

## O significado do cuidar no processo de morrer na voz das mulheres

Mara Villas Boas de Carvalho  
Miriam Aparecida Barbosa Merighi

**Resumo** Este estudo voltou-se à compreensão do significado do cuidar de mulheres com câncer, fora de recursos de cura, pela perspectiva destas. Com esta proposta, optou-se realizar pesquisa qualitativa, segundo abordagem fenomenológica, com base nas questões norteadoras: – *Me fale como posso cuidar de você. Como você gostaria de ser cuidada?* Das descrições emergiram as unificações ontológicas analisadas e interpretadas segundo referencial de Martin Heidegger, sintetizadas neste artigo nas categorias *o ser-no-mundo* e *autonomia para morrer, hospitalização, dor*. Essas unificações possibilitaram desvelar caminhos para a ação do cuidar no processo de morrer que vão além do conhecimento técnico-científico, pois, o cuidar implica também empatia, escuta, paciência, zelo, controle da dor e autonomia. Por meio da ótica dessas mulheres, foi permitido alcançar o sentido do ser com câncer no processo de morrer, não como algo acabado, mas como um ser de possibilidades, mesmo diante da situação factual que é o convívio com a terminalidade existencial.

**Palavras-chave:** Enfermagem oncológica. Cuidados de enfermagem.



**Mara Villas Boas de Carvalho**

Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), professora doutora docente do UNIFEQB - Centro Universitário Fundação de Ensino Octávio Bastos, São João da Boa Vista/SP, enfermeira do Programa de Cuidados Paliativos e Dor

O interesse em estudar o processo de morrer na percepção das mulheres com câncer decorre da atuação profissional da primeira autora deste trabalho. O início da atividade de estágio, ainda durante a graduação em enfermagem, suscitou inquietações diante da ação do cuidar, face ao processo de morrer. Esses questionamentos se aprofundaram durante as demais etapas da formação profissional, fazendo-se cada vez mais presentes. A experiência profissional em uma atividade considerada socialmente feminina e, portanto, vinculada ao fenômeno do cuidar, somada à experiência inerente a *ser mulher* em nossa sociedade, que implica na vivência dos papéis de filha, esposa, mãe tornaram essa autora cada vez mais sensível para a temática do cuidado à mulher com câncer.

Daquela época aos dias atuais, tais questionamentos se aprofundaram, induzindo à busca de um novo olhar sobre a dimensão existencial, uma nova atitude que propiciasse o entendimento do fenômeno do cuidar, com base na vivência



**Miriam Aparecida Barbosa Merighi**

Orientadora, enfermeira, professora associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP)

do outro. Para tanto, a autora procurou sistematizar um processo de pesquisa baseado em abordagem compreensiva, que possibilitasse apreender não somente a dimensão da experiência profissional, mas, principalmente, a dos demais sujeitos envolvidos. Tal ensejo, levado a termo em pesquisa para doutorado <sup>1</sup>, considerou também a proximidade entre as doentes e os profissionais de enfermagem, que são os que mais tempo permanecem junto aos enfermos e seus familiares. Devido a tal característica da atividade laboral, esses profissionais constituem-se verdadeiros elos, com potencial para promover a interação entre todos os envolvidos, além de serem aqueles que podem buscar recursos que possibilitem à pessoa enferma melhor qualidade de vida.

Por ser doença crônico-degenerativa, o câncer apresenta evolução progressiva e prolongada, exceto se for interrompido em alguma de suas fases. Em geral, caracteriza-se por longo período de latência, fase assintomática prolongada e envolvimento de múltiplos fatores de risco, com destaque para os ambientais <sup>2</sup>. O convívio com mulheres acometidas por essa patologia, em diversas fases de tratamento, e também com seus familiares, estabeleceu a possibilidade de vislumbrar a pessoa vivendo em seu mundo, de vê-la adaptar-se ao novo contexto existencial, mudar seu modo de ser em razão de diversos motivos (dor, degeneração física e outros), os quais afetam sua condição de cuidar de si e da sua própria família, provocando renúncias e doações.

A constatação da força e da coragem dessas mulheres impulsionou a determinação inequívoca para o desenvolvimento deste estudo, cujo sujeito é *a mulher com câncer, sem possibilidade de cura*. A eficácia dos procedimentos ou modo de enfrentamento adotado pelas mulheres diante do câncer, em direção a uma adaptação positiva, dependerá dos recursos psicológicos disponíveis. Deve-se convir, então, que a compreensão a respeito dos estereótipos que permeiam as interações interpessoais, o estilo destas interações, assim como os significados relacionados à normatização dos papéis

sociais atribuídos e assumidos por homens e mulheres na sociedade, são imprescindíveis para a intervenção psicológica, seja ela centrada na pessoa doente, na equipe multiprofissional que a trata ou no seu círculo familiar mais próximo<sup>3</sup>. Acreditamos que cuidar do ser humano, que vivencia a finitude é procurar olhar para o seu mundo, para sua totalidade, diante de uma atitude de compreensão, buscando apreender a realidade vivida.

