

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

CUIDANDO E SE CUIDANDO:
FORTALECENDO O "SELF" DO CLIENTE ONCOLÓGICO
E O "SELF" DA ENFERMEIRA

VERA RADÚNZ

FLORIANÓPOLIS
1994

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

DISSERTAÇÃO

**CUIDANDO E SE CUIDANDO:
FORTALECENDO O "SELF" DO CLIENTE ONCOLÓGICO
E O "SELF" DA ENFERMEIRA**

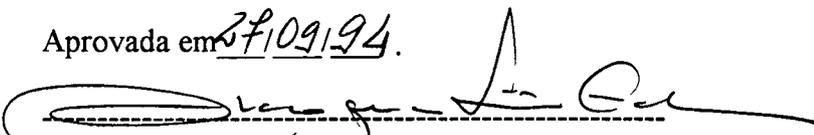
Submetida à Banca Examinadora para obtenção do grau de:

MESTRE EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

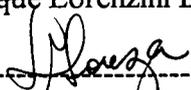
por

VERA RADÜNZ

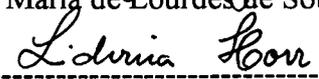
Aprovada em 31/09/24.



L.D. Alacoque Lorenzini Erdmann (orientadora)



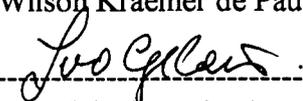
Dr.ª Maria de Lourdes de Souza (examinadora)



L.D. Lidvina Horr (examinadora)



L.D. Wilson Kraemer de Paula (examinador)



Dr. Ivo Gelain (examinador suplente)

Orientadora:

L.D. Alacoque Lorenzini Erdmann

*Sabemos que todas as coisas cooperam
para o bem daqueles que amam a Deus...*

Romanos, 8:28.

*Ao meu pai que tanto
me ensinou sobre o
viver e o morrer em paz.*

*À minha mãe, por sua
força interior e
por ser minha mãe.*

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Professora Dr^a. Eloita Neves Arruda,
pela orientação no período
inicial desta dissertação.

Ao Professor L.D. Wilson Kraemer de Paula,
pela orientação durante o
desenvolvimento desta dissertação.

À professora L.D. Alacoque Lorenzini Erdmann,
pela orientação no período
final desta dissertação.

Aos clientes deste estudo e
à equipe profissional do Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON),
por possibilitarem a realização do mesmo,
obrigada.

Aos colegas do Mestrado, pela convivência que tivemos,
obrigada.

Aos meus familiares, pela torcida e pelo incentivo,
obrigada.

Aos meus amigos, por serem meus amigos,
obrigada.

RESUMO

Trata-se de um estudo desenvolvido junto a clientes com diagnóstico de câncer, submetidos à quimioterapia, no qual o "self" de ambos, do cliente e da enfermeira é enfocado e igualmente considerado, visando seu fortalecimento. Parte-se da premissa de que para cuidar de outros, a enfermeira precisa antes e também cuidar de si mesma. Para desenvolver esta proposta de cuidado, a autora elaborou um Referencial Teórico a partir de suas próprias crenças, conhecimentos e experiências na área de Enfermagem Oncológica, buscando fundamentação em teóricos de enfermagem e de outras áreas de conhecimento. Sua aplicação deu-se de agosto a novembro de 1993, no Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON), em Florianópolis - SC. O relato desta experiência registra vivências passadas e atuais e valida a aplicação do Marco Referencial proposto, mostrando que esta proposta é aplicável em nossa realidade. Os pontos para reflexão sobre o **cuidando e se cuidando** pretendem sugerir aos enfermeiros medidas simples que podem ser observadas para evitar um possível desgaste físico e emocional, associado o trabalho profissional ("Burnout"), situação esta bastante comum entre enfermeiros que cuidam de clientes com diagnóstico de câncer.

ABSTRACT

The study was developed with patients with cancer who had been submitted to chemotherapy, where the self of both client and nurse is brought to focus and equally considered in an effort to strengthen it. The basic premise here is that the nurse, before looking after others, has also to look after herself. In order to develop this care proposition, the author designed a Theoretical Reference based on her own beliefs, knowledge and experiences in the Oncologic Nursing area; for this, she sought her foundations on nursing theorists and also from other areas of knowledge. Its application took place from August to November 1993, at the Oncological Research Center in Florianópolis, SC. The report of such experience registers past, as well as present life stories, offering validation of the proposed Theoretical Framework, showing this proposition to be applicable to the reality we live in. Points to ponder on caring and self-care are developed with the intention to present to nurses simple measures to be observed so as to prevent a possible physical and emotional wear which is usually associated to a burnout in professional work, a situation quite commonly seen among those nurses who dedicate themselves to cancer patients care.

SUMÁRIO

1 - INTRODUZINDO AO TEMA.....	01
2 - REFERENCIANDO TEORICAMENTE.....	04
3 - OPERACIONALIZANDO	16
3.1 - CLIENTELA E LOCAL	16
3.2 - DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO.....	17
3.3 - DISCORRENDO SOBRE O CONTEÚDO DOS DADOS COLETADOS.....	20
4 - RETOMANDO E RELATANDO VIVÊNCIAS PASSADAS E ATUAIS.....	21
4.1 - VIVÊNCIAS PASSADAS.....	21
4.1.1 - O "self" da enfermeira.....	21
4.1.2 - O "self" da cliente.....	24
4.1.3 - O espaço institucional.....	25
4.2 - VIVÊNCIAS ATUAIS	28
4.2.1 - Re-encontro entre cliente e enfermeira.....	28
4.2.2 - Desafios da experiência de mestranda.....	30
4.2.3 - Criações artísticas sobre o cuidar e se cuidar.....	39
5 - DISCORRENDO SOBRE A UTILIZAÇÃO DO MARCO REFERENCIAL.....	42
6 - REFLETINDO SOBRE O CUIDANDO E SE CUIDANDO.....	56
BIBLIOGRAFIA REFERENCIADA.....	59
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.....	62
ANEXOS.....	65
EPÍLOGO.....	68

1.- INTRODUZINDO AO TEMA

Tudo começou com a preocupação acerca do "self". Por que o "self"? "Self" de quem precisamente, do cliente oncológico ou da enfermeira que cuida dele? Como conceituar o "self"? Qual a sua importância para a prática da Enfermagem? Estes foram alguns dos questionamentos que surgiram e para os quais apresentarei e/ou mostrarei diferentes abordagens.

Num trabalho anterior, elaborado para a disciplina "Fundamentos Filosóficos e Teóricos da Enfermagem" (Radünz, 1992, p.3), eu escrevi:

Assim que me decidi a desenvolver algo sobre o conceito 'self' fiquei tranqüila com o meu 'self', pois dentre os conceitos que influenciam e determinam a prática da Enfermagem, tais como: ser humano/indivíduo, sociedade/ambiente, saúde, enfermagem, cultura, entre outros, o ser humano é o foco central da prática da Enfermagem.

Sendo assim, discorrer sobre o conceito "self" me pareceu bem pertinente, pois que o mesmo tem tudo a ver com o ser humano, podendo isto ser constatado na definição de 'self' de Jersild, apud George (1985, p. 193) que diz o seguinte:

O 'self' é um composto de pensamentos e sentimentos que constituem a consciência da existência individual da pessoa, sua concepção sobre quem é e o que é. O 'self' de uma pessoa é a soma total de tudo o que ela pode chamar de seu. O 'self' inclui, entre outras coisas, um sistema de idéias, atitudes, valores e comprometimentos. O 'self' é o ambiente subjetivo total de uma pessoa. É um ponto central distinto de experiência e significado. O 'self' constitui o mundo interior da pessoa, distinto do mundo exterior que consiste de todas as outras pessoas e coisas. O 'self' é o individual conhecido ao indivíduo. É aquilo ao qual nos referimos quando dizemos 'eu'.

Referenciando alguns autores de outras áreas de conhecimento, que fazem menção ao conceito "self", direta ou indiretamente, selecionei as concepções de Fromm (1982) e Buscaglia (1972).

Segundo Fromm (1982, p. 16), "... o ser humano vivo não pode ser definido de modo algum. [...] o eu total, toda a individualidade, a singularidade e a peculiaridade, tal como as impressões digitais, jamais podem ser plenamente compreendidas ..."; e para Buscaglia (1972, p.20) é "algo dentro do eu, que é diferente em cada ser humano, que irá determinar como você se projetará no mundo, como verá esse mundo, como se tornará um ser humano específico".

Na área de Enfermagem, o conceito 'self' vem sendo desenvolvido com ênfase e destaque especiais, pois existem vários autores que acreditam que quanto mais se conhecer sobre o que o ser humano percebe sobre si mesmo, mais direcionada, mais individualizada e também mais holística poderá ser a assistência de enfermagem a este ser. King (1981), Roy (1976 e 1984) e Watson (1985) são autoras-enfermeiras que abordam o conceito "self" em suas teorias.

Reafirmando que o "self" tem tudo a ver com o ser humano e que sendo este ser humano o foco central da Enfermagem, nada mais lógico e pertinente "... do que investir na aquisição de conhecimentos sobre este ser humano [...] que é o 'self' tal qual ele se mostra, se percebe, se pensa, se gosta, se imagina, se valoriza, se vê, se relaciona, enfim, o 'self' é 'o que ele é' "(Radünz, 1992, p.9).

Por outro lado, acredito que este investimento precisa ser como "uma via de mão dupla", ou seja, , preciso investir para conhecer não só o "self" do cliente com câncer, mas também o "self" da enfermeira. Assim sendo, quanto mais procurar perceber-me a mim mesma tanto mais perceberei ao outro e vice-versa. Para tanto, na minha proposta de trabalho, pretendo:

*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,*

sem obedecer a técnicas específicas de relação interpessoal e sim criá-las própria relação. Desta forma, se a mesma for estabelecida, ambos terão seus comportamentos modificados. O cliente, para enfrentar a realidade de sua doença e/ou tratamento, e a enfermeira, aprendendo mais sobre si mesma, desenvolve a capacidade para mudar seus comportamentos, crescendo como ser humano. Esta relação, vale ressaltar, é uma experiência vivida e compartilhada no aqui e agora entre dois seres humanos únicos (Travelbee, 1982).

Diante do exposto e mostrando ser igualmente importante a abordagem do "self" do cliente com câncer e do "self" da enfermeira que cuida do mesmo, acredito estar contribuindo para a prática da Enfermagem, pois a minha proposta visa fortalecer o ser humano enquanto cliente e enquanto enfermeira. Enquanto cliente, para que ele possa viver com a doença que nele se instalou, o câncer, seu tratamento e/ou limitações que os mesmos possam lhe impor e ainda assim manter controle, total ou parcial, sobre a situação, funcionando em seus papéis. Enquanto enfermeira, não esquecerei de mim, ou seja, quero estar com os olhos voltados também para o meu "self", para que também eu possa encontrar maneiras de sair fortalecida em cada encontro de Enfermagem e, ao mesmo tempo, proporcionar subsídios para que outros colegas possam também sair fortalecidos após cada encontro de Enfermagem vivenciado, particularmente os decorrentes da existência de câncer.

2 - REFERENCIANDO TEORICAMENTE

Segundo Silva e Arruda (1993, p. 5), o marco de referência é definido como

Um conjunto de conceitos e pressuposições, derivados de uma ou mais teorias ou modelos conceituais de enfermagem ou de outras áreas de conhecimento, ou até mesmo originado das próprias crenças e valores daqueles que o concebem, para utilização na sua prática com indivíduos, famílias, grupos ou comunidade, atendendo a situações gerais ou específicas na área de assistência, administração ou ensino de enfermagem.

Na minha prática, aplico os seguintes conceitos: ser humano, cliente oncológico, enfermeira em oncologia, "self", saúde, enfermagem, cuidar, conforto, auto-cuidado, fortalecer e ambiente, partindo de uma abordagem pessoal, colocando o que eu acredito a respeito dos mesmos. Após, para complementação, fundamentação e/ou para apontar lacunas, quando necessário, utilizo conceitos de teóricos de Enfermagem ou de outras áreas de conhecimento.

SER HUMANO 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 papéis¹ 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. King (1981, p. 19), ainda acrescenta que o ser humano tem habilidades para "... escolher dentre alternativas o seu curso de ação, estabelecer metas/objetivos ...". Por outro lado, ela não fala em capacidade para ensinar e aprender, para crescer e se desenvolver, para fortalecer e ser fortalecido.

¹ Papel para King, apud Torres (1985, p.135) "é o conjunto de comportamentos esperados, com regras que definem direitos e obrigações que afetam a interação entre duas ou mais pessoas".

CLIENTE ONCOLÓGICO é um ser humano com diagnóstico de câncer e que vem ao Serviço de Saúde para: 1) início de tratamento quimioterápico; 2) seguimento do protocolo de drogas; 3) controle quando em remissão da doença; 4) reinício do protocolo de drogas, em caso de recidiva, aparecimento de metástases ou quando do diagnóstico de outro câncer primário; 5) acompanhamento final de vida.

ENFERMEIRA em ONCOLOGIA é um ser humano possuidor de um "feeling"² 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 os seus papéis e que desenvolve empatia ao interagir terapêuticamente.

Teço algumas considerações sobre o cliente oncológico e a enfermeira que cuida do mesmo. Para descrevê-lo, mais detalhadamente, cito determinadas características mencionadas no trabalho intitulado "A Teoria de Imogene King: considerações sobre sua aplicabilidade na assistência de Enfermagem" (Neves, Siebert e Radünz, 1984, p.12) onde afirmamos ter aprendido o que se segue: "que o paciente portador de câncer necessita de ouvintes empáticos, que compreendam suas flutuações de humor, que os 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".

Acredito ser de suma importância que a enfermeira se torne uma ouvinte empática e que aja empaticamente. Para isto acontecer, ela precisa de empatia, um dos elementos primordiais numa relação interpessoal.

Para Fish e Shelly (1986, p. 110), "empatia é a capacidade de entender aquilo que uma pessoa está sentindo, e transmitir-lhe compreensão, mantendo ao mesmo tempo uma certa

² "Feeling", no meu entendimento, refere-se a um "tato especial", um misto de sentimento, compreensão, solidariedade, ternura e intuição.

objetividade para poder prestar a ajuda necessária". As autoras mencionam, além da empatia, dois outros elementos que podem, ou não, estar presentes numa relação interpessoal. Um deles, a "intelectualização", onde se observa e se coleta dados objetivamente, sem se envolver. O outro, a "simpatia", onde se muda dos fatos para os sentimentos. Elas afirmam que somente quando fatos e sentimentos são colocados lado a lado e objetivamente analisados se chegará a descobrir a(s) causa(s) de o cliente se sentir como se sente, podendo então prestar a ajuda necessária, ou seja, agir empaticamente.

