria das vezes, algo ou alguém do ambiente ao qual se pertence ou com quem se tinha vínculo afetivo, ou seja, a perda pressupõe a modificação de um contexto ambiental que anteriormente gerava bem-estar. Para Hoshino (2008), é uma fase bastante intensificada em que fica muito evidente um repertório comportamental de mudança, ou seja, uma luta da pessoa enlutada contra a modificação causada em sua vida pela perda.

Sufrimento

Viktor Frankl (1989) vê o homem como um ser em busca de sentido, de tal modo que ele poderá se realizar enquanto pessoa se descobrir e afirmar um sentido nas diversas circunstâncias de sua vida, mesmo aquelas que são dolorosas.

Segundo ele, o sofrimento se dá quando o homem se encontra diante de algo inevitável, isto é, quando enfrenta qualquer coisa fatal que ele deve aceitar. O homem sofre quando experimenta um mal qualquer (...) O homem sofre por causa do mal, que é certa falta, limitação ou distorção do bem. O homem sofre por causa de um bem do qual não participa, do qual é, num certo sentido, excluído ou do qual ele próprio se privou.

No conceito cristão, a realidade do sofrimento explica-se por meio do mal que, de

certa maneira, está sempre em referência a um bem (JOÃO PAULO II, 1988, p. 12).

Para Lunardi (2001), o que se vê também é que, com a tecnologia, há o prolongamento artificial do processo de morte, de modo que o paciente é mantido vivo, mesmo sem perspectiva de cura ou melhora. Com isto, tornam-se necessários os cuidados paliativos que vão aumentar a vivência dos profissionais de enfermagem com esse paciente, vendo o sofrimento dele e de sua família diariamente.

OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E A RELAÇÃO COM O PROCESSO DE FINITUDE

O cuidar deve estar presente desde o nascer até o morrer. A enfermagem é uma profissão que trabalha com o ser humano desta forma: o cuidar é priorizado pela atenção, zelo, o cuidado e a preocupação pelo outro.

Conceito de cuidado

Para Waldon (2007, p. 415-17),

o cuidado humano é essencial, pois sem o cuidado não haveria vida, significados para quem experimenta esse momento, a definição de cuidado como sendo um sentimento inerente ao ser humano (...) e está presente em nossa vivência diária, na família, no trabalho, no convívio social, fortalecendo sentimentos e conservando a relação entre quem cuida e quem é cuidado.

Assim, respeito, gentileza, amabilidade, consideração, compaixão, disponibilidade, responsabilidade, interesse, segurança e oferecimento de apoio são comportamentos e atitudes relativas ao cuidado.

Cuidados paliativos

O cuidado paliativo surge como uma filosofia humanitária de cuidar de pacientes em estado terminal, aliviando a sua dor e o sofrimento. Estes cuidados preveem a ação de uma equipe interdisciplinar na qual cada profissional, reconhecendo o limite da sua atuação, contribuirá para que o paciente, em estado terminal, tenha dignidade na sua morte.

Para Araújo, (2005), os cuidados paliativos preconizam humanizar a relação equipe de saúde-paciente-família e proporcionar uma resposta razoável para as pessoas portadoras de doenças que ameaçam a continuidade da vida, desde o diagnóstico dessa doença até seus momentos finais.

Cuidado paliativo, para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2011), é uma prática dedicada à promoção da qualidade de vida de pacientes e de familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, e baseia-se na prevenção e alívio do sofrimento através da identificação precoce, avaliação e tratamentos adequados da dor e

de outros sintomas físicos, psicossociais e espirituais. Assim, em cuidados paliativos se propõe uma maneira de cuidar para que o alívio de sintomas e o conforto do paciente sejam prioridades, sem utilizar procedimentos que acelerem ou adiem a morte.

Segundo Nunes Fernandes (2006), quando paramos para pensar sobre o que é permitido sentir o profissional enfermeiro acerca da morte, vem o questionamento quanto ao comportamento que deve ser assumido frente ao paciente que morre e a família, pondo dúvidas em torno do cuidar com respeito, pois assistir o paciente neste momento é difícil e suscita a sensação de impotência e, mesmo, de culpa por falhar na assistência prestada, dando a sensação de que tudo o que foi feito não foi o bastante, que poderia ter sido mais e melhor.

Conforme Susaki (2006), os profissionais de saúde acabam criando mecanismos de defesa que os auxiliam no enfrentamento da morte e do morrer. Por serem preparados para a manutenção da vida, a morte e o morrer, suscitam sentimentos de frustração, tristeza, perda, impotência, estresse e culpa. Em geral, o despreparo leva o profissional a afastar-se da situação.

Para Palu, Labronici e Albini (2004, p. 33-41), cuidar do ser humano que está morrendo nos faz refletir sobre a fragilidade da vida e, muitas vezes, coloca aquele que cuida frente a sua impotência.

O enfermeiro procura, de forma aceitável, conviver com o processo de morrer dos indivíduos. Ele vê a morte como algo natural, começa a desenvolver sentimentos de imparcialidade como uma forma de defesa frente à dor e ao sofrimento que terminam em morte (PALU et al., 2004).

O profissional se preocupa com o cuidado prestado ao paciente em vários momentos, e uma forma concreta de atendimento é a humanização, visto que proporciona maior qualidade no atendimento não só do paciente, mas de seus familiares. O enfermeiro participa da vida do paciente com orientações de como é a melhor maneira de lidar com os seus sentimentos e, também, com suas próprias emoções (COSTA et al., 2008).

Para Beninca (2002), é necessário que o aspecto emocional e o psicológico do enfermeiro sejam trabalhados, pois a morte faz parte da rotina hospitalar sendo uma realidade constante no seu dia a dia.

IMPORTÂNCIA DAS BASES ACADÊMICAS E DISCIPLINAS ESPECÍFICAS NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Atualmente, o que mais ouvimos é que, nas instituições de saúde e de educação, os profissionais não foram preparados para lidar com a morte. Como é possível que os cursos da área de Saúde, dentre os quais Medicina, Enfermagem, Psicologia e outros não tenham disciplinas que abordem o tema?

Os enfermeiros, apesar de perceberem a morte como um alívio para o sofrimento do paciente, tendem a negá-la, pois enfatizam que trabalham pela manutenção da vida e não pela morte e recusam-se a aceitá-la (PALU; LABRONICI; ALBINI, 2004).

Nenhum outro profissional convive tão perto e tão frequente com a morte do que o enfermeiro, pois é ele quem passa a maior parte do tempo com o paciente e, diante disso, surgem algumas indagações como:

- que tipo de ajuda o doente necessita no momento da morte?

- será que os profissionais da saúde estão preparados para ajudar nesse momento?

- onde, quando e de que modo pode-se discutir com os acadêmicos da graduação em Saúde sobre a morte e o morrer?

- será que os docentes estão, também, preparados para discutir com os alunos o tema morte e morrer?

- será que as faculdades formam profissionais preparados para lidar com a ideia de morte e morrer?

- é possível ensinar a morte e o morrer?

Por isso, é necessário preparo melhor na graduação, trabalhando com o graduando de maneira que ele consiga assimilar sua preparação pessoal com a profissional, e perceber que a preparação dele não depende só da faculdade mas, sim, de um conjunto de fatores que dependerá, também, dos graduandos, como a busca por conhecimento, a empatia, a humanização e a formação pessoal. Assim, os profissionais se sentirão mais seguros para entender o processo da morte do paciente (BERNIERI; HIRDES, 2007).

Como se sabe não é só na faculdade que o profissional deve se preparar, mas também ter responsabilidades e respeito em suas atitudes, e há coisas que não se aprende na faculdade, como a moral, o caráter e a ética, elas estão inseridas em cada um, conforme a formação pessoal (KOVACS, 2003, p. 2-6).

As aulas de Psicologia e de Ética aparecem como espaço importante para a elaboração deste tema: a morte. Para Kovacs (2003), seria interessante que o curso também abordasse como agir e atuar perante a morte, pois é possível detectar que é necessário um suporte emocional aos profissionais de enfermagem, pois a morte faz parte de seu cotidiano, e que, em alguns, deixa marcas que poderiam ser amenizadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudar a morte é algo que pode ajudar o profissional de enfermagem a trabalhar com sua constante presença, surgindo daí a necessidade de ele tornar-se familiarizado com a morte desde a graduação, com vistas a um preparo pessoal e profissional de forma

a reduzir o estresse e a ansiedade ao se discutir e conviver diariamente com as situações de sofrimento, proporcionando ao profissional a elaboração e o esclarecimento de suas preocupações frente ao desconhecido.

A morte é um dos elementos integrantes do ciclo da vida. O indivíduo nasce, cresce, reproduz, envelhece e morre. Este ciclo, do nascer até o envelhecimento, passa a ser natural e aceitável para a maioria das pessoas, embora, não poucas vezes, o processo de morte e morrer seja temido até nas conversas.

Mas não foi sempre assim. Houve épocas na história em que a morte era aceita sem temor; e o moribundo, respeitado por todos, pois morria-se em casa, junto dos familiares e amigos, que cuidavam do doente até o último momento. Hoje, morre-se mais em hospitais do que em casa.

Acredita-se que os objetivos foram atingidos, pois tinham por proposta enfatizar os conceitos de morte e de luto e como o profissional de enfermagem lida com esse processo. Do mesmo modo, chamar a atenção para as disciplinas de Psicologia e Ética, na graduação, que têm uma contribuição significativa nessa área. O estudo permitiu, ainda, considerar que essas disciplinas devem ser reforçadas e que é necessário um trabalho em conjunto com outras disciplinas do curso, pois não se trata apenas de enfatizar uma disciplina ou outra, trata-se de valores culturais e, de acordo com a Sociologia, as mudanças de valores ocorrem significativamente a cada 200 anos, ou seja, é um trabalho que deve ter início na educação básica. Nossa cultura não foi formada para trabalhar ou tratar da morte desde as idades mais tenras da vida.

Mas alguns pontos já vêm mudando, graças à percepção de alguns professores e até mesmo de alunos e futuros profissionais de enfermagem para os quais mesmo a era tecnológica deve se tornar mais sensível e humanizada e, com isso, tornar possível assistir o paciente na hora de sua morte, prestando apoio as suas famílias no momento triste, porém inevitável, de sua partida.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO C. Fundada a Academia de cuidados paliativos. **Revista Prática Hospitalar**, v. 7, nº 38, 2005. Disponível em: <<http://www.paliativo.org.br/ancp.php?p=historia>>.

ARIÉS, P. **História da morte no ocidente**: da idade média aos nossos dias. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.

BELLATO, Rosenei et al. A abordagem do processo do morrer e da morte feita por docentes em um curso de graduação em enfermagem. **Acta Paul. Enferm**, São Paulo, v. 20, nº 3, 2007.

BENINCÁ, Ciomara Ribeiro Silva. Apoio psicológico ao enfermeiro diante da morte: estudo fenomenológico. Porto Alegre. 2002. Tese (Doutorado em Psicologia) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/1963/000362572.pdf>>.

- BRETAS, José R. da S.; OLIVEIRA, José R. de; YAMAGUTI, Lie. Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 40, nº 4, 2006.
- CAPUTO, Rodrigo Feliciano. **Percurso histórico da morte**. [s.l.: s.n.], 2006.
- CARVALHO, V. A. “A vida que há na morte”. In.: BROMBERG, M. H. P. et al. **Vida e morte: laços da existência**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.
- CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1995.
- COSTA, Jaqueline Camilo et al. “O Enfermeiro frente ao paciente fora de possibilidades terapêutica oncológicas: uma revisão bibliográfica”. **Vita et Sanitas**, Goiás, v. 2, nº 2, p. 151-161, 2008. Disponível em: <http://www.fug.edu.br/revista_2/pdf/artigo_10.pdf>.
- FERNANDES, Maria Edilene Nunes et al. “A morte em Unidade de Terapia Intensiva: percepções do enfermeiro”. **Rev. Rene**. Abr. 2006, v. 7, nº 1, p. 43-51, 2008.
- FRANKL, V. E. **Psicoterapia e sentido da vida**. São Paulo: Quadrante, 1989.
- FRANKL, V. E. **Um sentido para vida: psicoterapia e humanismo**. Aparecida: Santuário, 1989
- FRANKL, V. E. **Em busca de sentido**. Petrópolis: Vozes, 1991.
- GIACOIA, J. O. **A visão da morte ao longo do tempo**. 2004. 38 v. Tese (Doutorado) Curso de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- GUILHARDI, Hélio José. **Algumas Diretrizes para melhor ação terapêutica**. Instituto de Terapia por Contingências de Reforçamento. Campinas. Disponível em: <http://www.terapiaporcontingencias.com.br/pdf/helio/algumas_diretrizes.pdf>. Acesso em: 11 ago 2014.
- HOSHINO, K. “A perspectiva biológica do luto”. In: GUILHARDI, Hélio J.; AGUIRRE, Noreen Campbell de. (Orgs.) **Sobre Comportamento e Cognição**. 2006 v. 17, p. 313-326.
- JOÃO PAULO II “O sentido cristão do sofrimento humano”. In: **Carta Apostólica Salvifici Doloris**. São Paulo: Paulinas, 1988.
- MOREIRA, Almir da Costa; LISBOA, Márcia Tereza Luz. “A Morte – Entre o Público e o Privado: reflexões para a prática profissional de enfermagem”. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 14, nº 3, p. 447-454, set. 2006.
- NASCIMENTO, Carlos Alberto. D. et al. “A significação do óbito hospitalar para enfermeiros e médicos”. **Rev. Rene**, v. 7, nº 1, p. 52-60, abr. 2006.
- Organização Mundial de Saúde. **WHO Definition of Palliative Care** [internet]. [s.l.: s.n.], 2011.
- PARKES, C. M. Luto: **Estudo sobre a perda na vida adulta**. São Paulo: Summus, 1998.

PALU, Ligia Aparecida; LABRONICI, Liliana Maria; ALBINI, Leomar. “A morte no cotidiano dos profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva”. **Rev. Enferm**, São José dos Pinhais, v. 1 nº 1, p. 33-41, 2004. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/1703/1411>>.

PENNA, C. M.M; NOVA LSV; BARBOSA, S. “A morte e seus significados: um estudo compreensivo com professores e alunos de enfermagem”. **Rev. Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 5, p. 9-10; 20-38, 1999.

SUSAKI, Tatiana Thaller, et al. “Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de enfermagem”. **Acta paul. Enferm**; São Paulo, v. 19, nº 2, jun. 2006.

SILVA, A. L da. “Morte-renascimento: Foco essencial do cuidado transdimensional”. **Texto e Contexto**. Florianópolis, v. 10, nº 3, p. 11, 2001.

KOVÁCS, Maria Júlia. **Educação para a morte**: desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

WALDOW, V. R. **Cuidar expressão humanizadora da enfermagem**. 2º ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

DOUGHER, Michael J; HACKBERT, Lucianne. “Uma explicação analítico – comportamental da depressão e o relato de um caso utilizando procedimentos baseados na aceitação”. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v. 5, nº 2, 2003.

OLINTO, R. **Luto**: uma dor perdida no tempo. Niterói: Vinde Comunicações, 1993.

QUEIROZ, Ana Helena Araújo Bonfim; SOUZA, Ângela Maria Alves; PONTES, Ricardo José Soares. **Scientia**, Ano 01, ed. 2, nov. 2012/jun. 2013.

REZENDE, Vera Lúcia; KOSEKI, Nancy Mineko. **Reflexões sobre a vida e a morte abordagem interdisciplinar do paciente terminal**. 128 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade de Campinas, Campinas, 2000.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a Morte e o Morrer**. 6º ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 8º ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

A VISÃO DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO AO PACIENTE EM TENTATIVA DE SUICÍDIO EM UM PRONTO SOCORRO¹

The view of nurses in suicide attempt patients care in the emergency room

Evelyn Beatriz Freitas Burigo²
Milca Josiane Dias Moreira Fagundes³
Izabel Scarabelot Medeiros⁴
Ana Regina da Silva Losso⁵
Sonia Maria Correa⁶

Recebido em: 02 jul. 2015

Aceito em: 24 set. 2015

RESUMO: O presente estudo tem por objetivo identificar a visão do enfermeiro, no atendimento ao paciente em tentativa de suicídio, em um serviço de emergência. Pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva, exploratória e de campo. O estudo foi desenvolvido no serviço de Pronto Socorro de um Hospital, em um município do Extremo Sul de Santa Catarina. Aplicou-se entrevista semiestruturada, com dez (10) enfermeiros, os quais aceitaram participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A análise dos resultados foi realizada através da categorização dos dados e discussão com a literatura científica. As principais dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros foram relacionadas ao julgamento, preconceito, indiferença, local inadequado para o atendimento e a falta de capacitação frente ao atendimento do paciente em tentativa de suicídio e sua família. Sugere-se capacitação da equipe de enfermagem sobre a temática, como forma de buscar a humanização e a qualidade da assistência, bem como o apoio de uma equipe multidisciplinar atuante no Pronto Socorro.

Palavras-chave: Tentativa de suicídio. Assistência de Enfermagem. Emergência.

ABSTRACT: The present study aims at identifying the view of nurses in suicide attempt patients care in the emergency room. This is a field research with a qualitative-descriptive-exploratory approach. The study was carried out in the emergency room of a Hospital in a municipality in the South of Santa Catarina, Brazil. Data were collected through semi-structured interviews with ten (10) nurses, who have agreed to participate in the study, signing an informed consent. The analysis of the results was done through data categorization and discussion with scientific

¹ Artigo baseado no Trabalho de Conclusão de Graduação em Enfermagem na Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina – UNESC.

² Enfermeira. Graduada em Enfermagem. Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina – UNESC. Criciúma, SC, Brasil. Email: evy-bu@hotmail.com.

³ Enfermeira. Graduada em Enfermagem. Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina – UNESC. Criciúma, SC, Brasil. Email: milcaenfermagem@gmail.com.

⁴ Enfermeira. Mestre em Educação. Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina – UNESC. Criciúma, SC, Brasil. Endereço para correspondência: Izabel Scarabelot Medeiros. R. Quintino Búrigo, 260. Bairro Jardim Angélica. Criciúma, SC. CEP: 88804760. Email: ism@unesc.net.

⁵ Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina – UNESC. Criciúma, SC, Brasil. Email: analosso@unesc.net.

⁶ Enfermeira. Especialista em Saúde Mental. Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina – UNESC. Criciúma, SC, Brasil. Email: soncorrea@yahoo.com.br.

literature. The main difficulties faced by nurses were related to the judgment, prejudice, indifference, inappropriate place for caring and the lack of training to care patients in suicide attempt and their families as well. Results show the necessity of training nursing staff on the subject as a way to get nursing care humanization and quality and, also, the necessity of a multidisciplinary team support specialized in the emergency room.

