

## **Fatores relacionados à qualidade do processo de morrer na pessoa com câncer**

Maritza Espinoza Venegas<sup>1</sup>  
Olivia Sanhueza Alvarado<sup>2</sup>

Estudo descritivo, correlacional, que indagou a qualidade do processo de morrer (QPM) em pessoas com câncer. A informação foi obtida através de uma pessoa significativa para cada um dos 78 pacientes falecidos, aplicando questionários de QPM e Qualidade da Comunicação. Foram obtidas maiores pontuações da QPM nas experiências sociais relacionadas ao momento de morte, à permanência da família e à preocupação pela sua pessoa. A pontuação mais baixa se relacionou aos sintomas. Obteve-se relação estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ) para melhor QPM em: preparação para morrer, estar com a família, preocupar-se pela pessoa e qualidade de comunicação. Conclui-se que os cuidados requerem orientação para que os entes queridos fiquem perto e possam se comunicar com o paciente, promover comunicação para detecção de problemas percebidos, a fim de identificar e manejar os reais problemas, somando-se ao eficiente manejo da dor, fazendo do cuidado humanizado uma prática iniludível.

Descritores: Qualidade de Vida; Assistência Paliativa; Assistência Terminal; Humanização da Assistência; Dor.

Universidad de Concepción, Facultad de Medicina, Departamento de Enfermería, Chile:

<sup>1</sup> Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Professor Assistente. E-mail: mespinoz@udec.cl.

<sup>2</sup> Doutor em Enfermagem, Professor Titular. E-mail: osanhue@udec.cl.

## Factors Related to the Quality of the Dying Process in Cancer Patients

This correlational and descriptive research examined the Quality of the Dying Process (QDP) in cancer patients. Data were collected from one significant person for each of the 78 patients who had died, using QDP and communication quality questionnaires. The highest QDP scores were found for social experiences related to: the moment of death, family company and their concern with the person. The lowest score was for symptoms. A statistically significant association ( $p < 0.001$ ) was found between a better QDP and: preparation for death, spending time with the family, concern and care for the patient, communication quality. Conclusions: patient care needs to be focused on the aspects fostering closeness and dialogue with the patient's close relatives, promoting communication in order to detect and handle the real problems, along with efficient pain management, in which humanized care is essential.

Descriptors: Quality of Life; Palliative Care; Terminal Care; Humanization of Assistance; Pain.

## Factores relacionados a la calidad del proceso de morir en la persona con cáncer

Estudio descriptivo, correlacional que indagó la Calidad del Proceso de Morir (CPM) en personas con cáncer. La información fue obtenida con personas que eran significativas para cada uno de los 78 pacientes fallecidos, aplicando cuestionarios de CPM y Calidad de la Comunicación. Se obtuvo mayores puntajes de CPM en las experiencias sociales relacionadas con: momento de muerte, permanencia de familia y preocupación por su persona. El puntaje más bajo se relacionó con los síntomas. Se obtuvo relación estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ) para una mejor CPM en: preparación para morir; estar con la familia; preocuparse por la persona; y, calidad de comunicación. Conclusiones: Los cuidados requieren orientarse hacia la necesidad del paciente de estar cerca de la familia y comunicarse con ella; así mismo se debe promover la comunicación para percibir posibles problemas e identificar y manejar los problemas reales, sumado a un eficiente manejo del dolor, haciendo del cuidado humanizado una práctica ineludible.

Descriptores: Calidad de Vida; Atención Paliativa; Cuidado Terminal; Humanización de la Atención; Dolor.

## Introdução

Nos últimos anos, o Chile exhibe mudanças demográficas e epidemiológicas, originadas pelas modificações em estilos de vida, pelos avanços nas tecnologias da saúde e pelos progressos socio-sanitários, confluindo num aumento da morbimortalidade por doenças crônicas. Nesse marco, o câncer constitui a segunda causa de morte entre os chilenos/as, traduzindo-se, às vezes, num processo difícil no final da vida.

