

**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  
MODALIDADE INTERINSTITUCIONAL  
UFSC/UCS/UNIVATES/FEEVALE**

**RESLI KOCHHANN MENEZES**

**EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE AO PACIENTE COM  
DIAGNÓSTICO DE CÂNCER: PERCEPÇÕES SOBRE O CUIDADO**

**FLORIANÓPOLIS  
2006**

### Ficha Catalográfica

M543e Menezes, Resli Kochhann  
Equipe de enfermagem frente ao paciente com diagnóstico de câncer:  
percepções sobre o cuidado [dissertação] / Resli Kochhann Menezes. –  
Florianópolis: UFSC/PEN, 2006.  
61 p.; il.

Inclui bibliografia.

1. Enfermagem – Cuidado. 2. Câncer - Diagnóstico. I. Título.

CDD - 616.99

**RESLI KOCHHANN MENEZES**

**EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE AO PACIENTE COM  
DIAGNÓSTICO DE CÂNCER: PERCEPÇÕES SOBRE O CUIDADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito final para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Dra. Vera Radünz

**FLORIANÓPOLIS  
2006**

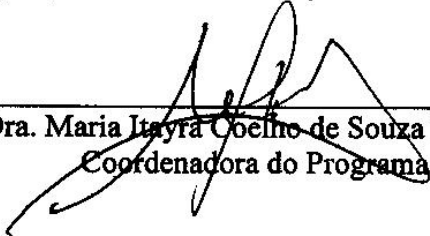
**RESLI KOCHHANN MENEZES**

**EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE AO PACIENTE COM  
DIAGNÓSTICO DE CÂNCER: PERCEPÇÕES SOBRE O CUIDADO**

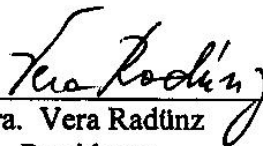
Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:


**MESTRE EM ENFERMAGEM**


E aprovada na sua versão final em 25 de agosto de 2006, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**

  
\_\_\_\_\_  
Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha  
Coordenadora do Programa

**Banca Examinadora:**

  
\_\_\_\_\_  
Dra. Vera Radtinz  
Presidente

  
\_\_\_\_\_  
Dra. Maria da Graça Corso da Motta  
Membro

  
\_\_\_\_\_  
Dra. Evangelina K. A. dos Santos  
Membro

\_\_\_\_\_  
Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza  
Membro Suplente

## AGRADECIMENTOS

A **Deus** pelo dom da vida e por iluminar meu caminho.

A minha orientadora **Dra. Vera Radunz** pela dedicação disponibilizada durante esta caminhada.

Aos **colegas do curso de mestrado**, por todos os momentos que passamos juntos, em especial a **Maria Berra** pela amizade.

Aos **professores do curso de mestrado** pelos conhecimentos compartilhados.

À professora Ms. **Ana Cristina** pela amizade e dedicação disponibilizada.

À **Dra. Maria da Graça Piva** pela amizade e incentivo

À colega **Patrícia De Gasperi** meu muito obrigada

À **equipe de enfermagem** participante do meu estudo, pela confiança, desprendimento e colaboração, meu muito obrigado.

À profa. **Dra. Suzete** por sua valiosa contribuição para que este estudo se tornasse realidade.

Ao meu esposo **Jorge** e à filha **Bruna**, por entenderem minha ausência em momentos de convívio e por acreditarem em mim.

A **todas as pessoas** que estiveram comigo nesta trajetória, meu reconhecimento.

MENEZES, Resli Kochhann. **Equipe de enfermagem frente ao paciente com diagnóstico de câncer: percepções sobre o cuidado.** 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. 61 p.

Orientadora: Dra. Vera Radünz

## RESUMO

Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa, realizado com a equipe de enfermagem do ambulatório de oncologia de um Hospital Geral do Rio Grande do Sul. Participaram da pesquisa uma enfermeira e três técnicos de enfermagem. Objetivou-se conhecer a percepção da equipe de enfermagem sobre o cuidado ao paciente com diagnóstico de câncer. Os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada e foi utilizado o método de análise de conteúdo de Bardin, dando origem a três categorias: saberes, crenças, valores e atitudes; sentimentos vivenciados pelo profissional; dificuldades para cuidar. Na categoria saberes, crenças, valores e atitudes emergiram três subcategorias: desenvolver empatia ao cuidar; conforto; entendendo relações. Na categoria sentimentos vivenciados pelo profissional surgiram três subcategorias: esperança; estigma da doença-tristeza/medo/morte; semente de bem estar e carinho. Na categoria dificuldades para cuidar emergiram quatro subcategorias: ambiente; desgaste emocional; relações no trabalho; não cuidado. O estudo contribuiu para a reflexão sobre o cuidado no ambiente de trabalho, buscando compreender cada indivíduo/ profissional, como pessoa, sabendo de suas habilidades e limitações, reconhecendo, aceitando e interagindo com o outro. Também se fez necessária uma reflexão constante dos processos de cuidado, não apenas no que se refere a competências técnicas, mas principalmente na verificação de competências humanas, como esperança, carinho, respeito, visando o bem estar dos pacientes com diagnóstico de câncer. Acredita-se que este estudo significa uma importante contribuição para enfermagem, enriquecendo nossa profissão e despertando os profissionais e acadêmicos para um cuidado humanizado ao longo do processo de viver, adoecer e morrer do ser humano. A utilização de encontros de sensibilização, com ênfase no cuidado a pessoas com diagnóstico de câncer, é proposta neste estudo, dando espaço aos profissionais da equipe de enfermagem refletirem sua prática, possibilitando a transformação do contexto e contribuindo para que o cuidado realmente aconteça, enfatizando o importante papel que os membros da equipe de enfermagem desempenham, atuando como profissionais que cuidam.

**Palavras-chave:** Cuidado. Equipe de enfermagem. Paciente. Câncer.

## ABSTRACT

This is an exploratory study with qualitative approach, which was accomplished by a nursing team at oncologic clinic of Hospital Geral in Caxias do Sul, Rio Grande do Sul. A professional nurse and three nursing technicians have participated in this research. It has aimed to the perception of this nursing team in taking care of patients with cancer diagnosis. Data were collected through semi-structured interview and Bardin method of analysis was used, creating three categories: 1) Knowledge, beliefs, values and attitudes; 2) Feelings experienced by the professionals; 3) Difficulties in taking care. From the first category emerged three sub-categories: a) Developing empathy when taking care; b) Comfort; c) Understanding. Three sub-categories appeared in the second category: a) Hope; b) Stigma of the disease-sadness/fear/death; c) Seeds of well-being and affection. Finally, from the third category, four sub-categories emerged: a) Environment; b) Emotional weariness; c) Relationships at work; d) No caring. The study has also contributed to a reflection on caring at work environment, looking for understanding between each individual / professional, as a person, knowing about their abilities and limitations, recognizing, accepting and interacting. It has also been necessary to do constant reconsideration on caring processes, not only on technical competences, but also on the verification of human competences, such as hope, affection, respect, seeking well-being for patients with cancer diagnosis. It is believed that this study is an important contribution for nursing, enriching our profession and warning professionals and academics in order to reviewing the activity of taking care, taking it as a humanitarian process, all along human life, sickness and death. It is proposed in this study that professionals get together in awareness meetings which emphasize on taking care of people with cancer diagnosis, giving the team of nursing professionals some opportunity to reflect on their practice, making context transformation possible, and contributing so that the care really takes place, emphasizing the important role that members of a nursing team must play, when acting as professionals who take care of people.

**Key words:** Care. Nursing team. Patient. Cancer.

## RESUMEN

Es un estudio exploratorio de abordaje cualitativo, realizado con un equipo de enfermería del ambulatorio oncológico del Hospital Geral de Rio Grande do Sul. Participaron de la investigación una enfermera y tres técnicos de enfermería. El objetivo fue conocer la percepción del equipo de enfermería sobre el cuidado al paciente con diagnóstico de cáncer. Los datos fueron colectados a través de una encuesta semi-estructurada y fue usado el método de análisis de contenido de Bardin, dando origen a tres categorías: saber, creencia, valores y actitudes; sentimientos vividos por el profesional y dificultades para cuidar. En la categoría saber, creencia, valores y actitudes surgieron tres subcategorías: desarrollar empatía al cuidar; confort y entendimiento de relación. En la categoría sentimiento vividos por el profesional surgió tres subcategorías: esperanza, estigma de la enfermedad/tristeza/miedo/muerte; Vivir con bienestar y cariño. En la categoría dificultad para cuidar surgieron cuatro subcategorías: ambiente, desgaste emocional; relación de trabajo; no cuidado. El estudio contribuye para la reflexión sobre el cuidado en el ambiente de trabajo, buscando comprender a cada individuo/profesional como persona, sabiendo de sus habilidades y limitaciones, reconociendo, aceptando e interactuando con otro. También fue necesario una reflexión constante de los procesos de cuidado, no apenas en lo que se refiere a competencia técnica sino que principalmente a la verificación de competencias humanas, como esperanza, cariño, respeto, visando el bienestar de los pacientes portadores de cáncer. Creemos que este estudio será muy significativo e de importante contribución para la enfermería, enriqueciendo nuestra profesión y despertando a los profesionales y académicos para un cuidado humanizado a lo largo del proceso de vivir, enfermarse y morir del ser humano. La utilización de encuentros de sensibilidad, con énfasis en cuidado a personas con diagnóstico de cáncer, es la propuesta de este estudio, dando espacio a los profesionales del equipo de enfermería reflexione sobre su práctica, posibilitando la transformación del contexto y contribución para que el cuidado realmente ocurra, enfatizando el importante rol desarrollado por los miembros del equipo de enfermería, actuando como profesional que cuida.

**Palabras-claves:** cuidado, equipo de enfermería, paciente, cáncer.



## SUMÁRIO

<b>I INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>9</b>
1.1 Introduzindo o tema .....	9
1.2 Apresentando a inquietação e justificativa .....	10
<b>II OBJETIVO .....</b>	<b>13</b>
<b>III BUSCANDO SUPORTE NA LITERATURA.....</b>	<b>14</b>
3.1 Câncer: um breve relato .....	14
3.2 Enfermagem e o cuidado.....	19
<b>IV MARCO CONCEITUAL .....</b>	<b>25</b>
4.1 Pressupostos pessoais .....	25
4.2 Conceitos.....	26
<b>V PROPONDO UMA METODOLOGIA .....</b>	<b>29</b>
5.1 Tipo de estudo .....	29
5.2 Contexto da pesquisa.....	29
5.3 Participantes do estudo .....	30
5.4 Coleta de informações .....	30
5.4 Análise de informações.....	31
5.5 Dimensão ética e educativa .....	32
<b>VI REFLETINDO SOBRE O CUIDADO A PACIENTES COM CÂNCER.</b>	<b>33</b>
<b>6.1 Saberes, Crenças, Valores e Atitudes .....</b>	<b>33</b>
6.1.1 Desenvolver Empatia ao Cuidar .....	33
6.1.2 Conforto.....	35
6.1.3 Entendendo as relações.....	36
<b>6.2 Sentimentos vivenciados pelo profissional .....</b>	<b>37</b>
6.2.1 Esperança.....	38
6.2.2 Estigma da Doença-Tristeza/Medo/Morte .....	39
6.2.3 Semente de bem estar e carinho .....	41
<b>6.3 Dificuldades para cuidar.....</b>	<b>43</b>
6.3.1 Ambiente .....	43
6.3.2 Desgaste emocional .....	44
6.3.3 Relações no trabalho.....	46
6.3.4 Não Cuidado .....	47
<b>VII CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>50</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>54</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>58</b>

# I INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

## 1.1 Introduzindo o tema

Este estudo é fruto de constatações e inquietudes que acompanham minha trajetória profissional na Enfermagem, que iniciei em 1983, ainda como acadêmica de enfermagem no Hospital Universitário de Santa Maria (UFSM), e prossegui, como enfermeira no mesmo hospital, atuando junto a pacientes com diagnóstico de câncer. Percebi a dificuldade da equipe de enfermagem em lidar com estes pacientes e de atender suas reais necessidades. A falta de envolvimento/comprometimento interferia assim no resultado final do cuidado prestado, pois este estava sendo praticado segundo uma visão fragmentada do ser, de forma mecânica, na qual mal se conversava com o paciente.

