

Problemas éticos vivenciados por enfermeiros oncológicos¹

Kely Regina da Luz²
Mara Ambrosina de Oliveira Vargas³
Pablo Henrique Schmidt⁴
Edison Luiz Devos Barlem⁵
Jamila Geri Tomaschewski-Barlem⁵
Luciana Martins da Rosa⁶

Objetivo: conhecer os problemas éticos vivenciados por enfermeiros oncológicos. Método: estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em unidades de internação e em ambulatórios de quimioterapia que atendiam pacientes oncológicos em duas capitais da Região Sul do Brasil. Participaram do estudo 18 enfermeiros, selecionados mediante amostragem do tipo bola de neve. Para coleta de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, gravadas e transcritas, analisadas mediante análise temática. Resultados: foram construídas duas categorias: quando informar ou não se torna um dilema – apresentando as principais dificuldades relacionadas às informações sobre o tratamento oncológico relacionadas às equipes de saúde, sistema de saúde e infraestrutura; investir ou não - dilemas relacionados com a finitude - apresentando situações de dilemas ligados à dor e confronto com a finitude. Conclusão: para que ocorra o enfrentamento efetivo dos problemas éticos vivenciados por enfermeiros oncológicos, torna-se fundamental investir na formação desses profissionais, preparando-os de forma ética e humana a intervir como advogados do paciente oncológico, em um contexto de dilemas relacionados principalmente à possibilidade de finitude.

Descritores: Enfermagem Oncológica; Bioética; Políticas Públicas de Saúde; Futilidade Médica; Morte; Ética Clínica.

¹ Artigo extraído da dissertação de mestrado "Problemas éticos vivenciados por enfermeiros da oncologia na alta complexidade", apresentada à Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

² Doutoranda, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

³ PhD, Professor Adjunto, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

⁴ MSc.

⁵ PhD, Professor Adjunto, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil.

⁶ PhD.

Introdução

Os objetivos da enfermagem são nitidamente éticos: proteger o paciente diante de situações de desrespeito à sua autonomia, prestar cuidados dignos e evitar danos e complicações potenciais, mantendo um ambiente saudável para pacientes e familiares⁽¹⁾. Do mesmo modo, a advocacia em saúde, parte inerente dos objetivos da enfermagem, tem sido considerada um elemento indissociável da ética profissional de enfermagem, compreendendo esforços dos enfermeiros para promover o bem-estar e os interesses de seus pacientes, visando assegurar sua autonomia na tomada de decisões⁽²⁾.

No cenário da oncologia, os profissionais de enfermagem mantêm contato estreito com situações de dor, finitude e morte, efeitos colaterais físicos e emocionais, entre esses a desesperança, a angústia, o medo e a solidão, sentimentos intensos e denunciadores da fragilidade humana, ao mesmo tempo em que pode estar presente uma expectativa de cura da doença⁽²⁾.

A oncologia é *locus* de constantes problemas éticos, os quais são vivenciados a partir de situações já consideradas como parte do cotidiano profissional, tais como a falta de consentimento informado de pacientes antes da realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, o prolongamento da vida sem a preocupação com sua qualidade e práticas profissionais heteronômicas e questionáveis⁽³⁻⁴⁾. No que se refere à crescente utilização de tecnologias e medicamentos no tratamento de pacientes oncológicos que não mais respondem às terapêuticas disponíveis, os profissionais muitas vezes vivenciam o prolongamento da vida do paciente sem reagir ou se posicionar^(3,5).

Todas essas situações despertam a necessidade do exercício da advocacia em saúde por parte dos enfermeiros, parte integrante dos cuidados de enfermagem relacionada à defesa dos direitos e interesses dos pacientes, evitando que os pacientes e seus familiares sejam expostos a diversas situações causadoras de sofrimento. Não obstante, as ações de advocacia em saúde, exercidas pelos enfermeiros nos cuidados oncológicos e paliativos, podem ser definidas como auxiliar os pacientes e familiares para superar as dificuldades que impedem o caminho do cuidado, informando-os e esclarecendo-os, bem como defendendo suas escolhas e agindo como elo entre esses e a equipe de saúde⁽⁵⁾.