## Método

O processo que induziu este estudo levou a um novo olhar, uma nova atitude, na busca pelo entendimento do fenômeno do cuidar, com base na vivência do outro, em uma dimensão existencial, ou seja, por meio de uma abordagem compreensiva, que possibilitasse entender a dimensão não somente da experiência profissional das autoras, mas também a dos demais sujeitos.

Vislumbrou-se a fenomenologia como a possibilidade de desenvolver a temática sobre o cuidar no processo de morrer nessa perspectiva compreensiva. A pesquisa fenomenológica é pertinente à enfermagem por buscar compreender a pessoa em sua totalidade existencial, pois as respostas são dadas por pessoas que vivenciam e experienciam o fenômeno, em uma dada sociedade histórica e culturalmente situada<sup>4</sup>.

Foi com essa intenção que se buscou, nas mulheres que estavam vivenciando a doença e o processo de morrer, a compreensão do fenômeno do cuidar, pois são elas que experien-

ciam, dão sentido, imprimem essa verdade e que, valendo-se do enfrentamento de sua realidade, permitiram a abordagem, a fim de desvelar o fenômeno na sua essência<sup>5</sup>.

Optou-se por desenvolver essa temática pelo ângulo da visão existencial. Desse modo, encontrou-se no pensamento filosófico de Martin Heidegger<sup>6,7</sup> o fio norteador e condutor para a análise e a interpretação dos significados emergidos dos dados coletados, uma vez que o referido pensador, em seu estudo sobre existencialismo, não separa a razão da emoção e, sim, questiona o modo de ser na existência, elucidando que esse ser engloba a totalidade que lhe é possível apreender em seu ser, com base na mundaneidade, ou seja no modo essencial de viver, que se fundamenta de diversas maneiras.

## Percorrendo o caminho metodológico

Para participar deste estudo, procurou-se por mulheres com câncer, com idade acima de 18 anos, tratadas na divisão de oncologia de um hospital na cidade de Campinas, diagnosticadas pela equipe médica como fora de possibilidade de cura, ou seja, pessoas que não responderam ao tratamento oncológico, que passaram da fase curativa para a dos cuidados paliativos, encontrando-se na fase do processo de morrer.

Tendo em vista a natureza deste estudo, o número de mulheres considerado como sujeitos participantes não foi estipulado inicialmente, mas determinado no transcorrer das entrevistas, em razão do conteúdo de suas

falas, ou seja, a partir do momento em que se percebia que os discursos de mostravam repetitivos. Dessa forma, onze mulheres participaram da pesquisa.

Das onze mulheres, oito foram acompanhadas por uma das pesquisadoras desde o início do diagnóstico de câncer e três na fase mais avançada da doença, no referido serviço de oncologia. Nove foram atendidas pelo SUS e duas por meio de outros convênios de saúde.

Os discursos foram obtidos entre as sessões de quimioterapia em ambulatório e/ou nas internações de forma individual, em ambiente privado, entre abril a agosto de 2003. Iniciou-se a organização do trabalho de campo, selecionando os sujeitos e fazendo o agendamento gradual para obtenção dos discursos, respeitando preferências de data, horário e local, garantindo-lhes o sigilo e anonimato, em conformidade com o previsto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Cabe mencionar que as mulheres deram seu consentimento livre e esclarecido para participar desta investigação e que o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da instituição hospitalar.

Procurou-se deixá-las o mais *livre* possível e, assim, seguir espontaneamente a linha de seus pensamentos e de suas experiências, tomando o cuidado para não interrompê-las nem intervir no seu discurso. Os discursos foram gravados e norteados segundo duas questões: *Me fale como posso cuidar de você. Como você gostaria de ser cuidada?*

Os discursos foram identificados com a letra *d* seguidas do numeral seqüencial 1 a 11. Cabe observar que ocorreram muitas interrupções durante os encontros, geradas ou advindas, especialmente, por momentos de muita emoção, mormente quando as mulheres reportavam-se às suas expectativas de vida, à situação dos filhos, à vida conjugal, à doença especificamente e sobre cuidados prestados pelos profissionais de saúde.

### **Caminhando para o momento da análise compreensiva**

A leitura minuciosa das descrições dos sujeitos teve como finalidade captar a presença dos aspectos comuns nas falas das mulheres que participaram do estudo, isto é, as convergências e também as divergências, que permitiram o emergir das categorias temáticas concretas. A análise e a interpretação dos significados apreendidos mostraram-se suficientes para a compreensão do fenômeno deste estudo.