Os pacientes que vivem com câncer têm que enfrentar múltiplos desafios que variam segundo o curso da doença. Aquelas pessoas que conhecem o seu diagnóstico provavelmente intuem que a doença

tem avanço irreversível e incessante até à morte, o que pode gerar sensação de grande vulnerabilidade, temor à morte e padecimento de sintomas físicos e angústia psicológica, aspectos que requerem adaptação e, ao mesmo tempo, enfrentamento da mais difícil etapa da sua vida, para morrer em paz e aceitação<sup>(1)</sup>. A capacidade de enfrentamento que o paciente possui depende de seus próprios recursos disponíveis e aqueles do ambiente que o rodeia. As equipes de saúde, como recursos competentes, podem intervir para potenciar o paciente, ou manejando o ambiente, obtendo melhora de qualidade do morrer<sup>(2-3)</sup>. Similarmente ao anterior,

a qualidade do morrer dependerá de fatores sociais e espirituais próprios do paciente, porém, também de fatores dependentes da qualidade dos cuidados<sup>(3)</sup>, relacionados aos custos econômicos, acessibilidade e qualidade da comunicação paciente/equipe de saúde. Por outro lado, nos processos de cuidado, inclui-se o manejo de sintomas como a dor, a alimentação, a constipação e outros. Adicionalmente, a preparação para a morte constitui outro elemento necessário para obter qualidade no processo de morrer.

Os esforços realizados no Chile, para melhorar a qualidade de vida da pessoa com câncer avançado, incluem a implementação do Programa Alívio da Dor e Cuidados Paliativos, desde 1995, e, também, a sua incorporação como patologia GES (Garantias Explícitas em Saúde<sup>(4)</sup>). Porém, os sucessos do Programa que, por mais de 10 anos vem sendo desenvolvido no país, têm sido avaliados principalmente através de meios quantitativos, sem avaliar claramente a qualidade dos cuidados, os fatores relacionados e qual é a sua repercussão no processo de morrer, sob a perspectiva do paciente e da família.

A qualidade de vida das pessoas registradas no Programa de Alívio da Dor foi avaliada recentemente no Chile<sup>(5)</sup>, tendo resultados pouco satisfatórios no que respeita à manutenção dessa, sem chegar a aprofundar nos últimos momentos de vida pelas frágeis condições em que se encontravam os pacientes e, como consequência, não aprofundando nos aspectos necessários de conhecer para ajudar, na preparação do processo de morrer.

Conhecer a qualidade do processo de morrer na pessoa com câncer, avaliado através da experiência informada pelos demais, depois da morte, poderia ajudar a identificar quais são os aspectos importantes para a pessoa durante o seu processo de morrer, quais são os fatores que se encontram relacionados à qualidade do morrer e como foi percebido o cuidado recebido, de modo a guiar as intervenções sanitárias que melhorem esse cuidado.

No Chile, não existem trabalhos publicados em torno da qualidade de morrer na pessoa com câncer, e, por essa razão, o propósito deste estudo foi conhecer a qualidade do processo de morrer das pessoas com câncer e os fatores relacionados que permitam avaliar, indiretamente, os programas de apoio nessa área.

## Material e método

Estudo de tipo descritivo, retrospectivo e correlacional, sobre pessoas falecidas de câncer,

informado através de pessoas significativas, no Serviço de Saúde Concepción, Chile, durante o ano 2004. Foi revisado e aprovado, para a sua realização, pelo Comitê de Ética de Investigação da Faculdade de Medicina da Universidade de Concepción, e incluiu resguardos éticos que tiveram relação com o consentimento informado, explicação do objetivo do estudo, a solicitação para participar de uma entrevista, reconhecendo o direito de suspender, em qualquer momento, sem prejudicar a sua atenção de saúde, contemplando assistência necessária ao familiar que estivesse sendo prejudicado em sua integridade emocional. Foi-lhes informado, ademais, que os benefícios obtidos do estudo, para a prática sanitária, seriam recebidos por pessoas e familiares que podem estar na mesma situação.

Universo e amostra: do registro do Serviço de Saúde Concepción do ano 2004 foram informadas 702 mortes por câncer. Desse total, excluíram-se os menores de 18 anos e os domiciliados fora da comuna de Concepción, ficando 277 pessoas para fazer parte da amostra. Delas, 60% (155) não puderam ser localizadas pelo fato de o endereço estar incompleto ou incorreto. Dos endereços conseguidos, em 6,8% (19) não se encontrou ninguém em casa, 7,5% das pessoas localizadas (21) recusou responder por motivos diversos. A amostra, depois do explicitado anteriormente, ficou conformada com 28% do total do universo, correspondente a 78 pessoas que aceitaram participar e cuja característica principal era ter acompanhado, a maior parte do tempo, a pessoa falecida, durante a sua doença, e à qual se denominou pessoa significativa.