Keywords: Suicide attempt. Nursing care. Emergency.

INTRODUÇÃO

O tema surgiu a partir de experiências vividas como profissionais e acadêmicas de enfermagem, entendendo que estes profissionais exercem papel fundamental no acolhimento dos pacientes que são recebidos no serviço de emergência. O enfermeiro, principalmente por ser responsável pela sua equipe, tem como função não só a supervisão, mas o acompanhamento e encaminhamento dos pacientes. Nas situações em que o paciente tentou suicídio, é preciso olhar além da emergência atual, como o apoio à família e outros profissionais da rede atenção à saúde.

O Suicídio destaca-se entre uma das maiores causas de mortalidade no mundo, prevalecendo em sujeitos jovens e, devido esta condição, tem sido considerado como uma questão de saúde pública. No Brasil, de acordo com dados do SIM (Sistema de Informação de Mortalidade), diariamente morrem 24 pessoas vítimas de suicídio. Esta informação, conforme Chachamovich et al. (2009), acaba não sendo divulgada, tendo o impacto do suicídio sendo mascarado pelos homicídios e acidentes de trânsito que excedem, em média, em 6 e 4 vezes, respectivamente, o número de suicídios.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), houve acréscimo de 60% entre as mortes por suicídio nas últimas cinco décadas. Com a taxa mundial de suicídio em torno de 16 por 100 mil habitantes, estima-se ocorrência de cerca de um milhão de suicídios no ano 2000, representando uma morte a cada quarenta segundos. Para o ano de 2020 a projeção é maior, com mais de um milhão e meio de suicídios e aumento de 20 vezes o número de tentativas em relação às mortes (VIDAL; GONTIJO; LIMA, 2013).

Não se pode ver uma tentativa de suicídio como evento de pouca gravidade como frequentemente ocorre num Pronto Socorro. Trata-se de pessoas vivendo sob tensão e que expressam de modo agudo seu adoecimento. Alguns apresentam transtornos mentais graves, sendo que a maioria tem pouco apoio familiar e social. A 'tentativa de suicídio' é apenas um comportamento, que necessita ser compreendido para prestar auxílio ao paciente (BOTEGA et al., 2006).

Muitos enfermeiros, em diversos momentos e por diferentes motivos, desvinculam a família do cuidado, colocando-a em segundo plano ou mesmo não se importando com seus medos e preocupações. São muitos os motivos que induzem os enfermeiros a agirem desta maneira, como o sentimento de despreparo para esse tipo de abordagem, sobrecarga de trabalho e ausência de um protocolo que os oriente com relação a

encaminhamentos que possam ajudar essa família (BURIOLA et al., 2011).

A equipe de enfermagem deve ser sensibilizada para uma assistência humanizada e especializada para estes pacientes, sendo que os mesmos apresentam uma pré-disposição e vulnerabilidade aumentada para uma nova tentativa. Devido a esse fator, a equipe deve prestar uma assistência diferenciada e conjugada com os serviços de assistência de saúde pública especializada em saúde mental para garantir que os pacientes recebam tratamento adequado após a alta ou encaminhamento (BOTEGA et al., 2006).

A Rede de Atenção Psicossocial é de extrema importância na prevenção das tentativas de suicídios por articular serviços de atenção básica, atenção especializada e atenção de urgência e emergência, que podem identificar as pessoas com lesões autoprovocadas, oferecendo cuidados em saúde mental, de forma integral e apropriada (BRASIL, 2011).

O estudo tem como pretensão apresentar a visão do Enfermeiro diante dos casos de tentativa de suicídio no serviço de emergência hospitalar, reconhecendo sentimentos, mitos e crenças que podem interferir na assistência prestada; bem como identificar os desafios e dificuldades enfrentadas pelo profissional e sua conduta e encaminhamentos adotados nestes eventos em relação ao paciente e familiar.

MATERIAL E MÉTODOS

Pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva, exploratória e de campo. O estudo foi desenvolvido em um Hospital de Grande Porte da Região Sul de Santa Catarina. O projeto inicialmente foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC (CEP), com carta de aceite da Instituição de interesse desta pesquisa, tendo sua aprovação com número do parecer 959.676/15. Após, foi solicitado autorização à Instituição de estudo para iniciar as entrevistas in loco, através do contato com responsável pelo Comitê de Ética local.

A seleção dos participantes foi intencional, estabelecendo como critérios de inclusão, todos os Enfermeiros atuantes na Emergência do Hospital escolhido, mediante aceitação de participação na pesquisa, respeitando a Resolução 466/12. Foram excluídos os Enfermeiros que não atendem as exigências de ser profissional na Emergência deste Hospital e/ou por não aceitar participar da pesquisa. Neste estudo não houve recusa de participação.

Realizou-se entrevista in loco com os Enfermeiros, utilizando como base um roteiro elaborado pelas pesquisadoras, que atendem os objetivos propostos no estudo. Todos os profissionais se mostraram receptivos a proposta do trabalho, a maior dificuldade encontrada foi na disponibilidade de tempo devido a demanda do serviço. Foi necessário disponibilizar maior período para coleta de dados, organizando as entrevistas em horários de menor fluxo de atendimentos dos profissionais; alguns no início de plantão

e outros ao término, assim como nos finais de semana.

A discussão dos dados foi realizada a partir da análise de conteúdo, por intermédio da categorização dos dados (MINAYO, 2009). Para preservar o sigilo e o anonimato dos sujeitos pesquisados, de acordo com as diretrizes da Resolução 466/12, utilizou-se indicador alfanumérico (E1 a E10).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

PERFIL DOS ENFERMEIROS

Em relação ao perfil dos Enfermeiros entrevistados, seis (6) são do sexo feminino e quatro (4), do sexo masculino; cinco (5) são casados e cinco (5), solteiros. A idade variou de 26 a 52 anos. O tempo de trabalho na profissão variou de três (3) a vinte e seis (26) anos e o tempo de trabalho na emergência, de dois (2) a quinze (15) anos. Sete (7) dos enfermeiros são pós-graduados, sendo que três (3) possuem especialização em Urgência e Emergência; dois (2) em Urgência, Emergência e UTI; um (1) em Administração Hospitalar e Saúde Pública; um (1) em Saúde Mental e, destes, um (1) tem Mestrado em Ciências da Saúde.

CAPACITAÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA HUMANIZADA DE ENFERMAGEM

A maioria dos enfermeiros recebeu orientações em disciplinas específicas, durante a graduação e pós-graduação, direcionadas à assistência de enfermagem na tentativa de suicídio; quatro (4) dos participantes não receberam nenhum tipo de orientação e capacitação.

E1; E3; E4; E8: “Não”.

E5: “Sim durante a graduação de enfermagem. Foram diversos assuntos abordados, causas do suicídio ou da tentativa, doenças mentais, depressão, encaminhamento.”

E7: “Sim. Graduação e Pós-graduação, 20h de carga horária para cada. O assunto abordado foi humanização no atendimento prestado, ética profissional, comportamento ético-técnico-científico, conforto emocional.”

E10: “Sim, no hospital, com o pessoal que cuida da vigilância, tema como abordar os familiares e locais ideais.”

Carmona e Martinez (2012, p. 6) apontam:

Os profissionais de enfermagem na unidade de emergência não costumam ter nenhum treinamento formal, ou especializado, na atenção ao paciente com comportamento suicida. Um dos principais motivos identificados pelos clientes da atenção psiquiátrica e de saúde mental para não buscar ou continuar com o tratamento é o estigma que enfrentam. A atenção inadequada ao paciente com comportamento suicida pode agravar

a situação que o fez tentar o suicídio e a evitação dos serviços de saúde em ocasiões futuras. A maior efetividade no manejo do paciente suicida levaria à diminuição das taxas de morbidade e mortalidade devidas ao suicídio, e o elemento essencial para conseguirlo é através da capacitação sobre o comportamento suicida.

Desta forma percebe-se a importância da capacitação adequada dos enfermeiros que atuam em casos de tentativa de suicídio no Pronto Socorro, sendo necessária a abordagem humanizada dos casos bem como o encaminhamento adequado à rede de atenção básica e saúde mental, como forma de evitar recaídas.

SENTIMENTO EM RELAÇÃO À TENTATIVA DE SUICÍDIO

Os sentimentos dos enfermeiros foram variados: os enfermeiros E2; E9 e E10 relataram angústia, tristeza e sentimento de impotência frente ao atendimento destes casos na emergência, destacados nas falas:

E9: “Impotência. Devido não saber o que passa na vida da pessoa. Não tem como julgar, procuro tratar com respeito e da melhor maneira possível.”

E10: “Tristeza, são muitas pessoas novas, bem sucedidas financeiramente, significando que a classe social não interfere na tentativa desse ato.”

Para Kondo et al. (2011), a tentativa de suicídio é vivenciada num momento de desespero, angústia e sofrimento, e numa visão, em geral, tanto por parte dos profissionais quanto dos familiares, como forma de chamar a atenção e, por conseguinte, desperta diversos sentimentos, como culpa, impotência, frustração, fragilidade e desespero dos profissionais diante da percepção de suas dificuldades em trabalhar com o suicídio.

Para Carmona e Martinez (2012 apud MININEL; BAPTISTA; FELLI, 2011, p.3):

O trabalho do profissional de enfermagem é rodeado por sentimentos e emoções, às vezes difíceis de classificar e identificar, que têm suas origens tanto no paciente como no próprio profissional. O conjunto de cargas psíquicas presente no cotidiano da enfermagem afeta a qualidade de vida e do trabalho desses profissionais. Identificar essas emoções e aprender a gerenciá-las supõe a aquisição de novas ferramentas para realizar o trabalho de enfermagem com sucesso.

Vieira e Coutinho (2008) relatam que os fenômenos da depressão e risco de suicídio encontram-se cada vez mais presentes em todos os espaços sociais, rompendo barreiras de idade, sexo, classe socioeconômica ou cultural, sendo ambos considerados sérios problemas de saúde pública, ultrapassando todas as classes sociais. Ressaltam que o transtorno depressivo ocasiona um sofrimento psíquico que interfere, significativamente, na diminuição da qualidade de vida, da produtividade e da capacitação social do indivíduo.

A pessoa que apresenta comportamento suicida possui uma dor emocional com um sofrimento incalculável, caracterizando uma atitude de ambivalência. Matar a si

mesmo seria a solução imediata para resolver o seu problema temporário. Porém, ao mesmo tempo em que a pessoa quer alcançar a morte, ela deseja uma intervenção de ajuda e socorro (MELEIRO, 2013).

Destaca-se, na fala do enfermeiro E9, a questão ética envolvendo o não julgamento da pessoa que vivencia a tentativa de suicídio e, no relato do enfermeiro E8, o respeito ao paciente.

Os profissionais de enfermagem compartilham uma atitude desfavorável perante o comportamento suicida e esse resultado está de acordo com uma sociedade que, sendo mortal, rejeita a morte, que deixou de ser admitida como um fenômeno natural necessário e é considerada como um fracasso, tanto pela sociedade como pelo sistema de saúde (CARMONA; MARTINEZ, 2012 apud TOMÁS; GOMÉZ, 2003, p.6).

Não cabe ao profissional julgar quais foram os motivos que levaram a pessoa a querer cessar a própria vida e, sim, entender o que está acontecendo para que possa ser prestado um atendimento de forma idônea sem pré-julgamentos, mostrar-se interessado no que está acontecendo e realizar encaminhamento ao atendimento especializado. Um profissional bem preparado para lidar com a saúde mental é de suma importância e o acolhimento é essencial para que novas tentativas de suicídio possam ser evitadas.

A indiferença frente ao atendimento do paciente em tentativa de suicídio e a rotina na assistência dos casos foram citadas pelos enfermeiros E7 e E3:

E7: “Na verdade com o passar do tempo de profissão isso acaba sendo rotineiro, e acaba sendo mais um atendimento comum, cada um com seu problema e cabe ao profissional respeitar.”

E3: “Indiferente, pois o foco no atendimento não me envolve emocionalmente.”

O atendimento ao paciente em tentativa de suicídio não deve ocorrer de forma rotineira ou de forma indiferente, devido ao grande risco de o paciente não procurar ajuda e acabar consumando o ato.

Um dos principais motivos identificados pelos clientes da atenção psiquiátrica e de saúde mental para não buscar ou continuar com o tratamento é o estigma que enfrentam. A atenção inadequada ao paciente com comportamento suicida pode agravar a situação que o fez tentar o suicídio e a evitação dos serviços de saúde em ocasiões futuras (SARTORIUS, 2007 apud CARMONA; MARTINEZ, 2012, p. 3).

O paciente em tentativa de suicídio não deve ser considerado como mais um atendimento, pois a humanização da assistência perpassa o atendimento na rede em saúde mental, com encaminhamento adequado dos casos. A maior parte das pessoas que tentam suicídio sofre de transtornos psiquiátricos diagnosticáveis e tratáveis, por este motivo esforços de prevenção devem ser focados nestes pacientes (CARMONA; MARTINEZ, 2012).

A indignação do enfermeiro E4 diante da tentativa de suicídio ficou evidente na fala:

E4: “Um sentimento de indignação, pois tantos pacientes precisando de internação, vêm esses pacientes muitas vezes tirar o lugar de quem luta para viver.”

É muito comum a distinção, por parte da equipe de saúde, entre problemas mentais e físicos, levando a uma fragmentação e desvalorização no atendimento a esses pacientes. Profissionais que não conseguem lidar com o sofrimento psíquico, tornando o atendimento mecanicista e indiferente à situação, classificando os pacientes como chamadores de atenção.

O enfermeiro E1 destacou como fatores associados à tentativa de suicídio, a falta de amor, frustração e falta de apoio ou estrutura familiar:

E1: “Um tema um tanto complexo: frustrações, desamores, falta de apoio familiar, dentre outros [...]”

São vários os fatores que levam à tentativa do suicídio como: o uso abusivo de álcool e drogas, violência física ou violência sexual na infância, isolamento social, baixo suporte social e familiar, baixa qualificação profissional, histórico de tratamento psiquiátrico e distúrbios psíquicos, como depressão, esquizofrenia ou falta de esperança (SOUZA et al., 2011).

De acordo com a Cartilha da Associação Brasileira de Psiquiatria (2014, p.10)

O suicídio é um fenômeno presente ao longo de toda a história da humanidade, em todas as culturas. É um comportamento com determinantes multifatoriais e resultado de uma complexa interação de fatores psicológicos e biológicos, inclusive genéticos, culturais e socioambientais. Dessa forma, deve ser considerado como o desfecho de uma série de fatores que se acumulam na história do indivíduo, não podendo ser considerado de forma causal e simplista apenas a determinados acontecimentos pontuais da vida do sujeito. É a consequência final de um processo.

Acredita-se que a maioria das tentativas e efetivações de suicídios está relacionada a doenças psiquiátricas curáveis e/ou tratáveis.

MITOS E CRENÇAS RELACIONADOS À TENTATIVA DE SUICÍDIO

Quando os profissionais foram questionados sobre a existência de mitos e crenças do enfermeiro relacionados à tentativa de suicídio, apenas o enfermeiro E5 relata que sim, que acabam mesmo sem querer interferindo na qualidade da assistência de enfermagem.

E5: “Sim. Acredito que existam muitos mitos e crenças que acabam sem querer interferindo na qualidade da assistência de enfermagem. Muitos enfermeiros e até as pessoas em geral acreditam que a tentativa de suicídio seja uma forma de chamar atenção. Mas, ainda que fosse uma maneira de chamar atenção, é um sinal de alerta, um sinal de que a pessoa está precisando de ajuda, carinho e atenção.”

Apesar de não ter sido evidenciada, nas falas dos entrevistados, a interferência das crenças na assistência, não é o que se observa na prática da maioria dos profissionais de saúde. A forma de chamar atenção com a tentativa de suicídio é comentado, gerando aquele velho dito popular de “quem quer se matar não avisa”. Sabe-se que, pelo contrário, quem tem o desejo ou ideação suicida geralmente dá sinais,

indícios de seu desejo.

INTERFERÊNCIA DOS SENTIMENTOS, MITOS E CRENÇAS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.

Quando os profissionais foram questionados se os sentimentos, mitos e crenças interferem na assistência de enfermagem, as opiniões foram divididas:

E1: “Como profissional não acredito nos termos colocados, para tanto devemos assistir em toda forma a situação.”

E4: “Não. O que acontece é o próprio despreparo da equipe.”

E5: “Sim, interfere. Alguns pacientes crônicos são tratados com descaso. Porém, algumas tentativas de suicídio de repetição podem ocasionar efetivamente o óbito do paciente.”

E6: “Dependendo da pessoa pode sim. Se ela estiver mais envolvida emocionalmente, o cuidado pode ir além do simples medicar, pode haver uma maior preocupação com o porquê da tentativa e uma maior interação com a família.”

A maioria dos casos de tentativas de suicídio é atendida em algum tipo de serviço de saúde, principalmente na emergência, antes de ocorrer o desfecho fatal. Esse primeiro contato é a oportunidade para que os profissionais de saúde identifiquem o potencial de risco e possam intervir para reduzi-lo com atendimento humanizado.

No entanto, conforme Vidal e Gontijo (2013), nem sempre essa oportunidade é aproveitada pela equipe, seja pelas características do serviço de emergência, onde há falta de tempo para se dedicar a este paciente devido à grande demanda da emergência, ou por despreparo e dificuldade para lidar com esta situação. Geralmente, esses indivíduos são vistos como pertencendo a um grupo que exhibe condutas estereotipadas, mais do que como um usuário singular e a tendência da maioria dos profissionais é, também, apresentar uma conduta estereotipada e caracterizada por hostilidade e rejeição.

Vidal e Gontijo (2013) relatam que esses comportamentos e sentimentos podem levar à diminuição dos cuidados por parte do profissional por achar que seu tempo está sendo consumido de forma desnecessária em detrimento de pacientes mais graves. A percepção dos pacientes sobre os cuidados na emergência reflete essas atitudes negativas e o modo como o profissional aborda o paciente pode influenciar na resposta do mesmo ao cuidado oferecido.

DESAFIOS E DIFICULDADES NA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA À FAMÍLIA E AO PACIENTE

Os profissionais apresentaram respostas diversificadas sobre o assunto. Três (3)

enfermeiros ressaltaram a importância da qualificação da assistência, do acolhimento sem preconceito e julgamento da equipe frente ao paciente em tentativa de suicídio:

E5: “Os desafios e dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro para assistência humanizada ao paciente e família seria principalmente despojar-se do preconceito, do pré-julgamento. Muitas vezes, não é admitido o preconceito, mas ainda que inconscientemente, este acaba por interferir na qualidade do atendimento. Devemos despir-nos de todo julgamento e tentar amenizar a dor e o sofrimento do paciente e da família.”

