



OBJN
Online Brazilian Journal of Nursing

Español

Universidad Federal Fluminense

uff

Artículos Originales

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Dolor y proceso de morir: perspectivas a partir del método creativo y sensible

Franciele Roberta Cordeiro¹, Margrid Beuter², Camila Castro Roso¹, Maria Henriqueta Luce Kruse¹

¹Universidad Federal de Rio Grande del Sur

²Universidad Federal de Santa Maria

RESUMEN

Objetivo: Describir las posibilidades del cuidado de enfermería dado al paciente oncológico durante el proceso de morir en la óptica del equipo de enfermería. **Método:** Estudio descriptivo, exploratorio, de naturaleza cualitativa. Para la producción de los datos se utilizó el método creativo y sensible, por medio de la dinámica Almanaque. Los datos producidos fueron sometidos al análisis del discurso francés. **Resultado:** Los discursos de las profesionales de enfermería señalan la preocupación con el dolor y el *confort* del paciente oncológico durante el proceso de morir, proponiendo la adopción de medidas farmacológicas, lúdicas y acciones multidisciplinares para minimizar el sufrimiento. **Discusión:** En la perspectiva del dolor, la solidaridad y la sensibilidad aparecen como elementos motivadores para los profesionales en la búsqueda por estrategias que garanticen la calidad del proceso de morir. **Conclusión:** Se vislumbra la tentativa de proporcionar una muerte digna a las personas con enfermedad oncológica sin posibilidad de cura, incluso delante de limitaciones en el abordaje para un cuidado integral.

Palabras-claves: Dolor; Muerte; Enfermería Oncológica; Cuidados Paliativos

INTRODUCCIÓN

El cáncer se destaca entre las enfermedades crónicas que han merecido particular importancia desde el punto de vista de las políticas y de las organizaciones de salud, tanto en Brasil como en el escenario internacional. La enfermedad se caracteriza por un progresivo avance, en un corto período de tiempo, y en muchos casos, resulta en una degradación funcional severa, no discriminando sexo, edad o clase social⁽¹⁾.

La preocupación con la enfermedad se evidenció a partir de la segunda mitad del siglo XX, cuando el panorama mundial de las enfermedades infectocontagiosas dejó de ser el centro de la atención en la salud y comenzó a prevalecer un elevado número de pacientes con neoplasias, influyendo en los avances y descubiertas de los tratamientos quimioterapéuticos, radioterápicos y de antibiótico-terapia⁽²⁾.

La incidencia del cáncer crece en Brasil y en el mundo paralelamente al ritmo del envejecimiento poblacional resultante del aumento de la expectativa de vida. Este escenario es reflejo de las modificaciones económicas y sociales que han ocurrido en el mundo en las últimas décadas, ya que el proceso de urbanización e industrialización han crecido debido a la expansión del capitalismo, provocando significativos cambios en el estilo de vida de la población⁽³⁾. Estas modificaciones pueden ser notadas en los hábitos alimentarios, que transitan de una dieta basada en productos naturales para alimentos ricos en conservantes; en la exposición a factores externos como la radiación solar; en la inhalación de productos químicos resultantes de los nuevos escenarios urbanos; entre otras que aumentan los riesgos para el desarrollo de enfermedades crónicas degenerativas, como el cáncer⁽⁴⁾.

En el 2008, la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer, de la Organización Mundial de la Salud (IRCA/OMS) estimó que había 12 millones de nuevos casos de la enfermedad en el mundo, prevaleciendo en los países en desarrollo. Entre las neoplasias, las más incidentes acometieron: pulmón (1,52 millones), senos (1,29 millones) y el colon y el recto (1,15 millones). En relación a las tasas de mortalidad, el cáncer de pulmón se destaca por la agresividad (1,31 millones), seguido por el cáncer de estómago (780 mil

óbitos) y por el cáncer de hígado (699 mil óbitos)⁽⁴⁾. En Brasil, se estima que el cáncer de piel del tipo no melanoma (114 mil) está entre los más incidentes en la población, seguido por los tumores de próstata (52 mil), senos femeninos (49 mil), colon y recto (28 mil), pulmón (28 mil), estómago (21 mil) y el cuello del útero (18 mil)⁽³⁾.