A entrevista foi aplicada de 2 a 22 meses posteriores à morte (tempo que os pesquisadores empregaram em contatar as pessoas e realizar as entrevistas), com a pessoa significativa, em seu domicílio. O critério para ser considerada pessoa significativa foi de acordo com o tema estudado<sup>(3)</sup>, e incluiu todas aquelas pessoas que permaneceram cuidando da pessoa falecida, durante a maior parte do tempo da doença. Excluíram-se familiares dos usuários que não aceitaram participar do estudo; pessoas menores de 18 anos e aquelas com baixa capacidade intelectual.

Durante a entrevista no lar, investigou-se o sucedido nos últimos sete dias de vida, segundo o questionário original e o modelo conceitual dos autores<sup>(3)</sup>, aplicando dois questionários: o questionário de qualidade do processo de morrer e a morte (QODD), e o questionário de qualidade da comunicação usuário/equipe de saúde<sup>(3)</sup>. O primeiro instrumento abarcou as características sociodemográficas e 6 dimensões que permitiram

medir a qualidade do processo de morrer (QPM), incluindo os sintomas e cuidado pessoal, preparação para a morte, momento da morte, permanência com a família, preferências de tratamento e preocupação pela pessoa como um todo. Cada dimensão verificava dois aspectos: o primeiro solicitava a frequência com a qual a pessoa experimentou essa situação e, a segunda, como relacionava tal situação à qualidade do processo de morrer.

O questionário de qualidade da comunicação usuário/equipe de saúde<sup>(3)</sup> permitiu conhecer como os familiares da pessoa falecida avaliavam a qualidade da comunicação com a equipe de saúde e a satisfação do cuidado. Em ambos, a maior pontuação representa melhor qualidade.

Aplicou-se uma prova piloto para determinar a validade e confiabilidade de ambos os questionários, e, também, avaliar a compreensão e clareza das perguntas, em pessoas significativas dos pacientes falecidos, por câncer, em consultórios de saúde, distintos do centro onde se realizou o estudo. Logo após, foram realizadas mudanças em algumas das perguntas para melhorar a sua compreensão. A confiabilidade foi avaliada através do coeficiente de confiabilidade alfa de Cronbach, resultando 0.87 para o primeiro instrumento e 0.91 para o segundo. Analisaram-se os dados através do programa estatístico SPSS 11.0, usando-se a distribuição de frequências, medidas de tendência central e dispersão. Para poder estabelecer a relação entre as variáveis, utilizou-se a estatística inferencial, com análise de correlação paramétrica: t de student e ANOVA, "r" de Pearson e não-paramétrico e correlação de Spearman. Aceitou-se como valor estatisticamente significativo  $p < 0,05$ .

## Resultados

O perfil sociodemográfico das pessoas falecidas correspondeu a 70% das pessoas maiores de 65 anos, o que concorda com a maior porcentagem de pessoas que, no âmbito nacional, apresentam diagnóstico de câncer. Desse total, 51% eram mulheres, 94% expressaram alguma prática religiosa e/ou espiritual, 61% percebia como regular a má a sua situação econômica e 64% havia recebido atenção no programa de Alívio da Dor e Cuidados Paliativos.

Ao analisar a variável dependente qualidade do processo de morrer (QPM), medida através do questionário QODD, observou-se distribuição quase normal, com alta confiabilidade (alfa de Cronbach=0,87).

Os resultados da QPM total, numa escala de 0 a 100, em que resultados mais altos indicam melhor qualidade ao morrer, variaram de 40 a 99,2 pontos, com média de 74,9 e desvio padrão de 13,8 pontos. Esses resultados se assemelham aos obtidos<sup>(3)</sup> nos Estados Unidos, os quais variaram de 26 a 99,6 pontos.

Os resultados das 6 dimensões que compõem o questionário QODD estão apresentados na Figura 1.