E6: “No pronto socorro não temos como dar uma atenção especial a esses pacientes. A única coisa que podemos fazer é acolher a pessoa e tentar encaminhar para tratamento.”

O atendimento humanizado ao paciente em tentativa de suicídio, profissionais capacitados e comprometidos são a base para uma boa assistência, visto que esses pacientes são extremamente frágeis e vulneráveis a outras tentativas e até ao suicídio como desfecho final.

Sobre humanização, Amestoy, Schwartz e Thofehr (2006, p. 3) citam:

A humanização do ambiente de trabalho é um subproduto da necessidade de incorporar o amor nas relações profissionais e interpessoais; é a administração dos ressentimentos. Entendida, ainda, como a capacidade de se colocar no lugar do outro, a equipe passa a cuidar do cliente com respeito e dignidade.

Ao atender um paciente suicida, o enfermeiro pode distinguir seus sentimentos e auxiliá-lo de uma forma única e humana, para que ele não se sinta incompreendido e sozinho. Assim, com a atitude empática, será possível apagar no enfermeiro o caráter moralista, julgador e preconceituoso, permitindo a assistência mais humanizada. O profissional de enfermagem deve saber lidar com o paciente o mais empaticamente possível, para que este possa revelar ao profissional o que se passa no seu cotidiano, seus sentimentos, problemas e medos, proporcionando um atendimento otimizado e tratamento eficaz.

Os familiares dos pacientes que tentaram suicídio têm que estar sempre informados, acolhidos, uma vez que também estão envolvidos no sofrimento, com angústias, incertezas perante a uma possível perda de seu ente *querido*.

Segundo Buriola et al. (2011), o cuidado com a família do paciente que tentou suicídio pode ser construído através de um apoio emocional, deixando-a sempre informada e amparada psicologicamente. Com estas práticas, o enfermeiro pode ir além de suas rotinas assistenciais, estabelecendo, assim, um vínculo e uma linha de cuidado humanizado a todas as pessoas diretamente envolvidas neste momento aflitivo, além de ajudar a minimizar o sofrimento e angústia presentes com frequência nestas famílias, uma vez que muitos se sentem culpados por não terem percebido ou levado em consideração os avisos diretos que o paciente apresentava.

CONDUTA DO ENFERMEIRO FRENTE ÀS DIFICULDADES DA EQUIPE DE

ENFERMAGEM PARA A ASSISTÊNCIA HUMANIZADA À FAMÍLIA E AO PACIENTE

Como conduta adotada frente às dificuldades na assistência humanizada, os enfermeiros E2; E6; E9 e E10 ressaltaram a necessidade de rapidez no atendimento, ao acolhimento com ética da família e encaminhamento dos casos ao atendimento médico e à rede de saúde mental:

E6: “Temos que atender o paciente neste momento, acolhendo-o o melhor possível. Conversar com os familiares a respeito de tratamento e ajuda que esse paciente está necessitando.”

E10: “Realizado evolução, comunicado o médico e logo após ser atendido com ética e encaminhado para o CAPS III (Centro de Atenção Psicossocial).”

Kondo et al. (2011, p.506) ressaltam:

Que a abordagem é o primeiro passo para cuidar de um paciente com transtorno mental num período agudo e essa primeira impressão é capaz de interferir na aceitação do tratamento, assim, reafirma-se a importância da qualificação dos profissionais que atuam nessa área. Neste sentido, a educação permanente em saúde mental deve incluir o conhecimento sobre as mudanças políticas que vem ocorrendo nesta área, bem como, a ressalva sobre a transição da prática do cuidado hospitalar que visava contenção do comportamento para a incorporação de princípios de uma prática interdisciplinar, com o objetivo de conscientizar e qualificar tanto os novos funcionários, quanto os mais experientes sobre o papel do profissional como agente transformador.

Os enfermeiros E1 e E3 adotam como conduta a orientação da equipe de enfermagem, com capacitação desta e planejamento da assistência; ressaltaram a necessidade de conscientizar a equipe para a assistência humanizada ao paciente, sem discriminação, com ética e nos princípios básicos do acolhimento:

E5: “A conduta que o enfermeiro deveria adotar muitas vezes não é o que observamos, é procurar conscientizar toda a equipe de que o paciente portador de transtorno depressivo e outras doenças mentais merece respeito e deve ser atendido com o mesmo empenho em que atendem os outros casos clínicos. Quase tudo na vida é uma questão de empatia. Tentar colocar-se no lugar do outro é perceber e tentar amenizar os sofrimentos do paciente e família.”

E7: “Se for grave, ficha de acompanhamento com o mesmo ou até mesmo advertência, mas a educação deve ser continua utilizando reuniões, treinamentos, para dar ênfase ao assunto. Acolhimento, respeito, compreensão, ética profissional. Mas felizmente não temos este problema em nossa unidade.”

Buriola et al. (2011) pontua a importância da capacitação do enfermeiro para que possa ir além de suas rotinas assistenciais, estabelecer o cuidado humanizado e acolhimento eficaz aos indivíduos envolvidos nesse momento angustiante. O cuidado humanizado e a empatia dos profissionais são instrumentos primordiais na construção de vínculos com o paciente, edificados com confiança e respeito. O paciente necessita ser compreendido dentro do seu contexto para que possa sentir segurança para verbalizar sobre seus problemas e sofrimento.

ENCAMINHAMENTOS REALIZADOS

A maioria dos Enfermeiros encaminha os pacientes para o CAPS ou Hospital Psiquiátrico, segundo os depoimentos descritos:

E5: “Realizamos a notificação SINAN⁷ (Violência Interpessoal e ou autoprovocada e dependendo da forma da tentativa de suicídio também preenchemos o SINAN de Intoxicação exógena). Notificamos a assistência social do hospital e, se não for caso de internação hospitalar, encaminhamos ao CAPS após contato telefônico prévio.”

E7: “Realizado contato médico x médico ao CAPS na cidade ou Hospital Psiquiátrico, também temos um médico psiquiatra de sobreaviso que, por vezes, vem avaliar o paciente em nossa unidade.”

A Rede de Atenção Psicossocial tem como finalidade promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, bem como suas famílias, aos pontos de atenção; também tem o objetivo de garantir um vínculo e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e acompanhamento contínuo desse usuário do serviço, formando grupos e realizando reuniões diárias com a equipe (BRASIL, 2011).

Destaca-se no relato do Enfermeiro E8 que além do CAPS o encaminhamento pode ser realizado para o Nuprevips⁸ e ESF (Estratégia Saúde da Família).

E8: “Primeiro notificação para o SINAN. Em casos graves o médico mesmo encaminha para o CAPS ou Nuprevips ou ESF.”

A conduta dos enfermeiros de não deixar o paciente sozinho e colocá-lo próximo à equipe, além de encaminhá-lo ao serviço de apoio da Instituição hospitalar foi referido por dois Enfermeiros.

O Ministério da Saúde (2006, p. 55) aponta:

O objetivo é preencher uma lacuna criada pela desconfiança, pelo desespero e pela perda de esperança e dar à pessoa a esperança de que as coisas podem mudar para melhor. Uma abordagem calma, aberta, de aceitação e de não-julgamento é fundamental para facilitar a comunicação. Ouça com cordialidade. Trate com respeito. Empatia com as emoções. Cuidado com o sigilo.

É de suma importância notificar o caso, pois é um instrumento de comunicação entre o serviço de saúde, paciente e Instituição, possibilitando um método de promoção para segurança do paciente.

⁷ Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

⁸ Núcleo de Prevenção de Violências e Promoção à Saúde.

SUGESTÕES SOBRE TEMÁTICA

As sugestões sobre a temática envolveram a necessidade de capacitação técnica, humana e ética da equipe de enfermagem, englobando assuntos que permeiam a realidade vivenciada pelos profissionais, buscando a desmistificação do tema e a humanização do cuidado. Três enfermeiros relataram visão contrária às diretrizes da Reforma Psiquiátrica que instituiu o atendimento psiquiátrico no hospital geral:

E2: “Serviço 24h especializado em psiquiatria, local adequado onde englobe todos os transtornos, ex.: depressão, agitação psicomotora e tentativa de suicídio. Treinamento, seminário, porém de acordo com a realidade de cada atendimento.”

E6: “Acredito que nos hospitais psiquiátricos se tenha uma visão melhor da humanização. Clínicas especializadas, também. Vejo que há uma maior dificuldade em hospitais maiores para atendimento humanizado.”

Segundo enfermeiro E10 a temática sobre o suicídio deveria ser mais divulgada e debatida pelos meios sociais:

E10: “Em relação à sociedade, equipe e família, elas ignoram o assunto. Deveria ser mais publicado, falado, debatido sobre esta temática.”

Ressalta-se nas falas de quatro Enfermeiros a necessidade de atenção humanizada pela equipe de enfermagem, com o despir-se dos preconceitos e dos mitos que envolvem a tentativa de suicídio, como aparece nesta fala:

E4: “Tentar tirar os pré-conceitos (ter uma equipe multidisciplinar para trabalhar, não só com o paciente e família, mas com os profissionais que tratam desses pacientes). Para assim poder tirar a ideia de que esse paciente só quer chamar a atenção.”

Para humanizar é necessário capacitar adequadamente a equipe de enfermagem que atua na emergência. Faz-se necessário que a equipe receba suporte de uma equipe multiprofissional vinculada a saúde mental, como forma de preparar a equipe não somente no aspecto técnico, mas também no aspecto humano, ético e de solidariedade. O cuidado do cuidador é fundamental para garantir a saúde mental dos profissionais que atuam na emergência e nos casos de tentativa de suicídio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema suicídio pode ser controverso diante de sua importância e pouca discussão em ambientes de saúde. Perante a sociedade, ainda não é visto como uma situação de violência e, diante das estatísticas, a tentativa ou o suicídio tem aumentado de forma alarmante. As vítimas geralmente são encaminhadas aos serviços de emergência, local escolhido para este estudo, buscando a realidade do atendimento na visão dos Enfermeiros.

O estudo pretende encorajar outras pesquisas relacionadas, bem como servir de

reflexão para profissionais que atendem, cuidam de outras pessoas. Independente do local, a prevenção é a possibilidade, é neste campo que se pode evitar a morte, o desespero e as tentativas de suicídio. Este tipo de morte é preocupante, com índices considerados elevados e atingindo camadas cada vez mais jovens. Sabe-se que não é fácil, porém é possível evitar, mas, para tanto, requer o olhar e discussão de profissionais e gestores.

Concluindo, é inegável a relevância do tema pesquisado, assim como a necessidade de planejamento de ações não só no âmbito hospitalar, como também, a prevenção na atenção básica. Destaca-se a necessidade de ampliar o conhecimento nas escolas, comunidades, universidades, buscando a desmitificação do tema, incentivando a cultura da paz e relacionamentos saudáveis.

REFERÊNCIAS

AMESTOY, Simone Coelho; SCHWARTZ, Eda; THOFEHRN, Maria Buss. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 19, nº 4, p. 444-449, Dec. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 jun. 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). **Suicídio: informando para prevenir** Conselho Federal de Medicina (CFM) Brasília. Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. Brasília: CFM/ABP, 2014. 52p. 10,5x14,5cm. ISBN 1-Saúde mental. 2- Suicídio-prevenção. 3- Doença mental. I- Título. CDD 616.89

BOTEGA, Neury José et al. **Prática psiquiátrica no hospital geral: Interconsulta e emergência.** 2º ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual, e/ou outras violências.** Brasil, 2011a.

BURIOLA, Aline Aparecida et al. Assistência de enfermagem às famílias de indivíduos que tentaram suicídio. **Esc. Anna Nery.** Rio de Janeiro, v. 15, nº 4, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 out. 2014.

CARMONA-NAVARRO, M^a Carmen; PICHARDO-MARTINEZ, M^a Carmen. Atitudes do profissional de enfermagem em relação ao comportamento suicida: influência da inteligência emocional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** Ribeirão Preto, v. 20, nº 6, p.1161-1168, Dec. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000600019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 maio 2015.

CHACHAMOVICH, Eduardo et al. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? **Rev. Bras. Psiquiatria.** São Paulo, v. 31, supl.1, mai. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-

[44462009000500004&lng=en&nrm=iso](#)>. Acesso: 08 out. 2014.

KONDO, Érika Hissae et al. Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento. **Rev. esc. Enferm, USP**. São Paulo, v. 45, nº 2, p. 501-507, apr. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 jun. 2015.

MELEIRO, Alexandrina Maria Augusto da Silva. A complexidade multidimensional no processo suicida. **Rev. Especial Neuropsiquiatria**. São Paulo, v. 70, p. 12-24, mai./jun. 2013. Disponível em:

<http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5478>. Acesso em: 30 out. 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21 ed. Petrópolis/ RJ: Vozes, 2009.108 p.

SOUZA, Viviane dos Santos et al. Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. **J. bras. psiquiatr**. Rio de Janeiro, v. 60, nº 4, p. 294-300, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852011000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 mai. 2015.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; GONTIJO, Eliane Costa Dias Macedo; LIMA, Lúcia Abelha. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 29, nº 1, Jan. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000100020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 out. 2014.

VIEIRA, Kay Francis Leal; COUTINHO, Maria da Penha de Lima. Representações sociais da depressão e do suicídio elaboradas por estudantes de psicologia. **Psicol. cienc. prof.** Brasília, v. 28, nº 4, p. 714-727, 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 mai. 2015.

DESAFIOS ENFRENTADOS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO¹

Facing challenges for nursing team in assistance to patients in treatment chemotherapy

Bruna Dalsasso Pizzato²
Paula Ioppi Zugno³

Recebido em: 25 ago. 2015
Aceito em: 29 set. 2015

RESUMO: Este estudo teve como objetivo identificar os desafios enfrentados pela equipe de enfermagem atuante em um setor de quimioterapia. Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratório-descritivo, qualitativa e de campo. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados a entrevista semiestruturada, onde a amostragem apanhada foram seis integrantes da equipe de enfermagem. A análise dos dados foi realizada a partir da categorização de dados. Os desafios enfrentados pela equipe de enfermagem variaram entre a dificuldade do enfrentamento de sentimentos perante o paciente e família e também sobre a estrutura física de trabalho. Conclui-se que existe a necessidade da equipe em discutir sobre a qualidade de vida e de morte dos seus pacientes, mas também sobre as condições de trabalho, físicas e emocionais, que encontram para assisti-los.

Palavras-chave: Câncer. Enfermagem. Desafios. Quimioterapia.

ABSTRACT: This study aimed to identify the challenges faced by active nursing staff in a chemotherapy sector. It is a survey of the exploratory-descriptive, qualitative and field. It was used as data collection instrument the semi-structured interview, where sampling caught were six members of the nursing team. Data analysis was performed from the categorization data. The challenges faced by the nursing staff ranged from the difficulty of coping feelings towards the patient and family and also about the physical structure of work. It concludes that there is a need of staff to discuss about the quality of life and death of their patients, but also on working conditions, physical and emotional, that are to assist them.

Keywords: Cancer. Nursing. Challenges. Chemotherapy.

INTRODUÇÃO

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) estima que o câncer ganhe uma grande

¹ Artigo Baseado no Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem.

² Enfermeira. Graduada na Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma, SC, Brasil. Endereço para correspondência: Bruna Dalsasso Pizzato. R. Noel Rosa, 07. Lote 6. Criciúma, SC. Cep: 88810-110. E-mail: bruna.dalsasso@yahoo.com.

³ Enfermeira. Mestre em Biociências e Reabilitação. Docente do curso de enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma, SC, Brasil. E-mail: paula33@unesc.net.

relevância para o Brasil, aproximadamente 576 mil novos casos para o ano de 2014/2015 (SILVA, 2014). Por ser uma doença crônica e progressiva, causa dor física, sofrimentos emocionais e espirituais intensos ao paciente (SILVA; CRUZ, 2011).

As modalidades principais para o tratamento do câncer são: quimioterapia, radioterapia e cirurgia. O tratamento pode ser feito com uma ou mais modalidades terapêuticas que são utilizadas em conjunto, variando apenas quanto à suscetibilidade dos tumores a cada uma das modalidades e à melhor sequência de sua administração (BRASIL, 2012).

A quimioterapia é meio de tratamento mais utilizado, sendo um processo especializado e complexo que envolve riscos, sendo a qualidade da assistência de enfermagem prestada ao paciente, uma importante ação para o sucesso do tratamento (BONASSA, 2012).

A enfermagem ao assistir o paciente em tratamento quimioterápico não deve apenas prescrever cuidados, mas sim acompanhar sua trajetória e a de sua família, desde seu diagnóstico, tratamento, procedimentos, reabilitação, possibilidade de recidiva e fase final da doença, ou seja, a enfermagem deve vivenciar situações do momento do diagnóstico à terminalidade do paciente (SILVA; CRUZ, 2011).

Silva e Cruz (2011) ainda afirmam que o profissional de saúde ao lidar com um prognóstico ruim de um paciente, pode apresentar sentimentos de impotência, os quais são de frustração e resignação frente à impossibilidade de evitar o óbito ou aliviar o sofrimento do cliente. A frieza e o distanciamento da equipe de enfermagem pode ser um misto de acontecimentos que convergem para tais comportamentos, sendo uma forma de proteger-se do sofrimento alheio.

Por isso a equipe de enfermagem deve preocupar-se com seu autocuidado, observando os sentimentos que vivenciam em seu trabalho, para que assim possam ter condições de cuidar do paciente (SILVA et al., 2009).

Florence deixou, dentre vários, esse legado para aqueles que escolhem a Enfermagem como profissão: enxergar o ser humano de forma holística, ou seja, como um ser biopsico-sócio-espiritual, que transcende o aspecto. Assim deve-se salientar que todos os futuros enfermeiros, enquanto acadêmicos são direcionados a despertar e utilizar o lado humano para com as pessoas enfermas, bem como seus familiares e envolvidos no processo, que estão sendo assistidos por ele.

Conhecer de forma mais aprofundada os desafios que a equipe de enfermagem enfrenta ao prestar assistência a pacientes em tratamento oncológico, principalmente no setor de quimioterapia, onde é fundamental o olhar e um cuidado mais atento da equipe para com os pacientes, observando a convivência da equipe com os mesmos, seus enfrentamentos e como a equipe cuida de si, é fundamental.

