

LUCIANA MARTINS DA ROSA

**O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO
DA PESSOA COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER**

**FLORIANÓPOLIS
2007**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

LUCIANA MARTINS DA ROSA

**O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DA
PESSOA COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER**

**FLORIANÓPOLIS
2007**

LUCIANA MARTINS DA ROSA

**O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DA
PESSOA COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

Orientadora: Prof^ª.Dr^ª. Vera Radünz

**FLORIANÓPOLIS
2007**

© *Copyright* 2007 – Luciana Martins da Rosa.

Ficha Catalográfica

R222c Rosa, Luciana Martins da
O cuidado de enfermagem no itinerário terapêutico da pessoa com diagnóstico de câncer [dissertação] / Luciana Martins da Rosa — Florianópolis (SC): UFSC/PEN, 2007.
118p.; il.

Inclui bibliografia.

1. Enfermagem – Cuidado. 2. Oncologia. 3. Câncer – Tratamento. I. Autor.

CDD 22ed. – 616.994

Catalogado na fonte por Lidyani Mangrich dos Passos – CRB14/697 – ACB439.

LUCIANA MARTINS DA ROSA

**O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DA
PESSOA COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 09 de novembro de 2007, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade**.

Dr^a Marta Lenise do Prado
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:

Dr^a Vera Radünz
Presidente

Dr^a Maria da Graça Corso da Mota
Membro

Dr^a Ana Izabel Jatobá de Souza
Membro

Dr^a Regina Gema Santini Costenaro
Membro Suplente

Dr^a Evangelina K. Atherino dos Santos
Membro Suplente

Dedicatória

Como é bom poder dedicar este momento tão especial a vocês meus pequeninos, Thaís e Bernar e a vocês meus pais, Rosária e Antônio Carlos. Vocês sabem quanto esforço foi necessário e o quanto foi importante este trabalho em minha vida, ou melhor, em nossas vidas.

Amo tanto vocês! Obrigada por estarem sempre ao meu lado, mesmo que a distância muitas vezes nos separe.

Agradecimentos

Agradeço a minha orientadora Professora Doutora Vera Radünz, por ter me tratado com amizade e paciência, com cuidado e conforto e principalmente por ter me ensinado a elaborar, desenvolver e escrever esta dissertação. Muito obrigada minha mestre!

Agradeço a Enfermeira, amiga e doutoranda Silvana Romagma Marcelino, por ter me levado para Oncologia, por ter me incentivado a ingressar no Curso de Mestrado e por ser um exemplo de enfermeira para mim.

Agradeço a Enfermeira, amiga e doutoranda Nen Nalú Alves das Mercês por ter me auxiliado inúmeras vezes a pensar e a fazer.

Agradeço as pessoas com diagnóstico de câncer e a profissão de Enfermagem por terem me ajudado a realizar este estudo, mas principalmente por me ensinarem o que os livros e os professores não ensinam.

Agradeço as minhas amigas tão queridas, Jacqueline, Carmem, Lílian, Andréa e Dona Maria Helena pelo incentivo, por me escutarem e principalmente pela amizade, pois há um ditado que diz que nas horas difíceis é que sabemos quem são nossos verdadeiros amigos, e elas não me deixaram só, me ampararam tantas vezes que os dedos são poucos para contar.

Agradeço a minha família e em especial a minha irmã Juliana, meu irmão Walter, meus tios, Glória, Ema, Regina, Carlos Augusto, primos, Lívia, Kabral, Junior, Valéria e Cristina que me estimularam a seguir em frente.

Agradeço ao meu primo Bruno e ao meu amigo Olavo pelos cuidados tecnológicos que salvaram muitas vezes minha dissertação, quando o computador cismava em não funcionar.

Agradeço aos meus avós por terem me dado uma família maravilhosa e por serem tão especiais ao meu coração.

Agradeço a Márcia e a Raquel por cuidarem de mim, dos meus filhos e da minha casa, sem vocês duas eu não teria conseguido.

Agradeço a Direção do Centro de Pesquisas Oncológicas, por ter favorecido minha participação no Curso de Mestrado.

Agradeço aos colegas do Centro de Pesquisas Oncológicas e a outros amigos pelo apoio e incentivo.

Agradeço aos colegas do Curso de Mestrado e do Grupo Cuidando & Confortando por termos compartilhados tantos momentos bons, alegres e de aprendizado.

Agradeço aos Professores do Curso de Mestrado pelos ensinamentos que me auxiliaram a crescer como pessoa e profissionalmente.

Agradeço aos Membros da Banca de Qualificação e da Banca Examinadora por terem aceitado avaliar e contribuir com este estudo.

Agradeço a Deus e aos meus Amigos do céu pelo amparo, proteção, esperança e inspiração.

ROSA, Luciana Martins da. **O cuidado de Enfermagem no itinerário terapêutico da pessoa com diagnóstico de câncer.** 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 120 p.

Orientadora: Dr^a Vera Radünz

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva que objetivou caracterizar os motivos que dificultam a adesão aos cuidados de Enfermagem no itinerário terapêutico da pessoa com diagnóstico de câncer, em tratamento antitumoral ambulatorial. Foram estabelecidos como objetivos específicos, identificar o itinerário terapêutico e a percepção das pessoas com diagnóstico de câncer sobre o cuidado de Enfermagem e refletir com as enfermeiras da Central de Quimioterapia o desenvolvimento da consulta de Enfermagem. A pesquisa foi realizada em uma Instituição de Saúde, do sul do Brasil, especializada no atendimento oncológico, e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da referida Instituição. O referencial teórico utilizado foi a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau, a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem e os Sistemas de Cuidados à Saúde do antropólogo Arthur Kleinman. A coleta de dados foi realizada no período de outubro de 2006 a junho de 2007. Utilizou-se para o desenvolvimento da mesma a entrevista semi-estruturada, gravada com as pessoas com diagnóstico de câncer em tratamento antitumoral, 06 homens e 07 mulheres e a problematização, com registros em diário de campo com 10 enfermeiras da Central de Quimioterapia. A análise de conteúdo proposta por Bardin foi utilizada para análise dos dados categorizados em itinerário terapêutico das pessoas com diagnóstico de câncer; cuidado de Enfermagem e significados do conforto. Os achados deste estudo mostraram que os cuidados de Enfermagem são incorporados parcialmente ao itinerário terapêutico da pessoa com diagnóstico de câncer. Esta incorporação parcial se deve ao fato da sistematização dos cuidados de Enfermagem ser desenvolvida de forma empírica e sem padronização entre os pares. Faz-se, portanto necessário, um movimento pautado na educação permanente para incorporação da sistematização dos cuidados de Enfermagem como filosofia de cuidado e para o cuidado. Este estudo poderá auxiliar no planejamento do cuidado de Enfermagem, na qualidade e eficácia do cuidado e no bem-estar da pessoa com diagnóstico de câncer em tratamento antitumoral.

Palavras-chave: Cuidado. Enfermagem. Oncologia.

ROSA, Luciana Martins da. **El cuidado de enfermería en el itinerario terapéutico de la persona con el diagnóstico del cáncer**. 2007. Disertación (Maestría em Enfermería) – Programa de Pós-Graduação em Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 120 p.

Orientadora: Dr^a Vera Radünz

RESUMEN

Se trata de una investigación cualitativa exploratoria-descriptiva, cuyo objetivo fue caracterizar los motivos que dificultan la adhesión a los cuidados de Enfermería en el itinerario terapéutico de una persona con diagnóstico de cáncer, en el tratamiento antitumoral ambulatorio. Fueron establecidos como objetivos específicos, identificar el itinerario terapéutico y la percepción de las personas con diagnóstico de cáncer sobre el cuidado de Enfermería y reflexionar con las enfermeras de la Central de Quimioterapia el desarrollo de la consulta de Enfermería. La investigación fue realizada en una Institución de Salud, del sur de Brasil, especializada en la atención oncológica, y fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la propia Institución. El referencial teórico utilizado fue la Teoría de las Relaciones Interpersonales, de Hildegard Peplau; la Teoría del Autocuidado, de Dorotea Orem y los Sistemas de Cuidados a la Salud, del antropólogo Arthur Kleinman. La compilación de los datos fue realizada en el período de octubre de 2006 a junio de 2007. Para el desarrollo de la investigación, se utilizó entrevista semi-estructurada, grabada con personas con diagnóstico de cáncer en tratamiento antitumoral (06 hombres y 07 mujeres) y la problematización, con registros en diario de campo con 10 enfermeras de la Central de Quimioterapia. El análisis del contenido propuesto por Bardin fue utilizado para análisis de los datos categorizados en itinerario terapéutico de las personas con diagnóstico de cáncer; cuidado de Enfermería y significados del confort. Los hallazgos de este estudio muestran que los cuidados de Enfermería son incorporados parcialmente al itinerario terapéutico de la persona con diagnóstico de cáncer. Esta incorporación parcial se debe al hecho de que la sistematización de los cuidados de Enfermería está siendo desarrollada de forma empírica y sin estandarización entre los pares. Por lo tanto, se hace necesario un movimiento pautado en la educación permanente para la incorporación de la sistematización de los cuidados de Enfermería como filosofía de cuidado y para el cuidado. Este estudio podrá auxiliar en el planeamiento del cuidado de Enfermería, en la cualidad y eficacia del cuidado, teniendo en vista el bien-estar de la persona con diagnóstico de cáncer en tratamiento antitumoral.

Palabras-Clave: Cuidado. Enfermería. Oncología.

ROSA, Luciana Martins da. **The nursing care in to therapeutical itinerary of the person with diagnosis cancer.** 2007. Dissertation (Masters Degree in Nursing) – Post Program in Nursing, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 120 p.

Orientadora: Dr^a. Vera Radünz

ABSTRACT

This research is a descriptive exploratory qualitative study, which objectified to characterize the reasons that make it difficult the adhesion to the Nursing care in the therapeutical itinerary of the person with cancer diagnosis, in ambulatory cytotoxic drugs treatment. We established as specific objective to identify the therapeutical itinerary and the perception of the people with diagnosis of cancer on the Nursing care and to reflect with the nurses of the Central office of Chemotherapy the development of the consultation of Nursing. The research was carried in an Institution of Health, of the south of Brazil, specialized in the oncology attendance and was approved by the ethics committee in search of that institution. The used theoretical referencial was the Theory of the Interpersonal Relations of Hildegard Peplau, the Theory of the auto care of Dorothea Orem and the Systems of Cares to the Health of the anthropologist Arthur Kleinman. For collection of the data half-structured interview was used, recorded and the problematic, with registers in daily of field. The content analysis propose by Bardin was used for the analysis of the data. The findings of this study show that the Nursing care is partially incorporated the therapeutical itinerary of the person with cancer diagnosis. This partial incorporation in fact due of the systematization of the Nursing care be developed of empirical form and without standardization between the pairs. One becomes therefore necessary, a movement guide in the permanent education for incorporation of the systematization of the Nursing care as care philosophy and for the care. This study it will be able to assist in the planning of the Nursing care, in the quality and effectiveness of the care, aiming at always well-being of the person with diagnosis of cancer in cytotoxic drugs treatment.

Key-Words: Care. Nursing. Oncology.

LISTA DE SIGLAS

- CEP** - Comitê de Ética em Pesquisa.
- CEPON** – Centro de Pesquisas Oncológicas.
- COFEN** – Conselho Federal de Enfermagem.
- INCA** - Instituto Nacional do Câncer.
- INPS** - Instituto Nacional de Previdência Social.
- MS** - Ministério da Saúde.
- NANDA** - North American Nursing Diagnosis.
- OMS** - Organização Mundial da Saúde.
- QT** – Quimioterapia.
- SAE** - Sistematização da Assistência de Enfermagem.
- SCE** – Sistematização do Cuidado de Enfermagem.
- SES** – Secretaria de Estado da Saúde.
- SESP** - Serviço Especializado de Saúde Pública.
- SOC** - Subjetivo, Objetivo e Conduta.
- SUS** - Sistema Único de Saúde.
- TCLE** - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- UFSC** – Universidade Federal de Santa Catarina.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO À TEMÁTICA	12
1.1 Pergunta de Pesquisa	18
1.2 Objetivo Geral.....	18
1.3 Objetivos Específicos.....	18
2 RECORTES DA LITERATURA	20
3 MARCO REFERENCIAL	32
3.1 Teoria das Relações Interpessoais.....	33
3.2 Teoria do Autocuidado	34
3.3 Sistemas de Cuidados à Saúde	36
3.4 Conceitos Norteadores.....	39
4 METODOLOGIA	43
4.1 Método da pesquisa.....	43
4.2 Cenário da pesquisa.....	44
4.3 Sujeitos da pesquisa.....	45
4.4 Cuidados éticos.....	46
4.5 Coleta de dados.....	46
5 ANÁLISE DOS RESULTADOS E ALCANCE DOS OBJETIVOS	50
5.1 Itinerário terapêutico das pessoas com diagnóstico de câncer.....	52
5.2 Cuidado de Enfermagem.....	65
5.3 Significados do conforto.....	77
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
7 RECOMENDAÇÕES	85
REFERÊNCIAS	87
ANEXOS	93
APÊNDICES	107

1 INTRODUÇÃO À TEMÁTICA

(...) é assim que, agora aquele longo período de doença me aparece: sinto como se, nele, eu tivesse descoberto de novo a vida, descobrindo a mim mesmo, inclusive. Provei todas as coisas boas, mesmo as pequenas, de uma forma como os outros não as provam com facilidade. E transformei, então, minha vontade de saúde e de viver numa filosofia.
(Nietzsche)

O ser humano convive ao longo de sua trajetória de vida com a saúde e com a doença, construindo e adquirindo conhecimentos através do viver e do conviver consigo mesmo e com os outros, assim surgem os itinerários terapêuticos, as escolhas de cuidados à saúde.

O itinerário terapêutico existe desde tempos remotos. Enfrentar as doenças faz parte do cotidiano, para tanto, o ser humano desenvolve diversas estratégias no processo saúde-doença. O cotidiano representa o cenário de base para o estudo dos itinerários terapêuticos, pois os tratamentos das doenças são construções individuais e sociais que se materializam nos pequenos jogos sociais, reconhecidos como trama social (LEITE; VASCONCELLOS, 2006).

Desta forma, para compreendermos as escolhas de cuidado de cada indivíduo é necessário também compreendermos, como afirmam Scholze e Silva (2005), que as formas de cuidados são adotadas a partir da rede de relações do indivíduo com os familiares, vizinhos, terapeutas populares, organizações religiosas e dos próprios serviços de saúde.

Então, estar doente não inclui somente a experiência pessoal do problema de saúde, mas também o significado que o indivíduo confere a ela, o que inclui etiologia, curso e duração dos sintomas, diagnóstico e formas de tratamento. As escolhas terapêuticas que os indivíduos fazem são frutos de operações racionais, baseadas em uma lógica econômica e da avaliação custo-benefício (SCHOLZE; SILVA, 2005).

A escola da vida mostra que viver é construir um itinerário, e como este estudo envolve a pessoa com diagnóstico de câncer, considero que no enfrentamento deste diagnóstico, o itinerário é cheio de cores, cores frias muitas vezes, mas que se matizam na trajetória da doença.

O pensamento a seguir é descrito por Rubem Alves no livro *As cores do crepúsculo: a estética do envelhecer* (2001, p.168): “Se durante o dia o vôo dos pássaros parece sempre sem destino, à noite dir-se-ia reencontrar sempre uma finalidade. Voam para alguma coisa. Assim, talvez, na noite da vida...”.

Rubem Alves compara este pensamento ao caminhar da vida e ao percurso para a conquista da sabedoria através do envelhecimento e da chegada da morte. Relacionando este pensamento a um viver com câncer, pode-se dizer que este viver leva o ser, em passos acelerados, “à noite da vida...”, mesmo que a morte não se apresente.

O envelhecer e/ou a vivência, independente da idade e a sabedoria proveniente do itinerário da pessoa com diagnóstico de câncer, são marcantes para o ser e para quem o vivencia.

O ser e o pensamento flutuam ao sabor da luz. Ao meio-dia o céu é um lago-espelho de ágata azul. Nada se move. O tempo não existe. Tudo é eterno. Ao crepúsculo, entretanto, o lago imóvel se transforma em rio. Rapidamente as cores se sucedem, o azul vira amarelo, o amarelo passa ao verde, ao rosa, ao laranja, ao vermelho, ao roxo, para, finalmente, mergulhar em cachoeira no negro da noite: “*Tempus fugit*”. (ALVES, 2001, p. 61)

O tempo passa, “*Tempus fugit*”, e a vida é curta, “*Carpe diem*”, é por este motivo que devemos aproveitar a vida enquanto podemos (FONSECA, 2006). Imaginemos então, uma pessoa com diagnóstico de câncer. O que pensa sobre esta expressão latina, e as considerações que faz ao refletir sobre o viver e a escolha do itinerário terapêutico a partir do diagnóstico de câncer?

A estimativa sobre o câncer, para o Brasil, no ano de 2006, contabilizou 472 mil novos casos. Os tipos mais incidentes, à exceção de pele não melanoma, câncer de mama e colo uterino no sexo feminino e os de próstata e pulmão no sexo masculino, sendo que a mesma magnitude foi estimada mundialmente. Para o ano de 2020 são estimados pela *Internacional Union Against Cancer* 15 milhões de novos casos no mundo. Vale ressaltar que o câncer é responsável por 12% de todas as causas de óbitos, assim, mais de 7 milhões de pessoas morrem anualmente desta enfermidade (BRASIL, 2006).

O câncer, segunda causa de morte em diversos países, é definido como doença crônico-degenerativa que traz consigo muitos estigmas. O diagnóstico desta patologia pode gerar o sentimento de que a vida jamais será a mesma (GIGLIOTE;

POLICASTRO, 2002 e CARVALHO, 2007), e que viver com câncer significa viver com a incerteza. O significado do diagnóstico de câncer para o indivíduo é pessoal e deriva das experiências anteriores com a doença, com os preconceitos culturais e com as informações da mídia. Para a pessoa com diagnóstico de câncer, o significado e as implicações do diagnóstico evoluem com o tempo e com a experiência, mas a adaptação e a incerteza permanecem como constante desafio (McCRAVY, 2000).

Na dissertação de Silveira (2000) que abordou as narrativas sobre o câncer, a autora revela que todos os informantes destacaram a necessidade de assumir uma postura ou atitude frente à doença, e que esta atitude estaria diretamente relacionada ao 'astral da pessoa'. Por inúmeras vezes pode-se encontrar nesta dissertação referências ao estado depressivo e de esperança, nunca havendo destaque da certeza da cura.

As pesquisas de Mercês (2004, p.60), definem conviver com o câncer como “[...] conviver com um hóspede indesejável, que vai tomando conta da nossa casa, estipulando novos hábitos e rotinas, interferindo no cotidiano e planejando a nossa expulsão, determinando o dia, a hora e a forma como seremos despejados”.

Apesar dos avanços tecnológicos no controle e combate ao câncer, as pesquisas ainda permanecem com a afirmação que o câncer mantém a representação social de sofrimento e de morte. No entanto, os estudos de Mercês (2004) demonstram que a representação social atualmente também inclui a possibilidade de qualidade de vida diante do diagnóstico de câncer.

O diagnóstico de câncer, normalmente modifica os aspectos da vida da pessoa doente e de sua família, pois ocorrem mudanças no estilo de vida, horários, rotinas, estabilidade emocional, planos e sonhos.

Estas mudanças e o convívio com uma doença crônica devem levar à conscientização, desenvolvimento de habilidades e conhecimentos próprios para o enfrentamento eficaz da situação de vida apresentada (FRANCIONI; COELHO, 2004).

Refletindo sobre estas afirmações, cuidar de uma pessoa com diagnóstico de câncer exige profissionalmente habilidades para trabalhar com a representação social existente. Além disto, considero que se faz necessária a atenção às escolhas pessoais, sem esquecer que a educação para o autoconhecimento e autocuidado representa a alavanca para a qualidade de vida tão desejada na atualidade.

Como todo ser humano, a pessoa com diagnóstico de câncer também procura encontrar uma maneira de lidar com o diagnóstico, com a terapêutica prescrita, com os cuidados necessários para com o corpo e a mente, com as restrições que podem surgir nesta fase da vida.

Neste contexto, a Enfermagem destaca-se por cuidar e auxiliar na recuperação das necessidades básicas alteradas, favorecendo o autocuidado e enfocando sempre a qualidade de vida (FONTES; SILVA, 2000) e a saúde.

Segundo Radünz (1999, p. 14):

Saúde é um processo contínuo, com estados situacionais dinâmicos e subjetivos, que permitem ao ser humano o funcionamento nos seus papéis, com prazer. Este funcionar nos seus papéis, depende da percepção de cada ser humano do que seja necessário para tal [...] freqüentemente, a própria doença leva o cliente a viver com mais 'qualidade' de vida e não somente a buscar 'quantidade' de anos de vida. Isto por si só já pode significar um desfrutar de mais saúde.

Nordenfelt (2000) ressalta que saúde não pode ser pré-definida, porque ela está sujeita a definição de um padrão e o padrão oscila de acordo com as situações, com as populações e com os valores.

Somando a reflexão de Nordenfelt (2000) à Antropologia, pode-se dizer que o estado de saúde de uma população é associado ao seu modo de vida e ao seu universo social e cultural que influenciam o pensar e o agir frente aos problemas de saúde. Juntam-se a estas a epidemiologia (abordagem sobre o comportamento dos indivíduos, prevalência e incidência das patologias) e a sociologia da saúde (determinação que exercem os contextos sociais e institucionais sobre as enfermidades e os comportamentos delas decorrentes) (UCHÔA; VIDAL, 1994).

O comportamento individual ou coletivo diante dos problemas de saúde está diretamente relacionado ao universo sócio-cultural específico, e mudanças ocorridas nestes padrões de comportamento só ocorrem se as novas informações/cuidados são compreendidas e incorporadas aos hábitos diários, isto é, se enraízam através de programas de educação e de planejamento (UCHÔA; VIDAL, 1994).

Para o alcance deste objetivo, destaco a Enfermagem como profissão que atua direta e continuamente com as pessoas, favorecendo a educação à saúde.

Na Oncologia, a educação à saúde permeia o dia-a-dia profissional por lidar com uma doença crônica e com as necessidades contínuas das pessoas, seja de ordem física, emocional ou informativa.

Ressalto uma citação de Gigliote e Policastro (2002, p. 114) que diz que ser enfermeiro na Oncologia é ser [...] “membro de uma equipe de saúde que permanece lado a lado com os pacientes durante todo o processo saúde-doença, sendo o profissional primordial para o sucesso do trabalho”.

Na visão de Radünz (1999, p. 6), o enfermeiro em Oncologia é:

[...] um ser humano possuidor de um “feeling” especial para com os outros e para com ele mesmo, com competência na área de Enfermagem em Oncologia, que cuida de si mesmo e profissionalmente dos outros, que procura despertar nos outros e nele mesmo a capacidade que o indivíduo tem para desempenhar os seus papéis e que desenvolve empatia ao interagir terapêuticamente.

A interação do profissional de Enfermagem com a pessoa com diagnóstico de câncer e familiares pode levar meses ou anos no caminho da doença. A Enfermagem ocupa-se em buscar a qualidade de vida do indivíduo, podendo levá-lo à vivência de ações humanizadas. Acredito que isso retroalimenta o enfermeiro, dá forças para que pense o cuidado e o conforto, fazendo e vislumbrando uma Enfermagem qualificada.

O cuidado de Enfermagem oncológica humanizado vai além da competência técnica ou científica. O profissional deve ter uma atitude individual, pessoal, recheada de valores de solidariedade, compreensão, respeito ao próximo, às limitações do outro, à dor e ao sofrimento humano, à perseverança, à vida e à morte (LEITE, 2007).

O cuidar humanizado implica, por parte do cuidador, a compreensão do significado da vida, a capacidade de perceber e compreender a si mesmo e ao outro, situado no mundo e sujeito de sua própria história. A humanização no atendimento exige dos profissionais da saúde, essencialmente, compartilhar com seu paciente experiências e vivências que resultem na ampliação do foco de suas ações, via de regra restrita ao cuidar como sinônimo de ajuda às possibilidades da sobrevivência. Em outras palavras, exercer na prática o re-situar das questões pessoais num quadro ético, em que o cuidar se vincula à compreensão da pessoa em sua peculiaridade e em originalidade de ser. Dessa forma, cada encontro entre o profissional agente de atendimento humanizado e o paciente reveste-se de uma tomada de consciência quanto aos valores e princípios norteadores de suas ações, num contexto relacional (PESSINI; BERTACHINI, 2004, p. 3-4).

O enfermeiro, no contexto da humanização, é imprescindível no cuidado da pessoa com diagnóstico de câncer, e este cuidado exige conhecimentos especializados, qualidade nos planejamentos e ações propriamente ditas. As habilidades devem estar voltadas a uma prática individualizada e repleta de práxis (GIGLIOTE; POLICASTRO, 2002).

Neste processo, de qualificação do cuidar, o enfermeiro depara-se inúmeras vezes com a necessidade de contextualizar suas práticas e freqüentemente utiliza a problematização. Assim, almeja ver os fatos de forma crítica, transformando-os conscientemente e somando a esta iniciativa os aprimoramentos técnicos, científicos e humanos no vivenciar do cuidar.

Este contexto, apresentado inicialmente, é o resultado da aproximação com o tema para o desenvolvimento da pesquisa que explora o itinerário terapêutico da pessoa com diagnóstico de câncer e problematiza o cuidado da Enfermagem em uma Instituição Oncológica do Estado de Santa Catarina. Esta Instituição é administrada por uma Fundação, portanto, possuindo uma política de gerenciamento diferenciada das outras instituições estaduais do Sistema Único de Saúde (SUS) da região.

Nesta Instituição, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)* foi implantada em 1997. Esta sistematização foi baseada nas Teorias de Hildegard E. Peplau e Dorothéa E. Orem, uma abordagem interacionista e de autocuidado (AVILA, 1997).

Desde a implantação da SCE, a equipe de enfermeiras da Central de Quimioterapia**, evidenciava que as pessoas com diagnóstico de câncer, atendidas neste setor, tinham dificuldades para adesão aos cuidados de Enfermagem no itinerário terapêutico. Os cuidados orientados são reconhecidos pela equipe como essenciais à pessoa com diagnóstico de câncer, em tratamento antitumoral.