O caminho da ontologia fundamental de Heidegger abriu horizontes e criou inúmeras possibilidades para que se pudesse compreender *o cuidar*, entender, esclarecer e *des-velar* os modos possíveis do viver da mulher no processo de finitude.

Nessa fase de análise dos relatos das mulheres, o objetivo do estudo, bem como as questões norteadoras, conforme mencionado anteriormente, estiveram implícitas em todos os momentos. Para desvelar o fenômeno, utilizou-se de procedimentos preconizados pelo método fenomenológico e pelas Ciências Humanas <sup>8</sup>, como ferramentas de análise.

Desse modo, para alcançar o sentido do ser de cada participante, buscou-se em cada um dos depoimentos a presença de algumas das estruturas fundamentais do *ser*, propostas por Heidegger, delimitando então as *unidades de sentido*, que são expressões espontaneamente percebidas nas descrições dos sujeitos, focalizando o fenômeno que está sendo estudado.<sup>9</sup>

Finalmente, as unidades de sentido contidas em cada discurso foram agrupadas e relacionadas entre si, sem deixar de indicar os momentos que são específicos na descrição de cada fala, interligando os sentidos que foram desvelados pelos sujeitos. Nessa fase, por meio desse agrupamento das unidades de sentido, emergiram as categorias temáticas, aqui denominadas de *unificações ontológicas*, apresentadas na discussão.

## Discussão

### O ser-no-mundo e autonomia para morrer

A existência<sup>6</sup> é sempre um *ser-no-mundo*, assim, também é *ser-entre-os-outros*, porque da mesma maneira que não existe *um sujeito sem mundo*, também não existe *um eu isolado, sem os outros*. Cada um de nós insere-se no mundo a partir de suas teias relacionais que condicionam os papéis sociais que constroem a identidade.

Tal é o caso das mulheres que assumem socialmente a função de cuidadoras e os papéis sociais relacionados a esta função, que estão associados à noção de autonomia. Porém, se são acometidas de câncer, internadas ou em

tratamento em instituição hospitalar, passam paulatinamente para o papel de cuidadas, deixando de responder aos imperativos culturais relacionados àqueles papéis que lhes são aprioristicamente destinados.

Assistindo diariamente mulheres internadas com câncer (e também com outras patologias) foi possível observar que, além do estresse da hospitalização e de todo desconforto provocado pela doença, as internas carregam ainda um grande peso, pois, sentem-se culpadas por sua ausência no lar, bem como pela falta de atendimento às necessidades do marido e dos filhos. Sentem que a família está carente, necessitando de sua presença, o que as angustia sobremaneira, de tal sorte que acabam chamando a si a culpa pela própria enfermidade.

É possível perceber em seus depoimentos que procuram superar tais transformações de suas vidas cotidianas, buscando estreitar a convivência com os familiares, mesmo tendo em mente que, a cada dia, tornam-se mais dependentes de todos à sua volta. Embora busquem conforto junto aos entes queridos, suas limitações ao exercício pleno de seus papéis junto a eles acabam por desencadear pensamentos conflitantes. Em tais situações parecem impedidas a solicitar mais atenção e acolhimento de amor dos profissionais de saúde que, cada vez mais, coexistem em seu mundo.

Além da culpa por não poderem mais desempenhar os papéis sociais que assumiam antes da doença, as mulheres portadoras de câncer, fora de possibilidade de cura e que experienciam o processo de morrer, também têm expectativas,

desejos, ansiedades, angústias, necessidades e principalmente medos, diante da evolução da doença. Para aquelas que vivenciam o processo de finitude, a percepção da relação temporal torna-se distinta. Como o tempo passa a ter outro significado, o desejo de falar, de serem ouvidas e de obterem respostas aos seus questionamentos torna-se, em muitos casos, mais intenso e urgente. Se o tempo torna-se a cada dia mais raro, pode-se observar que sua vontade é que pare de fluir para que possam re-criar novas possibilidades de vida, valendo-se de suas próprias experiências e perdas:

“Quando perdi meu marido falei para Deus: Senhor não quero mais a cura, quero apenas que o Senhor prolongue meus dias de vida, para que eu possa criar meus filhos. Minha meta agora é ajudar todas as pessoas que precisam de mim” (d-6);

“Falo para as pessoas que têm essa doença, lutem com todas as forças, para que ninguém, amanhã, quando você não estiver mais no plano terrestre, não lembrem de você como uma pessoa que se acovardou diante de tanto sofrimento. E para os profissionais, exerçam com paixão, com amor a profissão, sejam competentes, não só no exercício da cura, mas também para não cura” (d-6).