Desta forma, a enfermagem deve estar capacitada para atuar com o paciente em tratamento quimioterápico e seus familiares, proporcionando apoio e suporte através de

uma assistência especializada, qualificada e humanizada, como forma de garantir a adesão ao tratamento e a força necessária para o enfrentamento do processo de adoecimento.

Surgiram questionamentos sobre os temas referentes aos desafios na assistência de enfermagem ao paciente e tratamento quimioterápico; preparo profissional na área da oncologia; assistência ao paciente e ao familiar em tratamento quimioterápico; sentimentos vivenciados pela equipe; os desafios enfrentados; como lidam com esse enfrentamento; convivência diária com área oncológica e o autocuidado profissional.

Diante dessas reflexões tem-se como problema de pesquisa: quais os desafios enfrentados pela equipe de enfermagem na assistência aos pacientes em tratamento quimioterápico em um setor de quimioterapia de um hospital do Extremo Sul Catarinense?

Considera-se como desafios enfrentados pela equipe de enfermagem atuante em um setor de quimioterapia: mitos e crenças relacionados ao câncer como doença fatal; ansiedade, tristeza e desespero do paciente com o diagnóstico inicial de câncer e a necessidade de tratamento com quimioterapia; sentimentos de tristeza da equipe de enfermagem frente aos pacientes com câncer em estágio avançado em tratamento quimioterápico.

O artigo teve como objetivo identificar os desafios enfrentados pela equipe de enfermagem na assistência a pacientes em tratamento quimioterápico.

MÉTODOS

Pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva, exploratória e de campo. O estudo foi desenvolvido em um Setor de Quimioterapia de um Hospital de Grande Porte do Extremo Sul de Santa Catarina. Realizou-se entrevista semiestruturada com toda a equipe de enfermagem atuante no setor de quimioterapia: 1 enfermeiro e 5 técnicos de enfermagem. A análise dos dados foi realizada a partir da análise de conteúdo, através da categorização dos dados (MINAYO, 2009).

Para preservar o sigilo e o anonimato dos sujeitos pesquisados, de acordo com as diretrizes da Resolução 466/12, utilizou-se indicador alfanumérico (E1 a E6). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC e do hospital onde foi realizada a pesquisa pelo Projeto nº 923.085/2014.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

PERFIL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Em relação ao perfil da equipe de enfermagem atuante no setor de quimioterapia, todas são do sexo feminino, idade entre 23 a 37 anos; tempo de atuação no setor de 8 meses a 5 anos. As funcionárias E4, E5 e E6 possuem capacitações, cursos em outras instituições e palestras oferecidas pelo hospital sobre oncologia.

Observou-se que as profissionais E1, E2 e E3 atuantes no setor com menos de 1 ano não realizaram nenhum treinamento, cursos ou palestras sobre oncologia. Como relata a funcionária E1: *“Não, na área da oncologia, mas o hospital realiza educação continuada sobre assuntos variados.”*

Cabe indagar a necessidade de uma capacitação em oncologia para a equipe de enfermagem atuante no setor de quimioterapia. Considera-se importante discorrer sobre os assuntos que abrangem a assistência ao paciente com alguma afecção oncológica, compreendendo desde a prevenção do câncer, intervenção cirúrgica no pré e pós-operatório, os meios de tratamento: quimioterapia e radioterapia, até os cuidados mais intensivos (CALIL; PRADO, 2009).

As funcionárias que atuam há mais de 1 ano no setor, participaram de cursos em outras instituições e palestras oferecidas pelo hospital sobre oncologia: *“Sim, curso sobre: registro hospitalar do câncer com o INCA, também, cuidados paliativos, tratamento com radioterapia e quimioterapia, além das palestras na educação continuada que o hospital oferece.” (E6).*

Um treinamento especializado na área de atuação de uma equipe é fundamental para todos os profissionais de saúde que lidam com pacientes em situações críticas. Essa educação é fundamental para o estabelecimento de um cuidado de qualidade. Uma maneira é educar e preparar os profissionais de enfermagem para suprirem as necessidades de pacientes e familiares que enfrentam doenças que ameaçam a vida, como o caso do câncer (GARCIA; RODRIGUES; LIMA, 2014).

OS SENTIMENTOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Sentimentos ruins, tristeza e incapacidade foram citados pela equipe de enfermagem. Relatam que tentam não criar vínculos para não se apegar muito ao paciente, como um meio de “autoproteção”. As pessoas mais jovens em tratamento quimioterápico são as que mais abalam o emocional da equipe, onde relatam tristeza em vê-los tão novos com uma doença que é tão devastadora. O óbito é muito triste, porém na visão da equipe, a cura mostra que a assistência valeu a pena.

No começo quando entrei no setor de quimioterapia era mais difícil de lidar com os casos de pessoas mais jovens ou crianças. Sinto-me triste às vezes em vê-los tão jovens nessa situação que é tão difícil. Às vezes penso que podia ser eu ou um irmão, amigo ou parente nessa situação (E1).

Sempre tento não pensar muito na doença e tratar o paciente como uma pessoa normal que não tem o câncer e está fazendo um tratamento, é difícil às vezes fazer isso, mas tento não dar muita importância, acho que acaba sendo um modo de me auto proteger (E2).

Há grandes barreiras na comunicação da equipe com o paciente e dificuldades na compreensão durante o processo de cuidar. Essa dificuldade acentua-se quando esses são pacientes oncológicos sem possibilidade de cura e jovens acometidos pelo câncer, visto que os profissionais não sabem lidar com pacientes cujo prognóstico pode ocasionar sentimentos de tristeza e impotência. O profissional de enfermagem deveria, em suas tomadas de decisão, criar estratégias, para melhorar a assistência ao paciente com câncer, principalmente no início do tratamento, que é um momento importante para o esclarecimento de dúvidas. Logo, é perceptível a necessidade de uma conversa, que deve ser construída através de uma escuta ativa, sensível e qualificada, compreendendo as ações e reações diante do impacto da doença, além de uma orientação de forma eficaz e constante (SILVA; ZAGO, 2005).

São sentimentos ruins quando aparecem casos em pacientes mais jovens e na nossa visão podem não ser mais fáceis de cura. O triste é quando não vemos melhora no quadro, não há regressão da doença. Quando há cura ficamos felizes e sentimos que valeu a pena o trabalho, já o falecimento é muito difícil e triste (E3).

Dentre os procedimentos adotados no tratamento do câncer, a quimioterapia é o principal, pois é uma das formas mais eficazes no combate dessa doença (DO VALLE, 2001).

Sou muito sentimental, me apego muito aos pacientes, meu pior sentimento é de impotência por não poder fazer mais por eles, viro amiga, batemos fotos juntos e muitos deles já considero parte da minha família. Fico triste com os casos mais avançados em que já não podemos fazer mais nada para melhora do prognóstico, quando são crianças ou adolescentes fico mais triste ainda. Penso sempre como se fossem meus filhos. Já chorei e choro muito até hoje (E4).

Ao dar assistência a clientes terminais ou em tratamento do câncer, a equipe também experimenta o luto e perda, pois perdem muitos clientes, alguns dos quais prestam cuidados por um longo tempo. Antes de se recuperarem de uma perda a equipe já é introduzida em outra história humana difícil, e isso pode levar a sentimentos como tristeza, culpa, ansiedade e desconfortos (PERRY, 2012).

São sentimentos de tristeza, fico muito triste com o prognóstico de alguns pacientes. Muitas vezes eles ficam muito fracos parece que a cada sessão eles pioram cada vez mais e sempre tem pacientes que você se apega muito, acaba virando um amigo (E5).

Os seres humanos são organismos complexos passíveis de serem influenciados pelo ambiente interno e externo. Os profissionais da enfermagem, por serem sujeitos que atuam na sociedade e no mundo do trabalho para a manutenção/recuperação da vida e

da saúde das pessoas, também são indivíduos que influenciam e sofrem influências do meio. A fim de conhecer as suas possibilidades e limitações para o cuidado, o enfermeiro primeiramente, necessita conhecer-se e ter as suas necessidades pessoais e profissionais atendidas. Desse modo, para alguém cuidar do outro e conduzi-lo, como fazem os enfermeiros em suas práticas, primeiramente necessita demonstrar que pode conduzir-se, que conhece os limites de sua prática e que necessita respeitar o outro como alguém diferente de si próprio (LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2004).

Algumas vezes são sentimento de incapacidade, pois alguns pacientes evoluem muito rápido para um mau prognóstico. Busco superação nos momentos difíceis de serem enfrentados para buscar força interior para dar segurança aos pacientes (E6).

Faz-se necessário que o enfermeiro possua conhecimentos específicos e habilidades de comunicação para decodificar informações essenciais, no intuito de diminuir a aflição e proporcionar, de forma integral, um cuidado de qualidade a este doente (SUSAKI; DA SILVA; POSSARI, 2006).

OS DESAFIOS ENFRENTADOS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Os desafios enfrentados pela equipe de enfermagem variaram entre a dificuldade do enfrentamento de sentimentos perante o paciente e família quando observado nas falas das entrevistadas que se torna um desafio à convivência com pacientes debilitados muitas vezes sem possibilidade de cura da doença. E também referente à otimização do ambiente de trabalho quando relatado pelas entrevistadas que existem muitas pessoas acompanhando os pacientes e familiares solicitantes dentro de uma estrutura física pequena.

Acho que a pior parte de trabalhar na quimioterapia é ver que a pessoa está em uma situação que muitas vezes não tem cura, e nosso trabalho acaba sendo paliativo, às vezes parece que nosso trabalho é em vão em não poder ajudar na cura do paciente (E1).

Percebe-se que paira um desconhecimento perante o tratamento quimioterápico, sua função e potencial de cura do câncer.

A quimioterapia é um dos principais tipos de tratamento oferecido a pacientes com câncer. Sua eficácia é comprovada a cada dia, novas substâncias, protocolos e associações são constantemente desenvolvidos e utilizados tendo grandes chances de cura em muitos casos de pacientes acometidos pelo câncer (LACERDA, 2001).

O contato com o paciente oncológico muitas das vezes, pode representar um choque para o profissional de enfermagem, pois é um momento em que o profissional se depara com a fragilidade humana e a complexidade dos problemas que envolvem a pessoa portadora do câncer. O paciente não é apenas mais um em tratamento, ele precisa ser compreendido nas suas diversas reações e a assistência da equipe deve ser humanizada, solidária, geradora não só de saúde, mas principalmente de vida (RECCO;

LUIZ; PINTO, 2005).

Acho triste quando vejo eles chegando já carecas e sem cabelo, o físico dos pacientes no passar do tempo muda muita, acabam ficando mais fracos e não podemos fazer nada. O espaço físico não ajuda muito porque é pequeno e a demanda de paciente é muito grande, é ruim ver que apenas alguns pacientes fazem toda a quimio deitados e outros passam horas sentados e sem conforto (E2).

A alopecia é descrita pelos pacientes como o mais devastador efeito colateral do tratamento que é ocasionada pelas drogas dessa terapia. Ela pode ocorrer duas ou três semanas após a aplicação da quimioterapia. Entretanto, esse sintoma é assustador na medida em que o cabelo é parte fundamental da aparência física. A perda do mesmo, afeta a autoimagem e prejudica as relações sociais (RODRIGUES; POLIDORI, 2013).

Dificuldades na infraestrutura, onde, atendemos a muitos pacientes, muitas vezes sem privacidade. Nos quartos de quimioterapia ficam pacientes e acompanhantes, muita gente, o que dificulta nosso trabalho que já é difícil. Às vezes em uma punção muito difícil e fica aquela expectativa deles, e expostos à ação de vários quimioterápicos (E3).

O número insuficiente de profissionais de enfermagem pode afetar negativamente a qualidade do cuidado prestado aos pacientes, resultando em maior risco de eventos adversos e aumentando os custos hospitalares. A carga excessiva de trabalho e o número reduzido da equipe em relação ao número de pacientes atendidos podem conduzir à exaustão e à insatisfação profissional, comprometendo as metas e imagem institucional. O enfermeiro por sua vez deve conhecer e avaliar a realidade do setor o qual gerencia, elaborando propostas, tomando decisões e readequando o quadro de pessoas e processos de trabalho (CUCOLO; PERROCA, 2010).

A presença do acompanhante/familiar, no tratamento, consulta ou internação, é extremamente importante no que se refere ao apoio emocional e à segurança do paciente. A presença de um membro da família representa o contato do paciente com o mundo exterior, reafirmando sua existência e garantindo um elo com a sociedade, visto que o hospital é um ambiente desconhecido, com horários não flexíveis e com restrições de visitas. Sendo assim, o acompanhante/familiar desempenha outro papel importante, o de potencializar a adesão do paciente ao tratamento. Por isso a família tem grande importância, pois são constituídas por valores, crenças, conhecimentos e práticas que guiam suas ações na promoção da saúde de seus membros (SALES et al., 2012).

Estrutura física do setor, que é pequena e os atendimentos crescem a cada dia. É muita gente com câncer e em tratamento. Cada vez mais jovens aparecem para o tratamento. São poucos leitos privativos, algumas salas não têm ar condicionado. Tudo isso dificulta nossa assistência (E4).

O câncer infantil tem apresentado um aumento na sua incidência, considerando que o percentual dos tumores infanto-juvenis nos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) brasileiros seja, aproximadamente, de 3%, depreende-se que esses tumores corresponderão a valores aproximados a 11.530 casos novos de câncer, nos próximos anos, em crianças e adolescentes até 19 anos de idade (WHITAKER et al., 2013).

O espaço não ajuda muito na nossa assistência, o ambulatório é pequeno em comparação à demanda que atendemos. O número de funcionários é pequeno e os familiares e pacientes ficam em cima chamando para ajudar no soro, punções e até para ajudar a limpar casos em que o paciente vomite. Não estou reclamando deles, mas sim da quantidade de serviços que temos e somos uma equipe pequena (E5).

Espaço físico, grande demanda de pacientes, falta de compreensão dos pacientes e familiares quanto à demora do atendimento devido ao número reduzido de funcionários (E6).

É importante garantir aos pacientes e familiares no setor o qual eles se encontram, um ambiente que seja restaurador, que garanta segurança, conforto e bem-estar. Na área da Enfermagem Oncológica, em especial no processo assistencial em quimioterapia, as discussões sobre o ambiente são de grande relevância. Há um consenso das estudiosas da enfermagem de que o ambiente das Unidades de Quimioterapia é repleto de riscos, com grande potencial de gerar mal-estar aos clientes, além dos riscos ocupacionais. Portanto, este ambiente é merecedor de uma atenção cuidadosa da enfermagem, no seu planejamento assistencial. Não se referindo à cura da doença, mas ao reequilíbrio de vida do indivíduo em todos os seus aspectos incluindo sua satisfação (MOURA; MOREIRA, 2005).

ENFRENTAMENTO DOS DESAFIOS

A equipe de enfermagem busca por meio de reuniões de equipe ou conversas com colegas de trabalho o auxílio de como enfrentar os desafios em relação ao trabalho no setor. Observa-se conforme as falas das entrevistadas que no enfrentamento dos desafios pouco foi falado sobre processo de melhoria para o setor, mas sim o enfrentamento de seus sentimentos perante o paciente.

Eu tento não pensar muito além da técnica para não me apegar muito ao paciente, tenho a visão de que a equipe muitas vezes não se aprofunda em conversar com o paciente para não se apegar. Em reuniões discutimos em equipe alguns casos e pontos para melhorar o setor (E1).

Depende do profissional, acaba virando meio que uma rotina, você vai se acostumando a conviver com os casos desde o mais complicado e sem cura até o que a pessoa tem mais chance de cura. Fazemos reuniões onde resolvemos alguns impasses (E2).

Eu procuro sempre conversar com meus colegas sobre alguns casos, fazemos reuniões também, onde resolvemos problemas da equipe além de procurar por melhorias (E3).

Esclarecemos dúvidas com a enfermeira, temos um bom relacionamento, sempre ajudando uns aos outros. Quando necessário realizamos reuniões de equipe para melhorias no setor (E4).

Reuniões e tentando levar a rotina sem se estressar muito, temos um relacionamento entre a equipe muito bom (E5).

Através de reuniões para organizar as atividades, diálogos com a equipe para resolvermos alguns problemas e buscamos um autocontrole emocional para enfrentar as dificuldades (E6).

A autorreflexão é um elemento do pensamento crítico que pode levar a enfermagem a perguntar se sua tristeza esta relacionada ao cuidado do cliente ou a experiências pessoais do passado que não foram resolvidas. Conversar com amigos, com um prestador de cuidado espiritual ou com uma colega mais próxima, pode ajudar a reconhecer seu próprio luto e refletir sobre o significado de dar assistência a pacientes oncológicos (PERRY, 2012).

CONVIVÊNCIA DIÁRIA

A convivência com pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico é citada pela equipe de enfermagem como algo difícil, pesado, desgastante e triste de conviver diariamente. Algumas integrantes relatam não se apegar muito ao paciente como forma de não sofrerem pelo mesmo. É através da “empatia” e “humanização” que tentam conviver com esses pacientes para oferecer uma assistência de qualidade.

Às vezes é muito pesado e desgastante todo esse processo, pois você acaba convivendo muito com o paciente e se ocorre algo ruim você sente muito por ele. É triste quando eles chegam fazem a sessão e quando voltam acabam piorando e ficando mais frágeis a cada quimioterapia, sempre tem um paciente que você se apegua mais e outro nem tanto (E1).

É difícil o caso que você acompanha do começo até o fim, pois eles vêm e fazem um ciclo voltam um tempo depois ou fazem cirurgia e outros a gente não vê mais. Acabo não me apegando muito (E2).

Tento não me envolver muito com o caso, embora às vezes seja difícil, pois nos identificamos muito com algumas histórias. Muitas das vezes lembra algum familiar ou conhecido. Não tem como dissociar às vezes é difícil. Mas isso é prejudicial, porque no fim este não é um problema nosso, é um sofrimento inútil. O que não pode afetar é a nossa assistência (E3).

O conflito e o desgaste não são apenas pela dificuldade em assistir o ser humano como um todo, mas também, pela necessidade de se auto proteger da ansiedade do ambiente de trabalho com o ser doente trás ao profissional, principalmente quando se estabelece uma relação afetiva com o mesmo (MORAIS; ANDRADE, 2013).

Eu fico muito triste, e por isso penso em sair da oncologia, pois o nosso psicológico se abala muito, eu amo a oncologia, mas me apego muito aos pacientes. São poucos casos que se vê cura. Sempre me sinto impotente perante os casos. Sempre estou pensando no serviço, saio dos plantões com um aperto no coração. Absorvo muito o que passo todos os dias (E4).