*Utilizei a nomenclatura sistematização do cuidado de Enfermagem (SCE), por entender que o cuidado é mais abrangente que a assistência. Não adotando a nomenclatura utilizada pela Instituição na qual este estudo foi desenvolvido.

**Ressalto que sou pesquisadora neste estudo e também estou inserida profissionalmente nesta instituição como enfermeira, sendo que também participei do processo de implantação da SCE.

Por outro lado, a equipe também percebia diferenças entre as orientações dadas pelas profissionais. Observar a individualidade do ser é crucial, mas diante de protocolos antitumorais há cuidados básicos que não podem ser alterados ou suprimidos. Assim, a equipe compreende que as orientações de Enfermagem devam ser conduzidas pelos princípios científicos e não por determinações pessoais.

Diante da problemática exposta acima me questionei:

1.1 Pergunta de pesquisa

Quais as dificuldades das pessoas com diagnóstico de câncer no tratamento antitumoral ambulatorial, para adesão aos cuidados de Enfermagem no itinerário terapêutico?

Esta pergunta de pesquisa, a qual orientou o desenvolvimento deste estudo, tem o intuito final de favorecer o aprimoramento do modo de *ser e fazer* da Enfermagem Oncológica, de uma Instituição de Saúde especializada no atendimento oncológico, no Estado de Santa Catarina, através do reconhecimento do itinerário terapêutico da pessoa com diagnóstico de câncer e da origem desta escolha.

Diante desta questão norteadora foram estabelecidos objetivos para este estudo.

1.2 Objetivo geral

Conhecer os motivos que dificultam a adesão aos cuidados de Enfermagem no itinerário terapêutico da pessoa com diagnóstico de câncer, em tratamento antitumoral ambulatorial.

1.3 Objetivos específicos

- Identificar o itinerário terapêutico da pessoa com diagnóstico de câncer em tratamento antitumoral ambulatorial.
- Verificar como o cuidado de Enfermagem é percebido pela pessoa com diagnóstico de câncer em tratamento antitumoral.

- Refletir com as enfermeiras da Central de Quimioterapia, o desenvolvimento da consulta de Enfermagem e a importância dos cuidados orientados, para adesão aos cuidados de Enfermagem no itinerário terapêutico das pessoas com diagnóstico de câncer.

Entendo a problematização como um convite à reflexão e a promoção do interesse e do desafio por um assunto que mobiliza conhecimentos para a resolução dos problemas. Neste processo, as pessoas abandonam, complementam ou reformulam suas hipóteses iniciais, substituindo-as criticamente por outras mais adequadas.

Portanto, este estudo centrado no cuidado de Enfermagem pretende contribuir para re-pensar as ações da Enfermagem Oncológica e permite que a pessoa com diagnóstico de câncer compartilhe suas experiências e necessidades. Além disto, reforça a temática da interação e do autocuidado, a importância do papel do enfermeiro enquanto educador e a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população do Estado de Santa Catarina.

2 RECORTES DA LITERATURA

“Eu queria um fim perfeito, por isso, sentei-me para escrever o livro com um fim, antes de haver lugar para um fim. Agora aprendi a tarefa dura que implica fazer rimar os poemas e aprendi também que algumas histórias não têm um início, meio e fim. Tal como a minha vida, este livro tem ambigüidades. Tal como na minha vida, este livro é sobre o não conhecer, ter de mudar, fazer o momento e tirar o melhor dele, sem saber o que vai acontecer a seguir”.

(Noella Devolder)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não só a ausência de doença ou enfermidade. Entretanto, Nordenfelt (2000) considera este conceito utópico, pois para os profissionais ou para a sociedade é evidente que tal estado, principalmente permanente, é inatingível.

Numa pesquisa desenvolvida por Acioli e Luz (2003), as autoras conseguiram identificar no grupo social pesquisado que saúde significa sentir-se feliz, ser solidário, e ter qualidade nas relações sociais, especialmente nas familiares. Além disto, a saúde é associada de modo intenso à idéia de movimento, através de práticas que envolvam desde atividades cotidianas até as de lazer.

Já para Francioni e Coelho (2004) saúde é definida pelo próprio indivíduo como um sentimento de bem-estar, assim as pessoas com doenças crônicas podem ter saúde, desde que aceitem sua condição e consigam viver bem com elas mesmas, aceitando seus limites como ser, encontrando novas maneiras de viver, compartilhando conhecimentos e experiências, desenvolvendo novas habilidades que possibilitem um convívio mais harmonioso e conseqüentemente uma melhor qualidade de vida.

Interferindo na saúde surge o câncer que constitui na atualidade um problema de saúde pública, tanto para os países desenvolvidos, como para os em desenvolvimento (BRASIL, 2006).

No Brasil, a distribuição dos diferentes tipos de câncer sugere uma transição epidemiológica em andamento. Com o recente envelhecimento da população, que projeta o crescimento exponencial de idosos, é possível identificar um aumento expressivo na prevalência do câncer, o que demanda dos gestores do SUS, imenso esforço para a oferta de atenção adequada aos doentes. Esta perspectiva deixa clara a necessidade de grande investimento na promoção de saúde, na busca da modificação dos padrões de exposição aos fatores de risco para o câncer (BRASIL, 2006).

O câncer é causado por modificações genéticas, essas modificações são principalmente alterações do DNA de células somáticas que são propagadas por mitose. As células neoplásicas diferem das células normais, das quais se originaram, por causa da perda do controle sobre a divisão e apoptose da célula. As células neoplásicas não respondem a esses controles, em vez disso, dividem-se mais ou menos continuamente, formando assim os tumores que não se assemelham em nada com o tecido de origem, frequentemente têm estruturas irregulares, como núcleos de tamanhos e formas variáveis. Todavia, a mais temerosa característica das células neoplásicas é a capacidade que têm de invadir tecidos vizinhos e propagar-se para outras partes do corpo. Denomina-se esta propagação como metástases (PURVES; SADAVA; ORIAN; HELLER, 2002).

Para a terapêutica de combate ao câncer, uma das formas mais empregadas é o tratamento antitumoral. Sua principal indicação se faz em decorrência de sua ação sistêmica, contrastando com as outras formas de tratamento que tem uma ação localizada ou regionalizada, permitindo assim o tratamento precoce das metástases. Sua indicação pode ser curativa ou paliativa.

A poliquimioterapia é a mais utilizada, pois a associação dos antitumorais favorece a morte das células neoplásicas que se constituem geneticamente diferenciadas, desta forma, os medicamentos conseguem atingir as células nas diferentes fases da mitose a qual elas se encontram. Por não possuir uma ação seletiva, e sim sistêmica, podem surgir efeitos adversos decorrentes da ação dos antitumorais sobre as células normais que também tem a característica de rápida divisão celular. Os efeitos adversos são temidos pelas pessoas com diagnóstico de câncer, além disto, constituem fator dose limitante para prescrição e programação do tempo de tratamento. As células normais que possuem elevada atividade mitótica pertencem ao tecido hematopoiético, germinativo, do folículo piloso e do epitélio de revestimento do aparelho gastrointestinal (BONASSA, 2005).

Outros órgãos também podem ser afetados, em maior ou menor grau, de uma forma precoce ou tardia, aguda ou crônica, algumas vezes em caráter cumulativo e irreversível. A Enfermagem precisa ser atuante durante todo o processo de tratamento antitumoral, avaliando os sinais e sintomas e orientando a pessoa em tratamento e sua família quanto às toxicidades e efeitos adversos relacionados ao protocolo de tratamento prescrito, através de informações verbais e escritas (BONASSA, 2005).

As orientações de Enfermagem à pessoa em tratamento antitumoral devem abordar principalmente os efeitos sobre o sistema gastrointestinal, vesical e renal, dermatológico, bem como sobre as reações alérgicas e anafiláticas.

Atualmente a terapêutica anti-câncer também inclui medicamentos que afetam diretamente as células neoplásicas ou seu meio ambiente, estes agentes são denominados biológicos, modificadores da resposta biológica ou terapia alvo-dirigida, apesar da ação seletiva, estes agentes também desencadeiam efeitos adversos (BONASSA, 2005). As terapias-alvo são aplicáveis no combate a determinados tipos de tumores de mama, pulmão e fígado, entre outros. Estes medicamentos oferecem melhor qualidade de vida e maior sobrevida às pessoas com diagnósticos de câncer, mas não são acessíveis a toda população pelo alto custo do tratamento (GONÇALVES, 2007).

O tratamento do câncer pode afetar a qualidade de vida da pessoa tratada, para tanto, é imprescindível que os profissionais de saúde abandonem a assistência fragmentada. É necessário ouvir e sentir as manifestações de forma interativa, para controlar os sintomas e favorecer o bem-estar. Assim, a Enfermagem pode ser uma facilitadora de um viver com qualidade (MARCELINO,1997).

Para pensarmos na qualidade de vida do outro é preciso compreender que a cultura é um sistema de concepções herdadas, expressas em forma simbólica, por meios dos quais os homens comunicam, perpetuam e desenvolvem seus conhecimentos e suas atividades em relação à vida (GEERTZ, 1989).

Para Twycross e Lack (1991) e Twycross (1997), a qualidade de vida é a satisfação subjetiva experimentada ou expressada pelas pessoas, sendo influenciada pelos aspectos pessoais, físicos, psicológicos, sociais e espirituais. E para se ter qualidade de vida é necessário que as aspirações das pessoas sejam satisfeitas e cumpridas, assim a persistência profissional no alívio dos desconfortos é a resposta para o alcance dos objetivos.

Com respeito à qualidade de vida, não poderia deixar de focar a ação maior da Enfermagem, o cuidado. Muitos autores descrevem o cuidado, com a delicadeza e profundidade que envolve esta ação. Nesta revisão, alguns conceitos de autores importantes para este estudo, darão alicerce para a análise dos dados.

Como diz Radünz (1999, p. 15):

Cuidar profissionalmente ou cuidar em Enfermagem é olhar enxergando o outro, é ouvir escutando o outro; observar percebendo o outro, sentir, empatizando com o outro, estando disponível para fazer com ou para o

outro aqueles procedimentos técnicos que ele não aprendeu a executar ou não consegue executar, procurando compartilhar o saber com o cliente e/ou familiares a respeito, sempre que houver interesse e/ou condições para tal. Ao cuidar, procurar-se-á estabelecer também uma política de saúde e de enfermagem, garantindo acesso ao tratamento, à medicação, o que, certamente, garantirá uma qualidade da assistência.

A referida autora também argumenta que, “a ética pela vida traz à tona a responsabilidade e a preocupação com o viver e é a consciência desse viver saudável que auxilia a pessoa a adotar medidas de cuidado de si, as quais levam à promoção da sua saúde” (RADÜNZ, 2001, p. 105).

Para Mayeroff (1971) cuidado é um processo, uma maneira de se relacionar com alguém, que implica desenvolvimento. A amizade resultante desta relação emerge com o tempo, através da confiança mútua e do aprofundamento e da transformação qualitativa do relacionamento.

Já para Neves-Arruda e Marcelino (1997), cuidar é ajudar o outro a crescer, faz parte da vida de cada ser humano e envolve relacionamento interpessoal. Para a enfermeira que considera sua profissão como arte e ciência do cuidado à saúde, cuidar é buscar o crescimento e aprimoramento pessoal em cada situação vivenciada. E confortar é um objetivo implícito e explícito da Enfermagem inerente ao processo de cuidar.

O filósofo Boff (2004, p.190), diz:

O cuidado é anterior ao espírito e ao corpo. O espírito se humaniza e o corpo se vivifica quando são moldados pelo cuidado. Caso contrário, o espírito se perde nas abstrações e o corpo se confunde com a matéria informe. O cuidado faz com que o espírito dê forma a um corpo concreto, dentro do tempo, aberto à história e dimensionado para a utopia. É o cuidado que permite a revolução da ternura ao priorizar o social sobre o individual e ao orientar o desenvolvimento para a melhoria da qualidade de vida dos humanos e de outros organismos vivos. O cuidado faz surgir o ser humano complexo, sensível, solidário, cordial, e conectado com tudo e com todos no universo.

O cuidado imprimiu sua marca registrada em cada porção, em cada dimensão e em cada dobra escondida do ser humano. Sem o cuidado o humano se faria inumano.

Para este mesmo autor o cuidado possui várias ressonâncias, pois perpassa toda a existência humana e busca o equilíbrio e a co-existência, das dimensões de transcendência (céu) e das dimensões de imanência (terra). As ressonâncias constituem o eco do cuidado essencial e se formam com a ternura,

carfícia, cordialidade, convivialidade e com a compaixão. E o modo-de-ser cuidado se concretiza em diferentes instâncias que abrangem o cuidado do planeta; o nicho ecológico; a sociedade sustentável; o outro; os pobres, oprimidos e excluídos; o corpo na saúde e na doença; a cura integral do ser humano; o espírito, os grandes sonhos e Deus; e a morte.

Por outro lado, a prática de cuidado requer compreender o processo de sofrimento de cada pessoa. Assim, Kübler-Ross (1998) estabeleceu os estágios emocionais vivenciados pela pessoa com câncer: negação, ira, barganha, depressão e aceitação. As mudanças dos hábitos de vida ocasionados pelo diagnóstico de câncer determinam as reações da pessoa e a ordem que estes estágios emocionais se apresentam.

Portanto, para eficácia do cuidado é imprescindível que a equipe interdisciplinar compreenda e auxilie as pessoas com diagnóstico de câncer a experienciar as emoções que surgem com a nova realidade, decorrentes do diagnóstico, conseguindo transformá-las em outras emoções, citadas por Klüber-Ross (1998) como, alívio, amor, serenidade e alegria.

A pessoa com diagnóstico de câncer, com tantas emoções a qual ela tem que dar conta de compreendê-las e aceitá-las, não pode ter receio de se expor e com isso isolar-se socialmente, é importante que a influência do cuidar da Enfermagem possibilite a continuidade do seu papel social e familiar (RADÜNZ, 1999).

Para a Enfermagem é importante a compreensão do sistema de cuidados descrito por Erdmann (1996, p. 39-40):

[...] o sistema de cuidados de Enfermagem nas instituições de saúde se constitui numa arena de espetáculos de compreensão inesgotável. Talvez a logística empresarial poderia dar “corpo” a este sistema dinâmico através da descrição do encadeamento de seus movimentos/ondulações, ressaltando seus conteúdos mediante análises de valor. [...] pode-se pontuar situações/momentos em que os elementos componentes de um sistema, seu poder decisório, suas atividades, ocorrem fora do espaço delimitado como próprio, sem, contudo se caracterizar como paralelo, complementar, funcionando talvez, mais como situação de integração ou de direito de participação/envolvimento do cidadão ou de aproximação de outros sistemas que estruturam a rede social.

Erdmann (1996), ainda acrescenta que a investigação sobre o conhecimento das ações de Enfermagem no processo de trabalho, bem como, na forma de sistematização e no processo de cuidar, representam um desafio para a profissão. Para ela o cuidado oscila entre consciência e inconsciência, vontade, desejos, interesses, oportunidades, possibilidades e valores. O cuidado representa o valor da vida e uma forma de respeito à natureza. A escuta vai além da captação dos sons/palavras, ela passa pela disciplina do ouvir o inaudível, só assim consegue abrir caminhos e possibilidades e ainda requer um tempo próprio para o entendimento do que foi ouvido.

Então, o exercício profissional da Enfermagem representa uma teia que mistura planejamento, processo, sistematização, cuidado com todo o seu real significado e a pesquisa, favorecendo o crescimento da profissão e a melhoria do cuidado prestado.

O aperfeiçoamento da dimensão dos relacionamentos pessoais é tão importante quanto qualquer outra capacitação técnica, pois possibilita à Enfermagem a observação, a coleta de informações e a empatia, que contribuem com o planejamento do cuidado (L'ABBATE, 1994).

Segundo Maia (1998), a Enfermagem vê o cuidado como parte de seu cotidiano, e usa-o para caracterizar as ações voltadas ao paciente, bem como, no ensino de Enfermagem, mas ao mesmo tempo esquece de refletir sobre o seu real significado, sobre os meios que necessita criar para alcançá-los e como fazer para que o paciente também compreenda a abrangência do autocuidado.

Acioli e Luz (2003) sugerem que as práticas de saúde individuais e coletivas indicam uma sabedoria prática, e esta prática se refere aos sentidos, significados e valores advindos das experiências dos sujeitos incorporados cotidianamente a partir de suas necessidades de saúde.

As mesmas autoras ainda pontuam que:

[...] para desenvolver práticas de atenção integral à saúde, se faz necessário falar em uma aproximação integral também entre os sujeitos que cuidam e os sujeitos que são cuidados. Essa aproximação passa pelo efetivo reconhecimento de uma sabedoria prática e pela possibilidade de articulação entre estes saberes práticos e os saberes dos profissionais e planejadores do campo da saúde (ACIOLI; LUZ, 2003, p. 157).

O atual modelo de saúde ainda corresponde ao modelo biomédico, mas os grupos sociais, apesar da globalização contemporânea, ainda mantêm uma pluralidade de práticas que permitem a escolha de caminhos ou saídas para solucionar as questões e os problemas de saúde. Pensando sobre saberes-fazer não podemos desconsiderar que o saber popular passa por uma reelaboração dos vários saberes técnicos que misturados às experiências, sensações e contexto orientam as ações e práticas da população (ACIOLI ; LUZ, 2003).

Diante da busca por um cuidar pleno, dentro do processo saúde-doença, cabe aos profissionais de saúde não esquecer o respeito pela autonomia, pontos de vista e tomadas de decisão de cada paciente, porque o plano de vida é próprio a cada ser humano. Respeitar a pessoa autônoma pressupõe aceitação do pluralismo ético-social, característico de nosso tempo (FORTES; MUÑOZ, 1998).

Nesta realidade, a Enfermagem se sente muitas vezes impulsionada a problematizar suas ações, visando à continuidade crescente do cuidado, de forma que o processo de trabalho possa acompanhar as necessidades profissionais dos indivíduos cuidados, e as modificações sociais e de conhecimento da humanidade.

Na problematização acredita-se que o ensino ocorre com a exposição dos envolvidos com o problema, e isto só acontece quando se observa a realidade, ou seja, a síncrese do assunto/problema. O passo seguinte é a identificação das variáveis ou pontos-chave do problema, àquelas que se modificados podem resultar na solução dos problemas. A próxima etapa é a teorização/análise, que nada mais é do que a discussão sobre o problema, que envolve leituras estudos e pesquisa sobre o assunto em questão, pois a ciência pode dar os esclarecimentos necessários sobre o tema. Conseqüentemente surgem as hipóteses de solução do problema e a aplicação à realidade.

O ato de problematizar envolve identificação de problemas e Erdmann (2006, p.2), define problema como:

O olhar sobre a realidade, o perceber os fenômenos na sua maior amplitude e diferentes dimensões ou facetas. A curiosidade, as inquietudes, e as indagações ou questionamentos sobre os mesmos possibilita a construção de conhecimentos para a mudança/transformação da sociedade [...]

Por sua vez, Silva, Prado e Cartana (2006) ressaltam que,

A possibilidade de realizar mudanças no seu local de trabalho requer reflexões sobre sua prática, visando identificar pontos vulneráveis ou perceber potencialidades que contribuam para uma melhor qualidade da assistência.

Como um dos objetivos específicos deste estudo foi refletir com as enfermeiras sobre a consulta de Enfermagem, primeiramente busquei por registros históricos que revelassem a construção da consulta de Enfermagem no Brasil e na Oncologia. Assim, apresento a seguir os resultados obtidos com esta busca.

Fatos históricos que marcaram a construção e o desenvolvimento da consulta de Enfermagem no Brasil (ZAGONEL, 2001; CASTRO, 1975):

- Em 1925 houve a elaboração, por enfermeiras americanas, do manual utilizado nas entrevistas pós-clínicas com pacientes com doenças venéreas e criou-se a primeira Escola de Enfermagem no Brasil – Escola Ana Néri.
- Reformas no ensino de 1961 e 1966 levaram ao fortalecimento dos serviços de Enfermagem nas estruturas de saúde e a formação das primeiras equipes de planejamento de saúde.
- Na década de 60 iniciam-se as primeiras atividades que culminaram na denominação consulta de Enfermagem.
- Em 1966 o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) estabeleceu o atendimento pelas enfermeiras à gestante sadia e mais tarde estendeu este atendimento à criança sadia.
- As precursoras da consulta de Enfermagem no Brasil foram às enfermeiras da Saúde Pública, no atendimento às gestantes, às pessoas com doenças sexualmente transmissíveis, tuberculose, hanseníase, diabetes e hipertensão arterial, esta prática teve início em 1968, a partir do segundo Curso de Planejamento da Saúde da Fundação de ensino Especializado da Saúde Pública.
- O XX Congresso Brasileiro de Enfermagem apresentou um painel relatando que a gestante era atendida o mesmo número de vezes pelo médico e pela enfermeira e com igual previsão de tempo médio necessário à atividade.
- Em meados da década de 70 foi elaborado o manual de orientação às entrevistas com pacientes com tuberculose pelo Setor de Enfermagem da

Campanha Nacional Contra Tuberculose. O objetivo era consolidar e ordenar as rotinas já experienciadas na prática do trabalho diário.

- Em 1972, no encontro de enfermeiras do Ministério da Saúde, do Ministério da Educação e Cultura, do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), da Secretaria da Saúde do Estado de Guanabara e representantes da Associação Brasileira de Enfermagem, seção Guanabara, houve a elaboração de um documento com a definição dos padrões de atribuições do pessoal de Enfermagem, constando também, a realização de entrevistas para orientação em serviços de proteção, de recuperação e de reabilitação da saúde e da consulta de Enfermagem para gestantes e crianças saudáveis, em programa materno-infantil.
- Em 1973 a Fundação SESP, utilizou no manual de Assistência Médico-Sanitária Geral a denominação consulta de Enfermagem, diferenciando-a da orientação pós-clínica à consulta médica.
- Também em 1973 a Secretaria de Estado de Saúde do Ceará, oficializa a consulta de Enfermagem.

A construção e o desenvolvimento da consulta de Enfermagem oncológica no Brasil:

Os dados apresentados abaixo foram coletados com gerentes e enfermeiras de instituições de saúde que atuam na área de Oncologia, pelo fato de não ter sido encontradas publicações referentes à consulta de Enfermagem em Oncologia no Brasil.

- O Instituto Nacional do Câncer (INCA) – Rio de Janeiro/RJ, realizou a primeira consulta de Enfermagem em 1993 no Setor de Internação e Alta. A Enfermeira Luzia Medeiros e duas residentes de Enfermagem, precursoras de tal prática, desenvolviam a consulta orientando as pessoas para internação e iniciando a detecção dos cuidados específicos. Na alta hospitalar, as pessoas retornavam a este setor para receberem as orientações complementares. A ação não era norteada por uma sistematização da assistência e seus registros eram feitos na folha de evolução clínica.
- O Hospital do Câncer – São Paulo/SP implantou a SCE em 1994. A consulta de Enfermagem é realizada no Ambulatório de Pélvis desde 1994, no

Ambulatório de Cabeça e Pescoço desde 1999 e no Departamento de cuidados Paliativos desde 2004.

- O Centro de Pesquisas Oncológicas – Florianópolis/SC realizou a primeira consulta de Enfermagem em 1997, sendo este um dos resultados da implantação da SCE que tem como base as Teorias de Hildegard E. Peplau, Processo Interpessoal e Dorothéia E. Orem, Autocuidado.
- No Hospital Erasto Gaertner - Curitiba/PR, a consulta de Enfermagem começou a ser desenvolvida em 2004, no atendimento de algumas especialidades, como: gastroenterologia, ginecologia, câncer de pele, cabeça e pescoço. A prescrição e a evolução de Enfermagem eram realizadas em todas as unidades. Atualmente o Serviço de Enfermagem está desenvolvendo estudos para implantação da SCE.

Além destes dados históricos, é importante termos claro o que define o Conselho Federal de Enfermagem - COFEN (1993) sobre a consulta de Enfermagem. A consulta de Enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro, que utiliza componentes do método científico e deve ser obrigatoriamente desenvolvida no cuidado de Enfermagem. Compreende a etapa da coleta de dados, através do histórico de Enfermagem e do exame físico; a etapa do planejamento dos cuidados, com o levantamento dos diagnósticos e prescrição de Enfermagem; a etapa de execução do plano de cuidados e sua implementação; e por último, a etapa de reavaliação e evolução de Enfermagem.

Durante a consulta, a interação pode levar à participação ativa do indivíduo onde ele e a enfermeira trocam saberes e informações visando a promoção do autocuidado. Nessa perspectiva, através da consulta de Enfermagem, como um momento para o diálogo, enfermeira/indivíduo podem definir metas e objetivos a serem atingidos, dentre eles, a melhoria no atendimento (CARDOSO, 2002). Assim, o indivíduo se sente acolhido por um atendimento individualizado e adaptado à sua realidade e necessidades, auxiliando nos encaminhamentos dos cuidados para lidar com uma doença crônica.

Quando falamos sobre doença, Laplantine (1991, p. 121), em seus relatos sobre antropologia diz que “o período que se está doente é a ocasião inesperada de viver, sendo a doença a mais bela luta pela vida. Trata-se da vida e não da morte. Não é a morte ultrapassando a vida é a vida que precavém contra a morte”. O autor

ainda define que a doença não é apenas um desvio biológico, mas é também um desvio social que desvaloriza e exclui o doente socialmente.

No ocidente esta representação social da doença é vista como mal absoluto e o câncer é considerado como a desgraça por excelência, é o próprio mal, a antívida em estado puro. Isto explica a extrema dificuldade de ser uma pessoa com diagnóstico de câncer na sociedade atual (LAPLANTINE, 1991).

A necessidade de compreensão da doença sob a ótica social nos leva a novas buscas. Assim, sob uma visão antropológica, Maliska (2005) descreve as diferentes trajetórias individuais, diante da doença e das diversas possibilidades de enfrentamento da mesma, isto corresponde a uma dimensão sociocultural singular do indivíduo, o que nada mais é do que a construção do itinerário terapêutico.

Esta mesma autora, que realizou pesquisa com itinerários terapêuticos de pacientes com HIV positivo, nos deixa os dizeres que considero extremamente reflexivos para os profissionais da área da saúde:

[...] A busca por recursos de cuidados faz parte de um processo em que o diagnóstico está ou já foi incorporado na vida do indivíduo, permitindo a elaboração de uma resposta à nova realidade, onde o indivíduo se implica como sujeito da ação. A adoção de práticas de cuidado depende da motivação do indivíduo para cuidar-se, dos motivos que se tem para querer se manter vivo e com saúde. De acordo com os depoimentos, a família é a grande responsável por esta motivação e elemento propulsor deste cuidado. Querer estar perto da família, do companheiro, criar os filhos e realizar planos no futuro aparece como principal incentivo para o tratamento (MALISKA, 2005, p. 85-86).