Los datos relativos a la sobrevida se relacionan directamente con el estado de la enfermedad y el estilo de vida de los pacientes. La sobrevida de los pacientes con cáncer es definida por la relación entre incidencia y mortalidad, siendo estimada en aproximadamente 50% en cinco años para todos los tipos de tumores⁽³⁾. Tanto en la perspectiva de cura como en la sobrevida, el dolor es un punto neurálgico en el trabajo del profesional de enfermería, teniendo en vista las dificultades de manejo por medio de medidas farmacológicas y complementares. Entre estas dificultades, se destaca el uso de opioides y sus derivados que pueden causar recelo tanto por parte de los pacientes con miedo a quedarse adictos en los medicamentos, así como también por los profesionales, en función de las dosis limítrofes entre sedación, analgesia y efectos colaterales⁽⁵⁾.

El dolor es un síntoma prevalente en las personas con cáncer. Las quejas de los pacientes se relacionan con la progresión de la enfermedad sin restringirse a los aspectos físicos y de amplitud tumoral, ya que envuelven la subjetividad de cada uno. Aproximadamente 70% de los pacientes oncológicos refieren algún tipo de dolor durante el transcurso de la enfermedad neoplásica, lo que apunta hacia la importancia de su evaluación y el manejo de la analgesia, principalmente tratándose de opioides⁽⁵⁾.

El dolor es el resultado de la interacción entre los aspectos físicos y químicos en respuesta a un determinado estímulo nocivo. Tras ser "descodificado", el estímulo se asocia a los aspectos humorales, culturales y emocionales del individuo resultando en la percepción dolorosa⁽⁶⁾. El dolor puede ser caracterizado de acuerdo con el tiempo y la intensidad de duración. El dolor agudo es una respuesta inmediata a algún reflejo o exposición a un agente nocivo, como por ejemplo, los dolores de quemadura o trauma. El dolor crónico "representa un fenómeno de sensibilización nociceptiva, con reducción del umbral del dolor (anodino), amplificación de la respuesta a estímulos nocivos (hiperalgesia), y sensación de dolor prolongada tras estimulación"^(7:3).

En una recopilación en la base de datos Literatura Latino-Americana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS) es posible identificar estudios sobre el dolor relacionados en su mayoría al área de oncología pediátrica. En esas producciones se evidencian vivencias del equipo de enfermería en el cuidado a esas personas y el interés por las percepciones de la familia que acompaña al niño con enfermedad neoplásica. A partir de esta recopilación de datos fueron identificadas tendencias en las prácticas de enfermería que objetivan el control del dolor. Se destaca el desarrollo de técnicas que viabilizan mayor absorción y eficacia de la terapéutica propuesta, como por ejemplo, la hipodermóclise (vía subcutánea como alternativa para hidratar y/o administrar los medicamentos), que contribuye significativamente para controlar no sólo el dolor, sino también otros síntomas comunes a la fase final de la enfermedad, como náuseas y vómitos. Las competencias clínicas y las habilidades prácticas, en esos casos, exigen del enfermero un constante proceso de actualización a fin de proporcionar un final de vida con dignidad. Sin embargo, todavía son pocos los estudios que señalan los cuidados de la enfermería en relación al dolor y a la comodidad del paciente oncológico hospitalizado, especialmente integrando los aspectos biopsicosociales y sus repercusiones en la construcción del conocimiento y del cuidado en la enfermería.

Frente a este escenario, se cuestiona: ¿Cómo el equipo de enfermería desarrolla el cuidado al paciente oncológico sin posibilidad de cura? Para responder dicha inquietud este estudio objetivó describir las posibilidades de cuidado de enfermería al paciente oncológico en proceso de morir en la óptica del equipo de enfermería.