Busco ser atenciosa com os pacientes mesmo muitas vezes estando estressada, pois nessa situação ninguém queria estar. Eu gosto muito do meu trabalho, me identifico com a oncologia (E5).

Para Ferreira (1996), a Enfermagem sofre impacto imediato e total, que é gerado através do contato direto com pessoas doentes, com a incerteza no restabelecimento do paciente, o confronto com a realidade do sofrimento e da morte e a execução de tarefas repulsivas, desgastantes e atemorizadoras. Essas são situações que geram maior

estresse para a equipe de enfermagem.

Com empatia em primeiro lugar e buscando a humanização sempre (E6).

O cuidado de Enfermagem deve ser prestado através do respeito à dignidade humana, compaixão, responsabilidade, justiça, autonomia e as inter-relações, considerando sempre a solidariedade universal, visando o benefício dos clientes (MENEZES et al., 2007).

AUTOCUIDADO PROFISSIONAL

A equipe citou que busca o autocuidado por meio da espiritualidade, e do lazer, entre outros. Porém observou-se a tristeza e a dificuldade de se “desligar” do serviço quando não estão a trabalho.

Acho que o principal é o meu cuidado espiritual, busco mais a Deus para me dar mais força. Tento não ficar pensando nas coisas ruins que passei durante o dia no trabalho (E1).

A busca do autocuidado espiritual baseia-se nos aspectos físico, emocionais e mentais para que se alcance a concretização do bem estar e do próprio eu (NEVES; WINK, 2007).

Procuo não pensar nos casos ruins aqui do setor, levo o que é bom e tento não pensar no que é ruim, faço atividades de lazer e tento levar uma vida saudável (E2).

Procuo sair do trabalho e deixar tudo para trás, esquecer o que aconteceu durante o dia, pois este não é um problema meu. No inicio era mais difícil, hoje já é uma rotina, pois se você se apega muito ao paciente pode tornar o trabalho difícil (E3).

Quando relacionamos as práticas do autocuidado com a promoção à saúde, estaremos adotando um comportamento ético pela vida, despertando a responsabilidade e preocupação com o viver, assim a enfermagem poderá promover saúde (CARRARO et al., 2005).

Atualmente não consigo ficar um dia sem pensar no serviço, meio que faz parte de mim e essas pessoas (pacientes) já fazem parte da minha vida, tenho fotos com eles e sempre fico olhando. Tento pensar menos, não ficar martelando sobre coisas ruins (E4).

Dentre as estratégias para o autocuidado é recomendado: ter relacionamentos saudáveis, descansar, comer adequadamente, fazer exercício físico, atividades de lazer, vida espiritual, entre outras. Por isso apesar da enfermagem ser uma disciplina na qual se tem formação para o cuidar, muitos dos profissionais têm dificuldade em praticar o autocuidado (VIEIRA; ALVES; KAMADA, 2007).

Tento me desligar do serviço quando estou fora da instituição e não ficar pensando nos pacientes com pouca chance de cura e que estão em cuidados paliativos (E5).

Busco ajuda espiritual através da fé (E6).

Todo e qualquer profissional da área de saúde tem que se preocupar com consigo, para então ter condições de cuidar do outro. Porém, a enfermagem é a que mais tem contato com o ser doente e/ou saudável, que mais convive com o sofrimento do outro, sendo assim, as profissionais de enfermagem não podem deixar de cuidar de si mesmos, devem ter uma relação saudável consigo, pois, só assim pode se relacionar bem com o outro e cuidar do próximo (SILVA et al., 2009).

SUGESTÃO DA EQUIPE

Como mencionado nas categorias anteriores, às sugestões da equipe estão relacionadas ao preparo que os profissionais devem ter para prestar assistência ao paciente em tratamento quimioterápico. Além de grupos juntamente com psicólogos e/ou equipe que poderiam ser criados para melhor enfrentar os desafios vivenciados por elas.

Devia ter mais cursos para nós da enfermagem sobre Oncologia, o hospital deveria oferecer um treinamento específico para nós da quimioterapia (E1).

Que os profissionais sejam melhor preparados, com treinamentos prévios para os iniciantes, além disso, cursos em constante aperfeiçoamento que tornem o assunto mais interessante, e não apenas uma simples palestra voltada ao pessoal geral do hospital, mas sim voltada aos profissionais atuantes da quimioterapia (E3).

Acho que o principal seria reuniões em equipe junto com a psicóloga, para desabafarmos sentimentos que ficamos guardando durante os dias de serviço (E4).

Deveria ter mais reuniões para tratarmos de assuntos acerca da oncologia, tratamento quimioterápico e como lidar com esses pacientes, uma ajuda psicológica para a equipe (E5).

A temática é a realidade que enfrentamos na assistência aos pacientes em tratamento quimioterápico, pois todo dia é um desafio novo. E os pacientes nos proporcionam uma lição de vida (E6).

As sugestões da equipe casam-se com os principais desafios vivenciados, observa-se uma necessidade que a mesma tem na construção de um grupo de apoio psicológico, onde possam desabafar e discutir sobre emoções da qual convivem diariamente na quimioterapia. As entrevistadas sugerem uma equipe maior como processo de melhoria para qualificação do atendimento visto a necessidade do paciente em tratamento quimioterápico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma assistência de qualidade implica em acolhimento e confiança entre o profissional de enfermagem e o paciente. O conhecimento à cerca do tratamento quimioterápico, a função da droga antineoplásica, seus efeitos colaterais, seu potencial de cura, e todo processo de tratamento em que o paciente será submetido serve como meio de confiança entre profissional, paciente e familiar.

É importante o estabelecimento de vínculos e atitudes de interesse que, inúmeras vezes, o profissional de saúde não tem capacidade de oferecer, como um método de autoproteção sobre estratégias de enfrentamento.

Os integrantes da equipe de enfermagem citaram que os desafios enfrentados são além da tristeza, angústia, por ser algo inesperado; o desespero, devido à sensação também de impotência; cansaço, raiva, sofrimento, desânimo e, principalmente, o medo da perda desses pacientes. A possibilidade de morte do paciente é uma das causas de todos estes sentimentos. É inevitável não perceber a tristeza e o medo que a equipe sente já no primeiro contato, principalmente quando o paciente é criança ou jovem, ou que, muitas vezes não evoluem para um bom prognóstico. Como desafio enfrentado foi citado e sugerido pela equipe a otimização do ambiente de trabalho quando relatado pelas entrevistadas que existem muitas pessoas acompanhando os pacientes e familiares, dentro de uma estrutura física pequena.

A incerteza, a tensão do trabalho, a importância e a percepção do peso da tarefa de cuidar do paciente com câncer produz um desconforto e uma baixa autoestima profissional, trazendo à tona a necessidade dos profissionais de aprimorarem seus conhecimentos e habilidades para poderem cuidar do paciente e sua família com segurança e eficiência.

Compete ao enfermeiro buscar na literatura meios que respondam aos questionamentos sobre o melhor cuidado a ser prestado, bem como realizar uma avaliação crítica do setor em que atua e a sua aplicação ao seu cotidiano, afinal atualmente a preocupação da oncologia não é mais somente com a cura, também com a qualidade de vida do paciente.

Conclui-se que existe a necessidade da equipe de discutir sobre a qualidade de vida e da morte de seus pacientes, mas também sobre as condições de trabalho (físicas e emocionais) que encontram para assisti-los.

REFERÊNCIAS

BONASSA, Edva Moreno Aguilar; GATO, Maria Inês Rodrigues. **Terapêutica oncológica para enfermeiros e farmacêuticos**. São Paulo, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Educação. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Educação; organização Luiz Claudio Santos Thuler. – 2º ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Inca, 2012. 129 p.**

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012.

CALIL, Ana Maria; PRADO, Cláudia. O ensino de oncologia na formação do enfermeiro. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, nº 3, p. 467-470, jun. 2009.

CARRARO, Telma Elisa; RASSOOL, Goolan Hussein; LUIS, Margarita Antonia Villar. A formação do enfermeiro e o fenômeno das drogas no Sul do Brasil: atitudes e crenças dos estudantes de enfermagem sobre o cuidado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, nº esp., p. 863-871, out. 2005.

CUCOLO, Danielle Fabiana; PERROCA, Márcia Galan. Reestruturação do quadro de pessoal de enfermagem e seu impacto sobre as horas de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, nº 2, p. 175-181, abr. 2010.

DO VALLE, Elizabeth Ranier Martins. **Psico oncologia pediátrica**, 2001.

FERREIRA, Noeli Marchioro Liston Andrade. A difícil convivência com o câncer: um estudo das emoções na enfermagem oncológica. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 30, nº 2, p. 229-253, ago. 1996.

GARCIA, João Batista Santos; RODRIGUES, Rayssa Fiterman; LIMA, Sara Fiterman. A estruturação de um serviço de cuidados paliativos no Brasil: relato de experiência. **Rev. Bras. Anestesiol.** Campinas, v. 64, nº 4, p. 286-291, ago. 2014.

LACERDA, Márcio Augusto. Quimioterapia e anestesia. **Rev. Bras. Anestesiol.**, Campinas, v. 51, nº 3, p. 250-270, jun. 2001.

LUNARDI, Valéria Lerch et al. O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, nº 6, p. 933-939, dez. 2004.

MENEZES, Maria de Fátima Batalha de et al. Câncer, pobreza e desenvolvimento humano: desafios para a assistência de enfermagem em oncologia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, nº esp., p. 780-785, out. 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21.ed. Petrópolis/ RJ: Vozes, 2009.

MORAIS, Sílvia Raquel Santos de; ANDRADE, Ângela Nobre de. Sob a espada de Dâmocles: a prática de Psicólogas em Oncologia Pediátrica em Recife-Pe. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 33, nº 2, p. 396-413, 2013.

MOURA, Andréa de Carvalho Fernandes; MOREIRA, Marléa Chagas. A unidade de quimioterapia na perspectiva dos clientes: indicativos para gestão do ambiente na enfermagem oncológica. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 9, nº 3, p. 372-380, dez. 2005.

NEVES, Eloita Pereira; WINK, Solange. O autocuidado no processo de viver: enfermeiras compartilham concepções e vivências em sua trajetória profissional. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, nº 1, p. 172-179, mar. 2007.

PERRY, Potter. **Fundamentos de Enfermagem**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. 460p.

RECCO, Daine; LUIZ, Cintia; Pinto, Maria. O cuidado prestado ao paciente portador de doença oncológica: na visão de um grupo de enfermeiras de um hospital de grande porte do interior do estado de São Paulo. **Arq Ciênc Saúde**. v. 12, nº 2, p. 85-90, abr./jun.

2005.

RODRIGUES, Fernanda Silva de Souza; POLIDORI, Marlis Morosoni. Enfrentamento e Resiliência de Pacientes em Tratamento Quimioterápico e seus Familiares. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, v. 58, nº 4, p. 619-627, ago. 2012.

SALES, Catarina Aparecida et al. Cuidado de enfermagem oncológico na ótica do cuidador familiar no contexto hospitalar. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, nº 5, p. 736-742, 2012.

SALIMENA, Anna Maria de Oliveira et al. Como Mulheres Submetidas à Quimioterapia Antineoplásica Percebem a Assistência de Enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 56, nº 3, p. 331-340, 2010.

SILVA, Irene de Jesus et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, nº 3, p. 697-703, set. 2009.

SILVA, José Alencar Gomes da. INCA. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil**. RJ.

SILVA, Rita de Cássia Velozo da; CRUZ, Enêde Andrade da. Planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer: reflexão teórica sobre as dimensões sociais. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, nº 1, mar. 2011.

SILVA, Valéria Costa Evangelista da; ZAGO, Márcia Maria Fontão. A revelação do diagnóstico de câncer para profissionais e pacientes. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, nº 4, p. 476-480, ago. 2005.

SUSAKI, Tatiana Thaller; SILVA, Maria Júlia Paes da; POSSARI, João Francisco. Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de Enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 19, nº 2, p. 144-149, jun. 2006.

VIEIRA, Ana Beatriz Duarte; ALVES, Elioenai Dornelles; KAMADA, Ivone. Cuidando do cuidador: percepções e concepções de auxiliares de enfermagem acerca do cuidado de si. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, nº 1, p. 17-25, mar. 2007.

WHITAKER, Maria Carolina Ortiz et al. A vida após o câncer infantojuvenil: experiências dos sobreviventes. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, nº 6, p. 873-878, dez. 2013.

A APLICABILIDADE DO USO DE SIMULAÇÃO REALÍSTICA NA FORMAÇÃO PERMANENTE DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

The use of applicability of realistic simulation in ongoing formation nursing professional

Renata Pinto Ribeiro Miranda¹
Ana Leticia Carnevalli Motta²
Erika de Cássia Lopes Chaves³
Zélia Marilda Rodrigues Resck⁴
Denise Hollanda Lunes⁵

Recebido em: 16 jul. 2015
Aceito em: 14 out. 2015

RESUMO: Este estudo foi realizado por meio de um levantamento bibliográfico durante o mês de março de 2014, com o objetivo de ressaltar a importância do uso da simulação realística na formação permanente do profissional de enfermagem. O levantamento abrangeu artigos em Português, Inglês e Espanhol, por meio de pesquisa das bases de dados LILACS, SCIELO E PUBMED. Na seleção dos 411 artigos considerou-se os critérios de inclusão e exclusão, sendo obtidos ao final, 24 artigos confirmando a aplicabilidade do uso da simulação para a formação do profissional de enfermagem por sua inserção no ambiente estruturado para este fim tornando o processo de ensino-aprendizagem mais eficiente favorecendo a construção do conhecimento pelo desenvolvimento de habilidades técnicas e competências.

Palavras-chave: Enfermagem. Educação Continuada. Simulação.

ABSTRACT: This study was conducted through a literature survey during the month of March 2014, with the aim of highlighting the importance of using realistic simulation of the formation of permanent nursing staff. The survey covered articles in Portuguese, English and Spanish, by searching the databases LILACS, SciELO and PUBMED. In the selection of the 411 articles we considered the criteria for inclusion and exclusion, being obtained at the end, 24 articles confirming the applicability of using simulation for training of nursing staff for their inclusion in the structured environment for this purpose making the teaching process -learning more efficient favoring the construction of knowledge by developing technical skills and

¹ Enfermeira. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL. Alfenas, MG, Brasil. Correspondência: Renata Pinto Ribeiro Miranda. Rua Coronel Joaquim Francisco, no 78, Apto 802. Bairro Varginha. Itajubá, MG. Cep 37501-052. E-mail: renatapr85@gmail.com.

² Enfermeira. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL. Alfenas, MG, Brasil. E-mail: leticia.motta@oi.com.br.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Discente no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL. Alfenas, MG, Brasil. E-mail: erika.chaves@unifalmg.edu.br.

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Discente no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL. Alfenas, MG, Brasil. E-mail: zeliar@unifal-mg.edu.br.

⁵ Fisioterapeuta. Doutora em Ciências da Saúde. Professora Adjunta, Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL. Alfenas, MG, Brasil. E-mail: deniseiunes@unifal-mg.edu.br.

||| competencies.

Keywords: Nursing. Continuing Education. Simulation.

INTRODUÇÃO

A simulação realística é hoje, uma realidade no cenário da saúde no país, sendo ela a prática aplicada em prol da formação de graduandos de enfermagem e profissionais que atuam na área, beneficiando o processo ensino aprendizagem, para a formação permanente desses profissionais, sendo esta uma necessidade no cenário da saúde.

Assim, a educação permanente dos trabalhadores em saúde vem sendo abordada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 1970 seguindo – se as discussões pela Organização Pan-americana de saúde (OPAS) (BRASIL, 2009).

No Brasil, essas iniciativas de educação dos trabalhadores na área da saúde ganharam ênfase a partir do Sistema Único de Saúde e as Diretrizes Curriculares Nacionais, já no ano de 1990. Em 2004, foi estabelecida uma Política de Educação Permanente em Saúde, através da Portaria GM/MS nº 198/04, como estratégia de consolidação do SUS para capacita-los por meio de um processo permanente de capacitação (BRASIL, 2004).

No âmbito da educação, a formação dos profissionais favorece progressivamente a aquisição de novos conhecimentos o qual se dá pelo uso de variadas tecnologias e pelo desenvolvimento de indicadores da qualidade utilizados nos processos de trabalho, influenciando na qualidade do atendimento prestado.

Dessa forma, compreende-se que o treinamento permanente é uma estratégia importante para que o profissional adquira maior capacitação aumentando as possibilidades de construção de competências no trabalho em enfermagem, construindo e desconstruindo o saber de forma complexa e dinâmica, mediado por diversos valores, inclusive os valores éticos (RICALDONI; SENA, 2006).

Portanto, essa possibilita o preparo para o desempenho de uma determinada função pelo trabalhador a partir da aplicação de recursos técnicos como treinamentos, palestras e cursos, tendo em vista a evolução científica e tecnológica e uma concepção mais abrangente no sentido de transformação da organização, numa visão crítica e responsável a qual proporcione resultados a partir da construção de conhecimentos para a organização, a profissão e a sociedade (MONTANHA; PEDUZZI, 2010).

Dessa forma, esse estudou objetivou-se em analisar a importância e os propósitos da aplicação do uso da simulação realística na formação permanente do profissional de enfermagem.

A ENFERMAGEM E A SIMULAÇÃO REALÍSTICA: RECORTE HISTÓRICO

No ano de 1922, marco inicial da enfermagem no Brasil, foi criada a primeira Escola de enfermagem do país. A sociedade brasileira passava por profundas transformações, em que alguns acontecimentos contribuíram particularmente para uma futura oficialização da enfermagem como profissão (RIZZOTTO, 2006).

Do ano de 1922 até os dias atuais muitas foram às mudanças tanto na enfermagem quanto profissão e ciência, quanto no contexto social, cultural, político, econômico, educacional e na saúde da população brasileira. As doenças se modificaram e conseqüentemente os recursos médicos de tratamento para os agravos da saúde. Assim, desde o século XX, vivencia-se um conjunto de modificações políticas e econômicas, denominada globalização, no qual se tem acesso facilmente a informações e conhecimentos em qualquer local do mundo.

Dessa forma, as novas configurações do mundo globalizado e seu acelerado processo de modernização científica e tecnológica vêm demandando novas formas de construção do conhecimento, pressionando mudanças no processo de formação e capacitação de profissionais enfermeiros competentes para o atendimento à saúde da população. Essa necessidade de mudança decorre de elementos, tais como as novas modalidades de organização do mundo, do trabalho em saúde e das exigências no perfil de novos profissionais voltados para a transdisciplinaridade na produção do conhecimento (GIL, 2011).