O número de pessoas acometidas de câncer vem aumentando consideravelmente nos últimos anos exigindo profissionais de Enfermagem cada vez mais capacitados no que se refere ao ponto de vista tecnológico, deixando de lado as interações pessoais. Vivemos num mundo de poucas palavras onde a imagem predomina e a razão se sobrepõe à emoção.

Nessa realidade em que vivemos, o enfermeiro deve buscar conhecimento, habilidades e processo instrucional para encontrar uma maneira de ação que torne o cuidado de Enfermagem mais humano, pois como agente de mudança, o enfermeiro de amanhã será diferente do de hoje e o de hoje é diferente daqueles dos anos passados. Os novos horizontes da Enfermagem exigem do profissional responsabilidade de elaboração de um cuidado holístico, devendo estar motivado para acompanhar os conhecimentos e para aplicá-los (TIMBY, 2001).

Em 1999, com a vinda a Caxias do Sul, fui convidada para organizar o serviço de Oncologia em um Hospital Público de ensino, vinculado ao Governo do Estado, onde inicialmente era prestada assistência ambulatorial a pacientes adultos com câncer, em tratamento quimioterápico, e que oferecia também campo para desenvolvimento de ensino e pesquisas na área.

Em sua maioria, os pacientes eram provenientes da região da serra Gaúcha-RS e, ocasionalmente, eram atendidos pacientes de outros estados. Atuei como enfermeira gestora até agosto de 2003, quando me desvinculei do serviço para fazer parte do corpo docente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Caxias do Sul nas disciplinas: Noções de Oncologia, Noções de Enfermagem e Quimioterapia e Fundamentos de Enfermagem II. Vivenciei, então, experiências como enfermeira gestora e também como docente no acompanhamento dos alunos nos campos de estágio.

As situações explicitadas com relação ao estudo surgiram a partir de um estudo realizado por alunos do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade de Caxias do Sul, na disciplina Noções em Oncologia, com enfermeiras que trabalham em um serviço de Oncologia numa instituição hospitalar de ensino, tendo como objetivo identificar de que forma os enfermeiros vivenciam a questão da morte e do sofrimento do paciente com câncer.

Os alunos ficaram surpresos com os resultados obtidos, gerando com isso um grande debate em sala de aula. A “decepção” relatada por um grupo de alunos teve origem na constatação do pouco envolvimento e comprometimento do enfermeiro com o paciente com diagnóstico de câncer.

Os dados coletados apontaram para um cuidado centrado no técnico, pois a equipe de enfermagem acreditava que não devia se envolver com o paciente, mantendo-se distante e enfatizando apenas o “fazer”.

Portanto, diante do exposto, surgiu o interesse em aprofundar esta temática desenvolvendo este estudo junto a profissionais de enfermagem que cuidam de pacientes com diagnóstico de câncer.

## **1.2 Apresentando a inquietação e justificativa**

Os resultados anteriormente relatados geraram em mim várias inquietações tais como: O que a equipe de enfermagem compreende por “fazer”?

Que outras dimensões além do “fazer” compõem o cuidado de enfermagem? Que dimensões do cuidado são fundamentais para qualificar a prática profissional? O que leva a equipe de enfermagem a se distanciar do paciente com diagnóstico de câncer ao cuidar do mesmo?

As respostas a essas questões são de vital importância para qualificar o cuidado ao paciente com diagnóstico de câncer, subsidiando assim, com conhecimento e ferramentas educadoras, a equipe de enfermagem e o curso de enfermagem, na formação profissional. Outras respostas a estas inquietações podem ser derivadas do conhecimento já produzido, principalmente no que se refere às competências dos profissionais para “cuidar”.

Considerando que a competência é formada ao longo da vida profissional, exigindo um processo de educação permanente, as habilidades devem seguir esta mesma configuração, estando voltadas para as competências da equipe de enfermagem, as quais devem buscar, “aprender a aprender” e o “aprender a pensar”, que permite autonomia, maior capacidade de cuidar do ser humano com diagnóstico de câncer, além de superar conflitos, comunicações de trabalho em equipe e decisão ética.

Para Perrenoud (2000,p.22), “competência é estar pronto para enfrentar os momentos de imprevisto, pois exigem uma reação imediata quanto adequada.”

É importante salientar que para a concretização e solidificação do cuidado na sua totalidade é necessário considerar também novas necessidades e novos espaços que se abrem para a equipe de enfermagem, cada vez mais globais e abrangentes, trazendo novas e maiores possibilidades de intervenções no cuidado prestado ao paciente com câncer.

Está claro que é necessário um processo diferenciado de cuidar, no qual não cabe mais a visão mecanicista, guiada apenas pelas expectativas médicas e institucionais existentes. O foco principal precisa estar centrado na pessoa, seja ela o cuidador ou o ser cuidado, pois como afirma Radünz (1999), ambos são seres humanos que têm sentimentos, que pensam, que percebem e que têm poder de decisão.

Portanto, neste contexto, é fundamental a reflexão sobre o seguinte aspecto: **Como a equipe de enfermagem cuida do paciente com câncer?**

Esta interrogação representa mais do que uma inquietação. Representa a necessidade de refletir sobre a maneira como a equipe de enfermagem cuida, tentando adentrar em seu mundo, desvelando seu modo de ser e fazer, segundo a perspectiva do trabalho em equipe, respeitando todos os seus integrantes como seres humanos.

## **II OBJETIVO**

Conhecer a percepção da equipe de enfermagem sobre o cuidado ao paciente com diagnóstico de câncer.

### III BUSCANDO SUPORTE NA LITERATURA

#### 3.1 Câncer: um breve relato

O câncer é discutido como uma das mais antigas enfermidades, sendo encontradas referências em papiros Egípcios (1200 aC) e na Grécia antiga (500 Ac).

Hipócrates (460-370 AC) foi o primeiro a descrever o câncer, utilizando os termos carcinos e carcinoma, definindo-o como um mal grave, com prognóstico ruim. Relacionou o surgimento das doenças com o desequilíbrio dos quatro humores do organismo, excluindo a concepção de que as doenças eram causadas pela magia ou castigo, como pressupunham ser.

Galeno (130 –200 DC), no século II, classificou os tumores em malignos e benignos e observou que a tendência ao câncer era mais freqüente em mulheres deprimidas.

Por volta de 1600 o câncer era considerado uma doença contagiosa e nos séculos XVIII e XIX os portadores eram isolados em enfermarias e abandonados à espera da morte (BIELEMANN, 1997).

A medicina só começou a ter avanços significativos na Renascença, no século XV, quando floresceram por todos os lados cientistas e artistas, especialmente na Itália. Michelangelo, um desses artistas, teria retratado em sua famosa escultura “A Noite (La Notte ), uma mulher com câncer de mama. A teoria baseia-se no aspecto disforme de um seio, que, a considerar a habilidade do escultor, não foi casual (BRASIL, 2002).

O século XVII é visto como um período de grandes descobertas científicas em todas as áreas, servindo umas como complemento e explicação, e ainda como fonte esclarecedora das outras, facilitando assim a identificação e entendimento do desenvolvimento humano e suas diversidades. Vários trabalhos relacionados à etiologia do câncer foram publicados desde o final do século XVI.

No século XVIII o tabu sobre o câncer começou a mudar: John Hunter, cirurgião escocês, sugeriu que alguns cânceres poderiam ser curados por cirurgia, um médico italiano atentou para o fato de que os hormônios poderiam ter influência sobre a doença; na Inglaterra, um médico alertou quanto aos perigos do tabaco (INCA, 2006).

A moderna oncologia despontou somente no século XIX. A descoberta da célula ganhou importância, e, em 1867, o médico alemão Matthias Schleiden sugeriu que o câncer seria fruto da divisão de células doentes. Pesquisas lançaram os fundamentos da hormonioterapia e, em 1896 Wilhelm Roentgen descobriu a radiografia, que lhe valeria o primeiro Nobel de Física (INCA, 2006).

No século XX a pesquisa na área oncológica ganhou vigor e as descobertas se intensificaram. Em 1903, foram feitas as primeiras aplicações de radioterapia contra tumores, mas só a partir da II Guerra Mundial, com o desenvolvimento da medicina nuclear, é que a radioterapia surgiu como tratamento rotineiro contra o câncer (INCA, 2006).

Ainda na I Guerra Mundial, Boveri, um cientista alemão, especulou que o câncer estaria ligado a aberrações no DNA das células. Mas somente em 1938 o câncer foi conceituado como um crescimento anormal, desordenado e autônomo das células com uma capacidade ilimitada de reprodução sem obedecer a uma finalidade específica do organismo (BELAND E PASSOS, 1979).

Outra importante observação levaria mais tarde à quimioterapia. Estudando o sangue de soldados expostos ao gás mostarda, verificou-se uma grande baixa de leucócitos. Durante a I Guerra Mundial (1914-1918), na busca de um gás mais poderoso, o exército americano desenvolveu a mostarda nitrogenada, que se revelou eficiente contra certos linfomas. Nesta mesma década o médico Sidney Farber testava os primeiros agentes quimioterápicos em crianças com leucemia.

Essas drogas eram tão potentes que muitas vezes deixavam o estado de saúde das crianças ainda pior, o que rendeu muitas críticas a Farber, mas sua persistência foi fundamental para desenvolver esse tipo de tratamento. Em 1956, com ajuda da quimioterapia, aconteceu a primeira cura de um câncer metastático (INCA, 2006).



A partir de 1960, surgiram outras teorias como a da angiogênese. Ocorreram duas interessantes descobertas: a primeira, referia-se a aberrações cromossômicas ligadas a certos tipos de câncer, a outra, aos chamados vírus oncogênicos, ou seja vírus que causavam câncer.

A partir dessas duas linhas de estudo surgiu a teoria dos oncogenes. O ser humano possui genes normais que controlam o crescimento e a divisão celular. Por algum motivo, esses genes podem sofrer mutações, ou seja, mudam de lugar, são ativados ou desativados, e alteram a sua função. Cada gene codifica um tipo de proteína que, por sua vez irá exercer no corpo um trabalho específico. Se um gene responsável pela proliferação celular é modificado e produz uma proteína diferente, ele torna-se um oncogene. Essa mutação implicará na base de todo câncer, que é uma reprodução anormal das células. (INCA, 2006) Nosso organismo tem condições de resolver essas lesões no DNA e repará-las, mas muitas vezes não funciona. A tendência é que, com a idade, funcione cada vez menos, o que explica uma maior incidência em pessoas mais velhas.

O primeiro oncogene(se) foi identificado em 1980. Em 1990 começou o projeto Genoma Humano, o revolucionário e promissor campo da genética. Logo os cientistas perceberam que este estudo poderia trazer benefícios para a pesquisa do câncer, originando o projeto genoma humano do câncer, que no Brasil teve início em 1999, sendo sua proposta estudar quais são os genes diferencialmente expressos, o que consiste em entender quais são as diferenças entre os genes normais e oncogenes.( INCA, 2006).

O século XXI começou com o fim da primeira fase do projeto que mapeou a seqüência de milhões de genes.