MÉTODO

Estudio descriptivo y exploratorio de abordaje cualitativo. Este abordaje proporciona diseños de investigación que se adecuan a los sujetos investigados, las necesidades e inquietudes del investigador, primando por la flexibilidad de la investigación y permitiendo el entendimiento holístico de las cuestiones en diferentes escenarios⁽⁸⁾. Para la producción de los datos se utilizó el Método Creativo y Sensible (MCS). El MCS

minimiza los sesgos causados por las contraposiciones entre los más diversos sentimientos humanos, de esta forma, "la captación de impresiones sensibles es el modo como aprendemos las propiedades de un fenómeno u objeto para que sea encuadrado a través del análisis crítico y del juicio apreciativo, ambos, tareas del investigador crítico-sensible"^(9:1).

Los sujetos de la investigación fueron tres enfermeras y dos técnicas de enfermería que actúan en el área oncológica hace más de dos años. El escenario del estudio fueron las unidades de oncología de un hospital público do sur del país: los ambulatorios de quimioterapia y radioterapia, el centro de tratamiento de niños y adolescentes con cáncer y el centro de trasplante de medula ósea. La producción de los datos ocurrió en el mes de febrero de 2011, en el auditorio de un centro de convivencia de niños con cáncer, vinculado al hospital de enseñanza que fue escenario del estudio.

Como técnica de producción de datos se utilizó una Dinámica de Creatividad y Sensibilidad (DCS) denominada "Almanaque", que tuvo duración de aproximadamente 70 minutos. La DCS "Almanaque" consiste en la producción de datos por medio de collage de figuras y diseños en hojas A4, que son realizadas después de ser enunciada la cuestión generadora de debate. Los participantes fueron orientados a escribir sus nombres en la parte posterior de los collages para identificarlos y asociarlos a los discursos transcritos para posterior análisis. La dinámica "Almanaque" constó de cinco momentos como preconizado por el MCS, a seguir: **1º Momento:** los profesionales del equipo de enfermería fueron recibidos por la investigadora y los auxiliares de investigación. Los auxiliares de investigación contribuyeron con la organización de la dinámica. Posteriormente, fue realizada una técnica de relajamiento con el objetivo de relajarlos; **2º Momento:** las participantes fueron invitadas a sentarse en sillas acomodadas en un círculo con una mesa central donde estaban los materiales que serían utilizados en la dinámica. Fueron presentados el objetivo de la investigación y las etapas de la dinámica. En seguida se leyó la cuestión generadora de debate "¿Cómo es el cuidado de enfermería dado al paciente oncológico sin posibilidad de cura en la unidad donde usted trabaja?" que permaneció escrita en un cartel en la pizarra de la sala, para

que todos pudieran leerla durante el desarrollo de la dinámica; **3º Momento:** se combinó con el grupo el tiempo necesario (entre 15 a 20 minutos) para confeccionar el almanaque. Cada participante inició su producción individual; **4º Momento:** las participantes presentaron su almanaque y ocurrió la discusión de la que emergieron las situaciones existenciales guiadas por la cuestión generadora de debate; **5º Momento:** fue dado espacio para que el grupo manifestara su opinión validando colectivamente los temas. Tras la concordancia de todas las participantes, la dinámica fue encerrada.

Los datos producidos fueron transcritos y sometidos al análisis de discurso francesa, que busca identificar lo que está más allá de la superficialidad del discurso, insiriéndolo en el contexto vivenciado por los enunciantes, valorizando sus aspectos históricos y sociales⁽¹⁰⁾. Como dispositivo teórico facilitador del análisis, fue utilizado un cuadro analítico que auxilió en la búsqueda de los sentidos de los discursos por medio de la identificación de los procesos parafrásticos, procesos polisémicos y efectos metafóricos que determinan la formación del proceso discursivo analizado. El cuadro fue organizado a partir de las situaciones existenciales de las enfermeras y técnicas de enfermería. A partir de estas situaciones fueron elaborados el tema generador, el subtema, la recodificación temática y el comentario analítico del proceso interpretativo.