As mulheres com câncer e sem possibilidade de cura, percebem no corpo sinais de degeneração significativos e crêem que seu corpo seja um local de doença e de sofrimento, que se perde na relação com o tempo. A realidade de suas vidas cotidianas está organizada em torno do *aqui de seus corpos* e do *agora* vivido no

presente. Essa constatação demonstra a importância do enfoque educativo, no sentido de recuperar o Eu da pessoa humana debilitada, especialmente na cultura em que vivemos, na qual as mulheres que vivenciam a terminalidade de suas vidas são estigmatizadas como *doentes terminais*, sendo, ainda, pouco assistidas em suas reais necessidades.

Na relação com os profissionais de saúde as mulheres com câncer e sem possibilidade de cura buscam garantir sua *autonomia*<sup>10</sup>, desejosas de manter o controle da situação e de serem respeitadas em suas opções. Mesmo em estado de fragilidade, protestam com veemência face à constatação de que a sua dignidade é tratada de forma precária, ao serem cuidadas por profissionais de saúde despreparados humanisticamente para as atribuições que lhes são confiadas. Declaram merecer todo o respeito, na situação difícil que enfrentam no cotidiano. Relatam, com extrema tristeza, alterações emocionais, angústia, abandono e, particularmente, buscam, muitas vezes, não atrair para si a antipatia dos profissionais que delas tratam, pois são conscientes de sua dependência e da necessidade de cuidado.

Frente às atitudes e procedimentos que atentam contra seu sentido de dignidade, relatam com muita clareza que se obrigam a um confronto emocional com a difícil realidade da vida cotidiana na instituição, ao terem de conviver com todas as dificuldades relacionadas à ação de cuidar exclusivamente técnica e impessoal, prestada pelos profissionais de saúde que as assistem quando internadas: “Vocês não podem imaginar o que é passar

por tudo isso, e ainda dizer que está tudo bem [choro]. Como é difícil você olhar para frente e não enxergar nada, nada... Que vida é essa? É melhor morrer do que ficar vegetando, dependendo das pessoas. Eu que sempre fui uma mulher independente” (d-2).

As mulheres com câncer e que se encontram no processo de morrer tem, todavia, capacidade maior de percepção da plenitude de ser, apesar de suas limitações. Frente às restrições da doença e internação, as mulheres ouvidas testemunham que sua autonomia deve transitar pela liberdade de pensamento e expressão. Afirmam que nessas condições o exercício da autonomia precisa garantir-lhes (ao menos) estarem livres de coações, internas ou externas, para escolher entre as alternativas que lhes são apresentadas. A medida em que sua autonomia como *ser no mundo* vai se restringindo e que a doença e a internação vão suprimindo a possibilidade de desempenharem os papéis sociais que lhes identificam como seres autônomos, resta-lhes o clamor pelo direito de decidir sobre seu corpo e sua vida, com o que resguardam seu sentido de dignidade. As vivências verbalizadas pelas mulheres no processo de morrer revelaram o cuidar sedimentado pelo próprio modo de ser, existir, nas relações consigo mesmas, com os outros e com o mundo.

Por isso, se a mulher tem capacidade de organizar-se, é preciso que os profissionais de saúde que com ela interagem respeitem o máximo possível seus desejos, especialmente os que dizem respeito a visitas, conforto ou atenção a suas necessidades, em todos os níveis, confor-

me relatado em seus discursos. Dessa forma, a vida dessas mulheres, já marcada desde antes do surgimento da doença por problemas diversos, pode transcender para uma realidade superior, na constatação de seus direitos como pessoa, mormente no pleno exercício para a sustentação de sua dignidade, por tratar-se de um ser único, com todos os atributos e sentimentos que lhe são inerentes e dado o valor oriundo de si mesma como pessoa.

### A hospitalização

Todo o ser humano reage com certo temor ante da incapacidade, da diminuição de potencialidade, da dependência, por vezes humilhante, da solidão e da incerteza do quando e como se dará a sua própria morte. A hospitalização tende a intensificar esse temor, afligindo significativamente qualquer pessoa doente, pois, desde o momento da entrada na instituição aquele que vai se internar sofre o processo de despersonalização, de perda de *autonomia* e de poder de decisão, inerentes à forma assimétrica como se estabelecem as relações no meio hospitalar.

O mundo institucionalizado experimentado pelas mulheres ouvidas, do qual fazem parte hospitais e protocolos de tratamentos, apresenta-se como uma dura e crua realidade, especialmente naqueles casos em que à impessoalidade nas inter-relações soma-se a ausência de atendimento voltado a suas reais necessidades, fazendo com que esses temores existenciais evidenciem-se na voz das mulheres de diferentes maneiras: “Aqui a gente não tem com quem conversar, alguém que possa me compreender e que saiba escutar” (d-3).

