

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM - UNIVERSIDADE CONVENTADA
EXPANSÃO PÓLO III - CONVÊNIO REPENSUL

**ATIVIDADE LÚDICA: UMA CONTRIBUIÇÃO
PARA A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
ÀS MULHERES PORTADORAS DE CÂNCER**

DISSERTAÇÃO

MARGRID BEUTER

FLORIANÓPOLIS - SC
1996

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM - UNIVERSIDADE CONVENIADA
EXPANSÃO PÓLO III - CONVÊNIO REPENSUL

DISSERTAÇÃO

**ATIVIDADE LÚDICA: UMA CONTRIBUIÇÃO
PARA A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
ÀS MULHERES PORTADORAS DE CÂNCER**

Autora: Margrid Beuter

Orientadora: Enf.^a Dr.^a Fanny Viviana López Alegria

Co-orientadora: Enf.^a Ms. Yolanda Flores e Silva

FLORIANÓPOLIS - SC

1996

TÍTULO: ATIVIDADE LÚDICA: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS MULHERES PORTADORAS DE CÂNCER

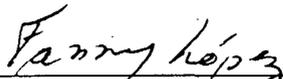
MARGRID BEUTER

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de

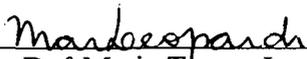
MESTRE EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Aprovada em sua forma final em 01 de abril de 1996, atendendo às normas da legislação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.

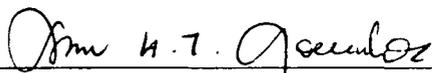
BANCA EXAMINADORA



Dr.^a Fanny Viviana López Alegria
(Presidente)



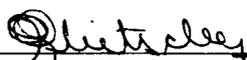
Dr.^a Maria Tereza Leopardi
(Membro)



Dr.^a Lúcia H. T. Gonçalves
(Membro)



Dr.^a Ana Lúcia Magela Rezende
(Suplente)



Doutoranda Elisabeta A. Nietsche
(Membro)

Dedico ao meu marido Toshio e
ao meu filho Rafael com
muito carinho.

AGRADECIMENTOS

Aos professores do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina pelo pioneirismo na implantação da REPENSUL, oportunizando-me a realização do curso de mestrado.

À Fanny Viviana L. Alegria, orientadora, pela dedicação, incentivo, compreensão e competência técnica na realização deste trabalho.

À Yolanda Flores e Silva, co-orientadora, pelo apoio e carinho recebidos, pelo interesse, competência e disposição com que contribuiu neste trabalho.

As colegas Carmem C. Beck, Helena L. Cereser, Laura de A. Guido, Maria Augusta S. Rubin e Rosa Maria B. Gonzales, companheiras desta trajetória, por todos os momentos que convivemos trocando idéias e buscando alternativas para as dificuldades encontradas.

À Elisabeta A. Nietzsche, colega e amiga, por ter contado com seu apoio e sua amizade, por ter dividido momentos difíceis de angústia e incerteza e, também, de alegria na realização do curso.

À Soraia Teixeira Napoleão, pela ajuda e estímulos recebidos num momento importante da construção do trabalho.

À Vera Regina Real, por contar com sua disponibilidade e interesse em auxiliar no trabalho, por sua contribuição valiosa na implantação do curso de mestrado.

À Lia Rauber da Silva, pelo seu esforço, colaboração e dedicação para a efetivação do curso de mestrado; por ter sido incansável frente às dificuldades enfrentadas.

Às colegas do Departamento de Enfermagem da UFSM, pelo incentivo e apoio com que colaboraram para o meu crescimento e aperfeiçoamento profissional.

À Jodith Arboite, colega e amiga, por encontrar apoio e colaboração na implementação da prática de atividades lúdicas.

Aos meus pais, pelo exemplo de vida, pelo amor, pelo incentivo, por poder compartilhar as minhas esperanças, inseguranças e vitórias.

À equipe de enfermagem, pela receptividade, interesse e amizade com que contribuíram na execução do trabalho.

Às mulheres-enfermas, que foram as grandes incentivadoras deste trabalho, que na sua dor e sofrimento mostraram ser possível encontrar momentos de descontração e alegria.

A todas as pessoas que me ajudaram nesta caminhada.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM - UNIVERSIDADE CONVENIADA
EXPANSÃO PÓLO III - CONVÊNIO REPENSUL

ATIVIDADE LÚDICA: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS MULHERES PORTADORAS DE CÂNCER

Margrid Beuter

RESUMO: Este trabalho foi realizado em um hospital público de Santa Maria-RS, com o objetivo de experienciar a prática de atividades lúdicas, fundamentada na Teoria de Joyce Travelbee, construindo uma metodologia de assistência de enfermagem às mulheres com câncer. O foco central foi estabelecer a relação pessoa a pessoa, ajudando a mulher e seus familiares, a enfrentarem e compreenderem a experiência da doença e sofrimento através da prática de atividades lúdicas. O trabalho foi desenvolvido com dezenove mulheres durante o período de onze semanas. Os conceitos utilizados foram: seres humanos, enfermagem, sofrimento, relação de interação, atividade lúdica e ambiente hospitalar, os quais mostraram-se adequados para a prática, assim como a Teoria de Travelbee. Os temas abordados nas atividades lúdicas possibilitaram a expressão de sentimentos como medo, angústia, ansiedade, observando-se que, após a realização das atividades, as mulheres mostravam-se mais tranquilas, confiantes e esperançosas. A prática de atividades lúdicas proporcionou momentos de descontração, alegria e diversão, ajudando-as na melhoria do seu estado de espírito e auxiliando-as no processo terapêutico. O trabalho aponta para a necessidade da enfermagem conscientizar-se da importância da prática de atividades lúdicas com pessoas internadas, tornando assim a hospitalização mais humanizada.

Orientadora: Enf.^a Fanny Viviana López Alegria, Doutora
Co-orientadora: Enf.^a Yolanda Flores e Silva, Mestre

Federal University of Santa Catarina - UFSC
Master's Course in Nursing Assistance
Federal University of Santa Maria - UFSM - Agreed University
Extension Polo III - REPENSUL Agreement

ENTERTAINMENT ACTIVITIES AS A CONTRIBUTION TO WOMEN WITH CANCER OF THE NURSING ASSISTANCE

Margrid Beuter

ABSTRACT: This study was carried out in a public hospital of Santa Maria, RS, with the objective of experiencing the practice of entertainment activities based on the theoretical principles of Joyce Travelbee by building of a nursing assistance methodology directed to women with cancer. The main purpose was to establish a person-to-person relationship, thus helping the sick women and her relatives to cope with and understand the disease and suffering by using some entertainment practices. The activities were done with nineteen women during an eleven week period. The concepts which were used were: human beings, nursing, suffering, interaction, entertaining activities and hospital environment, which were considered appropriate for the practice, as well as the Travelbee Theory. The themes which were developed in the activities have made it possible for the women to express feelings such as fear, anguish, anxiety; and it was observed that, after the activities, the women were more calm, self-assured and hopeful. The practice of these entertaining activities has provided the women some happiness, fun and cheerfulness, thus helping in the improvement of their mood and in the therapeutical process. This study stresses the necessity for the nursing staff to become aware of the importance of entertaining the inpatients, making the hospitalization more humanized.

Adviser: R.N. Fanny Viviana López Alegria, Ph.D.

Co-Adviser: R.N. Yolanda Flores e Silva, Ms.

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS	11
LISTA DE ANEXOS	12
1 - INTRODUÇÃO	13
1.1 - Objetivos.....	19
1.1.1 - Objetivo geral	19
1.1.2 - Objetivos específicos.....	19
2 - REVISÃO DE LITERATURA.....	20
2.1 - Aspectos relacionados ao câncer	20
2.1.1 - Etiologia do câncer	21
2.1.2 - Diagnóstico do câncer	22
2.1.3 - Tratamento do câncer.....	24
2.1.4 - Assistência de enfermagem às necessidades psicobiológicas.....	27
2.1.5 - Assistência de enfermagem às necessidades psicossociais.....	29
2.1.6 - Assistência de enfermagem às necessidades espirituais.....	31
2.2 - A atividade lúdica como um instrumento de humanização da assistência	34
2.2.1 - Condições para o desenvolvimento de atividades lúdicas	37
2.3 - A Teoria de Joyce Travelbee	42
2.3.1 - A relação enfermeira e enfermo	43
2.3.2 - Conceitos elaborados para compor o marco conceitual.....	49

	10
3 - METODOLOGIA.....	53
3.1 - Campo de prática	53
3.2 - Pessoas assistidas	54
3.3 - Descrição do desenvolvimento da prática	55
3.4 - Sistematização dos dados coletados.....	58
3.5 - Atividade desenvolvida com a equipe de enfermagem.....	60
3.6 - Processo de enfermagem segundo Travelbee	60
4 - VIVÊNCIAS - O COTIDIANO DA MULHER HOSPITALIZADA COM CÂNCER	65
4.1 - Conhecendo e compreendendo as mulheres com câncer.....	66
4.2 - A prática de atividades lúdicas.....	69
5 - AVALIAÇÃO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL A PARTIR DO MARCO CONCEITUAL	135
5.1 - Fases da relação enfermeira/mulher-enferma.....	135
5.2 - A relação dos conceitos com a prática assistencial	139
5.3 - Resultados da aplicação do roteiro de observação	147
5.4 - Avaliação da prática assistencial pela equipe de enfermagem.....	149
6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	153
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	158
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.....	162
ANEXOS.....	164

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Fases da relação enfermeira e enfermo de Travelbee e Hobbie/Lansinger.	45
QUADRO 2 - Atividades lúdicas desenvolvidas durante a prática assistencial.....	57
QUADRO 3 - Processo de enfermagem adotado.....	64
QUADRO 4 - Diagnóstico das mulheres internadas em um hospital público de Santa Maria.	67

LISTA DE ANEXOS

ANEXO I - Roteiro de observação da mulher/atividade lúdica	165
ANEXO II - Formulário para entrevista das mulheres com câncer	166
ANEXO III - Relaxamento e visualização de Leticia (SIMONTON et al. 1987)	168
ANEXO IV - Solidão (poesia da mulher-enferma Carla)	170
ANEXO V - Direitos do paciente hospitalizado (GAUDERER 1993)	171

1 - INTRODUÇÃO

A opção de trabalhar com mulheres com câncer, através da prática de atividades lúdicas na busca de uma assistência de enfermagem mais humanizada, é o resultado da minha experiência de vários anos trabalhando com pessoas portadoras de doenças crônicas e terminais.

No decorrer destes últimos anos, atuando como docente em um hospital da rede pública de Santa Maria, venho me defrontando com a dor e o sofrimento dessas pessoas. São jovens, adultos e idosos que sofrem em silêncio, recolhidos na sua dor, na sua angústia, no seu desespero frente à situação vivida. Eles precisam, além de um atendimento técnico e científico competente da equipe de enfermagem, atenção, carinho e compreensão para alívio de sua tensão emocional relacionada à enfermidade.

No entanto, o que mais se observa é uma equipe de enfermagem com dificuldade de perceber o enfermo na sua dimensão “humana”, preocupada em prestar cuidados corporais, muitas vezes desconsiderando suas necessidades mentais, sociais e espirituais.

A convivência com esta realidade mostrou-me que a enfermagem precisa repensar sua prática, criar novas estratégias de assistência para proporcionar um atendimento mais humanizado, uma assistência de enfermagem que esteja voltada para as necessidades da pessoa “doente”, enquanto cidadão.

Ao ingressar no Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, cursei várias disciplinas que me ajudaram na fundamentação de uma proposta assistencial. Através das disciplinas integradas de Prática Assistencial de Enfermagem, Educação e Assistência de Enfermagem e Aspectos Éticos na Assistência de Enfermagem, realizei uma prática assistencial

com mulheres portadoras de câncer, internadas na unidade de Clínica Médica de um hospital da rede pública de Santa Maria.

A proposta da prática assistencial teve como objetivo proporcionar às mulheres com câncer, momentos de alegria e descontração, através da prática de atividades lúdicas, buscando uma assistência mais humanizada e pensando em contribuir no processo terapêutico.