Travelbee (1982) afirma que o instrumento mais valioso que a enfermeira pode utilizar para se comunicar com os pacientes é a empatia. Isto é reforçado por Tschudin (1987, p. 33), ao descrever a empatia como sendo "a base para a relação de ajuda". Ela faz referência a um quarto elemento da relação interpessoal, a da antipatia, na qual a pessoa "passa ao lado" de quem precisa de ajuda e fica tão distante que não consegue nem ver e nem ouvir o que este está dizendo. A autora diz que "para ser empática a pessoa precisa 'estar com' a outra [...] e que empatia é mais do que palavras [...] é um instrumento, mas é também mais do que um instrumento: é uma maneira de ser" (p. 34 e 44).

Num artigo intitulado "Como sobreviver cuidando de pacientes com câncer" a enfermeira norueguesa Botten (1990, p. 155) escreve: "Empatia é definida como a habilidade para entender o que a outra pessoa experimenta e porque ele ou ela reage de uma maneira peculiar. É a habilidade para estar próximo a outra pessoa; estar presente e ser capaz de compartilhar os sentimentos da outra pessoa". Ela afirma que três exigências são feitas às enfermeiras que cuidam de clientes com câncer: "ter conhecimento, empatia e auto-conhecimento". Dentre elas, empatia é um dos pontos mais importantes que uma enfermeira pode atingir, uma vez que a mesma pode servir para evitar o "Burnout", ou seja, o desgaste físico e emocional, associado ao trabalho profissional.

Um outro ponto, igualmente importante, é ter conhecimento. A autora refere-se ao conhecimento teórico que a enfermeira deverá ter sobre a doença, tratamento e efeitos colaterais. Além disso, deverá ter habilidade prática e experiência no cuidado a clientes com câncer. É aqui que pretendo abordar e incluir aspectos relacionados à Educação.

Para poder transmitir, ou melhor, compartilhar conhecimentos, a enfermeira precisa primeiro ter conhecimento. No meu conceito de CUIDAR afirmo que ao "cuidar profissionalmente", entre outros aspectos, procuro compartilhar o saber com o cliente e/ou familiares. Ora, para compartilhar, precisa haver disponibilidade, tanto para aprender quanto para ensinar. É interessante ressaltar que em muitas situações são os clientes que me educam, sendo eu, profissional, aquela que mais aprende num encontro de Enfermagem e não o inverso. Como profissional posso ter o conhecimento técnico, que é importante, sem dúvida, mas os clientes têm o conhecimento de vida, da vida deles. Para Travelbee (1982), é necessário que haja um compromisso emocional entre cliente e enfermeira, o que pode variar dependendo do caráter e personalidade de cada um. Os requisitos para o compromisso emocional, segundo esta autora são "...o reconhecimento e aceitação do próprio eu como uma identidade única e a conseqüente capacidade de perceber os demais como seres humanos únicos" (p. 141). Portanto, são os clientes que vão me dizer do que precisam. Eu, como enfermeira, preciso tentar descobrir caminhos, ou seja, indicar instrumentos, opções, que eles possam utilizar para alcançar o que precisam. Gostaria de transcrever o depoimento de uma cliente para reforçar o que expus acima.

É maravilhoso quando os profissionais nos dizem e nos mostram caminhos que nos ajudam a lutar com a nossa doença. Não só acerca de cirurgia, radioterapia, quimioterapia. Eu estou pensando em tais coisas como relaxar se alimentar melhor e os benefícios de exercícios. Estas maneiras de abordagem podem não ajudar a todos, mas elas ajudam a muitos. Ofereçam-nos as ferramentas e deixem-nos escolher as opções. Nós podemos sentir então que a situação ainda está sob nosso controle (Marino, 1981, p.95).

Então, ao cuidar, estou, provavelmente, educando e também, sendo educada. Que eu possa aproveitar o que aprendo para me auto-cuidar, tendo sempre em mente a minha proposta *Cuidando e Se Cuidando...*

Quanto às implicações éticas, no que tange ao conhecimento, aquisição e transmissão do mesmo, gostaria de citar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem no que se refere as responsabilidades do Profissional de Enfermagem, Capítulo III:

Art. 18º "Manter-se atualizado, ampliando seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais, em benefício da clientela, coletividade e do desenvolvimento da profissão".

Por outro lado, a aquisição, a atualização e a ampliação de conhecimentos, por parte do profissional, é exigência feita por lei. De acordo com a lei do Exercício Profissional número 7.498, de 08 de junho de 1987, vamos encontrar no seu Art. 8º o seguinte:

Ao enfermeiro incumbe:

I - privativamente:

h) Cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;

II - como integrante da equipe de saúde:

n) Participação nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente nos programas de educação continuada.

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. Pode tornar a enfermeira mais confiante no cuidado que presta, o que por sua vez beneficia o cliente, certamente fortalecendo o "self" do mesmo e assim, esta maior confiança fortalecerá o "self" do profissional.

Quanto aos Deveres dos Profissionais de Saúde, o Código de Ética, em seu Capítulo IV, nos diz:

Art. 27º, "Respeitar e reconhecer o direito do cliente de decidir sobre sua pessoa, seu tratamento e seu bem-estar".

Eu conceituo o Ser Humano como sendo *um indivíduo que pensa, sente, decide, percebe...* O cliente com câncer é um ser humano que tem o direito de decidir. Pretendo chamar atenção para este aspecto, dizendo que um indivíduo só pode decidir quando tiver conhecimento das alternativas que tem. Portanto, é dever da enfermeira compartilhar o conhecimento a respeito para que o cliente possa fazer sua escolha, devendo esta escolha ser respeitada, mesmo que ela não a aceite. Eis o depoimento de uma cliente de 19 anos, com leucemia:

Quem sou eu?
 Eu sou uma pessoa, um ser humano.
 Eu preciso de conhecimento, compaixão e de um amigo.
 Quem sou eu?
 Se eu não sei o que vem vindo pela frente?!
 Me encontro numa encruzilhada, um caminho segue à direita, outro, à esquerda.
 Quem sou eu?
 A não ser uma pessoa encarando a realidade da doença.
 Somente eu posso escolher a estrada a seguir.
 Mas somente você pode colocar os sinais indicativos.
 Eu posso tomar um caminho que você não tomaria.
 Mas com o conhecimento que você me transmitir
 Eu vou tomar o caminho que eu sinto ser o certo para mim (Marino, 1981, p. 96).

Como terceiro ponto ou exigência feita às enfermeiras que cuidam de clientes com câncer, ainda segundo Botten (1990), temos o auto-conhecimento. Segundo a autora "é importante que a gente conheça as próprias forças e fraquezas, reações e atitudes. Quanto mais a gente conhecer a si mesma tanto mais qualificada a gente se torna para lidar com as reações dos clientes e familiares". Isto é reforçado por Travelbee (1982, p.122) quando ela afirma que

"Somente mediante a auto-observação e o esforço consciente é que se pode adquirir certo grau de habilidade para reconhecer os sentimentos como reações espontâneas e válidas".

Eu gostaria de refletir sobre a citação de Horta (1976, p. III), quando ela dizia: "Enfermeiro, gente que cuida de gente". Parafrazeando, eu diria: Enfermeiro, gente que procurando conhecer-se melhor certamente cuidará melhor de gente que também procurará conhecer melhor!

Ainda com relação às características específicas do cliente com câncer, temos colocado:

que os indivíduos enfrentam diferentemente a realidade da doença e tratamento, uns respondendo mais positivamente que outros; daí a necessidade do profissional da saúde conhecê-lo para identificar se ele deseja compartilhar informações e se ele está 'pronto' para tomar decisões que dizem respeito ao cuidado a sua saúde, [...] o enfermeiro, que pretende centralizar a assistência no cliente, precisa ter paciência para esperar que o cliente amadureça certas questões-problema e se sinta a vontade para tratá-los; o enfermeiro, muitas vezes, não pode estabelecer objetivos mútuos com o cliente pois esse se encontra em fase de negação do problema, que pode ou não ser trabalhado, dependendo do "self", tempo e espaço, crescimento e desenvolvimento, situação do indivíduo na família, além de outros fatores (Neves, Siebert e Radünz, 1984, p. 12).

Fazemos também referência ao fato de que pacientes com câncer apresentam-se mais susceptíveis a crises, sejam de caráter psicológico, biológico ou espiritual e que as mesmas podem ser desencadeadas pelo diagnóstico e prognóstico da doença, efeitos colaterais do tratamento, ou ainda por familiares. Advém daí a necessidade de minimizar a situação que aumenta o estresse, respeitando e permitindo que o próprio cliente determine quando ele está querendo falar, ou chorar ou ficar calado.

SELF é tudo aquilo que o ser humano é e tudo o que diz respeito ao que o mesmo denomina 'eu'. Para Watson (1985, p. 55), "a noção do 'self' é o centro subjetivo que

experiência e vive dentro da soma total das partes do corpo, pensamentos, sensações, desejos, memórias, vida, história ...".

O "self" para King, apud Torres (1985, p. 134), "reflete a soma total (idéias, atitudes e valores) de quem a pessoa é". Segundo George (1990, p. 195), King aceita a definição de "self" dada por Jersild, que diz:

O self é um conjunto de pensamentos e sentimentos que constituem a consciência da existência individual da pessoa, sua concepção sobre quem é e o que é . O 'self' de uma pessoa é a soma total de tudo o que ela pode chamar de seu. O 'self' inclui, entre outras coisas, um sistema de idéias, atitudes, valores e comprometimentos. O 'self' é o ambiente subjetivo total de uma pessoa. É um ponto central distinto de experiências e significado. O 'self' constitui o mundo interior da pessoa, distinto do mundo exterior que consiste de todas as outras pessoas e coisas. O 'self' é o individual conhecido ao indivíduo. É aquilo ao qual nos referimos quando dizemos 'eu'.

Roy (1976, p. 170), por sua vez, afirma que "o termo auto-conceito é mais comumente utilizado do que o termo 'self', porque o homem não pode estar a todo o momento consciente do seu eu real ou verdadeiro". Para ela, os componentes do auto-conceito são o 'self' físico e o 'self' pessoal. O 'self' físico é composto por "sensação do corpo - como alguém sente o corpo pessoalmente" e por "imagem corporal - como o corpo de alguém lhe parece e como este alguém se sente acerca de como o seu corpo lhe parece (1984). Segundo esta autora os problemas com o "self" físico são experienciados como perda. O "self" pessoal, por sua vez, é, segundo Roy, composto pelo "self" ético-moral-espiritual, pelo "self" consistente e pelo "self" ideal, sendo que os problemas experienciados com os mesmos são: culpa, ansiedade e falta de poder, respectivamente.

Para Hernandez (1986, p. 107), "o 'self' encerra um projeto existencial que Deus colocou em cada pessoa. É a associação mais saudável de todos os conflitos, recordações que resultam do encontro de uma pessoa com o mundo, com seu semelhante, com o mistério".

SAÚDE 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. Isto pode ir desde o desempenho de atividades cotidianas, como caminhar, alimentar-se, etc... até atividades menos comuns que o ser humano desenvolve em situações específicas e/ou esporádicas como, por exemplo, ser dirigente de uma instituição, defender sua tese de doutoramento, etc... Então, na minha concepção, mesmo um cliente com câncer, que no caso seria um estado situacional, pode desfrutar/ter saúde, pois ele pode continuar a desempenhar papéis. Depende, no entanto, da percepção dele mesmo do que seja necessário para tal desempenho e dos papéis que ele considera imprescindíveis na sua vida. Vale aqui salientar que, freqüentemente, a própria doença leva o cliente a viver com mais 'qualidade' de vida e não somente a buscar 'quantidade' de anos de vida. Isto por si só já pode significar um desfrutar de mais saúde.

ENFERMAGEM 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. Quando falo em dignidade me refiro ao respeito que se deve ter ao ser humano, levando-o a sentir-se estimado e respeitado durante todo o processo de viver. Ao falar em abdicar dos papéis refiro-me ao desprender-se das suas funções e/ou entregar-se, por livre escolha ou por força das circunstâncias, ao controle de outrem. Este abdicar pode ser temporário, ou seja, assim que o indivíduo novamente quiser ou puder, ele volta a ter o controle sobre a situação, ou pode ser um abdicar definitivo, quando este indivíduo morre, ou seja, deixa de exercer o controle sobre sua vida.

CUIDAR profissionalmente ou cuidar em enfermagem, é olhar enxergando o outro, é ouvir escutando o outro; observar, percebendo o outro, sentir, empatizando com o outro, estando disponível para fazer com ou para o outro aqueles procedimentos técnicos que ele não

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

CONFORTO, segundo Arruda, Larson e Meleis (1992, p.388) "...é descrito na literatura de enfermagem como sendo inerente à natureza da enfermagem, central ao papel da enfermeira e uma dimensão chave do cuidar e nutrir. [...] Conforto é, às vezes, associado com estados subjetivos de bem estar físico e mental, ou significando a diminuição do sofrimento do paciente".

AUTO CUIDADO, refere-se ao cuidar de si mesmo, despertando a capacidade e a responsabilidade para tal, no cliente e no profissional. Como enfermeira tenho a responsabilidade de me auto cuidar, pois sei que poderei prevenir doenças e/ou complicações, em mim mesma, através de comportamentos de auto cuidado, mas também preciso cuidar de mim mesma para ter condições de cuidar de alguém. Botten (1990, p. 156), dá algumas 'dicas' para cuidar de si mesmo, como segue:

Manter-se em bom estado físico através de exercícios e dieta; experienciar, pelo menos, uma coisa bonita a cada dia, seja através da música, arte, filmes, ou de outra natureza; gastar um tempo com amigos; ter prioridades, sejam elas profissionais ou sociais; planejar o tempo livre; aprender e usar técnicas de relaxamento; reduzir o estresse desnecessário que provém da falta de tempo, falta de planejamento e concentração. Nem sempre é necessário saber o que a gente terá para o jantar, ao sair para o trabalho pela manhã!; não estabelecer objetivos irrealísticos para os outros; pedir apoio e cuidado, quando precisar.