Chama a atenção o fato de a pessoa hospitalizada, já no fim da existência, permanecer isolada em seu leito, distante do que lhe é precioso, como a própria casa, seus objetos pessoais e, principalmente de seus familiares, visto que estes somente podem visitá-la em dias e horários pré-estabelecidos pela instituição. Não bastassem todas estas privações, os cuidados prestados pelos profissionais de saúde nesse momento são, ainda hoje, bastante limitados, na medida em que estão centrados em procedimentos técnicos <sup>1</sup>: “Os profissionais daqui não se envolvem com a gente. Acho que é uma forma deles se protegerem das pessoas que estão doentes e internadas” (d-3).

Nos casos em que o prognóstico da doença revela seu desenlace inexorável, as pessoas com câncer são estimuladas à passividade, submissão e rendição. A hospitalização também demanda restrição da expressão dos sentimentos, dos medos e da dor <sup>11</sup>. Nessas circunstâncias o apelo à comunicação ecoa no vazio, agravando o sofrimento inerente à percepção da finitude <sup>12</sup>. Some-se a isso o fato de que com a internação, a morte passa a ser um fenômeno cotidiano, vivenciado, entretanto, como a morte do outro: “O outro morreu e eu ainda não”. Tal constatação, não diminui a angústia e o temor experimentado, ao contrário, parece agravá-los, especialmente diante da solidão imposta pelas regras da internação: “Ficar trancada neste quarto o dia inteiro, ouvindo gente chorar, gritar de dor, gemer, ver as companheiras de quarto morrerem perto da gente” (d-2).

Para minimizar essa condição adversa, a equi-

pe que assiste o enfermo em situação de finitude deve estar atenta a todos sinais que revelam temor, ansiedade e desconforto psíquico, sejam velados, verbalizados ou simplesmente manifestados por expressões não verbais. O conhecimento dessa realidade permite ao cuidador exercer plenamente sua função, proporcionando (sem frivolidades) conforto para amenizar a dor, consolo da companhia, palavras de ânimo, carinho, acolhimento ou simplesmente, a permanência em respeitoso silêncio ao lado da paciente.

### A dor

A dor é o que existe de mais terrível na experiência humana. É um fenômeno universal que, ao mesmo tempo, é particular e próprio, agregando uma miríade de sensações, sentimentos e significados. A dor acompanha frequentemente a evolução da doença oncológica, trazendo ameaça à integridade pessoal e rompendo na própria carne as perspectivas projetadas para o futuro <sup>13</sup>. Nos discursos das mulheres pesquisadas foi possível desvelar o *modo de ser-aí* das diferentes faces da dor:

“Tenho muita dor. Eu sinto que as pessoas perdem a paciência com a gente. Elas acham que a gente está com frescura, fazendo fita, que sinto dor porque quero [choro]. Não é bem assim. A dor é muito forte. Às vezes acho que não vou agüentar, não vou dar conta. Quando ela [dor] vem, peço a Deus me levar embora o quanto antes. Quantas vezes a gente toca a campainha para chamar as enfermeiras para nos dar o remédio, e elas levam um tempo pra virem, isso quando vêm. As companheiras de quarto é que acabam levantando da



cama e vão chamar as moças. Aí elas vêm e acham ruim. Elas falam que eu não sei esperar, eu sou muito afobadinha e dizem que tenho que ter paciência. Sabe, a dor não é nelas. A médica vem de manhã me ver, eu falo com ela para dar um remédio mais forte pra tirar a dor e o que acontece? Eu acho que elas esquecem, eu continuo tendo dor” (d-1).

Se o significado dessa dor física e existencial jamais será alcançado em sua totalidade, uma vez que a pessoa em seu sentir não se encerra na condição de estar doente, os depoimentos expressam com clareza, a experiência vivida em meio a dor. A análise repetida dos relatos permitiu compreender que as mulheres com câncer esperam da parte dos profissionais de saúde, especialmente do médico e do enfermeiro, maior solicitude no trato e respeito à sua dor: “A dor é do doente. Não perguntam para o paciente se ele permite ser tocado; a todo o momento a gente é invadida, o corpo, a alma, o espírito. Me sinto uma máquina avariada. Uma nau sem rumo. O cuidado está longe de ser verdadeiro. São questões desumanas, não tem nada humano” (d-4).

Sua fala e gestual são como um *chamado* para serem olhadas e cuidadas na especificidade de suas dores físicas e existenciais. Tal constatação permite deduzir que é imprescindível ouvir com frequência as confidências das mulheres. Elas não têm só medo da morte, mas temem ainda o sofrimento relacionado ao processo de morrer. Isso ocorre especialmente quando esta experiência é marcada pela intervenção mutilante, impotência física ou pela dor.