A escolha em desenvolver o trabalho com mulheres, ocorreu por sentir mais afinidade com os problemas, anseios, angústias e necessidades de pessoas do meu sexo. O fato de ser mulher, mãe e esposa faz com que compartilhe de muitos sentimentos com estas mulheres. O sofrimento relacionado à alteração da imagem corporal, a preocupação de quem vai cuidar das crianças que ficaram em casa e com o companheiro, com o qual, às vezes não pode dividir seus medos, temores e inseguranças, são sentimentos presentes durante a hospitalização destas mulheres.

A vivência desta prática assistencial foi uma experiência gratificante, pois pude constatar como eram agradáveis, tanto para mim como para elas, os encontros nos quais desenvolvia atividades lúdicas. Foram encontros em que elas puderam externar seus medos, suas tristezas, suas angústias e refletirem sobre o seu modo de vida.

Reconhecendo a importância do ludismo para o ser humano, percebi a necessidade de dar continuidade a este trabalho, com aprofundamento da temática na dissertação de mestrado. Foi também uma oportunidade de relatar uma vivência com mulheres com câncer, embasada na teoria de enfermagem de Joyce Travelbee.

A teoria de Joyce Travelbee foi adotada neste estudo com o propósito de auxiliar as mulheres, através das relações interpessoais entre estas e a equipe de enfermagem, buscando compreender e vivenciar com menos sofrimento as questões conflitivas relacionadas à enfermidade e ao tratamento.

Através do processo interativo com as mulheres, foram elaborados conceitos como ser humano, enfermagem, sofrimento, entre outros, buscando dar apoio teórico, ao se levantar questões como “medo da morte”, “medo do tratamento”, “medo da dor”, sentimentos e pensamentos que estavam permanentemente presentes durante a hospitalização.

As mulheres dessa unidade, em grande parte, mostravam-se inseguras e angustiadas, pois eram submetidas a um longo tratamento especializado e oneroso, que muitas vezes não oferecia garantia de cura. Eram mulheres que geralmente vinham de outras cidades da região para o hospital, a fim de cumprir a rotina de tratamento. Muitas delas encontravam-se na fase produtiva de suas vidas, sendo obrigadas a abandonar seus empregos ou seus estudos, devido às suas condições físicas e pela exigência de continuidade de seu tratamento hospitalar. O tratamento exigia internação hospitalar freqüente e, muitas vezes, prolongada.

Coloca com propriedade SILVA (1992, p. 6) que, “a hospitalização, por mais simples que seja o motivo, tende a levar a uma experiência negativa. O desconforto físico, moral, espiritual e o medo da morte podem gerar sofrimentos.” A mulher com câncer no hospital é invadida por várias inquietações: medo em relação ao tratamento, à dor, à morte, solidão, dependência e impotência frente às atividades cotidianas como alimentação e higienização.

Para LANDMANN (1985), os hospitais são estruturados visando beneficiar o trabalho profissional, facilitando e tornando mais eficiente o tratamento de um grande número de pessoas. Os enfermos são distribuídos por unidades: de neurologia, de ortopedia, de urologia, de oncologia, de hematologia, etc., de acordo com a definição de suas desordens, sendo, então, submetidos a procedimentos terapêuticos e administrativos padronizados. Uma das conseqüências dessa ação é a despersonalização do enfermo. De um momento para outro, pessoas normais e ativas são institucionalizadas, tornando-se dependentes, ansiosas, estigmatizadas com seus diagnósticos e servis. A autonomia das pessoas é reduzida a níveis mínimos.

Como a maioria das instituições de saúde, o hospital da rede pública de Santa Maria também não oferece às pessoas com câncer uma estrutura que favoreça um atendimento mais humanizado, tornando-as tristes, inseguras e ansiosas.

As pessoas, no hospital, ficam expostas a um ambiente estranho e impessoal, onde o relacionamento dos profissionais de saúde com elas caracteriza-se pela distância, formalidade, informações rápidas e a utilização de terminologias técnico-científicas.

Nesta perspectiva, a humanização do ambiente hospitalar onde se encontra a pessoa com câncer, faz-se necessária. Uma das formas de contribuição da enfermagem para tornar mais humana a hospitalização pode ser o desenvolvimento de atividades lúdicas. Estas atividades possibilitam uma melhor interação enfermeira* /enfermo, como coloca MANZOLLI (1987, p. 2), “o relacionamento enfermeiro-paciente, através de uma atividade lúdica, dá oportunidade para que a relação hierárquica entre ambos ceda lugar a uma relação mais horizontal.”

A atividade lúdica possibilita um relacionamento interpessoal entre a enfermeira e o enfermo, no qual ambos podem compartilhar a experiência da doença, do sofrimento e da dor, utilizando, para tanto, instrumentos lúdicos que podem amenizar a crise vivida naquele momento.

Existem atividades lúdicas que podem ser utilizadas, como: desenho, pintura, filme, sessão de anedotas, colagens, etc., que podem proporcionar às pessoas hospitalizadas, momentos de descontração, alegria, relaxamento, distração, ajudando-as a melhorar o seu estado de espírito, fazendo-as encarar melhor a situação vivenciada e auxiliando-as na sua recuperação.

* Utilizo o termo ENFERMEIRA sempre que a citação for de minha autoria, levando em conta o maior número de mulheres na profissão, e como tentativa de modificar um pouco a linguagem instituída convencionalmente, desmistificando a idéia do “masculino” em uma profissão predominantemente feminina.

A melhoria nas relações entre a enfermeira e o enfermo não deve ser considerada meramente como uma função social, mas também como um componente terapêutico. Essa relação deverá proporcionar um alívio nas suas inquietações, contribuindo na melhoria da sua qualidade de vida.

As pessoas com câncer encontram-se acometidas de desequilíbrios orgânicos, portanto emocionalmente fragilizadas. A doença é um fator que afeta seriamente o seu estado emocional. As atividades lúdicas praticadas com a mulher neste trabalho, buscam atingi-la nos aspectos físicos, psicológicos, sociais, mentais e espirituais, para estabelecer o equilíbrio mental e energético do organismo contribuindo no seu processo terapêutico. A atividade lúdica, ao propor o bem-estar físico, psíquico, social e moral da mulher, busca atingir uma assistência mais humanizada.

McLuhan, apud ALMEIDA (1990, p. 195), diz que “não há diferença entre educação e diversão. Educar ludicamente não é jogar lições empacotadas para o educando consumir passivamente. Educar não é um ato inconsciente - ver o que acontece - é um ato consciente e planejado. É tornar o indivíduo consciente, engajado e feliz no mundo.” A atividade lúdica tem a finalidade de levar as pessoas a elaborar seus conhecimentos e sentimentos, proporcionar a troca dos mesmos e refletir sobre as experiências vivenciadas.

Encontram-se registros na literatura que enfocam os benefícios propiciados às pessoas internadas, através da implantação de programas que tornem o ambiente hospitalar um espaço que possibilite momentos de descontração, alegria e criatividade.

Esta idéia é reforçada por COUSINS (1992) quando relata um caso ocorrido no hospital da Duke University, em Durham, Carolina do Norte, nos Estados Unidos, onde uma pessoa que sofria de otite média grave (inflamação do ouvido médio) sentia-se melhor quando a enfermeira lia trechos da coleção de contos de Woody Allen. O prazer proporcionado bloqueava qualquer nervosismo que poderia interferir na eficácia da medicação, conforme

percebeu a enfermeira. Apesar de não ter sido procurada comprovação, através de medições fisiológicas, de que os fatores psicológicos pudessem interferir no tratamento médico, a estratégia da enfermeira ganhou aprovação das autoridades hospitalares.

O mesmo autor cita que o “Saint Joseph’s Hospital”, em Houston, Texas, nos Estados Unidos, reformou um andar do prédio, dedicando-o às pessoas com câncer. Este andar comportava um salão mobiliado com poltronas, um cantinho de arte, aparelhos de áudio e vídeo e uma biblioteca** . Este salão tornou-se a antítese de tudo o que é normalmente associado à idéia de um hospital e era o local preferido das pessoas internadas, comprovando os efeitos salutareos de um ambiente mais “soft”, dentro do contexto vivenciado normalmente.

Existem ainda autores como BELLERT et al. (1989) que consideram a importância do uso do humor na enfermagem oncológica como parte do processo de enfermagem ao prestar cuidados aos enfermos e seus familiares. O humor pode ser um instrumento vital de comunicação e um mecanismo de compensação para os membros da equipe de oncologia, assim como para os que estão internados. Ele pode trazer alívio espontâneo do medo, da ansiedade, da raiva e da depressão. Frente às muitas incertezas, pode-se usar o humor para melhorar o dia a dia e a qualidade de vida dos que necessitam de hospitalização.

Através dessas colocações, percebe-se a importância da prática de atividades que proporcionem uma melhoria no estado emocional das mulheres e propiciem um ambiente hospitalar humanizado, contribuindo para o seu tratamento terapêutico. É nesta perspectiva e entendendo a importância dos aspectos mentais na determinação das doenças, que procurei focalizar o desenvolvimento da prática assistencial na questão lúdica, na contribuição que o lúdico pode trazer para a recuperação e melhoria das condições de saúde das mulheres com quem trabalhei.

** Espaços assim são chamados de “salas de meios” ou mediateca e fazem parte de estudos feitos pela Biblioteconomia sobre terapia associada à biblioterapia e atividades lúdicas.

1.1 - Objetivos

Considerando o aspecto lúdico como uma contribuição na assistência de enfermagem, desenvolvi os seguintes objetivos:

1.1.1 - Objetivo geral

- Experienciar a prática de atividades lúdicas fundamentada na Teoria de Joyce Travelbee, construindo uma metodologia de assistência de enfermagem às mulheres com câncer, em uma unidade de internação de um hospital público de Santa Maria.

1.1.2 - Objetivos específicos

- Elaborar e implementar o marco conceitual e o processo de enfermagem baseados na Teoria de Joyce Travelbee.
- Avaliar a prática de atividades lúdicas desenvolvida à luz do marco conceitual adotado.

2 - REVISÃO DE LITERATURA

Ao trabalhar com mulheres portadoras de câncer, faz-se necessário o conhecimento dos principais aspectos relacionados com a doença. Compreende-se a complexidade do tema e sua abrangência; no entanto, foram considerados os pontos mais relevantes que subsidiaram a aplicação do marco conceitual no desenvolvimento da prática assistencial.

2.1 - Aspectos relacionados ao câncer

O câncer não escolhe suas vítimas, que estão presentes em todas as raças e níveis sócio-econômicos. Acomete pessoas de todas as faixas etárias. O câncer é diferente de qualquer outra doença humana, podendo atingir qualquer órgão do corpo e causar os mais diferentes distúrbios nos sistemas corpóreos.

BEYERS e DUDAS (1989, p. 196) citam que “existem mais de 200 tipos de malignidades que são representadas pela palavra *câncer*, que pode ser curável, crônico ou rapidamente fatal.” Atualmente, com os avanços tecnológicos, as possibilidades de cura para os diferentes tipos de câncer têm sido cada vez mais animadoras. No entanto, pouco ainda se tem investido nos aspectos emocionais da pessoa com câncer, que é acometida de medo, angústia, depressão, dúvida e outros temores. HADDAD et al. (1993, p. 200) afirmam que “dentre as doenças crônico-degenerativas, o câncer é a que causa maior desequilíbrio emocional no paciente e seus familiares, pois, em nossa sociedade, esta moléstia tem a conotação de sofrimento, dor, degradação e morte.”

No tratamento de pessoas portadoras de câncer não se pode perder de vista as suas necessidades físicas e também as suas necessidades emocionais, sociais e espirituais. Farias, apud FARIAS e CAMARGO (1985, p. 157) se refere a esta questão, enfatizando “se queremos tratar o doente e não somente a doença, devemos nos preocupar com seu aspecto emocional tanto quanto físico.”

2.1.1 - Etiologia do câncer

Existem muitas controvérsias sobre as causas do câncer. A maioria dos pesquisadores concorda que o câncer tem várias causas.