Por outro lado, como profissional, tenho o dever de despertar a responsabilidade e a capacidade para o auto cuidado no cliente, indicando-lhe os mesmos procedimentos para o auto-cuidado mencionados anteriormente. O que o cliente pode fazer eu não devo fazer por ele e o que eu posso fazer por mim não devo esperar que outros o façam. Muitas vezes, ao tirar a

responsabilidade dos clientes, posso estar roubando-lhes a chance de crescer. Compartilhar a responsabilidade com cliente e/ou familiares, quanto ao seu auto cuidado, pode aliviar a pressão e exigência que os mesmos fazem sobre os profissionais de saúde e, por outro lado, pode fazer com que sejam identificados os recursos dos próprios clientes e que os mesmos sejam levados a utilizar estes seus recursos. "Quando os clientes retém um senso de responsabilidade para resolver seus próprios problemas, resultados tais como satisfação do cliente, saúde e enfrentamento das exigências do cotidiano são incrementados" (Karuza et al., 1982, apud Zerwekh, 1992, p.102-103).

FORTALECER é despertar o poder³ que existe em cada ser humano, o qual o habilita a funcionar nos seus papéis. Implica em reconhecer, reforçar, fortificar, valorizar e respeitar esta capacitação no ser humano.

Ao descrever a relação enfermeira/cliente, a partir de sua própria perspectiva de saúde, Meleis (1989) inclui o fortalecer como um dos aspectos que deverão estar presentes nesta relação. Ela afirma que os enfermeiros não conseguem incrementar a força no cliente a não ser que despertem o poder, e os enfermeiros despertam o poder ao transmitir conhecimento, estando presentes com todo o seu ser. Continuando, ela diz que "fortalecer é trabalhar junto, é negociar, é conscientizar, é dialogar, é providenciar perspectivas". Para Zerwekh (1992, p.102),

Fortalecer o ser humano, por meio de um processo de ajuda, habilita-o a dirigir a sua vida, a fazer escolhas deliberadamente [...] Estratégias para fortalecer firmam a responsabilidade e a capacidade do cliente para sua autonomia. O fortalecer é fomentado através de um relacionamento de participação mútua, no qual ambos, cliente e enfermeira têm poder igual.

Então, fortalecer e ser fortalecido pode acontecer tanto com o cliente quanto com a enfermeira e pode também acontecer simultaneamente.

³ Poder = capacidade, força.

AMBIENTE 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, etc., com os quais nos relacionamos e/ou interagimos. Sistemas abertos, como é o caso dos sistemas pessoal, interpessoal e social da teoria do Alcance dos Objetivos de King, sugerem indiretamente, que ocorre interação entre os sistemas e o ambiente. Para King (1981, p.14) "...ajustamentos para a vida e para a saúde são influenciados pelas interações do indivíduo com o ambiente".

3 -OPERACIONALIZANDO

3.1 - CLIENTELA E LOCAL

Atuei junto a clientes adultos com diagnóstico de câncer, e que procuraram o Serviço de Saúde para tratamento, nas seguintes situações: 1) para início de tratamento quimioterápico; 2) para seguimento do protocolo de drogas estabelecido; 3) para controle, quando houve remissão da doença ou cura; 4) para reinício do protocolo de drogas em caso de recidiva, aparecimento de metástases ou quando do diagnóstico de outro câncer primário.

O período de atuação junto aos clientes foi de agosto a novembro de 1993, com várias interrupções na coleta de dados, conforme relato no capítulo quatro deste trabalho. Registrei dados referentes a 04 clientes, encontrando-se, cada um deles, em uma das situações acima mencionadas. Um dos clientes veio a ser selecionado como cliente principal deste estudo, sendo que com o mesmo utilizei a entrevista semi-estruturada no CEPON, visita domiciliar e contatos telefônicos para complementação de dados.

A instituição em que desenvolvi o estudo é pública, vinculada à Secretaria de Saúde do Estado, que tem por finalidade prestar assistência à saúde, em nível ambulatorial, a pacientes com câncer, bem como oferecer campo para desenvolvimento de ensino e pesquisa nesta área.

A clientela provém de todas as cidades do Estado de Santa Catarina e, ocasionalmente, de outros estados. São pacientes com diagnóstico de câncer, adultos, submetidos a tratamento

quimioterápico ambulatorial, que podem vir a ser hospitalizados durante a trajetória da doença.

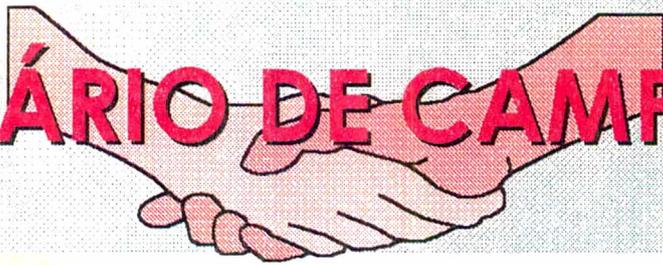
3.2 - DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO

Atuei junto à equipe de saúde no atendimento da clientela, cuidando de clientes quando encaminhados a mim por algum membro da equipe, por solicitação de familiares ou, simplesmente, por estarem agendados para o período em que lá estive.

Comecei com as anotações no diário de campo, já a partir do primeiro contato estabelecido com os clientes e/ou familiares e equipe de saúde, utilizando a técnica de observação participante para a coleta de informações, pois, segundo Barros e Lehfeld (1991, p.54), na observação participante "o observador se incorpora natural ou artificialmente ao grupo ou comunidade pesquisada". Utilizei também a entrevista oral semi-estruturada com um dos clientes, gravando a mesma, após consentimento por escrito, conforme anexo 1, para participação. O local para esta entrevista foi um consultório, procurando assegurar ao entrevistado a maior privacidade possível, para lhe garantir liberdade de expressão. Na entrevista utilizei parte de um "Roteiro de dados de base" por nós elaborado quando da realização do trabalho: "A Teoria de Imogene King: considerações sobre sua aplicabilidade na assistência de Enfermagem" (Neves, Siebert e Radünz, 1984). Utilizei deste roteiro apenas os questionamentos referentes ao "self" e papel e acrescentei os questionamentos sobre conforto, conforme apresentado no anexo 2. Saliento, no entanto, que não era preocupação minha esgotar todas as perguntas constantes no roteiro, mas sim usar o roteiro como guia para conduzir a uma maior interação com o cliente e também porque já afirmamos no mesmo trabalho "não é possível chegar-se a um perfil completo do cliente pois ele está em constante interação com o meio e em contínuo crescimento e desenvolvimento; assim, os dados de base,

constituindo componente dinâmico do processo de enfermagem, são estabelecidos em cada encontro"(Neves, Siebert e Radünz, 1984, p.13).

Os dados foram registrados em folha, constando nela todos os diálogos, expressões verbais e não verbais, informações obtidas através de prontuários, equipe de saúde, familiares, realização de procedimentos técnicos e também percepções, reflexões e sentimentos meus, que foram, posteriormente, destacados como notas complementares ou reflexivas. Primeiramente, deixei a margem do lado esquerdo da folha para anotar as etapas do Processo de Enfermagem Simplificado, ou seja: *O que vi*, *O que ouvi*, *O que senti* (Levantamento de dados); *O que fiz* (Implementação/plano); e *O depois...*(Avaliação), o que consistia nas notas metodológicas. Na margem do lado direito da folha anotei o conceito mais emergente para aquela específica situação levantada e registrada, caracterizando assim as notas de conteúdo e procurando validar o Marco Referencial proposto no projeto.



DIÁRIO DE CAMPO

O que

vi

fiz

senti

ouvi

vi

fiz

senti

“... na sala de procedimentos havia um cliente deitado na maca. A porta estava aberta, entrei e comecei a conversar, perguntando sua procedência. Pelo sobrenome deduzi que seria de origem alemã e falei então: “alles deutsch? (tudo alemão?) e aí me disse que quase só falava o alemão... Continuamos a conversar em alemão. senti que houve uma descontração geral... Falamos sobre a doença dele - “isto não é coisa boa”(sic), o tratamento e o retorno dele na próxima 5ª feira. O cliente está iniciando o tratamento, fazendo instilação vesical para Ca de bexiga... Nos despedimos e esperamos nos rever na próxima semana. Me fez bem esta interação, porque eu senti que lhe fiz bem”.

AMBIENTE

ENFERMEIRA

CUIDAR

**CLIENTE
ONCOLÓGICO**

FORTALECER

3.3 DISCORRENDO SOBRE O CONTEÚDO DOS DADOS COLETADOS

As notas de conteúdo, metodológicas e reflexivas foram agrupadas pela coerência de conteúdo/significado, sendo que as mesmas culminaram em aspectos que se aproximavam ou eram até inerentes aos componentes dos conceitos constantes no referencial teórico.

Todavia, como o referencial teórico foi suporte para o desenvolvimento dessa prática, procurei, na medida do possível, focar o mesmo, sem contudo pretender abordar todos os conceitos nele constantes.

A operacionalização do Processo de Enfermagem Simplificado foi uma proposta para aliar o conhecimento teórico (conceitos) às ações de uma enfermeira em oncologia, no seu cotidiano, junto a clientes com diagnóstico de câncer. Isto permitiu-me uma análise concomitante com as reflexões, deixando, inclusive, que percepções e sentimentos fizessem parte deste processo.

4- RETOMANDO E RELATANDO VIVÊNCIAS PASSADAS E ATUAIS

Contemplo neste capítulo duas vertentes de relatos que aconteceram em épocas diversas, mas que no atual momento são indispensáveis de serem trazidas à tona, para que se possa acompanhar de perto minhas reflexões teóricas. Para tanto, inicio resgatando minha vivência passada como pessoa e enfermeira e posteriormente, relato uma experiência mais próxima compartilhada com clientes com diagnóstico de câncer.

4.1- VIVÊNCIAS PASSADAS

Para dar sentido ao que vou descrever preciso voltar no tempo, pois acredito que as vivências do passado podem nos ensinar ou auxiliar a compreender o presente.

4.1.1- O “self” da enfermeira

Há 13 anos atrás, eu já era docente do Departamento de Enfermagem da UFSC, tendo atuado na área de Enfermagem Fundamental e Primeiros Socorros, encontrando-me naquela ocasião, atuando na Enfermagem Materno-Infantil, responsável, precisamente, pelo conteúdo teórico e prático de pré-natal. Guardo recordações boas daquela fase, lembranças de que foi uma fase "leve" e "gostosa" aquela de introduzir os alunos da graduação aos conhecimentos sobre a mulher que iria ser mãe e ao novo ser em desenvolvimento que logo, logo iria nascer.

Tudo parecia perfeito, tranqüilo e ao mesmo tempo "borbulhante" de vida. Isto se mostrava assim em cada conteúdo desenvolvido, ou então, em cada palpação e ausculta feitas... Neste momento, ao lembrar estas situações, estou com um sorriso nos lábios quando, me reportando aos estágios, vejo alunos e/ou a própria gestante felizes e sorridentes pela façanha de terem conseguido palpar o feto e terem levado ou sentido um "chute" do próprio!! Ou então, daquela lágrima que rolou na face da gestante que, pela primeira vez, ouviu os batimentos cardíacos do seu filho, através do sonar... Eu fui feliz, como pessoa, como profissional, fazendo exatamente aquilo que eu estava fazendo, naquela fase da minha vida.

Eis que surgiu um desafio e quando nós nos deixamos desafiar, mudanças ocorrem. Foi o que aconteceu comigo. A realidade dos pacientes com câncer, com a incidência em adultos e crianças aumentando ano após ano; a rotulação dos pacientes com câncer, sendo os mesmos inúmeras vezes internados em quartos de final de corredor... onde, muitas vezes, entre a equipe de saúde e/ou familiares, pairavam no ar expressões, tais como: "Bem, ele tem câncer, não tem jeito mesmo..."; ou, "... não adianta, ele tem câncer." Apenas estes dois exemplos de expressões verbalizadas. E as não verbalizadas? Profissionais simplesmente deixando de ir àqueles quartos... ou quando iam, apresentavam-se com aquele olhar de pena que não ajuda ninguém; e ainda a realidade do currículo do nosso Curso de Graduação, que não contemplava nenhum conteúdo específico sobre a abordagem ao paciente com câncer, a não ser, unicamente, o de prevenção ao câncer ginecológico.

Nesta mesma época, os professores Dra. Eloita Neves Arruda e Dr. Alfredo Daura Jorge, este o primeiro médico oncologista clínico de Santa Catarina, encontraram-se para uma conversa informal, onde discutiam sobre a necessidade e a importância da participação de uma enfermeira na equipe de Oncologia. Mais tarde, fui colocada a par desta conversa e surgiu a oportunidade para eu integrar a Equipe de Oncologia.

A partir de 1981, comecei a atuar junto a pacientes com câncer, submetidos à quimioterapia, cujo setor funcionava numa pequena área restrita do Hospital Governador Celso Ramos. Era uma época de aprendizado intenso a respeito dos pacientes, da doença câncer, das drogas antitumorais, tendo sempre em mente perguntas, tais como: o que eu posso fazer por estes pacientes com câncer? o que eu devo fazer? o que eu preciso aprender para atuar junto aos mesmos?

Nesta fase, eu procurava avidamente por qualquer bibliografia que tratasse do assunto. Até que me deparei com os escritos de uma enfermeira, da qual não me lembro o nome, que dizia que o nosso enfoque, enquanto enfermeiras, precisa ser **o cuidado e não a cura**. Este foi o ponto chave para eu começar a acreditar na possibilidade de fazer algo para mudar a realidade da assistência de enfermagem aos pacientes com câncer, pois como dizia Brooks,(1979) "o que o indivíduo acredita acerca do câncer influenciará o comportamento do indivíduo em relação ao câncer". Segundo Fishbein e Ajzen (1975),

Uma pessoa aprende ou forma um número de crenças sobre um objeto a partir da observação direta ou informações recebidas por fontes externas, ou por várias formas do processo de inferência. Essas crenças servem como base para determinar as atitudes em relação ao objeto. Se estas crenças estão associadas ao objeto com atributos favoráveis, sua atitude tenderá a ser positiva.

Portanto, colocando ênfase no cuidado, eu seria capaz de cuidar de qualquer ser humano, com qualquer doença, inclusive com câncer. Esta crença começou a mudar minha atitude frente ao câncer, conseqüentemente, meu comportamento também mudou, o que, por sua vez, influenciou diretamente a maneira como eu cuidava dos pacientes com câncer.