Ao conscientizarem-se da debilidade de sua saúde e da falência generalizada de seu organismo, as mulheres doentes e sem esperanças de cura clamam por socorro, imploram que se preste mais atenção a todos os seus problemas, pedindo que não sejam classificadas como algo sem importância e descartável: “Olham sua pressão, sua temperatura..., levam-me para o banho, é como se estivessem lidando com um boneco. Retiram minha camisola, mexem em meu corpo como uma máquina danificada. Quantas dores” (d-6). Em face do olhar das mulheres no processo de morrer, fica claro que a atenção requerida por elas precisa ser direcionada também às questões existenciais. Sua fala pede aos profissionais de saúde uma atenção cuja qualidade assistencial seja não só o resultado da competência técnica, mas também o de uma maior sensibilidade humana.

Diante de tal apelo é lamentável que os serviços de saúde, de maneira geral, apresentem características de atendimento que se aproximam da desumanização, dificultando o acesso e enfatizando a falta de resolubilidade dos problemas. Ressalte-se que a enfermagem precisa pensar sobre o que é importante quando cuida, se somente o desenvolvimento de técnicas e o ministrar tratamentos são suficientes ou se há de considerar que ajudar a pessoa a resguardar sua dignidade é diferencial altamente significativo no ato de assistir o paciente no processo de morrer <sup>14</sup>.

A lição apreendida com o testemunho das mulheres indica que o profissional de saúde deve esforçar-se sempre para diminuir o sofri-

mento do doente, tendo em mente que estar doente não é um problema separado da pessoa, biografia e meio. Deve-se também evitar, na medida do possível, que a terapêutica analgésica provoque, desnecessariamente, a perda da consciência do enfermo.

Com relação aos familiares, estes também devem ser considerados pela equipe como uma unidade carente. Tanto o paciente quanto os familiares precisam de ajuda. O objetivo maior do cuidado está em integrá-los ao máximo no processo da doença em curso, para que, ao chegar o momento da morte do ser doente, possa ele estar acompanhado de seus entes queridos, em todos os sentidos, e com o menor sofrimento possível. É preciso que o profissional de saúde desenvolva a sensibilidade necessária, colocando em prática os fundamentos humanitários de sua formação acadêmica e de sua trajetória pessoal, como indispensáveis à percepção e contenção do sofrimento que vivencia a mulher no processo de morrer.

O significado e a expectativa em relação ao cuidar, na voz das mulheres pesquisadas, pode ser sintetizado em uma fala, que desvela de forma autêntica, o fenômeno que estava oculto no início deste estudo: “Aproximaria mais do paciente, ficaria mais tempo ao seu lado, tentaria ouvi-lo mais. Prestava mais atenção naquilo que ele está querendo dizer, ou seja, talvez naquilo que ele quer dizer, mas, não está conseguindo. Daria mais oportunidade para ele exteriorizar a sua dor, o deixaria chorar os seus medos, chorar as injustiças, chorar seu sofrimento” (d-11).

## Os caminhos desvelados

Como explicitado, a trajetória na busca para compreender a condição existencial de ser-mulher-com-câncer deveu-se à inquietação pessoal diante das experiências das mulheres fora de possibilidade de cura. No transcorrer do estudo foi possível perceber a impossibilidade de lançar um olhar neutro e objetivo sobre a temática, uma vez que, além dos objetivos acadêmicos almejava encontrar desvelamentos para as minhas indagações, emergidas da vivência profissional com mulheres nessa situação. Assim, situar-me à margem dos fenômenos seria negar minha própria história de vida. O envolvimento com a temática favoreceu ler atentamente e compreender o significado das experiências relatadas pelas mulheres, constituindo o sustentáculo que impulsionou o caminhar ao encontro da possibilidade de desvelar o que se mostrava oculto aos meus olhos.

É importante sublinhar que a escolha do parâmetro fenomenológico<sup>15</sup> no processo analítico permitiu aprofundar os questionamentos que levaram a este estudo, os quais, por sua vez, ajudaram a vislumbrar novas propostas de trabalho para interagir com pacientes na terminalidade. É preciso lembrar que assumir a situação de perdas, independentemente da qualidade que se dá ao cuidar dispensado à paciente em sua terminalidade, é tarefa emocionalmente difícil para os profissionais de saúde. Por isso, além de responder a uma inquietação pessoal este estudo pretendeu, igualmente, contribuir para a prática de profissionais de saúde que cuidam de mulheres com câncer e vivenciam o processo de terminalidade.

Para poder aceitar a morte de um paciente é necessário estar vivo, e *vivo*, aqui, implica, de algum modo, sofrer, compadecer-se, não ser indiferente *ao cuidar/cuidado*<sup>14</sup> e às misérias humanas presentes no cotidiano daquele que experiencia o sofrimento solitário, causado pelos diversos matizes da dor oncológica. Em verdade, somente com o conhecimento e a compreensão do que o câncer realmente acarreta é que esses profissionais poderão interagir com as pacientes, proporcionando-lhes melhor assistência ao cuidar, nas diferentes esferas de cuidado que demandam.