Portanto, a compreensão do itinerário terapêutico contribui para uma atuação profissional mais humanizada, por envolver os conhecimentos profissionais e as experiências e percepções da pessoa doente. Os profissionais de saúde se tornam mais abertos e dispostos a estabelecerem novas trocas, quando finalmente entendem os motivos e definições de tratamentos e cuidados adotados pelas pessoas que eles cuidam (MATTOSINHO, 2004).

Certamente, não há receita para que possamos oferecer uma assistência de sucesso, mas um bom começo seria estar aberto ao diálogo, mostrar empatia e estar disposto a conhecer estes indivíduos e sua história. E talvez neste itinerário de cuidado, entre erros e acertos, possamos construir a partir da

experiência da doença um cuidado mais personalizado e aproximado do universo sociocultural de cada indivíduo. (MALISKA, 2005, p. 139-140).

Para entendermos como se constrói este universo sociocultural trago a definição resumida de Geertz (1989) sobre cultura. Cultura é um sistema simbólico, uma teia de significados que carregam mecanismos de controle para governar o comportamento, constituída de valores e crenças, de códigos morais e hábitos que são socialmente construídos, transmitidos, aprendidos por meio de signos e símbolos. A cultura contribui para regular e padronizar atitudes e emoções.

Completando esta breve reflexão científica sobre o tema em estudo, deixo a definição de Marcelino (2004, p. 260), que nos diz,

A Enfermagem é uma disciplina que utiliza o conhecimento de várias áreas. No seu cotidiano agrega o avanço da tecnologia à sensibilidade do toque, valoriza a emoção do ser humano e se empenha em providenciar condições de bem-estar.

E por utilizar conhecimentos de várias áreas, o estudo e a aplicabilidade dos conhecimentos antropológicos têm sido relevantes no cuidado de Enfermagem.

2 MARCO REFERENCIAL

“Pensar é estar doente dos olhos”
(Alberto Caeiro)

O marco referencial é um conjunto de conceitos e pressupostos que pode derivar de uma ou mais teorias ou modelos conceituais (SILVA, ARRUDA, 1993). Ele direciona a fundamentação teórica no desenvolvimento da pesquisa, une teoria-prática-pesquisa e analisa os aspectos teóricos e os dados coletados. Desta forma, possibilita explicar as relações propostas e identifica os vazios no conhecimento que necessitam serem revelados e amplia o corpo de conhecimentos (NEVES, GONÇALVES, 1984)

O marco referencial direciona o pensar, e se pensamos é porque estamos diante de algo que precisamos desafiar, para então criar.

O desenvolvimento desta pesquisa foi pautado nas Teorias das **Relações Interpessoais** de Hildegard E. Peplau, e do **Autocuidado** de Dorothea E. Orem, encontradas em GEORGE (1993) e nos **Sistemas de Cuidados à Saúde** de Arthur Kleinman (1980).

A escolha destes referenciais ocorreu por serem as Teorias de Peplau e Orem as que norteiam a SCE do Serviço de Enfermagem da Instituição Oncológica onde esta pesquisa foi desenvolvida (AVILA, 1997). Esta escolha possibilitou a análise dos resultados sob o olhar filosófico institucional.

Por sua vez, os Sistemas de Cuidados à Saúde propostos por Kleinman (1980) estão sendo associados às Teorias de Enfermagem para garantir uma abordagem do sistema cultural de cuidados, e também para compreender como estes sistemas se manifestam, interferem e direcionam as ações de Enfermagem e a construção do itinerário terapêutico da pessoa com diagnóstico de câncer.

A associação de Kleinman às Teorias de Peplau e Orem foi realizada porque estas teorias de Enfermagem não apresentam pressupostos que enfoquem

diretamente o sistema cultural e social, sendo estes sistemas os principais direcionadores da escolha do itinerário terapêutico do ser humano.

3.1 Teoria das relações interpessoais

Nesta teoria a tomada de decisão terapêutica ocorre de forma interativa direta entre o paciente e a Enfermagem, e de forma indireta com a família, sociedade e o ambiente. A Enfermagem vivencia uma relação de afinidade com o paciente e trabalha a individualidade do ser, procurando encontrar significado nesta experiência (GEORGE, 1993).

O cuidado de Enfermagem proposto nesta teoria é humanístico e procura assistir as necessidades humanas básicas, objetivando a superação do desconforto, da dúvida, da ansiedade e da insegurança. Além disto, prepara o paciente e a família para independência através de informações, esclarecimentos e controles de habilidades, procurando garantir o aprendizado necessário para o retorno ao lar e às atividades sociais (GEORGE, 1993).

As fases seqüenciais das relações interpessoais são:

- a) Orientação: fase de conhecimento e entrosamento entre paciente, enfermeiro e família, de reconhecimento de expectativa e de identificação de problemas;
- b) Identificação: fase da comunicação entre o profissional de Enfermagem e a pessoa cuidada, e onde ocorre a tomada de decisão. Cada pessoa pode apresentar uma maneira distinta de se relacionar, podendo ser por interdependência, independência ou dependência;
- c) Exploração: fase onde o enfermeiro auxilia o conhecimento e a exploração dos caminhos disponíveis, ajudando na resolução do que foi identificado como problema. Algumas pessoas tornam-se independentes, autoconfiantes e demonstram iniciativa para atingir os objetivos. Cabe ao enfermeiro o encorajamento da pessoa cuidada à análise, à percepção e ao conhecimento das sensações, sentimentos, pensamentos e comportamentos, auxiliando a solução dos problemas;

d) Solução: fase onde as metas planejadas foram alcançadas em decorrência da interação enfermeiro, pessoa cuidada e família. No entanto, há a necessidade de dissociação da relação terapêutica interpessoal. A pessoa cuidada e o enfermeiro tornam-se pessoas mais seguras, amadurecidas e independentes, esta é a fase da finalização da relação terapêutica profissional (GEORGE, 1993).

3.2 Teoria do autocuidado

Esta teoria é embasada na necessidade do ser humano quanto ao autocuidado e seu provimento. O indivíduo é capaz de autocuidar-se e quando não está preparado para tal ação submete-se ao cuidado de Enfermagem, sendo que a Enfermagem deve oferecer condições para que o paciente possa aprender e sinta necessidade do autocuidado (GEORGE, 1993).

Diante deste processo de aquisição do autocuidado, o enfermeiro auxilia e controla esta exigência de forma contínua, mantendo a vida e a saúde, visando à recuperação de danos ou injúrias provenientes da doença, bem como, auxiliando no enfrentamento dos efeitos da mesma (GEORGE, 1993).

A divisão interrelacionada da teoria:

- a) Teoria do autocuidado: o indivíduo desenvolve o autocuidado voltando-o às exigências do processo de vida e de manutenção da integridade e funcionamento da estrutura humana (universal), às adaptações das mudanças físicas ou outras (desenvolvimentais) e às exigências do processo saúde-doença ou exigências terapêuticas (de desvios de saúde). Estas ações têm o objetivo de provisão do autocuidado (GEORGE, 1993);
- b) Teoria do déficit do autocuidado: diante dos desvios de saúde surgem as limitações do autocuidado, neste momento a Enfermagem atua satisfazendo a demanda de autocuidado através dos conhecimentos, habilidades e experiências. Cinco métodos de ajuda utilizados pelo enfermeiro são definidos por esta teoria: agir ou fazer pelo outro; guiar o outro; apoiar o outro; proporcionar ambiente que promova o desenvolvimento pessoal para satisfação das demandas futuras ou atuais para o autocuidado e ensinar o

outro (GEORGE, 1993). Além dos métodos, também são definidas cinco áreas de atividades para a prática de Enfermagem: iniciação e manutenção das relações enfermeiro e pessoa com desvio de saúde, família ou grupos, até que os cuidados de Enfermagem não se façam mais necessários; determinação da possibilidade da pessoa ser ajudada pela Enfermagem e a maneira como isso pode se dar; resposta às solicitações, desejos e necessidades da pessoa, através do contato e da ajuda dos profissionais de Enfermagem; prescrição, oferecimento e regularidade de ajuda direta à pessoa com desvio de saúde e seus familiares, sob a forma de serviços de Enfermagem; e coordenação e integração dos serviços de Enfermagem com a vida diária da pessoa com desvio de saúde com outros cuidados de saúde necessitados ou sendo recebidos, bem como com outros serviços de caráter social ou educativo necessários ou sendo recebidos (GEORGE, 1993);

c) Teoria de Sistemas de Enfermagem: define o sistema de ações terapêuticas para o autocuidado, com o intuito de satisfazer as condições físicas, clínicas e emocionais da pessoa com desvio de saúde, estando subdividido em:

- Sistema totalmente compensatório – ocorre quando a pessoa não consegue realizar a demanda terapêutica de autocuidado, cabendo a Enfermagem e/ou família responsabilizar-se pela mesma, objetivando o suporte à vida, a segurança e ao funcionamento orgânico efetivo;
- Sistema parcialmente compensatório – ocorre quando a pessoa, o enfermeiro e a família desempenham medidas de cuidados à saúde. A pessoa realiza as demandas terapêuticas que estão dentro de sua capacidade e as que não estão são de responsabilidade do enfermeiro e da família;
- Sistema de apoio-educação: ocorre quando o paciente tem os recursos para alcançar as demandas de autocuidado terapêutico, mas necessita do cuidado do enfermeiro para tomar decisões, controlar comportamentos ou adquirir conhecimentos ou habilidades, e envolve a capacidade dos familiares e amigos no processo de autocuidado (GEORGE, 1993).

3.3 Sistemas de cuidados à saúde

O Sistema de Cuidados à Saúde é um modelo conceitual utilizado por pesquisadores para identificar como as pessoas e/ou meio social pensam sobre o cuidado à saúde: opiniões, decisões, expectativas e avaliações (KLEINMAN, 1980).

Arthur Kleinman (1980), médico, psiquiatra e antropólogo estabeleceu os Sistemas de Cuidados à Saúde na década de 70, a partir de pesquisas sobre a cultura chinesa.

Para compreendermos estes Sistemas é necessário interligar os fatores culturais, políticos, socioeconômicos e históricos de uma sociedade. Os Sistemas de Cuidados à Saúde são ancorados nas relações interpessoais, onde tudo está conectado. Pacientes, profissionais da área da saúde, doença e tratamento constituem parte deste contexto de cuidados. As crenças e atitudes das pessoas são estabelecidas pelos papéis culturais (KLEINMAN, 1980).

Os resultados dos estudos definem que o ser humano não só internaliza o meio onde vive como também o exterioriza e que a socialização abrange a família, o grupo social, a educação, a ocupação, a religião, a classe social, etc. Assim, as diferenças entre os grupos sociais modificam a percepção e a resposta ao mundo social, interferindo, portanto, na forma de pensar e reagir às doenças e escolher as práticas de cuidados à saúde (KLEINMAN, 1980).

Para compreensão da realidade, faz-se necessário analisar a realidade fisiológica representada pelo mundo individual; a realidade biológica representada pela infra-estrutura dos organismos; a realidade física representada pela estrutura material e espacial que envolve o indivíduo; a realidade simbólica, ponte que une o mundo cultural e social com a realidade biológica e psicológica; a realidade clínica representada pelos contextos sociais influenciando as alterações orgânicas e os cuidados clínicos necessários (KLEINMAN, 1980).

A realidade simbólica é formada pela aquisição da linguagem dos sistemas individuais. A socialização é consequência da aquisição da linguagem e dos sistemas simbólicos, tendo papel importante na resposta individual ao comportamento, nas relações pessoais e sociais. Além da fundamental importância da orientação do indivíduo em seu próprio mundo na formação de sua identidade pessoal com base nas normas sociais e culturais (KLEINMAN, 1980).

Contudo, os princípios simbólicos influenciam os processos psicológicos, tais como, atenção, cognição, afeto, estado de consciência, percepção, memória e motivação. O que ainda não se sabe é como a realidade simbólica exerce seus efeitos na realidade psicológica. Muitas evidências sugerem o que ocorre, mas o que acontece de verdade é incerto (KLEINMAN, 1980).

O poder social é o principal estímulo dos Sistemas de Cuidados à Saúde e da realidade social, determinando o que é o poder e como pode ser aplicado (rituais, procedimentos técnicos, psicoterapias e outros). Enquanto isso, a realidade simbólica dita as vias pelas quais a aplicação do poder se efetiva (KLEINMAN, 1980).

O autor ressalta que para entendermos as escolhas individuais também precisamos conhecer as influências externas que atuam sobre o Sistema de Cuidados à Saúde, sendo que estas influências estão relacionadas aos determinantes ambientais: geografia, clima, demografia, problemas sociais, poluição, desenvolvimento da agricultura e indústria, etc (KLEINMAN, 1980).

Finalmente, o Sistema de Cuidados à Saúde é formado por três componentes sobrepostos: o familiar, o profissional e o popular.

- a) Setor Familiar: este setor basicamente determina o cuidado e normalmente é excluído de muitos estudos. O autotratamento pelos indivíduos e família é a primeira intervenção terapêutica em diversas culturas. A pessoa doente e sua família utilizam as crenças e valores sobre a doença para entender o que está acontecendo e para planejar os cuidados a serem realizados. Quando o indivíduo opta por procurar tratamento profissional, diante da doença, ele retorna a sua família para avaliar e decidir o que fazer a partir do tratamento prescrito. Além disto, planeja e organiza os atos individuais, como por exemplo, quando e onde consultar, quais os tratamentos alternativos possíveis de serem procurados. Concomitantemente, avalia se o cuidado foi efetivo e se o resultado esperado foi alcançado (KLEINMAN, 1980);
- b) Setor Profissional: compreende a rede oficial de assistência de saúde, socialmente o principal representante deste setor são os profissionais médicos. Para estes profissionais os aspectos biológicos são prioritários, enquanto os aspectos psicossociais e culturais são fenômenos de segunda

ordem. A situação de exclusão de tantos outros profissionais da saúde, existentes nos dias atuais, parece que está sendo invertida, pois já se vê a busca por métodos e “profissionais alternativos”. Além disto, os avanços tecnológicos proporcionam o surgimento de outros profissionais da área da saúde atuando em parceria com os profissionais médicos. E isto já se vê refletido nos costumes de saúde popular, aumentando a responsabilidade e a importância dos profissionais enfermeiros (KLEINMAN, 1980);

- c) Setor Popular: constitui-se dos profissionais não reconhecidos legalmente (especialistas da cura, curandeiros, benzedoras, rezadores, especialistas em ervas) que prestam cuidados através de ervas, tratamentos manipulativos, rituais de cura, dentre outros. Estes profissionais possuem os mesmos valores culturais da comunidade onde vivem, podendo oferecer explicações sobre a doença de forma mais acessível à compreensão do grupo social. O cuidado realizado neste Setor vem aumentando nos últimos tempos em toda a parte do mundo e se une ao Setor Familiar. O Setor Popular une os outros dois setores, funcionando como ponto de entrada e saída (KLEINMAN, 1980).

Acredito que o reconhecimento dos setores de cuidados propostos por Kleinman (1980), as Relações Interpessoais e o Autocuidado propostos respectivamente por Peplau e Orem, forneceram os subsídios básicos para sustentação deste estudo.

Os Sistemas de Cuidados à Saúde, sugeridos por Kleinman (1980), aguçaram minha observação como pesquisadora para as interfaces sociais que constituem cada ser humano. A valorização e o reconhecimento do Setor Familiar e do Popular possibilitou também um olhar atento que fortaleceu a análise da realidade apresentada na coleta dos dados e a elaboração de estratégias de ação de Enfermagem. Sendo que a principal intenção desta pesquisa é a de contribuir e ampliar a qualidade do cuidado de Enfermagem à pessoa com diagnóstico de câncer.

Por sua vez, as teorias de Peplau e Orem constituíram neste estudo as diretrizes para sustentação da avaliação das ações de Enfermagem, direcionando o olhar de pesquisadora para as etapas da sistematização dos cuidados de Enfermagem.

3.4 Conceitos norteadores

Os conceitos descritos a seguir foram construídos a partir do referencial teórico de Peplau, Orem, Kleinman, de outros autores apresentados nesta dissertação e dos pressupostos pessoais.

3.4.1 Itinerário terapêutico

São os cuidados à saúde adotados por cada pessoa, sendo construído através das relações interpessoais. As escolhas são influenciadas por três setores, representados pela família, setor de maior poder na determinação do itinerário terapêutico; pelos profissionais, não reconhecidos legalmente, mas que representam nas crenças sociais indivíduos com os mesmos valores culturais e pelos profissionais da área da saúde que têm um poder menor de influência na determinação dos cuidados à saúde, por ainda priorizarem o aspecto biológico (KLEINMAN, 1980).

3.4.2 Câncer

Doença crônico-degenerativa causada pelo crescimento celular anormal que não respeita a apoptose da célula. Os determinantes sociais desta patologia estão relacionados à exposição dos indivíduos a fatores relacionados ao aumento da expectativa de vida, à industrialização e urbanização, ao avanço tecnológico no setor da saúde, constituindo-se, desta forma, num problema de saúde pública (BRASIL, 2002 e 2006). Quanto aos aspectos psicossociais e culturais esta patologia simboliza o sentimento de que a vida jamais será a mesma (CARVALHO, 2007).

As mudanças decorrentes do diagnóstico de câncer acontecem de forma diferente para cada pessoa e são vivenciadas também diferentemente nas diversas etapas de tratamento. Assim, pode-se definir o câncer como o medo concretizado, que exige mudanças de hábitos e dos conceitos na vida.

3.4.3 Pessoa com diagnóstico de câncer

A pessoa que apresenta o diagnóstico de câncer é um ser humano suscetível a crises de caráter psicológico, biológico ou espiritual, podendo ser desencadeadas pelo diagnóstico, prognóstico, efeitos colaterais do tratamento, ou

ainda por familiares (RADÜNZ, 1999), mas que luta para sanar ou minimizar as ameaças que surgem com a vida, conforme George (1993) citando as concepções de Orem e Peplau.

É um ser humano que vive com a incerteza, onde o futuro antes significava potencial ilimitado e na presença do diagnóstico de câncer, torna-se imediatamente limitado (McCRAVY, 2000).

Diante do inesperado a pessoa com diagnóstico de câncer vivencia diversas fases psicológicas que oscilam entre a negação, depressão, raiva, barganha e aceitação (KÜBBLER-ROSS, 1998). Portanto, mostra-se fragilizada diante do diagnóstico, das várias fases psicológicas trazidas pela doença e do tratamento, exigindo atenção e cuidado, levando à mudança de hábitos e conceitos de vida, e não somente os seus, mas também daqueles com os quais partilha relações próximas.

3.4.4 Cuidado de Enfermagem

Os cuidados de Enfermagem para Orem e Peplau em citação de George (1993), é um processo terapêutico e interpessoal que exige do enfermeiro habilidades e conhecimentos para reconhecer e agir diante das necessidades de cuidado às pessoas, auxiliando-as a conquistar condições humanamente desejadas.

Cuidar em Enfermagem é olhar, ouvir, observar, sentir, estando disponível para fazer com, ou para o outro, os procedimentos que ele não aprendeu ou não consegue executar, compartilhando saberes e educando para o autocuidado (RADÜNZ, 1999).

Destaco ainda que o cuidado de Enfermagem deve ser pautado pelo conhecimento técnico-científico e pela interação entre pessoa cuidada, família, sociedade e profissional de Enfermagem.

3.4.5 Enfermeiro em Oncologia

É um ser humano possuidor de um “feeling” especial para com os outros e para com ele mesmo, com competência na área de Enfermagem em Oncologia, que cuida de si mesmo e profissionalmente dos outros, que procura despertar nos outros e nele mesmo a capacidade que o indivíduo tem para desempenhar os seus papéis e que desenvolve empatia ao interagir terapêuticamente (RADÜNZ, 1999, p. 6).

Considero o enfermeiro em Oncologia como um profissional que direciona seus conhecimentos e habilidades para reconhecer as manifestações do câncer, do tratamento, dos efeitos colaterais e das necessidades psicológicas e espirituais que envolvem a pessoa com diagnóstico de câncer. Profissional que não esquece que cada pessoa é um indivíduo único e que reconhece que além das manifestações citadas acima, a pessoa com diagnóstico de câncer é um ser complexo pelas experiências vividas e construídas através das relações e recursos disponíveis para este viver. Assim, ser enfermeiro oncológico é cuidar da pessoa com diagnóstico de câncer atentando a todas as dimensões do cuidado.

3.4.6 Ambiente

Sistema que determina as crenças e atitudes de cada pessoa e que interliga os fatores culturais, sociais, econômico, político e histórico de um povo (KLEINMAN, 1980).

Entendo ambiente como tudo que envolve os seres humanos, internamente e externamente, de forma permanente ou temporária. Os ambientes, portanto são diferentes para cada pessoa, emanando sentimentos e necessidades diversas.

3.4.7 Tratamento antitumoral

Terapêutica sistêmica que objetiva o tratamento do câncer através do emprego de medicamentos antitumorais que lesionam as células que apresentam rápida divisão celular. O tratamento antitumoral ou quimioterapia constitui uma das quatro estratégias de tratamento das neoplasias. Este tratamento por lesionar também as células normais pode ocasionar efeitos adversos ou toxicidades (LANGHORNE, 2000; BRASIL, 2002; BONASSA, 2005; SILVA, 2007).

3.4.8 Consulta de Enfermagem

Ação de Enfermagem exclusiva do enfermeiro que inclui a coleta de dados, planejamento dos cuidados de Enfermagem, execução do planejado, reavaliação e evolução de cada pessoa cuidada (COFEN, 1993; ZAGONEL, 2001).

É o diálogo que analisa as situações de necessidade de cuidado de uma pessoa, sem esquecer seus familiares e/ou acompanhantes no que diz respeito à convivência e ao cuidado da pessoa doente. Em consequência ao diálogo surge o plano de ação e a execução do mesmo em resposta às determinações das

necessidades identificadas. Por último, a avaliação com análise periódica dos resultados obtidos, podendo esta etapa levar a um novo plano de ação ou de complementação para o autocuidado, conforme as teorias de Peplau e Orem citadas por George (1993).

A estas definições acrescento que consulta de Enfermagem é o encontro entre o enfermeiro, a pessoa que necessita dos cuidados de Enfermagem e com aqueles que a acompanham. O enfermeiro busca através do seu conhecimento, competência e responsabilidade, interagir com os envolvidos, de forma que a própria consulta se constitua em cuidado. Portanto, a consulta de Enfermagem aproxima e possibilita a construção da confiança, auxiliando no processo de viver saudável.

3.4.9 Processo de viver saudável

É conseguir viver consigo mesmo e com o meio onde vivemos de forma criativa, construtiva e produtiva, procurando satisfazer as necessidades que surgem com o processo de viver, utilizando estratégias pessoais ou buscando auxílio para este fim, sem esquecer a constituição física, psicológica, interpessoal, social e espiritual que compreende o seu ser. Este conceito foi elaborado a partir dos conceitos de Peplau e Orem em citação de George (1993) e de Kleinman (1980).

4 METODOLOGIA

“A doença tem uma função iniciática:
por meio dela se pode chegar a um maior
conhecimento de nós mesmos”.
(Rubem Alves)

Esta é uma pesquisa de abordagem qualitativa, exploratório-descritiva utilizando duas estratégias para coleta de dados: entrevista semi-estruturada com as pessoas com diagnóstico de câncer, em tratamento antitumoral ambulatorial e problematização da consulta de Enfermagem com as enfermeiras da Central de Quimioterapia. Para a problematização foram utilizadas as etapas do Arco de Charles Maguerez (Figura 01, p. 50). Estas etapas foram desenvolvidas em cinco encontros realizados com as enfermeiras. Para conclusão da problematização, reconhecida como um processo educativo, foi aplicado um questionário avaliativo.

A problematização representou o desenvolvimento de uma prática assistencial. Tal estratégia foi traçada para possibilitar a articulação das necessidades do programa de disciplinas do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) com os dados considerados imprescindíveis para reconhecimento da realidade que define a adesão aos cuidados de Enfermagem no itinerário terapêutico da pessoa com diagnóstico de câncer.

4.1 Método da pesquisa

Segundo Leopardi (2001), o método qualitativo possibilita a investigação de fatos que não podem ser captados pelos métodos positivistas. A autora ainda afirma:

O método não é exterior ao conteúdo, pois é um caminho de chegar a conhecimentos válidos e, no caso da Pesquisa Qualitativa, tal conhecimento é originário de informações de pessoas diretamente vinculadas com a experiência estudada, portanto não podem ser controladas e generalizadas. No entanto, por serem experiências verdadeiras de pessoas, não podem ser

suspeitas e tidas como não verdades. Porém os métodos tradicionais do positivismo não chegam a essas verdades, embora se tenha tentado, de muitas maneiras, conduzir à investigação social e comportamental, a partir desses métodos, algumas vezes com achados muito interessantes (LEOPARDI, 2001, p. 224).

Uchôa e Vidal (1994) complementam que as estratégias qualitativas indicam o que é importante estudar em um dado contexto sócio-cultural, permitindo identificar variáveis pertinentes e formular hipóteses culturalmente apropriadas.

Ressalta-se ainda que a importância da pesquisa qualitativa "... baseia-se na premissa de que o conhecimento sobre os indivíduos só é possível com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios atores" (POLIT e HUNGLER, 1995, p. 270).

O método exploratório permite ao pesquisador aumentar sua experiência em torno do problema de pesquisa, aprofundando sua investigação a uma realidade específica, e pode ainda favorecer ao descobrimento de outros problemas de pesquisa. O método descritivo tem como foco central o interesse de conhecer a comunidade e seus hábitos, crenças e problemas, descrevendo com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade e de que maneira e por que ocorrem (TRIVIÑOS, 1992).

4.2 Cenário da pesquisa

O cenário para coleta de dados deste estudo foi a Central de Quimioterapia de uma Instituição especializada no atendimento Oncológico, que compõe o quadro da Secretaria do Estado da Saúde (SES) de Santa Catarina.