Contudo, muitas questões vivenciadas pelos profissionais, cotidianamente, são apenas percebidas como problemas e conflitos organizacionais e/ou de relacionamento na equipe de enfermagem e de saúde, relacionados com a administração, chefias, pacientes e familiares e não em sua dimensão ética. Tais conflitos podem ocorrer quando há diferenças no modo de perceber uma determinada situação, as quais não podem ser adequadamente comunicadas, compreendidas e resolvidas⁽⁶⁾.

Os problemas éticos podem ser divididos didaticamente em três categorias: a *incerteza moral*, quando há um questionamento diante de uma situação inadequada ou incorreta e um sentimento de tensão, frustração e incômodo, mas tal situação não é percebida como parte de um problema ético; o *dilema moral*, que se caracteriza por dois cursos distintos a seguir, porém, com uma única opção de escolha, e o *sofrimento moral*, situação em se sabe o que é correto e o que deveria ser feito, mas é impedido de fazê-lo por algum motivo, seja ele individual, institucional ou social, não podendo seguir o rumo de sua consciência⁽⁷⁾. Muito mais ampla e complexa que a divisão apresentada, a trama cotidiana, presente no contexto oncológico, explicita uma amplitude de problemas morais nem sempre possíveis de serem classificados na literatura, evidenciando que a dimensão ética permanece marcada pela necessidade de reflexões constantes.

Desse modo, os problemas éticos constituem indagações para as quais a solução não está presente inicialmente e não é possível saber se será e de que maneira poderá ser resolvido e, portanto, a questão não está somente na escolha entre duas ou mais possíveis respostas, mas na busca de uma resposta ímpar e adequada para cada situação singular⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Assim, torna-se oportuno reconhecer a dimensão ética dos problemas vivenciados pelos enfermeiros da oncologia, estimulando-os a refletir e questionar as realidades apresentadas, justificando a realização deste estudo. Diante disso, objetivou-se conhecer os problemas éticos vivenciados por enfermeiros da oncologia.

Método

Estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em unidades de internação e em ambulatórios de quimioterapia que atendiam pacientes oncológicos, em duas capitais da Região Sul do Brasil. Os critérios para seleção dos participantes limitaram-se

a: ser enfermeiro, desenvolver atividade assistencial com pacientes adultos oncológicos, não se encontrar em férias, afastamento ou licença, possuir um ano ou mais de experiência na oncologia, visto que se acredita que um contato inferior a esse período de tempo pode não ser suficiente para vivenciar e identificar situações de problemas éticos.

Participaram do estudo 18 enfermeiros, selecionados mediante amostragem não probabilística, do tipo bola de neve⁽¹¹⁾. Assim, os participantes iniciais foram elegidos em cada uma das capitais selecionadas para o estudo, solicitando-se que, ao final de suas entrevistas, indicassem outros participantes com as características necessárias à pesquisa e, assim, sucessivamente. O número de enfermeiros não foi pré-determinado, de forma que o encerramento do número de participantes ocorreu mediante repetição dos dados⁽¹¹⁾.

A coleta de dados ocorreu por dois entrevistadores que possuíam o título de enfermeiros, treinados para esta pesquisa, no mês de março de 2013, em diferentes locais e horários, indicados de acordo com a preferência dos participantes. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, gravadas e transcritas, enfocando as possíveis situações que podem ocasionar problemas éticos no cuidado em oncologia.

Para a análise de dados, utilizou-se a análise temática a partir do objetivo proposto. Logo, no primeiro momento da análise, ocorreu a transcrição na íntegra das entrevistas e a leitura prévia das mesmas, identificando-se os elementos-chaves. Seguiu-se a leitura ampliada dos depoimentos, análise profunda e agrupamento dos elementos-chaves, definindo-se as categorias de análise pelos pesquisadores responsáveis pelo projeto e, por último, realizou-se a composição de uma estrutura descritiva que formou cada uma das duas categorias apresentadas a seguir⁽¹¹⁾. Todos os preceitos éticos da Resolução 466/12 foram seguidos. O estudo obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) local, com emissão do Parecer de Aprovação sob nº204.293. Os participantes foram identificados por nomes de deuses e deusas gregas.