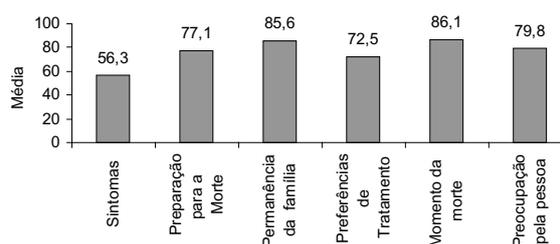


Figura 1 - Valores médios nas dimensões da qualidade do processo de morrer

A Figura 1 mostra que, das 6 dimensões constituintes, a maior QPM constitui daquela experiência relacionada à permanência da família (85,6) e aquela relacionada ao momento da morte (86,1). A pontuação mais baixa de QPM foi obtida (56,3) na dimensão sintomas e cuidado pessoal.

A respeito do gênero e idade, não se encontrou associação significativa à QPM, nem tampouco com as experiências religiosas e espirituais.

A participação no Programa de Alívio da Dor e Cuidados Paliativos não se relacionou à melhor QPM. Aqui, a qualidade da comunicação usuário/equipe de saúde e satisfação do cuidado se relacionou à melhor QPM.

A respeito da estrutura de cuidados, o aspecto conformidade com a frequência de atenção se relacionou à melhor QPM.

O conhecimento do diagnóstico e prognóstico se relacionou à melhor QPM e o lugar de falecimento referiu-se, significativamente, à QPM, obtendo melhores pontuações as pessoas que faleceram em seu lar, do que aquelas que faleceram no hospital ou outra instituição.

Em relação aos sintomas físicos e cuidado pessoal que se relacionaram com a QPM, esses foram: ter controle sobre as complicações, ter a dor sob controle, ter energia ou força para fazer a maioria das coisas que desejou e poder se alimentar, em ordem de prioridade.

Os aspectos da preparação para a morte que se relacionaram à QPM foram sentir-se em paz com a sua morte e não ter medo de morrer.

A respeito da presença da família, como dimensão global, se relacionou melhor à QPM, especialmente o passar do tempo com o parceiro ou esposo e não estar só.

O fator preocupação da pessoa como um todo, rir e sorrir frequentemente ajudou as pessoas a ter melhor QPM.

Outro aspecto que se relacionou à melhor QPM foi encontrar significado e propósito para sua vida. Não se encontrou diferença significativa na avaliação da CMP, segundo o período de tempo transcorrido entre a morte e a sua medição, características dos entrevistados, a sua relação com o falecido e o tempo que passou acompanhando a pessoa antes de falecer.

## Discussão

A respeito dos resultados obtidos nas 6 dimensões da qualidade do processo de morrer, coincide<sup>(6)</sup>, na dimensão sintomas e cuidado pessoal, à variável que apresenta pontuação mais baixa, influenciando não só na qualidade de vida, mas também no curso da doença. Estudos<sup>(7)</sup> mostram que os sintomas estão associados ao estresse crônico, caracterizados por ativação dos sistemas neuroendócrino e hipotalâmico, que piorariam muitos sintomas comuns no paciente com câncer, gerando repercussões não só na qualidade de vida ao final da vida, mas em seu prognóstico.

Por outro lado, as diferenças de pontuações nas dimensões da QPM são esperáveis, já que a doença segue inevitavelmente seu curso, apresentando cada vez mais sintomas<sup>(8)</sup>.

Esperava-se encontrar relação entre a variável idade e a QPM, não ocorrendo assim, provavelmente porque o impacto de enfrentar o processo de morrer em idades intermediárias da vida ou naquelas que ainda não se tem concluído com o ciclo vital, pode ser maior, afetando a QPM<sup>(9)</sup>.

Não se encontrou diferenças significativas segundo o gênero das pessoas, distinto de outros autores<sup>(10)</sup>, que identificam que a mulher sofre maiores transtornos diante de situações de sofrimento, correspondendo talvez a situações em que o homem não se permite expressar socialmente seus sentimentos. Porém, mostrou-se similar a outros estudos<sup>(3)</sup>, que tampouco encontraram associação com essa variável. Reconhecendo a existência de diferenças na expressão de sentimentos, relacionadas ao gênero, parece que o processo de enfrentar a morte se vive da mesma forma.

As experiências religiosas e espirituais não se associaram à QPM. Esses resultados são contrários ao

marco teórico utilizado<sup>(2)</sup> e com estudos<sup>(11-12)</sup> que mostram a importância das crenças na promoção da qualidade de vida no processo de morrer, assim como para propiciar mais serenidade e dignidade antes da morte.