Esta Instituição é referência no tratamento de Oncologia para o Estado e é constituída por unidades separadas nas áreas físicas, mas com Direção Geral única. Além disto, os recursos financeiros oriundos do SUS para manutenção desta instituição, bem como sua demanda de atendimentos é gerenciada por uma Fundação.

O atendimento oncológico Institucional iniciou em 1974 por iniciativa do médico Alfredo Daura Jorge. Até 1992 as atividades assistenciais eram realizadas

em área física cedida por outras instituições da SES e em 1992 a instituição passou a ocupar um espaço próprio para o desenvolvimento das atividades ambulatoriais.

Em 1993 foi inaugurada a Unidade Hospitalar com 39 leitos. Em 1998, o primeiro Núcleo Descentralizado na cidade de Lages; em 1999, a Unidade de Transplante de Medula Óssea; em 2000, o Núcleo Descentralizado de Itajaí; em 2005, a nova sede ambulatorial, e em 2006, o Ambulatório de Radioterapia.

Atualmente a Instituição realiza 4900 atendimentos mensais. O corpo funcional é constituído por 427 profissionais, sendo 50 enfermeiros e 79 técnicos de Enfermagem.

A Central de Quimioterapia realiza cerca de 1000 atendimentos por mês e conta com 10 enfermeiros e 07 técnicos de Enfermagem para o desenvolvimento do cuidado de Enfermagem.

4.3 Sujeitos da pesquisa

A seleção dos sujeitos da pesquisa obedeceu aos seguintes critérios: adultos, homens ou mulheres, em tratamento antitumoral ambulatorial sem dificuldades de comunicação verbal e que tinham realizado pelo menos três ciclos de tratamento. Assim, mais familiarizados com as toxicidades, com os efeitos adversos do tratamento, com a convivência institucional e com a SCE.

O número total dos sujeitos foi definido pela saturação dos dados, desta forma, foram entrevistadas 13 pessoas com diagnóstico de câncer no período de outubro de 2006 a junho de 2007, 07 mulheres e 06 homens, com idades que oscilaram entre os 28 e 71 anos, com nível de escolaridade variando desde o ensino fundamental até o ensino superior e oriundos da região da Grande Florianópolis, Vale do Itajaí, Meio-Oeste e Sul do Estado de Santa Catarina.

A prática assistencial, disciplina obrigatória do Curso de Mestrado em Enfermagem da UFSC, resultou na reflexão sobre a consulta de Enfermagem, desenvolvida com 10 enfermeiras da Central de Quimioterapia (número total de enfermeiras do referido setor), após concordância das mesmas com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A prática assistencial foi desenvolvida nos meses de outubro a dezembro de 2006.

4.4 Cuidados éticos

Obedecendo a legislação em vigor (BRASIL - Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (MS), o projeto de pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON), sendo que o mesmo foi aprovado pelo parecer 034/2006, sob o registro 019/2006, de 20/10/2006 (Anexo 1).

Durante o desenvolvimento da pesquisa, procurei garantir os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, benevolência e justiça, à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Com respeito à dignidade humana, a pesquisa foi realizada após esclarecimentos necessários aos sujeitos da pesquisa (pessoa com diagnóstico de câncer e enfermeiras) e assinatura do TCLE, sendo que a linguagem empregada foi a de senso comum.

O modelo do TCLE adotado neste estudo segue o modelo de referência sugerido pelo CEP da Instituição (norma institucional) e por este motivo não está sendo considerado apêndice, pois foram adaptados do modelo já existente. O modelo obedece a Resolução 196/96.

O TCLE elaborado para pessoa com diagnóstico de câncer encontra-se no Anexo 2 e o elaborado para as enfermeiras no Anexo 3.

Para garantir o anonimato dos sujeitos da pesquisa, utilizei para as pessoas com diagnóstico de câncer a codificação Itinerário, seguida por uma letra do alfabeto, e o nome de pedras preciosas para as enfermeiras, sendo que cada enfermeira escolheu o codinome que mais lhe agradava.

4.5 Coleta de dados

A coleta de dados teve início após a aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP e com a apresentação da proposta à equipe de Enfermagem da Central de Quimioterapia, aos dois períodos de trabalho (matutino e vespertino). Assim, procurei garantir que todos os profissionais, 10 enfermeiras e 7 técnicos de enfermagem, tivessem oportunidade de conhecer o projeto e fazer os questionamentos pertinentes.

Com relação à apresentação, todos os profissionais lotados na Central de Quimioterapia participaram da mesma, e os comentários dos profissionais foram para elogiar a iniciativa e suscitar a expectativa quanto aos resultados da pesquisa, pois a proposta era coerente com as inquietações da equipe.

Como já foi descrito no início deste capítulo, há neste estudo duas estratégias para a coleta de dados, uma desenvolvida com as pessoas com diagnóstico de câncer e a outra com as enfermeiras da Central de Quimioterapia.

A coleta de dados junto às pessoas com diagnóstico de câncer iniciou com a seleção dos sujeitos. Esta seleção ocorreu através do agendamento dos usuários para tratamento antineoplásico, encontrados no caderno de agendamento da Central de Quimioterapia.

Na seqüência da seleção, o contato individualizado com cada sujeito da pesquisa permitiu a explicação da intenção do estudo e do desenvolvimento da coleta dos dados.

Utilizei para coleta dos dados entrevista semi-estruturada e diário de campo, sendo que as entrevistas foram gravadas. As questões que nortearam a entrevista semi-estruturada com as pessoas com diagnóstico de câncer foram:

1. Idade, escolaridade, procedência.
2. Quais os cuidados diários realizados após o diagnóstico do câncer? Alguém auxiliou na determinação dos cuidados?
3. Qual a sua opinião sobre a consulta de Enfermagem?
4. Quais os cuidados orientados pela Enfermagem que você realiza?
5. Qual a sua opinião sobre o atendimento de Enfermagem?
6. Sugere alguma mudança no atendimento de Enfermagem e na área física da Central de Quimioterapia?
7. O que significa conforto?

As entrevistas foram realizadas durante o horário de tratamento, em consultório que permitisse a privacidade e segurança, e em alguns casos o acompanhante participou da entrevista.

A coleta de dados com as enfermeiras da Central de Quimioterapia iniciou com a apresentação do método para reflexão da prática da consulta de Enfermagem e da assinatura do TCLE.

Ressalto que para reflexão, realizei a problematização, conforme as etapas sugeridas pelo Arco de Charles Marguerez, citado por Bordenave e Pereira (2001). As etapas do arco podem ser observadas na figura que vem a seguir.

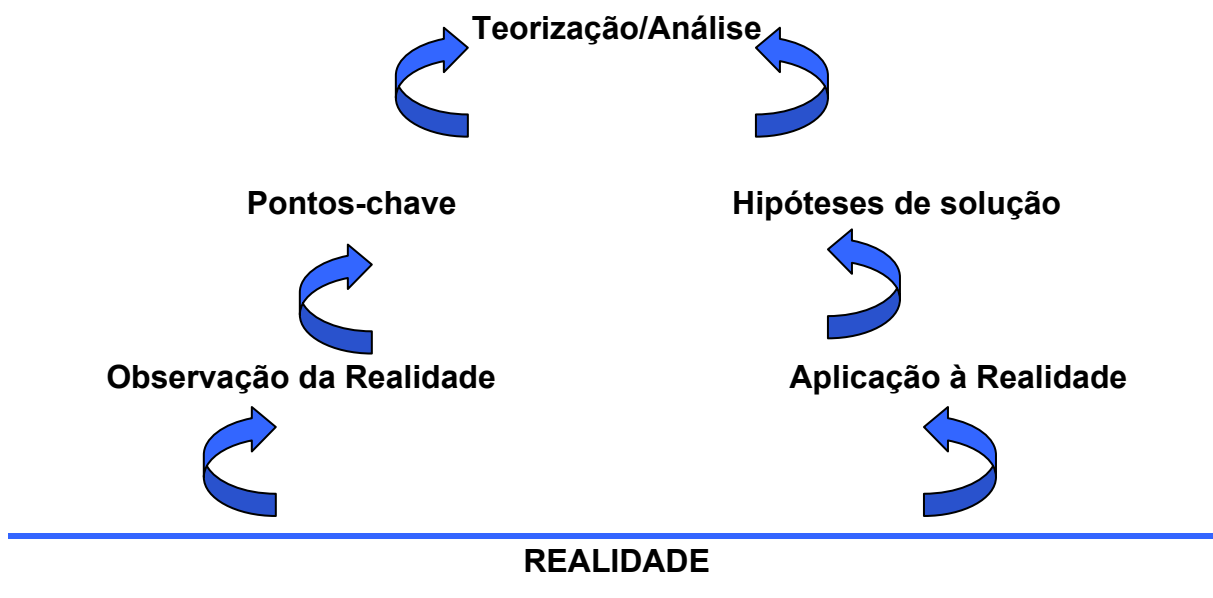


Figura 01: Arco de Charles Maguerez.

A problematização implica na participação ativa e no diálogo constante entre as enfermeiras. O dialogar permite passar de uma visão global do problema para uma visão analítica. A teorização que ocorre dentro deste processo, leva ao alcance da compreensão dos problemas e conseqüente hipóteses de solução. Sendo assim, a práxis torna-se atividade transformadora da realidade (BORDENAVE; PEREIRA, 2001).

Os encontros para problematização tiveram duração aproximada de uma hora cada um deles (cinco encontros) e foram registrados em diário de campo.

No primeiro encontro realizei uma dinâmica de apresentação (Anexo 4) que teve como intuito a aproximação do grupo de enfermeiras. Além disto, foi realizada a observação da realidade e a definição dos pontos-chave. Neste encontro 80% das enfermeiras estiveram presentes e nos outros quatro encontros, o percentual foi de 70% de freqüência. As enfermeiras que não estavam presentes estavam de férias ou no seu dia de folga.

O segundo, terceiro e o quarto encontros compreenderam as etapas de teorização, análise e hipóteses de solução, sendo que a cada encontro as

profissionais foram divididas para o desenvolvimento de atividades que permitissem atender as demandas de estudo e de construção dos materiais propostos pelo grupo. Estes serão apresentados no próximo capítulo.

No último encontro foi aplicado o questionário avaliativo contendo as seguintes questões:

1. Qual a sua opinião sobre o desenvolvimento da consulta de Enfermagem no Serviço?
2. A problematização da consulta de Enfermagem trouxe algum benefício ao desenvolvimento da prática? Qual?
3. Você conhece as Teorias: Relações Interpessoais de Hildegard Peplau e Autocuidado de Dorothea Orem?
4. Você utiliza os passos sugeridos por estas teorias?
5. A SCE foi implantada em 1997, você sugere alguma modificação? Justifique.
6. O que significa conforto e cuidado de Enfermagem?
7. Qual sua opinião sobre o novo formulário (teste piloto) para desenvolvimento do histórico de Enfermagem? *

* Esta pergunta foi incluída no questionário ao término da prática assistencial.

5 ANÁLISE DOS RESULTADOS E ALCANCE DOS OBJETIVOS

“ Tenhamos em mente que não somos o que os outros pensam e,
muitas vezes, nem mesmo o que pensamos ser;
mas somos verdadeiramente, o que sentimos.
Aliás, os sentimentos revelam nosso desempenho no passado,
nossa atuação no presente e
nossa potencialidade no futuro”
(Hammed)

Os resultados deste estudo foram analisados segundo o método de análise de conteúdo, proposta por Bardin (2006).

Para Bardin (2006) a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que busca compreender os manifestos e ocultos oriundos da coleta de dados. É uma análise estatística do discurso político, ou uma técnica de pesquisa para descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo das comunicações, ou pode ser descrita como técnicas de análise das comunicações que visam obter através de procedimentos sistêmicos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam inferir conhecimentos relativos às condições de produção e recepção dessas mensagens.

Para o levantamento e organização dos conteúdos obtidos é necessário, segundo Bardin (2006): pré-análise, codificação, categorização, inferência e tratamento informático.

A **pré-análise** corresponde à fase de organização e objetiva a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, à formulação das hipóteses, dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final.

A **codificação** “é o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo” (BARDIN, 2006, p. 97).

A **categorização** é a classificação dos dados coletados, por diferenciação e, seguidamente por reagrupamento segundo analogia.

A **inferência** é a intenção da análise de conteúdo, é a etapa que permite a passagem da descrição para a interpretação das mensagens.

O **tratamento informático** corresponde à estatística dos resultados podendo ser realizado com auxílio de programas de computação ou manualmente.

Seguindo as etapas da análise de conteúdo, agrupei os dados em categorias e subcategorias.

Primeira categoria: Itinerário terapêutico da pessoa com diagnóstico de câncer.

Subcategorias:

- Alimentação
- Higiene
- Proteção
- Repouso
- Terapias complementares
- Controle do tabagismo e alcoolismo
- Espiritualidade
- Auto-conhecimento
- Lazer
- Atendimento profissional
- Sexualidade
- Hidratação

Segunda categoria: Cuidado de Enfermagem.

Subcategorias:

- Sistematização do cuidado de Enfermagem
- Significado do cuidado de Enfermagem: percepção profissional
- Significado do cuidado de Enfermagem: percepção das pessoas com diagnóstico de câncer

Terceira categoria: Significados do conforto.

Subcategorias:

- Família-lar
- Cuidado humanizado
- Segurança
- Tranqüilidade
- Saúde
- Equilíbrio e bem-estar

- Bens materiais
- Independência
- Higiene
- Realização profissional

A partir da categorização foi possível a análise dos dados coletados e da rede de significados, ou seja, a interpretação das mensagens que possibilitaram o alcance dos objetivos elaborados neste estudo.

5.1 Itinerário terapêutico das pessoas com diagnóstico de câncer

Como poderá ser observado, existem significados que se originam no setor familiar, popular e/ou profissional. Desta forma, percebe-se a rede de relações interferindo, consolidando e transformando as crenças e valores dos indivíduos na determinação dos cuidados à saúde. Com a análise dos significados das categorias e subcategorias, esta percepção ficará mais clara e detalhada.

5.1.1 Alimentação

Os cuidados oriundos do setor familiar se constituem através das relações sociais, e são definidos pelas crenças e valores sobre a doença (KLEINMAN, 1980). Já os cuidados oriundos do setor profissional se valorizam socialmente pela legalidade e pela sabedoria científica da atualidade.

Durante as entrevistas com as pessoas com diagnóstico de câncer o cuidado mais citado foi a mudança ou inclusão de alimentos na dieta alimentar (84,61% dos entrevistados), como se pode observar nestes depoimentos:

Optei por uma alimentação mais saudável: salada, frutas, legumes, sucos, deixando de lado as gorduras, batatas fritas. [...] Esta iniciativa foi pessoal e sem orientação específica, defini a partir do que conhecia e acreditava ser certo (Itinerário A).

Estou comendo mais frutas e verduras. Antes eu comia, mas agora é melhor (Itinerário C).

Cuido do que como (Itinerário G).

*Cuido da alimentação, comendo mais frutas e verduras, evito comer muita carne vermelha, dou preferência à carne branca (Itinerário J).
[...] mudei alguns hábitos [...] mudei a alimentação [...] (Itinerário L)*

Ele come bastante vitamina, espinafre, brócolis [...] sigo o que já sabia e que não é tão diferente das dicas do manual (Esposa do Itinerário M).

Ela (a enfermeira) me orientou quanto aos cuidados com a alimentação e líquidos e disse que eu poderia tomar medicamento prescrito pelo médico sempre que eu tivesse enjojo (Itinerário H).

Eu cuido da alimentação, o médico pediu pra eu cuidar comendo mais verduras, frutas e tomando mais líquidos (Itinerário J).

A enfermeira orientou sobre a alimentação, pra comer fruta, verdura, principalmente couve, feijão que tem bastante ferro, pra não ter anemia (Itinerário J).

Analisando estes depoimentos observa-se a valorização do ato alimentar como auxílio para o equilíbrio do corpo e para a cura da doença.

Isto se reforça com os estudos de Grazzinelli, Grazzinelli, Reis, Penna (2005), quando estes autores afirmam que culturalmente há sempre um agente externo diretamente responsável pelo aparecimento de doenças, que deve ser combatido como um inimigo. O cigarro, por exemplo, pode levar ao câncer e às doenças cardíacas, o açúcar à diabetes, as gorduras e frituras à elevação da taxa do colesterol, o sedentarismo à obesidade. Estes argumentos se legitimam pelas colocações e publicações dos profissionais da saúde. Então, as pessoas quando enfrentam um processo de adoecimento buscam em suas crenças o combate ao inimigo, assim poderão alcançar a cura e isolar a doença se adotarem uma alimentação mais saudável e natural.

Radünz (2001, p. 49-50) ainda complementa que,

[...] o ato de alimentar-se envolve decisão interior quanto ao tipo de alimento, quantidade e com que frequência ela o faz. Portanto, a pessoa é responsável por aquilo que decide comer, não podendo culpar algo ou alguém fora de si pela decisão que toma, dia após dia, durante anos de sua vida. Alimentar-se adequadamente é uma importante ação para o cuidar de si [...]

Relacionando estes comentários à Teoria do Autocuidado, percebe-se que a pessoa está desenvolvendo ações que objetivam a provisão do autocuidado e reforçando esta ação com o sistema de apoio e educação, oriundos das enfermeiras e/ou médicos. Ocorre, portanto, relações interpessoais e conseqüentemente novas informações vão fazendo parte do cotidiano que interrelaciona-se entre o setor

profissional e o familiar, modificando ao longo do tempo os constituintes dos sistemas de cuidados à saúde.

5.1.2 Higiene

Este cuidado foi citado por 80% dos sujeitos entrevistados. Apresento alguns dos depoimentos:

Também cuido da minha higiene pessoal e da casa (Itinerário A).

Eu cuido da limpeza da minha casa, eu vou fazendo as minhas coisas e meus filhos me ajudam (Itinerário G).

[...] faço a higiene do meu corpo, escovo os dentes, faço bochechos com chá de malva ou bicabornato [...] (Itinerário M).

[...] higiene que nunca deixei de fazer [...] (Itinerário N).

Faço higiene da boca e hoje sei que mesmo fazendo o que a enfermeira orientou percebo que há alteração da boca, fico imaginando se eu não fizesse, ficaria pior. Então é melhor prevenir (Itinerário A).

Os cuidados com a boca faço antes e depois da quimioterapia [...] (Itinerário H).

Segui à risca os cuidados que a Enfermeira me orientou [...] cuidados especiais com higiene, ter a higiene pessoal melhorada, com relação à boca e tudo mais [...] (Itinerário L).

Considerando o aprendizado desde a infância, percebe-se a importância dada socialmente a higienização, seja pessoal, dos alimentos ou dos ambientes. Estes valores são repassados pelas famílias e pela sociedade.

No entanto, como enfermeiras, este valor sai do social e se materializa nas comprovações científicas que preconizam que uma das maneiras de combater as bactérias, fungos e outros microorganismos é através da higiene, podendo assim, diminuir as doenças e o uso de medicamentos.

Diante destes conhecimentos científicos os profissionais reforçam os valores familiares e sociais, isto não se encontra descrito especificamente nas teorias de Peplau e Orem, mas certamente a falta de higiene sempre será considerada profissionalmente um potencializador para os desvios de saúde e a higienização como uma ação de cuidado à saúde.

Diante disto, concluo que tanto o ato da higienização, quanto o ato de alimentar-se, é visto como um meio para proporcionar cura e distanciamento das

doenças, tanto para o profissional, como para a pessoa com diagnóstico de câncer e familiares.

5.1.3 Proteção

Os depoimentos abaixo evidenciam os cuidados com a pele e com a prevenção de doenças. O autocuidado nesta subcategoria é incentivado pelas enfermeiras, em virtude das reações imediatas que podem surgir, tais como, efeitos adversos dermatológicos, gastrointestinais e hematológicos.

Para as pessoas com diagnóstico de câncer, observar e proteger o corpo e seu funcionamento é evitar outros sofrimentos, outras alterações, é autocuidar-se.

Eu me cuido, não pego sol, quando a noite chega eu me recolho, porque se pegar friagem dá gripe (Itinerário G).

Uso hidratante para não ressecar a pele (Itinerário M).

Uso protetor solar por causa da Qt (quimioterapia), isto foi a partir da orientação da enfermeira [...] (Itinerário A).

[...] não vou ao sol, antes eu andava muito no sol, mas a enfermeira me orientou para ter cuidados (Itinerário C).

[...] Sigo à risca as orientações médicas [...] estar sempre me monitorando, apalpando os gânglios, porque tive linfoma, então sempre tenho que estar me apalpando e fazendo uma auto-análise do meu corpo, coisas deste tipo.[...] A Enfermeira orientou pra ter cuidados especiais pra não estar no meio de muitas pessoas, pra não ter contatos com animais, lavar muito bem as mãos [...] (Itinerário L).

Os cuidados de proteção relatados pelas pessoas com diagnóstico de câncer, advindos das orientações profissionais, enfocam a prevenção dos efeitos sobre o sistema hematopoiético e/ou imunológico. Através da hidratação da pele, higiene corporal, dos alimentos, e dos cuidados para evitar contato com doenças infecto-contagiosas, os riscos à saúde decorrentes da leucopenia, causados pelo tratamento antitumoral, são diminuídos consideravelmente (BONASSA, 2005).

Por outro lado, os achados demonstraram uma interrelação entre os cuidados familiares e os cuidados profissionais no itinerário terapêutico.

5.1.4 Repouso

Os depoimentos encontrados nesta subcategoria, falam de cuidados provenientes do setor familiar, constituídos por crenças sociais, construídas ao longo da história humana.

Evito esforços, pois se começo a fazer tudo em casa à noite não agüento de dor nas costas [...] (Itinerário J).

Comecei a ficar mais em casa, mais quieto (Itinerário M).

Eu estou meio parado, não estou trabalhando, não faço esforço físico, às vezes dou uma caminhadinha, volto e passo o dia meio assim sem fazer nada (Itinerário N).

Verifica-se nestes depoimentos o reconhecimento de limitação que muitas vezes a doença e o tratamento impõem aos sujeitos, além de mudanças nos hábitos de vida.

Estas mudanças muitas vezes são sentidas como incômodos sociais, estando principalmente vinculados às relações afetivas e ocupacionais (MERCÊS, 2004). O repouso é um cuidado para evitar a perda de energias que diante do diagnóstico de câncer e do tratamento antitumoral podem dificultar a recuperação da saúde. Além disso, o próprio corpo não se sente fortalecido para manter as atividades cotidianas realizadas anteriormente, necessitando adaptar-se as mudanças físicas ou de outra ordem, conforme diz a teoria do autocuidado estabelecida por Orem e citada por George (1993).

5.1.5 Terapias complementares

Ao iniciar a elaboração deste estudo, tinha em mente que durante a identificação do itinerário terapêutico me depararia com uma série de cuidados populares.

Para minha surpresa poucas referências foram encontradas. No entanto, muitos dos cuidados antigamente orientados pelo setor popular, encontramos hoje inseridos nos cuidados familiares.

Outro ponto de vista interessante é que algumas pessoas citaram que optaram por não realizar cuidados populares por receio de prejudicar o tratamento ou contrariar os encaminhamentos médicos.

Não faço nada de fitoterápico, na outra vez que me aconteceu este problema eu até usei, usei a babosa, aquela batida no liquidificador com

mel. Naquela época eu usei, agora neste momento eu não uso nada até para não atrapalhar o tratamento que faço aqui (Itinerário I).

Eu só faço o que os médicos daqui me orientam [...] (Itinerário F).

Esta realidade contraria as pesquisas que evidenciam o crescimento da medicina não-convencional na última década. No câncer as terapêuticas não-convencionais são procuradas para proporcionar equilíbrio emocional e para retornar ao controle da saúde. Estas considerações foram encontradas na pesquisa de Elias e Alves (2002). Estes autores citam que a fitoterapia é a modalidade mais usada pelas pessoas com diagnóstico de câncer, e este estudo também comprova este achado.

Além da fitoterapia, como demonstram os depoimentos, apareceram reiki, musicoterapia, relaxamento e tratamentos e orientações religiosas/espirituais.

Uso cápsula de graviola que foi a minha cunhada que me orientou. [...] também uso sabonetes medicinais [...] e gostaria de fazer relaxamento, massagem, yoga, ginástica, qualquer coisa pra tirar o peso que agora estou por estar doente e pela minha vida ter acabado. Eu gostaria de fazer estas coisas, mas na minha cidade não tem e onde sei que tem é muito caro e não tenho dinheiro para pagar. Eu já tenho uma despesa enorme e não tenho mais de onde tirar dinheiro (Itinerário A).

Eu bebo muito chá, tomei muito chá de pau-pelado. Tomei de queimar, minha cunhada dizia: - Tu és louca, se não morreres da doença, vais morrer deste chá [...] Tomei também chá da casca das nozes pecan [...] A graviola tomei muito e ainda tomo [...] comecei a tomar porque li relatos na internet (Itinerário D).

Eu tomo chá bem fraquinho, tomo fraquinho porque me disseram que como o meu rim não está funcionando bem, é melhor eu não fazer muito forte. [...] Eu tomo tanchagem ou qualquer chá (Itinerário J).

[...] tomo chá de cidreira ou erva doce (itinerário M).

Os chás sempre fizeram parte da minha vida [...] (Itinerário N).

Faço reiki (Itinerário A).

Eu procurei fazer tudo que me fazia bem, eu fiz durante o tratamento musicoterapia, relaxamento, caminhadas, pensamento positivo [...] algumas pessoas me ajudaram, como psicólogos, amigos, psicoterapeutas [...] mas isto tudo eu fazia por mim mesmo (Itinerário L).

Cirurgia espírita lá no Nosso Lar eu fiz cinco. Eu amo aquilo lá. [...] quando eu tive o primeiro câncer eu não quis saber, não procurei, mas quando aconteceu este negócio de metástase, aí sim eu fui [...] As coisas começaram a caminhar depois que eu comecei ir ao Nosso Lar [...] Fiz cinco cirurgias espíritas [...] neste Centro Espírita eles ficam trabalhando através de palestras pra sairmos do negativo, porque essa nossa doença são nossas células, as boas e as ruins, se você fica alimentando aquelas células a doença se mantém (Itinerário D).

Faço acompanhamento com terapeuta ocupacional e psicóloga (Itinerário A).

Nos diálogos pude evidenciar que as pessoas com situação econômica e de escolaridade mais elevada têm maior interesse e/ou conhecimento a respeito de terapias complementares.