Resultados

A partir da análise dos dados, foi possível identificar duas categorias relacionadas à vivência de problemas éticos na oncologia: *quando informar ou não se torna um dilema; investir ou não - dilemas relacionados com a finitude.*

Quando informar ou não se torna um dilema

Nesta categoria, estão presentes as situações relacionadas à transmissão de informações e orientações no contexto oncológico e os dilemas relacionados à falta ou incompletude de informações. Apresenta, ainda, os problemas resultantes da infraestrutura inadequada e do sistema de saúde pouco efetivo e resolutivo, gerando dilemas e sofrimento moral entre profissionais das diferentes equipes de saúde.

Um dos principais dilemas evidenciados pelos enfermeiros refere-se à questão de informar ou não, bem como orientar o paciente e seus familiares, o que pode ser potencializado pela própria dificuldade da família em aceitar as informações.

Na maioria das vezes essas pessoas não estão preparadas, não têm conhecimento do que vão sofrer com a quimioterapia, por mais que tu explique que dá náusea, que cai o cabelo. Uma coisa é tu falar isso quando a pessoa ainda está com cabelo, outra é tu ter que chegar, num dia, ir lá e ter que raspar esse cabelo porque está caindo (Métis).

O paciente vai ter que ser paliativo, mas ele sabe o que é paliativo? Ele sabe que ele está indo para o cuidado paliativo? Não! O familiar liga dizendo que o pai está com febre, com dor, quase morrendo em casa. O que ele faz? Pra onde ele vai? E aí tu fala assim: - ah, mas é isso mesmo, a doença é assim, o máximo que pode ir é pra uma emergência. Sabe, assim, mas não tem aquela preparação pro cuidado paliativo em casa, não foi orientado, não foi preparado, não foram conciliadas essas informações (Pandora).

Também, pode-se evidenciar que os enfermeiros percebem que existe uma relação de incerteza quando se trata do diagnóstico e do prognóstico médico relacionados ao câncer, necessitando que advoguem pelos pacientes, agindo como elo entre esses e outros membros da equipe de saúde, garantindo que sejam informados e esclarecidos sobre seus cuidados. Contudo, muitas vezes, essas situações podem não ser reconhecidas pelos enfermeiros como problemas éticos, o que pode comprometer as ações de advocacia do paciente.

O médico sabe do diagnóstico, a equipe sabe do diagnóstico e o paciente sabe de uma forma que não é aquela, e eu como enfermeira tento esclarecer alguma coisa que está no meu alcance, mas aquilo que é diagnóstico médico eu não posso interferir [...] e o médico às vezes fala: - mas, eu já falei pra ele o que ele tem, ele tá interpretando do jeito que ele quer. E eu digo: - mas, doutor, ele acha que tem outra coisa! - problema dele, é ele que tá interpretando, eu falei o que ele tem. Tem

outros que a gente tem uma facilidade gigante de pedir e ele vai lá, para tudo que está fazendo e explica de novo (Pandora).

A frágil comunicação e interação entre os diferentes profissionais que compõem a equipe de saúde se mostra como importante fonte de problemas éticos, fazendo com que muitas decisões não sejam tomadas em equipe, ou mesmo pautadas no desejo dos pacientes, o que pode comprometer a qualidade do cuidado e a autonomia do paciente oncológico.

Há problemas de comunicação na relação enfermagem/médico/paciente, daí gera dúvidas e insegurança e o vínculo profissional/paciente fica prejudicado (Bia).

A desunião da enfermagem que é real e importante, a gente tira o nosso foco que é o paciente, acho que se o pensamento fosse focado nele, muitos problemas não existiriam, entende? Rivalidade entre equipes, ausência do médico, de enfermagem, de técnico, da nutrição. Há falta de união entre nós (Héstia).

A ausência ou a incompletude dos registros realizados pela equipe de saúde também fragilizam o cuidado aos pacientes oncológicos, visto que podem dificultar a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados, além de impedir o respaldo diante de situações em que as práticas profissionais necessitem ser avaliadas.