Se destaca que la investigación siguió los preceptos éticos de la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud, que reglamenta las investigaciones con seres humanos⁽¹¹⁾. La investigación fue aprobada por el comité de ética en pesquisa de la institución, con el Certificado de Presentación para Apreciación Ética (CAAE) nº 0334.0.243.000-10. La recopilación de los datos tuvo inicio después de la aprobación de los órganos competentes. La dinámica fue grabada en audio y fotografiada, con la autorización de las participantes, mediante la lectura y la firma del Término de Consentimiento Libre y aclarado. Las participantes fueron identificadas con las siglas E, para las enfermeras y TE para las técnicas de enfermería, seguidas de una numeración en secuencia creciente, conforme la exposición de su producción artística, con el objetivo de preservar su anonimato.

RESULTADOS

Durante la dinámica, diversos elementos relacionados al cuidado con los pacientes sin posibilidad de cura fueron debatidos. En este artículo se presentan los análisis de las declaraciones de las participantes relacionadas al dolor y a la comodidad, pues estos fueron señalados en los discursos como preocupaciones durante la realización del cuidado.

En el transcurso de la dinámica, las participantes relataron alternativas posibles para minimizar el dolor, destacando como principales medidas terapéuticas la utilización de medicamentos y el soporte para dificultad respiratoria:

(...) Yo creo que es encontrar, poner a disposición todo lo que tenemos dentro del hospital, para hacer con que aquel niño, aquel adolescente que está en fase terminal, sin posibilidad de cura, se sienta lo más cómodo posible. Que sea medicamento y si necesita, el confort de O₂. (Oxígeno). (E1)

(...) primero yo encontré esa figura con la medicación, una jeringuilla con la aguja, la puse entonces para ilustrar, en verdad, lo que las personas buscan en una unidad cuando son internadas (...). Yo no admito un niño, un adolescente estar internado y sentir dolor, ¿eh?. (E1)

Como la E1 dijo allí, no admite un niño estar internado y sentir dolor, eso realmente, él no lo necesita. Ahora bien, nosotros no necesitamos creer que tenemos salvar a ese niño, darle la cura que no está en nuestras manos, nosotros no somos Dios, ¿verdad? Es darle soporte medicamentoso, es darle soporte de equipamientos. (E2)

(...) Una preocupación que tenemos es en relación al dolor (...). Vamos detrás de todos los servicios que disponibles. Muchas veces, el paciente necesita un examen, necesita alguna cosa, vamos atrás con él, porque tú sabes que colocar al paciente solito es difícil y a veces él no va a lograr llegar allá. O necesita de la clínica del dolor y a veces demora tres meses, entonces acabamos yendo, acabamos interfiriendo, entonces nos preocupamos mucho con el alivio del dolor del paciente, en amenizar su dolor. (TE1)

A partir de los discursos se observa la preocupación con el alivio del dolor de los pacientes en proceso de morir, sea en el contexto de internación o ambulatorio. La utilización de la terapia farmacológica para aliviar el dolor fue la principal medida citada por las profesionales. Se observa también la angustia generada por los síntomas de muerte inminente, principalmente relacionado a la dificultad respiratoria. Las profesionales presentan como medida de *confort* el suministro de oxígeno a los

pacientes en proceso de morir. La relación intersectorial dentro de la institución es otro aspecto resaltado en las declaraciones, siendo el servicio de la clínica del dolor, la referencia para los pacientes y los profesionales. Aun con las limitaciones y las dificultades para el acceso a este servicio, las profesionales relatan articular con el sector, procurando acelerar la atención de las demandas del paciente. A pesar de esto, hay dificultades en la relación entre los profesionales para hacer efectivas las medidas terapéuticas, especialmente con el médico, lo que limita las intervenciones de la enfermería.