Para BEYERS e DUDAS (1989, p. 197), “o consenso geral, embora freqüentemente criticado, é de que 70 a 90% dos casos de câncer são de origem ambiental, isto inclui os hábitos pessoais (dieta, fumo) e o ambiente externo.” Os autores classificam as causas em dois grandes grupos: os fatores do hospedeiro (genética, raça, sexo, situação geográfica, fatores econômicos e resposta-imune) e os agentes externos (químicos, radiação e vírus).

O aspecto psicológico como fator desencadeante do câncer é idéia compartilhada por SIEGEL (1989), COUSINS (1992) e SIMONTON (1990), que defendem a influência da mente sobre a reação imunológica. Os autores expressam em suas obras o poder que a mente exerce sobre o corpo, cada qual trazendo sugestões de como podemos enfrentar a doença usando as potencialidades do corpo/mente/espírito.

BAUER et al. (1991, p. 32) entendem que, “o fator psicológico, por muitas vezes, contribui para o desenvolvimento de doenças e pode alterar o quadro clínico de um paciente. Desta forma, experiências negativas podem colaborar para o surgimento de doenças psicossomáticas. Acreditamos que o fator psicológico contribui de maneira significativa para a

gênese do câncer, apesar de reconhecermos que existem muitos outros fatores de risco que também estão envolvidos no aparecimento da doença.”

As autoras levantam questionamentos tais como: “se estamos frequentemente expostos a todos estes fatores, por que umas pessoas desenvolvem câncer e outras não? Será uma predisposição hereditária ou sentimentos negativos interiorizados, resultantes dos enfrentamentos da vida?” Colocam que ainda não encontraram respostas para tais indagações, talvez por não se dar a devida importância ao fator psicológico como causa primária de muitas doenças.

2.1.2 - Diagnóstico do câncer

A investigação diagnóstica tradicional geralmente exige a hospitalização da pessoa. Isto implica em que o contato com o hospital ocorrerá em uma situação de intensa carga emocional, na qual o enfermo encontra dificuldade em lidar com seus problemas.

O hospital é um ambiente novo, desconhecido, com normas e rotinas, onde o enfermo perde a sua autonomia e sua individualidade, é um fator desencadeante de tensões que geram ansiedades. A respeito da equipe de saúde, SILVA (1992, p. 40) afirma que “é inegável a impessoalidade com que vem sendo realizado o tratamento das pessoas hospitalizadas, em que alguns enfermeiros nem se aproximam dessas pessoas, e um bom número de médicos prescreve a medicação por telepatia, sem tocar-lhes nem falar-lhes.”

A percepção que se tem é que a equipe de saúde a cada dia está se distanciando mais das pessoas (principalmente as que têm doenças distinguidas como malignas), procurando elaborar o diagnóstico através de exames laboratoriais e instrumentais, evitando ao máximo o contato direto com elas.

Conforme colocam PAIVA e PINOTTI (1988, p. 127), “durante o período de exames para a investigação do diagnóstico, o doente sofre com a ansiedade frente aos exames em si, muitas vezes dolorosos, desconfortáveis e invasivos, bem como com a ansiedade frente aos resultados neles encontrados.”

Esta é uma fase bastante estressante, pois a partir dos resultados dos exames é que seu futuro será traçado, bem como suas esperanças e seu projeto de vida. Portanto, é importante considerar, como ressaltam FARIAS e CAMARGO (1985, p. 157) que, “ficar doente (qualquer doença), não é, certamente, uma experiência agradável. Ainda mais de câncer, onde os tratamentos disponíveis podem ser longos, caros, complicados e mutilantes. É importante ter em mente que alguns sentimentos trazidos com o diagnóstico e tratamento de câncer, como medo, raiva, tristeza, são apropriados para a situação.”

Fica assim evidenciada a fragilidade e a vulnerabilidade de quem está no ambiente hospitalar (podendo se ressaltar a mulher, pessoa a quem dirijo a minha prática), onde freqüentemente percebe-se a negação de seus direitos, como o conhecimento do seu diagnóstico e tratamento. Considera-se essa situação como uma consequência da formação tecnicista dos profissionais da saúde, cuja preocupação é tratar o problema físico e ignorar a questão “humana”.

O fato de não se informar o diagnóstico, apenas ajuda a aumentar a angústia, o medo, provocando aflição e insegurança pela incerteza do que está acontecendo com seu organismo. Nesse sentido, concorda-se com SILVA (1992, p. 43) quando afirma: “...a falta de informação dificulta e, às vezes, impede a colaboração da pessoa enferma no tratamento, podendo até prejudicá-lo. Tal fato, quando ocorre, constitui sempre um problema, visto ser importante que elas também sintam-se responsáveis pela sua recuperação, participando ativamente do tratamento e tendo a liberdade para expressarem suas necessidades, sentimentos e opiniões.”

O direito à informação não pode ser negado à mulher ou a qualquer outra pessoa, enquanto cidadãos responsáveis de direito por seus atos. Portanto, a equipe de saúde deve estar atenta às manifestações que identifiquem o momento adequado de revelar o diagnóstico. A revelação de um diagnóstico de câncer é uma situação estressante e, como afirmam BAUER et al. (1991, p. 27), “o saber que tem câncer é recebido pela maioria dos pacientes com medo, ansiedade, angústia, dúvidas e raiva. A intensidade desses sentimentos vai depender da personalidade e vivência de cada indivíduo.”

Acredito que este processo pode ser menos doloroso no momento em que uma pessoa que esteja com câncer, encontre espaço para expressar seus sentimentos e emoções relacionados à sua doença, seu adoecer, sua vida e sua morte. As atividades lúdicas seriam, nestes casos, o instrumento que abriria espaço para o exercício da expressão, seja através de uma comunicação verbal (através da fala, da escrita ou do choro) ou não-verbal, com todos os signos que compõem a linguagem simbólica dos seres humanos. As enfermeiras e demais membros da equipe de enfermagem atuariam como decodificadores desta expressão, oferecendo suporte e alívio para o enfrentamento dessa realidade.

2.1.3 - Tratamento do câncer

O tratamento do câncer, para os enfermos, é uma fase de expectativa, medo e ansiedade que pode ser exacerbada pela falta de esclarecimentos sobre a dinâmica e efeitos da terapêutica pela equipe de saúde.

Como ressaltam PAIVA e PINOTTI (1988, p. 129), “o tratamento do câncer desperta ansiedades no doente, que estão relacionadas diretamente com a morte e o sofrimento, já que esse é o mito que envolve a doença e que, por vezes, é confirmado pela própria realidade.”

O medo que as pessoas têm do câncer e do seu tratamento estão relacionados com imagens de uma morte longa e dolorosa, onde o maior temor é o efeito da doença sobre elas. Esses temores das pessoas têm origem na percepção social e psicológica individual da doença, conforme ZANCHETTA (1993, p. 9-10), envolvendo “o medo de todos ao sofrimento prolongado nas etapas terminais, os conceitos de decomposição, sujidade e contagiosidade da doença, o medo que justifica o afastamento inconsciente das outras pessoas de ver um destino terrível que poderia ser o seu próprio e a idéia de que tais doenças não são objetos propícios de dedicação social e econômica.”

A autora complementa, colocando que estes fatores fazem com que o mito da doença agrave temores reais como a dor, a desfiguração, a mutilação, a perda da sexualidade ou a auto-estima baixa e a necessidade de superação de problemas pessoais a serem enfrentados em decorrência da cirurgia oncológica, da radioterapia e da quimioterapia, assim como o medo da recidiva e da morte.

Portanto, são comuns estes sentimentos frente ao tratamento, pois as terapias convencionais do câncer, como a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia são agressivas e dolorosas, podendo levar a alterações na imagem física. Uma cirurgia radical pode levar à perda de uma parte do corpo ou resultar em mudanças e/ou perdas nas funções orgânicas. O emagrecimento, a fadiga, a alopecia resultantes da quimioterapia, contribuem para a constante agressão à imagem corporal.

Infelizmente, a alteração da imagem corporal das pessoas com câncer não é considerada um problema relevante pelos profissionais da equipe de saúde. No entanto, para muitas pessoas, conforme colocam SMELTZER e BARE (1993, p. 319), “a perda de seus cabelos representa uma grande ameaça à imagem corporal, despertando sentimentos de ansiedade, tristeza, raiva, rejeição, ridículo e isolamento. Pode interferir nos seus relacionamentos interpessoais e na sua sexualidade.”

A enfermeira tem um importante papel neste momento, atuando de forma a ajudar na exteriorização de sentimentos diante da ameaça de mudança da imagem corporal. No caso das mulheres, este apoio pode ser o de auxiliar e de estimular a valorização de sua imagem, encorajá-la a adquirir acessórios como peruca ou chapéu, para ajudá-la a se sentir mais atraente.

Para algumas pessoas, a doença é um aprendizado, um momento para repensar a sua vida. Como afirmam BEYERS e DUDAS (1989, p. 236), “as mudanças nas funções físicas ou psicológicas nem sempre resultam em problemas. Os pacientes aprendem a dominar dificuldades físicas; muitos relatam que sua confrontação com o câncer levou à reavaliações de suas vidas e valores, bem como a experiências de vida mais ricas e profundas.”

Assim sendo, a enfermagem pode ajudar estas pessoas a compreender a doença, o sofrimento que estão vivendo e encontrar um significado para esta experiência. Como coloca Travelbee, apud FISH e SHELLY (1986, p. 45), “o propósito da enfermagem é auxiliar o indivíduo, a família ou a comunidade a prevenir ou enfrentar a experiência de doença e sofrimento e, se for necessário, encontrar o sentido destas experiências.”

Através da doença e do sofrimento, é possível procurar e encontrar um propósito e um sentido para iniciar uma nova vida, mudar objetivos e perspectivas. Com isto, tem-se a oportunidade de compreender a enfermidade como parte do processo de viver.

Desta forma, como ressaltam PAIVA e PINOTTI (1988, p. 131), é necessário que, “um ponto relevante no tratamento do paciente canceroso seja o de trabalhar objetivando resgatar o sentido de vida, para que este reúna forças internas para conseguir participar ativamente e integralmente de seu tratamento e viver realmente a vida que tem; quando, nesse momento, está vivendo e morrendo ao mesmo tempo.”

2.1.4 - Assistência de enfermagem às necessidades psicobiológicas

O atendimento das necessidades psicobiológicas do enfermo ainda é priorizada pela enfermagem frente às necessidades psicossociais, emocionais e espirituais. Desta forma, a enfermeira procura proporcionar, no ambiente hospitalar, cuidado corporal, conforto físico, terapêutica medicamentosa, equilíbrio cárdio-respiratório, segurança física, preservação e promoção da integridade cutânea-mucosa e outros cuidados necessários para atender às necessidades físicas das pessoas.

Todos estes cuidados de enfermagem relacionados são fundamentais para a restauração da saúde das pessoas; entretanto, para atender seus conflitos emocionais, é necessário assisti-las nas suas necessidades psicossociais e espirituais.

Assim, concorda-se com BAUER et al. (1991), quando afirmam que, para cuidar efetivamente de uma pessoa, deve-se considerá-la, antes de tudo, um ser humano que tem preocupações, medos e conflitos semelhantes aos nossos; assim, devemos desenvolver sensibilidade, percepção e comunicação.

A assistência à pessoa com câncer não deve limitar-se somente à terapêutica medicamentosa e cuidados de rotina. Necessita envolver valores pessoais, que oportunizem ver esta pessoa como ser humano, que embora esteja doente e hospitalizada, mantém a mesma identidade pessoal que tinha antes de ser internada.

Nesse sentido, prestar assistência de enfermagem à pessoa com câncer não é apenas lidar com o seu corpo, mas também com seus sentimentos, com seus ideais e com a sua própria vida. O cuidado de enfermagem deve estar dirigido para a recuperação da saúde física e mental do enfermo. A saúde mental, para TRAVELBEE (1982), caracteriza-se por três tipos de atitudes ou comportamentos do indivíduo, tais como: atitude para amar, capacidade para enfrentar a realidade e capacidade de encontrar um sentido na vida.