Para que se atendam as necessidades de formação desses, lança-se mão de diversos recursos, como as aulas teóricas e práticas, palestras, conferências, simpósios, congressos; mas considerando a importância da habilidade prática da profissão o uso de simulação realística pode promover e facilitar o processo ensino-aprendizado permitindo maior aquisição de habilidades e competências na realização de procedimentos médico – hospitalares (MARTINS, 2012; WILFORD. DOYLE, 2012).

Assim, a simulação vem ganhando força na educação durante os últimos 40 anos. Os primeiros simuladores foram baseados em computador e utilizados pela indústria (por exemplo, aeronaves e militar) (COOPER; TAQUETI, 2004).

Nessa ótica, para que se compreenda melhor o significado das expressões “simulador” e “simulação”, define-se simulador como um objeto físico ou como uma pessoa que representa uma tarefa integral ou parcial a ser replicada e simulação, como a aplicação, a utilização desses simuladores os quais representam, simula a tarefa. Podem-se ter simuladores das seguintes formas, role playing, que são atores padronizados como pacientes; realidade virtual (paciente no computador) e paciente eletrônico (réplica do local clínico; manequim completo) (COOPER; TAQUETI, 2004; GABA, 2004).

Considerando, então, os simuladores, quando manequins, esses podem ser classificados como de baixa, média ou alta fidelidade, de acordo com sua capacidade de reproduzir precisamente sons ou imagens. Os simuladores de baixa fidelidade são

caracterizados como simuladores estáticos, com movimentos grosseiros; os simuladores de média fidelidade são mais realísticos com sons respiratórios e cardíacos e o simulador de alta fidelidade é um manequim de corpo inteiro, anatômico e fisiologicamente semelhante a uma pessoa (COOPER; TAQUETI, 2004; TEIXEIRA; FELIX, 2011).

No que se refere aos simuladores na área da saúde, o primeiro que se tem registro é o Resusci-Anne, o qual marca o início dessa discussão. Criado em 1960, para o treinamento da manobra boca-a-boca. Foi projetado por Asmund Laerdal, fabricante norueguesa, possuía apenas a porção da cabeça e pescoço e procurava representar uma vítima, porém sem apresentar respiração e batimentos cardíacos. Posteriormente criou-se o Sim One um simulador de um manequim extremamente realista, controlado por computador. Idealizado pelo Dr. Stephen Abrahamson, um engenheiro, e Dr. Judson Denson, um médico, na Universidade de Sul da Califórnia, em meados da década de 60. Ele tinha muitas características de alta fidelidade: o tórax foi projetado anatomicamente, havia respiração, os olhos piscavam, as pupilas dilatavam e a mandíbula abria e fechava. Esse simulador não conseguiu aceitação, foi apenas construído. A tecnologia de computador era muito cara para a sua comercialização (COOPER; TAQUETI, 2004; GABA, 2004).

Após demonstração pela primeira vez em 1968, no American Heart Association Scientific Sessions, pelo Dr. Michael Gordon, da Universidade de Miami Medical School o primeiro manequim que se tem registro de tamanho completo chamado Harvey, com o título de um simulador de paciente cardiológico, o qual simulava 27 doenças cardíacas. Foi primeiro exemplo do conceito moderno de um simulador. Apresentava vários achados físicos, incluindo pressão arterial, ausculta, veias, artérias com pulsos, impulsos precordiais e variavam de acordo com a respiração. Harvey é capaz de simular várias doenças cardíacas através da variação da pressão arterial, respiração, pulso, sons cardíacos normais, e murmúrios (GABA, 2004).

Este foi submetido a testes bastante rigorosos para a eficácia educacional, talvez mais do que qualquer outra tecnologia de simulação. Existem vários estudos-pilotos que documentam a eficácia de Harvey no ensino de habilidades, na década de 80 (COOPER; TAQUETI, 2004; GABA, 2004).

A simulação realística se dá então, com a apresentação ao estudante / profissional (ou grupo de estudantes / profissionais) de um caso real, no qual o mesmo assumirá a responsabilidade integral pelo paciente / simulador. A atividade deve ocorrer em um ambiente realista e de interação entre o estudante / profissional e o simulador (MARTINS, 2012; COOPER; TAQUETI, 2004; MARMOL et al., 2012).

Diante do que foi exposto, faz-se necessário conhecer mais profundamente sobre a técnica da simulação realística, sua importância e objetivos na formação permanente dos profissionais de enfermagem, a fim de favorecer a implementação dessa metodologia nas instituições de saúde, de forma a possibilitar a melhora do processo de educação permanente.

MATERIAL E MÉTODOS

Levantamento bibliográfico sob o enfoque de ensino e práticas assistenciais pelo uso da simulação realística. Estudo realizado durante o mês de março de 2014, por meio de pesquisa ampla na literatura de artigos das bases de dados Pubmed, COCHRANE, Scielo e Central de Ensaio Clínico Controlado. Para a busca foram utilizados os seguintes termos extraídos dos Descritores em Ciências de Saúde (DECS) e *Medical Subject Headings* (MeSH), os quais separados pelo operador booleano AND: enfermagem, educação continuada, simulação, em português, inglês e espanhol. Como critérios de inclusão consideraram-se publicações do período de 2004 a 2012, com artigos em português, inglês ou espanhol. Foram encontrados, assim, 22 artigos. Foram selecionados somente os artigos que responderam as questões norteadoras e os critérios de elegibilidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca resultou, assim, em 10 artigos. A aplicação da simulação para a enfermagem é importante para sua formação, pois permite que o profissional faça parte de um ambiente de estudo criado e assim possa agir repetidas vezes, até que se sinta apto para desempenhar uma prática segura. O uso da simulação permite inserir o profissional em formação a conhecer e desenvolver habilidades técnicas pelo manuseio sequencial dos equipamentos permitindo o aprimoramento na execução dos procedimentos por meio dos erros e acertos.

A simulação pode ser, assim, ser utilizada tanto para os enfermeiros quanto para técnicos, auxiliares e até mesmo para a equipe dos outros setores, como das unidades administrativas, gestores, executivos, administradores hospitalares, reguladores e legisladores. Para estes grupos, a simulação pode transmitir as complexidades do trabalho clínico, e pode ser utilizado para o exercício de investigação das práticas organizacionais das instituições clínicas (TEIXEIRA; FELIX, 2011).

Para a enfermagem a simulação traz variados benefícios, pois a profissão exige que profissional seja rápido, possua um alto nível de atenção aos detalhes, rápidas habilidades de avaliação e pensamento crítico. Essas habilidades são difíceis de ensinar e são melhores aprendidas quando demonstradas e executadas na prática. A simulação permite, então, a oportunidade de aprender e praticar essas competências em um ambiente controlado e seguro (RAUEN, 2004).

Dessa forma, as simulações, em geral, têm como objetivo imitar pacientes reais, regiões anatômicas ou tarefas clínicas e/ou para refletir as circunstâncias da vida real em que os serviços de saúde são prestados (SCALESE; OBESO; ISSENBERG, 2007).

Outras pesquisas já realizadas apontam o uso da simulação em diversas profissões como na aeronáutica, na arquitetura, na agropecuária e em outras profissões

da saúde, como farmácia e medicina (MATSURA, 1995; RAUEN, 2004; MUNIZ et al., 2007; RODRIGUES; MARTINS, 2008; REZENDE et al., 2012; GILLILAND et al., 2012; SKOY, EUKEL; FRENZEL, 2013). E em diversas áreas de atuação da enfermagem, como obstetrícia, administração, nas manobras de ressuscitação cardiopulmonar, gestão de crise e semiotécnica (COOPER; TAQUETI, 2004; CAETANO; 2006; FELIX, 2007; TEIXEIRA et al., 2011; MARMOL et al., 2012).

Portanto, o uso da simulação traz uma série de benefícios no processo de aperfeiçoamento dos profissionais da enfermagem, pois visa diminuir o número de possíveis erros quando o procedimento for realizado em ambientes reais, torna o mesmo mais confiante e seguro em sua prática, ajuda no desenvolvimento de habilidades, permite que ele desenvolva seu pensamento crítico, promove o feedback no qual pode-se discutir com os participantes sobre suas falhas, o que já está sendo feito corretamente e o que se pode melhorar (GABA, 2004; TEIXEIRA; FELIX, 2011a; MARTINS 2012).

Nesse sentido, a expectativa é que, a partir das experiências de simulação, haja uma redução de erros nos procedimentos em situações clínicas evitando danos aos pacientes decorrentes de falhas dos profissionais (TEIXEIRA et al., 2011b).

Sendo assim, a simulação evita a exposição desnecessária do paciente a erros iatrogênicos e visa melhorar o aproveitamento do tempo de contato entre este e o profissional, deixando para o campo clínico o aprendizado das habilidades impossíveis de serem trabalhadas com o manequim ou atores (SANINO, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aplicação da simulação como ferramenta de ensino aprendizagem para a enfermagem é importante para sua formação, pois permite que o profissional faça parte de um ambiente de estudo criado no qual possa agir repetidas vezes, até que se sinta apto para desempenhar uma prática segura.

Assim, o uso da simulação facilita o conhecimento do profissional no que se refere a técnica, permitindo que o mesmo possa aprimorá-la em um ambiente de aprendizado estruturado com o intuito de favorecer o desenvolvimento das suas habilidades e competências diante das diversas situações que lhe são apresentadas. Isto permite uma visão crítica sobre si mesmo e sobre as suas condutas. Este exercício faz com que o mesmo identifique seus erros e acertos, moldando e embasando seus saberes no campo do conhecimento de enfermagem, de suas habilidades técnicas e da aplicação de conceitos éticos.

A expectativa é que, a partir das experiências de simulação, haja uma redução de erros de enfermagem, pois o profissional, ao ter inclusas em seu processo de aperfeiçoamento oportunidades de aprender em um contexto simulado, se tornará mais hábil e seguro, o que agregará qualidade ao cuidado realizado.

Portanto, a prática da simulação é um trabalho inovador, possível e desafiador as instituições de saúde que visem aplicá-la em seus colaboradores, podendo ser esse um facilitador no processo de formação.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Série Pactos pela Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília – DF, v. 9, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf. Acesso em: 15 abr. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. **Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências** [Internet]. Brasília 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf. Acesso em: 15 abr. 2014.
- CAETANO, K. C. **Desenvolvimento e avaliação de um ambiente virtual de aprendizagem em administração em enfermagem**. 2006. 155f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Programa de Pós-graduação em enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.
- COOPER, J. B.; TAQUETI, V. R. A brief history of the development of mannequin simulators for clinical education and training. **Qual Saf Health**, v. 13, supl 1, p. 11-8. 2004.
- FELIX, C. C. P. **Avaliação da técnica de lavagem das mãos executadas por alunos do curso de graduação em enfermagem**. 2007. 138f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Programa de Pós-graduação em enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
- GABA, D. The future vision of simulation in health care. **Quality and Safety in Health Care**, v. 13, nº 1, p. 2-10, 2004.
- GIL, A. C. **Didática do ensino superior**. São Paulo: Atlas, 2012.
- GILLILAND, I. et. al. Use of High-Fidelity Simulation to Teach End-of-Life Care to Pharmacy Students in an Interdisciplinary Course. **The American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 76, nº 4, p. 66, mai. 2012.
- MARMOL, M. T. et. al. Central catheter dressing in a simulator: the effects of tutor's assistance or self-learning tutorial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, nº 6, p. 8 telas, nov./dec. 2012.
- MARTINS, J. C. A. et. al. A experiência clínica simulada no ensino de enfermagem retrospectiva histórica. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, nº 4, p. 619-625. 2012.

MATSUURA, J. P. **Aplicação dos simuladores de voo no desenvolvimento e avaliação de aeronaves e periféricos.** 1995. 32f. Trabalho de conclusão de curso - Divisão da Ciência da computação, Instituto tecnológico de aeronáutica, São José dos Campos, 1995.

MONTANHA, D.; PEDUZZI, M. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, nº 3, p. 597-604, 2010.

MUNIZ, L. C. et. al. Modelagem e simulação na agropecuária. **Revista Pubvet – publicações em medicina veterinária e zootecnia**, v. 11, nº 11, p. 1-31. 2007.

RAUEN, C. A. Simulation as a teaching strategy for nursing education and orientation in cardiac surgery. **Crit Care Nurse**. v. 24, nº 3, p. 46-51, jun. 2004.

REZENDE, F. et. al. Simulador cirúrgico e realidade virtual no ensino de cirurgia de catarata. **Revista Brasileira em oftalmologia**. Rio de Janeiro, v. 71, nº 3, p. 147-148, mai./jun. 2012.

RICALDONI, C. A.; SENA, R. R. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, nº 6, 2006.

RIZZOTTO, M. L. F. A origem da enfermagem profissional no Brasil: determinantes históricos e conjunturais. In: SAVIANI, D.; LOMBARDI, J. C. & NASCIMENTO, M. I. M. (Orgs.). **Navegando na história da educação brasileira. Grupo de Estudos e Pesquisas “História, Sociedade e Educação no Brasil” (HISTEDBR)**, Unicamp. v. 1, Campinas: Graf FE: Histedbr, 2006.

RODRIGUES, R. R. P.; MARTINS, C. A. P. S. da. **Ensino e aprendizado de pipeline de modo motivante e eficiente utilizando simuladores didáticos.** Workshop sobre Educação em Arquitetura de Computadores - WEAC 2008. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2008.

SANINO, G. E. C. de. The use of simulation in nursing Technician Course in Nursing. **J. Health Inform**, v. 4, nº esp, p. 148- 151, dez. 2012.

SCALESE, R. J.; OBESO, V. T.; ISSENBERG, S. B. Simulation Technology for Skills Training and Competency Assessment in Medical Education. **Journal of General Internal Medicine**, v. 23, supl. 1, p. 46-49, 2007.

SKOY, E. T.; EUKEL, H. N.; FRENZEL, J. E. Comparison of Low- and Higher-Fidelity Simulation to Train and Assess Pharmacy Students' Injection Technique. **Am J Pharm Educ**, v. 77, nº 2, p. 33, mar. 2013.

TEIXEIRA, I. N. de A. O.; FELIX, J. V. C. Simulação como estratégia de ensino em enfermagem: revisão de literatura. **Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 15, nº 39, p. 1173-1184, out./dez. 2011a.

TEIXEIRA, C. R. S.; et. al. Use of simulator in teaching nursing clinical evaluation. **Revista Texto e Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, nº esp., p. 187-193, 2011b.

WILFORD, A.; DOYLE, T. J. Integrating simulation training into the nursing curriculum.

British Journal of Nursing, v. 15, nº 1, 2006.

O PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS NA CASA GUIDO E A IMPORTÂNCIA DO USO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO COMO FORMA DE CUIDADO AO PACIENTE PEDIÁTRICO PARA PROFISSIONAIS QUE ATENDEM CRIANÇAS COM CÂNCER¹

The profile of patients seen in guido home and the importance of using therapeutic play as a form of care to pediatric patients to professionals who treat children with cancer

Paulo Freitas da Silva Junior²
Paula Ioppi Zugno³
Ana Regina da Silva Losso⁴
Sonia Maria Correa⁵

Recebido em: 08 jul. 2015
Aceito em: 14 out. 2015

RESUMO: Este estudo teve como objetivo de identificar o perfil de crianças atendidas em uma instituição de acolhimento a crianças com câncer e a importância do uso do brinquedo terapêutico como forma de cuidado para profissionais que prestam o cuidado à crianças com câncer. Pesquisa de abordagem quali-quantitativa, documental, descritiva, exploratória e de campo. O estudo foi desenvolvido na instituição de acolhimento a criança com câncer Casa GUIDO, na cidade de Criciúma, Santa Catarina. A população estudada foram crianças que passaram na instituição desde sua inauguração em 2009 até 2014, e os profissionais que participam de forma ativa na instituição no ano de 2015. A análise estatística foi realizada a partir do Microsoft Excel. Foram analisados 39 prontuários onde a população se destacou por ser do 61.54% do sexo masculino e 38.46% do sexo feminino. Em relação à idade variou entre 3 meses e 14 anos de idade, sendo que a maior faixa etária foi entre 8 e 9 anos. Foram encontrados diagnósticos de câncer diferentes, dentre eles 25,64% com leucemia. Foram feitas entrevistas com 4 profissionais de diferentes áreas que trabalham na instituição para saber a sua visão e conhecimento sobre o uso do brinquedo terapêutico, os resultados encontrados revelaram que existe uma preocupação e interesse no uso do brinquedo terapêutico como forma de cuidado a pacientes pediátricos. Conclui-se que conhecer o perfil das crianças com câncer e utilizar o brinquedo terapêutico em conjunto com esse conhecimento, auxilia o paciente no enfrentamento da doença e cria um vínculo entre profissional e paciente

¹ Artigo Baseado no Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Enfermagem.

² Acadêmico do Curso de Enfermagem. Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina – UNESC. Criciúma, SC, Brasil. Endereço para correspondência: Paulo Freitas da Silva Junior. R. Gaspargriza, 1390. Santa Luzia. Capão da Canoa, RS. Cep 95.555-000. E-mail: paulo.junior@aiesec.net.

³ Enfermeira. Mestre em Biociências e Reabilitação. Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina – UNESC. Criciúma, SC, Brasil. E-mail: paula33@unesc.net.

⁴ Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina – UNESC. Criciúma, SC, Brasil. E-mail: analosso@unesc.net.

⁵ Enfermeira. Especialista em Saúde Mental. Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina – UNESC. Criciúma, SC, Brasil. E-mail: soncorrea@yahoo.com.br.

durante o processo de cura.

Palavras-chave: Brinquedo terapêutico. Câncer. Criança. Perfil.

ABSTRACT: This study aimed to identify the profile of children enrolled at a host institution for children with cancer and the importance of using therapeutic play as a way to care professionals who provide care to children with cancer. Research qualitative and quantitative approach, documental, descriptive, exploratory and field. The study was developed in the child care institution with cancer Casa GUIDO in the city of Criciúma, Santa Catarina. The study population were children who spent at the institution since its opening in 2009 until 2014, and the professionals who participate actively in the institution in 2015. The statistical analysis was performed from Microsoft Excel. 39 records where the population is most famous for being the 61.54% males and 38.46% females were analyzed. Regarding age ranged between 3 months and 14 years of age, and the largest age group was between 8 and 9 years. They found 10 different cancer diagnoses, including 25.64% leukemia, 15.36% and 15.36% malignancies malignant histiocytosis. Interviews were conducted with four professionals from different fields who work in the institution to know your vision and knowledge about the use of therapeutic play, the results showed that there is concern and interest in the use of therapeutic play as a way to care for pediatric patients. We conclude that meet the profile of children with cancer and use therapeutic play together with this knowledge, helps the patient in fighting the disease and creates a bond between professional and patient during the healing process.