A participação num Programa de Alívio da Dor e Cuidados Paliativos não se relacionou à melhor QPM. Coincidente com autores<sup>(13)</sup>, que mediram a qualidade de vida ao final da vida em dois grupos, não encontrando diferenças significativas. Porém, considerando que a maioria das pessoas obteve pontuações altas na qualidade do processo de morrer, poderia sugerir que o Programa de Alívio da Dor e Cuidado Paliativo estaria cumprindo o princípio de justiça, já que os pacientes inscritos no programa tinham recebido, através desse, o apoio necessário, compensando, dessa forma, suas necessidades assistenciais.

As variáveis qualidade da comunicação usuário/equipe de saúde e satisfação do cuidado se relacionaram à melhor QPM, coincidindo com numerosos autores<sup>(2-3,14)</sup>. Isso tem transcendência clínica, confirmando a teoria<sup>(2)</sup> que mostra que o fato de se estar perto da equipe de saúde, através de boa comunicação, poderia proporcionar elementos para enfrentar a situação que favoreceria melhor QPM. Investigações<sup>(15-17)</sup> coincidem quanto ao aspecto de se refletir sobre o cuidado realizado pelos profissionais, seja técnico-científico ou outro de compromisso com as pessoas, denominado, também, em pesquisas<sup>(16)</sup> como poder do cuidado humano baseado no amor; ou como a oposição à distanásia<sup>(17)</sup> nas pessoas que têm câncer, que implicaria favorecer a escuta ativa, para reconhecer os problemas dos pacientes em seus diversos aspectos: físicos, sociais, psicológicos e espirituais. Assim, seriam propostas soluções em conjunto com a família, aprofundando a comunicação com ela e enfatizando os cuidados ao final da vida. Para que possa se gerar boa comunicação é necessário que a equipe de saúde possua habilidades especiais para enfrentar ditos temas, tais como as formas de *coping*<sup>(18)</sup>. O que revelaria a necessidade de se identificar estratégias de apoio para os profissionais que atendem esses doentes<sup>(19)</sup>. Por outro lado, pode existir, dentro da equipe, integrantes que tenham maior ou menor habilidade de comunicação com o paciente e a família. Sobre isso se deve considerar que não importa quem outorgue esse tipo de cuidado, ou quem percebe esse tipo de necessidades nos pacientes, o que importa é que a mesma seja conhecida por toda a equipe de saúde, para que o paciente receba os melhores cuidados.

Na estrutura de cuidados, o aspecto conformidade com a frequência de atenção se relacionou com melhor

QPM, isso sugere que quanto mais acompanhados estejam os pacientes e suas famílias da equipe de saúde mais tranquilos e seguros se sentem, recebendo assim a informação necessária para poder controlar os problemas ou imprevistos. Isso se relaciona também à satisfação do cuidado que sugere existência não só de qualidade, mas da quantidade na atenção para obter melhor QPM.

Conhecer o diagnóstico e o prognóstico se relacionou com melhor QPM. Esse aspecto é considerado elemento relevante e um dos dilemas éticos mais importantes em pacientes com câncer terminal. Dizer a verdade sobre o diagnóstico implica respeito pela autonomia do paciente, o que nem sempre ocorre, geralmente, por paternalismo mal-entendido, ou por pressões familiares, como se pode comprovar nesta pesquisa, onde 32,1% nunca soube o diagnóstico e/ou prognóstico. E isso consta, também, em porcentagem maior em outros estudos<sup>(5)</sup>. Não é menos certo que conhecer o diagnóstico poderia gerar no paciente um aumento da ansiedade, que poderia ser enfrentado com o apoio de sua família e pessoas significativas (98% deles as têm<sup>(5)</sup>), por outro lado, o efeito da informação incompleta sobre o ajuste psicológico poderia persistir até o momento da morte. Alguns autores referem<sup>(11)</sup> que os medos e ansiedades, gerados pela conspiração do silêncio, podem diminuir quando compartilhados com a equipe, ajudando assim a elaborar a perda<sup>(11-20)</sup>.