Esta evidência me remeteu à definição de Kleinman (1980) que destaca as diferenças entre os grupos sociais, modificando a percepção e resposta ao mundo social. Desta forma, o nível mais elevado de escolaridade e o acesso às informações interferem na maneira como as pessoas pensam, reagem às doenças e escolhem as práticas de cuidados à saúde.

5.1.6 Controle do tabagismo e alcoolismo

O tabagismo e o alcoolismo constituem um dos fatores de risco ao desenvolvimento do câncer. Tal informação é disseminada pelos meios de comunicação, inclusive como meta política e dos programas nacionais de saúde.

Há um ditado popular que diz, “quando sofremos é que nos damos conta que precisamos mudar nossa maneira de viver”. Esta situação pode ser percebida nos depoimentos dos entrevistados, eles tinham consciência que o hábito de fumar e ingerir bebidas alcoólicas não eram salutares, mas antes de adoecer não viam necessidade de mudança. Então, diante do sofrimento, vencer o tabagismo e o alcoolismo era favorecer a vida.

[...] parei de fumar (Itinerário E).

[...] eu parei de fumar há cinco meses (Itinerário F).

[...] mudei alguns hábitos [...] deixei alguns vícios, antes bebia socialmente e hoje não bebo absolutamente nada. Parei de fumar, porque eu era fumante [...] (Itinerário L).

Diante desta evidência, concluo que a decisão de deixar de fumar e ingerir bebidas alcoólicas foi pessoal, pois não foi sugerida por nenhum profissional. O conhecimento da necessidade da escolha foi construído a partir de informações profissionais que deram subsídios à escolha do cuidado que objetiva favorecer o suporte à vida, a segurança e ao funcionamento orgânico efetivo. Assim, mais uma vez verifico a manifestação do autocuidado.

5.1.7 Espiritualidade

A experiência profissional de 15 anos na Oncologia aponta a espiritualidade como alternativa de compreensão e aceitação da doença. A espiritualidade é um alento diante do que parece incompreensível, e também a esperança, pois se a Medicina não trazer a cura, Deus poderá intervir na recuperação da saúde e na continuidade da vida.

Os depoimentos a seguir apresentam este cuidado proveniente do setor familiar e do popular.

As questões espirituais já faziam parte da minha vida e permaneci com estes hábitos, costume fazer correntes de oração (Itinerário A).

Eu leio, a maior parte são livros espíritas. Eu sou espírita e nos reunimos para ajudar os outros, pessoas com problemas de saúde, não só de câncer, eles me procuram pra conversar, perguntam quais são as reações, se vale a pena continuar o tratamento, quais os prós e os contras, tudo. Eu ajudo, mas no fim eu estou ganhando em triplo [...] hoje eu dou mais valor a cada dia que amanhece, eu dou graças a Deus por estar com meus filhos e por estar podendo ajudar outras pessoas. (Itinerário H).

Tudo ajuda, tudo é fundamental, tem dias que não estou legal, tem dias que tudo está meio assim... é normal do ser humano, mas de repente começo a refletir, pensar e depois da oração eu sinto que estou melhor. Vai ter dias que eu não vou estar bem, eu sei disto, mas vai vir a recompensa depois, e vem mesmo. Então eu acho que vale a pena a gente ter fé e rezar. Eu procuro rezar não só pra mim, mas por todos aqueles que eu conheci até hoje. Dentro do hospital conheci muitas pessoas nestas idas e vindas. Eu procuro fazer as coisas não por obrigação, faço por vontade própria, é melhor pra gente. Procuro ser útil, pois muitos já foram pra mim e eu podendo ajudar alguém eu ajudo. Lá no hospital tem uns pacientes bem novos, eu começo a conversar e eles começam a perguntar, e explico tudo que já passei e eles se animam por me ver vivo e eu digo que a luta vale a pena [...] eu estou mais na minha crença, na oração. Eu rezo pela manhã e à noite e quando estou aqui eu procuro ir ali na capelinha e faço a minha oração (Itinerário I).

Sou católico, acredito em Deus e tenho muita fé. Com a doença a gente se apega um pouco mais, pois fica a fé em se curar. Eu tenho fé e tenho certeza que são as últimas quimioterapias (Itinerário N).

Estudos realizados por Vieira e Queiroz (2006) relatam que a vivência do câncer traz uma sensação de vazio e um sentimento constante de solidão. Esta experiência leva a pessoa com diagnóstico de câncer a buscar recursos para diminuição do sofrimento. Um destes recursos é a religião ou a espiritualização, que representa socialmente um apelo externo, quando os internos são escassos. A fé adquire a função de estabelecer um pacto com a vida e uma aliada contra o câncer.

Ainda que este cuidado faça parte do setor familiar, é no setor popular que se origina e se solidifica, tanto em orientações como em cuidados terapêuticos.

5.1.8 Auto-conhecimento

A exemplo da espiritualidade, o ser humano também tende a intensificar o auto-conhecimento diante de problemas, sejam eles de ordem física ou emocional.

A experiência profissional obtida na Oncologia demonstra que a busca para o auto-conhecimento no auxílio ao tratamento é uma experiência encontrada com facilidade entre as pessoas com diagnóstico de câncer. Todavia, as diversas fases psicológicas vivenciadas por estas pessoas, principalmente a negação e a depressão, dificultam esta conquista, mas as que conseguem, demonstram uma aceitação, ou melhor, uma compreensão que serve de exemplo de vida e de bem-viver a outras pessoas e profissionais.

Apresento alguns depoimentos que falam deste assunto.

Eu mudei o meu jeito de ser, porque eu era muito estressada, eu queria tudo muito certo, era perfeccionista, tudo tinha que ser certinho, nada errado. Então eu trabalhei com isto (Itinerário D).

Comecei a ver a vida diferente, acho que toda a pessoa que tem este tipo de problema se por um lado é ruim, por outro é bom, eu aprendi bastante coisa, foi muito bom. [...] Eu procuro conversar com as pessoas que tem situações piores do que a minha. Tentando dar uma força e também recebendo força, é isso, é um conjunto de coisas que te envolvem e que acabam ajudando a superar um monte de coisas. [...] Eu procuro não buscar coisas fora, porque não vai me adiantar, no começo pode ser que resolva, mas depois eu vou ter que cair na realidade. Então, eu tento sempre absorver e amenizar da melhor maneira possível, é isto que eu tento fazer e tenho conseguido (Itinerário I).

Primeiro de tudo mudei alguns hábitos que tinha antes, como por exemplo, eu era pessoa muito exigente comigo mesmo, tinha uma compulsividade em ser perfeito, principalmente no trabalho e em tudo que eu fazia eu queria mostrar o melhor e isto me trazia um pouquinho de problemas. [...] Acho que a minha vida começou a mudar a partir do momento que eu soube que estava doente e eu sempre digo que mudou pra melhor. O único inconveniente é a doença, mas tudo que se aprende em função dela é fantástico, é maravilhoso [...] existem duas pessoas, esta doença foi um divisor de águas, o que eu era antes e o que eu sou agora (Itinerário L).

Para Doró, Pasquini, Medeiros, Bitencourt, Moura (2004), nas pessoas com diagnóstico de câncer existe uma atitude individual de auto-cura, aumentando as respostas qualitativas de vida. A dificuldade é que muitas pessoas não conseguem manter o processo de resgate da saúde. Contudo, a Psicologia orienta o

auto-conhecimento para que a pessoa possa construir uma boa relação consigo e com o outro e saber enfrentar os conhecimentos positivos e negativos que se originam com a doença e com o tratamento. Então, o esforço para chegar ao auto-conhecimento representa o esforço da razão vivenciando e redefinindo valores.

Mais uma vez evidenciei o autocuidado como um dos alicerces do itinerário terapêutico, sendo que o auxílio profissional acelera a conquista deste cuidado que se inicia no setor familiar.

5.1.9 Lazer

Segundo Radünz (2001), o lazer situa-se entre as ações para cuidar de si, e que além de relaxar, diminui o estresse e serve para desenvolver a vitalidade.

Esta subcategoria do itinerário terapêutico, das pessoas com diagnóstico de câncer, foi citada por 30,76% dos sujeitos entrevistados e se originou no setor familiar. No entanto, não encontrei relatos que evidenciassem o estímulo e orientação profissional para manutenção de práticas de lazer.

Assim, o câncer parece impor uma limitação às atividades de lazer.

[...] eu faço um crochê, um tricô, palavras cruzadas, estou sempre procurando alguma coisa pra eu não pensar besteira (Itinerário B).

Eu faço crochê, vou passear, cuido da minha casa, o normal de sempre (Itinerário C).

[...] saio pra conversar, eu não fico em casa. A única coisa que não faço é ir ao baile [...] (Itinerário J).

Diante destes depoimentos ressalto o conceito de Acioli e Luz (2003), já citado anteriormente, que diz que a saúde é associada de modo intenso à idéia de movimento, através de práticas que envolvem desde atividades cotidianas até as de lazer.

No entanto, as pessoas com diagnóstico de câncer, parecem não reconhecerem o lazer como cuidado à saúde e tampouco os profissionais.

5.1.10 Hidratação

A ingesta hídrica durante o tratamento antitumoral constitui um dos principais cuidados orientados pelos enfermeiros. Este cuidado, nos sujeitos

entrevistados, foi estimulado pelo setor profissional e pelas necessidades orgânicas, sendo que 53,84% o realizam.

Alguns depoimentos relacionados a esta subcategoria:

Ah, tomo bastante água, conforme a orientação. Principalmente quando faço a sessão de quimio, sinto necessidade de tomar líquido, se eu não tomar água minha boca fica mais seca (Itinerário A).

Eu tomo bastante líquido, água que eu nunca tomava na minha vida, agora eu já tomo (Itinerário C).

Tomo sempre muito líquido, conforme fui orientada (Itinerário H).

O incentivo, o esclarecimento e as reavaliações permanentes pelos enfermeiros à pessoa com diagnóstico de câncer pode contribuir para a mudança do hábito, normalmente reduzido, da ingesta hídrica. Tal cuidado merece destaque na educação à saúde, por auxiliar o funcionamento dos diversos sistemas corpóreos.

Quanto ao tratamento antitumoral, este cuidado torna-se essencial, contribuindo no equilíbrio hidroeletrólítico, muitas vezes alterado pelas toxicidades.

Bonassa (2005), em seus estudos sobre quimioterapia, ressalta inúmeras vezes nas intervenções de Enfermagem a necessidade de atenção especial ao balanço hídrico, aos sinais e sintomas de desidratação, a avaliação sistemática da ingesta hídrica e a manutenção da hidratação das mucosas através da oferta de líquidos, em torno de 3 litros por dia.

Contudo, a relação interpessoal entre enfermeiro, pessoa com diagnóstico de câncer e família reforça e favorece a troca de informações quanto à compreensão da importância da ingesta hídrica, que deve ser incorporado ao sistema familiar como hábito permanente, não apenas temporário. Esta mudança traz benefícios à qualidade de vida da pessoa com diagnóstico de câncer.

5.1.11 Sexualidade

Os antitumorais podem ocasionar disfunção gonadal e na função sexual. A intensidade das disfunções sexuais depende da droga prescrita, dose, duração do tratamento antitumoral e/ou radioterápico, idade e tempo fora da terapia, podendo as alterações ser temporárias ou permanentes. Por estes motivos, cabe ao enfermeiro avaliar, sempre que possível, a sexualidade dos pacientes em tratamento antitumoral, dar atenção à educação sexual nos aspectos que envolvam o

tratamento e fazer encaminhamentos a profissionais especializados quando houver indicação de psicoterapia, terapia sexual ou aconselhamento genético (BONASSA, 2005). A boa qualidade das relações interpessoais entre enfermeiros e pessoas com diagnóstico de câncer e seus parceiros facilita a eficácia da abordagem e dos cuidados orientados pelos enfermeiros, favorecendo o autocuidado.

Neste estudo, os cuidados envolvendo a sexualidade foram citados por 15,38% dos sujeitos entrevistados e a orientação destas pessoas foi realizada pela mesma enfermeira, o que nos faz crer que as outras profissionais devam estar suprimindo tal informação nas consultas de Enfermagem.

Isto chamou a atenção, porque é necessário que a pessoa com diagnóstico de câncer tenha conhecimento dos cuidados com a contracepção, mas por outro lado, a informação abre espaço para discutir outras dúvidas, como a disfunção reprodutiva e sobre a atividade e resposta sexual. Também abre espaço para diálogos que envolvam os aspectos psicológicos.

Ainda ressalto que os cuidados com a sexualidade relatados neste estudo foram definidos a partir dos cuidados do setor profissional.

Tenho os cuidados necessários com a relação sexual [...] isto foi a partir da orientação da enfermeira (Itinerário A).

A enfermeira explicou sobre relações sexuais, pra usar camisinha e pra não haver gravidez durante o tratamento [...] (Itinerário M).

5.1.12 Atendimento profissional

Esta subcategoria foi citada por 92,30% dos sujeitos entrevistados, demonstrando assim, que os cuidados profissionais são reconhecidos e valorizados pelas pessoas com diagnóstico de câncer. A impressão ao entrevistar cada sujeito, é que o profissional médico é visto como o responsável pela cura, enquanto todas as outras categorias profissionais da saúde, enfatizo a Enfermagem, representam a segurança no acolhimento, no cuidar com eficiência e com a preocupação na minimização dos sofrimentos.

Faço acompanhamento com Terapeuta Ocupacional e com a Psicóloga [...] uso antidepressivo e medicação para dormir e para controlar a dor (Itinerário A).

Depois da cirurgia fui encaminhado pra radioterapia e quimioterapia [...] Eu só faço o que o médico daqui me orientou, eu só acredito no tratamento daqui e em Deus [...] (Itinerário F).

Tomo insulina e faço dieta, conforme o médico me orientou (Itinerário G).

Sou obrigada a fazer todos os exames freqüentemente pra não passar pros outros lugares (Itinerário H).

Em primeiro lugar eu procuro fazer tudo que vocês enfermeiros e os médicos daqui me orientam e tento me alimentar bem também. Cuido no que diz respeito ao sol e a chuva, a gente não pode mais ter a mesma vida que tinha antes quando éramos pessoas normais, sãs. Eu procuro me cuidar desta maneira, do melhor jeito que posso, tomando as medicações e agora eu também tenho problemas cardíacos, devido a quimioterapia que alterou um pouco o meu coração. Há cinco anos que tomo medicações para o coração (Itinerário I).

Nos relatos de Kleinman (1980), o setor popular era o segundo setor mais incidente na definição dos cuidados à saúde, sendo superado apenas pelo familiar. Neste estudo, depois do setor familiar o profissional foi o que mais teve destaque. Este achado pode ter se apresentado porque as pessoas estão necessitando de cuidados para uma doença de difícil controle, como é o caso do câncer, e porque se trata de uma população ocidental ao contrário dos estudos deste autor que em sua pesquisa estabeleceu os Sistemas de Cuidados à Saúde com sujeitos da população oriental.

Além das categorias apresentadas, questionei as pessoas com diagnóstico de câncer se a escolha dos cuidados havia sido influenciada por alguém. Como resposta obtive:

- Escolha pessoal – 38,46%
- Orientação dos familiares – 15,38%
- Orientação médica – 46,15%
- Orientação da enfermeira – 38,46%
- Orientação dos vizinhos – 15,38%
- Pesquisa na Internet – 07,69

No entanto, os depoimentos colhidos demonstram a importância do cuidado familiar, e tal fato não coincide com as respostas mencionadas acima. O que evidencio com esta resposta é que os cuidados familiares estão tão incorporados no dia-a-dia das pessoas, que elas não se dão conta que estão se cuidando por iniciativa própria e pelo aprendizado cultural.

Com a apresentação desta categoria e subcategorias finalizo a identificação e análise do itinerário terapêutico das pessoas com diagnóstico de câncer em tratamento antitumoral ambulatorial, concluindo que o Setor Familiar e o Profissional são os maiores influenciadores na determinação dos cuidados à saúde e o Setor Popular pouco influencia. O autocuidado é apontado como um dos principais norteadores para definição dos cuidados à saúde.

O cuidado de Enfermagem é a próxima categoria e somado a categoria do itinerário terapêutico possibilitou o alcance do objetivo geral deste estudo que busca a caracterização das dificuldades para adesão aos cuidados de Enfermagem no itinerário terapêutico da pessoa com diagnóstico de câncer em tratamento antitumoral.

Assim, apresento a análise dos dados que considero os mais importantes deste estudo.

5.2 Cuidado de Enfermagem

Os dados desta categoria foram provenientes de duas fontes.

Primeiramente apresento os dados desta categoria registrados em diário de campo e obtidos durante a reflexão sobre a consulta de Enfermagem com as enfermeiras da Central de Quimioterapia, sendo para tanto, desenvolvido o método da problematização, através dos passos do Arco de Charles Maguerez, segundo Bordenave e Pereira (2001).

Os pontos-chave identificados diante da observação da realidade foram:

- Formulário do histórico de Enfermagem sem praticidade e favorecendo anotações similares as dos médicos.
- Enfermeiras realizando as orientações de Enfermagem de forma diversa e sem padronização científica.
- Dificuldade de interação de algumas enfermeiras com a pessoa com diagnóstico de câncer durante a consulta de Enfermagem.
- O desenvolvimento, no período da tarde, de algumas consultas de Enfermagem na área física da Central de Quimioterapia, o ambiente considerado apropriado pela equipe é o consultório de Enfermagem.

- Ausência de um manual determinando os cuidados específicos a serem orientados durante a consulta de Enfermagem.
- Ausência de atividades de educação permanente para a manutenção da SCE.
- Identificação das necessidades humanas básicas ao invés do diagnóstico de Enfermagem.

A partir da teorização e análise de cada ponto-chave, as enfermeiras da Central de Quimioterapia e eu enfermeira pesquisadora propusemos as hipóteses de solução que culminaram com:

- Elaboração do manual denominado: “A consulta de Enfermagem ao paciente em tratamento antineoplásico: Manual de Orientação ao Enfermeiro” (Apêndice 1). Este manual foi elaborado com informações caracterizadas pelas enfermeiras como informações gerais para todas as pessoas em tratamento antineoplásico, independente do esquema de tratamento adotado pelos oncologistas, informações específicas para cada droga antineoplásica utilizada na instituição e quadro comparativo dos nomes farmacológicos, comerciais e siglas de cada medicamento.
- Elaboração de um novo formulário para registro do histórico de Enfermagem (Apêndice 2) e aplicabilidade de quarenta testes piloto do formulário proposto.
- Comprometimento das enfermeiras do período vespertino para o desenvolvimento da consulta de Enfermagem no consultório de Enfermagem.
- Comprometimento das enfermeiras em manter estudo sobre a SCE, favorecendo assim, a problematização constante e o envolvimento continuado com as proposições das teorias norteadoras da SCE. Conseqüentemente, contribuindo na qualificação da consulta de Enfermagem e com todas as ações subseqüentes a esta prática.
- Identificação da necessidade de aprofundamento dos estudos sobre diagnóstico de Enfermagem, sendo sugerido pela equipe a introdução da classificação da Associação Diagnóstica das Enfermeiras Norte

Americanas - *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*. Para garantir a padronização dos diagnósticos entre as Unidades Institucionais, a equipe encaminhou os resultados obtidos à Gerência de Assistência e ao mesmo tempo reivindicou a manutenção da SCE em todas as Unidades da Instituição.

No último encontro foi aplicado um questionário para avaliação do desenvolvimento da prática assistencial, da sistematização do cuidado de Enfermagem, da consulta de Enfermagem e dos conceitos de conforto e cuidado. As respostas remeteram às duas próximas subcategorias.

5.2.1 Sistematização do cuidado de Enfermagem

A SCE constitui-se num método científico que organiza e direciona o desempenho dos profissionais de Enfermagem. A implantação a princípio pode parecer complexa, mas quando a equipe se familiariza com a mesma, facilita o processo de trabalho, oferece respaldo, segurança e proporciona qualidade no desenvolvimento das ações (CARRARO, 2001).

A consulta de Enfermagem pode ser considerada como um instrumento de interação e de aproximação entre o enfermeiro e a pessoa que necessita do cuidado de Enfermagem. Ela possibilita a descoberta do ser, seja no processo de saúde ou de doença. É uma ação que se diferencia entre as várias maneiras de cuidar, por estabelecer uma relação interpessoal de ajuda concreta diante das variáveis culturais (ZAGONEL, 2001).

A partir das leituras proporcionadas por Zagonel (2001), procurei analisar os relatos das enfermeiras quanto ao desenvolvimento e problematização da consulta de Enfermagem à pessoa com diagnóstico de câncer.

Quanto ao desenvolvimento:

Podemos avaliar o paciente como um todo, realizar um trabalho científico, minimizar efeitos colaterais com as orientações e comprovar trabalho realizado (Enfermeira Esmeralda).

É importante para conhecermos o paciente e seu convívio familiar, sendo que neste primeiro momento ou acolhimento conseguimos identificar várias situações como medos, angústias, falta de conhecimento e outras (Enfermeira Ametista).

Quanto à problematização:

Acredito que as conversas com o grupo nos fizeram buscar mais cientificidade, homogeneizar condutas, orientações no sentido de tornar o serviço mais comprometido e confiável (Enfermeira Diamante).

[..] no transcorrer do trabalho às vezes tornamo-nos mecanicistas e esta parada para avaliação é extremamente importante para mudarmos paradigmas (Enfermeira Pérola).

O entendimento que tenho ao analisar estes depoimentos coincide com Zagonel (2001), quando diz que o desenvolvimento da consulta de Enfermagem exige mudanças nas ações do enfermeiro para execução desta complexa atividade, e que para atingir os objetivos aos quais ela se destina, requer metodologia estabelecida pelos próprios enfermeiros.

Portanto, considero diante do exposto, que o desenvolvimento da problematização da consulta favoreceu o fortalecimento metodológico desta atividade e a compreensão das enfermeiras quanto à necessidade de articular a metodologia às exigências da pessoa com diagnóstico de câncer e às exigências do serviço. O diálogo favorece as relações interpessoais, primeiramente entre os enfermeiros e posteriormente com as pessoas com diagnóstico de câncer.

Na consulta de Enfermagem o método se restringe à prática do enfermeiro, no entanto, a sistematização possibilita o direcionamento das atividades de cada integrante da equipe de Enfermagem. Além disto, norteia os registros das ações e possibilita a visualização continuada das mesmas (CARRARO, 2001).

Com relação à sistematização dos cuidados de Enfermagem na Central de quimioterapia apresento os seguintes depoimentos:

Não utilizo os passos propostos pelas teorias que norteiam a SAE porque não as conheço, porém pode ser que sem saber utilize, nunca tive dificuldade. Sei que a Instituição utiliza os passos propostos (Enfermeira Jade).

Acredito que sigo a SAE, pois faço o SOC na evolução e baseio-me pensando nas possibilidades de interação e auto cuidado (Enfermeira Diamante).*

Sim utilizo a SAE, pois participei da implantação há nove anos. E de certa forma os passos já estão introjetados, quando realizamos a consulta de Enfermagem (Enfermeira Pérola).

* SOC é a sigla para subjetivo, objetivo e conduta, etapas definidas pelo Serviço de Enfermagem Institucional para desenvolvimento e registro da evolução de Enfermagem.

Eu sugiro modificações à SAE principalmente na coleta de dados, no levantamento de problemas e também nas orientações, ponto alvo do nosso serviço que deve ser mais padronizado (Enfermeira Jade).

A SAE precisa ser revista no sentido de direcionar as anotações mais científicas, termos próprios da Enfermagem e linguagem igual entre o grupo de enfermeiras (Enfermeira Diamante).

Sugiro que haja mais registros da assistência que prestamos, por exemplo, de todas as intercorrências atendidas (Enfermeira Turquesa).

Analisando estes depoimentos percebo uma contradição com o que apresentei neste estudo sobre o assunto. As enfermeiras demonstraram claramente que não desenvolvem a SCE na sua integralidade e sim vêm a consulta de Enfermagem e alguns registros como SCE. Desta forma, considero essencial uma nova reflexão entre os profissionais quanto à continuidade da SCE, bem como, a (re) educação dos profissionais para alcance desta ação maior da Enfermagem. Os problemas identificados com a avaliação da prática assistencial vão além dos pontos-chave discutidos no início da problematização.

Durante a problematização também foi elaborado um novo formulário para desenvolvimento e registro do histórico de Enfermagem. Este formulário foi utilizado num teste piloto com 40 pessoas com diagnóstico de câncer.

A experiência vivenciada possibilitou as enfermeiras relatarem o seguinte:

O modelo novo é mais prático mais rápido e agradável de realizar (Enfermeira Esmeralda)

Achei bom, o novo modelo, pois foi construído por todos nós, sendo assim acho que o resultado será melhor ainda (Enfermeira Jade).

Destaco apenas dois relatos, mas considero que os mesmos representam a opinião de todas as enfermeiras, demonstrando que o novo formulário favoreceu a coleta de dados que compõe o histórico de Enfermagem e a interação com a pessoa cuidada e sua família, contribuindo assim com a práxis.

A resposta da Enfermeira Jade reforça que quando há o envolvimento de todos permanentemente, os resultados podem ser mais eficazes. Desta forma, concluo que não é possível iniciar sempre uma sistematização a partir do zero ou a cada inclusão profissional, mas é possível transformar sempre, através de uma observação crítica e construtiva, com envolvimento de todos os pares, analisando

continuamente e cientificamente as ações diárias. Para tanto, é necessário organizar momentos em que isto possa acontecer.

Concluo a análise desta subcategoria com citação de Carraro (2001, p. 21) que diz, “ao utilizar a lógica na busca da solução de problemas, o método científico oferece sustentação para as ações, conduz à reflexão sobre elas e evita as que forem desnecessárias”.

5.2.2 Significado do cuidado de Enfermagem: percepção profissional

O cuidado constitui a base da Enfermagem. Defini-lo é uma tarefa árdua e complexa, pois envolve muitas dimensões. Assim, questionei as enfermeiras que cuidam das pessoas com diagnóstico de câncer o que significa cuidado de Enfermagem.

As respostas, de uma maneira sucinta, enfocaram que o cuidado de Enfermagem são ações para o bem-estar, conhecimento técnico-científico, assistência às necessidades humanas básicas e processo de inter-relações, segundo depoimentos que se seguem.

São todas as ações realizadas na tentativa de restabelecer o bem estar do ser humano [...] (Enfermeira Jade).