Keywords: Therapeutic Toy. Cancer. Child. Profile.

INTRODUÇÃO

De acordo com os dados fornecidos pelo Instituto Nacional do Câncer (2015), no Brasil a estimativa para o ano de 2014/2015, aponta para a ocorrência de aproximadamente 576 mil casos novos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma, reforçando a magnitude do problema do câncer no país.

Segundo Bitencourt, Boehl e Scaletzky (2013) entre os principais fatores associados ao maior número de casos estão à urbanização e a industrialização. A concentração de quase 70% da população em grandes centros favorece a exposição aos fatores de risco ambientais, aos quais é atribuída relação direta ou indireta com 80% dos casos de câncer. Algumas substâncias químicas, o tabagismo, a poluição ambiental e a disparidade sócio econômica não podem ser omitidos como agentes carcinogênicos, além de influenciar a distribuição e a incidência do câncer nas diferentes regiões brasileiras. Mas se por um lado a industrialização e a urbanização têm sido associadas a uma maior ocorrência de câncer, por outro, a globalização e o acesso a novas tecnologias possibilitam meios para diagnóstico e tratamento, além de permitir acesso a bancos de dados, melhorando o mapeamento e registro de novos casos das enfermidades, proporcionando um delineamento epidemiológico regional para cada doença e, a partir daí, o investimento na diagnose e terapias (BITENCOURT; BOEHL; SCALETZKY, 2013).

Para o Instituto Nacional do Câncer (2008), nos tumores da infância e

adolescência, até o momento, não existem evidências científicas que nos permitam observar claramente essa associação, logo à prevenção é um desafio para o futuro, mas a ênfase atual deve ser dada ao diagnóstico precoce e orientação terapêutica de qualidade.

Paro (2005), diz que o câncer pediátrico impõe à criança e sua família sofrimento e expectativas diversas, que modificam suas vidas. Mais intensamente do que no adulto, o câncer infantil determina expressões de pena e pesar, em razão do medo e mitos da doença oncológica. As privações do colo, do aconchego dos pais nos procedimentos de intervenção, causam grandes estresses para criança. O suporte emocional e a criatividade na arte do cuidar devem ser valorizados, requerendo habilidade técnica e empática (SOUZA, 1995).

Para Almeida e Sabatés (2008), os profissionais de saúde que cuidam de crianças devem empregar esforços no sentido de que essa experiência não seja traumática, considerando as necessidades emocionais e sociais de cada criança, abrangendo o uso de técnicas adequadas de comunicação e relacionamento, sendo assim, as estratégias criativas, como os brinquedos, devem ser utilizadas para minimizar os efeitos da hospitalização e de outros atendimentos ambulatoriais, como preconiza a resolução do COFEN 295/2004 no artigo 1º, “compete ao enfermeiro [...] a utilização da técnica do brinquedo/brinquedo terapêutico, na assistência à criança e família hospitalizada”.

O Brincar é a atividade mais importante da vida de uma criança, é através dessa prática que ela se comunica com o meio onde vive, expressando, não só seus sentimentos de amor, mas também suas ansiedades e frustrações, bem como as críticas ao meio em que vive e às relações familiares, conquistando e desenvolvendo de forma natural a sua personalidade (FRANCISCHINELLI; ALMEIDA; FERNANDES, 2011).

O Brinquedo Terapêutico, dentro do ambiente hospitalar é demonstrado em uma linguagem compreensível aos pequenos. Através do brinquedo terapêutico, a criança pode entender melhor porque está no hospital e o que fará ali. Ao brincar com elementos semelhantes aos que encontra nos procedimentos, ela poderá também retratar seu estado de espírito, expressando e liberando a tensão pela qual passa (PEREIRA, 2014).

Ainda que a literatura seja bastante abrangente no que se refere às vantagens e benefícios do brincar no hospital, a prática ainda é pouco empregada na rotina de cuidados dos profissionais de saúde, em função de algumas dificuldades apontadas por esses profissionais, sendo destas a principal a falta de tempo para brincar e o despreparo em relação ao uso do brinquedo terapêutico (FRANCISCHINELLI; ALMEIDA; FERNANDES, 2011).

Este estudo teve como objetivo de identificar o perfil de crianças atendidas em uma instituição de acolhimento a crianças com câncer e a importância do uso do brinquedo terapêutico como forma de cuidado para profissionais que prestam o cuidado à crianças com câncer. Entendendo a importância da identificação do perfil de pacientes

pediátricos com câncer e do uso do brinquedo terapêutico na prática da assistência de enfermagem ao paciente pediátrico e estando sensibilizado para as dificuldades enfrentadas pelos profissionais para inseri-lo em seu cotidiano, elencou-se este estudo, com o intuito de explorar a percepção dos profissionais de uma instituição que acolhe crianças com câncer em relação ao uso do brinquedo terapêutico como forma de cuidado ao paciente pediátrico e mostrar a importância dessa prática no cuidado do paciente pediátrico com câncer, assim como suas dificuldades e facilidades no qual o cuidador pode encontrar, assim como os benefícios que este cuidado pode trazer na vida dos diferentes perfis encontrados de paciente pediátrico com câncer.

MÉTODOS

O estudo foi desenvolvido na casa GUIDO (Grupo pela Unidade Infanto-juvenil de Onco- hematologia), local onde há integração entre as diversas áreas de atendimento à criança com câncer. Em novembro de 2010 o GUIDO foi oficialmente registrado como Organização Não Governamental sem fins lucrativos (ONG).

A casa GUIDO atende as necessidades diretas de cada paciente e sua família, promovendo a educação em saúde dessa comunidade e investindo na melhora da qualidade de vida das crianças e adolescentes com câncer, enquanto trabalha na busca pelo estabelecimento de uma Unidade Infanto-juvenil de Onco-hematologia na cidade, referência para toda região Sul de Santa Catarina.

Pesquisa de abordagem quali-quantitativa, dividida em duas etapas:

ETAPA I: do tipo documental, descritiva-exploratória, onde foi realizado o levantamento do perfil das crianças atendidas na casa GUIDO através da análise de prontuário. Foram incluídos 39 prontuários no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2014;

ETAPA II: de campo, descritiva-exploratória, onde foi realizada a entrevista com os profissionais. Foram incluídos 4 profissionais ativos de diversas áreas que atendem crianças com câncer na Casa GUIDO.

Para preservar o sigilo e o anonimato dos sujeitos pesquisados, de acordo com as diretrizes da Resolução 466/12, utilizou-se indicador alfanumérico (P1 a P4). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC pelo número parecer 1000.001/2015.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

ETAPA I: PERFIL DAS CRIANÇAS COM CÂNCER ACOLHIDAS NA CASA GUIDO

A idade dos pacientes variou de 3 meses de idade até 14 anos, sendo que a maior faixa etária (15,36%) entre os pacientes foi entre 8 e 9 anos. Onde a população infantil estudada era composta por 61,54% do sexo masculino e 38,46% do sexo feminino.

Tabela 1 - Faixa etária.

| Faixa Etária | NN=39 | % |
|--------------|-------|-------|
| 3 meses | 1 | 2.56 |
| 1 ano | 1 | 2.56 |
| 3 anos | 3 | 7.68 |
| 4 anos | 2 | 5.12 |
| 5 anos | 2 | 5.12 |
| 6 anos | 4 | 10.24 |
| 7 anos | 1 | 2.56 |
| 8 anos | 6 | 15.36 |
| 9 anos | 6 | 15.36 |
| 10 anos | 3 | 7.68 |
| 11 anos | 3 | 7.68 |
| 12 anos | 1 | 2.56 |
| 13 anos | 5 | 12,8 |
| 14 anos | 1 | 2.56 |
| Total | 9 | 100% |

Fonte: Casa GUIDO 2015.

Segundo INCA (2009), pacientes do sexo masculino tem 77% de chances a mais do que as mulheres de terem câncer. Essa comparação é feita excluindo todos os tipos de câncer relacionados ao sexo como: câncer de próstata, mama, útero. Segundos dados fornecidos pelo INCA no ano de 2009, o instituto ainda diz que a chance de um homem morrer de câncer é de 85% maior que entre as mulheres.

O câncer infantil compreende de 0,5% a 3% de todas as neoplasias na maioria das populações (Parkin et al., 1988b), estimando-se uma incidência anual de cerca de duzentos mil casos em todo o mundo (Bleyer, 1990). As faixas etárias pediátricas mais precoces (0 a 4 anos) são as mais propensas ao desenvolvimento de câncer (Petrilli et al., 1997).

Diagnósticos encontrados

Dos 39 prontuários analisados foram encontrados diferentes diagnósticos de câncer, dentre eles a Leucemia com 25,64%, neoplasia malignas não especificadas 15,36%, sarcomas 12,8%, entre outros tipos.

O Instituto Nacional do Câncer (2015) diz que no contexto mundial, o tipo mais frequente de câncer em crianças e adolescentes são as leucemias. Estas representam as mais frequentemente diagnosticadas, sendo responsáveis, na maioria das populações, por 25% a 35% de todas as neoplasias malignas pediátricas (BRAGA; LATORRE; CURADO, 2002).

Dentre as leucemias, as mais comuns são as agudas e, dentre estas, a leucemia linfocítica aguda (LLA), totalizando, nas populações brancas da América do Norte, Oceania e Europa, de 75% a 80% de todas as leucemias. Nada comum na faixa etária infantil, a leucemia mieloide crônica (LMC) raramente excede a proporção de 4% (Sharp et al., 1999).

Além da Leucemia que é o tipo principal de câncer infantil, o Osteosarcoma e o Sarcoma de Ewing são as principais neoplasias malignas primárias ósseas, que acometem indivíduos menores de 15 anos (MEDONÇA, 2008).

Tratamentos realizados

Existem três modalidades principais de tratamento do câncer: quimioterapia, radioterapia e cirurgia. Elas podem ser usadas em conjunto, variando apenas quanto à suscetibilidade dos tumores a cada uma das modalidades terapêuticas e à melhor sequência de sua administração (BRASIL, 2012).

Conforme dados encontrados na tabela 2 podemos visualizar os tipos de tratamentos, sendo a quimioterapia e a cirurgia os tratamentos mais frequentes.

Tabela 2 – Tratamento.

| Tratamento | N | % |
|------------------------------|----|--------|
| Quimioterapia | 5 | 12.8% |
| cirurgia | 4 | 10.24% |
| radioterapia | 1 | 2.56% |
| cirurgia e quimioterapia | 2 | 5.12% |
| quimioterapia e radioterapia | 1 | 2.56% |
| Sem dados no prontuário | 26 | 66.56% |
| TOTAL | 39 | 100% |

Fonte: Casa GUIDO, 2009 a 2014.

Conforme os achados na tabela 2, a quimioterapia antineoplásica, ou seja, a utilização de agentes químicos, isolados ou em combinação, com o objetivo de tratar os tumores malignos, tem-se tornado uma das mais importantes e promissoras maneiras de combater o câncer (BONASSA; SANTANA, 2005). Pensando nisso é que se busca oferecer uma terapia eficaz, segura e individualizada, reconhecendo as necessidades de cada indivíduo (FERRACINI; FILHO, 2012).

Ainda que existam exceções, a maior parte dos cânceres infantis responde bem à quimioterapia, uma vez que a maioria das formas de quimioterapia afeta as células que estão em desenvolvimento e o organismo das crianças geralmente se recuperam mais

rapidamente de doses altas de quimioterapia do que os dos adultos, o uso de tratamentos mais intensivos permite aos médicos uma melhor oportunidade de tratar a doença de forma eficaz (INCA, 2015).

A radioterapia tem como finalidade a interrupção do crescimento e reprodução de células cancerosas e normais. Como as células malignas crescem rapidamente, muitas delas estarão se dividindo e serão mais susceptíveis à radioterapia do que as células normais (LORENCETTI; SIMONETTI, 2005).

Além da quimioterapia e da radioterapia, o INCA (2015) cita a cirurgia como a mais antiga forma de tratamento dos tumores e é a principal modalidade de tratamento dos tumores sólidos. Ele consiste em extirpação do tumor benigno ou maligno, tanto como tratamento como para diagnóstico (INCA, 2015), O Instituto do Câncer Mãe de Deus (2015), revela que aproximadamente 60% dos pacientes com câncer irão passar pelo tratamento cirúrgico isoladamente ou em combinação com outros tratamentos.

Atividades prestadas

A casa GUIDO trabalha com uma equipe multiprofissional de 1 psicólogo, 1 nutricionista e 1 assistente social, além dessas três especialidades, ainda oferta para o paciente consulta com outros profissionais, estas custeadas pela própria instituição como fonoaudiólogo, fisioterapeuta e médicos especialistas.

Na tabela abaixo observam-se todas as atividades prestadas para o tratamento do paciente que são totalmente ou parcialmente pagas pela instituição.

Tabela 3 – Atividades prestadas

| atividades prestadas | N=39 | % |
|----------------------|------|--------|
| Psicólogo | 39 | 100% |
| nutricionista | 39 | 100% |
| assistente social | 39 | 100% |
| Especialidades | 12 | 30.72% |
| fisioterapeuta | 2 | 5.12% |
| exames clínicos | 4 | 10.24% |
| dentista | 1 | 2.56% |
| educador físico | 1 | 2.56% |

Fonte: Casa GUIDO, 2009 a 2014.

Tão importante quanto o tratamento do câncer em si, é a atenção dada aos aspectos sociais da doença, uma vez que a criança e o adolescente doentes devem receber atenção integral, no seu contexto familiar. A cura não deve se basear somente na recuperação biológica, mas também no bem-estar e na qualidade de vida do paciente (INCA,2015).

Com base nesse relato do INCA, a casa Guido se preocupa com todos os aspectos em que a criança possa apresentar para evitar problemas futuros. A alopecia é um dos efeitos colaterais em que agride sua autoestima e por isso necessita que a

criança tenha acompanhamento psicológico com frequência. A assistência social auxilia no vínculo escolar, não deixando que a criança sintasse diferente das demais e ainda auxilia os pais a se prepararem para todas as reações possíveis que seu filho possa vir a ter.

A criança com comportamentos negativos pode dificultar a sua recuperação e com isso pode agravar ainda mais seu estado de saúde, resultando em dores ainda maiores, não apenas psicológicas (MENOSSEI; LIMA, 2000).

Além do apoio mental, os nutricionistas têm papel fundamental para a criança acometida pelo câncer. Menossi e Lima (2000), ainda citam os enjoos e náuseas como sintomas iniciais e que prejudicam sua alimentação, senão tiver apoio nutricional consequentemente pode surgir à caquexia e levar até a morte do acometido.

Por isso é extremamente importante que o profissional de saúde tenha um olhar amplo sobre o cuidado em seu paciente e aprenda a trabalhar de forma multiprofissional.

Serviços realizados

Além de atividades terapêuticas oferecidas, a casa GUIDO também auxilia as famílias com doações de cestas básicas para 71,68% dos pacientes, doação de medicamentos prescritos para tratamento para 53,76% entre outros utensílios como óculos, roupas, computadores, que atendem 7,68% dos pacientes.

Além dos itens descritos acima, a casa GUIDO também trabalha com um programa de realizações de sonhos, onde cada criança pode fazer um pedido de algo que deseja, como computador, telefone ou outro objeto e por meio de doação ou com auxílio financeiro da instituição, a criança pode receber a realização desse sonho.

Utilização do brinquedo terapêutico

Durante a pesquisa documental procurou-se identificar as crianças que utilizaram o brinquedo terapêutico como forma de cuidado, porém não havia registros destes dados em prontuário. Em um relato verbal feito pelos profissionais, durante a pesquisa de campo, pelos profissionais que trabalham na casa GUIDO, foi dito que é feita a utilização do brinquedo terapêutico.

ETAPA II: A IMPORTÂNCIA DO BRINCAR COMO FORMA DE CUIDADO

A idade dos profissionais variou de 26 anos até 54 anos, sendo todos os profissionais do sexo feminino. O estado civil variou entre casada e solteira. Todas as profissionais possuem ensino superior completo nas seguintes áreas: Assistência Social, Biologia, Nutrição e Psicologia. O número de filhos esteve entre 0 e 1. As ocupações dos profissionais na casa GUIDO foram as do cargo de Vice-presidente (bióloga), psicóloga, nutricionista e assistente social com tempo de ocupação entre 3 e 5 anos. Ambos

profissionais apresentaram seus motivos de cunho emocional para atuação na casa GUIDO.

A partir da seleção dos profissionais realizou-se a entrevista com objetivo de conhecer a importância do brinquedo terapêutico como forma de cuidado ao paciente pediátrico, segundo o olhar de profissionais que atendem crianças com câncer.

Organizaram-se as categorias em norteadoras:

Categoria 1- Conhecimento e uso do brinquedo terapêutico

Categoria 2- Brinquedo Terapêutico x Vínculo do paciente com o profissional

Categoria 3- Brinquedo terapêutico no enfrentamento da doença

Categoria 4- Facilidades e dificuldades do uso do brinquedo terapêutico

Categoria 5- Capacitação do uso do brinquedo terapêutico

Categoria 1 - Conhecimento e uso do brinquedo terapêutico

Mediante a fala dos pesquisados, todos os profissionais sabiam o conceito do brinquedo terapêutico, porém não tinham conhecimento aprofundado do instrumento ou da forma de usar. Relatavam que não usam um brinquedo específico ou um método padrão para a terapia, mas que utilizam o brincar como forma de cuidado para acessar as emoções e interagir melhor com cada paciente.

Dentre os recursos disponíveis para a intervenção de enfermagem na assistência à criança, em nível emocional, encontra-se um valioso instrumento, o brinquedo, ou seja, a situação de brincar (RIBEIRO, 1998).

O direito de brincar deve ser preservado mesmo quando está no hospital. O recurso lúdico, nesse contexto, não representa apenas um incentivo à diversão e ao entretenimento, mas uma alternativa educacional, quando favorece o desenvolvimento social, emocional e intelectual, e terapêutica, quando auxilia a diminuir o estresse, o medo e a ansiedade (KICHE; ALMEIDA, 2009).

P2: “Eu não sabia o que era o Brinquedo terapêutico, conheci vendo as meninas que cuidavam dessa parte brincando com as crianças e daí então que fui observando e aprendendo um pouco mais [...] Eu não utilizo muito esse brincar com as crianças, eu cuido mais da parte de acolhimento das famílias, das crianças, fico mais com a parte do “abraçar e acolher” que é o que a casa GUIDO tem de mais valioso”.