Yo pienso que es una gran dificultad de la enfermería con el paciente terminal, oh, como somos nosotros, los de la enfermería, que nos quedamos (...) 24 horas con los pacientes y pasamos a conocer sus necesidades, frecuencia de dolor, intensidad, si el paciente logró dormir, o si no durmió, si tiene náuseas, con qué frecuencia, si no tiene, y los otros profesionales, en especial el médico, con quien más interactuamos, ¿eh? Él viene en aquel momento solamente para sus prescripciones. (E3)

Es el paciente que vomitó, que fue para casa sin un antiemético prescrito, que tiene dolor y que tú lo ves con paracetamol siendo paciente terminal, y yo creo que nosotros los de la enfermería tenemos esa dificultad, porque entonces tenemos que correr detrás de la medicación, tenemos que llamar al médico (...). Porque estamos con un paciente con dolor allí, nadie se propone resolver aquel problema, tenemos que resolver todos los problemas. Y otra cosa, no sé si es una falla en la formación de nosotros, seamos técnico, auxiliar, graduación, nos creemos jueces de la situación, ¿eh?. Ah no, fulana tiene dolor o no, está dependiente de la morfina. (E2)

Aunque predominan las medidas farmacológicas en el manejo del dolor, algunos profesionales destacaron estrategias complementares de cuidados, sea por medio de la inserción del lúdico o por la acogida y la solidaridad compartida con los pacientes:

O llevar una felicidad, llevar un juego, (...) que no son los de la enfermería que van, pero hay mucho personal de la enfermería que va, que se pone una nariz de payaso, va vestido de eso, lleva un pirulito, lleva un regalo, lleva un juguete. (E3)

Coloqué también la figura de una madre abrazando a la hija, que muchas veces nosotros somos madres para los pacientes, y ellos ven, ellos necesitan un abrazo. Ellos buscan oírnos, ellos necesitan una palabra que tú les digas de alivio, eso ayuda un montón. Y aprender así, a también oír, que a veces solo el hecho de ellos conversar, de ellos extravasar ya ameniza aquel sufrimiento o muchas veces hasta con todo el problema patológico que ellos tienen, también tienen los desajustes familiares, y acabamos, dentro de lo posible, siempre intentando ayudarlos, siempre, de una forma u otra. (TE1)

Las participantes destacaron que este momento puede ser vivenciado de manera menos dolorosa por medio de actividades como los juegos, la recreación o hasta por el abrazo, por escuchar y el diálogo. En los discursos emerge la preocupación de las profesionales con el bienestar por medio de actividades que envuelven los cuidados con la higiene, la nutrición y el acompañamiento de las eliminaciones urinarias e intestinales de los pacientes:

Y como son pacientes sin posibilidad de cura, cuando ellos llegan a la radio (radioterapia), muchos de ellos ya están así, bastante debilitados, adelgazados, sienten mucho dolor, llegan en una situación, así, bien de dificultad física y emocional y acabamos también abrazando mucho de eso, y es el momento que decimos ¡calma mamá! ¡Va a dar todo cierto! (E2)

(...) nos quedamos preocupadas con el peso de los pacientes y con la alimentación. Entonces yo siempre veo si comió, reforzando la importancia del líquido, de la alimentación. (TE1)

Un paciente llega en una silla de ruedas y tú vas, vamos a intentar colocarlo en una camilla, vamos a providenciar darle un alivio (...), creo que no hay muchas condiciones de hacer eso en el ambulatorio (ambulatorio de quimioterapia). Y es en ese sentido que yo digo, así que yo pienso que cuando él entra allí (ambulatorio de quimioterapia), si es paliativo, si es para aliviar su dolor, que sea, es un derecho que él tiene y nosotros estamos allí para intentar hacer lo mejor por él. (TE2)

Se sobresale en esas declaraciones el involucramiento de los profesionales de enfermería, representado por el respeto y la sensibilización por las dificultades físicas y las limitaciones emocionales y sociales.