Sabe-se ainda que os avanços da genética e da biologia molecular têm permitido definir o risco hereditário de determinadas doenças. No caso do câncer este risco avalia a suscetibilidade, uma vez que o desenvolvimento do câncer depende da intervenção de fatores genéticos ( 10-15% ) e ambientais ( 85-90% ). Atualmente, testes genéticos diretos permitem identificar mutações em genes supressores de tumor, associados ao câncer hereditário de mama e /ou ovário e de colorretal. Recomendações sobre medidas de prevenção têm sido sugeridas para pessoas com predisposições genético positivas (INCA2006).

Acredita-se ser necessário muitos estudos para que a aplicação dos chamados testes genéticos, tanto para diagnóstico como para avaliação de risco de câncer, possam ter boa aplicabilidade. (INCA, 2006)

De Vita (2002, p.14) refere que:

o câncer é uma massa anômala , cujo crescimento excede e não está coordenado como nos tecidos normais. A proliferação das células ocorre de forma desordenada e rápida diferenciando-se do tecido de origem ultrapassando seus limites e dissemina-se pelas estruturas do organismo.

Para Leite (1996, p.9), "Câncer é a transformação que as células sofrem e passam a apresentar alteração cromossômica , distúrbios na capacidade de diferenciação , no controle do ciclo celular e no crescimento dos tecidos".

Segundo o Ministério da Saúde (2002), a Oncologia é uma área que trabalha com questões humanas significativas, ligadas à vida e à morte. Para Caponero (1999), a doença oncológica atinge diferentes faixas etárias e grupos da comunidade, embora grande parte dessa enfermidade acometa pessoas com mais de 55 anos de idade. Muitos tipos histológicos de câncer, dependendo do seu estadiamento e resposta ao tratamento, são curáveis ou parcialmente controlados pela terapêutica adotada.

O Brasil apresenta um quadro sanitário que combina doenças ligadas à pobreza, típicas de país em desenvolvimento, e doenças crônico-degenerativas. Conforme dados do (INCA, 2002), no Brasil o câncer constitui a terceira causa de morte. A origem do câncer está associada em 85% dos casos a fatores ambientais tais como hábitos alimentares, fumo, álcool, produtos químicos, exposição ao sol e tantos outros e em 15% à hereditariedade. Todas as pessoas podem ter câncer, porém quando os fatores de risco são conhecidos, ele pode ser evitado, ou pelo menos detectado precocemente e tratado em tempo de cura. Os conhecimentos de biologia molecular, de carcinogênese, dos marcadores tumorais e dos métodos de imagem têm permitido diagnósticos precoces mais

freqüentes, oferecendo melhores condições de tratamento a cada paciente.

A prevenção é possível em várias etapas da história da doença: antes dela se manifestar, aos primeiros sinais e sintomas da mesma ou, ainda, para a minimização das complicações quando a doença já está estabelecida.

A urbanização, a industrialização e a maior expectativa de vida da população são os primeiros fatores que contribuem para o aumento da incidência das doenças crônico-degenerativas. Entre elas, o câncer, visto que os fatores mencionados contribuem para o aumento de agentes cancerígenos ambientais ou para uma maior e mais prolongada exposição dos seres humanos a esses agentes (BRASIL, 2002).

Segundo (BRASIL, 2002), a conscientização da população sobre o câncer e o estímulo às mudanças de comportamento são ações fundamentais para prevenção do mesmo. Vale ressaltar aqui que o tratamento do câncer é bastante expressivo em termos financeiros ao Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, as ações nas áreas de prevenção e diagnóstico precoce trazem um maior benefício social e econômico do que o custear tratamento tão oneroso.

Ainda assim, Deitos e Gasparly (1997, p.118), referindo-se ao câncer afirmam que: “dificilmente existe outra doença que induza tantos sentimentos negativos em qualquer um dos seus estágios: o choque do diagnóstico e da recorrência, os efeitos da radioterapia e quimioterapia, o medo da dor e de encarar uma morte indigna”.

No caso da detecção do câncer, o impacto do diagnóstico, das alternativas da doença, bem como do seu tratamento, causam efeitos negativos ao paciente oncológico, podendo desenvolver alterações emocionais e comportamentais, que comumente afetam sua recuperação. Para lidar com essa delicada situação, a equipe de enfermagem deve ter conhecimentos específicos e características humanas especiais, pois segundo Bonassa (1998), quando lidamos com pacientes em fase terminal da doença, devemos ajuda-lo a controlar os sintomas físicos e a enfrentar os problemas psíco-emocionais, bem como fornecer apoio aos seus familiares. Considerando que toda mudança gera estresse e insegurança em relação ao futuro, estes pacientes necessitam ser atendidos por profissionais especializados na área da saúde, capacitados e sensíveis para cuidar de forma

integral e humana.

O avanço da ciência e da tecnologia possibilitou o diagnóstico mais acurado e mais precoce para o tratamento do paciente com câncer. A utilização deste recurso, aliado ao desenvolvimento sócio-econômico, contribuiu para o declínio de algumas enfermidades controláveis como, por exemplo, a tuberculose e a desnutrição, em varias regiões do mundo, com exceção de dois grupos que ainda não foram controlados, o das doenças cardiovasculares e das neoplásicas. O câncer vem aumentando, à medida que ocorre o controle progressivo de outras enfermidades, o que se deve, em parte , a uma maior acuidade para diagnosticá-lo (BRASIL, 2002).

É importante salientar ainda que o impacto da melhoria dos recursos diagnósticos e terapêuticos não pode ser avaliado sem que se avalie o acesso da população aos serviços de saúde. Considerando-se os altos custos de assistência com a incorporação de novas tecnologias, uma grande parte da população não tem acesso a este tipo de serviço. Vale lembrar que muitas vezes, as repercussões de ordem econômica e social do câncer não são levadas em consideração (BRASIL, 2002).

Todos estes conhecimentos relatados a respeito do câncer, recolhidos na consulta a diversos autores, ensejavam um acréscimo à minha inquietude, geratriz deste estudo.

Concientizaram-me, ainda mais, de que, quanto mais se progride em termos de introdução de tecnologia na área da saúde, tanto mais se pode alimentar a ilusão de que é possível conquistar a morte. Entretanto, para além de toda competência profissional, nada e ninguém poderá substituir a pessoa humana como capacitadora de ajudar alguém a aceitar o grande desafio de sua finitude.

### **3.2 Enfermagem e o cuidado**

Todos nós cuidamos de alguma forma, em casa , ou no trabalho, no

nosso dia a dia. Cuidado é inerente ao ser humano, não é exclusivo da equipe de Enfermagem .

Segundo Silva (1999, p.41)

A Enfermagem enquanto prática assistencial se caracterizava inicialmente por ser um trabalho manual não especializado, sem qualquer conhecimento, um trabalho desprovido de poder e de prestígio , que estava também sobretudo a cargo das mulheres, escravos e religiosas.

Na década de 50, Leininger, apud Neves (2002), passou a defender as concepções de cuidado, dizendo que é uma necessidade humana essencial e cuidar é a essência da Enfermagem e um modo de alcançar a saúde .

Segundo Maia et al(2003, p. 50),

uma nova visão do cuidado humano permeia todos os cenários do cuidar, afetando todos os níveis da sociedade e saúde humana pessoal e global, micro e macro, individual e planetário. Assim, o que deve sustentar o cuidar humano são nossos valores, conhecimentos e práticas e uma missão global de sobrevivência da humanidade.

Quando falamos de humanização é necessário visualizar os personagens do nosso cenário, como pessoas que estavam até há poucos dias ou momento, em pleno gozo de sua vida, envolvidas no seu cotidiano, com trabalho, família , amigos, compartilhando alegrias , sonhos , metas ou até mesmos situações de conflito e de desesperança. Essas pessoas possuem crenças, valores, cultura, personalidade e educação. Mas tudo isso é bruscamente interrompido quando elas se deparam com a doença, tratamento e hospitalização .

Esses momentos extremos permitem muitas vezes que as pessoas sintam ou manifestem sentimentos como amor ou compaixão, sofrimento ou alegria, tristeza ou desespero.

Roach (1993) demonstra em suas afirmações muita relação com preceitos bíblicos, mencionando o amor ao próximo como cuidado, caracterizado pela paciência, delicadeza e sem inveja, de forma profunda e completa. O homem é visto dentro de uma abordagem holística, não havendo separação entre corpo, mente e espírito.

Maia et al(2003, p. 51),

entendem que o desenvolvimento do conhecimento e da práxis do cuidar humano apresenta princípios essenciais para que este cuidado promova crescimento, aprimoramento e desenvolvimento tanto do cuidador, como de quem recebe o cuidado. Os princípios nos quais acreditamos relacionam-se com o ser, com as inter-relações do ser e das relações do ser com todos os ambientes ou espaços do cuidar, fundamentados nos pressupostos da promoção da saúde, qualidade de vida, ética e estética da presença no cuidar de si e do outro.

Radünz (1999) identifica a necessidade de cuidado ao cuidador, baseada em filósofos conceituados das mais diversas áreas do saber, contribuindo com importantes constatações, a partir do trabalho com profissionais que cuidam de pacientes com diagnóstico de câncer. A autora refere a dificuldade que temos em trabalhar e aceitar a finitude do outro e a nossa própria finitude.

Ainda segundo Neves, Siebert e Radünz (1984, p.12),

o paciente portador de câncer necessita de ouvintes empáticos, que compreendam suas flutuações de humor que ajudem a mobilizar seus mecanismos de enfrentamento, seus recursos individuais e familiares no sentido de que possam atingir o potencial máximo para viver com dignidade o dia-a-dia.

Segundo Paterson e Zderad (1988, p. 31), "é importante considerar a amplitude dos encontros humanos, que vão do trivial ao extremamente significativo" As atividades de Enfermagem, embora tragam cliente e enfermeiro a

uma proximidade física, não garantem uma autêntica intersubjetividade na qual um ser humano relaciona-se com o outro como uma presença, em vez de um objeto. Para demonstrar a relação estabelecida entre os dois seres, as autoras apresentam como atributos do cuidado profissional a compaixão, competência, confiança, sabedoria e comprometimento. Compaixão é a categoria que traz o ingrediente humanizador à sociedade e o compartilhar com outros os momentos vividos, tanto alegres como tristes. A competência está relacionada com o conhecimento pelo fazer, é o uso do julgamento e da experiência para estar em condições de responder ao que é esperado. Confiança traz a idéia de segurança na relação e está relacionada ao espírito e consciência, perpassando pela visão moral do cuidado ao sistema de valores do ser humano. Comprometimento é a mescla de desejo e obrigação. O desenvolvimento de afetividade é importante para ambos alcançarem a concordância. Dessa forma fundamentam, que o enfermeiro não estaria apenas executando o ato de cuidar, estaria adquirindo um determinado comportamento do ser humano.

Watson (1979), define cuidado como uma força direcionada e baseada no sistema de valores que afeta o encontro enfermeira e outra pessoa.

Freire (2004), considera humanização proveniente de uma relação dialógica entre homens que proporciona o desenvolvimento de cada um, na qual a individualidade, as crenças, as características pessoais, a linguagem, entre outras coisas, são respeitadas.

O ser humano durante o seu processo de viver, vivencia vários acontecimentos que acarretam mudanças positivas e/ou negativas ao longo de sua vida, sendo que poucos acontecimentos a modificam tanto como o processo de adoecer.

Segundo Beuter (1996, p.26), “através da doença e do sofrimento, é possível procurar e encontrar um propósito e um sentido para iniciar uma nova vida, mudar objetivos e perspectivas. Com isto, tem-se a oportunidade de compreender a enfermidade como parte do processo de viver.”

A equipe de enfermagem, sendo formada pelos profissionais que estão mais próximos e em constante interação com o paciente oncológico, necessita ser presença segura. Deve demonstrar em suas ações cotidianas que o seu saber-fazer

em enfermagem está pautado em conhecimento científico. Por outro lado, segundo Radünz (1999, p.6),”os seus integrantes precisam ser possuidores de um “feeling” ou um tato especial, num misto de sentimento, compreensão, solidariedade, intuição e ternura, ao cuidar de um paciente com diagnóstico de câncer.”