Às vezes não se tem uma boa evolução da equipe médica podendo respaldar. Sabemos que o paciente é suporte, é cuidado paliativo, mas isso não tá evoluído e a equipe médica não conversou com a família (Nêmesis).

O reconhecimento de situações inadequadas relacionadas à negligência, despreparo e incompetência profissional pode levar os enfermeiros a vivenciarem o sofrimento moral, confrontando seus valores e crenças em relação aos cuidados que prestam aos pacientes, com as dificuldades impostas pela equipe e sistema de saúde.

O que mais incomoda é quando vemos o paciente ser maltratado, não é a perda do paciente, a morte ou a doença, o sofrimento em si. É sabermos que o paciente tem direito àquilo que deveria ter sido feito e não foi porque o teu colega foi negligente. Incomoda e me faz sofrer é a falta de ética, a falta de respeito. [...] Todas as situações que ficamos impotentes causam um desconforto pra gente, seja porque não conseguimos disponibilizar o que o paciente necessita, ou porque sabemos que ele não foi atendido da melhor forma que poderia ter sido (Ilitia).

Paciente idoso, desacompanhado, veio cedo com a ambulância do município, passou o dia todo só com o almoço, terminou o que tinha vindo fazer no final da tarde, não tinha feito um lanche e ainda foi esquecido pelo transporte da cidade dele [...] daí que me gerou um sofrimento por ver aquele paciente naquelas condições de abandono (Diceia).

Outra coisa que é bem conflitante é a dificuldade de acesso a tratamentos mais modernos que os pacientes do SUS enfrentam. Pacientes com a mesma patologia, de convênio e do SUS têm tratamentos diferentes. Poderia mudar muito o prognóstico do paciente SUS se ele pudesse ter um acesso mais rápido, não precisasse entrar via judicial, aguardar todos esses trâmites até conseguir a medicação (Eros).

Outra importante fonte de sofrimento moral refere-se à infraestrutura da instituição, uma vez que os enfermeiros reconhecem-se limitados para oferecer aos pacientes a infraestrutura mínima que oportunize cuidados de qualidade. Do mesmo modo, diversas vezes, os enfermeiros relataram não conseguir realizar enfrentamentos e, até mesmo, ter de improvisar condições para que os pacientes recebam informações e os cuidados necessários.

Não tem, num hospital oncológico, quarto pra cuidado paliativo. Os pacientes morrem junto com os que chegaram pra fazer quimioterapia, todo aquele conceito de cuidado paliativo relacionado à oncologia a gente não tem. Fazemos cursos e não conseguimos botar na prática por falta de estrutura (Nêmesis).

O espaço físico é minúsculo pro nosso serviço [...] muitas vezes não consigo sentar numa sala pra fazer uma consulta e fazemos consulta aberta ali na sala de quimioterapia (Pandora).

Investir ou não - dilemas relacionados à finitude

Nesta categoria, os dilemas e o sofrimento moral são confrontados pelas incertezas e certezas relacionadas à dor e à não aceitação da finitude humana. Vivenciar o tratamento de pacientes que não mais respondem às terapêuticas disponíveis, bem como o enfrentamento ineficaz do paciente diante desse tratamento, com a dúvida de cura e a possibilidade de morte, são condições que colocam os enfermeiros em estado de vulnerabilidade e impotência.

Vale a pena realizar um tratamento e dizer pro paciente que ele vai ter uma sobrevida? Um paciente fraco, sem conseguir comer, vomitando, reclamando de dor no corpo, por 4 meses? Até a morte dele? [...] Eu tenho uma dificuldade muito grande em determinar o que é sobrevida (Eros).

Obstinação terapêutica e tratamento fútil, pois é comum o investimento num paciente que não suporta mais o tratamento, seja porque o médico não colocou a real situação para a família, ou não disse que aquele paciente não tem mais volta, ou porque a família não aceita perder o ente querido [...] esses dilemas já me causaram muito sofrimento, pois nos fazem reféns daquela situação muitas vezes, se o médico não falou a verdade pra família como nós vamos falar? (Afrodite).