DISCUSIÓN

En los discursos de las profesionales de enfermería se notó la preocupación por el dolor del paciente oncológico en proceso de morir y la prevalencia de las terapias farmacológicas como medida de dar *confort* a esos pacientes. A veces, las enfermeras se mostraron inseguras delante del dolor y de los síntomas de muerte inminente, resultando en ansiedad y dudas en relación a las medidas adoptadas en el cuidado. Estudios^(5,13) confirmaron la necesidad de evaluar e intervenir en el dolor oncológico, mostrando

lagunas en el registro, en la evaluación, en la sistematización y en la intervención en el dolor con base en parámetros específicos, pues en la mayoría de las veces, el equipo de enfermería utiliza medidas terapéuticas y de evaluación de forma empírica y asistemática. Tal hecho muchas veces es generado por la indisponibilidad o la baja capacitación de los enfermeros para utilizar instrumentos que evalúen el dolor, asociada al prejuicio que hay en relación al uso intermitente o fijo de medicamentos con doble efecto, como los opioides. Entonces, se observa que cada equipo adopta diferentes abordajes para intervenir, fragmentando los cuidados y dificultando la evaluación de las medidas implementadas. En este estudio, las participantes expresaron intervenir en el control del dolor, pero no especificaron cómo evalúan, sistematizan y registran este síntoma. Relataron aun, situaciones donde el equipo de enfermería subestima el dolor de los pacientes, relacionando la solicitud de medicamentos a la dependencia de drogas como la morfina, lo que dificulta y limita el manejo del dolor.

Otro estudio⁽¹⁴⁾ corrobora que el equipo de enfermería presenta dificultades para evaluar y trabajar con el dolor del paciente oncológico oponiéndose a lo expresado por las enfermeras y técnicas de enfermería de esta investigación. "Esta falta de preparación es atribuida a la inadecuación de la formación, lo que lleva a no evaluar el dolor de forma sistemática; lleva a subestimar la frecuencia de ocurrencia del dolor y a ignorar el impacto devastador de éste sobre el individuo"^(14:88). Esta dificultad para abordar y manejar el dolor de los pacientes oncológicos no se limita al equipo de enfermería, sino que se extiende a los demás profesionales de salud. Entre estas dificultades, se destacan la falta de conocimiento de los médicos, los mitos, las concepciones equivocadas de los enfermos y familiares, la política del sistema de salud y la legislación inadecuada⁽¹⁵⁾.

Son reconocidos los efectos positivos de los opioides y demás analgésicos en el tratamiento y en la sedación de los pacientes en proceso de morir, pero ha sido relevante y pertinente la inserción de medidas no farmacológicas, como por ejemplo, la terapéutica para controlar el dolor y la recreación como forma de cuidado, siendo el teatro, los juegos, las charlas y la musicoterapia algunas de las técnicas posibles para proporcionar relajamiento tanto para el paciente como para el familiar⁽¹⁶⁾.

No obstante, es importante valorizar la individualidad y la aceptación del paciente en relación a las actividades propuestas, siempre respetando su deseo. Si él prefiere el silencio y el alejamiento, se le debe proporcionar un ambiente acogedor de manera tan receptiva como en el ambiente lúdico.

Asociado a la disminución del dolor, el *confort* puede ser considerado como el acto de fortalecer, conceder y consolar, proporcionando bienestar y placer al individuo. El acto de confortar repercute benéficamente para quien cuida y para quien es cuidado, lo que posibilita el crecimiento y el desarrollo de ambos⁽¹⁷⁾.

Convergiendo con la literatura, el equipo de enfermería en estudio busca atender las necesidades del paciente por medio de los recursos disponibles, estableciendo una relación de confianza y seguridad con los envueltos en el cuidado. Entonces se deduce que para obtener conforto es necesario un ambiente caloroso, atencioso, amoroso, que proporcione alivio, seguridad, bienestar, incluyendo la presencia de profesionales que transmitan seguridad y empatía⁽¹²⁾.