Cuidado de Enfermagem é um conjunto de ações que priorizam o cuidar. Para tanto são utilizadas técnicas assistenciais fundamentadas em princípios científicos, aplicadas no cuidado físico. Cuidado de Enfermagem é ser capaz de ver o paciente como ser humano completo, que além do cuidado físico precisa ser compreendido em suas necessidades emocionais (Enfermeira Safira).

Na minha visão profissional, cuidar significa atender o paciente em suas necessidades básicas, é olhar para ele como se fosse de sua família, cuidar num todo, tanto fisicamente como emocionalmente, visando o bem-estar do paciente (Enfermeira Ametista).

É um processo de inter-relações entre o cuidador e o paciente, onde as ações são pensadas estrategicamente de forma científica com o objetivo de sanar ou amenizar os problemas detectados, planejando este cuidado junto ao paciente e/ou seus familiares (Enfermeira Pérola).

Os achados representam pontos consistentes do cuidado de Enfermagem, mas não abordam todas as dimensões do cuidar.

A experiência vivenciada com a problematização mostrou que para estas profissionais, o cuidado de Enfermagem é atender as necessidades de forma a proporcionar bem-estar. No entanto, o planejamento do cuidado da Central de

Quimioterapia, diante dos dados coletados, não acompanha as necessidades das pessoas, ou seja, não busca um aprofundamento das relações interpessoais que surge com o decorrer do tempo e da convivência.

Enfatizo aqui um dos conceitos norteadores deste estudo, que diz que o cuidado de Enfermagem para Orem e Peplau, é um processo terapêutico e interpessoal que exige do enfermeiro habilidades e conhecimentos para reconhecer e agir diante das necessidades de cuidado às pessoas, auxiliando-as a conquistar condições humanamente desejadas (GEORGE, 1993).

Radünz (1999) também reforça o acima exposto, dizendo que cuidar em Enfermagem é olhar, ouvir, observar, sentir, estando disponível para fazer com, ou para o outro, os procedimentos que ele não aprendeu ou não consegue executar, compartilhando saberes e educando para o autocuidado.

O cuidado de Enfermagem deve ser pautado pelo conhecimento técnico-científico e pela interação entre a pessoa cuidada, família, sociedade e profissional de Enfermagem, fazendo-se necessária a intenção permanente das enfermeiras e responsáveis pelo serviço de manter os objetivos de sistematização dos cuidados de Enfermagem.

5.2.3 Significado do cuidado de Enfermagem: percepção das pessoas com diagnóstico de câncer

Analisando as entrevistas e os registros em diário de campo, identifiquei que os cuidados de Enfermagem determinados como essenciais no manual que orienta o desenvolvimento da consulta de Enfermagem às pessoas com diagnóstico de câncer (Apêndice 1) não são orientados pelas enfermeiras em toda a sua abrangência.

Os cuidados que foram orientados pelas enfermeiras e citados pelos sujeitos, abrangem cuidados com a pele, com a boca, com o estômago e com a ingesta hídrica. Por outro lado, não houve referência aos cuidados com o intestino, aos cuidados gerais e aos esclarecimentos sobre a ação dos antitumorais. Os cuidados com a sexualidade só foram informados por uma única enfermeira, de acordo com os sujeitos desta pesquisa.

Ao questionar se os cuidados orientados pelas enfermeiras eram seguidos, 53,84% dos sujeitos declararam que seguem todos os cuidados, 30,76%

seguem alguns cuidados orientados e 15,38% seguem as orientações quando precisam, ou melhor, quando percebem a alteração no organismo.

[...] mas eu nunca fiz o que me orientaram. [...] Porque nunca achei necessário, inclusive um dia destes, eu estava conversando com a Enfª Pérola e ela me perguntou - Você fez aquele bochecho? - Olha Pérola, não fiz. - Mas precisa ... - Ah não e eu não tenho saco. Eu procuro sim fazer a higiene, mas aquilo tudo que foi orientado não sigo (Itinerário B).

*É, do meu ponto de vista acho que estou seguindo tudo (Itinerário C).
Eu sigo as coisas quando preciso, no caso, eu só sinto enjojo agora (Itinerário F).*

Sigo as orientações de enfermagem à risca (Itinerário L).

Sobre o manual de orientação para os pacientes, fornecido durante a consulta de Enfermagem, 76,92% dos sujeitos o denominaram ótimo e útil, 15,38% afirmaram não ter lido e 7,69% disseram não ter recebido o manual.

Quando perguntei a opinião sobre a consulta de Enfermagem, 92,30% dos sujeitos consideraram que a consulta é essencial e importante, apenas 7,69% declararam que a consulta é pouco explicativa.

Acho que a consulta de Enfermagem pode melhorar. Pra mim foi fácil entender, porque eu li muito. Eu procuro outras informações não fico só naquilo ali, mas tem certas pessoas que não se informam e saem daquela sala completamente desinformados. A consulta para mim não foi muito explicativa [...] (Itinerário A).

Ah! Eu achei interessante, ela ensina bem e bem explicada. Eu acho que está legal (Itinerário B).

A consulta é uma boa explicação. [...] Porque o cara sabe algumas coisa que não sabia, ela orienta a pessoa (Itinerário E).

Eu achei legal, ela explicou bem, foi tudo bem objetivo pra gente aprender, eu achei fácil pra gente entender e o manual a gente lê em casa (Itinerário F).

Para qualificar a consulta de Enfermagem, 15,38% das pessoas com diagnóstico de câncer sugeriram incluir orientações mais abrangentes, como dicas alimentares (como tipos de preparo) na presença de náuseas e vômitos e 7,69% dos sujeitos sugeriram uma maior explicação sobre as náuseas e vômitos e sobre a limpeza dos vômitos.

É preciso explicar a respeito das náuseas, das diarreias, dos vômitos e como limpar. Por que elas não dão estas informações na consulta? Isto é uma necessidade tão grande, porque a pessoa está com quimio dentro

dela. Estas explicações eu não recebi, eu só sei porque li no manual, mas tem muita gente que não lê. Muita coisa eu aprendi no manual, mas acho que as informações têm que ser no cara a cara. A consulta precisa ser mais detalhista. Acho também que a enfermagem poderia dar dicas de alimentação, se a gente não conseguir comer como antes, que tipo de alimentação podemos fazer. Porque tem coisas que a gente não consegue comer e se recebemos dicas pode ajudar e a gente não fica sem comer (Itinerário A).

As entrevistas também possibilitaram identificar as reações adversas mais freqüentes após a administração dos antitumorais: náuseas em 38,46% dos sujeitos, falta de apetite em 30,76% dos sujeitos, febre em 7,69 % dos sujeitos, calor no rosto em 7,69 % dos sujeitos, mal-estar em 7,69% dos sujeitos, vômitos em 7,69% dos sujeitos, alergia em 7,69% dos sujeitos, diarreia em 7,69% dos sujeitos e dor em 7,69% dos sujeitos.

O reconhecimento destes efeitos adversos pode favorecer o planejamento dos cuidados de Enfermagem. Os achados fazem parte dos conhecimentos científicos já divulgados pela Oncologia, mas a incidência das náuseas e da falta de apetite somada à dificuldade das pessoas com diagnóstico de câncer em controlar tais sintomas, demonstra que as ações de Enfermagem precisam aproximar-se das necessidades das pessoas, conforme orientam as teorias de Peplau e de Orem.

Perguntei as pessoas em tratamento antitumoral se haviam sido questionadas pela Enfermeira/Enfermagem quanto ao aparecimento de reação após o tratamento antitumoral e como elas estavam naquele momento ao retornarem para novo ciclo de tratamento, 61,53% dos entrevistados afirmaram não terem sido questionados a respeito.

Não, ninguém me perguntou e a gente fica pensando que vai acontecer tudo de novo. Quando a gente está ali fazendo quimioterapia pensa a gente se sente muito carente, vem sem acompanhante, então seria bom que a enfermagem desse um pouco mais de atenção (Itinerário A).

Nada, ninguém perguntou nada (Itinerário E).

Não, só pedem os exames (Itinerário J).

Não, quem pergunta é só o médico (Itinerário M).

Trinta e oito com quarenta e seis por cento (38,46%) dos entrevistados afirmaram ter sido questionados.

Sim e geralmente na medida que elas iam puncionando meu cateter elas iam perguntando. E nas primeiras quimioterapias eu adorei porque elas vinham conversar, perguntavam como eu tinha passado a semana, qual a reação da última QT (quimioterapia) e assim eu ficava tranqüila, eu jamais imaginava que o atendimento seria deste jeito (Itinerário H).

Claro, perguntaram sim (Itinerário F).

Sempre (Itinerário L).

Estas afirmações representam em minha análise o principal aspecto deficitário do cuidado de Enfermagem realizado pelos profissionais da Central de Quimioterapia, demonstrando que a sistematização do cuidado de Enfermagem é fragmentada e não está incorporada na filosofia do serviço. As etapas de orientação, identificação e exploração, sugeridas por Peplau, e a teoria do déficit do autocuidado, sugerida por Orem, praticamente inexitem na continuidade do tratamento. A pós-consulta auxiliaria a minimização deste déficit, mas seria apenas desenvolvida pelas enfermeiras. No entanto, faz-se necessário o envolvimento de todos os profissionais com o objetivo de sistematizar, como cita Carraro (2001), pode parecer complexo, mas qualifica o cuidado prestado.

Quanto ao atendimento do serviço de Enfermagem, as respostas obtidas foram divididas em aspectos positivos e negativos.

Aspectos positivos:

- Bom atendimento para 92,30% dos sujeitos entrevistados.
- Trabalho com carinho e atenção para 53,84% dos sujeitos entrevistados.
- Trabalho desenvolvido com bom-humor, alegria e simpatia para 30,76% dos sujeitos entrevistados.
- Esclarecedor para 15,38% dos sujeitos entrevistados.
- Competente para 7,69% dos sujeitos entrevistados.
- Atendimento com educação para 7,69% dos sujeitos entrevistados.
- Atendimento prestado com igualdade entre as pessoas para 7,69% dos sujeitos entrevistados.

Alguns depoimentos podem ser verificados a seguir:

Olha, eu não tenho nem o que falar, porque eu sou até suspeito, se a nota é 10 eu vou dar nota 11 pra vocês. [...] Em primeiro lugar porque sou bem atendido, não só eu como todos. Eu não sou um privilegiado todos as

peças que eu vejo aqui e lá no Hospital são, pra mim a Enfermagem é ótima, melhor que isto impossível (Itinerário I).

Acho o atendimento de Enfermagem muito bom. [...] Primeiro a competência, eu acho que as pessoas que estão ali são competentes pra fazer o que estão fazendo, segundo eu percebo que vocês tem muita atenção, com relação ao paciente, isto eu vou falar depois, com relação a administração dos medicamentos, todo cuidado, sempre olhando, eu percebo que vocês estão sempre olhando, pra ver se não tem nenhum frasco chegando ao fim, estão sempre monitorando os pacientes, esta coisa toda. Em terceiro, a parte emocional, vocês são sempre muito simpáticas, muito atenciosas [...] (Itinerário L).

Aspectos negativos:

- Algumas pessoas são frias, falta carinho e sorriso para 23,07% dos sujeitos entrevistados. Os depoimentos não foram citados para garantir o anonimato dos profissionais.

Analisando as respostas, as pessoas com diagnóstico de câncer vêm o Serviço de Enfermagem com qualidade e eficiência, os aspectos negativos foram focados em situações isoladas e com relação à atuação de alguns profissionais. Ainda que isolados, estes aspectos no meu ponto de vista, necessitam de avaliação e ponderação por cada profissional e pela equipe.

Como sugestões de mudanças para área física da Central de Quimioterapia, as pessoas em tratamento antitumoral sugeriram as seguintes inclusões:

- Mudar a altura das tomadas (onde as bombas de infusão são instaladas).
- Instalar música ambiente.
- Ter uma área física mais reservada.
- Modificar a entrada ao sanitário, restringindo a colocação de poltronas neste acesso.
- Instalar televisão na área das camas.

Além da área física foi solicitado:

- A presença de alguém para auxiliar as pessoas durante as refeições.

- Manter o trabalho da Terapeuta Ocupacional durante o horário de tratamento.

Com a exposição e análise destes dados pude caracterizar os motivos que dificultam a adesão aos cuidados de Enfermagem no itinerário terapêutico da pessoa com diagnóstico de câncer.

Esta caracterização aponta para o desenvolvimento fragmentado e incompleto da sistematização dos cuidados de Enfermagem. Além disto, as consultas de Enfermagem demonstram a orientação de cuidados de conhecimento de senso comum, assim já inseridos nos cuidados familiares. Além disto, identifiquei que no decorrer dos ciclos antitumorais, as reavaliações e reorientações não seguem os princípios da sistematização e das teorias de Enfermagem adotadas pelo serviço. Contudo, na prática atual das enfermeiras não é possível identificar se os cuidados orientados se incorporam ao itinerário terapêutico ou se há necessidade de expandir as orientações e/ou reorientar as já citadas no primeiro momento de interação (consulta de Enfermagem).

Nas entrevistas ficou evidente que as pessoas com diagnóstico de câncer recordam os cuidados orientados pelas enfermeiras e procuram segui-los. Os cuidados não realizados são considerados desnecessários porque as pessoas não sentem alterações orgânicas que os justifiquem.

Por outro lado, as enfermeiras em seus diálogos profissionais, citam alguns cuidados que não são orientados nas consultas de Enfermagem e durante o decorrer do tratamento antitumoral. Sendo assim, estes cuidados não podem fazer parte dos itinerários terapêuticos por pleno desconhecimento dos mesmos pelos sujeitos.

Além disto, não poderia deixar de citar que cada indivíduo faz suas escolhas e muitos podem optar pela não inclusão dos cuidados orientados pelas enfermeiras, apesar do esmero e da atuação profissional competente.

Ressalto que quando comparei as pessoas que foram questionadas e as não questionadas pelo grupo de Enfermagem, quando voltavam para novo ciclo de tratamento, percebi que o grupo questionado tinha mais facilidade na comunicação. Considero esta impressão importante, pois aqueles que têm dificuldade de comunicação necessitam de outras estratégias para desenvolvimento da identificação, planejamento e implementação do cuidado de Enfermagem.

Desta forma, a educação para o autocuidado, vista como base deste serviço está deficitária, o que dificulta a adesão aos cuidados no itinerário terapêutico.

Entretanto, vale comentar que a atuação da Enfermagem da Central de Quimioterapia é declarada pelas pessoas cuidadas como um atendimento de qualidade e que satisfaz suas necessidades. Esta satisfação apresenta-se porque muitos comparam o atendimento recebido em outras instituições públicas de saúde onde há déficit de profissionais, de qualidade técnica, de materiais e de conforto na área física. Além disto, os profissionais transmitem no cuidado, competência técnica, principalmente no que envolve o tratamento antitumoral e realizam os cuidados de Enfermagem sem distinção entre as pessoas e com sensibilidade quanto ao sofrimento vivenciado por cada pessoa cuidada.

A terceira categoria deste estudo se compõe dos significados do conforto, sendo que entendo conforto como uma das intenções do cuidado.

5.3 Significados do conforto

Segundo Kolcaba (1992), confortar compreende uma ação complexa por envolver a multidimensionalidade das pessoas e está construída através das experiências vividas. Para esta autora as enfermeiras são as pessoas mais preparadas para confortar, sendo que o conforto está diretamente relacionado com a qualidade do cuidado e conseqüentemente à satisfação das pessoas.

Para a Enfermagem confortar é satisfazer as necessidades humanas básicas desgastadas pelos desvios de saúde. O conforto representa um resultado holístico que se altera de acordo com a dinâmica dos estados das pessoas. Desta forma, para a enfermeira confortar faz-se necessário adotar um guia de cuidados que englobem as dimensões física, psicoespiritual, social e ambiental (KOLCABA, 1994).

Concordo com Kocalba (1992) que para confortar é necessário cuidar. Assim, como integrante do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando, entendi como relevante perguntar às pessoas com diagnóstico de câncer e às enfermeiras o que significava conforto.

A partir das respostas, defini as seguintes subcategorias, que seguem com os respectivos depoimentos obtidos com os sujeitos da pesquisa:

5.3.1 Família – lar

Conforto, primeiramente é a minha casa, o meu canto, a minha cama onde faço tudo (Itinerário A).

[...] conforto é ser bem tratada pela família. Meus filhos quando chego, eles me beijam, me abraçam, me tratam super bem, assim eu me sinto feliz, eles sempre me apoiando e meu marido também (Itinerário J).

[...] é estar bem com a família. (Enfermeira Turquesa).

5.3.2 Cuidado humanizado

Conforto é ser bem atendida [...] Tudo que tenho aqui dentro é conforto, tem enfermeiras, assistente social, e se chego pra uma enfermeira com um problema, ela está sempre pronta pra ajudar. Tudo aqui dentro é conforto (Itinerário B).

É ter alguém pra te dar uma comida quando estamos fazendo tratamento (Itinerário D).

[...] conforto é a gente ser tratada com carinho e atenção. Eu digo pra todo mundo que aqui é maravilhoso (Itinerário G).

Eu costumo dizer que conforto depende das pessoas. Tem pessoas que pra ficar confortáveis precisam de uma cadeira 100% de algodão e tem pessoas que podem estar num banco de madeira, mas tendo pessoas em volta que dão carinho tem conforto fora do normal [...] conforto é eu estar precisando e ser atendida naquele momento (Itinerário H).

5.3.3 Segurança

[...] conforto é ter remédios. (Itinerário B).

[...] é ter uma condição digna de sobreviver [...] (Itinerário F).

Conforto é ter a minha casa, comida, dinheiro pra comprar os remédios [...] (Itinerário G).

5.3.4 Tranquilidade

[...] um lugar pra descansar, relaxar, música leve e um banho gostoso (Itinerário A).

Conforto é vir fazer o tratamento e não se preocupar com o trabalho, pois tenho funcionários que cuidam de toda aquela parte que deveria estar cuidando. [...] Então tranquilidade também é conforto (Itinerário L).

5.3.5 Saúde

Conforto no meu ponto de vista é ter saúde [...] Ter saúde pra mim agora é tudo, porque eu estava na cova, falando bem brasileiro e agora eu tenho saúde (Itinerário C).

Quando a gente está a baixo de remédio não é conforto. Conforto é a melhora. [...] O principal é ter saúde, o resto a gente dá um jeito (Itinerário E).

Conforto aqui dentro é o tratamento que eu faço, é a minha cura [...] (Itinerário F).

Estar em pleno conforto depende de vários fatores que influenciam nossa vida, como viver dignamente, com saúde, moradia, recursos financeiros e principalmente estar emocionalmente equilibrada. Estar confortável é continuar vivendo dentro dos padrões normais, procurando o bem estar geral (Enfermeira Ametista).

5.3.6 Equilíbrio e bem-estar

[...] conforto é estar de bem com a vida (Itinerário F).

É se sentir bem. (Itinerário J).

Conforto é o conforto espiritual e psicológico [...] (Itinerário L).

É a ausência de qualquer elemento que cause desequilíbrios, seja físico mental e/ou emocional (Enfermeira Safira).

É tudo aquilo que está adequado e que dê prazer. Estar confortável é estar adaptado em todos os sentidos: físico, psicológico e emocional. (Enfermeira Pérola).

5.3.7 Bens materiais

Eu adoro conforto, adoro tudo fácil. Por exemplo, o carro que adquire é todo automático, ele avisa se a porta está aberta, ele levanta o vidro, na minha cama eu não preciso levantar pra desligar a televisão, não sei se isto é conforto ou comodidade, mas eu considero conforto (Itinerário D).

[...] aqui tudo é conforto, tem aquelas poltronas confortáveis, tem televisão, tem lanche, eu não tenho o que reclamar não, eu só tenho é que agradecer (Itinerário F).

Estar em pleno conforto depende de vários fatores que influenciam nossa vida, como viver dignamente, com saúde, moradia, recursos financeiros [...] (Enfermeira Ametista).

5.3.8 Independência

Antes eu podia fazer as coisas e agora eu não posso. Então conforto é tu poder seguir a vida e fazer as coisas que tu queres (Itinerário F).

Conforto é poder vir com o meu carro próprio e não depender de alguém pra me trazer. Eu nunca tive que pegar uma ambulância, que eu sei que é muito ruim (Itinerário L).

5.3.9 Higiene

Na sala de quimioterapia é muito confortável, os lençóis sempre limpos, os acolchoados sempre esterilizados, tudo é feito com muito carinho, [...] está sempre tudo muito limpo. Esta é uma característica que eu sempre percebo, sempre tudo muito cheiroso, sempre tudo muito agradável (Itinerário L).

5.3.10 Realização profissional

Conforto é tudo que faz bem ao ser humano. Cada pessoa tem um conceito de conforto, o que é conforto para um não é para outro. Conforto abrange desde estar saudável, profissionalmente bem, e estar bem com a família.(Enfermeira Turquesa).

Durante as entrevistas com as pessoas com diagnóstico de câncer, as mesmas apresentaram dificuldades no relato do significado do conforto. Algumas pessoas entrevistadas, inicialmente não sabiam o que responder e só após refletirem um pouco é que conseguiram expor seus significados.

Como o cuidado, o conforto apresenta-se em muitas dimensões e algumas delas são encontradas neste estudo.

Entendo que definir exatamente o significado do conforto é tão complexo, quanto o significado do cuidado, pois a realidade do conforto é individual e abrangente, e depende dos valores e das necessidades sentidas por cada pessoa.

Desta forma, a análise da categoria significados do conforto parte da união das subcategorias estabelecidas, por entender que fragmentar a essência do conforto é impedir de enxergar o conjunto que se entremeia entre as exigências, sentimentos e expressões de cada ser.

Como diz Marcelino (2004), o conforto é uma palavra que expressa um estado de bem-estar e não é possível pensar em conforto sem bem-estar, tampouco em bem-estar sem conforto. Para esta autora proporcionar bem-estar a um ser é a essência do cuidado. Bem-estar/conforto “é o desejo simples de viver plenamente cada dia, de estar em harmonia com a vida, independentemente da presença ou ausência de uma patologia; é sentir-se saudável” (MARCELINO, 2004, p. 217).

Estudos de Arruda e Nunes (1998) complementam esta análise, pois apresentam o conforto como um fenômeno que favorece a integração, quando a pessoa consegue alcançar um estado de harmonia em relação a si própria e em relação ao ambiente; a liberdade, quando consegue exercer controle sobre sua

própria vida e sobre as relações com o ambiente; a melhora, quando se sente mais forte e se liberta dos medos; a segurança e proteção, quando sente que tem condições de sobreviver; e a comodidade, quando desfruta do prazer de ser e viver.

Enfim, conhecer a realidade apresentada por estes sujeitos, pessoas com diagnóstico de câncer e enfermeiras, reforça os princípios apresentados nas Teorias de Peplau e Orem e nos Sistemas de Cuidados à Saúde proposto por Kleinman (1980), pois a realidade precisa ser conhecida para ser compreendida, quando então poderemos pensar em cuidar e confortar.

Assim, as subcategorias encontradas podem ser utilizadas como um guia para planejar o cuidado e para o alcançar o conforto, tão almejado pelas pessoas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“A capacidade de cuidar
é o que dá à vida seu mais profundo
sentido e significado”.
(Pablo Casals)

Pesquisar é investigar, é indagar sobre algo, e se investigamos é porque queremos atingir algum objetivo ou pelo menos conseguir subsídios para o alcance do mesmo.

Assim, esta pesquisa iniciou com uma indagação e com um intuito investigativo.

Durante a investigação, evidenciei o valor dos cuidados familiares e dos profissionais no itinerário terapêutico da pessoa com diagnóstico de câncer, sendo que a lógica do ser busca a solução dos problemas. Se não há problemas aparentes os cuidados são desconsiderados. Assim, a prática do diálogo mantendo as interrelações, a observação e a educação para o autocuidado, pode transformar o cuidado em práticas saudáveis.

Por outro lado, na constituição do itinerário terapêutico, acreditava encontrar as terapias complementares como um cuidado essencial. No entanto, neste estudo estas terapêuticas não apareceram com a frequência que esperava, mas observei que a escolaridade e a condição financeira mais elevada contribuem para a procura das mesmas. Além disto, muitos dos entrevistados não as procuram porque o modelo biomédico tem um valor muito forte na escolha dos cuidados à saúde.

Quanto à percepção da pessoa com diagnóstico de câncer sobre o cuidado de Enfermagem, constatei que os sujeitos se sentem satisfeitos com o cuidado recebido e que a estrutura física e a qualidade do cuidado satisfazem, principalmente porque estas pessoas comparam o cuidado recebido na instituição com outras instituições públicas. Desta forma, afirmam que o cuidado se sobressai na Central de Quimioterapia.

Entretanto, ficou evidente nos achados, tanto na investigação com as pessoas com diagnóstico de câncer, como com as enfermeiras, que há falhas

importantes no desenvolvimento da sistematização do cuidado de Enfermagem. Estas falhas iniciam-se pelo aspecto filosófico do cuidado que ainda apresenta-se de maneira empírica, sem consistência nos conceitos e na padronização das condutas. E depois, no desenvolvimento das etapas do processo de Enfermagem que não seguem os critérios científicos estabelecidos pelas teorias norteadoras da SCE, e/ou quando realizados nem sempre seguem todas as etapas de desenvolvimento.

Todavia, vale enfatizar que o principal diferencial do cuidado de Enfermagem, da Instituição em estudo, prestado pela quase totalidade dos profissionais é a qualidade técnica, a humanização e a infra-estrutura da área física.

Contudo, se a Enfermagem da Central de Quimioterapia considera importante a adesão aos cuidados de Enfermagem no itinerário terapêutico pela pessoa com diagnóstico de câncer, ela necessita rever a prática da sistematização dos cuidados de Enfermagem que apesar de ter sido implantada há 10 anos, ainda é exercida de forma empírica e sem padronização entre os diversos pares.

Além da iniciativa acima mencionada, o diálogo entre as enfermeiras e os resultados de pesquisas já existentes, demonstram que a educação permanente, para este fim, é a essência para implementação da sistematização.

Enfim, entendendo o cuidado como enfoque da Enfermagem, esta pesquisa poderá se transformar em um referencial para o planejamento das ações de Enfermagem na Instituição pesquisada. Poderá também favorecer aos profissionais de Enfermagem de outras instituições, aos professores e acadêmicos da Enfermagem e da Oncologia.