Ressalta-se ainda, que a equipe de enfermagem deve dispor de uma série de ferramentas, tais como, observação, comunicação, planejamento, avaliação, entre outras, objetivando verificar o cuidado de enfermagem, implementando ações que correspondem efetivamente às necessidades de saúde do paciente, tendo em vista a mudança do perfil demográfico e epidemiológico que o país vivencia com o aumento de doenças crônico-degenerativas, entre elas o câncer que atinge grande parte da população brasileira.

É consenso que cuidar constitui a prática por excelência dos profissionais de Enfermagem, permitindo firmar a sua identidade com a profissão com saberes próprios. Durante toda a formação acadêmica e mesmo após, a sedução pela tecnologia, pelas tarefas a executar, ou seja pelo “saber fazer”, assume inevitavelmente um papel preponderante sobre o “saber ser”, que tem como consequência primária a aproximação da sua atuação ao modelo biomédico. As intervenções de enfermagem passam a centrar-se na tarefa a ser determinada por prescrições médicas, organizações dos serviços e exigências diversas. Entretanto, percebe-se cada vez mais a importância do “saber ser” em enfermagem, comprometer-se com o todo do paciente e assim prestar-lhe cuidados humanizados, através da empatia e do conhecimento.

Cuidar do indivíduo com diagnóstico de câncer constitui uma das atividades mais exigentes e desgastantes tanto a nível físico como psicológico a que os profissionais de enfermagem, estão sujeitos. Muitas vezes, com a falência do tratamento emerge então o cuidar, que requer uma grande maturidade profissional e estabilidade emocional, em face desta doença.

No cuidado, muitas vezes, mais importante que a comunicação verbal são os gestos, expressões faciais, tom de voz. Existem alguns princípios e valores que devem prevalecer e nortear a relação da equipe de enfermagem e paciente : respeito pelo outro, informações claras e precisas e ainda reconhecimento do



outro como ser único e com desejos próprios.

É importante considerar também que o avanço tecnológico tem exigido uma postura profissional, voltada para o atendimento das necessidades dos clientes com diagnóstico de câncer. Tanto a equipe de enfermagem quanto o acadêmico de enfermagem precisam pactuar com esta visão, pois, através desta, objetiva-se uma integração harmoniosa entre o biopsicosocial e o espiritual do ser humano, ou seja, um cuidado de enfermagem ao ser humano como um todo.

“A essência da enfermagem é o cuidado, e este resulta em troca de energia e de valores, o que se dá numa relação que transcende os aspectos técnico-científicos e tecnológicos”, refere Lopes (2004). Para a autora, é evidente que “não podemos abrir mão da competência e do rigor da técnica, mas não devemos perder de vista que o ato de cuidar envolve dois sujeitos, o paciente e o profissional, cujas singularidades estão acima dos princípios da ciência.” O cuidado é a resposta ao apelo do paciente que silenciosamente suplica por “alguém que ande comigo no escuro do medo, que possa segurar minha mão e dizer: estou aqui” (ALVES, 1999).

## **IV MARCO CONCEITUAL**

Conforme Carraro (1997, p. 24),” marco conceitual é um processo dinâmico, inclui seus pressupostos e conceitos, reflete ainda a maneira de conceber os indicativos assistenciais da Enfermagem”.

Esta proposta levou em consideração que é de vital importância o desenvolvimento de ações, atitudes e comprometimento com base em conhecimento científico, experiências, intuição e pensamento crítico do enfermeiro no cuidado ao paciente com câncer. A atuação deste profissional, a agilidade no encaminhamento do paciente, a adequação das condutas diagnósticas e terapêuticas diante da suspeita diagnóstica, irá repercutir na sobrevida, qualidade de vida e cura da patologia.

Para o desenvolvimento desta pesquisa a construção de pressupostos e conceitos representam valores, crenças, ou seja, tudo em que acredito, baseado em culturas, hábitos, valores, ações, aprendidas na minha experiência pessoal e profissional e também fundamentadas nas idéias de Radünz (1999) e Brüggemann (2003).

### **4.1 Pressupostos pessoais**

Durante minha trajetória profissional, questionei e procurei compreender como a equipe de Enfermagem cuida do paciente com diagnóstico de câncer. Assim, baseada naquilo em que acredito, apresento os pressupostos que direcionam o meu estudo.

1 - A equipe de enfermagem necessita ser sensibilizada para cuidar do paciente com câncer;

- 2 - O cuidado pode promover e/ou restaurar a saúde;
- 3 - A equipe de enfermagem deve ter clareza dos conhecimentos científicos e técnicos necessários para prestar o cuidado ao paciente com câncer;
- 4 - As atividades educativas ampliam conhecimentos e habilidades da equipe de Enfermagem no cuidado ao paciente com câncer.

## 4.2 Conceitos

Neste marco conceitual optei por utilizar os conceitos de Radünz (1999) acrescidos do conceito de cuidado humanizado de Brüggemann (2003)

### **Ser Humano** segundo Radünz (1999, p. 5)

é um indivíduo que pensa, sente, decide, percebe, que tem crenças e valores que lhe são próprios, que interage com os outros e com o ambiente, desempenhando nele os seus papéis e que tem capacidade para ensinar e aprender, para crescer e se desenvolver, para fortalecer e ser fortalecido e que tem a sua história de vida.

### **Cliente oncológico**, segundo Radünz, (1999, p. 6)

é um ser humano com diagnóstico de câncer e que vem ao serviço de saúde para: iniciar tratamento quimioterápico; seguir o protocolo de drogas; controlar quando em remissão da doença; reiniciar o protocolo de drogas, em caso de recidiva, aparecimento de metástases ou quando do diagnóstico de outro câncer primário; acompanhar o final da vida.

### **A Enfermeira em Oncologia** para Radünz (1999, p. 6),

é um ser humano possuidor de um “feeling” especial para com os outros e para com ela mesma, com competência na área de

Enfermagem em Oncologia, que cuida de si mesma e profissionalmente dos outros, que procura despertar nos outros e nela mesma a capacidade que o indivíduo tem para desempenhar seus papéis e que desenvolve empatia ao interagir terapêuticamente.

### **Enfermagem segundo Radünz (1999, p. 14)**

é cuidar do ser humano, procurando encontrar caminhos e desenvolvendo potenciais para que este ser humano funcione nos seus papéis e ou possa abdicar dos seus papéis temporária ou definitivamente com dignidade.

### **Ambiente segundo Radünz ( 1999, p. 17)**

é o contexto interno e externo no qual o ser humano vive, interage, cresce e se desenvolve, desempenhando nele os seus papéis. Do contexto fazem parte os seres humanos, com suas respectivas crenças, valores, culturas, outros seres, objetos, com os quais nos relacionamos e ou interagimos.

### **Saúde conforme Radünz (1999, p. 15)**

é um processo contínuo, com estados situacionais dinâmicos e subjetivos, que permite 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, entendo que o paciente com diagnóstico de câncer pode ter saúde, desde que, continue desempenhando seus papéis que considera importante no seu dia-a-dia e muitas vezes com uma melhor qualidade de vida.

**Cuidado Humanizado** segundo Brüggemann (2003, p. 43 a 55)

é o cuidado que engloba muito mais que a competência técnica, engloba um modo de relacionar-se através da compreensão, do toque, do olhar, do sorriso, do carinho, da fala e do silêncio, condicionado a uma atitude de respeito ao outro. Trata-lo como ser humano inserido numa família, com história e cultura própria, cheios de expectativas, medos e necessidades, permitindo assim vivenciar de forma singular, segura e tranqüila o processo saúde-doença.

## **V PROPONDO UMA METODOLOGIA**

### **5.1 Tipo de estudo**

O presente estudo tem a pesquisa exploratória e descritiva com abordagem qualitativa como referencial teórico-metodológico, por ter a preocupação com a compreensão abrangente das informações e não com a generalidade das mesmas (Minayo, 2000 ).

Stake (1998) acrescenta ainda que estudamos um caso quando temos um interesse muito especial sobre ele e buscamos o detalhe da sua interação com o contexto.

Segundo Neto (1999), é importante a apresentação da proposta de estudo aos grupos envolvidos para que seja estabelecida uma relação de troca. É necessário que o pesquisador tenha em mente que a busca de informações está inserida em um jogo cooperativo, onde cada momento é uma conquista baseada no diálogo, fugindo da obrigatoriedade.

Conforme Minayo (2000), a exploração do campo contempla as seguintes atividades: escolha do espaço do estudo, a escolha do grupo de estudo, estabelecimento dos critérios de amostragem e estratégias para entrada em campo.

### **5.2 Contexto da pesquisa**

O estudo tem como espaço de pesquisa o ambulatório de Oncologia do Hospital Geral de Caxias do Sul- RS, cuja criação foi efetivada por intermédio do convênio celebrado entre o Estado do Rio Grande do Sul, através da Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente e a Fundação Universitária de Caxias do Sul, em nove de outubro de 1997. A opção por desenvolver este estudo neste

contexto se deve ao fato de o mesmo ser um hospital escola e por possuir um serviço de Oncologia estruturado e ser referência em oncologia na região. Presta atendimento somente para pacientes usuários do Sistema Único de Saúde.

A equipe de enfermagem é composta por uma enfermeira, que é coordenadora, e três técnicos de enfermagem, contando com o suporte de uma secretária.

### **5.3 Participantes do estudo**

A equipe de Enfermagem do Ambulatório de Oncologia já referenciado; constituída por uma enfermeira e três técnicos de enfermagem. Todos os sujeitos são do sexo feminino e trabalham há mais de dois anos na instituição, com carga horária de oito horas diárias, de segunda a sexta-feira.

Os critérios de inclusão foram adotados através de convite a todos os membros da equipe de enfermagem que tivessem disponibilidade e desejo em participar do estudo.

### **5.4 Coleta de informações**

Para a obtenção dos dados utilizei a entrevista semi-estruturada individualmente com cada membro da equipe de Enfermagem, gravando a mesma, após consentimento informado para participação.

Segundo Polit e Hungler (1995), o método de entrevista semi-estruturada permite ao pesquisador a exploração do problema; a verificação de quanto sensível ou controverso é o tópico; do modo como as pessoas contextualizam os problemas dialogam sobre eles, e da gama de opiniões ou comportamentos existentes.

A entrevista semi-estruturada tem a vantagem da presença do pesquisador, permitindo que o participante tenha perspectivas de respostas livres e

espontâneas aos questionamentos, enriquecendo a investigação (TRIVINOS, 1987).

O local das entrevistas foi a sala de recreação do referido setor, fora do horário de trabalho e previamente agendado com os participantes de acordo com a sua disponibilidade, com realização individual, procurando assegurar a maior privacidade possível. Na entrevista utilizei um roteiro, com questionamentos conforme Apêndice I, que serviram como guia para uma maior compreensão e interação com a equipe de enfermagem. A coleta de dados foi realizada no período de maio a setembro de 2005.

#### **5.4 Análise de informações**

A análise de informações foi realizada com base na análise de conteúdo de Bardin.

Bardin (1979, p. 42), define análise de conteúdo como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Esta análise se adapta aos propósitos da pesquisa e para que esta ocorra de modo sistemático, Bardin (1979) propõe três momentos distintos: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados .

No primeiro momento, chamado de pré-análise, ocorre a organização do material a ser explorado, sua leitura repetida, denominada de leitura flutuante, para conhecer o material coletado nas entrevistas semi-estruturadas.

Na seqüência, acontece a exploração do material na qual a codificação dos dados, transforma as informações brutas em codificação específica. Após, agrega-se as unidades de significado em categorias.