Morir de forma digna es un derecho de todos. En tiempos de relaciones volátiles, liquidez de sentimientos y de valores efímeros, se observa en los hospitales a las enfermarías cada vez más solitarias. Soledad, entendida aquí, no solamente como ausencia física de alguien, sino como el propio distanciamiento entre los seres humanos en sus relaciones. En el momento de la muerte, generalmente los pacientes se encuentran acompañados por sus familiares, quienes acaban distanciándose por la inseguridad y la ansiedad que ésta provoca. Además de eso, las cuestiones relativas a la degradación del equilibrio corporal, como por ejemplo, el surgimiento de lesiones, los síntomas de vómitos y la pérdida del control de los esfínteres provoca la repulsión y el distanciamiento de los familiares y de los profesionales debido a las dificultades para lidiar con estos aspectos.

En el caso de los pacientes oncológicos, la mayoría de los tumores externos posee apariencia y olores desagradables, lo que hace que el paciente se sienta avergonzado y él mismo busque distanciarse⁽¹⁸⁾. El equipo de enfermería debe estar atento a esta demanda del cuidado, que muchas veces pasa desapercibida y que interfiere no solamente en los síntomas físicos de la enfermedad, sino que también provoca una

ruptura de relaciones y afectos debido a la disminución de la autoestima del paciente y la vergüenza de la propia enfermedad.

En oncología, muchas veces, los cuidados relacionados al *confort* exigen de la enfermera perspicacia y sensibilidad, ya que proporcionar *confort* en esas circunstancias va más allá de los dolores físicos del paciente. El cáncer tiene una fuerte estigmatización social porque es asociado a la mortalidad. Cuando cuidamos personas sin posibilidad de cura, los sentimientos de dolor y angustia se sobresalen, por las limitaciones derivadas del agravamiento del cuadro clínico del paciente, así como por la aproximación de la muerte y los sentimientos que esta fase de la vida despierta.

De esa forma, *confort* y dolor están intrínsecamente ligados. Frente a eso, es evidente la necesidad de adoptar estrategias que estén guiadas por la filosofía de los "cuidados paliativos", pues este modelo trae consigo un cuidado respaldado en medidas terapéuticas de *confort*, que viabilizan una muerte digna y tranquila. El concepto de cuidados paliativos está siendo ampliamente usado en el área de la salud, principalmente por la enfermería y por la medicina, como una filosofía de cuidados respaldados en los principios de bioética prestados junto a los pacientes enfermos sin posibilidad de cura y sus familiares, objetivando principalmente el respeto, la no maleficencia, garantizando la dignidad del paciente en el proceso de morir⁽¹⁹⁾. Mucho se ha discutido sobre cuidados paliativos en la actualidad, pero lo que se nota es que a pesar de este movimiento, la mayoría de las instituciones hospitalarias no adopta esta filosofía, sea en forma de unidad de internación específica para estos pacientes o sea por medio de consultorías. A pesar de la elevada demanda, se constata la carencia de recursos en esa área, en la atención hospitalaria y domiciliar, en detrimento de invertimientos en terapéuticas que utilizan tecnologías de alto costo para promover la cura, los cuales, proporcionan mayores recursos financieros para las instituciones.

CONCLUSIÓN

Los discursos de las profesionales de enfermería señalan falta de preparación para trabajar el manejo del dolor durante el proceso de morir. Tal hecho puede ser atribuido a la poca utilización de los instrumentos de evaluación del dolor y de otros síntomas, lo que conlleva a su no identificación en los pacientes.

Se identifica la necesidad de políticas que proporcionen dignidad en el proceso de morir, ya que la disponibilidad de recursos para el alivio del dolor, así como la inserción de estrategias lúdicas de cuidado en el hospital todavía está permeada por normas y rutinas que restringen el desarrollo de acciones de mayor amplitud en relación a los aspectos biopsicosociales que componen al individuo.