Em setembro de 1982 viajei para os Estados Unidos, onde participei de um programa especial, a nível de especialização, na área de Enfermagem Oncológica, na University of California - San Francisco. Quando retornei ao Brasil, após 07 meses, trabalhamos intensamente, Dra. Eloita e eu, na elaboração e confecção de um livro intitulado "Coletânea de

Informações sobre Drogas Antiblásticas", que foi publicado em 1a. edição em 1983 e em 2a. edição, em 1985. No Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON) atuávamos junto aos pacientes e com a equipe, desenvolvendo projetos de Extensão e de Pesquisa, como docentes do Departamento de Enfermagem da UFSC.

Foi em 1984 que, pela primeira vez, encontrei-me com a cliente sobre a qual descreverei com maiores detalhes neste trabalho.

4.1.2- O "self" da cliente

Como é nítida a lembrança daquela amável criatura, de estatura baixa, olhar vivo e expressivo, ar determinado e resolvida a iniciar com o tratamento quimioterápico, devido ao seu câncer de mama, há 10 anos atrás.

Ela entrava sozinha para o consultório e sala de quimioterapia. O marido a trazia de carro até o setor e, às vezes, chegava até a sala de espera. Segundo afirmação da cliente na época, os seus familiares estavam mais nervosos e preocupados do que ela própria. Lembro também que ela era uma das poucas clientes que falava abertamente sobre o seu câncer e o tratamento.

A cliente também não quis usar o capacete de gelo, indicado para evitar e/ou minimizar a queda de cabelos, um efeito colateral da quimioterapia. Dizia não se importar em andar "careca", pois, além do mais, era bom "andar de cabeça fria".

Era uma cliente bastante conversadora, que facilmente se comunicava com outros clientes, familiares e acompanhantes na sala de espera. Como fazia bem ouvir suas risadas gostosas que pareciam contagiar a todos, tornando o dia um pouco mais leve!

4.1.3- O espaço institucional

UFSC - Centro de Ciências da Saúde - Departamento de Enfermagem.

Como já mencionei anteriormente, não havia conteúdo específico sobre Assistência de Enfermagem ao paciente com diagnóstico de câncer, no currículo do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC. Quando decidi enfrentar o desafio que se apresentava, ou seja, descobrir novos caminhos, novas abordagens para assistir aos pacientes com câncer e como compartilhar estes novos conhecimentos aos alunos da graduação, as reações por parte dos colegas docentes foram interessantes. Uma delas, por exemplo, me disse: "Você 'tá louca, como é que vai deixar uma área tão bonita, tão cheia de vida como é o Pré-Natal, para ir para a Oncologia?!" Ou então reações não expressadas, mas percebidas por mim, tais como: "Só quero ver ela agüentar "; "...se mete em cada uma..."

Bem, mas havia, de forma objetiva, a lacuna deste conteúdo de Enfermagem Oncológica e, certamente, por isto consegui, em parte, aprovação do Colegiado para seguir em frente, e conseguimos então, num primeiro momento introduzir 02 horas aula na 6ª fase do curso. Afirmei acima que consegui aprovação parcialmente pois, em determinadas épocas, a minha atuação no CEPON, para desenvolvimento de Projetos de Extensão/Pesquisa foi seriamente questionada, não recebendo autorização para tal, em termos de carga horária no plano individual de trabalho (PIT), porque alguns membros do Colegiado defendiam o ponto de vista de que trabalhar com "drogas" seria fomentar multinacionais! Mesmo assim, sem carga horária prevista no plano eu continuava atuando no CEPON nas horas em que havia disponibilidade para tal e, por iniciativa própria, encaminhei à chefia do Departamento de Enfermagem um "Relatório de Atuação no CEPON", compreendendo o período de maio de 1983 a dezembro de 1984, dizendo o seguinte:

Basicamente tenho desenvolvido as seguintes atividades:

1. Assistência individualizada a pacientes e/ou familiares, principalmente nas fases de maior risco, ou seja: fase de diagnóstico, fase de início de tratamento, fase de recidiva, fase terminal.
2. Orientação sobre efeitos colaterais da QT para pacientes e/ou familiares e funcionários, explicando o porquê dos mesmos e medidas que podem ser tomadas para minimizá-los.
3. Testagem da Teoria do Alcance dos Objetivos de I. King na assistência de Enfermagem aos pacientes oncológicos, o que resultou num trabalho apresentado na XXXVI Reunião Anual da SBPC, São Paulo, 1984, elaborado juntamente com a mestrand Denise S. Siebert e Dra. Eloita P. Neves.
4. Elaboração/publicação do livro "COLETÂNEA DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS ANTIBLÁSTICAS", juntamente com Dra. Eloita P. Neves.
5. Desenvolvimento da pesquisa ATTITUDES ABOUT CANCER ", juntamente com Dr. Marylin Dodd, Universidade da Califórnia - SF (atualmente em fase de coleta de dados).
6. Elaboração do Projeto de Pesquisa sobre "EFEITO DO RESFRIAMENTO DO COURO CABELUDO NA PREVENÇÃO DE ALOPÉCIA INDUZIDA PELA ADMINISTRAÇÃO DE 'FAC'", juntamente com Dra. Eloita P. Neves e que resultou numa comunicação no XXXIV Congresso Brasileiro de Enfermagem
7. Elaboração do Projeto de Pesquisa ATITUDES DOS ENFERMEIROS EM RELAÇÃO AO CÂNCER", a ser desenvolvido em 1985, juntamente com Dra. Eloita P. Neves, Enf^a. Evanguelia A. Kotzias e Enf^a. Margareth Hasse.
8. Participação no Projeto de "ASSISTÊNCIA À SAÚDE DAS FUNCIONÁRIAS (Prevenção do Ca Ginecológico) DA FHSC DA GRANDE FLORIANÓPOLIS", a ser desenvolvido em 1985, juntamente com as enfermeiras Rita de Cássia Heizen de Almeida Coelho (coordenadora do projeto), Evanguelia A. Kotzias, Margareth Hasse, Ana Maria Westphal B. da Silva e Lorena de C. Machado e Silva, estas duas últimas, docentes do Departamento de Enfermagem da UFSC.
9. Elaboração de folhetos educativos sobre QT e câncer, juntamente com a equipe do CEPON.
10. Orientação e/ou acompanhamento de alunos do Curso de Pós-Graduação de Enfermagem da UFSC, quando da realização de estágio dos mesmos no CEPON.
11. Atendimento a convites para palestras e/ou aulas sobre Assistência de Enfermagem a pacientes Oncológicos FEPEVI - Itajaí; Hospital Joana de Gusmão FHSC - Florianópolis; VI UC - UFSC.
12. Programação e coordenação do Curso Extra-Curricular sobre Assistência de Enfermagem a pacientes Oncológicos, numa promoção conjunta da ABEn -SC e CA de Enfermagem - UFSC, a ser realizado em abril de 1985.

Convém lembrar que o meu trabalho no CEPON teve seu início com o convênio estabelecido entre UFSC e FHSC, devido ao meu interesse pessoal na assistência a pacientes oncológicos e graças à equipe do CEPON que vem me incentivando para tal.

Como docente do Departamento de Enfermagem acredito ter alcançado as metas propostas, pois: 1). estou atuando na área para a qual fui preparada; 2). houve produção científica neste período; 3). estou procurando integrar docência e assistência na prática; 4). houve abertura de campo de estágio no CEPON para alunos da Pós-Graduação de Enfermagem da UFSC.

Em vista do exposto, considero de suma importância minha presença ou a de outro docente do departamento de Enfermagem preparado na área de Enfermagem Oncológica, integrando a equipe do CEPON, pois o espaço para a Enfermagem foi criado. Convém portanto, ocupar e ampliar o mesmo (Radünz, 1985).

CEPON - Centro de Pesquisas Oncológicas.

Antes conhecido como o Setor de Quimioterapia, funcionava numa pequena ala do Hospital Governador Celso Ramos. O espaço físico foi ampliado, em função da própria demanda, e o CEPON começou a funcionar numa ala do antigo Hospital Infantil. Era um serviço pioneiro, em termos de Santa Catarina, onde eram atendidos pacientes adultos, com diagnóstico de câncer, provenientes de todo o estado e, eventualmente, de estados vizinhos.

Não sei se pelo temperamento, personalidade, caráter das pessoas que integravam a equipe que lá atuava, composta de 05 médicos e 05 funcionários, sendo 03 da Enfermagem, ou por qualquer outra razão, mas de imediato chamou-me a atenção o CALOR HUMANO que pairava no ar, naquele setor de atendimento aos pacientes com diagnóstico de câncer. Os pacientes invariavelmente eram chamados pelos nomes, eram tocados ou abraçados, ou conduzidos pelo braço para dentro do consultório por seus médicos, ou para a sala de quimioterapia, pela técnica de enfermagem, ou atendente de enfermagem. Era gratificante pensar em poder crescer num ambiente assim, onde as pessoas eram respeitadas e valorizadas. Foi aí que há dez anos atrás me encontrei com a cliente principal deste estudo.

Hoje, o CEPON funciona num setor novo, especialmente construído e ampliado para tal, contando com uma equipe multiprofissional, na qual o enfermeiro tem seu espaço assegurado.

Permaneci atuando regularmente no CEPON, não como funcionária da FHSC, pois nunca houve um vínculo empregatício, mas como enfermeira docente da UFSC, até que houve um remanejamento de uma profissional enfermeira para o setor. Eu havia prometido a mim mesma que o espaço que havia sido conquistado para o enfermeiro na Equipe de Oncologia, junto a pacientes com câncer, não ficaria desocupado, pelo menos eu me comprometia a isto.

4.2- VIVÊNCIAS ATUAIS

Pelas lembranças que guardo da cliente com a qual tive maior contato na realização deste trabalho e as quais já mencionei anteriormente, posso afirmar que a minha interação com a mesma não é coisa de agora. Este processo de fato começou, há 10 anos atrás, quando nós nos deixamos cativar mutuamente, prosseguindo nos dias de hoje.

4.2.1- Re-encontro entre cliente e enfermeira

Neste re-encontro, segundo relato da cliente, isto parece ficar bem evidente.

Vejamos o que a mesma afirma quando perguntada sobre onde, na escala de 0 a 10, ela se encontrava e se sentia em termos de conforto:

10, por que eu tive muito apoio, gente que me ajudou muito que nem você. Isto me fez sentir sempre com saúde, nunca doente. Então por isto eu me coloco no 10. ... vocês me fizeram sentir que eu não estaria doente e sim que eu estava passando por uma fase que precisava de um tratamento. ... por que vocês me fizeram sentir que eu ia ficar boa...

Continuando, perguntei como a gente conseguiu passar isto para ela, ao que ela respondeu dizendo: "... eu não sei Vera, eu acho que foi assim a confiança, ou talvez a simpatia, que logo de cara a gente se conheceu, você chegou na sala onde eu estava, conversou comigo... você foi até mim..."

Ela é uma cliente que se encontra em remissão da doença, vindo ao setor apenas para controle. Isto significa que nós não nos vemos regularmente, até porque, em função do próprio trabalho da dissertação, minha atuação profissional, em termos de presença física, no CEPON, está restrita. Quando, no entanto, nos encontramos, ou nos telefonamos, é como se o tempo não tivesse passado tão depressa e a conversa parece fluir como se não tivesse tido nenhuma interrupção.

Fiquei feliz que ela concordou em participar do meu estudo, o que ela fez com toda a disponibilidade, assinando o formulário do consentimento pós-informação (Anexo 1).

Na época do seu diagnóstico de câncer, no início de tratamento, durante o tratamento e na fase em que ela se encontra agora, ou seja, em remissão da doença, ela sempre se mostrou fortalecedora, para com a família, para com outros clientes e para mim, como profissional.

Vejamos o que ela relata sobre a reação e comportamento de seus familiares quando do diagnóstico:

A minha família... pra começar, pra dar a notícia pra minha família Vera, isso aí foi muito difícil.[...]O meu marido perguntou pra mim: 'E o resultado dos exames ? ' eu falei, olha o resultado do exame não é muito bom não, mas... o médico disse que não tem problema, que eu vou sair. Aí ele ficou meio assim, meio... triste. Aí acabou o assunto. Ali eu peguei e telefonei pra uma amiga da minha filha... e falei: é o seguinte, eu quero que você converse com a minha filha e diga pra ela que eu estou com câncer, mas que eu "vou ficar boa".

Vejamos agora como ela falava e o que ela dizia aos outros clientes. "Então aí eu falo, explico e falo como é que eu tava, como que fiquei, como eu estou... então as pessoas... Eu

conforto muita gente, nesse negócio de eu já ter tido câncer, ter feito quimioterapia, de andar careca, que eu achava o máximo!"

Para mim, como profissional, não tem sido menos fortalecedora. Vejamos o que ela responde , quando indagada sobre o que poderia ser feito para mudar o ambiente na sala de espera, onde, segundo a cliente, "... ninguém fala nada. O pessoal 'tá triste... Eu tenho a impressão que eles estão muito desinformados... e eu noto que eles são tristes" (referindo-se aos clientes na sala de espera). Ela afirma o seguinte: "Eu não sei Vera, se a gente poderia conversar um pouco mais... Ter uma pessoa como tinha você lá no CEPON, quando iniciei. Você era uma pessoa que conversava com todo o mundo, dava muito apoio, dava muita força". Este "feed-back" para mim foi fortalecedor e vem reforçar a afirmação de Meleis (1989), já referida anteriormente, mas que merece ser citada outra vez, que diz "...que os enfermeiros não conseguem incrementar a força no cliente a não ser que despertem o poder, e os enfermeiros despertam o poder ao transmitir conhecimento, estando presentes com todo o seu ser. [...] fortalecer é trabalhar junto, é negociar, é conscientizar, é dialogar, é providenciar perspectivas ".

4.2.2- Desafios da experiência de mestranda.

Há 13 anos atrás, o desafio era o de descobrir caminhos para uma nova abordagem aos clientes com câncer, conforme já mencionei neste trabalho. Agora o desafio era outro.

Quando iniciei com o mestrado em março de 1992, dizia para mim mesma que eu queria crescer com esta oportunidade de aprendizagem, tanto em termos de conhecimentos quanto em termos de vivência e convivência. Sempre procurei lembrar-me de que era apenas mais uma fase da minha vida, na qual eu decidi passar por uma reciclagem e no final obter um

prêmio pelo bom comportamento produtivo, ou seja, obter o título de mestra.