No terceiro momento, chamado de tratamento dos resultados, as



informações são =categorizadas de acordo com a qualidade dos elementos presentes na coleta de dados.

## **5.5 Dimensão ética e educativa**

Os aspectos éticos que permeiam o trabalho com seres humanos foram respeitados, o código de ética Profissional, bem como a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que levam em consideração, os princípios éticos básicos que devem orientar qualquer estudo que envolva o ser humano. Este projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da UFSC.

Observando os princípios da ética na pesquisa em saúde, os participantes da pesquisa mantiveram-se preservados, sendo identificados com nomes de pedras preciosas. Assim os mesmos escolheram a pedra que desejavam para validar sua identificação. (Brilhante I, Esmeralda, Brilhante II, Rubi ).

No desenvolvimento da pesquisa a questão educativa foi abordada através do respeito aos valores, crenças e estilos de vida da equipe de enfermagem do serviço de oncologia.

Segundo Radünz (1999, p. 9 - 10),

ao cuidar, estou provavelmente educando e também sendo educado. No entanto este ter, adquirir, atualizar e ampliar conhecimento, não precisa ser visto apenas como uma responsabilidade do profissional. Pode ser visto também como servindo de base e suporte para a enfermeira que cuida de clientes com câncer.

## **VI REFLETINDO SOBRE O CUIDADO A PACIENTES COM CÂNCER**

Neste capítulo estão apresentados os dados, após terem sido submetidos aos três momentos do processo de análise proposto por Bardin (1979): pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

Buscando refletir de que maneira a equipe de enfermagem cuida do paciente com câncer, deste processo de análise dos dados emergiram três categorias: Saberes, crenças, valores e atitudes; sentimentos vivenciados pelo profissional, e dificuldades para cuidar.

### **6.1 Saberes, Crenças, Valores e Atitudes**

Esta categoria de análise é composta por três subcategorias, quais sejam:

- Desenvolver Empatia ao Cuidar;
- Conforto
- Entendendo as Relações

#### **6.1.1 Desenvolver Empatia ao Cuidar**

Nessa subcategoria, os participantes do estudo visualizam o cuidado ao paciente a partir de uma relação empática preocupando-se em “estar com ele”. Para que o cuidado aconteça é necessário compreender o outro na tentativa de entendê-lo como se fosse a si mesmo.

A essência do cuidado é a empatia, pois quando temos a capacidade de aceitar as vivências do outro, somos capazes de amar e cuidar.

Através das falas os participantes retratam a essência do cuidado, que ser empático é ser capaz de cuidar como gostaríamos de ser cuidados.

Empatia é saber escutar e implica, em certo modo, uma abdicação de si. È importante perceber qual o sentido que tem o comunicado para quem transmite. É acolher a palavra do outro; essa acolhida é ao mesmo tempo, física, psicológica e espiritual para considerar o homem como um todo. Escutar é uma forma sensível seja ela qual for, e é sempre bom percebê-la como eco de uma voz mais silenciosa e mais alta.

*Quando o paciente chega o ideal é se apresentar pelo nome, dizer a função que exerce, receber o paciente de forma descontraída , para que ele se sinta bem a vontade, sempre tentar se colocar no lugar dele, atender da forma como eu gostaria de ser atendida.. (Brilhante I)*

*Cuidar é dar ao paciente todo aquele cuidado que você gostaria de receber se você fosse o paciente. (Esmeralda )*

Segundo Buogo (2000, p. 118),

o encontro de cuidado é uma possibilidade de aprendizado, de nos olharmos, de refletirmos sobre nosso modo de ser como cuidadores de enfermagem. Se olharmos o outro nos enxergamos, estaremos disputando a nossa amorosidade e a do ser que estamos cuidando.

É o que se pode perceber na fala abaixo

eu, sempre que vou fazer alguma coisa pelo paciente, me coloco no lugar dele, então o que eu faço é o que gostaria de recebe . (Rubi )

Para Crosseti (1997), enfermagem não é só dar o medicamento ou aliviar o sofrimento, é muito mais, é preocupar-se com o fato de estar com o outro, para ouvir, ver, colocar-se no lugar dele para experimentar e conhecer a si mesmo e ele.

#### 6.1.2 Conforto

A equipe de enfermagem dedica-se a confortar o paciente com diagnóstico de câncer, quando a cura deixa de ser meta, recorrendo a estratégias que possibilitem controlar sintomas, aliviar o sofrimento, promover autonomia e serenidade, prevenir a solidão, promover apoio integralmente, elevar a autoestima, partilhando ainda emoções e sentimentos.

Segundo Arruda et al (1998, p. 106),

conforto é uma experiência pessoal subjetiva que inclui sensações de melhora, segurança, proteção, cuidado, comodidade, liberdade e integração que ocorre quando não existe ameaça imediata à vida e a integridade de ser e quando a pessoa experencia cuidado (próprio ou profissional) que resulta em restabelecimento das suas forças e poder pessoal possibilitando-lhe enfrentar as situações de saúde-doença visando viver mais saudável.

A fala a seguir enfatiza a importância do conforto:

*Muitas vezes eles chegam nervosos, chorando, não sabem como funciona o tratamento, agente conversa, explica tudo, eles se acalmam, depois agradecem as palavras de conforto. (Rubi)*

Compreendo que o conforto, tanto físico como mental, é indispensável para o bem estar do paciente, principalmente quando este se encontra frágil, numa situação de doença. Assim, apesar de ter emergido apenas uma fala sobre o conforto optei por registrar esta subcategoria.

Esta compreensão vai ao encontro do que Nightingale (1995, p. 75 ) afirmou, “o que a enfermagem tem a fazer é colocar o paciente na melhor condição para que a natureza possa atuar sobre ele”...

### 6.1.3 Entendendo as relações

A Equipe de enfermagem idealiza um cuidar que é essencial para nossa prática, promove tudo o que uma pessoa precisa e estabelece um equilíbrio, mas as condições de trabalho muitas vezes não são condizentes a tais situações. O cuidar está diretamente relacionado com as condições da instituição, o significado do cuidar muitas vezes não pode ser executado na prática, gerando descontentamento e estresse tanto no ambiente de trabalho como fora dele, gerando um círculo vicioso de intensificação de estresse e como consequência, menores condições para executar o cuidado que o paciente espera e necessita do cuidador.

Sabe-se que a equipe de enfermagem tem uma relação mais íntima com o paciente com diagnóstico de câncer, pois permanece mais tempo com ele e é quem presta cuidados diretos. Portanto torna-se sua conhecedora, identificando suas necessidades e procura interagir com ele buscando recursos para a continuidade do seu tratamento. Reconhece no paciente sua identidade e mantém uma relação harmoniosa com o mesmo.

Quando usamos o termo relação, referimo-nos à ligação, vínculo, conexão, interdependência entre as pessoas como podemos observar nessa fala:

*eu gosto do vínculo que agente tem com o paciente, eles vem e voltam, são sempre os mesmos. É uma coisa boa, bem gratificante, me sinto útil trabalhando com eles, poder conversar, esclarecer dúvidas, poder ajudar e saber que ajudar é bom. (Brilhante)*

Segundo Rogers citado por Hycner ( 1995, p.111 ), “entrar realmente no mundo do outro, com aceitação, cria um tipo de vínculo muito especial que não se compara a nenhuma outra coisa que eu conheça”.

*O relacionamento de toda a equipe de enfermagem é bem importante, porque os pacientes tem muitas dúvidas e se a gente tiver um bom relacionamento vai ser muito bom para ele. (Brilhante )*

O diálogo é fundamental no relacionamento das pessoas e é necessário que seja espontâneo para que possa haver uma boa interação entre elas.

Para que a equipe de enfermagem tenha condições de cuidar, é necessário que ela esteja capacitada para tal e tenha conhecimento necessário e sensibilidade na suas relações.

A confiança mútua é importante e facilita o cuidado de uma forma positiva e interativa entre a equipe e o paciente.

*Eu acho importante que a pessoa tenha confiança, deixar ela bem a vontade para perguntar sobre suas dúvidas. (Brilhante I).*

Silva (2002 , p.6) enfatiza que: “para que a confiança se estabeleça entre o cuidador e a pessoa cuidada é fundamental que o profissional dê provas e garantia de confiança. Não só através de palavras, mas no seu modo de agir, pela sua conduta e pela sua coerência entre a fala e a ação”.

Assim, a equipe de enfermagem ao cuidar do paciente com diagnóstico de câncer deve demonstrar serenidade, carinho, ternura e utilizar a linguagem corporal como: o toque, a proximidade, o olhar para que a relação de confiança realmente aconteça.

## **6.2 Sentimentos vivenciados pelo profissional**

Nesta categoria de análise surgiram as três subcategorias a seguir:

- Esperança;
- Estigma da Doença- Tristeza/Medo/Morte; e
- Semente de Bem Estar e Carinho.

### 6.2.1 Esperança

Simonton (1989, p. 13 ), considera que “a esperança é um ingrediente essencial na recuperação da saúde”.

A esperança permeia o sofrimento da equipe de enfermagem, muitas vezes age como anticorpo, aliviando parte do estresse emocional e dá forças para seguir convivendo num ambiente de muito sofrimento. Ela passa a ser um alimento, uma força, uma necessidade na luta do dia-a-dia, no sentido de que a realidade será transformada e superada.

Segundo Freire (1994, p. 11 ), “enquanto necessidade ontológica a esperança precisa de prática para tornar-se concretude histórica”.

Acredito que enquanto o ser humano tem esperança, ele busca forças e estímulos para continuar lutando por um mundo melhor.

*eu procuro servir os pacientes de todas as formas, se ele precisa chorar ofereço meu ombro e vou dizer a ele que não podemos perder a esperança, temos que enfrentar o que tiver que ser, temos que ter força e coragem e seguir em frente (Esmeralda).*

O paciente com câncer e fora de possibilidade de cura, como ser-no-mundo existe sempre relacionando-se com algo e com alguém e compreende as suas experiências conferindo-lhes significados e dando sentido a sua existência.

Acredito que a esperança é uma luz, um presente vivo, faz reviver energias, ajuda a nossa capacidade de cuidar e poder ajudar o outro. A falta de esperança é o que podemos chamar de não cuidado e como equipe de enfermagem não podemos perder a esperança e sim alimentar a possibilidade de que temos sempre algo a fazer.

### 6.2.2 Estigma da Doença-Tristeza/Medo/Morte

A revelação da confirmação do diagnóstico do câncer é muito triste, e o estigma da morte ainda está muito presente, o que gera medo, conflitos e o choque do diagnóstico.

Simonton (1990), considera que a mensagem que a imprensa passou durante anos para a população de que “câncer mata”, com a intenção de prevenir a doença, reforçou assim que câncer e morte são sinônimos .

Para a equipe de enfermagem também é difícil lidar com esta situação, pois conviver com a morte e o sofrimento diariamente gera medo, tristeza, como podemos observar nesta fala:

*É claro têm pacientes que não saem bem e a gente fica muito sentida.... (Brilhante II) .*

Radünz (2001) afirma que é uma realidade o fato de que muitos enfermeiros não têm conhecimento sobre a previsão, a prevenção e a potencialidade de cura do câncer, e que a palavra câncer têm a conotação de morte também entre os profissionais. Como podemos perceber nesta fala:

*A gente sabe que todos nós vamos morrer um dia, mas que o paciente tenha uma morte digna... (Esmeralda) .*

Conforme Simonton (1990, p.126), “quanto mais a pessoa souber menos incerteza sentirá”. O autor enfatiza o conhecimento como um poderoso antídoto para o medo.