P3: “Na faculdade eu nunca tive uma disciplina que falava em específico esse tema, o que vim a conhecer realmente foi na prática [...] A gente utiliza sim o brinquedo terapêutico ou as vezes até em grupo usamos a brinquedoteca como forma de terapia”.

P4: “Eu não conheço a fundo o que é brinquedo, só sei o que vejo as meninas aplicando aqui com as crianças, por que na minha área não uso muito porque meu contato maior é com as famílias”.

Brincar é um dos aspectos mais importantes na vida da criança. Quando brinca, torna-se criativa e reinventa o mundo, desenvolve a afetividade e, por meio do mundo

mágico do "faz-de-conta", explora seus próprios limites, partindo para uma aventura que poderá levá-la ao encontro de si mesma (KICHE; ALMEIDA, 2009).

Para Cintra 2006, a enfermeira é um orquestrador que facilita a brincadeira da criança. Brincar é importante e a equipe profissional deve reconhecer essa necessidade, propiciar meios para sua realização e incorporá-la de forma sistemática na assistência diária. Sendo assim, é de extrema importância que o enfermeiro conheça o brinquedo terapêutico e saiba utilizá-lo como forma de cuidado, para aprimorar o trabalho da enfermagem na área pediátrica.

Categoria 2 - Brinquedo terapêutico X vínculo paciente com profissional

Todos os entrevistados concordaram que o brinquedo terapêutico auxilia o vínculo entre o paciente e o profissional, relatando que o brincar além de conquistar a confiança do paciente também o estimula a relacionar a imagem do profissional como algo bom, onde ele pode recorrer ajuda sempre que precisar.

P1: "Sim, auxilia e muito! Essa é a primeira forma de contato que eu tenho com eles e com o tempo ele mesmo vai vendo que vai melhorando alguns pontos na relação e que ele se sente mais a vontade e vai gostando do resultado, estimulando um ao outro nessa relação".

P2: "O laço é tão grande entre os pacientes e nós, que mesmo que eles não tenham nenhum tratamento para fazer no hospital, eles acabam vindo pra cá e nos procurando pra conversar e essa ligação é tão forte que é surpreendente o que elas falam, vai muito além do que uma criança pode falar normalmente[...] As crianças relacionam Criciúma com ir na casa GUIDO".

O aspecto importante do brincar é favorecer a interação entre a criança e o adulto. Observa-se que, de forma geral, a pessoa com quem a criança brinca é a mesma a quem ela recorre quando se sente assustada e necessita de ajuda, estabelecendo um vínculo de confiança importante durante a hospitalização (KICHE; ALMEIDA, 2009).

Categoria 3 - Brinquedo terapêutico no enfrentamento da doença

É unânime para os entrevistados que o brinquedo terapêutico auxilia no enfrentamento da doença, relatando que o brincar faz com que as crianças criem forças para enfrentar melhor seus problemas e relacionam o brinquedo como um instrumento para entender melhor a doença.

P2: "A casa é um lugar onde elas conseguem amenizar todas as dores que elas passam, quando elas estão aqui elas vão além do que a terapia do hospital propõem[...] Eles se sentem mais seguros com o nosso tratamento, temos pacientes que falam: "se você vier comigo eu vou curar mais rápido, vou ficar melhor!"

P3: "toda brincadeira tem um fundo, cada brincadeira acessa um pedaço da criança que faz lembrar do momento complexo que ele está passando[...] De uma forma ou de outra ela traz a doença para a brincadeira, mas não de forma ruim, mas de uma forma que ela consiga entender e se comunicar, fazendo daquilo que ela está passando uma coisa em que ela consegue brincar e encaixar melhor no seu mundo de criança".

P4: "Com certeza isso ajuda no processo de cura, porque desde quando ela é

descoberta com o diagnóstico a vida dela vira de cabeça para baixo, a vida dela e a da família também, então a socialização dela vai ser cortada [...] E quando você usa o brinquedo você traz de volta tudo o que ela havia perdido, fazendo com que ela acredite mais no processo de cura e se sinta melhor”.

A criança quando deixa a segurança do seu lar e adentra em um local estranho, com pessoas desconhecidas, fica amedrontada e pode sofrer alterações psicológicas como pesadelos, enurese e mal humor, principalmente aquelas que não sabem o porquê da sua hospitalização. O medo do desconhecido é extremamente cruel em qualquer idade, e as reações são diferentes para cada ciclo vital (SCHMITZ, PICCOLI E VIEIRA, 2003).

Com as frustrações geradas no início da hospitalização do paciente pediátrico, o brinquedo torna-se importante para interagir o paciente com o local desconhecido até então, e até mesmo para interagir com outros pacientes com doença semelhante à dele, produzindo então, o relaxamento e trazendo aconchego a criança. A partir desse primeiro contato, o brinquedo passa a ter função secundária, como por exemplo, o tempo de recuperação do paciente repercutindo uma redução na sua hospitalização e, com isso, há redução do custo de sua hospitalização. Além de trazer segurança e tranquilidade aos pais por tomar conhecimento da recuperação positiva de seu filho (SOARES, ZAMBERLAM, 2001).

Categoria 4 - Facilidades e dificuldades no uso do brinquedo terapêutico.

Quanto as facilidades e dificuldades para o uso do brinquedo terapêutico, os profissionais relatam que é necessário ter muita paciência para conseguir entender os sinais que a criança quer falar e o tempo que elas precisam para falar.

P1: “Isso depende da criança, porque tem crianças que te recebem melhor e isso depende da fase do tratamento dela também, que dependendo da dose de quimioterapia ela pode ficar de mau humor ou chegar cansada [...] Para facilitar só tem uma solução, ser “espoleta”, tem que agir junto com ela”.

P3: “Tudo depende da criança, do humor dela e da vontade dela de interagir[...] o segredo está na paciência de levar o nosso mundo para o mundo deles sem vincular algo ruim, para que eles possam agir com a gente, o que no hospital as vezes por falta de tempo não ocorre”.

Ainda que nem sempre todos os profissionais tenham a mesma sensibilidade da importância que brinquedo trás, é imprescindível que todos membros da equipe trabalhem em interdisciplinaridade, de observar que realmente há benefícios para a criança (MAIA; RIBEIRO; BORBA, 2010).

P4: “Acho que a maior dificuldade que temos hoje é que a terapia (do BT) não é contínua, não algo que está prescrito para eles, a criança geralmente só tem acesso ao brinquedo quando elas vem para algum exame ou outro procedimento. Então se tivéssemos como aplicar o brinquedo de forma contínua, seja semanalmente ou diária, teríamos muito mais acesso a conhecer melhor as crianças e ajudar no processo todo”.

Categoria 5 - Capacitação para o uso do brinquedo terapêutico

Atualmente na casa GUIDO não existe nenhum profissional especialista no uso do brinquedo terapêutico ou capacitação específica para uso do mesmo, a instituição no passado já contou com uma psicóloga especialista em pediatria e que ensinava os profissionais a trabalharem de acordo com a terapia proposta pela psicóloga. Hoje a casa GUIDO proporciona aos profissionais que conheçam outras instituições e a realização de capacitações, mas esse processo não é algo rotineiro.

P1: “Antes tínhamos uma psicóloga focada 100% na brinquedoteca, onde ela fazia o uso do brinquedo terapêutico e ensinava que “para esse paciente, tínhamos que brincar disso e utilizar isso!” Mas ela que ficava mais focada então não nos preocupávamos tanto [...]”.

P2: “Já tivemos algumas capacitações e fizemos até visitas em duas instituições, mas o treinamento foi voltado mais para as técnicas como psicóloga, nutricionista e assistente social que precisavam ter uma noção [...]”.

P3: “Nós não temos uma capacitação formal com o brinquedo terapêutico, mas é um projeto muito interessante a ser aplicado [...] nossa capacitação hoje vem de um voluntário passar um dia com uma criança e com um dos nossos profissionais mais experientes e a partir dali aprender com ele na prática [...]”.

P4: “No pouco tempo que estou na instituição já participamos de duas viagens de capacitação para conhecer outras instituições e aprender melhor sobre como melhorar nosso processo de trabalho”.

Os entrevistados ainda dizem que o importante de uma capacitação sobre o uso do brinquedo terapêutico, não é só ensinar sobre o instrumento em si, mas também a ter humanização no processo e entender que é preciso vontade e naturalidade no processo para ter sucesso no uso do instrumento.

P1: “Acho que todo profissional deveria ter uma capacitação, deveríamos saber que tipo de brincadeira poderíamos fazer com tal idade para estimular tal coisa, de x idade até x idade teríamos que brincar de outro jeito para estimular aquilo”.

P4: “Para uma futura capacitação para outros profissionais de saúde, acho importante falar sobre a questão de humanização, o segredo está em ser acolhedor com o paciente e com os familiares”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais que atendem crianças com câncer percebem que de fato o brinquedo terapêutico auxilia no enfrentamento da doença, sendo um forte instrumento de cuidado que além de proporcionar melhoria no tratamento ainda auxilia no fortalecimento do vínculo entre profissional e paciente, fazendo com que o profissional tenha mais acesso aos sentimentos da criança, podendo perceber sinais e auxiliando a criança no enfrentamento da doença.

Com os relatos feitos pelos profissionais entrevistados observou-se que a chave para o sucesso do instrumento é a dedicação e a paciência em utilizar o brinquedo

terapêutico, não torna-se invasivo ao espaço que a criança tende a proporcionar.

Embora a literatura seja escassa sobre capacitações de profissionais para o uso do brinquedo terapêutico, a casa GUIDO mostra-se um ambiente muito rico no assunto brinquedo terapia, apesar de atualmente não haver nenhuma capacitação oficial aos funcionários para o uso do brinquedo terapêutico, a instituição que possui um ambiente acolhedor e uma equipe profissional experiente na vivência de pacientes com câncer e seus familiares, apresenta-se dedicada a melhorar a cada dia, buscando conhecer sempre novas capacitações para melhoria da instituição e de seus profissionais.

Com a classificação do perfil de pacientes que a casa GUIDO acolhe, a instituição ganha um forte instrumento para melhoria de seus tratamentos, os profissionais agora podem elencar tipos de brinquedos terapêuticos específicos para cada paciente, visando levar a criança a entender melhor o seu caso em específico e ajudando no processo de cura do mesmo. Também podem relacionar tipos de serviço específicos para cada paciente, possibilitando até mesmo a criação de grupos terapêuticos com mais de uma criança e/ou familiares e delegando novas terapias em conjunto de profissionais específicos para cada caso.

Como profissionais de enfermagem buscamos sempre melhorar nosso instrumento de cuidado e aprender novas técnicas. O brinquedo terapêutico é um importante instrumento de cuidado pouco lembrado pela enfermagem. Devemos proporcionar o cuidado adequado para a criança e suas necessidades individuais, visando assim a importância de identificar o perfil dos pacientes com quem trabalha e adequar a melhor forma de cuidado para o mesmo.

A partir desse estudo, pode-se concluir que o brinquedo terapêutico é uma forma de cuidado importante para o tratamento do paciente pediátrico e que a classificação do perfil de pacientes que a casa GUIDO acolhe, pode servir como forte aliado para uma melhoria no processo de cuidar futuro da instituição.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F.A; SABATÉS, A.L. Enfermagem pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital. Barueri, SP. Manole, 2008 – Série Enfermagem.

ALMEIDA, Fabiane de Amorim. **Uso rotineiro do brinquedo terapêutico na assistência a crianças hospitalizadas: percepção de enfermeiros**. 2011. 23 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, 2011.

BITENCOURT, Rosane; BOEHL, Júlio Alfredo Rossi; SCALETZKY, Andrea. **Perfil epidemiológico do câncer na rede pública em Porto Alegre - RS**. Revista Brasileira de Cancerologia, Porto Alegre, v. 2, nº 50, p. 95-101, 20 dez. 2013.

BLEYER, W. A., The impact of childhood cancer on the US and the world. **CA-A Cancer Journal for Clinicians**, v. 40, p. 355-367, 1990.

BONASSA, Aguilar Moreno Edva; SANTANA, Rocha Tatiana. **Enfermagem em terapêutica oncológica**. 3º ed. São Paulo: Atheneu, 2005. 538 p.

BRAGA, P. E. B. **Câncer na Infância: Tendências e Análise de Sobrevida em Goiânia (1989-1996)**. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2000.

BRAGA, Patricia Emilia; LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira; CURADO, Maria Paula. **Câncer na infância: análise comparativa da incidência, mortalidade e sobrevida em Goiânia (Brasil) e outros países**. 2002. 1 v. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002. Cap. 18.

BRASIL. INCA. (Org.). **Particularidades do Câncer Infantil**. 2008. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=343>. Acesso em: 12 jun. 15.

CARVALHO, Maria Cândida de; GARCIA, Regina Aparecida. **Brincar no hospital: subsídios para o cuidado de enfermagem**. *Rev. Esc. Enfermagem Usp*, São Paulo, v. 33, nº 4, p.354-369, dez. 1999.

CINTRA, Silvia Maira Pereira; SILVA, Conceição Vieira da; RIBEIRO, Circeia Amália. **O ensino do brinquedo/brinquedo terapêutico nos cursos de graduação em enfermagem no Estado de São Paulo**. 2006. 59 v. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Unifesp, São Paulo, 2006.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução 295/2004. Dispõe sobre a utilização da técnica do brinquedo terapêutico pelo enfermeiro na assistência à criança. Rio de Janeiro: COFEN, 2004.

CSA GUIDO (Org.). **GUIDO: conheça o Sonho**. Disponível em: <http://www.guido.org.br/conheca_o_sonho/sobre_o_projeto>. Acesso em: 24 out. 2014

FERRACINI, Teixeira Fabio; FILHO, Borges Mendes. Wladimir. **Farmácia Clínica. Segurança na prática hospitalar**. São Paulo: atheneu, 2012. 444p.

Goodman WT, Barret TL. Histiocytoses. In: BOLOGNIA, J. L.; JORIZZO, J. L.; RAPINI, R. P. (Ed.). **Dermatology**. Philadelphia: Mosby, 2003. p.1429-33.

GRAACC (São Paulo). **O câncer infantil: Tipos e principais tratamentos**. 2013. Disponível em: <<https://www.graacc.org.br/o-cancer-infantil/tipos-e-principais-tratamentos.aspx>>. Acesso em: 04 dez. 2014.

HCB - HOSPITAL DO CÂNCER DE BARRETOS (Barretos) (Comp.). **Tipos de tratamento: Quimioterapia**. Disponível em: <<http://www.hcancerbarretos.com.br/quimioterapia-2>>. Acesso em: 31 mai. 2015.

HOSPITAL INFANTIL SABARA (São Paulo) (Org.). **Brinquedo Terapêutico: Viver o Brincar Dentro do Hospital**. Disponível em: <<http://www.hospitalinfantilsabara.org.br/saude-da-crianca/informacoes-sobre-doencas/brinquedo-terapeutico-enfermagem.php>>. Acesso em: 04 jun. 2015.

INSTITUTO DO CÂNCER MÃE DE DEUS. Tratamento do cancer. Porto Alegre, 2015. Disponível em: <<http://www.institutodocancer.com.br/php/index.php?link=12>>. Acesso em:

14 jun. 2015.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **O que é o Câncer?** Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322>. Acesso em: 28 out. 2014.

Instituto Nacional do Câncer. **Câncer na criança e adolescente no Brasil**. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/tumores_infantis/pdf/9_resultados_comentarios_incidencia_por_tipo_de_cancer.pdf>. Acesso em: 30 maio 2015.

KICHE, Mariana Toni; ALMEIDA, Fabiane de Amorim. **Brinquedo terapêutico: estratégia de alívio da dor e tensão durante o curativo cirúrgico em crianças**. 2009. 22 v. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, 2009. Cap. 2.

LOPES, E. R. et al. Câncer e meio ambiente. **Rev Bras Cancerol**, v. 38, nº 1, p. 35-64, 1992.

LORENCETTI, A.; SIMONETTI, A. P. As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, nº 6, p. 944-50, nov./dez. 2005.

MAIA, Edmara Bazoni Soares; RIBEIRO, Circéa Amália; BORBA, Regina Issuzu Hirooka de. Compreendendo a sensibilização do enfermeiro para o uso do brinquedo terapêutico na prática assistencial à criança. **Rev. Escola de Enfermagem Usp**, São Paulo, v. 45, nº 4, p.1-8, ago. 2011.

MEDONÇA, Sandra Maria Holanda de. **Avaliação funcional dos pacientes portadores de sarcomas ósseos submetidos à tratamento cirúrgico utilizando a endoprótese total ou parcial, na substituição da extremidade distal do fêmur**. 2008. 16 v. Tese (Doutorado) - Curso de Fisioterapia, Unicamp, São Paulo, 2008. Cap. 1.

OPPERMANN, Christina Pimentel. **Entendendo o Câncer**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

PARKIN, D. M.; STILLER, C. A.; DRAPER, G. J.; BIEBER, C. A.. The international incidence of childhood cancer. **International Journal of Cancer**, v. 42, p. 511-520, 1988a.

PEREIRA, Renata. **Brinquedo Terapêutico: Viver o Brincar Dentro do Hospital**. Disponível em: <<http://www.hospitalinfantilsabara.org.br/saude-da-crianca/informacoes-sobre-doencas/brinquedo-terapeutico-enfermagem.php>>. Acesso em: 05 out. 14.

PETRILLI, A. S.; CARNEIRO Jr., J. L.; CYPRIANO, M.; ANGEL, A.; TOLEDO, S.. Diferenças clínicas, epidemiológicas e biológicas entre o câncer na criança e no adulto. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 43, p. 191-203, 1997.

RIBEIRO, C. A. O brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada: significado da experiência para o aluno de graduação em enfermagem. **Rev.Esc.Enf.USP**, v. 32, nº 1, p.73-9, abril. 1998.

SCHMITZ, Silvana Machiavelli; PICCOLI, Marister; VIEIRA, Claudia Silveira. A criança hospitalizada, a cirurgia e o brinquedo terapêutico: uma reflexão para a enfermagem.

Ciência, Cuidado e Saúde, Maringá, v. 2, nº 1, p. 67-73, 2003.

SOUZA, Luís Paulo Souza e; SILVA, Cássio Cardoso da; BRITO, Joélia Cristina Antunes de. **O Brinquedo Terapêutico e o lúdico na visão da equipe de enfermagem**. 2012. 4 v. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, 2012. Cap. 2.