Ainda, quando se trata da dor na oncologia, os enfermeiros relataram que a sedação é uma opção para proporcionar um processo de terminalidade menos agressivo e sofrido, tanto para o paciente como para sua família e para a própria equipe. Contudo, a decisão sobre sedar ou não o paciente também pode gerar incertezas, especialmente quando não há concordância entre a equipe acerca da melhor conduta para o paciente: confortar e aceitar a finitude ou investir na incerteza?

Esse momento de decisão entre o que fazer: botar sedação, investe no paciente, comunica a família, não comunica. Acho que essa situação é a mais conflitante de todas porque a gente fica num fogo cruzado com médico, paciente e família, aí o que acontece às vezes a gente percebe que tem alguns médicos que têm mais dificuldade de decidir isso e, às vezes, o paciente vai sofrendo e a família vai sofrendo junto (Íris).

Discussão

A abordagem do paciente com câncer é uma tarefa difícil na prática clínica, envolvendo a necessidade de transferência de informações sobre seu diagnóstico, prognóstico, riscos e benefícios do tratamento, além das possibilidades de progressão da doença; nessas circunstâncias, transmitir notícias ao paciente é um processo desafiador⁽¹²⁾.

O ato de informar o paciente a respeito de seu diagnóstico é dever legal do médico, assim como o tratamento e seus riscos, permitindo ao paciente manifestar seu consentimento para o tratamento. Contudo, cabe ao enfermeiro orientar e esclarecer as dúvidas acerca do diagnóstico e tratamento, de modo que seu papel educativo é fundamental na assistência prestada, pois o esclarecimento sobre os diversos aspectos da doença contribui para a melhor vivência do paciente, diminuindo sua ansiedade⁽¹³⁾.

Os dilemas reconhecidos pelos enfermeiros do estudo diante da decisão de informar ou não pacientes e familiares podem evidenciar que esses profissionais, seguidamente, negam sua condição de advogados do paciente, potencializando a ocorrência de problemas éticos, tendo em vista que enfermeiros que atuam nos cuidados oncológicos compreendem que estão advogando, especialmente quando ensinam estratégias de autocuidado para pacientes e familiares, fornecendo-lhes informações clínicas e auxiliando-os no esclarecimento de suas angústias e metas⁽¹⁴⁾.

Ainda, os problemas éticos evidenciados, decorrentes da frágil interação e comunicação entre os diferentes profissionais da equipe de saúde, podem

comprometer a qualidade do cuidado prestado ao paciente, tendo em vista que o cuidado em saúde, visto sob a perspectiva interdisciplinar, tem como proposta de ação o cuidado com foco na vida do ser humano, mediante esforço coletivo de saberes múltiplos. Assim, ressalta-se que a integração dos conhecimentos dá-se, sobretudo, pelo diálogo, comunicação, troca, respeito mútuo, sinergia, convergência de ideias e não simplesmente pela justaposição de saberes⁽¹⁵⁾.

Também, a frágil comunicação evidenciada entre a equipe pode comprometer a autonomia do paciente na tomada de decisões, que, muitas vezes, são tomadas sem considerar os seus desejos. No contexto brasileiro, recentemente, a relação médico/paciente ainda ocorria sob um modelo paternalista e conservador, porém, o surgimento dos direitos do paciente, em especial o direito à autodeterminação, motivou os médicos a adotarem novas condutas^(13,16).

Em determinadas especialidades, como na oncologia, essas mudanças trouxeram novos problemas éticos⁽¹⁶⁾. Nesse sentido, cabe ao enfermeiro, como advogado dos pacientes, garantir seu direito à autodeterminação, auxiliando-os a esclarecer seus desejos e a discernirem seus valores em uma determinada situação, para que tomem decisões expressando e reafirmando esses valores⁽¹⁷⁾.

Outro aspecto importante, reconhecido como fonte de problemas éticos pelos enfermeiros, refere-se à ausência ou fragilidade dos registros no prontuário, os quais devem ser fidedignos à conduta realizada. Entretanto, um estudo em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) brasileiras, demonstrou que os profissionais intensivistas evitam registrar algumas condutas, admitindo que omitem informações no prontuário, seja por considerá-las desnecessárias, ou por receio de punição pelo código de ética e/ou penal. Além da falta de protocolos hospitalares de condutas diante de um paciente sem esperança de cura, como limitação de suporte vital, a ausência de uma legislação clara a respeito do assunto contribui para a insegurança dos profissionais da saúde ao realizarem seus registros⁽¹⁸⁾, potencializando os problemas éticos nos ambientes de cuidado a pacientes oncológicos.