Portanto, considera-se imprescindível para uma prática dessa natureza que os profissionais de saúde sejam educados desde a graduação, tendo como fio condutor a constante questão: Quem é este ser do qual nos propomos cuidar? Inúmeras revisões estão sendo feitas nos currículos das escolas de saúde, mas são esforços ainda incipientes e há um longo caminho a percorrer. Esse caminho inclui, necessariamente, a discussão da morte como parte da vida e as diferenças e semelhanças entre o curar e o cuidar que se mesclam no próprio ato de cuidar.

A pesquisa possibilitou refletir sobre o processo de cuidar não apenas em relação aos discentes, mas também no que diz respeito aos profissionais de saúde, enfermeiros, médicos e outros de áreas afins. Um dos grandes desafios para os profissionais da área constitui-se aprender a olhar como é realizada a assistência baseada nos cuidados, não apenas técnicos, mas também fundamentados nos princípios da humanização, tendo

em vista poder gerar mudanças em relação à questão da qualidade.

Almejando a devida articulação entre a academia e o serviço de saúde, é possível perceber que essa temática deve ser trabalhada, também, na dimensão institucional, particularmente nos hospitais e demais serviços da rede básica de saúde, nos quais os recursos são muito mais limitados. Essa percepção diferenciada e humanística precisa ser empregada na prática assistencial, especialmente pelos profissionais de saúde que atuam na oncologia e outras áreas afins. Pode-se notar que esses profissionais enfrentam várias dificuldades, destacando-se o despreparo da equipe para lidar com as mulheres com câncer que experienciam o processo de morrer. Em tal circunstância, a dificuldade para esses profissionais identificarem as reais necessidades da mulher acaba por gerar maior sofrimento, especialmente quando há desrespeito à dignidade inerente ao ser humano.

Com base na presente pesquisa, acreditamos ser possível afirmar que este estudo também sinaliza para uma intervenção ético-política, a fim de que o desejado para o exercício da prática de uma profissão seja constituído por valores reais e plausíveis e não apenas por apelos ideológicos distanciados da realidade. A partir da ótica da mulher, foi possível alcançar o sentido do ser-mulher com câncer no processo de morrer não como algo acabado, mas como um ser de possibilidades, mesmo diante da situação factual que é o convívio com a finitude. O estudo revelou, também, que ser-mulher-com-câncer fora de possibilidade de cura é ter o seu

*modo de ser-no-mundo*, afetado pelas modificações em sua trajetória de vida; é buscar transcender e redimensionar a própria existência, aceitar e considerar as restrições impostas pela doença, bem como o cuidado prestado pelos profissionais de saúde. Nesse particular, as mulheres apresentaram sentimentos contraditórios em relação à solicitude, como angústia e temor ao serem cuidadas, o que permite inferir sua dificuldade em aceitar a condição existencial de *ser-para-a-morte*, representada por esses cuidados, que lhes foi sendo desvelada pela própria história de cada ser.

As mulheres com câncer fora de possibilidade de cura revelaram em seus relatos espontâneos que o ser para a morte reflete perdas. É a dor presente pela própria finitude, acompanhada pelo luto que já ocupa o espaço constituído pelo existir nessa condição. São sentimentos revelados e expostos com a verdade centrada no ser que está se preparando para uma jornada rumo ao desconhecido. Diante da consciência da finitude, as mulheres ouvidas na pes-

quisa se disponibilizaram a partilhar sua experiência de vida e morte no ambiente hospitalar, revelando o desejo de serem acolhidas. Ao expor suas angústias, temores e anseios, colaboraram para que outras mulheres, que passarão pelas mesmas vicissitudes, possam ser cuidadas de forma digna e autêntica.

Seu testemunho possibilitou, também, identificá-las e reconhecê-las como seres abertos às transformações, tendo condições de alcançar seu próprio ser, buscar sua própria verdade, recuperando o significado do cuidar numa outra dimensão, retratando a si própria de modo existencial. A voz do grupo dessas mulheres trouxe um novo significado do cuidar no processo de morrer, abarcando o sentimento de ser-mulher com câncer e da compreensão mediada pela filosofia existencialista fundamentada em Martin Heidegger.

*Trabalho a partir de Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, em São Paulo/SP, em julho de 2003.*

## Resumen

### **El significado de la atención en el proceso de muerte por las mujeres**

La trayectoria de este estudio se dirigió a la comprensión del significado del cuidado de mujeres con cáncer, sin posibilidad de cura, según el pensamiento de estas mujeres. Con esta propuesta se optó por realizar una investigación cualitativa según abordaje fenomenológica, basado en las siguientes preguntas orientadas: *¿Dime cómo puedo cuidar-te?*, *¿Cómo te gustaría ser cuidada?* De las respuestas surgieron las unificaciones ontológicas analizadas e interpretadas de acuerdo con el referencial de Martín Heidegger, resumidas en ese artículo en las categorías el *ser-en-el-mundo* y autonomía para morir, internación, dolor. Esas unificaciones posibilitaron revelar caminos para la acción en el cuidado durante el proceso de muerte que van más allá del conocimiento técnico científico, ya, que el cuidado pasa también por la empatía, la escucha, la paciencia, la dedicación, el control del dolor y por la autonomía. A través de la visión de estas mujeres, nos fue permitido alcanzar el sentido del ser humano con cáncer en el proceso de

muerte, no como algo terminado, y sí como un ser de posibilidades, aún frente a la situación factual que es la convivencia con la fatalidad.