Por outro lado, acredito que o benefício maior foi direcionado à pessoa com diagnóstico de câncer, pois a mesma foi ouvida e sua opinião poderá contribuir com o processo de planejamento das ações, de acordo com as suas necessidades, transformando o cuidar na Oncologia numa prática mais criativa, humana e observadora que respeita a individualidade de cada ser.

Além disto, os profissionais tiveram oportunidade de reavaliar o fazer profissional. Sendo a Instituição em questão, centro de referência estadual, norteador das ações de assistência oncológica, necessita de um serviço de Enfermagem estruturado e atuante, tanto no âmbito do cuidado, quanto no âmbito da educação permanente e da pesquisa. Portanto, os resultados obtidos poderão contribuir com Programa de Qualidade e com o crescimento institucional.

Este estudo também apresenta dados que reforçam a necessidade dos conhecimentos e de habilidades para cuidar da pessoa com diagnóstico de câncer. Como o câncer é a segunda causa de morte e definido como problema de Saúde Pública (BRASIL, 2006), os resultados poderão contribuir para as instituições de ensino verificarem a necessidade de reformulação dos currículos de ensino, pois a realidade de saúde nacional requer dos profissionais da área da saúde maiores conhecimento sobre Oncologia e sobre a pessoa com diagnóstico de câncer.

Vale ressaltar que estamos longe de ter desvelado todas as faces do cuidado à pessoa com diagnóstico de câncer no seu itinerário terapêutico, pois a amplitude do cuidar é imensa. No entanto, este estudo almeja contribuir para este desvelar. Como afirma Marcelino (2004, p.210),

[...] o ser humano faz parte da natureza, e se integra a ela para existir, resistir e interpretar a vida. O cuidado faz parte da Enfermagem e dá movimento às ações pela vida. Cuidar da vida do ser humano é a essência da Enfermagem.

7 RECOMENDAÇÕES

“Criar é a capacidade inata de desestruturar algo e reestruturá-lo em forma totalmente diferente e original”.
(Hammed)

Ao Serviço de Enfermagem, cenário da pesquisa:

- Problematizar a filosofia adotada no cuidado de Enfermagem;
- Implementar a sistematização do cuidado de Enfermagem de forma institucionalizada;
- Manter atividade de educação permanente para a sistematização do cuidado de Enfermagem, tanto para os enfermeiros como para os técnicos de Enfermagem;
- Estabelecer meta para o desenvolvimento e registro da sistematização do cuidado de Enfermagem;
- Implantar a pós-consulta na Central de Quimioterapia;
- Distribuir no decorrer do tratamento antitumoral folhetos informativos reforçando as orientações fornecidas nas reavaliações realizadas pelos enfermeiros;
- Utilizar as categorias de dados intituladas neste estudo como itinerário terapêutico das pessoas com diagnóstico de câncer e cuidado de Enfermagem como um guia para o desenvolvimento e planejamento do cuidar;
- Desenvolver pesquisas sobre o cuidado de Enfermagem em Oncologia.

Às Instituições de Ensino:

- Incluir no currículo dos Cursos de Graduação de Enfermagem disciplinas que possibilitem aos acadêmicos conhecimentos e habilidades para cuidar de pessoas com diagnóstico de câncer, diante das terapêuticas que envolvem este cuidar;
- Utilizar as subcategorias do itinerário terapêutico da pessoa com diagnóstico de câncer como orientação para a docência em Oncologia;
- Elaborar projeto de extensão que objetive a prevenção e detecção precoce do câncer, assim, auxiliando a sociedade na implementação dos cuidados já conhecidos, mas complementando-os com os conhecimentos necessários para tal fim.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S.; LUZ, M. T. Sentidos e valores de práticas populares voltadas para a saúde, a doença e o cuidado. **Rev. Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro: v. 11, n. 2, p.153-158, junho, 2003.

ALVES, R. **As cores do crepúsculo**: a estética do envelhecer. 5^a ed., Campinas, SP: Papyrus, 2001. 168 p.

AVILA, L. M. R. Universidade Federal de Santa Catarina. **Uma abordagem interacionista e de autocuidado para sistematização da assistência de enfermagem do CEPON**. Florianópolis, 1997. Monografia (Especialização) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização em Projetos Assistências – REPENSUL/ESPENSUL.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**; tradução: Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro, Lisboa/Portugal: Edições 70, LDA, 2006.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. 11^a ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2004

BONASSA, E. M. A. In: BONASSA, E. M. A.; SANTANA, T. R. **Enfermagem em terapêutica oncológica**. 3^a ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. p. 3-19, 89-213.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196 de 10/10/1996**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 2^a ed. Rio de Janeiro: INCA, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2006**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **A situação do câncer no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional do Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

BORDENAVE, J.D. e PEREIRA, A.M.P. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 22^a ed. Petrópolis: Vozes, 2001.312p.

CARDOSO, S.M.M. **Consulta de enfermagem**: um processo de comunicação enfermeiro/cliente na construção da cidadania. An. 8 Simp. Brás. Comum. Enferm.

Maio. 2002. Disponível em:
http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000005200200028&lng=pt&nrm=isso&tlng=pt. Acesso em: 20/08/2006.

CARRARO, T.E. Da metodologia da assistência de enfermagem: sua elaboração e implementação na prática. In: Consulta de enfermagem: um modelo de metodologia para o cuidado. In: Carraro TE, organizadores. **Metodologias para a assistência de enfermagem: teorização, modelos e subsídio para a prática**. Goiânia: AB, 2001. p. 17-27.

CASTRO, I. B. Estudo exploratório sobre a consulta de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 4, nº 28, p.76-94, 1975

CARVALHO, V. A. de. As emoções do adoecer. **Rev. Associação Brasileira do Câncer**. São Paulo, nº 38, p. 30, março 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº159/1993**. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Disponível em:
<http://www.bve.org.br/portal/materias.asp?ArticleID=1186&SectionID=194&SubSectionID=194&SectionParentID=189> . Acesso em: 07/10/2006.

DORO, M.; PASQUINI, R. MEDEIROS, C. R.; BITENCOURT, M.A.; MOURA, G.L. O câncer e sua representação simbólica. **Rev. Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 24, nº 2, jun. 2004 . Disponível em: http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S1414-98932004000200013&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 20/08/2007.

ELIAS, M.C.; ALVES, E. Medicina não-convencional: prevalência em pacientes oncológicos. **Rev. Bras. de Cancerologia**, 2002, v. 48, nº 4, p. 523-532. Disponível em: <http://scholar.google.com.br/scholar?q=medicina+n%C3%A3o-convencional%3A+preval%C3%Aancia+em+pacientes+oncol%C3%B3gico&hl=pt-BR&lr=&lr=>. Acesso em: 20/08/2007.

ERDMANN, A. L. **Sistema de cuidados de enfermagem**. Pelotas:Universitária/UFPel, 1996. 141 p.

Contextualização do problema de pesquisa, problemática de estudo e apresentação da questão problema: Curso de Mestrado em Enfermagem - UFSC, 2006. 6f. Nota de aula. Mimiografado.

FRANCIONI, F. F.; COELHO, M. C. A superação do déficit de conhecimento no convívio com uma condição crônica de saúde: a percepção da necessidade da ação educativa. **Rev. Texto & Contexto**, Florianópolis: UFSC, v. 13, n. 1, p. 156-162, jan/mar., 2004.

FONTES, A. L. C; e SILVA, M. A. A. In: AYUOB, A. C. [et al.]. **Planejando o cuidar na enfermagem oncológica**. 1ª. ed. São Paulo: Lemar, 2000. 292 p.

FORTES, P. A. C.; MUNOZ, D. R. In: COSTA, S.I. F., OSELKA, G. , GARRAFA, V. [coordenadores]. **Iniciação à bioética**. 1ª ed. Brasília: Conselho Federal de Medicina , 1998. 320 p.

FONSECA, M. **Dicionário da Porta Editora**. Disponível em: <http://ciberdúvidas.sapo.pt/php/resposta.php?id=15906>. Acesso em: 10/06/2006.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989. 323p.

GEORGE, Julia B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, **1993**. 338p

GIGLIOTE, P. e POLICASTRO, P. In KOWALSKI, L. P. ... [et al.]. **Manual de condutas diagnósticas e terapêuticas em oncologia**. São Paulo: Âmbito Editores, 2ª. ed. 2002.

GONÇALVES, Cristiane. Quem vai pagar por isso? **Revista da Associação Brasileira de Câncer**. São Paulo, ano 7, nº 40, p. 10-13, agosto 2007.

GRAZZINELLI, F.M.; GRAZZINELLI, A.; REIS, D.C.; PENNA, C.M.M. Educação em saúde: conhecimento, representações sociais e experiências da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, nº 1, Rio de Janeiro, jan/feb, 2005. Disponível em: http://w.w.w.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311x2005000100022&script=sci_arttex&tlng=pt.

KLEINMAN, Arthur. **Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry**. Berkeley: Univrsity of California, 1980.

KOLCABA, K. Y. Holistic comfort: operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. **Advances in Nursing Science**, Aspen Publishers, Inc, vol. 15, nº 1, p. 1-10, 1992.

_____ A theory of holistic comfort for nursing. **Journal of Advanced Nursing**, nº 19, p. 1178-1184, 1994.

KUBLER-ROSS, E. **A roda da vida: memória do viver e do morrer**. Editora: Sextante. Edição: 1998.

L'ABBATE, S. Educação em saúde: uma nova abordagem. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 481-490, out/dez., 1994.

LANGHORNE, M. Quimioterapia. In: OTTO, Shirley E. **Enfermagem em Oncologia**; tradução: Sociedade Portuguesa de enfermagem Oncológica. 3ª ed. Loures: Lusociencias – edições Técnicas e científicas, Lda. 2000. p. 587-622.

LAPLANTINE, François. **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Fontes, 1991. 274p.

LEITE, A.N. e VASCONCELLOS, M. P. C. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.13, nº1, jan/mar., 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=50104-59702006000100007&script=sci_arttex. Acesso em: 16/07/2006.

LEITE, R. C. B. O. Assistência humanizada de enfermagem ao paciente oncológico. In: **Enfermagem Oncológica**. Baueri, São Paulo: Manoele, 2007.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde** 1ª ed. Santa Maria: Pallotti, 2001. 344p.

McCRAY, N. D. Questões Psicossociais e da Qualidade de Vida. In: OTTO, Shirley E. **Enfermagem em oncologia**; tradução: Sociedade Portuguesa de enfermagem Oncológica. 3ª ed. Loures: Lusociências – edições Técnicas e científicas, Ltda. 2000. p. 893-912.

MAIA, R. C. Elementos e Dimensões do cuidado na perspectiva de clientes ambulatoriais. **Revista Texto & Contexto – Enfermagem**. Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 134, maio/ago. 1998.

MARCELINO, S. R. **Jornal do CEPON**. Exemplar n. 1, Florianópolis, 1997.

_____ In: MERCÊS, N.N. A.; MARCELINO, S. R. **Enfermagem oncológica: A representação social do câncer e o cuidado paliativo no domicílio**. 1ª. ed. Blumenau: Nova Letra, 2004. 295p.

MALISKA, Isabel Cristina Alves; Universidade Federal de Santa Catarina. **O itinerário terapêutico de indivíduos portadores de HIV/AIDS**. Florianópolis, 2005. [157f]. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

MATTOSINHO, Mariza Maria Serafim; Universidade Federal de Santa Catarina. **Itinerário terapêutico do adolescente com diabetes mellitus tipo 1 e seus familiares**. Florianópolis, 2004 1 v. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Enfermagem.

MERCÊS, N.N. A.; MARCELINO, S. R. **Enfermagem oncológica: a representação social do câncer e o cuidado paliativo no domicílio**. 1ª. ed. Blumenau: Nova Letra, 2004. 295p.

MAYEROFF, M. **A arte de viver e servir ao próximo para servir a si mesmo**. Rio de Janeiro: Record, 1971.

NEVES-ARRUDA, E.; MARCELINO, S.R. Cuidando e confortando. In: **Dimensão da dor no câncer – reflexões sobre o cuidado interdisciplinar e um novo paradigma da saúde**. 1ª ed. São Paulo: Ed. Robe, 1997. p. 157-189.

NEVES-ARRUDA, E. N.; NUNES, A. M. P. Conforto em Enfermagem: uma análise teórico-conceitual. **Texto e Contexto Enferm**. Florianópolis. v. 7, n. 2, p. 93-110, mai/ago. 1998.

NEVES, P. E.; GONÇALVES, L.H.T. As questões do marco teórico nas pesquisas de enfermagem. In: **3º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem**, 3, 1984, Florianópolis, Anais... Florianópolis: UFSC, 1984. p. 210-229.

NORDENFELT, Lennart. **Conversando sobre saúde: um diálogo filosófico**; tradução: Maria Bettina Camargo Bub, Théo Fernando Camargo Bub. Florianópolis:Bernúncia, 2000. 244p.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. organizadores. **Humanização e cuidados paliativos**. 2ª ed., São Paulo, Editora Loyola, 2004.

POLIT, D.F. e HUNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**; [tradução]: Regina Machado Garcez, 3ª ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PURVES, W. K. , SADAVA, S. , ORIANIS, G. e HELLER, C. **Vida: a ciência da biologia**; [tradução] Anapaula Somer Vinagra ... [et. al.]. 6ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

RADÜNZ, Vera. **Cuidando e se cuidando: fortalecendo o self do cliente oncológica e o self da enfermeira**. 2ª ed. Goiânia: AB – Editora, 1999. 63p.

_____. **Uma filosofia para enfermeiros: o cuidar de si, a convivência com a finitude e a inevitabilidade do burnout**. 1ª ed. Florianópolis: Editora da UFSC, 2001.

SCHOLZE, A. S. e SILVA, Y. F. Riscos potenciais à Saúde em itinerários de cura e cuidado. **Cogitare Enferm**, v.10, n. 2, p. 9-16, mai/ago., 2005. Disponível em: <http://calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/5008/3786>. Acesso em: 16/07/2006.

SILVA, D.G.V.; PRADO, M.L. e CARTANA, M.H. **Projeto de prática assistencial: Curso de Mestrado em Enfermagem/UFSC**, 2006. slide nº 5. Nota de aula.

SILVA, L.A.; ARRUDA, E. N. Referenciais com base em diferentes paradigmas: problema ou solução para a prática de enfermagem? **Texto e Contexto Enferm**. Florianópolis. V. 2, n. 1, p. 82-92, jan./jun. 1993.

SILVA, L. M. G. Quimioterapia. In: MOHALLEN, G. C.; RODRIGUES, A. B. organizadoras. **Enfermagem oncológica**. Barueri, SP: Manole, 2007. p. 61-88.

SILVEIRA, N. H. **Narrativas sobre câncer**: a perspectiva do doente. Dissertação [mestrado em Antropologia Social] Florianópolis(SC): UFSC, 2000.

TRIVIÑOS, Augusto N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo, Ed. Atlas S.A, 1992.

TWYXCROSS, R. G.; LACK, S. A. **Terapêutica em câncer terminal**; tradução: Ane Rose Bolner. Porto alegre: Artes Médicas, 1991.

TWYXCROSS, Robert G. Alívio da dor no câncer. In: Nascimento-Schulze C. N. **Dimensões da dor no câncer** – reflexões sobre o cuidado interdisciplinar e um no paradigma de saúde. São Paulo: Robe, 1997. p. 83-115.

UCHÔA, E.; VIDAL, J. M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 497-504, out/dez., 1994.

VIEIRA, C.P.; QUEIROZ, M.S. Representações sociais sobre o câncer feminino: vivencia e atuação profissional. **Rev. Psicologia & Sociedade**. V. 18, nº 1, p. 63-70, jan/abr. 2006. Disponível em: <http://scholar.google.com.br/scholar?q=cancer+e+religiosidade&hl=pt-BR&r=&ln=&start=10&sa=N>. Acesso em: 20/08/2007.

ZAGONEL, I. P. S. Consulta de enfermagem: um modelo de metodologia para o cuidado. In: Carraro T. E; WESTPHALEN, M. E. A. organizadoras. **Metodologias para a assistência de enfermagem**: teorização, modelos e subsídio para a prática. Goiânia: AB, 2001. p. 41-56.

ANEXOS

“Ninguém consegue tirar das coisas, incluindo os livros,
mais do que aquilo que ele já conhece.
Pois aquilo a que alguém não pode chegar por meio da experiência,
para isso ele não terá ouvidos.”
(Nietzsche)

ANEXO – 1



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
CENTRO DE PESQUISAS ONCOLÓGICAS-CEPON
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP

Parecer nº 034/2006

Registro CEP: 019/2006.

Título do Projeto: O cuidado de enfermagem no itinerário terapêutico da pessoa com câncer

Pesquisador Responsável: Luciana Martins da Rosa Ávila

Instituição: Centro de Pesquisas Oncológicas de Santa Catarina (CEPON)/Florianópolis

Grupo e Área Temática: Grupo III

Objetivos: Identificar, na perspectiva da pessoa com câncer, em tratamento antineoplásico, os motivos que dificultam a adesão aos cuidados de enfermagem no itinerário terapêutico.

Sumário do Projeto

Justificativa: Os cuidados de enfermagem podem ser considerados essenciais à pessoa com câncer em tratamento antineoplásico. A equipe de enfermagem também percebe que há diferenças entre as orientações dadas pelos profissionais apesar de reconhecer que as orientações de enfermagem devem ser conduzidas por princípios científicos e não por determinações pessoais. Os profissionais de enfermagem se questionam sobre os motivos que dificultam a adesão aos cuidados de enfermagem no itinerário terapêutico da pessoa com câncer em tratamento antineoplásico ambulatorial. O intuito final da pesquisa é aprimorar o modo de fazer e pensar da enfermagem oncológica do CEPON, através do itinerário terapêutico da pessoa com câncer e os motivos que direcionam esta escolha.

Métodos: Pesquisa de abordagem qualitativa do tipo exploratório-descritiva, a ser desenvolvida na central de quimioterapia ambulatorial do CEPON. Critérios de inclusão: pacientes adultos homens ou mulheres, em tratamento antineoplásico ambulatorial no CEPON, que tenham realizado pelo menos 3 ciclos de tratamento. Critérios de exclusão: pacientes nos 3 primeiros ciclos de tratamento ou que não consigam se comunicar verbalmente. As enfermeiras da central de quimioterapia do CEPON serão todas convidadas a participar dos encontros para problematização da consulta de enfermagem, mas só serão sujeitos da pesquisa se concordarem em assinar o TCLE. A coleta de dados ocorrerá através da gravação da entrevista semi-estruturada e uso do diário de campo. A pesquisa conta com roteiro da entrevista semi-estruturada com perguntas sobre a adesão aos cuidados de enfermagem, para os pacientes. Serão realizados no mínimo dois encontros para problematização da consulta de enfermagem. Será realizada análise de conteúdo dos discursos das pessoas entrevistadas.

Comentário: Esta pesquisa consiste na dissertação de mestrado da aluna Luciana Martins da Rosa Ávila, orientada pela Professora Vera Radünz, do mestrado em Enfermagem da UFSC. O protocolo apresenta pertinência científica, instrução completa e adequada do processo, compromissos exigidos do pesquisador e instituição responsáveis. A metodologia está adequada aos objetivos propostos. Estão previstas as garantias dos direitos fundamentais das participantes na pesquisa em termos de informações, privacidade, recusa inócua, desistência, continuidade do atendimento, acesso ao pesquisador e CEP.

O protocolo apresenta dois TCLEs, um para os pacientes e outro para as enfermeiras. Ambos estão de acordo com as normas da Res. 196/96 do CNS. O protocolo apresenta declaração de cumprimento dos termos Res. 196/96 do CNS pelo responsável pela Instituição onde será realizada a pesquisa, pela pesquisadora principal, incluindo declaração de utilização do material coletado, entrevistas e diário de campo, unicamente para os fins previstos no protocolo, publicação dos resultados e não responsabilização pela condução

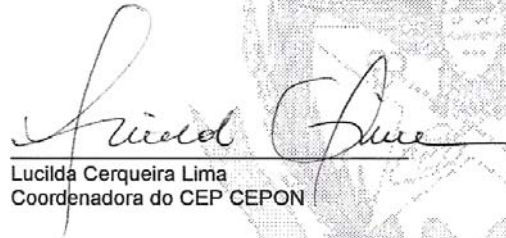
Contin. parecer 034/2006

científica do projeto, declaração de descontinuidade da pesquisa somente após análise pelo CEP que aprovar o estudo, declaração de ciência e concordância da Instituição envolvida (CEPON).

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do CEPON, de acordo com as atribuições definidas na Resolução 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto nos termos em que está proposto.

Situação do Projeto: Aprovado

Florianópolis, 20 de outubro de 2006



Lucilda Cerqueira Lima
Coordenadora do CEP CEPON



ANEXO – 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: O Cuidado de Enfermagem no itinerário terapêutico da pessoa em tratamento quimioterápico.

O(a) Senhor(a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Antes de decidir se deseja participar, é importante que o(a) Senhor(a) entenda por que esta pesquisa será feita, como suas informações serão usadas, o que o estudo envolve e os possíveis benefícios, riscos e desconfortos envolvidos. Por favor, leia com atenção e cuidado as informações a seguir e se desejar, discuta com sua família e com o seu médico, para que a decisão sobre a sua participação possa ser uma decisão bem informada.

QUAL OBJETIVO DESTA PESQUISA E QUAIS AS INFORMAÇÕES DISPONÍVEIS?

Este estudo está sendo realizado na Central de Quimioterapia do Ambulatório do Centro de Pesquisas Oncológicas – CEPON e a pesquisadora é a enfermeira e mestranda em Enfermagem do Departamento de Pós-Graduação da UFSC e enfermeira do CEPON, Luciana Martins da Rosa, sob a orientação da Prof^a Dr^a Vera Radünz docente do Departamento de Pós-Graduação da UFSC.

O objetivo desta pesquisa é identificar quais os cuidados de saúde que você está realizando desde que descobriu que estava doente e começou a se tratar no CEPON, e se as orientações de enfermagem estão fazendo parte dos seus cuidados diários. E quais os motivos de não utilizá-los, se este for o caso. Estamos querendo pesquisar isto para ver se o trabalho da Enfermagem está tendo os resultados que o serviço esperava ter ou se tem algo que possa ser modificado para melhorarmos a assistência, dentro do seu ponto de vista.

EU TENHO QUE PARTICIPAR?

Cabe ao senhor(a) decidir se irá ou não participar. Mesmo que o(a) senhor(a) não queira participar do estudo, o senhor(a) não terá nenhuma desvantagem, inclusive em relação ao tratamento médico e aos cuidados que o(a) senhor(a) tenha direito de receber. Caso decida participar, o(a) senhor(a) irá receber este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinar. Mesmo que decida participar, o(a) senhor(a) ainda será livre para sair do estudo a qualquer momento, bastando para isso informar a sua desistência. Isso não irá afetar de maneira nenhuma, o padrão de cuidados que o(a) senhor(a) irá receber.

O QUE ACONTECERÁ COMIGO SE EU PARTICIPAR?

O(a) senhor(a) será entrevistado por mim, sendo que será utilizado gravador para registrar a conversa, esta conversa será realizada num dos consultórios do CEPON, e se houver alguma necessidade de lhe perguntar algo mais, gostaria de poder lhe fazer mais alguns questionamentos na próxima quimioterapia ou por telefone.

Acrescento também que o(a) senhor(a) não terá nenhum gasto extra.

QUAIS SÃO OS POSSÍVEIS DESCONFORTOS QUE POSSO TER SE PARTICIPAR?

Durante a entrevista o(a) senhor (a) poderá ter alguma alteração emocional, caso o senhor perceba algum desconforto emocional por favor o refira, pois a entrevista será suspensa imediatamente e só será recomeçada se for de sua vontade. Se houver alguma alteração que não diminua imediatamente mesmo com o término da entrevista, será chamado um médico para tomar as providências necessárias, tendo em vista que o(a) senhor(a) estava fazendo seu tratamento quimioterápico antes da entrevista e tais sensações ou outras que surjam podem ser decorrentes da administração do medicamento.

O QUE ACONTECERÁ COM AS INFORMAÇÕES DESTA PESQUISA E COMO OS DADOS PESSOAIS DO SENHOR(A) SERÃO UTILIZADOS?

Informo que seus dados serão mantidos sob sigilo absoluto e privado, de posse somente pelo pesquisador e orientador desta pesquisa. Também não serão tiradas fotos, nem realizadas filmagens dos procedimentos. E a divulgação dos dados visará apenas mostrar os resultados obtidos na pesquisa em questão. A divulgação das informações no meio científico serão anônimas e em conjunto com as informações de todos os participantes da pesquisa, sendo que o(a) senhor(a) poderá solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação (divulgação) da mesma.

QUE CUSTOS TEREI SE PARTICIPAR?

Por ser voluntário e sem interesse financeiro, o(a) senhor(a) não terá nenhum gasto extra e também não terá direito a nenhuma remuneração. No entanto, ao assinar este termo não estará abrindo mão de indenização (se isto for de seu direito).

QUAIS OS POSSÍVEIS BENEFÍCIOS QUE POSSO TER SE PARTICIPAR?

Espera-se que com as informações colhidas através das entrevistas possamos identificar possíveis lacunas na maneira como a Enfermagem cuida do(a) senhor(a). Diante dos resultados vamos poder planejar melhor as ações de enfermagem e qualificarmos ainda mais o atendimento de enfermagem do CEPON. Pode ser que o(a) senhor(a) não tenha nenhum benefício com o estudo. Entretanto, as informações que obtivermos poderão nos ajudar a tratar outras pessoas.

COM QUEM DEVO ENTRAR EM CONTATO SE NECESSITAR DE MAIS INFORMAÇÕES?

Em caso de qualquer dano relacionado ao estudo, ou sempre que o(a) senhor(a) tiver qualquer dúvida sobre o estudo, por favor entre em contato com:
Pesquisadora Enf^a Luciana Martins da Rosa, telefone: (48) 3331-1450 e 3024-2405.

Pesquisadora Prof^a Dr^a Vera Radünz

Telefone: (48) 3331-9480 R. 42

Se tiver dúvidas sobre seus direitos, o(a) senhor(a) pode entrar em contato com:
Comitê de Ética em Pesquisa, secretária Cássia Cristofolini, telefone: (48) 3331-1497.

Eu, (nome do paciente ou responsável legal em letras de forma).....recebi informações sobre o estudo acima citado, além disso, li e entendi todas as informações fornecidas sobre minha participação nesta pesquisa.

Tive a oportunidade de discuti-las e fazer perguntas. Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas satisfatoriamente e eu voluntariamente concordo em participar deste estudo.