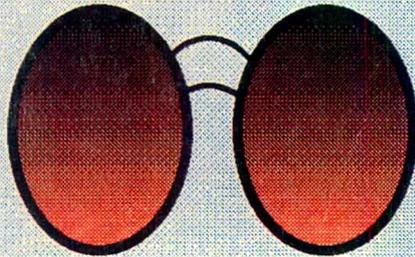
Por outro lado, tentava manter-me atenta para que a utópica pretensão de que eu poderia mudar ou abalar o mundo com a minha dissertação não tivesse espaço dentro de mim. Eu iria abordar apenas um pequeno grão de areia dentre uma imensidão deles, e mais ainda, abordá-lo apenas sob um ângulo. Para tanto a minha dissertação de mestrado deveria ser um trabalho bem objetivo, de fácil compreensão, sucinto e aplicável no dia-a-dia de quem cuida, como uma contribuição para um processo de mudança mais amplo.

Quero citar Tishelman (1993, p.87), quando em sua tese faz referência a um cartão postal no qual dois óculos mantêm um diálogo. Um deles, representando a razão, pergunta: "E o que pode ser mais importante do que o conhecimento?" O outro, representando o coração, responde: "Cuidar e enxergar com amor".



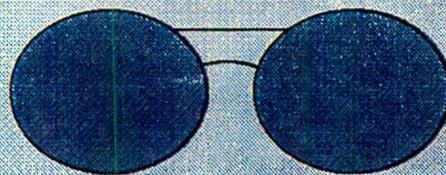
RAZÃO

**"O que pode ser
mais importante do que
o conhecimento?"**



CORAÇÃO

**"Cuidar e enxergar
com amor".**



Eram estes os aspectos dos quais procurava lembrar para me manter saudável e viver com equilíbrio o processo de "ser mestranda". Mas foi justamente aí que surgiu o meu desafio de hoje, ao procurar ser coerente com a minha proposta inicial *Cuidando e Se Cuidando...*, tendo em vista dois aspectos principais: o presente trabalho ser desenvolvido junto a clientes com câncer e a falta de coerência entre teoria e prática sobre o cuidar e se cuidar no meio acadêmico, ou seja, a falta de cuidado para com os outros e principalmente para consigo mesmo como enfermeiro.

Tentarei descrever a minha experiência e desafios como mestranda, citando trechos do meu diário de campo para ilustrar e/ou reforçar o meu relato.

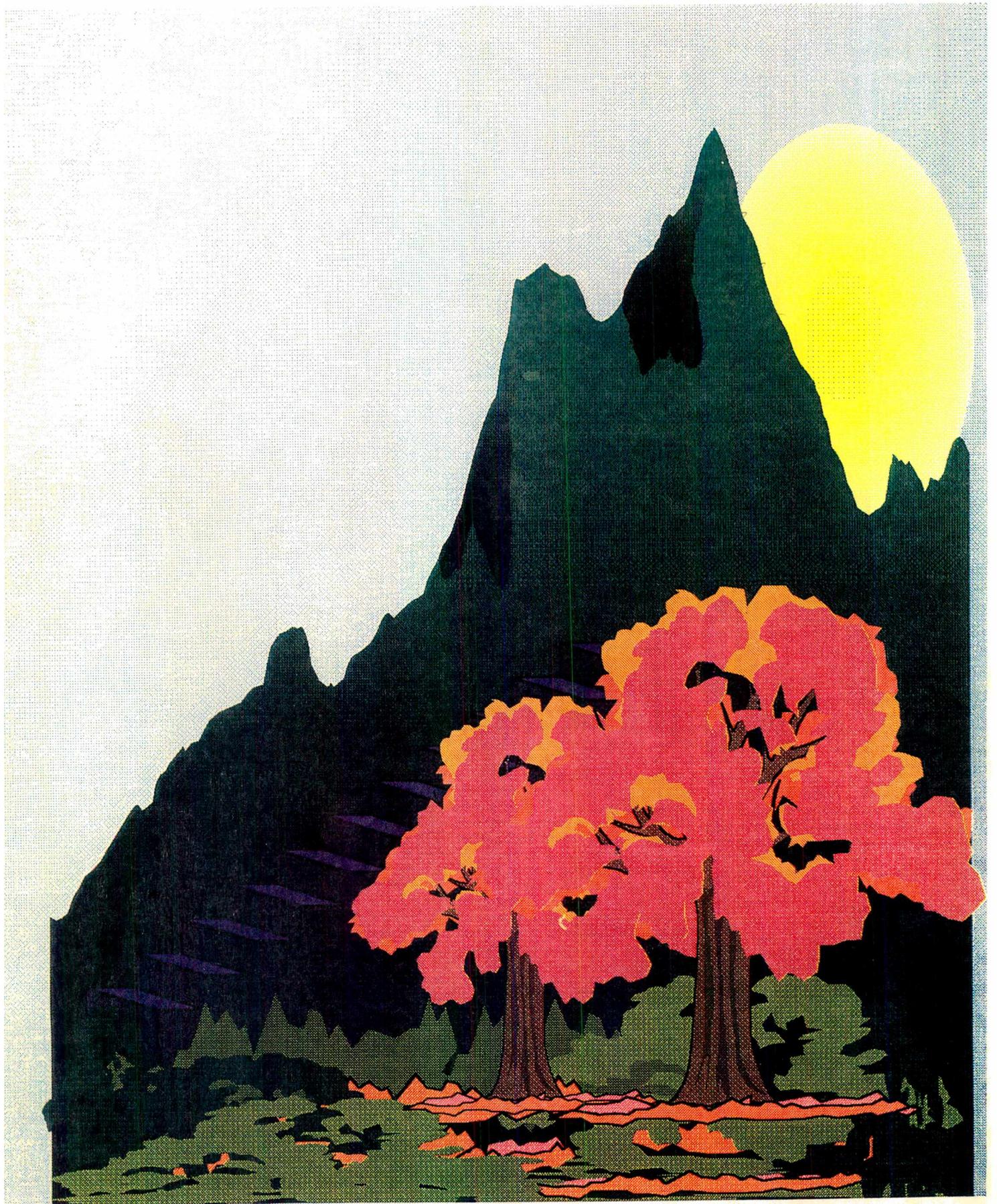
Após receber autorização da Comissão de Ética do CEPON para realizar o meu trabalho naquela instituição, junto a clientes com diagnóstico de câncer, senti-me muito bem-vinda ao setor, e após apresentar o meu projeto na sala de reuniões para 06 enfermeiras, 01 médica, 02 psicólogas e 01 assistente social, escrevi: "... senti receptividade para comigo, como pessoa e como profissional e também receptividade para com o meu projeto. 'Passei no exame'. Foi com esta sensação que saí de lá". Comecei com a coleta de dados.

Certo dia, ao ajudar a transferir uma cliente da cama para a cadeira de rodas, a acompanhante me perguntou se eu trabalhava no setor. Eu respondi que "... estava tentando voltar a trabalhar ali".

Naquele dia registrei no meu diário: "Saí do CEPON estressada. Não faço parte do quadro de funcionários; estou começando de novo; preciso de espaço para ser eu, como pessoa e como profissional, sem tomar e/ou entrar no espaço de outros. Estão me dando certo espaço..." Mais tarde, referindo-me ao espaço profissional, registrei: "O meu espaço não é mais meu, porque agora estou ocupando outro espaço, e aquele foi ocupado por outros."

Este foi o momento que me levou a refletir sobre a razão da minha presença no setor, coletando dados junto aos clientes com diagnóstico de câncer. Minha atuação profissional era diferente daquela vivenciada anteriormente junto a estes clientes e a esta Equipe de Saúde, mas este era agora o papel desempenhado por mim neste espaço.

Até aqui, já se tinham passado vários dias em que pude coletar dados, registrando-os através de entrevista semi-estruturada com uso de gravador e transcrição posterior, ou registrando-os no diário de campo. Alguns destes dados foram apresentados, conforme exigência da Disciplina de Prática Assistencial, sob forma de relatório. Esta etapa do curso de Mestrado estava então completada e com isto mais um degrau vencido, utilizando a analogia de subir uma montanha através dos degraus de uma escada. Explicando melhor, quero dizer que subir uma montanha pode, a princípio, parecer impossível, mas se nós imaginarmos uma escada, que vá dar no topo desta montanha, aí parece ser possível chegar lá. Muitas vezes utilizei este sentido figurado com clientes oncológicos que conseguiam enxergar apenas a monstruosa montanha da doença ou do tratamento. Eu os fazia tentar visualizar uma escada, em que cada degrau poderia significar um dia de QT, por exemplo, buscando estimulá-los a viver o "dia de hoje" com toda a capacidade, força, vontade, razão de viver que se apresentava no momento. Isto funcionava para muitos clientes, e portanto, eu procurei lembrar da minha escada, quando olhava a enorme montanha do Mestrado.



Houve greve no Setor Saúde. Registrei o que segue: "Senti certo 'alívio' em poder deixar de coletar dados, pois acreditava que não precisava me 'violentar' a ponto de ter que continuar com a mesma no meio de situação tensa e conflitante que uma greve traz consigo".

Após contato verbal e solicitação de alguma sugestão para continuidade da coleta de dados com uma enfermeira do CEPON surgiu a idéia de acompanhar clientes com câncer hospitalizados no Hospital da Integração, que é uma extensão do próprio CEPON.

Naquele dia escrevi no diário: "Saí de lá mais ou menos 'down', mas logo depois procurei lembrar da flexibilidade, ou seja, ser flexível no que programo e não ficar frustrada, nem angustiada quando não dá certo o que planejei. Deve então existir outro caminho para se chegar lá."

Voltando a me referir à greve, que durou aproximadamente 45 dias, registrei: "a greve estava chegando ao fim..." Era uma sexta feira, quando os funcionários, em assembléia, decidiram voltar ao trabalho. Foi na tarde daquela sexta feira que quebrei o pé. Isto trouxe consigo 3 semanas de imobilização, sem poder dirigir e fisioterapia posterior. No meu diário consta:

Houve, literalmente, uma quebra nos meus planos de dissertação, no que diz respeito ao tempo para término da mesma. [...] Assim, com o pé quebrado, me sentindo um tanto limitada e dependente das pessoas, tive que parar. No entanto, vejo que cresci com esta parada. Li mais do que usualmente o faço. [...] Aproveitei o tempo para aprender a trabalhar mais com o computador. Olhando para trás, foi um tempo bem aproveitado. Só não foi aproveitado para as cousas que eu havia previsto no cronograma!

A estas alturas, era mais do que compreensível que minha orientadora estivesse apreensiva e preocupada com o desenvolvimento da minha dissertação, pois que ela contava com o término da mesma para poder aceitar novos orientandos. Eu, no entanto, procurava enxergar através destes imprevistos, impedimentos, obstáculos, não querendo entender primeiro o porquê dos mesmos, mas procurando antes vislumbrar alguma razão para esta

sucessão de fatos e me perguntando sempre se não haveria um caminho diferente para chegar a terminar o meu trabalho de dissertação. Registrei: "Não estou convencida de que eu deva fazer do jeito que havia planejado, com o número de pacientes previsto, etc...", me referindo ao projeto inicial. Eu tinha sempre em mente de que, neste processo todo, eu deveria cuidar de mim mesma também, ou melhor, cuidar antes de mim para poder cuidar de outros. Encontrei subsídios e suporte para este meu modo de pensar na literatura, pois, segundo Keen [1990, p.173], "Se não formos capazes de cuidar primeiro de nós como indivíduos e depois, dos colegas enfermeiros, então o cuidado que prestamos aos nossos clientes não é tão bom quanto poderia ser". Heinrich e Killeen (1993), por sua vez, afirmam: "...mas a sua habilidade para cuidar de seus pacientes depende em grande parte de quão bem você cuida de você mesmo. [...] E você chegará à conclusão de que quanto melhor você cuidar de você mesmo tanto melhor você viverá, tanto melhor você amará, e tanto melhor você trabalhará" (p.41-44).

Bem, até aqui os meus dados, de acordo com o que eu havia proposto, em termos de número de clientes, ainda não estavam completos. No entanto, o que aumentava em número de folhas e de conteúdo era o meu diário de campo.

Após ter me encontrado com uma enfermeira do hospital onde eu pretendia completar a coleta de dados, registrei o seguinte: "Que bom tê-la encontrado. Me deu ânimo de voltar e concluir a coleta". Logo em seguida escrevi como reflexão: "Será que eu estava com certa resistência de voltar lá no CEPON? Lá onde eu passei, onde eu vivi uma parte importante, significativa e decisiva da minha vida profissional...?"

Novamente os meus planos não deram certo, pois houve solicitação de um novo ofício, mais específico e detalhado sobre o meu trabalho de dissertação. No entanto, o projeto era o mesmo, apenas estendido a clientes hospitalizados e a instituição era a mesma.

Não consegui entender o porquê de mais este entrave, a meu ver burocrático. Levei-o ao conhecimento das instâncias maiores, ou seja, da minha Orientadora e da Coordenadora da Pós Graduação, que se mostraram inteiramente solidárias comigo, deixando que eu decidisse o encaminhamento administrativo a ser dado para o caso, uma vez que eu já havia recebido da referida comissão, no início do desenvolvimento do meu projeto, autorização para tal.

Registrei: "É por demais contundente, mas quando junto todas as minhas forças para recomeçar e 'tocar' o projeto acontece um senão."

Neste período aconteceram momentos de desarmonia entre o meu "self" e o "self" de minha orientadora, que culminaram com a minha solicitação para ser liberada da orientação da mesma. No meu diário está registrado: "Estou com o meu 'self' totalmente atordoado, bem enfraquecido. [...] Não consigo enxergar claramente por onde devo ir, mas sei que preciso resgatar e preservar o que do meu trabalho já foi produzido".

Após ter conversado com a orientadora, num clima de respeito mútuo e de cuidado recíproco e precisando então encaminhar oficialmente o meu pedido de substituição de orientador ao Colegiado da Pós-Graduação, comecei a trabalhar e descrever os dados que eu tinha em mãos, com o conhecimento e aval de meu novo Orientador.

Após sete semanas, aproximadamente, tive que trocar, novamente, de orientador. Porém, percebi que não havia mais como retroceder, pois já me encontrava num momento bastante avançado na sistematização e reflexão dos dados, encaminhando-me para a — finalização do trabalho.