A atitude para amar é a mais importante dessas capacidades e conforme TRAVELBEE (1982, p. 14), “é a capacidade de amar a si mesmo e a capacidade de transcender concomitantemente o eu, e amar os outros.” O enfermo, ao resgatar sua atitude para amar, adquire confiança em sua capacidade de enfrentar a doença e consegue aceitar suas próprias limitações. Esta atitude o ajudará a desenvolver sua auto-estima, a renovar suas esperanças, a superar dificuldades e a reencontrar a alegria de viver.

A capacidade para enfrentar a realidade tal como é, e não como se desejaria que fosse, para TRAVELBEE (1982, p. 16), “requer um sentimento de identidade como ser humano único e diferente - capaz de dirigir seu próprio comportamento.” Inclui, também, o sentido do humor, a capacidade de rir de si mesmo e de seu próprio comportamento. A atitude para enfrentar a realidade exige tomar decisões para resolver problemas. As decisões devem ser tomadas com consciência e conhecimento de suas conseqüências: a pessoa deve viver com sua decisão sem culpar os outros.

Enfrentar a realidade é compreender que o ser humano está exposto à alegria, ao amor, à felicidade, à doença, à culpa, à depressão e a todo tipo de emoções conflitantes que se encontram na humanidade. Assim, TRAVELBEE (1982, p. 17) justifica que “somente quando enfrentamos as crises de nossa condição humana, poderemos crescer e desenvolvermo-nos como seres humanos autênticos.”

Acredito que a pessoa com câncer precisa da ajuda da enfermeira na identificação de seus problemas para que possa enfrentá-los de forma realista, participar ativamente da experiência e, se possível, encontrar soluções para eles.

A capacidade para encontrar sentido na vida se manifesta principalmente a partir da adolescência quando se pergunta: “Quem sou?”, “Aonde vou?”. TRAVELBEE (1982) considera que os seres humanos precisam de uma orientação e um propósito para viver.

Acredita-se que a necessidade de encontrar um sentido na vida é tão importante quanto a necessidade de alimento e água.

A filosofia de vida, de acordo com TRAVELBEE (1982), deve incluir o significado e propósito de viver, deve ser uma filosofia funcional, não um sistema abstrato de crenças, pois que, nos momentos de grande tensão, sofrimento, dor física, doença e solidão, o indivíduo percebe se a sua filosofia de vida realmente funciona.

2.1.5 - Assistência de enfermagem às necessidades psicossociais

O hospital é um lugar de despersonalização do enfermo que, através de suas normas e rotinas rígidas e inflexíveis, favorece um ambiente de solidão e isolamento que geram ansiedade, angústia, insegurança e outros sentimentos.

Desta forma, entende-se que uma das formas de suprir as necessidades psicossociais é atender a necessidade de comunicação do enfermo. Segundo FERRAZ et al. (1986, p. 53), “tanto a comunicação verbal quanto a não-verbal são essenciais para o relacionamento humano.”

Por meio da comunicação verbal, o enfermo poderá ter conhecimento de sua situação, esclarecer dúvidas relacionadas com sua doença e ainda terá oportunidade de expressar seus sentimentos. Por outro lado, a comunicação não-verbal pode ser estabelecida pelo toque da enfermeira na pessoa, e/ou ficando próxima dela, mostrando-se solidária com seus problemas.

A comunicação não-verbal ainda pode incluir mensagens enviadas e recebidas por meio de sinais, gestos, expressão facial, pela postura, tom de voz e outros. TRAVELBEE (1982) considera que a comunicação não-verbal prescinde das mensagens verbais, mas é pouco provável que o indivíduo, na comunicação verbal, deixe de utilizar a comunicação não-verbal.

Assim, é possível dizer-se que, em toda interação enfermeira/enfermo, a comunicação não-verbal está presente durante a comunicação verbal.

No entanto, percebe-se que a enfermagem investe pouco na comunicação não-verbal ao assistir os enfermos, decorrência da impessoalidade da vida moderna atual, conforme nos coloca MONTAGU (1988, p. 19) “tornamo-nos estranhos uns aos outros, não só evitando todas as formas de contato físico *desnecessário*, como ainda precavendo-nos contra as mesmas; figuras anônimas num cenário atulhado, pessoas sem rosto, solitárias e temerosas da intimidade.”

No entanto, a comunicação não-verbal é um instrumento importante na relação enfermeira e enfermo, pois, às vezes, apenas estar próximo e segurar a mão de quem está hospitalizado, pode ser mais valioso do que o uso das palavras.

O atendimento da necessidade gregária da pessoa com câncer é outra forma de suprir uma necessidade psicossocial. A enfermeira, para atender a esta necessidade gregária, deve procurar demonstrar a sua presença, evitar deixá-la muito tempo sozinha, isolada em um quarto. O estudo de TAKITO (1985, p. 45) mostra que “o fato de os pacientes compartilharem a enfermaria com outros pacientes, mostrou mais respostas favoráveis do que a privacidade, que o companheirismo e a ajuda mútua foram mais importantes que a privacidade oferecida pelos quartos. Os pacientes reportavam-se uns aos outros como amigos, companheiros, colegas que têm em comum as mesmas dificuldades, e encontravam na presença, no diálogo e entre ajuda, o apoio e alegria para atender sua necessidade gregária.”

O enfermo, apesar de contar com a presença de colegas de enfermaria, pode ter a sensação de estar só, isolado de sua família e comunidade. Poderá ser necessário a presença de um familiar para ajudá-lo no período mais crítico de sua doença, momento em que ele se encontra mais inseguro e emocionalmente instável.

Observa-se que a maioria das pessoas hospitalizadas não tem nenhuma atividade para desenvolver e, como ressaltam FERRAZ et al. (1986, p. 54), “passam horas inertes no leito, olhando para o teto e mergulhados na sua dor e em seus pensamentos. Deve-se proporcionar a estes pacientes algum tipo de recreação dentro das condições e preferências de cada um.”

Os autores sugerem atividades recreativas como: folhear revistas, ouvir música suave, ouvir uma leitura agradável e assistir televisão, na tentativa de minimizar o seu sofrimento e, desta forma, proporcionar momentos de tranquilidade.

Percebe-se que a recreação pode ser um elemento importante para auxiliar a enfermagem no atendimento da necessidade gregária, assim como outras necessidades. Nesse sentido, FARIAS (1977, p. 49) afirma que “o não atendimento da necessidade de recreação, acarreta vários problemas de ordem biopsicossócio-espirituais, intimamente relacionados com as necessidades: gregária, segurança emocional, sono e repouso, religião.”

Portanto, as atividades lúdicas poderão ser utilizadas para ajudar a elevar a auto-estima e o auto-conceito das pessoas com câncer e servir como meio de expressão de seus medos, aflições e temores, com a finalidade de aliviar sua ansiedade e, desta forma, restaurar seu equilíbrio emocional.

2.1.6 - Assistência de enfermagem às necessidades espirituais

A enfermagem deve ter como objetivo atender às necessidades físicas, emocionais e espirituais da pessoa com câncer. No entanto, como nos mostram FISH e SHELLY (1986, p. 36), observa-se que “o cuidado físico geralmente recebe prioridade. O apoio emocional é considerado importante, mas é deixado para quando houver tempo livre. As necessidades espirituais, se são levadas em consideração, estão relegadas ao capelão.”

Neste sentido, as autoras relatam que, na prática, a pessoa não é vista em sua integralidade, mas sim dividido em categorias e prioridades.

Entende-se que a pessoa portadora de câncer está acometida de uma doença que afeta seu corpo, sua mente e seu espírito. Assim, a enfermagem não pode deixar de assisti-la, considerando também suas necessidades psicossociais e espirituais. Compete à enfermeira proporcionar apoio espiritual, como afirma Travelbee, apud FISH e SHELLY (1986, p. 69), “o enfermeiro não somente se esforça para aliviar a dor física ou dar cuidados físicos - ele assiste a pessoa. O enfermeiro se preocupa com o indivíduo como um todo e não apenas como uma parte do corpo. A existência do sofrimento, seja ele físico, mental ou espiritual, é, muito propriamente dito, preocupação do enfermeiro.”

A enfermeira pode ser a pessoa com disposição e solidariedade para estar junto do enfermo em seu sofrimento, auxiliando-o a encarar e suportar a crise. Ela também pode contribuir na relação desta pessoa com suas crenças e cosmologia religiosa, ajudando-o a encontrar sentido e propósito para a sua vida.

De acordo com FISH e SHELLY(1986), que se situam dentro de uma perspectiva cristã, a enfermeira tem disponíveis quatro recursos principais para a atender às necessidades espirituais: o uso de si mesmo, o uso da oração, o uso das Escrituras e o encaminhamento do paciente ao ministro religioso. As autoras afirmam que é necessário que a enfermeira tenha um certo conhecimento de si mesma e de sua relação com Deus, para que possa envolver-se terapêuticamente com a pessoa a quem está assistindo.

Para Travelbee, apud FISH e SHELLY (1986, p. 107), “usar da nossa pessoa terapêuticamente indica um profundo conhecimento da condição humana... O enfermeiro reconhece que seus valores espirituais, ou suas crenças filosóficas acerca do homem, doença e sofrimento, determinarão a extensão da ajuda que poderá dar aos outros ao encontrar

significado (ou falta de significado) nestas situações.” O uso terapêutico de si mesmo é parte da relação pessoa a pessoa que objetiva proporcionar conforto e apoio a outro ser humano.

A oração pode ser outra forma de oferecer-se apoio espiritual, conforme DANIEL (1983, p. 164), “pela observação atenta, o profissional poderá imaginar quanto aos desejos dos seus pacientes e utilizar a oração no momento preciso, sem ser ofensivo ou inconveniente.”

Muitas vezes, a melhor forma de ajudar alguém a encontrar conforto espiritual é compartilhar de suas crenças numa relação pessoa a pessoa. Através de uma relação interpessoal, a enfermeira poderá perceber a forma mais adequada de auxiliar, em suas necessidades espirituais, os enfermos que estão sob os seus cuidados.

Apesar de contar-se com líderes religiosos na assistência espiritual de quem está hospitalizado, concorda-se com FERRAZ et al. (1986), que isto não exime a enfermagem quanto à sua responsabilidade em reconhecer e atender de algum modo esta necessidade.

No entanto, quando a enfermeira não se sentir em condições de fornecer assistência espiritual, por discordar das práticas religiosas dela ou por outro motivo, ela deverá providenciar para que a necessidade seja atendida por outra pessoa.

Toda a pessoa deve ser respeitada dentro de sua religião, seita, crença, dogma que tiver, pois esta poderá proporcionar segurança, conforto e consolo nos momentos difíceis de sua vida.

A enfermagem, assim como todos os profissionais que convivem com pessoas que estão com doenças que podem levar à morte, devem respeitar as práticas religiosas, mesmo que não concordem com elas, evitando assim causar sentimentos conflitantes no seu processo de doença/tratamento e probabilidade de morte.

2.2 - A atividade lúdica como um instrumento de humanização da assistência

Ao atender pessoas com câncer, propõem-se uma assistência de enfermagem mais humanizada durante a hospitalização. A prática de atividades lúdicas coloca-se, para mim, como uma dinâmica de vivência que proporciona resultados terapêuticos, que oportuniza também momentos de alegria e descontração. A doença pode privar o indivíduo do desenvolvimento de várias atividades, inclusive aquelas que lhe possam trazer descontração, alegria e recreação. Para HENDERSON (1989, p. 61-62), “algumas vezes, esta privação é necessária, mas, não raro, ela se deve à omissão das pessoas sadias no sentido de oferecer meios pelos quais seja possível propiciar recreação ao doente. Este pode, por descuido e desnecessariamente, ficar confinado em um quarto, muitas vezes metido em trajes que sua mente relaciona apenas com situações de sono ou inatividade, desprovido de qualquer recurso agradável para distrair-se.”

Cabe à enfermeira perceber estas situações e oferecer possibilidades para a execução de atividades que proporcionem prazer, tranquilidade, alegria e, desta forma, auxiliar na recuperação de sua saúde. Deve-se considerar como um dos componentes dos cuidados básicos de enfermagem auxiliar as pessoas com meios e recursos que levem ao desenvolvimento de atividades lúdicas.