Ao assinar este termo de consentimento, estou de pleno acordo com os dados a serem coletados, podendo os mesmos serem utilizados conforme descrito neste termo de consentimento. Entendo que receberei uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Assinatura da pessoa que aplicou este termo

Nome da pessoa que aplicou este termo

RG: _____

Data .../.../.....

Assinatura do paciente

Nome do paciente

RG: _____

Data .../.../.....

Assinatura da testemunha imparcial

Nome da testemunha imparcial

RG: _____

Data .../.../.....

ANEXO - 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: O Cuidado de Enfermagem no itinerário terapêutico da pessoa com câncer.

Você enfermeira do CEPON está sendo convidada a participar como sujeito em uma pesquisa. Antes de decidir se deseja participar, é importante que entenda por que esta pesquisa será desenvolvida, como suas informações serão usadas, o que o estudo envolve e os possíveis benefícios, riscos e desconfortos envolvidos. Por favor, leia com atenção e cuidado as informações a seguir e se desejar, discuta com sua equipe de trabalho.

QUAL OBJETIVO DESTE ESTUDO E QUAIS AS INFORMAÇÕES DISPONÍVEIS?

Este estudo está sendo realizado na Central de Quimioterapia do Ambulatório do Centro de Pesquisas Oncológicas – CEPON e a pesquisadora é a enfermeira e mestranda em Enfermagem do Departamento de Pós-Graduação da UFSC e enfermeira do CEPON, Luciana Martins da Rosa, sob a orientação da Prof^a Dr^a Vera Radünz docente do Departamento da Pós-Graduação da UFSC.

O objetivo desta pesquisa é identificar os motivos da não adesão aos cuidados de enfermagem no itinerário terapêutico da pessoa com câncer em tratamento antineoplásico ambulatorial no CEPON. Para a compreensão efetiva deste objetivo consideramos necessária a problematização da consulta de enfermagem. Esta etapa nada mais é que um projeto assistencial, assim será possível contribuir com a assistência de enfermagem a partir da aplicação à realidade das hipóteses de solução, formuladas pela própria equipe de enfermeiras na qual você está inserida profissionalmente.

EU TENHO QUE PARTICIPAR?

Cabe a você enfermeira decidir se irá ou não participar. Mesmo que não queira participar deste projeto não terá nenhuma desvantagem profissional e pessoal. Caso decida participar, irá receber este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinar. Mesmo que decida participar, ainda será livre para sair do estudo a qualquer momento, bastando para isso informar a sua desistência. Isso não irá afeta-lá de maneira alguma.

O QUE ACONTECERÁ COMIGO SE EU PARTICIPAR?

Você participará de três encontros com as enfermeiras da Central de Quimioterapia do CEPON. Nestes encontros acontecerá a problematização da consulta de enfermagem, que inclui: a observação do problema, a teorização ou discussão do problema, o levantamento das hipóteses de solução e a aplicação destas hipóteses à realidade. No final do mês de novembro será marcado o terceiro encontro com as enfermeiras para avaliação do que foi aplicado, sendo que será utilizado gravador para registrar estes encontros, bem como o uso de diário de campo.

Acrescento também que você não terá nenhum gasto financeiro e se necessário outros encontros poderão ser agendados, todos tendo sempre o propósito de apenas problematizar a consulta de enfermagem.

QUAIS SÃO OS POSSÍVEIS DESCONFORTOS QUE POSSO TER SE PARTICIPAR?

Durante os encontros você poderá precisar reavaliar sua conduta e conhecimento como profissional, diante de opiniões diferentes tanto sobre condutas profissionais e pessoais que possam ser levantadas, existe a possibilidade de haver discussões entre o grupo. Se surgirem conflitos de ordem profissional ou pessoal, a pesquisadora intervirá como mediadora.

O QUE ACONTECERÁ COM AS INFORMAÇÕES DESTA PESQUISA E COMO OS SEUS DADOS PESSOAIS SERÃO UTILIZADOS?

Informo que os dados serão mantidos sob sigilo absoluto e privado, de posse somente do pesquisador e orientador desta pesquisa. Também não serão tiradas fotos, nem realizadas filmagens dos encontros. E a divulgação dos dados visará apenas mostrar os resultados obtidos. A divulgação das informações no meio científico serão anônimas e em conjunto com as informações de todos os participantes da pesquisa, sendo que você poderá solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação (divulgação) da mesma. Fica também registrado que as discussões levantadas durante os encontros permanecerão em sigilo entre o grupo de enfermeiros que participou do estudo.

QUE CUSTOS TEREI SE PARTICIPAR?

Por ser voluntário e sem interesse financeiro, você não terá nenhum gasto extra e também não terá direito a nenhuma remuneração.

QUAIS OS POSSÍVEIS BENEFÍCIOS QUE POSSO TER SE PARTICIPAR?

Espera-se que a problematização da consulta de enfermagem colabore com a qualificação da sistematização da assistência de enfermagem, além de permitir averiguar se há motivos, no desenvolvimento da mesma, que explique a não adesão dos cuidados de enfermagem no itinerário terapêutico da pessoa com câncer em tratamento antineoplásico ambulatorial no CEPON.

COM QUEM DEVO ENTRAR EM CONTATO SE NECESSITAR DE MAIS INFORMAÇÕES?

Em caso de qualquer dúvida ou dano relacionado ao estudo, por favor entre em contato com:

Pesquisadora Enf^a Esp. Luciana Martins da Rosa Telefone: (48) 3331- 1418 e 3024-2405

Pesquisadora Prof^a Dr^a Vera Radünz

Telefone: (48) 3331-9480 R. 42

Se tiver dúvidas sobre seus direitos, pode entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisa, secretária Enfª Cássia Cristofolini, telefone: (48) 3331-1497.

Eu, (nome da enfermeira).....recebi informações sobre o estudo acima citado, além disso, li e entendi todas as informações fornecidas sobre minha participação nesta pesquisa.

Tive a oportunidade de discuti-las e fazer perguntas. Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas satisfatoriamente e eu voluntariamente concordo em participar deste estudo.

Ao assinar este termo de consentimento, estou de pleno acordo com os dados a serem coletados, podendo os mesmos serem utilizados conforme descrito neste termo de consentimento. Entendo que receberei uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Assinatura da pessoa que aplicou este termo

Nome da pessoa que aplicou este termo

RG: _____

Data/..../.....

Assinatura da enfermeira

Nome da enfermeira

RG: _____

Data/..../.....

ANEXO - 4

DINÂMICA DE GRUPO - APRESENTAÇÃO ATRAVÉS DE DESENHOS*

Material: Uma folha para desenho e um lápis colorido ou caneta hidrocor para cada participante.

Desenvolvimento:

1. Distribuídos os materiais da dinâmica, será solicitado para cada enfermeira responder através de desenhos, à seguinte pergunta:

Quem sou eu?

Dispõem de 10 minutos para preparar a resposta.

2. As participantes desenham sua resposta.

3. A apresentação dos desenhos é feita. O grupo então interpreta as respostas. Feita essa interpretação, as interessadas, por sua vez, comentam a própria resposta.

4. Avaliação da Dinâmica:

- O que aprendemos com este exercício?

* Esta dinâmica está disponível em:

<http://www.ministeriojovem.com/dinamicas/apresentacaoatravesdedesenhos.htm>.

Acesso em: 26/08/2006.

APÊNDICES

“Embora ninguém possa voltar atrás para fazer um novo começo,
qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim.”
(Chico Xavier)

APÊNDICE – 1



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SES
FUNDAÇÃO DE APOIO AO HEMOSC E AO CEPON - FAHECE
CENTRO DE PESQUISAS ONCOLÓGICAS – CEPON
SERVIÇO DE ENFERMAGEM AMBULATORIAL

CONSULTA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM TRATAMENTO ANTINEOPLÁSICO:

MANUAL DE ORIENTAÇÃO AO ENFERMEIRO

NOVEMBRO/2006

ORIENTAÇÕES GERAIS À CONSULTA DE ENFERMAGEM

- Perguntar ao paciente o que sabe sobre seu diagnóstico, este questionamento conduzirá a abordagem do paciente;
- Explicar com linguagem de senso comum a ação dos antineoplásicos e porque ocorrem os efeitos colaterais, esclarecendo também que estas manifestações variam conforme organismo e protocolo prescrito.

CUIDADOS COM:	ORIENTAÇÕES AO PACIENTE
A PELE	<ul style="list-style-type: none">• Ingesta hídrica de 2 litros nas primeiras 72 horas e de pelo menos 1 litro nos dias subseqüentes;• Uso de creme hidratante sem álcool, sem corante e sem perfume ou óleo de amêndoas;• Uso de filtro solar;• Evitar exposição solar no horário das 10:00 às 16:00h.
A BOCA	<ul style="list-style-type: none">• Escovar os dentes com escova com cerdas macias e

	<p>pasta de dente infantil ou não abrasiva;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caso não consiga realizar a escovação por causa de lesões, orientar higienização com gaze; • Evitar o uso de fio dental na presença de alterações na gengiva; • Após a escovação dos dentes e língua fazer bochechos com chá de malva ou camomila e solução com bicarbonato de sódio (1 colher de chá num copo com água, este líquido não pode ser engolido). A solução aquosa de clorhexidina não alcoólica também pode ser prescrita, no entanto precisa ser manipulada na farmácia; • Higienizar a prótese dentária normalmente, no entanto, observar a boca diariamente, na presença de alterações comunicar ao médico ou a enfermeira; • Os tratamentos odontológicos necessitam de orientação médica para serem realizados.
O ESTÔMAGO	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar que durante o tratamento no CEPON será administrado medicação para evitar náuseas e vômitos; • Orientar quanto à necessidade do uso da medicação prescrita pelo médico para evitar as náuseas após a QT; • Orientar que não há restrição alimentar durante a QT e que deve dar preferência pelos alimentos que gosta de comer e de preferência uma alimentação variada; • Orientar dieta fracionada; • Orientar quanto à importância da ingestão hídrica e que de preferência deve ocorrer nos intervalos da alimentação; • Na presença de náuseas e vômitos deve dar preferência para alimentos pastosos e líquidos. Deve evitar doces, alimentos gordurosos e odores fortes. Líquidos gelados, gelo, picolé, sorvetes, gelatinas, cítricos (azedinhos), refrigerantes ou água com gás podem auxiliar no controle das náuseas e vômitos. • Orientar para comer o que tiver vontade. • Na presença de náuseas e vômitos que impossibilitem a ingestão de alimentos e líquidos deve procurar atendimento médico.
O INTESTINO	<ul style="list-style-type: none"> • Para evitar a constipação orientar a ingestão de frutas (5/dia), verduras, cereais e líquidos, bem como procurar a nutricionista. • Se a constipação estiver associada ao uso de opióides, solicitar prescrição médica para controle da constipação; • Para diarreia orientar que a mesma é caracterizada por evacuações líquidas ou semi-líquidas, 3 ou mais vezes em 12 horas. Nestes quadros devem ser evitados alimentos crus e laxativos e a ingestão hídrica deve ser intensificada. • Orientar para procurar atendimento médico na presença de diarreia intensa, onde os cuidados acima não estão regredindo as evacuações. • Obs: as pacientes que estão fazendo RDT para Ca de colo uterino, devem ser orientadas que terão alteração da evacuação e que esta é provocada pela radioterapia.

<p>A SEXUALIDADE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar as mulheres que o ciclo menstrual pode ficar irregular ou parar durante o período de tratamento, mesmo sem menstruar a gravidez deve ser evitada através de métodos contraceptivos, os mesmos podem ser indicados pelo médico assistente; • Pode haver alteração da lubrificação vaginal e nestes casos é indicado o uso de lubrificantes vaginais; • Orientar aos homens em tratamento que devem fazer uso de preservativo, caso sua parceira não tenha um método de contracepção; • Orientar mulheres com câncer de mama que estiverem fazendo uso de contraceptivos hormonais para suspender o uso e procurar orientação médica quanto ao melhor método a ser seguido durante o tratamento quimioterápico; • Obs: Para as mulheres em tratamento com radioterapia para controle do câncer de colo uterino, orientar quanto à importância do retorno à atividade sexual após o término do tratamento ou exercícios vaginais para recuperar a elasticidade da vagina.
<p>CUIDADOS GERAIS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar que o hemograma e plaquetas solicitado pelo médico devem se realizados 2 ou 3 dias antes da consulta; • Orientar quanto à importância de fazer uso das medicações prescritas pelo médico do CEPON, bem como que o mesmo deve ser comunicado quanto ao uso de outras medicações; • Orientar que nos dias que estiver no CEPON realizando a QT deverá trazer os medicamentos de uso diário, por ex: medicações para controle da hipertensão e diabetes. • Orientar que na presença de febre (acima de 38°C), calafrios, ardência para urinar, sangramentos, reações alérgicas deve procurar atendimento médico; • Orientar que pode fazer uso de medicação analgésica, conforme indicação médica; • Orientar que para administração de vacinas, a mesma só poderá acontecer após indicação do médico do CEPON; • Obs: Orientar o uso da dose de reforço para prescrições de analgésicos opióides e verificar se o paciente está tomando a medicação conforme indicação médica. • Obs: Fornecer o Manual de Orientações, mas informar ao paciente que este possui informações gerais e que muitas não condizem com seu tratamento. Assinalar no manual o que está relacionado a cada caso. • Obs: Registrar no manual telefone para contato e o nome da Enfermeira que realizou a Consulta de Enfermagem.

CUIDADOS COM ALOPÉCIA

- Orientar que os cabelos iniciam a queda próxima ao 15º dia após o início do tratamento e que após o término do tratamento os cabelos voltam ao crescimento normal;
- Orientar quanto a proteção do couro cabeludo, e que esta poderá ser mecânica (perucas, lenços, bonés, etc) ou através do uso de filtro solar;
- Orientar quanto a existência do banco de perucas;
- Não contra-indicar o uso de tinturas nos cabelos.

CUIDADOS COM MUCOSITE

- Orientar quanto à importância da higiene da boca, mesmo na presença de lesões e dor;
- Orientar que o uso dos bochechos com bicarbonato, diante de quadro intenso de mucosite, é contra-indicado;
- Orientar que alimentos ácidos devem ser evitados;
- Orientar quanto à hidratação;
- Orientar avaliação médica para prescrição apropriada.

ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM TRATAMENTO ANTINEOPLÁSICO E ALGUNS CUIDADOS ESPECÍFICOS NA ADMINISTRAÇÃO

NOME DO ANTINEOPLÁSICO	ORIENTAÇÕES AO PACIENTE	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
ANTRACICLINAS (doxorubicina, epirubicina e daunorubicina)	Orientar quanto a alopecia, náuseas, vômitos e alteração da coloração da urina nas primeiras micções após a administração destas drogas.	
ASPARAGINASE	Orientar quanto ao teste alérgico (intra-dérmico, se prescrito pelo médico na 1ª dose) e reações alérgicas.	Medicamento não pode ser agitado e deve ser administrado em 30 minutos.
(BCG) - BACILO DE CALMETTE-GUÉRIN	Orientar: para urinar antes do cateterismo vesical; para realizar higiene íntima antes de vir ao CEPON; que após a aplicação permanecerá deitado por uma hora fazendo mudança de decúbito (dorsal, ventral, lateral direito e esquerdo). Orientar que após a 1ª hora poderá sair do CEPON, mas deve ficar sem urinar mais uma hora; após estas 2 horas deve urinar e tomar cerca de 2 litros de líquido ao longo do dia para “limpar a bexiga”. Orientar para mencionar resfriados, dor, ardência e sangramento para urinar.	Diante de quadro de resfriado, dor e sangramento para urinar solicitar avaliação médica.

BLEOMINCINA	Orientar quanto às náuseas e reações alérgicas.	Administrar medicação após administração de solucortef ou dexametasona, conforme prescrição médica.
CAPECITABINA	Orientar quanto à síndrome do pé e mão e a diarreia.	Avaliar pé e mão e orientar uso de creme hidratante manipulado (fórmula própria), prescrito pelo médico. FÓRMULA: uréia 10%, alantoína 1%, D pantenol 1,5%, NaCl 0,5%, Ol. Silicone 3%, Ac. Láctico 6%, vit. A 0,5%, vit. E 0,2%, gel não-iônico 1%, creme não-iônico Qsp 50g.
CARBOPLATINA	Orientar quanto às náuseas e hidratação.	
CARMUSTINA	Orientar quanto às náuseas e alopecia parcial. Se o paciente estiver fazendo radioterapia a alopecia é também provocada pela radioterapia.	Este protocolo normalmente é administrado a cada 6 ou 8 semanas de intervalo.
CICLOFOSFAMIDA	Orientar quanto a alopecia parcial, náuseas, e cistite. Orientar quanto à importância da hidratação na prevenção da cistite.	Administração endovenosa lenta para evitar o desconforto nasal, caso a administração seja em infusão rápida a dor nasal pode ser intensa e o paciente pode ter epistaxe consequentemente.
CISPLATINA	Orientar quanto às náuseas e vômitos e insuficiência renal. Orientar quanto à importância da hidratação. Orientar sobre o controle da diurese durante a QT.	
CITARABINA	Orientar quanto a alopecia e náuseas.	
DACARBAZINA	Orientar quanto às náuseas e dor no trajeto venoso durante a administração da QT, sendo que as queixas de dor devem ser referidas a enfermagem.	
DACTINOMICINA	Orientar quanto às náuseas e vômitos, mucosite e alopecia.	
ETOPOSID	Orientar quanto a alopecia, náuseas e reações alérgicas em alguns casos.	
FLUDARABINA	Orientar quanto às náuseas.	
FLUOURACIL	Orientar quanto às náuseas, mucosite, diarreia, escurecimento das unhas e do trajeto venoso.	
GENCITABINA	Orientar quanto às náuseas, alopecia parcial e reação cutânea raramente.	

IFOSFAMIDA	Orientar quanto a alopecia, náuseas, vômitos e cistite. Orientar quanto à importância da hidratação e para relatar desconforto urinário.	
IRINOTECANO	Orientar quanto às náuseas e diarreia.	Uso de atropina para controle da diarreia ou prescrição de antidiarrético.
METHOTREXATE	Orientar quanto aos cuidados com a higiene, de observação da boca e cuidados com mucosite, se esta se instalar.	Avaliar cavidade oral antes de administrar o MTX
MITOMICINA	Orientar quanto às náuseas e da alteração da cor da urina (azulada) nas primeiras micções.	
MITOXANTRONE	Orientar quanto às náuseas e da alteração da cor da urina (azul) nas primeiras micções.	
OXALIPLATINA	Orientar para não ficar exposto ao frio e não tomar gelado durante 6 dias. Orientar quanto às náuseas e vômitos.	Manter o paciente aquecido durante a administração. Não administrar Soro Fisiológico concomitante ao protocolo antineoplásico.
PACLITAXEL	Orientar quanto a alopecia, inclusive queda dos cílios e sobrancelhas. Orientar quanto as mialgias e artralgias. Orientar quanto à reação alérgica.	Ficar atento as reações anafiláticas e manter solucortef 500mg diluído para uso nas emergências. A administração de paclitaxel é de 1 hora para tratamentos semanais e de 3 horas para tratamentos mensais.
RITUXUMAB	Orientar quanto à reação alérgica	Caso a prescrição inclua a administração de QT, administre primeiro o anticorpo monoclonal, só depois administre a QT. Ficar atento às reações anafiláticas. Administrar na 1ª infusão conforme prescrição médica. A partir da 2ª infusão, na 1ª meia hora 20% da infusão total e o restante em 1 hora de administração endovenosa.
TRANSTUZUMAB		Caso a prescrição inclua a

		administração de QT, administre primeiro o anticorpo monoclonal, só depois administre a QT. Controle da pressão arterial e do peso.
TENIPOSID	Orientar quanto a alopecia (30% dos pacientes), náuseas e vômitos.	
VIMBLASTINA	Orientar quanto as náuseas e alopecia parcial, conforme protocolo poderá ser total.	
VINCRISTINA	Orientar quanto as náuseas e perda da sensibilidade.	
VINORELBINA	Orientar quanto às náuseas, flebite e mielodepressão.	Verificar se o paciente apresentou o hemograma, conforme solicitação médica. Puncionar com abocath, fazer a administração "in push" a cada 5 mls e lavar a veia com 120 mls de forma "in push" na seqüência da administração da QT.

**ANTINEOPLÁSICOS E OUTROS MEDICAMENTOS UTILIZADOS NO CEPON
CLASSIFICAÇÃO QUANTO AO NOME FARMACOLÓGICO, COMERCIAL E CLASSIFICAÇÃO IRRITANTE
E VESICANTE**

NOME FARMACOLÓGICO	NOME (alguns) COMERCIAL/SIGLA	CLASSIFICAÇÃO IRRITANTE/VESICANTE E OUTROS
ANTRACICLINAS (doxorubicina, epirubicina e daunorubicina)	Orientar quanto a alopecia, náuseas, vômitos e alteração da coloração da urina nas primeiras micções após a administração destas drogas.	
ASPARAGINASE	ELSPAR, L-ASP, ASP	Irritante
BACILO DE	BCG	Agente biológico, virus

CALMETTE-GUÉRIN		vivo
BEVACIZUMAB	AVASTIN	Anticorpo monoclonal
BLEOMINCINA	BLENOXANE, BLEO, BLE, BLM	Irritante
CAPECITABINA	XELODA	Antineoplásico- via oral
CARBOPLATINA	PARAPLATIN, CARBOPLATINA, PLATAMINE, BIOCARBO, TECNOCARB, CBDCA	Irritante
CARMUSTINA	BECENUN, BCNU	Irritante
CETUZIMAB	ERBITUX	Anticorpo monoclonal
CICLOFOSFAMIDA	CICLOFOSFAMIDA, GENUXAL, CTX	Irritante
CISPLATINA	CISPLATINA, BIOPLATINO, PLATIRAN, PLATISTINE, TECNOPLATIN, CDDP	Irritante
CITARABINA	ARACYTIN, ARAC-A	Irritante
DACARBAZINA	DACARB, DETIMEDAC, FAULDACAR, DTIC	Vesicante
DACTINOMICINA	COSMOGEN, DACTIN, DACTINOMICINA, ACT, DACT, Act-D	Vesicante
DAUNORRUBICINA	DAUNOBLASTINA, DAUNO-BIG, DAUNO, DNR	Vesicante
DOCETAXEL	TAXOTERE	Irritante
DOXORRUBICINA	ADRIABLASTINA, BIORRUB, DOXO-BIG, ITARRUBICINA, RUBEX, ADRIA, ADR, Doxo	Vesicante
EPIRRUBICINA	FARMARRUBICINA	Vesicante
ETOPOSID	VEPESID, ETOSIN, NEX VEP, VANOXIDE	Irritante
FLUDARABINA	FLUDARA, AMP, FAMP	Irritante
FLUOROURACIL	FLUORO-URACIL, FLUORORACILA, EFURIX, 5-FU	Irritante
GEMCITABINA	GEMZAR	Irritante
IDARRUBICINA	ZAVEDOS	Vesicante
IFOSFAMIDA	HOLOXANE	Irritante
IMATINIB	GLIVEC	Via oral, inibidor da tirosino-quinase
IRINOTECANO	CAMPTOSAR, TECNOTECAN, CPT-11	Irritante
METOTREXATO	BIOMETROX, METOTREXIN, METROTETEX,MIANTREX, MTX	Irritante
MITOMICINA	MITOCIN, MITO	Vesicante
MITOXANTRONA	MITOXAL, DHAQ	Irritante
OXALIPLATINA	ELOXATIN, O-Plat, L-OHP, OXA	Irritante
PACLITAXEL	PACLITAX, PAREXEL, TAXOL, PAXEL	Irritante
RITUXUMAB		
TENIPOSID	VUMON, VM-26	Irritante
TRASTUZUMAB	HERCEPTIN	Anticorpo monoclonal
VIMBLASTINA	BELDFORD, FAULBLASTINA, VELBAN, VLB	Vesicante
VINCRISTINA	BIOCRIST, ONCOVIN, VINCRISTEX, VCR	Vesicante
VINORELBINA	NAVELBINE	Vesicante

ELABORAÇÃO:
Carmem Beatriz Garcia Igiski
Cássia Cristofolini
Cristina Duarte
Jacqueline Silva
Janaína Gonçalves Arruda
Karin Kasulke Feuerschutte
Luciana Martins da Rosa
Luciane Cecília da Luz
Rita de Cássia Vieira
Scheila Maria Valentim Nienkotter

Redação Final:
Cássia Cristofolini
Luciana Martins da Rosa

Este manual é o resultado do desenvolvimento da prática assistencial coordenada pela Mestranda Luciana Martins da Rosa, sob a orientação da Profª Drª Vera Radünz, realizada a partir da Disciplina de Prática Assistencial do Curso de Mestrado, vinculado ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina

Novembro/2006

APÊNDICE - 2



Data: _____ Registro: _____
Nome: _____ Idade: ____ Estado Civil: _____
Escolaridade: _____ Profissão: _____
Diagnóstico: _____
Protocolo Quimioterápico: _____
Peso: _____ Altura: _____ PA: _____ Radioterapia () Sim () Não
() Tabagismo Tipo: _____ quantidade/dia: _____
Início/idade: _____ Término/idade: _____
() Etilismo Tipo: _____ ml/dia: _____
Início/idade: _____ Término/idade: _____
DUM: _____ Menarca/idade: _____
Menopausa/idade: _____
() Uso de contraceptivo atual Tipo: _____ Início: _____
Gesta: _____ Para: _____ nº de filhos vivos: _____ nº de
bortos: _____
Último preventivo / data: _____ Resultado: _____
Última mamografia / USG / data: _____ Resultado: _____
() Exposição a agrotóxicos Tipo: _____ Tempo: _____
Uso de EPI: () Sim () Não

Doenças anteriores:
() Hipertensão início/idade: _____ () Diabetes início/idade: _____
() Outros / qual? _____

Histórico da doença atual e principais dificuldades sentidas pelo paciente.

Medicamentos que faz uso, dosagem, horário:

Alterações no exame físico:

() Dor 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Localização: _____

Característica: _____

O que alivia: _____

Medicação analgésica: _____

Como está tomando? _____

Controle da dor () Sim () Não Característica :

Dados objetivos identificados pelas enfermeiras:

Identificação de Problemas:

Cuidados / Orientações / Encaminhamentos:

Enf^ª /carimbo / assinatura : _____