4.2.3 Criações artísticas sobre o cuidar e se cuidar

O canto e a música me fazem bem. Tenho aprendido a utiliza-los como descompressores, em dias pesados e, em dias alegres, como elemento de comemoração. Isto me levou a escrever e a relatar os acontecimentos mais marcantes do meu mestrado em versos, cantados com notas musicais emprestadas, surgindo daí estas duas paródias, a do *Cantando o 'self'* e o *'self' cantando* e a do *Se cuidando para poder cuidar*, que seguem.

CANTANDO O "SELF" E O "SELF" CANTANDO

Música: "Certa vez de montaria..."

Letra: Vera Radünz / Fpolis, julho/1993.

1. Quando um dia comecei
Questionando o meu "self"
Não sabia que estava
Me metendo em confusão

Ai, ai, quanta coisa a pesquisar
Ai, ai, onde isto vai parar...

2. Era "self" para lá,
Era "self" para cá
Uma hora era o meu
Outra hora era o seu

Ai, ai,...

3. Tudo se assemelhava
A grande quebra cabeça
Com conceitos "dando sopa"
Precisando encaixar

Ai, ai,...

4. Prá aumentar a confusão
Tinha a ética e a educação
Permeando o trabalho todo
Mas querendo "salientação"

Ai, ai,...

5. Ainda bem que fui feliz
Na escolha da orientadora
Pois durante o tempo todo
Se mostrou fortalecedora

Ai, ai,...

Té que um dia vislumbrei
O caminho a percorrer
E o jeito que achei
Era de equilibrar

Procurar fortalecer
Mas de mim não esquecer
Atenção pro "self" do outro
Mas pro meu também.

6. Foi aí que deslanchei
E o projeto terminei
E agora o apresento
E sugiro a vocês:

Ai, ai, o segredo é cuidar
Ai, ai, mas também se auto cuidar.

SE CUIDANDO PARA PODER CUIDAR

Música: Toquinho

Letra: Vera Radünz

1. Num certo dia eu parei prá pensar,
No quanto "gasto" para cuidar.
Fiquei espantada com o que vi,
Foi o seguinte que resolvi:

Refr.: Procurar sim fortalecer outros
Neste "Processo de Enfermagem",
O "self" dos outros é importante,
Porém o meu o é igualmente.

Vamos, portanto, cuidar dos outros
Com todo empenho e competência
Mas não devemos deixar de lado
Nossa saúde e o auto cuidado.

2. Como eu posso fortalecer,
Se eu de mim mesmo sempre esquecer
Preciso antes me "abastecer",
Para a saúde eu promover.

Florianópolis, setembro de 1993.

3. Às vezes tudo vai complicando
Com pé quebrado e coisas assim
Com isto o "self" é muito abalado
Precisando ele de cuidado.

4. Nesta história do se cuidando...
Houve mudanças de orientador
Isto se fez com muito cuidado
Para com o "self" de todos os lados.

5. Chegou a vez de cantarmos juntas
E transmitir a todos vocês
Que é possível, ao mesmo tempo
Cuidar do outro e do "self" da gente.

Florianópolis, Agosto de 1994.

5. DISCORRENDO SOBRE A UTILIZAÇÃO DO MARCO REFERENCIAL PROPOSTO

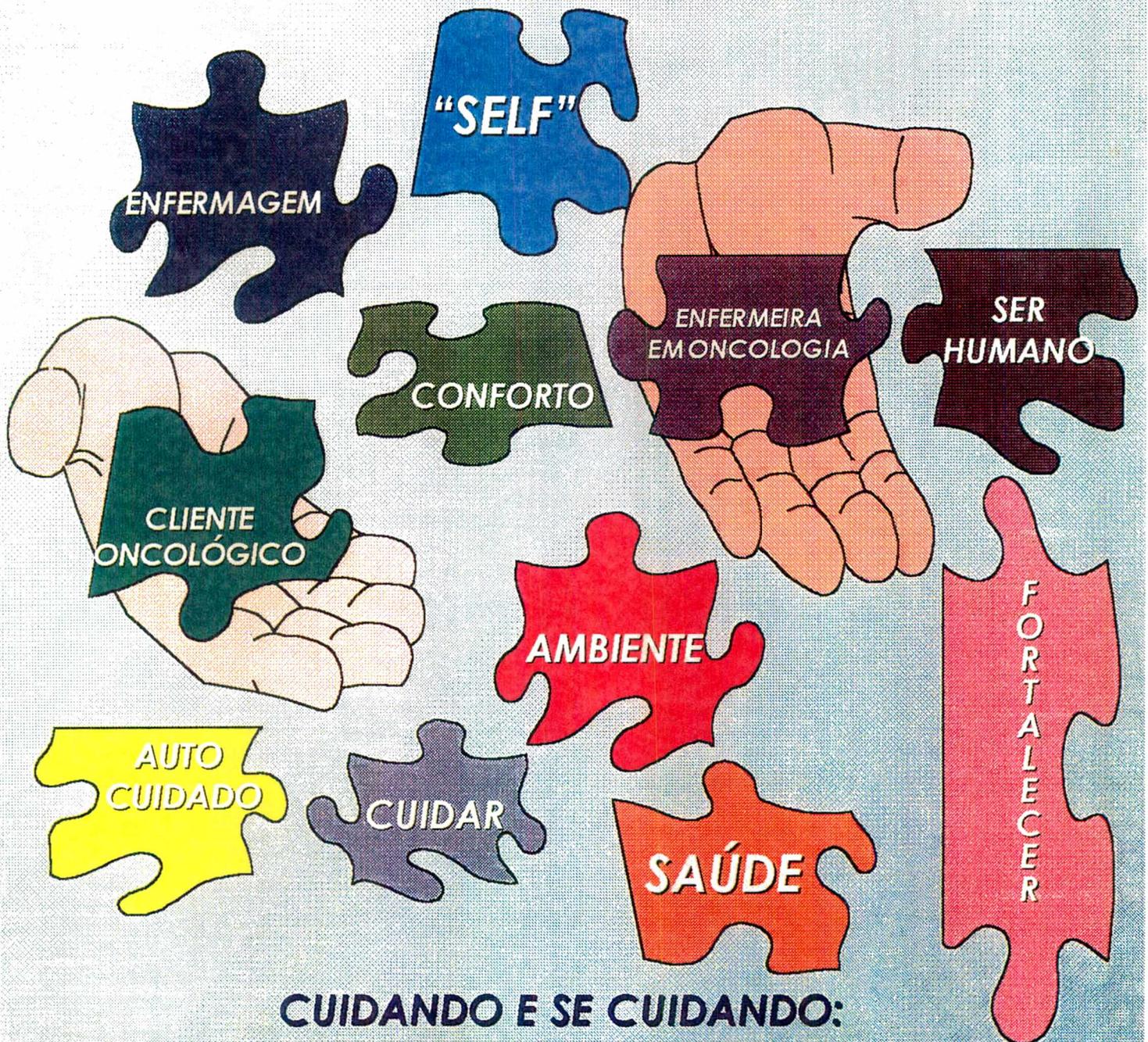
Desde o início da elaboração do marco e após, quando da sua implementação, eu procurava me reportar ao fato de que um Referencial Teórico consiste na organização do conhecimento para direcionar uma prática, utilizando-se para tal os conceitos. Estes, por sua vez, podem ser conceitos usados por teóricos de Enfermagem, por estudiosos de outras áreas de conhecimento, ou conceitos próprios, pessoais.

Mesmo com isto bem presente na minha mente, o Marco Referencial proposto no meu trabalho, a princípio, me pareceu como um quebra-cabeça, com todos os conceitos soltos, esperando para serem encaixados.

Quando, no entanto, surgiu a oportunidade de experienciá-los na vivência junto a clientes com câncer e/ou familiares, colegas enfermeiros, tanto na Instituição de Saúde, quanto na Instituição Acadêmica e junto a outros membros da Equipe de Saúde, pude constatar que os conceitos propostos não só se encaixavam estaticamente para compor o quebra-cabeça, mas, iam além... Era, na verdade, como uma "teia de aranha"⁴, onde qualquer um dos conceitos propostos, que poderia a princípio parecer isolado, tinha ligação um com o outro. Ou seja, como numa teia, quando se mexe num dos pontos da mesma, toda ela é afetada e toda ela responde, pelas interligações quase imperceptíveis que existem.

⁴ Trata-se de uma analogia utilizada pela Professora Dra Mercedes Trentini ao participar da Banca de Avaliação do Projeto desta Dissertação.

REFERENCIAL TEÓRICO



**CUIDANDO E SE CUIDANDO:
FORTALECENDO O "SELF" DO
CLIENTE ONCOLÓGICO
E O "SELF" DA ENFERMEIRA**

Assim aconteceu, e registrei na minha primeira paródia sobre o "self": "*Era 'self' para lá, era 'self' para cá, uma hora era o meu, outra hora era o seu...*" Num momento eu estava cuidando do cliente, mas concomitantemente estava também cuidando de mim, como eu cantei na segunda paródia: "*Procurar sim fortalecer outros neste Processo de Enfermagem [...] mas não devemos deixar de lado nossa saúde e auto cuidado*". Então, ficou evidente que todos os conceitos propostos no referencial, estavam interligados e respondiam, em maior ou menor escala, dependendo do momento no processo de cuidar.

Na minha prática utilizei um Processo de Enfermagem simplificado, onde a etapa de levantamento de dados consistia no *O que vi, O que ouvi, O que senti*; a etapa da implementação e plano de cuidados, no *O que fiz* e a última etapa, a da avaliação, no *E o depois...*. Anotava estas etapas no lado esquerdo das folhas de registro do diário de campo e da entrevista semi-estruturada. No lado direito das folhas, o conceito mais emergente para a situação encontrada e registrada, conseguindo validar assim o Marco Referencial proposto.

Para exemplificar, vou extrair flashes da entrevista semi-estruturada e do diário de campo, fazendo menção aos conceitos mais emergentes na minha proposta inicial: *Cuidando e Se Cuidando...*

Iniciando pelo Cliente Oncológico e Enfermeira em Oncologia, quero lembrar que no meu referencial ambos são vistos como seres humanos, indivíduos que:

...pensam, sentem, decidem, percebem, que têm crenças e valores que lhes são próprios, que têm as suas histórias de vida, que interagem com os outros e com o ambiente, desempenhando nele seus papéis e que têm capacidade para ensinar e aprender, para crescer e se desenvolver, para fortalecer e serem fortalecidos.

O Cliente Oncológico por sua vez, é aquele *ser humano que tem ou teve câncer e que vem ao serviço de saúde*, por se encontrar em uma das fases da trajetória da doença.

Chegando próximo ao leito de uma cliente, que estava deitada em decúbito lateral voltada para a parede, e chamando-a pelo nome ela voltou-se para mim, ajeitando-se, ficando de frente para onde eu estava quando então começamos a conversar sobre o seu tratamento quimioterápico e eu registrei no meu diário o que se segue:

- "É uma cliente bem informada sobre seu tratamento (sabe o nome de todas as drogas que vinha e vem tomando)".

Isto vem confirmar o que consta do meu conceito de cliente oncológico, quando digo que o mesmo *é um ser humano que pensa e que tem capacidade para aprender*, mesmo que sejam todos aqueles nomes complicados e difíceis das drogas antitumorais, termos técnicos e assim por diante.

Este cliente encontrava-se deitado numa maca na sala de procedimentos, aguardando o início do tratamento, quando me aproximei dele e começamos a conversar.

- "Falamos sobre a doença dele - 'isto não é coisa boa'(sic) - tratamento, quando do retorno..."

Numa outra situação a cliente estava me contando como ficou sabendo do seu diagnóstico:

- "... aí eu perguntei: Doutor, porque o senhor não traduz isto para o português, pra mim entender, ou então o senhor não diz assim: 'você está com câncer!'"

Nestes dois registros fica evidente que clientes oncológicos são seres humanos que *sentem e percebem* a situação. Quantas vezes, no entanto, nós profissionais tentamos ocultar-lhes a verdade do diagnóstico, tentando iludi-los e dizendo para nós mesmos que é melhor assim, pois pressupomos, falsamente, de que eles não estariam preparados para ouvir a verdade sobre a doença deles.

Aqui a cliente foi questionada como se sentia em relação à sua auto-imagem. Ela respondeu:

- "... nesse negócio de... eu já ter tido câncer, ter feito quimioterapia, de andar careca (que eu achava o máximo!) Andar careca... eu achava o máximo!!..."

O cliente oncológico é um ser humano que *decide* andar sem lenço, sem peruca,, porque *tem valores* que lhe são próprios e que lhe permitem andar mostrando a careca proveniente da quimioterapia, sem que isto afete a sua auto imagem.

Questionada sobre como se sente em relação a receber ou dar ajuda a cliente disse preferir ajudar do que receber ajuda e registrei:

- "...Agora mesmo eu ajudo um casal, que fica lá perto de casa..."

E aqui eu queria saber da cliente se outros clientes procuram ajuda dela para falar sobre a doença e/ou o tratamento:

- "... e eu vejo por aí Vera, que as pessoas não falam. A pessoa 'tá perto de morrer e não sabe que está doente. Então eu peço: digam pra pessoa o que tem... que a pessoa às vezes na ignorância de saber que está com câncer, não se trata ..."

O cliente oncológico é um ser humano que não precisa viver isoladamente devido ao rótulo que a doença muitas vezes lhe impõe, mas sim *interage com os outros e com o seu ambiente, desempenhando nele os seus papéis* e podendo ser *alguém que tem capacidade para fortalecer e ensinar outros*.

Estivemos falando sobre religião e espiritualidade e a cliente disse ser católica, mas não ser fanática e acrescentou:

- "... só tem uma coisa que eu faço religiosamente, é ir no cemitério uma vez por semana... me dá paz... incrível, me tranquiliza eu converso com as almas. Peço proteção, peço que me dêem força... Tem vez que eu vou lá e que eu demoro um pouco mais. Tem vez que eu vou mais rapidinho, dependendo da hora. Tem pessoas que acham um absurdo... Uns dizem que é bom. Outros dizem que não presta. Falei, por que não presta se a gente vai é ficar lá ?"

O cliente oncológico é *um ser humano* que tem *as suas crenças e valores*, devendo ser respeitado quanto aos mesmos.