O reconhecimento de situações moralmente inadequadas pode levar os enfermeiros a vivenciarem o sofrimento moral. Diversos estudos indicam que tratamentos agressivos a pacientes terminais, exames desnecessários e tratamentos inadequados constituem situações que comumente dão origem ao sofrimento moral nos ambientes de saúde^(1,6,19-21). Desse modo, os

enfermeiros oncológicos podem vir a reconhecer qual a conduta ética apropriada a ser seguida, porém, por pressões externas, tornam-se incapazes de prosseguir com o curso da ação correta⁽⁷⁾.

Ainda, ao reconhecerem a precariedade da infraestrutura que compreende os cuidados em oncologia como fonte de problemas éticos, os enfermeiros confirmam que condições de trabalho insuficientes, como a falta de recursos materiais e/ou humanos para a realização do trabalho de enfermagem, podem ser fonte de problemas éticos, conforme identificado por um estudo com profissionais de enfermagem que atuavam em ambientes hospitalares⁽¹⁹⁾.

As disparidades de saúde também podem dar origem a importantes problemas éticos no cuidado a pacientes oncológicos, especialmente pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde ou à tecnologia avançada. Nesse sentido, a advocacia em saúde pode se mostrar importante elemento ao promover os direitos não respeitados dos usuários e sensibilizar as autoridades para as carências e necessidades da população^(6,19-21).

No Brasil, a atenção à saúde se configura em um sistema dual em que, apesar de haver um sistema de acesso universal, o SUS (Sistema Único de Saúde), existe outro, paralelo, de acesso diferenciado e que oferece assistência diferenciada, o sistema privado. Diante desse sistema, podem surgir situações de injustiças cometidas no cenário hospitalar tanto contra os pacientes e sua família como contra os profissionais de saúde⁽²²⁾.

Essas situações estão relacionadas a vários processos como, por exemplo, o tipo de cobertura oferecido pelo plano de saúde, resultando em uma prestação de assistência desigual e injusta, envolvendo-os em práticas discriminatórias, segundo o tipo de cobertura para tratamento oferecido pelos convênios ao cliente. A qualidade assistencial parece estar relacionada à abrangência da cobertura do convênio, ou seja, o plano de saúde que o paciente possui é que determinará a qualidade da assistência que esse irá receber⁽²²⁾.

Cabe destacar que a Lei Federal nº12.732, de 22 de novembro de 2012, estabelece prazo máximo de 60 dias para que pessoas com câncer iniciem o tratamento pelo SUS. Esse período é iniciado a partir da confirmação do diagnóstico e da inclusão dessas informações no prontuário e define que os pacientes devem passar por cirurgia ou iniciar as sessões de quimioterapia ou radioterapia, conforme a indicação de cada caso⁽²³⁾.

Porém, os avanços tecnológicos da medicina, por vezes, tornam impreciso o limite das possibilidades

terapêuticas. Os aparelhos que prolongam a vida, os meios extraordinários aplicados à manutenção das funções biológicas, o dever de envidar todos os esforços no sentido de impedir a morte, usando para isso todos os meios disponíveis, criaram a possibilidade teórica de retardar indefinidamente o momento em que se pode reconhecer o limite da ciência e da tecnologia na manutenção da vida⁽¹⁸⁾.

Contudo, uma nova visão crítica, a qual prioriza a qualidade de vida e o conforto do paciente, vem substituindo uma visão obstinada de manter o paciente vivo. Essas mudanças trazem a oportunidade de pacientes sem prognóstico evoluírem para morte menos sofrida, criando uma relação honesta com apoio emocional e comunicação com o doente e seus familiares⁽¹⁸⁾.