O sofrimento é uma experiência desencadeada nas pessoas quando se encontram em situações de estresse, e é produzida por uma demanda de perda, ameaça ou pressão. A equipe de enfermagem se encontra continuamente em



contato com esses processos de dor e sofrimento, portanto necessita ser cuidada. Esta necessidade está expressa nas falas a seguir:

*Apoio emocional é bem importante, por que a gente fica triste com as situações, principalmente porque a gente se apega ao nosso paciente, querendo ou não a gente é humana... (Esmeralda).*

*O setor é bem complicado o paciente está bem, e logo a gente fica sabendo que ele foi a óbito.. (Rubi).*

*A gente têm que saber entender todas necessidades, as angústias, responder e esclarecer dúvidas principalmente no primeiro encontro, a primeira vez que chega no serviço.. (Brilhante I).*

O medo é um sentimento que está presente em todos os momentos tanto do paciente, quanto da equipe de enfermagem . Segundo Penna(1999), no mundo em que vivemos mergulhados em incertezas e inseguranças o medo é um elemento integrante da vida do ser humano.

Para o paciente o medo faz parte do processo da doença, do aparecimento dos primeiros sinais e sintomas, da hospitalização, quimioterapia, radioterapia, efeitos adversos , medo de recidiva e principalmente o medo da morte .

Não podemos prevenir a perda ; na realidade, uma das medidas preventivas mais importante seria o reconhecimento da inevitabilidade da morte e da perda, não como uma terrível ameaça que paira sobre nós mas como uma parte importante de nossas vidas para a qual temos de nos preparar. Em nossa cultura , existem hoje tentativas de preparação para a maioria da situações que temos que enfrentar : o casamento, a paternidade, e mesmo uma educação maternal prévia preparatória á escola , todos os tipos de preparações para empregos e profissões , preparações para enfrentar aposentadorias, e internamentos em hospitais entre muitas outras . Mas parece não haver nada que prepare as pessoas para a tarefa mais fundamental e universal com que se pode deparar em qualquer idade: a morte e a perda. (PINCUS,1989 p.217).

A equipe de enfermagem sente-se impotente ao cuidar do paciente com

câncer porque é preparada para salvar vidas, e quando isto não é possível vem a frustração causando muito sofrimento e estresse profissional no dia a dia de quem cuida em oncologia.

A equipe de enfermagem em oncologia tem inúmeras possibilidades de se aproximar dos mais profundos sofrimentos humanos, o que envolve a proximidade com a morte a até mesmo o combate à agonia, necessitando de um grande grau de disponibilidade e envolvimento pessoal e profissional, além do respaldo de seu próprio processo de cuidar de si, prevenindo seu desgaste profissional.

### 6.2.3 Semente de bem estar e carinho

Partindo do princípio que cuidar do outro exige um olhar para a dimensão total do ser, inclusive de sua essência existencial, daqueles que necessitam de cuidados para sentir-se mais confortados, seguros, amparados, torna-se imprescindível para a equipe de enfermagem uma conscientização acerca do importante papel que desempenha ao cuidar do paciente com diagnóstico de câncer, até por muitas vezes invadir sua privacidade durante o processo de cuidar.

Na agitação do nosso dia a dia muitas vezes deixamos de valorizar as pequenas coisas, as que nos causam prazer. Sabe-se que todo o processo de cuidado é dinâmico e árduo e, pelas particularidades do câncer, exige da equipe de enfermagem constante aperfeiçoamento, mas quando fazemos o que gostamos isto se torna prazeroso e gratificante, contagiando as pessoas que estão envolvidas no processo.

*Têm aqueles pacientes que saem muito bem e eles ficam tão felizes e nós muito mais por eles... (Brilhante II).*

Percebi que é necessário para a equipe de enfermagem um espaço para a fala e escuta, para alívio das tensões e um maior crescimento de informações que

tranqüiliza, conforta e promove o bem estar .

A equipe de enfermagem no processo de enfermagem tanto pode fortalecer como pode ser fortalecida, como mostra a fala:

*A gente sente por ele não estar mais aqui, mas por outro lado sabemos que fizemos tudo o que pode ser feito por eles, e que ficou essa sementinha de bem estar e carinho, ficou plantada dentro dela, essa a diferença... (Esmeralda).*

Segundo (Freire, 1977, p.30), “Quando o homem compreende a sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções. Assim pode transformá-la e com seu trabalho pode criar um mundo próprio seu e suas circunstâncias”.

Torna-se necessário que o cuidado almeje que se cuide dos sentimentos, emoções e promova bem estar através do acolhimento, respeito, carinho, alegria e amor, potencializando cada ser humano na sua existência.

Segundo Radünz (2001, p. 70), “nos dias atuais muitas empresas conseguem aumentar sua produção investindo no bem estar de seus funcionários, tendo em vista o aumento da produtividade, que é consequente”.

O bem estar e carinho é de extrema importância na criação de vínculos com o paciente e mostra que a equipe de enfermagem deve se disponibilizar diante das diferentes dimensões das necessidades por eles demonstradas.

O processo de cuidado é visualizado através do vínculo, de inúmeras interações às necessidades de cada paciente com quem a equipe de enfermagem interage nas diferentes formas de cuidar.

Segundo Maia et al (2003, p. 50)

o cuidado humano pode ser percebido como uma forma ética e estética de viver, que inicia pelo amor à natureza e passa pela apreciação do belo. Consistindo no respeito a dignidade para com o sofrimento e na ajuda para superá-lo, para enfrentá-lo e para aceitar o inevitável. Esse processo envolve crescimento e aprimoramento.

### 6.3 Dificuldades para cuidar

Os dados ao serem analisados, nesta categoria apontaram quatro subcategorias:

- Ambiente
- Desgaste emocional
- Relações no trabalho
- Não cuidado

#### 6.3.1 Ambiente

Sabe-se que o ambiente no qual vivemos e nos desenvolvemos é constituído por elementos humanos, físicos, políticos e econômicos, culturais e organizacionais que condicionam e influenciam os estilos de vida e que repercutem no nosso dia-a-dia e no trabalho.

Nosso ambiente de trabalho muitas vezes se torna pesado por termos que conviver com o sofrimento do outro, com a realidade de encarar a morte e de nos sentirmos impotentes frente às nossas limitações junto ao paciente com diagnóstico de câncer.

Isto é reforçado por Radünz (2001, p.92), quando afirma: “O fato de que um diagnóstico de câncer, mesmo que seja curável ou controlável, ser visto quase sempre como sinônimo de morte, transforma o ambiente de trabalho dos profissionais que cuidam desses pacientes num ambiente pesado e estigmatizado. Ter que conviver num ambiente dessa natureza força esses profissionais a admitirem a sua própria finitude, conscientizando-os de sua vulnerabilidade, uma vez que são seres finitos tanto quanto os seres humanos por eles cuidados.”

Neste estudo a influência do ambiente de trabalho no processo de cuidar pode ser observada através desta fala:

*Quando comecei a trabalhar na oncologia eu me chocava um pouco, não gostava do cheiro dos pacientes, tive dificuldade de adaptação, hoje já estou mais acostumada, e já não sinto mais o cheiro e gosto de trabalhar com a oncologia. (Brilhante I).*

Dahmer (2004) coloca que muitas vezes a vida pode não ser perfeita, mas que as pessoas podem torná-la perfeita se aprenderem a valorizá-la.

Então, o ambiente onde as pessoas convivem pode não ser o idealizado, apresentando muitas situações de dificuldade, mas pode ser olhado e valorizado, com o passar do tempo, de uma forma bem diferente. A participação da equipe de enfermagem no cuidado aos pacientes com diagnóstico de câncer tem um âmbito privilegiado junto a eles, sua família e equipe multiprofissional. Para que essa atuação se efetive, para além do domínio técnico-científico, é necessário que tenhamos consciência que o cuidado é uma característica intrínseca do profissional e jamais deve ser substituída pela tecnologia e pelas condições do ambiente de trabalho. Portanto, apesar de ter emergido apenas uma fala sobre o ambiente, mas por considerar o mesmo de suma importância, optei em registrar esta subcategoria.

### 6.3.2 Desgaste emocional

As condições da equipe de enfermagem nos hospitais têm sido consideradas inadequadas, devido as especificidades do ambiente e pelo mesmo ser um local insalubre.

O desgaste emocional, a baixa remuneração e o desprestígio social, são fatores associados às condições de trabalho da equipe de enfermagem que atua em oncologia. Tudo isto vem refletindo negativamente no cuidado prestado ao paciente com diagnóstico de câncer, levando muitas vezes ao abandono da profissão, e como consequência à escassez de profissionais no mercado de trabalho, principalmente quando nos referimos ao setor oncológico.

Segundo Costenaro e Lacerda (2002), os cuidadores passam a maior parte de sua vida dentro dos hospitais, o que causa desgaste físico e emocional, sofrendo também diretamente e indiretamente pressões por parte de pacientes, familiares, equipe e da própria instituição, o que leva ao cansaço.

*Eu estou aqui a um ano e meio, e te digo já não estou mais com aquela energia que vim no início, e ao passar dos anos a gente vai se desgastando eu estou mais sensível mais impaciente com as coisas, não estou mais tolerante como eu era no início... (Esmeralda).*

*Hoje eu não estou bem , não estou nos meus melhores dias mas procuro fazer para o paciente o melhor que eu posso... (Esmeralda).*

Andrews (2001), coloca que o estresse não é gerado pelo mundo externo , mas é uma condição do interior das pessoas, podendo tornar-se prejudicial quando não consegue manter uma harmonia.

Por sua vez Radünz ( 2001, p. 104), afirma:

A natureza do trabalho da enfermagem, respaldada por conhecimentos técnico-científicos, os quais instrumentalizam o profissional para o cuidado, envolve arte ao se preocupar com o ser cuidado e com a interação a ser estabelecida com o mesmo. Esse envolvimento compreende seguranças e medos, esperanças e desesperos, alegrias e tristezas, tranqüilidades e angústias, potencialidades e impotências, trazendo consigo sentimentos positivos e negativos, leves e pesados, exigindo do enfermeiro suporte e instrumentalização. Dessa forma, se o enfermeiro não dispor mecanismos de superação dessas exigências, corre o risco de sofrer desgaste podendo entrar em *burnout* o que, sem dúvida, irá comprometer o cuidado por ele realizado.

A consciência de lidar com situações limite leva muitos profissionais a um afastamento dos pacientes por eles cuidados, motivado por sentimentos de impotência perante a realidade. Segundo Motta (1998), a morte está sempre presente no hospital e muito próximo da equipe de enfermagem. O confronto com o limite da vida provoca sentimentos de impotência e angústia, pois ao enfrentar a morte do outro, de maneira consciente ou inconsciente, o ser humano defronta-se com a própria finitude, surgindo o estresse emocional e conseqüentemente, o desgaste do profissional.

Sendo o cuidado o objeto do nosso trabalho, devemos nos mobilizar por melhores condições de trabalho, e com isto diminuir o desgaste emocional para poder continuar executando uma assistência de qualidade cumprindo com nosso

papel profissional.

### 6.3.3 Relações no trabalho

O prazer-sofrimento no trabalho tem sido estudado pela psicodinâmica nos últimos anos. As vivências de sofrimento aparecem associadas na grande maioria das vezes à divisão e à padronização de tarefas como subordinação do potencial técnico e da criatividade da equipe de enfermagem, ainda à rigidez hierárquica, não valorização e excesso de trabalho, falta de participação de decisões e pouca perspectiva de crescimento profissional dentro das instituições. Sabe-se que o trabalho contém vários elementos que influenciam na formação da auto imagem do trabalhador que, por sua vez, é motivo para sofrimento.

A equipe de enfermagem mantém um convívio constante com a dor, sofrimento, medo, angústias, o que retrata uma realidade dura e difícil, que se reflete em sintomas como ansiedade e insatisfação, e que muitas vezes pode interferir na relação do grupo.