A enfermeira em Oncologia, por seu lado,

... 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 os seus papéis e que desenvolve empatia ao interagir terapêuticamente.

Vejamos os registros.

- "... me aproximei dum casal jovem. Ele faz quimioterapia [...] Eu comecei a falar da enchente...'parece que a enchente não levou vocês, hem ?' e os dois riram e ficaram descontraídos".

O senso de humor pode ser utilizado pela enfermeira em Oncologia como quebra-gelo, para que se estabeleça uma interação, demonstrando ter um "*feeling*" especial.¹ Quando a enfermeira Virginia Henderson completou 91 anos de idade, Angela Mc Bride lhe perguntou quais as qualidades que ela via numa enfermeira para cuidar dela. Ao que Virginia Henderson respondeu: "a). ter compaixão (não exigir de mim mais do que eu possa fazer); b). ser ouvinte; c). ter senso de humor".

- "Na sala de procedimentos havia um cliente deitado na maca... Pelo sobrenome deduzi que seria de origem alemã e falei então : 'alles deutsch'? (tudo alemão?), e aí ele me disse que quase só falava o alemão... continuamos a conversar em alemão. Senti que houve uma descontração geral..."

A enfermeira em Oncologia com o seu "*feeling*" especial, utiliza o instrumento mais acessível no momento, para deixar o cliente menos tenso devido a problemas de comunicação, procurando falar o idioma no qual o cliente tem maior fluência, ou solicitando que outro membro da equipe, que saiba se comunicar nesta língua o faça. Como afirma Tschudin (1987, p. 41), "...não podemos ser tudo para todas as pessoas e às vezes (quanto ao idioma) outra pessoa pode se expressar melhor do que nós, pode ajudar uma pessoa melhor do que nós, mesmo que tenhamos tentado arduamente. Nós todos conhecemos a situação em que um servente, um porteiro, um outro cliente foi de bem maior ajuda do que nós..."

Aqui a cliente estava relatando como foi o nosso primeiro encontro, quando ela veio ao CEPON para início da quimioterapia, há dez anos atrás:

- "... aí depois você saiu da sala dela. Fui conversar com você. Você foi até mim, Vera ".

Procurando *cuidar* do cliente e *desenvolvendo a empatia*, a enfermeira em Oncologia *vai ao encontro do cliente* e não espera que ele venha ao encontro dela. Mayeroff (1971, p. 57) diz que "Para cuidar de outra pessoa. [...] Em vez de simplesmente olhar para ela de fora, com distanciamento, como se fosse uma espécie rara, devo ser capaz de estar com ela em seu mundo, entrar em seu mundo..." Segundo Rezende et al. (1993, p.4),

A proposta de Schutz difere-se da descrição empática, pelo julgamento auto explicativo, no qual a experiência vivenciada junto é semelhante, porque em princípio, ela é só semelhante, mas conserva um núcleo de diferença irreduzível de mim para o outro. O que caracteriza esta tentativa de compreensão é a similitude e não a identidade de se por na pele do outro, daí, não ser possível como fonte direta de conhecimento do outro...

Gostaria de ressaltar que em nenhum momento deste trabalho e nenhum dos autores citados no tocante à empatia, dentre os quais, Fish e Shelly, Travelbee, Tschudin, Botten e Mayeroff são contrários ao que Schutz afirma, pois entende-se que empatia não é sentir pelo outro ("se por na pele do outro!"), mas sim, sentir com o outro.

Perguntada se cultivava o hábito de descansar após o almoço, a cliente referiu ser perda de tempo para ela, ao que eu respondi:

- "Sabe, eu sou adepta de um descanso depois do almoço. Eu já sempre dizia que deve ser algo parecido como 'desligar uma máquina'... Dá uma esfriada, depois liga de novo..."

Durante o período da minha coleta de dados começou uma greve no Setor de Saúde e registrei:

- "Senti certo alívio em poder deixar de coletar dados, pois acreditava que não precisava me violentar a ponto de ter que continuar com a mesma no meio de situação tensa e conflitante que uma greve traz consigo".

A greve continuou e eu estava tentando achar outra maneira para completar meus dados. Registrei:

- "... procurei lembrar que a flexibilidade, ou seja, ser flexível no que programo e não ficar frustrada, nem angustiada quando não dá certo o que planejei, pois deve então existir outro caminho diferente para chegar lá".

A greve terminou . No mesmo dia, à tarde, quebrei o pé. Eis o meu registro:

- "... Assim, com o pé quebrado, me sentindo um tanto limitada e dependente das pessoas, tive que parar. No entanto, vejo que cresci com esta parada. [...] Olhando para trás, foi um tempo bem aproveitado. Só não foi aproveitado para as cousas que eu havia previsto no cronograma".

A enfermeira em Oncologia *cuida de si mesma*, permitindo-se alterar o rumo e a velocidade para atingir os objetivos previamente fixados, demonstrando ter "*feeling*" especial não só para com os outros, *mas para com ela também*, ou melhor, primeiramente para com ela mesma.

Vejamos agora o conceito Fortalecer, que no referencial que utilizo é compreendido e aplicado como *...despertar o poder que existe em cada ser humano, o qual o habilita a funcionar em seus papéis. Implica em reconhecer, reforçar, fortificar, valorizar e respeitar esta capacitação no ser humano*. Zerwekh (1992, p.102) ainda acrescenta, dizendo que "...o fortalecer é fomentado através de um relacionamento de participação mútua, no qual ambos, cliente e enfermeira tem poder igual". Pode, portanto, acontecer um fortalecer mútuo, entre cliente e enfermeira, ou um fortalecer de um ou de outro, ou de nenhum dos dois, dependendo da interação que foi possível ser estabelecida num encontro de enfermagem, ou seja, encontro entre cliente e enfermeira.

Vamos a alguns exemplos:

A cliente ao ser questionada como estava se sentindo em termos de conforto na escala de 0 a 10, referiu que se encontrava no 10. Perguntei então o que a fazia sentir-se assim, ao que respondeu:

- ...consegui um objetivo... porque eu tive muito apoio, gente que me ajudou muito que nem você, Vera [...] eu estava bem, porque vocês me fizeram sentir que eu ia ficar boa [...] eu acho que foi assim a confiança ou talvez a simpatia [...] ter uma pessoa como tinha você lá no CEPON, quando iniciei. Você era uma pessoa que conversava com todo o mundo, dava muito apoio, dava muita força...

Isto corrobora a afirmação de Arruda, Larson e Meleis, quando diz que "Conforto é, às vezes, associado com estados subjetivos de bem estar físico e mental, ou significando a diminuição do sofrimento do paciente"(1992, p.388).

Por outro lado, é interessante constatar que nesta situação acima mencionada a cliente relatou ter sido por mim fortalecida no passado. O conhecimento deste fato, por sua vez, me fortalece no presente, validando assim o meu referencial que diz que através da participação mútua, cliente e enfermeira, ambos podem se habilitar a desempenhar os seus papéis, enquanto cliente e enquanto enfermeira. Travelbee (1982, p.156), já afirmava isto ao dizer que "...uma das características da relação de ajuda é que ambos, enfermeira e paciente, trocam ou modificam seus comportamentos. [...] Se não se produziram mudanças em um ou ambos os participantes, supõe-se que a relação não tenha se estabelecido".

Este fortalecer mútuo pode também acontecer simultaneamente, conforme registro no meu diário de campo, quando do telefonema da cliente perguntando:

-"Como é que ficou a entrevista, Vera? Vai servir para o trabalho? (Respondi que ficou muito boa e que certamente vou utiliza-la.) Ah! que bom. Fico contente."

Eu agradei muito o telefonema e desligamos. Este pode parecer um exemplo simples demais, mas o fato de a cliente ter tomado a iniciativa para me ligar me fortaleceu, como pessoa e como enfermeira. Ao mesmo tempo, percebi que a cliente também se fortaleceu ao ouvir de mim, profissional, que a entrevista, ou seja, as palavras dela tinham qualidade suficiente para serem mencionadas numa Dissertação de Mestrado.

A ENFERMEIRA FORTALECENDO O CLENTE



O CLENTE FORTALECENDO A ENFERMEIRA

Acredito que, muitas vezes, nós profissionais não paramos para enxergar pequenos acontecimentos num encontro de Enfermagem, perdendo com isto a oportunidade de fortalecer e de sermos fortalecidos. Mayeroff (1971, p.53) afirma que: "...Meu cuidado com o outro ajuda a ativar o cuidado dele comigo e de maneira semelhante o seu cuidado comigo ajuda a ativar meu cuidado com ele, fortalece meu cuidado com ele".

Como último conceito a ser mencionado temos o 'Self', que *é tudo aquilo que o ser humano é e tudo o que diz respeito ao que o mesmo denomina 'eu'*, lembrando que Roy (1984) classifica o "self" em físico e pessoal.

Exemplificando, vamos olhar para alguns flashes nos quais ficou em evidência o 'self' de clientes. Fazendo referência ao mesmo questionamento já mencionado anteriormente, quando perguntei à cliente onde na escala 0 a 10 se encontrava em termos de conforto, ela retrucou:

- "Porque eu me sinto ótima, sou feliz, consegui um objetivo que pouca gente consegue, porque eu tive muito apoio..."

Aqui, segundo a classificação de Roy, é o "self" pessoal que está mais saliente, não parecendo demonstrar nenhuma culpa, ansiedade ou falta de poder, que segundo a mesma autora, poderiam advir de problemas com o "self" pessoal.

Questionada sobre como se sentia em relação à mastectomia à qual havia se submetido, a cliente respondeu:

- "...eu estou aqui, minha filha, firme... já me falaram que eu devia reconstituir o seio... Eu não vou fazer isso. [...] Eu me gosto. Me adoro. Me amo".

Aqui, segundo a mesma classificação, temos a evidência do "self" físico, demonstrando que a cliente sente e percebe o corpo dela e que mesmo mutilado ou alterado em sua forma original, ela não refere problemas devido à perda ou à mudança, problemas

estes que podem acompanhar uma mastectomia. Por outro lado, também não demonstra que tenha a sua auto imagem afetada.

A cliente tinha relatado que ia ao cemitério uma vez por semana e quando foi perguntada sobre como se sentia fazendo assim, ela respondeu conforme segue:

- "Me sinto ótima. Aquilo faz parte da minha obrigação, assim de tudo".

Segundo Roy, quando a pessoa apresenta problemas com o "self" pessoal, constituído por sua vez pelo "self" ético-moral-espiritual, "self" consistente e "self" ideal, ela pode experienciar culpa, ansiedade e falta de poder, o que não parece ser o caso com este cliente.

Agora, em evidência o "self" da enfermeira. Após ter atuado junto a clientes com câncer submetidos à quimioterapia por um período de nove anos, fiquei afastada por um período de aproximadamente dois anos, voltando ao setor para desenvolver meu trabalho de dissertação. Registrei no meu diário:

- "... Eu não estava totalmente à vontade e nem estava lá por inteira. Preocupada com os outros que passavam pelo corredor? Eu me testando ali como enfermeira ao estabelecer ou restabelecer uma interação?"

O meu "self" pessoal estava bastante afetado, o que se traduzia nesta ansiedade a que fiz referência

Ao ajudar a transferir uma cliente do leito para a cadeira de rodas a acompanhante me perguntou se eu trabalhava no setor. Respondi que estava tentando voltar a trabalhar ali e acabei fazendo o seguinte registro:

- "Saí estressada... estou começando de novo; preciso de espaço para ser eu, como pessoa e como profissional, sem tomar ou entrar no espaço de outros, mas capaz de conquistar e ocupar o meu atual espaço."

Novamente em destaque maior o "self" pessoal, traduzindo-se em ansiedade e falta de poder para reverter a situação de imediato

Após interrupção na coleta de dados devido à greve no setor de saúde, outro imprevisto:

- "...Assim com o pé quebrado, me sentindo um tanto limitada e dependente das pessoas, tive que parar..."

Eu estava me sentindo não só com o pé quebrado, mas sim com todo o meu "self" físico fraturado.

A greve já havia passado. O pé já havia sarado. Quando decido recomeçar com a coleta de dados um novo entrave, pois que fui solicitada a enviar novo ofício detalhado para dar continuidade à mesma. Registrei:

- "É por demais contundente, mas quando junto todas as minhas forças para recomeçar e 'tocar' o projeto acontece um senão [...] estou com o meu "self" totalmente atordoado, bem enfraquecido [...] sinto-me fragilizada, balançada, mexida..."

Esta falta de poder que experienciei aqui revela mais uma vez que o meu "self" pessoal estava afetado.

Por que optei em trazer estes registros sobre o "self" da enfermeira? Não estariam eles denotando uma fragilidade, uma vulnerabilidade, uma falta de preparo, insegurança por parte da enfermeira? Tschudin (1987, p.127) referindo-se à necessidade que o enfermeiro tem de receber suporte, diz o seguinte:

"...nosso trabalho nos coloca em contato com situações difíceis, mas a expectativa é de que nós não deveríamos reagir às mesmas e que deveríamos ser capazes de colocar à parte os nossos próprios sentimentos porque nós somos fortes e temos aprendido há muito tempo como enfrentar as situações. [...] a cultura na qual trabalhamos nos despersonalizou como pessoas".

Para completar, ela afirma (Tschudin, p.128)",...mas enfermeiros são, em primeiro lugar, pessoas e depois enfermeiros e os clientes, primeiro pessoas também e depois, pacientes. O fato de que nós lidamos com pessoas que são ou estão vulneráveis nos torna vulneráveis também", momentaneamente ou não. Travelbee (1982, p.237), ao falar sobre o

objetivo da supervisão afirma que o mesmo se constitui em "...ajudar o estudante a reconhecer suas reações frente ao paciente e a perceber como estas reações influenciarão suas relações com o mesmo". Portanto, não é o caso de ocultar as nossas reações, mas, através de criações de grupos de suporte multiprofissional, abrir espaços para que as mesmas possam ser expressadas e depois trabalhadas.

Ao admitir estes fatos e refutar a idéia de que nos tornamos profissionais eficientes e calmos (como se isto acontecesse num passe de mágica!) ao colocarmos um uniforme branco, estaremos nos cuidando e nos dando a chance de crescer, como pessoas primeiro e com certeza, como profissionais, conseqüentemente.