O hospital deveria ser um centro irradiador de saúde e, como tal, promover, manter e recuperar a saúde das pessoas, dos grupos e da comunidade. Deveria ser um dos objetivos do hospital levar à humanização, oferecendo condições que proporcionem bem-estar durante a hospitalização, propiciando um ambiente mais familiar, mais humano e mais natural, sem que os enfermos precisem abdicar de sua identidade para ser apenas mais um número.

Muitos hospitais fornecem algum material para leitura, no entanto, nem sempre essa literatura é apreciada por todas as pessoas. Assim, é importante oferecer outras formas de atividades, pois com a diversidade de opções, haverá mais motivação em executá-las.

Os jornais e as revistas podem ajudar como um elo de ligação com o mundo “de fora”, pois mantendo-se atualizados com os acontecimentos e fatos políticos, econômicos, sociais e culturais, sentem-se parte da sociedade e isto poderá ser um fator de estímulo para a sua recuperação. HENDERSON (1989, p. 62-63) diz que, “a música e o teatro estão sendo levados, cada vez mais, ao alcance dos doentes incapacitados, pela sua divulgação através do rádio e da televisão. Porém, mais importante ainda é a participação dos próprios pacientes em alguma peça musicada ou em drama, sobretudo por eles liderado.”

Existem hospitais que contam com salas de estar ou dependências destinadas à recreação. São ambientes que seduzem pela oportunidade de socialização que oferecem, além da possibilidade de ouvir música, dançar, jogar cartas ou tomar parte em outras atividades. Ter um local específico e apropriado para desenvolver estas atividades é importante, pois no momento em que as atividades são desenvolvidas no ambiente da enfermaria ou em um lugar com pouca infra-estrutura, poderá haver limitações na execução de algumas atividades lúdicas.

Mas este não deve ser um fator que impeça as enfermeiras de realizarem atividades lúdicas, nem mesmo o seu pouco preparo para organizar programas recreacionais. Todas elas, de alguma forma, envolvem-se nas atividades lúdicas, mesmo que isso se dê de forma esporádica e assistemática. Acredito que as enfermeiras poderiam auxiliar os enfermos a usar uma fração de cada dia com alguma atividade agradável e restauradora.

Uma alternativa sugerida por HENDERSON (1989, p. 63) seria das “enfermeiras trabalharem em estreita colaboração com terapeutas ocupacionais de tempo integral, quando a instituição puder dispor deste profissional; outra forma é conseguir pessoas talentosas para trabalhar como voluntárias, cuja contribuição pode ser valiosa para este tipo de atividade.”

No entanto, se estiver bem preparada e possuir tato e imaginação, a enfermeira pode, muitas vezes, proporcionar, a partir de algumas atividades lúdicas, a promoção do bem-estar e recuperação da saúde. Muito oportuna é a idéia de LERCH (1983, p. 7): “não há riqueza maior do que ser gente, ser pessoa humana e usufruir da riqueza no intercâmbio com a pessoa humana.”

A operacionalização de atividades recreacionais, para HENDERSON (1989), depende bem mais da imaginação e talento do enfermo e de seus companheiros do que mesmo das suas possibilidades físicas. De princípio, poucos são os enfermos que precisam ficar retidos no quarto. Existem alguns hospitais, onde os acamados são levados em cadeiras de rodas, uma ou duas vezes ao dia, à sala de recreação ou a um passeio ao ar livre. Em casa, raramente é necessário manter o enfermo recolhido ao quarto. Quando isto acontece, o arranjo e os acessórios do aposento podem ser mudados ocasionalmente, para dar variedade e proporcionar formas estéticas que possam alegrar-lhe a existência.

COUSINS (1992, p. 162) cita exemplos de como se pode ajudar o enfermo na promoção e recuperação de sua saúde: “Jane Brody, uma bem conceituada escritora de assuntos de saúde, usou sua coluna no *The New York Times* para falar sobre o crescente número de médicos, enfermeiras, psicólogos e clientes que tem usado a expressão de felicidade, específica do ser humano, para reduzir o estresse, aliviar a dor, promover a recuperação e ampliar as perspectivas gerais da vida, por mais sombria que a realidade se mostrasse.”

Ainda o autor (p. 163) coloca: “Jane Brody fez algumas sugestões práticas: em vez de flores, procure enviar ao cliente um romance divertido, um livro de piadas, um brinquedo tolo, uma fita cassete humorística com um toca-fitas portátil, ou se houver um aparelho de vídeo, uma comédia engraçada.”

O autor expressa a importância da utilização de vários meios para distrair a pessoa hospitalizada, desta forma ela pode encontrar momentos de felicidade que a ajudarão a diminuir seu estresse, sua angústia e auxiliarão na recuperação de sua saúde.

Para PAIM (1979), a humanização dos hospitais é importante para lhes assegurar uma característica essencial aos seus reais objetivos: o de valorizar o homem enquanto ser social para a sua mais plena realização. É também responsabilidade da enfermagem tornar a instituição de saúde um lugar mais alegre, que vá além de seus muros, por mais sombria que a realidade possa parecer, a fim de ter a saúde reconquistada, a paz restaurada, para novas investidas no terreno das ambições humanas.

2.2.1 - Condições para o desenvolvimento de atividades lúdicas

A prática de atividades lúdicas durante a hospitalização pode ser desenvolvida com pessoas de diferentes faixas etárias, adolescentes, adultos e idosos. Isso ocorre porque os jovens passam a ser internados com os adultos a partir dos doze anos. Ao trabalhar-se com estas pessoas, deve-se compreender que, conforme MANZOLLI (1987, p. 40), “é necessário pois, que haja adequação do material lúdico aos seus usuários e que seja considerado pelo enfermeiro, no caso, um veículo de aprendizagem, além de descontração e alívio das ansiedades.”

A atividade lúdica deve ser um instrumento importante para o desenvolvimento de atividades educativas, visando a orientação do enfermo sobre a sua doença, seu tratamento e seus exames para a promoção de sua saúde.

Para que as atividades lúdicas possam colaborar na recuperação da saúde no ambiente hospitalar, é preciso que se considerem certas variáveis. Entre estas podemos citar a preferência pessoal, as condições físicas e o diagnóstico clínico, o ambiente físico e os recursos

humanos e materiais da instituição hospitalar. A preferência de cada pessoa em desenvolver determinada atividade lúdica está ligada a fatores individuais, sociais, culturais, sócio-econômicos entre outras variáveis. A percepção que se tem ao realizar atividades lúdicas com pessoas de diferentes idades, é que os jovens são mais desinibidos, participativos e dinâmicos, gostam mais da diversidade de atividades do que os adultos e idosos que, às vezes, são menos expansivos, mais tímidos e têm medo de serem ridicularizados.

Este comportamento das pessoas frente ao lúdico, reflete a postura da sociedade ocidental atual sobre o lazer, que MANZOLLI (1987, p. 45) coloca com propriedade “o brincar, o jogar são apenas atividades infanto-juvenís, e que o ludismo na maturação e senescência não tem aquela conotação de gratuidade, espontaneidade e fim em si mesmo que deveria ter; prega que nessas idades o ludismo deve estar morto.”

Apesar da desvalorização do ludismo em nossa sociedade, diversos autores relatam que as pessoas, durante a sua hospitalização, tanto jovens quanto adultos e idosos, sentem necessidade de desenvolver alguma atividade lúdica. Isto se confirma através do estudo de KIMURA (1988, p. 175), no qual afirma: “à primeira vista pode parecer estranho que pacientes em regime de tratamento intensivo tenham levantado como problema a falta de recreação; porém, a sua indicação faz supor que a própria condição de inatividade e imobilidade os tenha levado a desejar uma estimulação mais rica e variada. Talvez este seja um importante meio para o alívio de tensões emocionais, contribuindo para o bem-estar mental do paciente.”

A experiência tem me mostrado que, embora as condições físicas dos enfermos, muitas vezes, pareçam negar a prática de qualquer tipo de atividade lúdica, o que se percebe na realidade é que o lúdico é uma necessidade que os auxilia na obtenção de um melhor equilíbrio emocional, chegando a ser uma verdadeira terapia.

O diagnóstico pode limitar a participação em algumas atividades lúdicas. Durante o tratamento, o enfermo poderá sentir-se fraco, o que não impede que participe de atividades que o ajudem a distrair-se e amenizem os efeitos colaterais da terapêutica medicamentosa.

Outro aspecto importante a ser considerado é o ambiente físico. Geralmente os hospitais não possuem um ambiente físico adequado para a realização de atividades lúdicas. Isso não impede que se procure melhorar o ambiente disponível e o transforme em um local agradável e acolhedor, onde os enfermos sintam-se alegres, descontraídos e tranquilos.

A importância de um ambiente hospitalar agradável é comprovada por TAKITO (1985), que coloca que os pacientes manifestaram desejo de trazer, para o hospital, rádio, televisão, música, jornais, revistas, livros, trabalhos manuais, flores e objetos religiosos. Para a autora, estas manifestações demonstraram uma preferência pessoal e necessidade de lazer e comunicação.

Para salientar a importância que o ambiente físico exerce sobre os pacientes hospitalizados, SIEGEL (1989, p. 69) relata que, “um estudo realizado num hospital da Pensilvânia demonstrou que os pacientes cujos quartos ficavam de frente para um jardim, uma árvore e o céu, melhoravam mais depressa que aqueles cujos aposentos davam para uma parede.”

Todas essas colocações vêm reafirmar a necessidade da enfermagem investir mais no ambiente físico da pessoa hospitalizada, buscando a humanização e contribuindo com o processo terapêutico.

A musicoterapia é uma atividade que poderá ser utilizada para humanizar o ambiente hospitalar. É possível encontrar vários trabalhos publicados que relatam os benefícios que este tipo de atividade traz às pessoas. BILEY e MCKEENA (1994, p. 13) ressaltam que, “ao ouvir música, a impressão da realidade hospitalar como um ambiente despersonalizado pode ser contrabalançada por um sentimento de maior bem-estar do paciente.”

A música é uma forma de humanizar o ambiente hospitalar, reduzindo desta maneira o estresse e ajudando o enfermo a relaxar. Esta idéia é reforçada por SIEGEL (1989, p. 71) que coloca: “a música abre uma janela espiritual [...] estimulo os pacientes a escolher as fitas de sua preferência, com o objetivo de implantar no ambiente hospitalar um clima saudável.”

Assim como a música, o jogo também pode ser utilizado como mais uma proposta lúdica. ROSAMILHA (1979) destaca, de acordo com alguns autores, as formas de jogos sadios para os adultos:

- Jogo espontâneo: quando o adulto consegue ser natural e espontâneo como a criança, sem planejar ou premeditar, muda de uma atividade para outra, conservando a alegria;
- Jogo com crianças: brincar com a criança requer envolvimento de fato com o brinquedo da criança, é necessário que o adulto compartilhe “do mundo da criança”;
- Jogo com animais: brincar com animais tem valor terapêutico, importante é não se envolver demasiadamente, isolando-se com os animais, deixando de conviver com os demais;
- Jogo com a natureza: esta relação pode se dar quando o adulto rola na grama, cheira flores, sobe em uma árvore, toma banho de cachoeira, etc.;
- Jogo primitivo: são as formas de jogos que levam o adulto a abrir-se para si mesmo. Ao brincar com barro, fazer castelos de areia, construir com pedrinhas...;
- Jogo de suspense: quando o aspecto principal do jogo é o risco e o perigo;
- Jogo de maestria: jogos sadios que levam o adulto a adquirir domínio de certas habilidades e apreciar os componentes lúdicos nelas contidas. Fazer mágicas, retirar uma vareta sem mexer, montar cartas de baralho sem derrubar, etc.

Portanto, o jogo^{***} pode ser usado como uma forma sadia de lazer. Através deste, pode-se obter domínio de certas habilidades e entreter-se com os componentes lúdicos nele

^{***} Jogo foi compreendido como uma atividade física ou mental organizada por um sistema de regras que definem a perda ou o ganho; brinquedo, passatempo e divertimento.

contidos. O jogo é uma atividade desenvolvida como forma de divertimento, de descanso, onde é possível se desligar um pouco dos fatores estressantes da hospitalização.