*Eu acho que a gente precisa mostrar para o pessoal que é possível vestir a camiseta e ir em frente, por quilo que a gente realmente quer, a gente têm que se valorizar para que as pessoas se espelhem e cresçam . Muitas vezes as pessoas não te olham , não te cumprimentam , não falam nem o teu nome , não te tratam como ser humano e sim como “fulano”, não perguntam se você está bem , eu acho que isso faz a diferença... (Esmeralda).*

Para Freire (1987, p.20), “Os homens humanizam-se, trabalhando juntos para fazer o mundo. Aos que constroem juntos o mundo humano, compete assumirem a responsabilidade de dar-lhe direção”. Neste sentido a equipe de enfermagem tem a possibilidade de construir junto um mundo melhor.

No dia-a-dia do cuidador ocorrem confrontos, dificuldades e falhas de comunicação, com as quais precisamos saber lidar, não deixando que estes conflitos interfiram no resultado final que é o cuidado.

A equipe necessita não só de cuidados com o corpo, mas também de seus sentimentos e emoções, para que situações de estresse no trabalho sejam enfrentados com tranquilidade e respeito mútuo.

Sabe-se que a valorização é o sentimento de que o trabalho tem sentido e valor em si mesmo e que é importante para a organização e a sociedade. O sentimento de reconhecimento significa ser aceito e admirado no trabalho pelo resultado que apresentamos e de termos liberdade de expressão.

Segundo Radunz (2001, p. 77),

deve existir por parte dos cuidadores uma decisão consciente no sentido de procurar o suporte social de que estejam precisando. O enfermeiro também deve assumir a responsabilidade pelas escolhas de colegas, amigos e profissionais terapeutas que faz; como estratégia para cuidar de si, o profissional deve procurar, na medida do possível, conviver com pessoas que lhe façam bem, até mesmo no âmbito familiar. Além disso, pode estabelecer uma relação de amizade com os clientes e por meio deles redescobrir a vida; afinal, estar vivo e não saber reconhecer o esplendor do dom da vida é, por certo, morrer sem perceber.

#### 6.3.4 Não Cuidado

**Cuidado Humanizado** segundo Brüggemann (2003, p. 43 a 55)

é o cuidado que engloba muito mais que a competência técnica, engloba. Trata-lo como ser humano inserido numa família, com história e cultura própria, cheios de expectativas, medos e necessidades, permitindo assim vivenciar de forma singular, segura e tranqüila o processo saúde-doença.

Considerando que ao cuidar devemos incluir muito mais que a competência técnica, mas também o “..modo de relacionar-se através da compreensão, do toque, do olhar, do sorriso, do carinho, da fala e do silêncio, condicionado a uma atitude de respeito ao outro” (BRÜGGEMANN, 2003, p. 43 a 55).



Quando deixamos de considerar estes atributos estaremos praticando aquilo que podemos chamar de “descuidado”. Assim, as ações e comportamentos de não cuidar demonstram desinteresse profissional como: não dar importância ao outro, não tratar bem, esquecer de atender, ser estúpido, não acreditar no outro, entre tantas outras situações...

O relacionamento profissional em que a pessoa é desvalorizada, poderá acarretar à mesma, que por si só já se sente impotente e está fragilizada frente a doença e a hospitalização, problemas afetivo-emocionais, perda de vontade de viver, dificultando assim a sua recuperação, e se configurará em ações de descuidado, como pode-se ver na seguinte fala:

*Têm aquela coisa bem técnica o paciente chega a enfermeira faz o procedimento e nem conversa com o paciente. (Brilhante I).*

Quando se diz que cuidado de enfermagem faz a diferença, temos que ter consciência do tipo de cuidado que prestamos, considerando que o estar com o outro é influenciado pelas atitudes. O paciente não vai mostrar-se aberto a compartilhar quando experimenta atitudes de descuidado.

O comportamento do ser humano é reflexo de seus valores e princípios, e em cada cuidado que prestamos, estão embutidas crenças e atitudes que determinarão esta ação.

*Muitas vezes eles não querem nada, só querem conversar, querem carinho e a gente não os ouve por estar muito atarefado... (Brilhante I).*

*Qualquer doença é desgastante , você se depara com uma situação nova , assustadora ai você encontra pessoas mal humoradas de mal com a vida, estúpidas, grosseiras, você se encontra frágil, debilitado e acaba se machucando....(Esmeralda).*

Quando os pacientes reclamam que a equipe de enfermagem está mal humorada, executando procedimentos, isto sinaliza que ele faz a diferença entre o cuidado técnico, frio, mecânico, distante e o cuidado afetivo-emocional, do qual sente necessidade. O cuidado mecânico impede o exercício da ciência e a arte de cuidar que tanto preservamos, o cuidado técnico é de suma importância mas quando é realizado sem emoção, amor, tem o impacto do frio do gelo na pele de quem cuidamos.

Cuidar é saber amar, respeitar, exercitar a responsabilidade, baseado em conhecimentos técnico-científicos.

Segundo Boff (1999), o descuido, o descaso e o abandono são sintomas presentes no nosso dia-a-dia e são muito dolorosos. O autor nos aponta alternativas como a espiritualidade com o intuito de unir o ser humano entre si e com o mundo. Afirma ainda que o cuidado existe antes do agir humano, estando presente em todas as coisas e situações dos seres humanos.

No desenvolvimento do presente estudo emergiram as três categorias e suas sub-categorias, a partir das vivências relatadas pelos profissionais. Ao observar e refletir sobre a maneira como a equipe cuida, constatei que é necessário e salutar que se desenvolva o hábito de refletir sobre o cuidado no ambiente de trabalho e buscar compreender cada indivíduo/profissional como pessoa, sabendo de suas habilidades e limitações, reconhecendo, aceitando e interagindo com o outro. Também se faz necessária uma análise constante nos processos de cuidado, não apenas na verificação de competências técnicas que muitas vezes referem-se ao “não cuidado”, e sim, na verificação das competências humanas como esperança, carinho, respeito, visando o bem estar dos pacientes com diagnóstico de câncer.

## VII CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao refletir sobre o cuidado da equipe de enfermagem frente ao paciente com diagnóstico de câncer, tive a oportunidade de vivenciar seus anseios, medos, angústias, dúvidas, incertezas, mas também a vontade e disposição de refletir a sua prática, com vistas a mudanças.

No contexto deste estudo, desvelaram-se vários significados, constituindo-se nas seguintes categorias: Saberes, crenças, valores e atitudes; Sentimentos vivenciados pelo profissional e Dificuldades para cuidar.

O trabalho na área da saúde é desgastante, carregado de alto grau de tensão e envolve toda equipe multidisciplinar. Neste contexto cabe ressaltar que as instituições de saúde devem se preocupar e investir mais no cuidado ao cuidador, promovendo momentos de escuta, considerando necessário que sejam motivados, orientados e incentivados a se perceberem como integrantes do sistema de saúde, e que para tanto, o cuidado e a atenção dispensados ao outro devem ser equivalentes ao cuidado que o cuidador deve receber e ter com ele mesmo.

Todavia, vale lembrar que cuidar não é tratar sinais e sintomas e sim cuidar da pessoa como um todo, da sua “essência” Quando somos cuidados com dignidade, respeito, carinho, somos capazes de valorizar e promover nossa saúde e bem-estar e, além disso, desempenhamos um trabalho que responda satisfatoriamente as necessidades dos que procuram nosso cuidado.

Ao observar e refletir sobre a maneira como a equipe cuida, constatei que é necessário e salutar que se desenvolva o hábito de refletir sobre o cuidado no ambiente de trabalho e buscar compreender cada indivíduo/profissional como pessoa, sabendo de suas habilidades e limitações, reconhecendo, aceitando e interagindo com o outro. Também se faz necessária uma análise constante nos processos de cuidado, não apenas na verificação de competências técnicas que muitas vezes referem-se ao “não cuidado”, e sim, na verificação das competências humanas como esperança, carinho, respeito, visando o bem estar

dos pacientes com diagnóstico de câncer.

Assim, concordo com Radünz (1999), ao referir que trabalhar com o paciente com câncer não é uma tarefa fácil. No entanto, segundo a autora, devemos sempre ter em mente que o enfoque da Enfermagem é o cuidado a ser humano e não a cura, acreditando assim que aquilo que você fez pelo paciente é o que estava ao seu alcance.

Com relação à atuação da equipe de enfermagem frente ao paciente com diagnóstico de câncer o estudo veio reafirmar a importância do profissional estar bem consigo mesmo para estar em condições de cuidar. Além disto, para prestarmos um cuidado humanizado ao paciente, temos que entender seus sentimentos e através deles perceber situações vivenciadas, para vislumbrar maneiras de cuidar.

Cuidar do paciente com diagnóstico de câncer é compreender, partilhar o sofrimento, é ter paciência, é saber acolher, escutar e, acima de tudo, ser sensível ao momento de dificuldade do outro.

Neste estudo a equipe de enfermagem respondeu não ter sido opção sua trabalhar com pacientes com câncer, e sim, oportunidade de trabalho, entretanto apresentou contentamento e satisfação em ajudar quem dela precisa. No entanto, também houve relatos de situações desafiadoras que exigem equilíbrio da equipe de enfermagem que enfrenta momentos difíceis, sendo que estes também precisam de cuidados..

Segundo Radünz (2001, p.94), “Você estaria emprestando força ao outro mas não se desgastando no processo. Empréstimo de forças ao outro, entretanto não significa não sentir tristeza, ou mesmo não poder chorar com ele”. Para tanto é necessário ter sensibilidade, que no entender de Motta (1998, p 101), “é um elemento fundamental no processo de cuidar”.

Como enfermeiros precisamos verificar se o cuidado que prestamos está atendendo às reais necessidades dos pacientes, conferindo ainda a dimensão ética e estética ao mesmo.

Concordo com Souza (1995), que considera que a boa ação no processo de cuidar como uma via de mão dupla, no qual está inserido o intercâmbio de energias entre o ser que cuida e o que é cuidado, pois muitas vezes quem

cuidamos nos reanima e anima a prosseguir, mesmo quando nossas forças parecem esgotadas.

Segundo Neves (2002), quando falamos de cuidado em enfermagem devemos lembrar que este só se torna possível pelo exercício da solidariedade e sensibilidade do profissional. A enfermeira identifica a necessidade e o desejo do outro de ser cuidado, se reconhece como possuidora de conhecimentos e habilidades especiais (saber/fazer).

Constatei também que para trabalhar com pacientes com diagnóstico de câncer é necessário muito mais que conhecimento técnico científico, é necessário ser empático, saber ouvir, estar presente, partilhar, compreender, saber amar e gostar do que está fazendo e além de tudo acreditar no seu trabalho.

Acredito que este estudo trará importante contribuição para a enfermagem podendo enriquecer a nossa profissão e despertar os profissionais e acadêmicos para um cuidado humanizado, no processo de viver, adoecer e morrer .

Por fim acredito que oportuneizei à equipe de enfermagem um momento de reflexão e expressão de sentimentos, emoções, concepções de cuidado, podendo assim reavaliar sua postura frente à profissão e frente à vida, contribuindo para o seu crescimento pessoal e profissional

Ao concluir esta dissertação acredito ter atingido seu objetivo, qual seja refletir sobre o cuidado da equipe de enfermagem ao paciente com diagnóstico de câncer, avançando e indo além, levando a equipe de enfermagem e o leitor a voltarem sua consciência sobre si mesmos, para examinar a sua própria caminhada pela enfermagem por meio da sensibilidade, entendimento e razão.

Proponho ainda a utilização de encontros de sensibilização como ferramenta de educação, com ênfase no cuidado em Oncologia, dando espaço aos profissionais da equipe de enfermagem analisarem sua prática, possibilitando assim a transformação do contexto e contribuindo para que o cuidado realmente aconteça.