Nesse contexto, a autonomia do paciente deve ser valorizada, visto que os pacientes possuem valores que são diferentes dos valores dos profissionais, havendo necessidade de respeitá-los. Logo, é importante que seja conduzida uma discussão entre diferentes profissionais da equipe de saúde, depois, com o paciente e/ou familiares, sempre considerando os pressupostos éticos e morais, sem perder de vista a particularidade de cada situação e a possível vulnerabilidade dos indivíduos, capaz de comprometer seu adequado processo de decisão⁽²³⁾.

Os enfermeiros podem desempenhar papel fundamental no que se refere à promoção e proteção da autonomia do paciente, conforme um estudo com pacientes oncológicos que identificou que, quando pacientes com câncer foram confrontados com decisões difíceis acerca da qualidade *versus* quantidade de vida, os enfermeiros estavam em uma posição ideal para fornecer-lhes informações clínicas e auxiliá-los no esclarecimento de seus objetivos e valores. Desse modo, os enfermeiros estarão atuando na advocacia em saúde, auxiliando-os a se autodeterminarem, ao invés de se conformarem com sua falta de autonomia⁽¹⁷⁾.

Simultaneamente à intenção de melhorar a qualidade de vida da pessoa com câncer, o cuidado paliativo é visto como uma proposta de intervenção terapêutica para pessoas com qualquer doença crônica, independentemente do processo de terminalidade. Sua finalidade é possibilitar a convivência com a doença de forma digna e com qualidade de vida⁽²³⁻²⁴⁾. Entretanto, a resistência de alguns profissionais em aderir ao paradigma do cuidar, quando não há mais cura, traz consigo a constatação da negligência no cuidado aos pacientes com câncer em fase avançada. Diante

disso, alguns profissionais sentem-se angustiados, desmotivados e impotentes como decorrência de práticas injustas e discriminatórias⁽²⁵⁾.

Nesse sentido, a incerteza moral é evidenciada pela insegurança quanto à moralidade da ação concretizada, considerando se a mesma é correta ou não. As circunstâncias de vida e morte, relacionadas ao processo da doença oncológica, muitas vezes prolongada pelos avanços tecnológicos nesses ambientes, tornam-se, ainda, mais repletas de situações de incerteza moral, dilemas e também de sofrimento moral, situações que ocorrem repetidamente, merecendo adequada atenção e futuros estudos⁽⁶⁾.

Conclusão

Explorar os problemas éticos vivenciados por enfermeiros da oncologia constitui difícil tarefa, tendo em vista que diversas vezes essas situações sequer são refletidas ou compreendidas em sua integralidade, dada a dificuldade humana em lidar com as questões de finitude, comprometendo o cuidado ao paciente.

Questões que estão implicadas na abordagem do paciente com câncer, como a comunicação e a informação adequada, são determinantes para a qualidade do cuidado. Ainda, no que diz respeito aos problemas éticos da oncologia, o paradigma do cuidado paliativo, a obstinação terapêutica e a dor oncológica constituem temáticas e terminologias que transpassam a simples redução acadêmica, requerendo constantes discussões e problematizações sobre a vida e a morte, a autonomia das pessoas e o prolongamento artificial da vida humana.

Reconhecer a dimensão ética dos problemas implicados na abordagem do paciente com câncer torna-se determinante para que possam ser traçadas estratégias de enfrentamento desses problemas. Destaca-se que os resultados deste estudo trouxeram dados importantes para o campo de investigações relacionadas ao cuidado em oncologia; contudo, e, também, a necessidade de desenvolver outras pesquisas nessa área, suscitando a discussão sobre os problemas éticos vivenciados por enfermeiros, na prática da enfermagem oncológica.