Atividades como o desenho, a pintura, o brincar com a argila podem proporcionar a vivência de sentimentos e emoções, ajudando no auto-conhecimento e na reflexão sobre o sentido da vida.

O riso pode ser outro elemento importante na prática de atividades lúdicas para diminuir a ansiedade, o estresse e a dor. Um exemplo do efeito do riso no corpo é colocado por COUSINS (1992), que descobriu o valor prático da risada durante uma doença longa e dolorosa que o acometeu. Apenas dez minutos de boas gargalhadas lhe davam duas horas de sono sem dor e sem remédio.

Existe uma infinidade de formas de desenvolver atividades lúdicas, sendo que os recursos disponíveis não devem ser um fator de desestímulo para a sua prática. Com um pouco de criatividade e imaginação, com o auxílio dos próprios enfermos e de seus familiares e, com a ajuda da equipe de enfermagem, a enfermeira poderá obter recursos para o desenvolvimento de uma variedade de atividades.

Poucos hospitais dispõem de recursos humanos especializados em recreação, principalmente na área do adulto. Isto ocorre porque a atividade lúdica não é considerada uma necessidade importante do homem adulto. Outro fator é o desconhecimento, por parte de muitos profissionais, dos benefícios que sua prática pode trazer às pessoas hospitalizadas. Portanto, a enfermagem não pode ficar alheia a este assunto, uma vez que o ludismo é comprovadamente uma necessidade humana e colabora para a saúde integral da pessoa.

2.3 - A Teoria de Joyce Travelbee

Ao propor assistir mulheres com câncer pensando em uma assistência mais humanizada, através de atividades lúdicas, foi preciso construir um marco conceitual e elaborar alguns conceitos para fundamentar a prática assistencial.

A Teoria de Joyce Travelbee mostrou-se a mais adequada em decorrência de suas idéias. Assim, apresentarei a teórica, a trajetória de sua vida e as fontes teóricas trabalhadas por ela e, em seguida, os conceitos elaborados para a implementação da prática assistencial a que me proponho.

De acordo com HOBBLE e LANSINGER (1989), Joyce Travelbee nasceu em 1926, graduando-se em Enfermagem em 1946, pela Escola de Enfermagem do Hospital Charity de Nova Orleans. Recebeu diploma de bacharel em Ciências da Enfermagem pela Universidade Estadual de Louisiana, em 1956, e o seu grau de mestre pela Universidade de Yale em 1959. Travelbee matriculou-se no doutorado da Universidade da Flórida, em 1973, tendo falecido tragicamente neste mesmo ano.

Travelbee foi enfermeira psiquiátrica, assistencial, docente e escritora. Começou em 1963 a publicar artigos em revistas de Enfermagem. Publicou seu primeiro livro “Interpersonal Aspects of Nursing” em 1966 e 1971. Seu segundo livro “Intervention in Psychiatric Nursing” foi publicado em 1969.

A teoria de Travelbee foi profundamente influenciada pelas suas experiências, tanto durante sua formação, como em seus primeiros trabalhos como enfermeira assistencial em instituições de caridade, onde a assistência de enfermagem, para Travelbee “carecia de compaixão”.

Para escrever sua teoria, conforme HOBBLE e LANSINGER (1989), ela teve influência de Ida Orlando que foi uma de suas instrutoras durante sua pós-graduação em Yale

e de Viktor Frankl, psiquiatra, sobrevivente dos campos de extermínio nazista, fundador da teoria da logoterapia.

A logoterapia, de acordo com FRANKL (1994, p. 92), “concentra-se no sentido da existência humana, bem como na busca da pessoa por este sentido.” Para a logoterapia, a busca de um sentido na vida é a principal força motivadora do ser humano. Travelbee fundamentou os pressupostos de sua teoria nos conceitos da logoterapia.

Para que se possa compreender melhor como o marco conceitual foi aplicado durante a prática assistencial, é importante conhecer como se estabelece a relação enfermeira/enfermo e as fases dessa relação.

2.3.1 - A relação enfermeira e enfermo

A relação pessoa a pessoa, de acordo com TRAVELBEE (1982, p. 165) “consiste em uma série de interações entre uma enfermeira e um paciente, planejadas com um propósito e nas quais ambos participantes se modificam e desenvolvem atitudes interpessoais cada vez maiores.”

A relação entre a enfermeira e o enfermo é semelhante a todas as outras relações pessoa a pessoa, sendo que a diferença desta relação se encontra em um dos membros, a enfermeira, que tem conhecimento e habilidades dos quais esta pessoa necessita. Portanto, a enfermeira, através do seu corpo de conhecimentos, irá ajudar os enfermos a prevenir a enfermidade, a recuperar a saúde, a encontrar um sentido para a doença ou mantê-los o mais saudáveis possíveis.

A relação pessoa a pessoa é uma experiência compartilhada por seres humanos únicos, em que cada um é afetado pelos pensamentos, sentimentos e comportamento do outro

e na qual cada um sofre a influência do outro pelo que disse ou deixou de dizer. Desta forma, uma característica desta interação é que cada encontro é único e singular.

Independente de cada encontro ser único, TRAVELBEE (1982) entende que toda a interação passa por diversas fases que não acontecem de maneira isolada, são fases lógicas que auxiliam na codificação dos dados da relação e que estão superpostas. Determinados aspectos que são de uma fase podem se manifestar em outra, o que mostra que as fases são estáticas somente na teoria e que, na prática, são dinâmicas.

As fases da teoria são estabelecidas através da relação pessoa a pessoa, que se dá pela interação entre a enfermeira e o enfermo. Sobre isto, LEOPARDI (1988, p. 49) coloca que, “a questão central para Travelbee é responder como se estabelecem as relações enfermeiro/paciente, que é a relação pessoa a pessoa, e com qual propósito.” A autora ainda coloca (p. 50) que, “para que se possa dar resposta a estas questões, Travelbee propõe que o sofrimento seja uma experiência comum na vida, em algum momento do processo vital.”

Para que se possa estabelecer a relação pessoa a pessoa, é necessário que a enfermeira seja capaz de prestar assistência de forma mais humanizada. Para isto, ela precisa perceber-se como ser humano, que está sujeito ao sofrimento, à dor, ao medo e à angústia. Através da percepção de seu sofrimento, a enfermeira poderá compreender os sentimentos do outro. A partir daí, pode se desenvolver um processo de comunicação em que a enfermeira estabelece um relacionamento, tornando possível a interação com empatia e solidariedade.

As fases desta relação implementados na prática assistencial estão fundamentados em TRAVELBEE (1982) e em HOBBLE e LANSINGER (1989). A seguir, apresenta-se um quadro comparativo entre as fases da relação pessoa a pessoa de cada autor.

Quadro 1 - Fases da relação enfermeira e enfermo de Travelbee e Hobbles/Lansinger.

TRAVELBEE (1982)	HOBBLE e LANSINGER (1989)
<ul style="list-style-type: none"> • Pré-Interação • Introdução • Definição de Identidades • Término 	<ul style="list-style-type: none"> • Encontro Inicial • Definição de Identidades • Empatia • Solidariedade • Afinidade

As fases adaptadas da teoria de Travelbee adotadas na prática assistencial são consequência da união das fases dos autores anteriormente citados e foram as seguintes: fase de pré-interação; fase de introdução ou orientação, fase de definição de identidades, fase da empatia, fase da solidariedade, fase de afinidade e fase de término.

1ª) Fase de pré-interação

A fase se inicia quando a enfermeira escolhe uma pessoa para estabelecer a relação pessoa a pessoa com a finalidade de melhorar seu estado e oportunizar à enfermeira uma experiência de aprendizagem.

De acordo com TRAVELBEE (1982, p. 171), “a fase de pré-interação inclui tudo o que a enfermeira pensa, sente ou faz imediatamente antes da primeira interação com seu paciente.” Esta fase não termina após a primeira interação, mas precede cada encontro da enfermeira com esta pessoa. Desta forma, a enfermeira deve estar consciente de seus sentimentos e pensamentos e do que pretende alcançar durante cada interação.

Para essa fase, TRAVELBEE (1982) coloca tarefas fundamentais que são:

• **Adquirir consciência dos próprios sentimentos e pensamentos:** os sentimentos e pensamentos da enfermeira a respeito do enfermo estão relacionados com as informações que se têm do mesmo. Antes de ler prontuários e conversar com outros profissionais, é importante a enfermeira tecer suas próprias suposições a respeito do enfermo, utilizando para isso sua

experiência pessoal e profissional. As vantagens desta atitude serão as seguintes: a pessoa será vista por uma observadora imparcial; a enfermeira começa a confiar em suas próprias observações sobre o problema e a equipe de enfermagem conhece uma nova imagem do enfermo frente a outras observações imparciais.

•**Traçar os objetivos da primeira interação:**

1º Objetivo: o mais importante é proporcionar um ambiente interpessoal em que se possa estabelecer a confiança entre ambos.

2º Objetivo: a enfermeira deve ter consciência do alcance e das limitações da relação terapêutica.

3º Objetivo: a enfermeira procura identificar os pensamentos e sentimentos do enfermo em relação à enfermeira.

2ª) Fase de introdução ou orientação

Para TRAVELBEE (1982, p. 172), “a fase de introdução se inicia quando os seres humanos que se conhecem, se encontram pela primeira vez e se tornam conhecidos um para o outro.”

Nessa fase ocorre o encontro inicial, cuja primeira tarefa é estabelecer um compromisso entre a enfermeira e o enfermo, em que a enfermeira é uma das responsáveis pela recuperação social desta pessoa. O enfermo é estimulado a expressar suas idéias e pensamentos.

TRAVELBEE (1982) considera que o maior obstáculo dessa fase está relacionada à forma como cada um percebe ao outro. A forma de se perceberem pode ocorrer segundo papéis estereotipados e não como um ser humano único.

3ª) Fase de definição de identidades

Uma das características da fase de definição de identidades, conforme TRAVELBEE (1982), é o conhecimento mais profundo entre enfermeira e enfermo. A enfermeira deve conhecer e compreender melhor esta pessoa e transmitir confiança e segurança.

Para HOBBLE e LANSINGER (1989) e TRAVELBEE (1982), nessa fase, enfermeira e enfermo começam a se perceber como indivíduos únicos, transcendendo seus papéis estereotipados e percebendo a singularidade um do outro.

4ª) Fase da empatia

Um dos aspectos principais da fase de empatia, de acordo com HOBBLE e LANSINGER (1989, p. 175), “é a capacidade de compartilhar a experiência de outra pessoa.” Através do processo empático é possível prever o comportamento da pessoa com a qual se está estabelecendo a empatia.

TRAVELBEE (1982) considera que a empatia é um valioso instrumento utilizado pela enfermeira para comunicar-se. Para a enfermeira desenvolver a empatia com o enfermo, deve observar e estudar as reações que causa nos outros.

5ª) Fase da solidariedade

Para HOBBLE e LANSINGER (1989, p. 175), “a solidariedade ou simpatia transcendem a empatia, consiste no desejo da enfermeira em aliviar a causa da enfermidade e o sofrimento do paciente.” Solidarizar-se é envolver-se emocionalmente, sem, contudo, perder a capacidade de ação.

6ª) Fase de afinidade (*rapport*)

A fase de afinidade se apresenta à medida em que as ações da enfermeira aliviam o sofrimento do enfermo.

Para Travelbee, apud HOBBLE e LANSINGER (1989, p. 175), “a enfermeira pode estabelecer a afinidade porque possui conhecimentos e a preparação necessária para assistir os enfermos, e por ter a capacidade de perceber, relacionar e apreciar a singularidade do ser humano enfermo.”

7ª) Fase de término

A partir do encontro inicial, a enfermeira comunica a duração das interações e irá preparando, a si e à pessoa assistida, para o término das interações durante todas as fases.

A relação pode se encerrar a qualquer momento, por várias razões, pela alta hospitalar ou falecimento por complicações da doença. TRAVELBEE (1982) coloca que a morte súbita pode trazer muita angústia para a enfermeira. Uma tarefa importante é a enfermeira preparar-se psicologicamente para o término da relação. A enfermeira é um ser humano e, como tal, experimenta diversos e conflitivos sentimentos relacionados ao término da relação.