Por otro lado, las participantes de este estudio demuestran que los profesionales de enfermería disponen principalmente de medidas farmacológicas para aliviar el dolor y las incomodidades de la muerte inminente. Hay una discreta inserción lúdica en el cuidado, desarrollada tanto por los profesionales de enfermería como por las demás áreas. El escuchar, la acogida y las demostraciones de cariño del equipo de enfermería para con el paciente fueron valores destacados en este estudio, ya que estos son elementos considerados esenciales para calificar el cuidado de la enfermería en la oncología, además de ser decisivo en la relación entre los profesionales de enfermería y el paciente. Se destaca la importancia de la inserción de la filosofía de los cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida de los pacientes y los familiares que enfrentan enfermedades sin posibilidades de cura.

CITAS

1. Hart CFM, Landskron LMF, Ferreira R, Picheti JS, Duarte VM, Bermudez CS et al. Câncer: uma abordagem psicológica. Porto Alegre: Age; 2008.
2. Instituto Nacional do Câncer [Brasil]. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 3ª ed. Rio de Janeiro: INCA; 2008.
3. Instituto Nacional do Câncer [Brasil]. A situação do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2010.
4. World Health Organization [homepage on the Internet]. Cancer incidence in five Continents. Cited 2010 Sept 3. Available from: <http://www-dep.iarc.fr/>.
5. Waterkemper R, Reibnitz KS, Monticelli M. Dialogando com enfermeiras sobre a avaliação da dor oncológica do paciente sob cuidados paliativos. Rev Bras Enferm.

- 2010 mar ;63(2):334-9.
6. Silva LMH, Zago MMF. O cuidado do paciente oncológico com dor crônica na ótica do enfermeiro. *Rev Latino-Am Enferm*. 2001 jul; 9(4):44-9.
 7. Prado WA. Neurofisiologia e neuroquímica da dor aguda e crônica. In: Andrade Filho ACC. *Dor: diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Roca; 2001. p.1-5.
 8. Polit DF, Bek CT, Hungler BP. *Fundamento de pesquisa em enfermagem: métodos, utilização e avaliação*. Porto Alegre: Artmed; 2006.
 9. Cabral IE. A contribuição da crítica sensível à produção do conhecimento em enfermagem. In *Anais do 11º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem*. 2001 maio 27-30; Belém [PA],: Aben [PA]: 1995.
 10. Orlandi EP. *Análise de discurso: princípios e procedimentos*. 8ª ed. Campinas (SP): Pontes; 2009.
 11. Ministério da Saúde [BR]. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 16 out 1996; seção 1.
 12. Rosa LM, Mercês NNA, Santos VEP, Radünz V. As faces do conforto: visão de enfermeiras e pacientes com câncer. *Rev Enferm UERJ*. 2008 jul; 16(3):410-4.
 13. Venegas ME, Suazo SV. Análisis de la Teoría de los Síntomas Desagradables en el Cuidado de la Enfermería Paliativa Oncológica. *Revista Cubana de Enfermería*. 2011; 27(2):141-150.
 14. Recco DC, Luiz CB, Pinto MH. O cuidado prestado ao 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*. 2005 abr; 12(2):85-90.
 15. International Society of Nurses in Cancer Care (ISNCC). Diretriz técnica da dor por câncer. *Rev Nursing*. 2001; 41(4):7-8.
 16. Beuter M, Alvim NAT. Expressões lúdicas no cuidado hospitalar sob a ótica de enfermeiras. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2010; 14(3):567-74.
 17. Waldow V. O cuidar humano: reflexões sobre o processo de enfermagem versus processo de cuidar. *Rev enferm UERJ*. 2001; 9(3):284-93.
 18. Elias N. *A solidão dos moribundos, seguido de, Envelhecer e morrer*. Rio de Janeiro: Zahar; 2001.
 19. Sousa A, França J, Nóbrega M, Fernandes M, Costa S. Palliative care: a conceptual analysis. *Online Braz J Nurs [Internet]*. 2010 [cited 2012 May 4]; 9(2). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2947/667>.

Recibido: 12/07/2012

Aprobado: 08/03/2013