Referências

1. Corley MC, Minick P, Elswick RK, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nurs Ethics*. 2005 Jul;12(4):381-90.
2. Vaartio H, Leino-Kilpi H, Suominen T, Puukka P. Nursing Advocacy in Procedural Pain Care. *Nurs Ethics*. 2009 May;16(3):340-62.
3. Carvalho KK, Lunardi VL. Therapeutic futility as an ethical issue: intensive care unit nurses. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2009 Jun;17(3):308-13.
4. Dalmolin GL, Lunardi VL, Barlem ELD, Silveira RS. Implications of moral distress on nurses and its similarities with Burnout. *Texto Contexto Enferm*. 2012 Mar;21(1):200-8.
5. Thacker KS. Nurses' advocacy behaviors in end-of-life nursing care. *Nurs Ethics*. 2008 Mar;15(2):174-85.
6. Barlem ELD, Lunardi VL, Tomaschewski JG, Lunardi GL, Lunardi Filho WD, Schwonke CRGB. Moral distress: challenges for an autonomous nursing professional practice. *Rev Esc Enferm USP*. 2013 Apr;47(2):506-10.
7. Jameton A. A reflection on moral distress in nursing together with a current application of the concept. *J Bioethic Inq*. 2013 Oct;10(3):297-308.
8. Vargas MAO, Ramos FRS, Schneider DG, Schneider N, Santos AC, Leal SMC. Hospitalization by court order: ethical dilemmas experienced by nurses. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013 Mar;34(1):119-25.
9. Sorta-Bilajac I, Bazdaric K, Zagrovic MB, Jancic E, Brozovic B, Cengic T, et al. How nurses and physicians face ethical dilemmas-the Croatian experience. *Nurs Ethics*. 2011 May;18(3):341-55.
10. Cohen JS, Erickson JM. Ethical Dilemmas and Moral Distress in Oncology Nursing Practice. *Clin J Oncol Nurs*. 2006 Dec;10(6):775-80.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2012.
12. Primo WQSP, Garrafa V. Análise ética da revelação do diagnóstico e tratamento em pacientes com câncer genital ou mamário. *Rev Assoc Med Bras*. 2010;56(4):397-402.
13. Silva CMGCH, Rodrigues CHS, Lima JC, Jucá NBH, Augusto KL, Lino CA, et al. Relação médico-paciente em oncologia: medos, angústias e habilidades comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza (CE). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(1):1457-65.
14. Gosselin-Acomb TK1, Schneider SM, Clough RW, Veenstra BA. Nursing advocacy in North Carolina. *Oncol Nurs Forum*. 2007 Sep;34(5):1070-4.
15. Silva TP, Leite JL, Teixeira ER, Moreira MC, Alcântara LM, Silva IR. A interdisciplinaridade e suas contribuições para o cuidado de enfermagem: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE on line*. 2013;7(esp):4823-30.

16. Albuquerque PDSM, Araújo LZS. Informação ao paciente com câncer: o olhar do oncologista. *Rev Assoc Med Bras.* 2011;57(2):144-52.
17. Gadow S. An ethical case for patient self-determination. *Semin Oncol Nurs.* 1989 May;5(2):99-101.
18. Gaudencio D, Messender O. Dilemas sobre o fim-da-vida: informações sobre a prática médica nas UTIs. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(1):813-20.
19. Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Tomaschewski-Barlem JG, Silveira RS. Moral distress in everyday nursing: hidden traces of power and resistance. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2013 Feb;21(1):293-9.
20. Barlem ELD, Ramos FRS. Constructing a theoretical model of moral distress. *Nurs Ethics.* ahead of print Epub 3 Nov 2014. doi: 10.1177/0969733014551595.
21. Dalmolin GL, Lunardi VL, Lunardi GL, Silveira RS, Barlem ELD. Nurses, nursing technicians and assistants: who experiences more moral distress? *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(3):521-9.
22. Berti HW. Da percepção de impotência à luta por justiça na assistência à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(4):2271-8.
23. Luz KR, Schmitt PH, Vargas MAO, Morera JAC, Bitencourt JVOV, Fujii CCD, et al. Cuidados paliativos na doença renal crônica: uma revisão integrativa. *Enferm Foco.* In press 2015.
24. Vargas MAO, Vivan J, Vieira RW, Mancia JR, Ramos FRS, Ferrazzo S, et al. Redefining palliative care at a specialized care center: a possible reality? *Texto Contexto Enferm.* 2013 Jul-Sep;22(3):637-45.
25. Rodrigues IG, Zago MMF. Cuidados paliativos: realidade ou utopia? *Ciênc Cuidado Saúde.* 2010;8(supl):136-41.