Outra tarefa da enfermeira é preparar a pessoa hospitalizada para o término da relação nas seguintes situações:

- Quando a pessoa permanece no hospital:** pode reagir de diferentes formas, sentindo-se “abandonada”, “traída”, ou compreendendo o término da relação. A enfermeira deve ajudar deixando que se expresse sobre o que pensa e sente a respeito do fim da relação. Integrar a pessoa com os demais membros da enfermagem e com a equipe de enfermagem ajuda a aceitar melhor o término da relação.

•**Quando a pessoa recebe alta hospitalar:** estas não se sentem “abandonadas” pela enfermeira, já que são elas que estão rompendo a relação. No entanto, algumas têm dúvidas de como irão conviver com a doença fora do hospital, pois têm medo do “olhar” piedoso, da discriminação, da reação dos amigos, dos vizinhos, da sociedade em relação a sua doença. A enfermeira deve conversar sobre suas expectativas relacionadas à alta, e discutir sobre os problemas que poderá enfrentar ao retornar para a sua comunidade.

As sete fases da relação enfermeira/enfermo aqui relacionadas compõem o processo de enfermagem deste estudo.

2.3.2 - Conceitos elaborados para compor o marco conceitual

Os conceitos elaborados, compreendidos como fundamentais para implementação da prática assistencial, são os seguintes:

Seres humanos

De acordo com Travelbee, apud LEOPARDI (1988, p. 50), “seres humanos são seres racionais, sociais e únicos e são mais diferentes que semelhantes. Todos os seres humanos passam por certas experiências e irão procurar significados para estas experiências durante o processo de vida.” Estas experiências foram compreendidas como enfermidade, hospitalização, ansiedade, dor, angústia, temor e alegria.

Entende-se que um ser humano é diferente de qualquer outro ser humano, portanto suas reações e comportamentos perante as experiências vivenciadas também tendem a ser diferenciadas. Ele tem necessidades biológicas, psicológicas, sociais e espirituais que precisam ser consideradas durante todo o seu processo de vida.

Enfermagem

TRAVELBEE (1982) coloca que a enfermagem é um processo interpessoal compartilhado entre dois seres humanos, no qual a enfermeira ajuda o ser humano que sofre a enfrentar e a compreender o significado da experiência. Desta forma, a enfermagem tem como propósito aliviar o sofrimento do ser humano, restaurar e manter a sua saúde.

A enfermagem é considerada uma profissão que possui um corpo de conhecimentos próprios para assistir o ser humano no processo saúde-doença. Assim sendo, a partir da relação interpessoal, a enfermeira terá capacidade de ouvir, apoiar, auxiliar e orientar a pessoa e sua família no enfrentamento e na compreensão da experiência da doença e do sofrimento.

Sofrimento

Para Travelbee, apud HOBBLE e LANSINGER (1989), o sofrimento é concebido por uma sensação de mal-estar que abrange desde o sensível e passageiro desconforto mental, físico ou espiritual, chegando até a angústia extrema e fases além desta, a fase maligna da desesperança manifestada pela “negligência de si mesmo” e a fase terminal da indiferença e apatia.

O sofrimento, muitas vezes, é manifestado pela dor, como consequência de conflitos físicos, emocionais e espirituais. A dor é uma experiência distinta, única para cada indivíduo, portanto difícil de ser comunicada por completo a outra pessoa.

A doença impõe limites e pode afastar a pessoa do convívio da sociedade e de sua família, trazendo sofrimento. Portanto, o sofrimento da pessoa hospitalizada é caracterizada pelo medo da doença, da morte, da dor, da separação dos familiares, gerando insegurança, ansiedade e tristeza pela situação vivenciada.

Relação de interação

Conforme TRAVELBEE (1982), a relação de interação se refere a todo encontro entre dois seres humanos em que ambos exercem influência mútua através da comunicação verbal ou não-verbal. O objetivo do encontro é estabelecer uma relação terapêutica na qual enfermeira e enfermo possam se colocar um perante o outro como seres humanos autênticos.

A relação de interação foi compreendida como um momento em que todos (enfermos, acompanhantes, equipe de enfermagem) trocavam experiências (dor, angústia, morte) e refletiam sobre estas experiências e quando possível encontravam um significado para as mesmas.

Atividade lúdica

MANZOLLI (1987) coloca que a atividade lúdica é uma necessidade humana, ajuda na aquisição de um melhor equilíbrio emocional, leva à descontração e alívio da ansiedade, colaborando para a saúde global das pessoas.

A atividade lúdica desenvolvida com as pessoas hospitalizadas tem a finalidade de proporcionar alegria, tranquilidade, prazer, reduzindo a ansiedade, o medo, a dor, a monotonia, a angústia inerentes às hospitalizações e ao processo de doença. Ela é considerada uma atividade educativa, através da qual é possível orientar os enfermos para a promoção e recuperação de sua saúde.

Estas atividades podem ser: ouvir uma música, ler um texto, fazer uma pintura, ver um filme, participar de jogos, contar piadas, contanto que as atividades sejam acompanhadas de diálogo, onde a pessoa possa expressar e elaborar seus sentimentos.

Ambiente hospitalar

Para TAKITO (1985), o ambiente hospitalar é mais que uma estrutura, um móvel, um equipamento, é o local onde o enfermo é acolhido, integrado, aceito e se encontra consigo mesmo e com os outros, com a dor, com a dependência, para crescer e levar um saldo positivo da hospitalidade recebida.

O ambiente hospitalar deve ser um ambiente terapêutico capaz de revelar uma imagem humanizada do serviço de enfermagem.

3 - METODOLOGIA

Neste capítulo descrevo a metodologia adotada para o desenvolvimento da prática assistencial fundamentada na teoria de Travelbee. Será feita uma exposição do campo utilizado para a prática, das mulheres com as quais trabalhei, do desenvolvimento da prática assistencial, da sistematização dos dados coletados, da atividade desenvolvida com a equipe de enfermagem e do processo de enfermagem implementado.

3.1 - Campo de prática

A prática assistencial foi desenvolvida em um hospital da rede pública de Santa Maria, uma instituição de grande porte, que tem finalidades de ensino, pesquisa e assistência, sendo considerado como centro de referência regional (nível terciário), especialmente em áreas como a onco-hematologia.

O hospital conta com 280 leitos de internação e ambulatórios de várias clínicas. A unidade de clínica médica na qual foi desenvolvido o trabalho, dispõe de 25 leitos, dos quais nove são destinados à Hematologia, sendo os demais leitos ocupados pelas clínicas de Infectologia, Pneumologia, Cardiologia e Neurologia. Destes, seis leitos ficam reservados para pessoas conveniadas ao Programa de Assistência ao Servidor (PAS) e um leito individual particular, para internação de pessoas nas mais variadas clínicas.

A área física da unidade dispõe de hall de entrada, com TV para as pessoas ali internadas, secretaria, posto de enfermagem, sala de preparo de medicamentos, sala de

prescrição médica, expurgo, depósito de roupa usada, sala de curativo, copa descentralizada, sala de lanche e repouso da enfermagem.

Na unidade existem três enfermarias, cada uma com seis leitos, sendo que duas destas são masculinas e uma feminina, na qual foi desenvolvido o trabalho. Na enfermaria feminina, geralmente três leitos são reservados para Hematologia (portadores de tumores ou distúrbios hematológicos) e os demais leitos para outras clínicas (especialidades ligadas à doenças crônicas, oncológicas e hospitalização de pessoas com probabilidade de morte).

O quadro de funcionários é formado por sete enfermeiros, vinte auxiliares de enfermagem, dois auxiliares de saúde e dois secretários. Os funcionários são distribuídos em três turnos, manhã, tarde e noite, com exceção dos secretários que trabalham somente nos turnos da manhã e da tarde.

Esta unidade serve de local para aulas práticas dos alunos do curso de Enfermagem, Medicina e Fisioterapia, que acontecem no turno da manhã e, eventualmente, algum aluno pode ser encontrado no turno da tarde.

3.2 - Pessoas assistidas

As mulheres internadas na enfermaria eram convidadas a participar do trabalho. Aquelas que não tinham condições físicas ou psíquicas de desenvolver atividades lúdicas eram incluídas na prática, por meio do diálogo, do toque e da música, envolvendo também seu acompanhante. Desta forma, a prática assistencial envolveu todas as mulheres internadas na enfermaria, mesmo as não portadoras de doença oncológica. Esta dinâmica foi adotada para não criar um clima de discriminação entre as mulheres que ali estavam internadas, uma vez que a proposta de atividade lúdica foi a humanização da assistência.

Foram assistidas dezenove mulheres jovens, adultas e idosas.

3.3 - Descrição do desenvolvimento da prática

O trabalho iniciou com um contato pessoal e por escrito, através de ofício à direção de enfermagem do hospital, solicitando permissão para desenvolver as atividades práticas com as mulheres internadas.

Após concedida a permissão, agendei com os enfermeiros da unidade de internação a apresentação da proposta do trabalho para a equipe de enfermagem. Esta foi apresentada para os três turnos, em momentos distintos, o que favoreceu uma grande participação do grupo de enfermagem, perfazendo um total de 22 funcionários.

A proposta do trabalho foi apresentada também para os acadêmicos de enfermagem do 4º semestre, que têm aulas práticas curriculares nessa unidade, para que eles pudessem conhecer a aplicabilidade de uma teoria de enfermagem na prestação de cuidados a pessoas internadas e como forma de estimular os acadêmicos a realizar trabalhos de pesquisa nesta área.

Após esta etapa inicial, comecei os encontros com as mulheres, na enfermaria, no dia 18/07/95, estendendo-se até o dia 06/10/95. A prática foi realizada durante o período de onze semanas, pois houve o meu afastamento do trabalho por uma semana.

Os encontros foram realizados diariamente, de 2ª feira a 6ª feira, no período da tarde, das 13 horas às 17 horas; no entanto, diversas vezes encontrei-as também no turno da manhã para conversar com os médicos e acompanhar a evolução do tratamento das mulheres.

As atividades lúdicas sempre foram desenvolvidas no turno da tarde, após o horário da visita, das 15 horas às 17 horas, momento em que a unidade estava mais tranqüila, oferecendo as condições necessárias para a execução das atividades. Não foi possível seguir a proposta do projeto que era desenvolver atividades lúdicas duas vezes por semana com as mulheres, pois muitas vezes estavam sem condições físicas e emocionais para realizar alguma

atividade. Desta forma, conforme eu percebia a motivação do grupo de mulheres, as atividades lúdicas foram desenvolvidas uma, duas ou até três vezes por semana. Isto de modo algum interferiu no desenvolvimento do trabalho, mas contribuiu para alcançar os benefícios esperados para elas.

No contato inicial com cada mulher, avaliei as suas condições clínicas e observei a atividade que ela estava realizando nesse momento: olhando para o alto, absorta, fazendo trabalho manual, etc.

Ainda no meu primeiro contato com as mulheres, a cada uma delas prestava os esclarecimentos sobre os objetivos do trabalho, de como se daria a prática, o porquê de ter sido escolhida para participar da prática, os benefícios deste trabalho para ela e a contribuição para a enfermagem, a garantia do sigilo e do anonimato das informações que compõem os escritos desta dissertação e a liberdade em participar ou não da prática.

O anonimato das mulheres participantes deste trabalho foi garantido pela utilização de pseudônimos.

Os encontros com as mulheres foram norteados pelo roteiro de observação (Anexo I). O estado físico, emocional e o relacionamento interpessoal mulheres/equipe de enfermagem foram observados com base nesse roteiro. Quando possível, era implementada a atividade lúdica. Nas situações em que não desenvolvia atividade lúdica, procurava estabelecer uma relação terapêutica com as mulheres e suas acompanhantes, conversando, dando apoio e conforto, mostrando-me solidária com seus temores e suas preocupações.