Por esses achados também pode-se supor que, conhecendo o seu diagnóstico e prognóstico, as pessoas poderiam ter percorrido melhor essas etapas do duelo<sup>(1)</sup>, chegando provavelmente à aceitação. Isso não quer dizer que todos os pacientes devam ou estejam preparados para conhecer a sua situação de diagnóstico e prognóstico, sugerindo-se<sup>(21)</sup> avaliar primeiramente o contexto cultural, pois a transgressão desse pedido poderia chegar a prejudicar irreversivelmente a relação com a equipe de saúde. Por outro lado, os pacientes que nunca souberam, ou pelo menos manifestaram abertamente que não sabiam de sua condição terminal, puderam viver esse processo numa parede de silêncio, que, de alguma maneira, pode se manifestar em pontuações significativamente mais baixas na sua QPM.

A respeito do achado sobre morrer no lar e melhor QPM, há coincidência<sup>(22)</sup> na conclusão de que é possível ajudar as pessoas a falecer em seu lar, porém, é necessário dispor de recursos humanos e físicos adequados e equitativos para o cuidado no lar, posto que podem existir níveis de atenção pobremente dotados e, apesar de as pessoas manifestarem seu desejo de morrer no lar, nem

todas o conseguem, por fatores como: informação sobre a doença, situação sintomática e funcional, capacidade de reação frente a imprevistos, confiança nas equipes assistenciais, adaptação emocional e suporte familiar, que devem ser considerados para serem facilitadores desse desejo dos pacientes e de quem deles cuida. Esse aspecto também se associa a outro estudo<sup>(23)</sup>, quando mostra que a utilização do referencial humanístico pode ajudar a proporcionar ao paciente com câncer e à sua família melhor qualidade de vida.

Em relação aos sintomas físicos e cuidado pessoal que se relacionaram à QPM, cabe destacar que a maioria das pessoas apresentou bom controle da dor, porém, os resultados desta pesquisa confirmaram a importância de se avaliar adequadamente os sintomas para tratá-los oportunamente e, ainda, atuar preventivamente diante desses. Concorda, também, com alguns autores<sup>(13)</sup>, quando concluem que os programas de cuidados paliativos devem estar principalmente dirigidos para intervenções específicas do manejo dos sintomas, ou dos problemas que possam ser apresentados, para melhorar a qualidade de vida no final da vida. Sustenta-se<sup>(18)</sup> que o controle de sintomas depende da qualidade de cuidados que possam brindar o médico e a enfermeira e, esses, por sua vez, da capacidade e interesse que tenham; porém, muitas vezes se veem limitados pela falta de preparo em sua formação de graduação ou pós-graduação em relação ao processo de morrer<sup>(18)</sup>.

Sentir-se em paz com a morte e não ter medo de morrer se relacionaram à QPM, evidentemente que medir esses aspectos sugere que o paciente tenha manifestado, sutil ou abertamente, no momento de sentir a morte próxima. Isso permite deduzir que, ao contrário do que ainda se pensa, conhecer o prognóstico final permite às pessoas manifestar suas últimas intenções, resolver seus assuntos pendentes, despedir-se e viver assim o processo de morrer com melhor qualidade. Esses aspectos se relacionaram ao conhecimento do diagnóstico e prognóstico, confirmando o dito anteriormente.

A presença da família se relacionou com melhor QPM, especialmente o fato de passar o tempo com o parceiro ou esposo, apoiando a teoria<sup>(2)</sup> e estudos a respeito<sup>(3)</sup>, que justificam que as pessoas passem os últimos dias em casa, acompanhados de seus entes queridos.

O fator rir e sorrir frequentemente ajudou as pessoas a ter melhor QPM, reafirmado também em outras pesquisas<sup>(11)</sup> que mencionam que as intervenções alternativas, entre elas rir, promovem melhor qualidade de vida durante o processo de morrer.

Encontrar significado e propósito à sua vida foi fator de melhor QPM, revestindo grande importância já que reflete um componente espiritual esperançoso, que não necessariamente seja a possibilidade de continuar vivendo, mas que implica aspectos mais profundos dessa e que se fazem congruentes com a teoria<sup>(2)</sup> a respeito da presença de recursos de enfrentamento que podem ser estimulados, para ajudar a enfrentar situações tão estressantes como um diagnóstico de morte. Algumas investigações mostram<sup>(15)</sup>, através dessa visão, que é permitido alcançar o sentido do indivíduo com câncer no processo de morte, não como algo terminado, mas como um ser com possibilidades, mesmo frente à situação factual como é a convivência com a fatalidade.

Às equipes de saúde se requer que estejam conscientes desses aspectos já que, através da utilização de terapias alternativas, se pode complementar os cuidados, potenciando aspectos que não se conseguem com terapias convencionais<sup>(11-16)</sup>.