6.- REFLETINDO SOBRE O CUIDANDO E SE CUIDANDO

Vivenciei bem de perto, o que é chegar a um desgaste físico e emocional devido a atuação profissional, junto a clientes com câncer e seus familiares. Foi esta a principal razão que me levou a formular minha proposta inicial *Cuidando e Se Cuidando...* procurando sempre coerência com a mesma e lembrando a todo instante dos meus objetivos:

*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.*

Com o intuito de estarmos alertas para evitar que nos desgastemos, e lembrando sempre que precisamos nos reabastecer, cuidando de nós mesmos para assim podermos cuidar de outros, convido para refletirmos juntos:

Temos nos lembrado, na nossa profissão de enfermeiros, que somos, antes de tudo, **peessoas** e não apenas profissionais ?

Temos enxergado e valorizado as **pequenas coisas** que acontecem no nosso cotidiano de enfermeiros ou ficamos esperando por grandes eventos que só acontecem muito raramente?

Temos permitido que outros cuidem de nós?... E temos nós cuidado de nós mesmos?

Temos aprendido a ser mais condescendentes conosco mesmos, conseqüentemente com os outros também, ou continuamos sendo perfeccionistas nas nossas exigências para alcançar níveis de excelência?

Temos procurado estabelecer prioridades para termos tempo para aquilo que é realmente importante para nós ?

Temos conseguido **dizer não** para inúmeras tarefas, funções, papéis que tantas vezes nos dizem que só nós teríamos a capacidade para executar ?

Temos conseguido **ficar em silêncio** para ouvir, escutando a nós mesmos e aos outros ?

Temos conseguido tirar um tempo só para nós ?

Temos observado comportamentos saudáveis, tais como: usar cinto de segurança, exercício físico regular, dieta rica em fibras e pobre em gorduras, etc... ou os mesmos só servem para serem indicados e prescritos a outros ?

Temos descoberto **algo** que nos faça bem, que seja um descompressor social, como: pintar? música? exercício físico? pescar? dormir? conversar?...Ou mesmo dar umas boas gargalhadas?

Temos realmente observado na nossa prática, **valorizar e respeitar o ser humano**, seja ele um aluno, um mestrando, um doutorando, um cliente, um familiar, um subalterno, um colega, um chefe, ou nós mesmos...para sermos coerentes com as Teorias de Enfermagem, que tantas vezes pregamos ?

Sem dúvida, ser Enfermeira em Oncologia não é tarefa das mais fáceis, mas tendo sempre em mente e acreditando que o nosso **enfoque**, enquanto enfermeiros, deve ser o

cuidado ao ser humano e não a cura, é possível sim cuidarmos com todo o nosso "self", de um cliente com diagnóstico de câncer, vindo ele a ser curado, vindo ele a permanecer com a doença em remissão, ou vindo ele a morrer e, ainda assim, sairmos **fortalecidos** por acreditarmos **ter feito e ter sido** o que estava ao nosso alcance.

Também não é tarefa das mais fáceis **cuidar de si mesma** durante um Mestrado, ou outra situação de passagem e ainda assim, manter-se saudável... Mas é possível!

Quero enfatizar aqui a importância do compromisso de qualquer enfermeiro, de qualquer área de atuação profissional, a procurar humanizar-se, estabelecendo uma relação mais criativa e amorosa consigo mesmo e com os colegas, principalmente, descobrindo o compromisso com a valorização e o apoio ao "self" de quem estiver mais perto de nós.

BIBLIOGRAFIA REFERENCIADA

ALVES, Rubem. **Filosofia da ciência: introdução ao jogo e suas regras.** 17.ed. São Paulo: Brasiliense, 1993. 209p.

ARRUDA, Eloita Neves, LARSON, Patrícia J., MELEIS. Afaf I. **Comfort: immigrant hispanic cancer patient's views.** **R. Cancer Nursing**, v.15, n.6, p.387-394. 1992.

BARROS, Aidil de Jesus Paes de, LEHFELD, Neide Aparecida de Souza. **Projeto de pesquisa: propostas metodológicas.** 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1991.

BÍBLIA. N. T. Romanos. Português. **Bíblia sagrada.** Trad. João Ferreira de Almeida. São Paulo: Impres, 1969. p.128.

BOTTEN, Eva. How to survive in cancer care. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON CANCER NURSING, 6, 1990. Amsterdam. **Anais** . Great Britain:GRESHAM, 1991. 181p. p. 154-156.

BRASIL. Ministério do Trabalho. Conselho Federal de Enfermagem Código de Ética dos profissionais de enfermagem. Resolução COFEn 160/93. Rio de Janeiro, 1993.

BUSCAGLIA, Leo. **Amor.** Rio de Janeiro: Record, 1972. p.168.

FISH, Sharon, SHELLY, Judith Allen. **Cuidado espiritual do paciente.** São Paulo: UMHE, 1986.

FISHBEIN, Martin, AJZEN, Icek. **Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research.** Massachusetts: Addison, 1975. 578p.

FROMM, Erich. **Ter ou ser?** Rio de Janeiro: Zahar, 1982. 202p.

GEORGE, Julia B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional.** Tradução de: Nursing theories. Tradução por: Regina Machado Garces. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 338p.

_____. **Nursing theories: the base for professional nursing practice.** 3.ed. New Jersey: Appleton, 1985.

HEINRICH, Kathleen, KILLEEN, Mary Ellen. The gentle art of nursing yourself. **R. American Journal of Nursing**, p.41-45. Oct, 1993.

HERNANDEZ, Carlos Jos. **O lugar do sagrado na terapia.** São Paulo:Nascente/CPPC, 1986.

HORTA, Wanda de Aguiar. Gente que cuida de gente (editorial). **R. Enf. Novas Dimensões**, São Paulo, v. 2, n. 4, p. III, set./out. 1976

KEEN, Peggy. **Caring for ourselves.** [s.l.; s.n.]. [c/a. 1990]

KING, Imogene. **A theory for nursing: general concepts of human behavior.** New York: J. Wiley, 1971.

MARINO, Lisa Begg. **Cancer nursing.** St Louis: Mosby, 1981.

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

MELEIS, Afaf. The meaning of health in the context of nursing science. In: Nurse Theorist Conference. Pittsburg video, 1989.

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

RADÜNZ, Vera. **O conceito "self".** Florianópolis: UFSC / Mestrado em Enfermagem. Trabalho apresentado na disciplina Fundamentos Filosóficos e Teóricos da Enfermagem, 1992.

_____. **Relatório de atuação no CEPON.** Florianópolis: UFSC, 1985. (mimeo.).

RESENDE, Ana Lúcia Magela de et al. **A questão da intersubjetividade na obra de Alfred Shutz**. Florianópolis: UFSC, 1993. (mimeo).

ROY, Sister Callista. **Introduction to nursing: an adaptation model**. 2. ed. New Jersey: P.Hall, 1984

_____. New Jersey:Prentice Hall, 1976.

SILVA, Alcione Leite, ARRUDA, Eloita Neves. Referenciais com base em diferentes paradigmas: problema ou solução para a prática de enfermagem. 1993. (mimeo.).

TISHELMAN, Carol. **Making sense of sickness experience**. Stoc-Kholm: Kongl, 1993.

TORRES, Gertrude. **Theoretical foundation of nursing**. Connecticut: Appleton, 1985.

TRAVELBEE, Joyce. **Intervencion en enfermeria psiquiatrica**. Cali: Organizacion Panamericana de la Salud, 1982.

TSCHUDIN, Verena. **Counselling skills for nurses**. 2. ed. London: Bailliére, 1987.

WATSON, Jean. **A theory of nursing**. Nursing: human science and human care. Connecticut: Appleton Century Fox, 1985.

ZERWEKH, Joyce V. The practice of empowerment and coercion by expert public health nurses. **R. Journal of Nursing Scholarship**, v.24, n.2, p.101-105, 1992.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ACKERMANN, Mary Lee et al. Imogene King: theory of goal attainment. In: MARRINER, Ann. **Nursing theorists and their work**. St. Louis: Mosby, 1980.

ALBERTI, Verena. **História oral: a experiência do CPDOC**. Rio de Janeiro: F.G.V., 1990. Cap.II, p.45-100: A entrevista.

ARRUDA, Eloita Neves. **Aspectos éticos na prática de enfermagem**. Florianópolis: UFSC [s.d.]. (mimeo.).

CARLSON, Richard, SHIELD, Benjamin(org.). **Curar, curar-se**. São Paulo: Cultrix, 1989. 219p.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 2.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FIFE, Betsy L. The conceptualization of meaning in illness. **R. Soc. Sci. Med. Great Britain**, v.38, n.2, p.309-316, 1994.

FLETCHER, Diane Miles. Unconventional cancer treatments: professional, legal, and ethical issues. **Oncology Nursing Forum**, Pittsburgh, v.19, n.9, p.1351-1354, oct. 1992.

FONDA, Jane. **Women coming of age** New York: Simon, 1984. 447p.

GONOT, Paula J. Imogene M. King: a theory for nursing. In: FITZPATRICK, Joyce J., WHALL, Ann L. **Conceptual models of nursing: analysis and application**. Maryland: Prentice Hall, 1984.

HENDERSON, Virginia. International Ng. Research Conference (vídeo). Columbus, may, 1992.

LAING, R. D. **O eu e os outros**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1974. 174p. (Coleção Psicanálise, IV).

LARSON, Patricia J., JENNINGS, Bonnie Mowinski. **The generation of stress in the provision of care**. In: BAIRD, S., CORKLE, R. Mc., GANT, N. A comprehensive textbook.

LESHAN, Laurence. **O câncer como ponto de mutação**. São Paulo: Summus, 1992. 199p.

MORSE, Janice M. **Qualitative nursing research**. London: Sage, 1991. 343p.

PARSE, Rosemarie Rizzo. **Nursing Science: major paradigms, theories, and critiques**. Philadelphia: Saunders, 1987.

PAULA, Wilson Kraemer de. **Releitura da teoria das necessidades humanas básicas**. Florianópolis: UFSC, 1993. 101p. Trabalho para provimento do cargo de professor titular-Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, 1993.

PEIXOTO, Elizabete da Silva. **Auto-imagem: uma visão fenomenológica**. Belo Horizonte, UFMG, 1992. Trabalho desenvolvido para a disciplina de Metodologia da Pesquisa, do Curso de Especialização em Administração da Assistência de Enfermagem em Serviços de Saúde, da Universidade Federal de Minas Gerais, 1992.

POSTLETH WAITE, Linda J. **Fenomenology of self: An experiential approach to the teaching and learning of caring**. [s.l; s.n.]. [c/a. 1990].

REMEN, Rachel Naomi. **O paciente como ser humano**. São Paulo: Summus, 1993. 221p.

RIEHL-SISCA, Jean P. **Conceptual models for nursing practice**. 3.ed. California:Appleton 1989.

SARTER, Barbara. Philosophical sources of nursing theory. **Nursing Science Quartely**, Los Angeles, v.1, n.2, p.52-59, Nov. 1988.

SIEGEL, Bernie S. **Amor, medicina e milagres**. 8.ed. São Paulo: Best Seller, 1989. 291p.

SPRADLEY, J P. **Participant observation**: Holt renehart and Winston. New York [s.n.], 1980.

STRAUSS, Anselm, CORBIN, Juliet. **Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques**. Sage [s.e.] 1990.

ZANCHETTA, Margareth Santos. **Enfermagem em cancerologia: prioridades e objetivos assistenciais**. Rio de Janeiro: Revinter, 1993.

ANEXOS

ANEXO 1

UFSC - CCS - PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

A Enfermeira Vera Radünz, que é também professora da Universidade Federal de Santa Catarina, está desenvolvendo um trabalho com os clientes.

O trabalho procura saber como conseguir que durante um "encontro de Enfermagem" (encontro entre cliente e enfermeira) ambos possam sair mais fortes, auxiliando-os a enfrentar a doença e/ou tratamento.

Se eu concordar em participar do trabalho acontecerá o seguinte:

. Me encontrarei com a Enfermeira Vera Radünz, no setor ambulatorial, hospitalar e/ou na minha casa, onde tentarei responder a algumas perguntas que ela me fará e que eu desejar responder.

. Aceito que a Enfermeira Vera Radünz também obtenha informações a meu respeito no meu prontuário.

. Entendo que não haverá risco para mim em participar deste trabalho, a não ser sentir-me cansado durante o encontro. Se tal ocorrer, solicitarei interrupção.

. Desejo que não haja nenhuma interferência na minha rotina de tratamento e sei que serei atendido neste meu desejo.

. Desejo que todas as informações sejam confidenciais, e que minha identidade não seja revelada, a não ser com minha expressa autorização.

OBS: Qualquer alteração do acima exposto deverá ter minha expressa autorização.

Eu discuti este trabalho com a Enfermeira Vera Radünz e minhas dúvidas foram respondidas. Se eu tiver outras perguntas a fazer sei que poderei telefonar para Vera Radünz, fone: 223 4701.

A minha participação neste trabalho é completamente voluntária. Me sinto livre para recusar ou interromper a participação a qualquer momento, sem que isto interfira no meu tratamento e assistência.

LOCAL E DATA

ASSINATURA

() Concordo com o
uso de gravador

() Concordo que sejam
feitas anotações

ANEXO 2

ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS

1 - CONFORTO: Como está se sentindo neste momento, quão confortável? Mostre-me na caneta, de 0 a 10, onde você está, em termos de conforto. O que o(a) faz sentir assim? Qual seria o seu nível desejado de conforto? O que lhe ajudou/ajudaria a se sentir mais confortável? Quem lhe ajudou/ajudaria?

2 - SELF: O que pensa do seu corpo? Gosta do seu corpo? Que imagem física tem de si mesmo? O que pensa de si? Gosta de si mesmo? Que valor atribui a si? Que tipo de pessoa você pensa que é? Quais os seus pontos fortes? Quais os seus pontos fracos? Como se sente em relação a receber ou dar ajuda?

OUTROS DADOS: Sinais vitais; exercício e repouso; sono, nutrição e hidratação; eliminação; integridade cutâneo-motora; mobilidade; exames laboratoriais; espiritualidade; sexualidade; lazer e recolhimento.

3 - PAPEL: Qual é a sua atividade básica em casa? E no trabalho? Quem toma as decisões em sua casa? Como se sente em relação às decisões que são tomadas na família? E no trabalho? Houve alguma alteração na sua atividade após a doença?

EPÍLOGO

*Nietzsche dizia que
para se fazer um doutoramento
é necessário cultivar a arte de se aborrecer.*

Alves, 1993.