**Palabras-clave:** Enfermería oncológica. Atención de enfermería.

## Abstract

---

### **The act of taking care in the dying process from the point of view of women**

This study is focused on understanding the meaning of taking care of women with cancer, without any possibilities of cure, through their own perspective. Within this proposal, a qualitative survey was carried out according to a phenomenological approach, based on these directive questions: *Tell me how I can take care of you. How would you like to be taken care of?* The ontological unifications came up from the descriptions and were analyzed and interpreted according to Martin Heidegger's reference, synthesized in this article under the categories: *be in the world and autonomy to die, hospitalization, pain*. Such unifications made it possible to reveal ways for the act of taking care along with the dying process that go beyond technical-scientific knowledge, because, taking care also goes through empathy, the act of listening to somebody, patience, zeal, pain control and autonomy. Based on those women's point of view, it was possible to reach the meaning of a person with cancer in the dying process, not as a finished something, but as a person with possibilities in spite of facing a factual situation, which is living with the existential ending.

**Key words:** Oncology nursing. Nursing care.

## Referências

---

1. Carvalho MVB. Do corpo sarado ao corpo desfigurado pelo revés da morte: o cuidado como intervenção. In: Castro DSP, Piccino JD, Josgrilberg RS, Goto TA, organizadores. *Corpo e existência*. São Bernardo do Campo: Metodista; 2003. p.231-48.
2. Teixeira JBA, Nogueira MS. Câncer gástrico: fatores de risco em clientes atendidos nos serviços de atenção terciário, em um município do interior paulista. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2003 Jan/Fev;11(1):43-8.
3. Gimenes MGG, Fávero MH, Silva EMB. Terminalidade e enfrentamento: a relação entre emoção, cognição e qualidade de vida de mulheres mastectomizadas em fase terminal. In: Gimenes MG, organizador. *A mulher e o câncer*. Campinas: Editorial Psy; 1997. p.225-54.
4. Chubaci RY, Merighi MAB. A comunicação no processo da hospitalização do imigrante japonês. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2002 Nov/Dez;10(6):805-12.
5. Merighi MAB. *A docência de enfermagem em uma universidade pública: um enfoque fenomenológico [tese]*. São Paulo: Escola de Enfermagem /USP; 1993.
6. Heidegger M. *Ser e tempo*. Petrópolis: Vozes; 1997. Parte I .
7. \_\_\_\_\_. *Ser e tempo*. Petrópolis: Vozes; 1997. Parte II.
8. Josgrilberg RS. O método fenomenológico e as ciências humanas. In: Castro DSP, Ázar FP, Piccino JD, organizadores. *Fenomenologia e análise do existir*. São Paulo: Universidade Metodista de São Paulo; 2000. p. 75-93.
9. Fernandes MFP. *Conflitos éticos da enfermeira: uma abordagem heideggeriana [tese]*. São Paulo: Escola de Enfermagem/USP; 1998.

10. Muñoz DR, Fortes PAC. O princípio da autonomia e o consentimento livre esclarecido. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, coordenadores. Iniciação à bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. p. 53-70.
11. LeShan L. O câncer como ponto de mutação: um manual para pessoas com câncer, seus familiares e profissionais de saúde. São Paulo: Summus; 1992.
12. Silva MJP. Percebendo o ser humano além da doença: o não-verbal detectado pelo enfermeiro. Nurs Rev Tec Enferm 2001;4(41):14-20.
13. Leloup JY. Cuidar do ser: Fílon e os terapeutas de Alexandria. 6.<sup>a</sup> ed. Petrópolis: Vozes; 2001.
14. Macieira RC. O sentido da vida na experiência de morte: uma visão transpessoal em psico-oncologia. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
15. Spanoudis AS. A todos que procuram o próprio caminho [Apresentação, Introdução]. In: Heidegger M. Todos nós...ninguém: um enfoque fenomenológico do social. São Paulo: Moraes; 1981.

Recebido: 8.4.2008      Aprovado: 16.6.2008

### **Contatos**

---

Mara Villas Boas de Carvalho – *carvalho-mara@uol.com.br*  
Miriam Aparecida Barbosa Merighi – *merighi@usp.br*