## Conclusões

O presente estudo permitiu iniciar um corpo de conhecimentos sobre a forma como as pessoas chegam à etapa final da vida. Os resultados, para essas pessoas que faleceram de câncer, refletem que melhor qualidade do processo de morrer se relaciona principalmente com o controle dos sintomas, em especial a dor e a fadiga. Esse processo de morrer deveria se desenvolver no contexto do lar com cuidadores significativos, capacitados e acompanhados permanentemente pela equipe de saúde, e que saibam onde recorrer para obter respostas eficazes. Faz-se necessário avaliar as capacidades de

cuidados das famílias, já que não estão em condições de atender as necessidades ou sintomas que poderiam se apresentar, sobretudo nos últimos momentos da vida, e a qualidade do morrer poderia se deteriorar consideravelmente. Isso implica, para as equipes sanitárias, permanente monitoramento e capacitação dos cuidadores em suas casas, entendendo que as demandas de cuidado aumentam consideravelmente nos últimos dias de vida.

Conclui-se que as equipes paliativas têm necessidade de desenvolver clima propício para a expressão de sentimentos, de acompanhamento, de oferta de cuidado humano, que permita o diálogo aberto, resolução de conflitos pendentes no paciente, expressão de desejos e tarefas próprias do fim da vida. As equipes de saúde possuem papel significativo nessa etapa, em especial a enfermagem, por ser responsável pela administração de cuidados, quer para o paciente quer para a família, requerendo para isso preparação especializada no manejo do final da vida que contenha aspectos físicos, psicológicos, espirituais e culturais, sendo esse aspecto talvez o que maior impacto provoque a médio e longo prazo, para lograr a qualidade na atenção paliativa e terminal, propiciando melhor qualidade no processo de morrer.

A medição da QPM constituiu um desafio metodológico, tendo obtido resultados que confirmam o constructo em vários aspectos. Devido ao fato de não ser possível avaliar as experiências do paciente do processo de morrer, depois da morte, foi necessário avaliar esse processo utilizando a memória das pessoas significativas que o acompanharam no momento final.

## Referências

1. Kübler-Ross E. Attitudes toward death and dying. In: Kübler-Ross E. *On Death and Dying*. New York: Macmillan Publishing; 1969. p. 25-50.
2. Lazarus R, Folkman S. *Estrés y Procesos Cognitivos*. 2<sup>da</sup> ed. Barcelona: Ed. Martínez Roca; 1986.
3. Patrick D, Engelberg R, Curtis R. Evaluating the Quality of Dying and Death. *J Pain Symptom*. 2001 September; 22(3):717-26.
4. Ministerio de Salud (CH). *Guía Clínica Alivio del dolor por Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos*. Santiago (CH): Minsal; 2005.
5. Sanhueza O, Valenzuela S, Barriga O, Espinoza M, Torres A. y col. [Asbtrac]: Quality of life in patients admitted to the Nacional Pain Relief and Palliative Care Program in Chile. In: 15th Annual Conference of the International Society for Quality of Life. 2008. Octo 22-25 Montevideo, Uruguay; 2008. p. 276.
6. Liebieskind J. Pain can kill. *Pain*. 1991 January; 44(1):3-4.
7. Lenz ER, Suppe F, Gift AG, Pugh LC, Milligan RA. Collaborative development of middle-range nursing theories: toward a theory of unpleasant symptoms. *ANS Adv Nurs Sci*. 1995 January; 17(3):1-13.
8. Coelho FMR, Sawada NO. A fadiga nos pacientes com câncer de laringe. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 1999;7(5):103-8.
9. Sason F, Girgis A, Boyes A, Bonevski B, Burton L, Cook P. The unmet supportive care needs of patients with cancer. *Cancer*. 2000 January; 88(1):226-37.
10. Kaufmann AE. *Los enfermos frente a su cáncer. La enfermedad grave. Aspectos Médicos y Psicosociales*. Madrid: Interamericana- McGraw Hill; 1989.
11. Elías ACA, Giglio JSP, Cibele AM. Análisis de la naturaleza del dolor espiritual presentado por pacientes terminales y el proceso de elaboración de un nuevo significado a través de la intervención de relajamiento, imágenes mentales y espiritualidad (RIME). *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008;16(6):959-65.