Encerro sem a pretensão de ter esgotado a temática, pois percebi que o tema proposto traz reflexões inesgotáveis. No entanto, acredito ter enfatizado o importante papel que o enfermeiro desempenha como profissional que cuida. Isto significa habilidade de estar presente em tempos de desespero, raiva, alegria e

tristeza; saber que mesmo não podendo mudar o desenrolar dos fatos na vida, ainda assim permanecer com a pessoa que precisa do seu cuidado, sendo capaz de dar e receber amor e, principalmente, voltar a fazer tudo de novo, acreditando que: “cuidar em enfermagem é:

Olhar, enxergando....o outro e dentro de mim;

Ouvir, escutando...ao outro e a mim mesma;

Observar, percebendo...o outro e me percebendo na situação;

Cuidar, cuidando...do outro e de mim mesma;

Sentir, empatizando... para que ambos, cliente oncológico e enfermeira sejam fortalecidos durante um Encontro de Enfermagem.  
(RADÜNZ, 1999, p. 3)

## REFERÊNCIAS

ALVES, Ruben. **Entre a ciência e sapiência**. Loyola. São Paulo, 1999.

ANDREWS, Susan. **Estresse a seu favor**: como gerenciar sua vida em tempos de crise. São Paulo: Instituto Visão Futura, 2001.

ARRUDA, Eloita Neves, Larson, Patrícia J., Meleis, Alfa I. Confort: immigrant hispanic cancer patients views. **R. câncer nursing**, v. 15, n.6p. 387-394. 1992

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**: São Paulo: Martins Fontes, 1979

BELAND, I. Passos, J. **Enfermagem Clínica**: Aspectos Fisiopatológicos e Psicossociais .. ão Paul : EPV, 1979, v.3.

BEUTER, M. **Atividade lúdica**: uma contribuição para a assistência de enfermagem mulheres portadoras de câncer. Florianópolis:UFSC, 19996.(Dissertação de mestrado) 172 p. Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.

BIELEMANN, V.L.M. **O ser com câncer**: Uma experiência em família. 1997.Dissertação mestrado em Enfermagem , programa de Pós Graduação em Enfermagem. UFSC, Florianópolis , 1997.

BOFF L. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis(RJ): Vozes; 1999

BONASSA, E. M. **Enfermagem em Quimioterapia**. Porto Alegre: Atheneu, 1998

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. **Ações de Enfermagem para o controle do câncer**. 2 ed., 2002.

BRUGGEMANN, Odalea. **A Enfermagem como diálogo vivo**: uma proposta de cuidado humanizado durante o processo de nascimento.Cuidado Humanizado: possibilidades e desafios para a prática de enfermagem. De Oliveira M.E.; Bruggemann, O. M. Florianópolis: Cidade Futura, 2003.

BUOGO, Miriam. **Toque**: um olhar sobre o encontro de cuidado. Porto Alegre, 2000. Dissertação (Mestrado em enfermagem)-Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2000.

CAPONERO, R. **Assistência do doente com dor oncológica e classe social: Semelhanças e diferenças**. In: SIMBIDOR – 4º SIMPÓSIO BRASILEIRO E ENCONTRO INTERNACIONAL SOBRE DOR. São Paulo, p.287-289, jun.1999.

CARRARO, Telma E. **Enfermagem e assistência: resgatando Florence Nightingale.** Goiânia: AB Editora, 1997b.

COSTENARO, R.G.S.;LACERDA, M.R. **Quem cuida de quem cuida? Quem cuida do cuidador.** Santa Maria: Centro Universitário Franciscano , 2002.

CROSSETTI, Maria da Graça . **O processo de cuidar: Uma aproximação a questão existencial na enfermagem.** Florianópolis , 1997.Tese (Doutorado em Enfermagem), UFSC. REPENSUL UFRGS, 1997.

DAHMER, Alexandre Olszewsk. **Pequenos apontamentos sobre nossas grandes dúvidas no amor.**Porto Alegre: Calábria Artes Gráficas, 2004.

DEITOS, T.F.H., GASPARY, J.F.P. **Efeitos biopsicossociais e psiconeuroimunológicos do câncer sobre o paciente e familiares.** Rev. Brás.Cancerol. São Paulo, v.43,n.2,p,117-125,1997.

DE VITA ,V.T.et al . **Câncer: Princípios Y Prática of Oncology.** Philadelphia: Lippincott-Raven 2002.

FREIRE, P. **Pedagogia de autonomia: saberes necessários à prática educativa.** Rio de Janeiro: Insular, 2004.

FREIRE , P. **Extensão ou comunicação?** Paz e Terra. 1977.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do oprimido** . 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra , 1987.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido.** 3 ed: Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994

HYCNER,Richard. **Da pessoa a pessoa: psicoterapia dialógica.** Tradução de Elisa Plass Z. Gomes; Emilia Chagas; Márcia Portella. 2. ed. São Paulo: Summus, 1995

LEITE , M.P.C.**Câncer diagnóstico e tratamento.** São Paulo: Art Plus Artes Gráficas, 1996.

LOPES, Gertrudes Teixeira. **O acolhimento e o cuidado de enfermagem.** Rev. Enfermagem Atual. Editora de Publicações Biomédicas LTDA. Rj, 2004.

MAIA, A.R.C; ERDMANN,A.L; CARRARO,T.E; RADUNZ,V. Princípios de cuidar. IN: REIBNLTZ, K.S. et al: **O processo de cuidar, ensinar e apreender o fenômeno das drogas: a redução da demanda: módulo 4.** Florianópolis: UFSC, 2003. p. 49-60.

MAY, E. Leia; SOUZA A. Lúcia; OLIVEIRA E. Maria; BRÜGGEMANN M. Odaléa. **Cuidado Humanizado: Possibilidades e desafios para a prática de Enfermagem.** Florianópolis: Cidade Cultura, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.**



São Paulo/Rio de Janeiro: HUG: TEC-Abrasco 2000.

MOTTA , Maria da Graça C. **O ser doente no tríptico mundo da criança família e hospital: uma descrição fenomenológica das mudanças existenciais.** Florianópolis 1998. Tese de Doutorado em Enfermagem , UFSC .

NETO, C. Trabalho de campo com descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social.** Petrópolis: Vozes, 1999.

NEVES. E. P. As dimensões do cuidar em enfermagem: concepções teórico-filosóficas . ESP. **Anna Nery R.Enferm** v.6 Suplemento n .1 p .79-92, dez 2002.

NEVES, Eloita P., SIEBERT, Denise, RADUNZ, Vera. **A teoria de Imogene King: considerações sobre sua aplicabilidade na assistência de enfermagem.** 1984. (mimeogr.).

NIGHTINGALE, Florence. **Notes on nursing: What it is and what it not..** Philadelphia: J. B Lippincott, 1995

PATERSON, J. G., ZDERAD, L. T. **Enfermeira humanística.** Editorial Limusa. México, 1988.

PENNA, R.B. **Representações sociais dos pacientes cirúrgicos-uma reflexão sobre o medo da cirurgia.** 1999.105f. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. UFSC, Florianópolis, 1999.

PERRENOUD, P. **Novas Competências para ensinar.** Tradução por Patrícia Chittoni Ramos. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

PINCUS, L. **A família e a morte: como enfrentar o luto.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

POLIT, D. F., HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem.** 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RADÜNZ,V. Uma Filosofia para Enfermeiros: **O Cuidar de si, a convivência com a finitude e a evitabilidade do Burnout.** Florianópolis: UFSC/Programa de pós-graduação em enfermagem, 2001.

\_\_\_\_\_. **Cuidando e se cuidando: fortalecendo o self do cliente oncológico e o self da enfermagem.** Goiânia : AB, 1999.

ROACH, Sister M. Simone . **The Human act of caring: a blueprint for the health professions.** Ottawa: Canadian Hospital Association Press, 1993.

SILVA , Jaqueline. **Expectativas, necessidades e valores: Referência para a Assistência Humanizada para o Cliente Oncológico.** Florianópolis UFSC . Dissertação do Mestrado em Enfermagem , 1999.

SILVA, L. C. **A morte e o morrer no cotidiano da hospitalização infantil: construindo possibilidades de cuidado ao cuidador.** 2002, 166f . Dissertação (mestrado em filosofia, saúde e sociedade ). Programa de Pós graduação em enfermagem . UFSC , FLORIANÓPOLIS, 2002.

SIMONTON, S. M. **Família contra enfermidade:** efectos curativos Del ambiente familiar. Madrid: Raices, 1989

SIMONTON, S.M. **A família e a cura:** o método simonton para famílias que enfrentam a doença. São Paulo: Summos 1990.

SOUZA, Ana I.J.de Reflexões Sobre o Cuidado de Enfermagem. In: LEOPARDI , Maria T. **Teorias em enfermagem:** instrumentos para prática Florianopolis : Papa – livro ,1995.

STAKE, R. E. **Investigación com estúdios de casos.** Madrid: Ediciones Morata, S.L., 1998.

TIMBY. B. K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem.** 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

TRIVINOS, Augusto N. S. **Introdução a pesquisa em ciências Sociais.** São Paulo: Atlas, 1987.

WATSON , Jean. Nursing: **The Philosophy and sciencde of caring** . Boston. Little, Brown and Company,1979

WWW. INCA. gov.br Acesso em 2006.

## **APÊNDICES**

# APÊNDICE I

## ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

- 1- O que você entende por cuidado humanizado?
  
- 2- Foi escolhida para trabalhar com pacientes com diagnóstico de câncer?  
Justifique sua resposta.
  
- 3- Como é sua relação com o paciente com diagnóstico de câncer?
  
- 4- Você tem algum tipo de apoio emocional quando necessita do mesmo?
  
- 5- Se você estivesse no lugar do paciente como gostaria de ser cuidado?

## APÊNDICE II

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu , ....., ao assinar este documento estou consentindo em ser entrevistado /a e ter meus relatos registrados e gravados pela Enfermeira Mestranda Resli Kochhann Menezes, participando do estudo sobre sensibilização da equipe de Enfermagem para humanização do cuidado com o paciente com câncer. Fui informado/a que minha participação no estudo é de caráter voluntário e que será mantido sigilo e anonimato, bem como me foi garantida a possibilidade de desistir da pesquisa , se assim desejar . Serei orientado/a quanto ao procedimento da entrevista antes do início e poderei interrompê-la sempre que necessário para esclarecimentos.

Encontrando-me devidamente esclarecido/a sobre a referida pesquisa, consinto livremente em participar da mesma.

Autorizo a utilização de gravador

Sim ( ) Não ( )

Caxias do Sul, abril de 2005.

---

Assinatura Sujeito do Estudo- RG

---

Assinatura Mestranda – RG  
(54)3219.41.46/9951.44.29

## APÊNDICE III

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Sr<sup>a</sup> Gerente de Enfermagem

Ao cumprimentá-la cordialmente, venho por meio desta solicitar autorização para desenvolver a prática do curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, no serviço de Oncologia desta instituição, no turno da tarde ou em horários a combinar com a chefia do setor, sob a orientação da Dr<sup>a</sup> Vera Radünz.

O tema a ser desenvolvido neste estudo é SENSIBILIZAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM PARA HUMANIZAR O CUIDADO AO PACIENTE COM CÂNCER.

Reitero que serão respeitados os dispositivos da resolução 196/96 que leva em consideração os princípios éticos básicos que devem orientar qualquer estudo que envolva o ser Humano e o saber, tendo o compromisso ético em resguardar todos os sujeitos envolvidos no trabalho, assim como a instituição.

Na certeza de contar com seu apoio, desde já agradeço, e, ao mesmo tempo coloco-me ao inteiro dispor para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente

Resli Kochhann Menezes  
Enfermeira – COREN RS 36182

Florianópolis, abril de 2005.