As atividades lúdicas (Quadro 2) foram planejadas procurando adequá-las para que o maior número de mulheres pudesse participar delas, adaptando-as ao nível cultural e social de cada uma. Algumas vezes, as atividades foram replanejadas em função da mudança do quadro clínico ou por solicitação de alguma delas que não se sentia à vontade na atividade sugerida.

Quadro 2 - Atividades lúdicas desenvolvidas durante a prática assistencial.

ATIVIDADES LÚDICAS
- Desenhos; - Jogos; - Pinturas; - Recortes; - Colagens; - Cartazes; - Musicoterapia; - Filmes; - Exercícios de relaxamento; - Sessão de anedotas; etc.

Para o desenvolvimento de atividades como desenho foram utilizados lápis de cor, hidrocor, giz de cera e lápis preto. Os jogos empregados foram os de “memória”, “dominó”, “mico preto” e “resta um”. Para a realização de pinturas, foi usada tinta guache. As músicas utilizadas foram bastante diversificadas. Quando as mulheres estavam tensas ou com dor, optava pela música clássica, em outros momentos, em que elas estavam tristes e desanimadas, escolhia música popular ou sertaneja, com o objetivo de propiciar um ambiente mais alegre e animado.

A prática das atividades lúdicas foi implementada através de temas que buscavam, em sua essência, explorar questões tais como: os sentimentos relacionados com a hospitalização; os benefícios da risada, da alegria e do humor; a expressão de sentimentos e emoções vivenciados em determinado momento; a mobilização de sentimentos positivos; o apoio da família; a busca de um significado para a sua enfermidade e a conscientização das mulheres sobre os seus direitos de enfermas hospitalizadas.

A prática de atividades lúdicas foi desenvolvida seguindo as fases da teoria de Travelbee, mostrando-se essencial para esta prática a efetiva interação, ou seja, um relacionamento interpessoal único e verdadeiro com as mulheres.

Como forma de incentivar a prática de atividades lúdicas também nos dias em que não desenvolvia atividades, deixava material na enfermaria, tais como revistas, jornais, material de desenho, jogos, entre outros. Deste modo, as atividades puderam ocorrer de forma continuada e auto-aplicada.

Também envolvi os familiares no trabalho, estando presente nos horários da visita para estabelecer um vínculo com eles. Neste momentos, eu explicava o objetivo do trabalho para os familiares e estimulava a sua participação. Coloquei aos familiares que podiam trazer flores ou outros objetos para alegrar o ambiente da enfermaria, o que não se concretizou, pois a maioria das mulheres e seus familiares eram de outras cidades, não tendo condições para colaborar com esta proposta.

A maioria das atividades lúdicas foi realizada na enfermaria, pois a unidade não conta com uma sala de recreação, que mostrou ser uma necessidade em várias situações. Para o desenvolvimento de algumas atividades, foi utilizada uma sala de vídeo em outra unidade do hospital. Em uma ocasião, me reuni com algumas mulheres na sala de repouso da enfermagem, quando a enfermaria se encontrava muito agitada e elas haviam se recusado a realizar atividades na mesma.

Durante toda a prática assistencial, procurei tornar o momento destas atividades um encontro alegre, em que as mulheres pudessem rir, brincar e se divertir muito.

3.4 - Sistematização dos dados coletados

Os encontros com as mulheres foram descritos em um diário de campo que seguiu um roteiro de observação da relação mulher/atividade lúdica (Anexo I). Este roteiro proporcionou a manutenção da necessária uniformidade nos itens observados ao longo do período em que foram realizadas as práticas com as mulheres. Cada mulher foi observada, segundo o roteiro, em cada um dos encontros realizados. O diário de campo, assim constituído, permitiu a análise

das alterações nos itens relacionados ao estado físico, estado emocional, participação na prática das atividades e no relacionamento interpessoal no ambiente hospitalar, ao longo da série de encontros.

O registro dos encontros era realizado logo após o seu término, quando eu anotava os sentimentos e percepções observados, fatos verbalizados pelas mulheres e minha reflexão acerca do encontro.

A entrevista (Anexo II) realizada com cada mulher no momento de sua internação ajudou a definir o perfil das mulheres (econômico, social e cultural) e fornecer dados sobre as atividades lúdicas prediletas de cada uma delas. Assim, foi possível levantar dados para o planejamento e a implementação das atividades lúdicas.

O material elaborado pelas mulheres como cartazes, desenhos, pinturas, colagens, etc. também serviu como dado para análise da prática assistencial.

Antes da alta hospitalar das mulheres, foi solicitada a sua opinião sobre a hospitalização e a prática de atividades lúdicas. Considerei importante solicitar o parecer de todas, independente do seu tempo de internação, a fim de avaliar se cada mulher teve a compreensão da importância das atividades desenvolvidas.

A equipe de enfermagem do turno da tarde foi convidada a dar seu depoimento sobre a prática de atividades lúdicas realizadas na unidade. Estes depoimentos foram validados pelo grupo de enfermagem em uma reunião na unidade, através de leitura e posterior aprovação pela equipe.

A análise dos dados do diário de campo, do material elaborado durante a prática das atividades e os depoimentos, contribuíram para avaliar a aplicação do marco conceitual adotado e as influências da prática de atividades lúdicas no processo terapêutico.

3.5 - Atividade desenvolvida com a equipe de enfermagem

Com o objetivo de envolver a equipe de enfermagem na prática assistencial, foi desenvolvida uma palestra para o grupo de enfermagem. Essa palestra foi planejada com o enfermeiro-chefe da unidade, as enfermeiras do turno da tarde e ouvindo opiniões dos auxiliares de enfermagem. Por consenso da maioria, o tema escolhido para ser debatido foi “morte”.

A escolha deste tema aconteceu pelo grande número de óbitos na unidade. A equipe de enfermagem vivia momentos de grande estresse ao presenciar o sofrimento dos familiares e das pessoas ali internadas no seu processo de morte.

A equipe de enfermagem dos três turnos foi comunicada através de um convite nominal a cada funcionário, procurando estimulá-los a participar da palestra. Esta foi realizada em dois momentos, às 13 horas e 15 minutos e às 19 horas e 15 minutos, para oportunizar a participação de um maior número de funcionários.

A palestra foi ministrada por uma enfermeira, doutoranda em Filosofia da Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina.

3.6 - Processo de enfermagem segundo Travelbee

O trabalho realizado esteve alicerçado na Teoria de Travelbee, que ajudou a conduzir e direcionar a prática de atividades lúdicas realizada com mulheres com câncer. Para tanto, foram adaptadas fases da teoria de Travelbee, para o desenvolvimento de uma assistência de enfermagem respaldada na relação pessoa a pessoa.

A seguir, apresento as fases que foram desenvolvidas com as mulheres, buscando, através da interação pessoal, estabelecer uma relação terapêutica.

1ª) Fase de pré-interação: não houve a participação física da mulher, pois esta fase aconteceu antes do primeiro encontro e antecedia os encontros subsequentes.

A etapa iniciou-se a partir da seleção das mulheres, das leituras preparatórias para fundamentar a prática, onde também analisei meus sentimentos e pensamentos a respeito de mulheres portadoras de câncer.

Nesta fase, procurei compreender e avaliar os sentimentos das mulheres com diagnóstico ou em tratamento do câncer, ou mesmo em fase terminal da doença. Esta fase teve como objetivo entender as reações das mulheres frente à sua doença, desde a minha primeira interação com elas. Sempre antes de cada encontro, refletia sobre os diferentes comportamentos e reações das mulheres acerca de sua enfermidade, o que me ajudou no processo de interação pessoal com elas.

2ª) Fase de introdução ou orientação: aconteceu no meu primeiro encontro com as mulheres, no qual apresentei a minha proposta de trabalho, procurando mostrar a importância das atividades lúdicas para tornar a sua hospitalização mais humanizada e auxiliar na promoção do bem-estar.

Cada mulher pôde falar sobre a sua doença, sua família e dos sentimentos decorrentes da sua hospitalização. Procurei tornar este encontro inicial um momento onde as mulheres se sentissem descontraídas e pudessem se expressar livremente. Era colocado que elas tinham liberdade de participar ou não da prática assistencial sem que isto interferisse na sua assistência.

Ainda nesta fase, realizava as entrevistas para conhecer as atividades lúdicas prediletas de cada uma, o que me dava oportunidade de conhecer mais algumas das suas particularidades individuais.

A fase de introdução terminou quando começamos a nos perceber como pessoas muito próximas.

3ª) Fase de definição de identidades: esta fase foi se consolidando à medida que as mulheres e eu fomos nos conhecendo, e elas falaram sobre suas vidas, suas famílias, seus temores e dúvidas acerca de sua doença. Fui conhecendo os acompanhantes e os familiares (maridos, filhos, netos) que vinham visitá-las. Nestes encontros com os familiares, eu falava sobre o trabalho que estava realizando. Assim, foram se iniciando alguns vínculos com as mulheres e seus familiares.

Com muitas mulheres, esta fase iniciou-se a partir do segundo encontro, sendo que com outras, esta fase foi percebida nos encontros subsequentes.

4ª) Fase da empatia: nesta fase procurei perceber e sentir com as mulheres a experiência da enfermidade “câncer”, dividir com elas a dor física e psíquica desta experiência, para alcançar uma visão mais consciente da realidade vivenciada por estas mulheres e ajudá-las na obtenção de uma vida mais alegre e feliz.

A empatia foi um elemento básico para estabelecer a relação de ajuda com elas. Por meio do sentimento e da percepção empática, pude compreender as idéias, pensamentos e seus anseios frente à experiência com a hospitalização, doença, tratamento e morte.

5ª) Fase da solidariedade: nesta fase buscou-se o envolvimento emocional, como consequência da série de interações que foram acontecendo ao longo da prática assistencial. No convívio com as mulheres, o meu envolvimento emocional ocorreu de forma natural, estabelecendo-se vínculos de confiança e amizade, favorecendo-se, assim, a manifestação de sentimentos e emoções com mais facilidade.

O envolvimento emocional é necessário, faz parte da assistência às mulheres, e o objetivo é compreender suas necessidades e aliviar seu sofrimento através da relação terapêutica.

A solidariedade foi se manifestando através do diálogo com as mulheres, utilizando técnicas de relaxamento e pela prática de atividades lúdicas que as auxiliaram a amenizar a dor e o sofrimento.

6ª) Fase de afinidade: a ocorrência das fases anteriores atinge o seu auge com a fase de afinidade, na qual a relação interpessoal enfermeira/mulher-enferma alcança a fase em que ocorre uma grande cumplicidade nos medos, angústias, dúvidas, ansiedades, culminando em uma relação terapêutica.

7ª) Fase de término: durante a prática assistencial, as mulheres com câncer foram sendo preparadas para o término da relação terapêutica. A maioria dessas relações terminou com a alta hospitalar delas, outras por óbito e algumas devido a transferência para outra unidade de internação.

A relação interpessoal estabelecida teve uma evolução diferente e particular com cada mulher. Com algumas, depois do primeiro encontro, foi possível perceber que já se havia estabelecido um sentimento de empatia e solidariedade. Entretanto, com outras, a evolução das fases foi mais lenta e aos poucos a relação terapêutica foi efetivada.

Para operacionalizar as fases adotadas, foram implementadas ações que compõem o processo de enfermagem. Estas ações não são estabelecidas na teoria de Travelbee, portanto foram por mim construídas como forma de facilitar a aplicação do marco conceitual.

A seguir apresento um quadro demonstrativo (Quadro 3) do processo de enfermagem em que relaciono as fases adaptadas da teoria de Travelbee com as ações de enfermagem para

possibilitar uma visão global do desenvolvimento da prática assistencial. Saliento que na dinâmica do acontecimento dos fatos reais, algumas vezes, as ações de enfermagem não se mantinham estanques dentro de uma das fases adaptadas da Teoria de Travelbee.

Quadro 3 - Processo de enfermagem adotado.

FASES ADAPTADAS DA TEORIA DE TRAVELBEE	AÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>Fase de pré-interação: sentimentos e pensamentos presentes antes de cada interação.</p> <p>Fase de Introdução: primeiras impressões se estabelecem entre enfermeira e mulher.</p>	<p>Levantamento de Dados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • informações no prontuário e leituras para embasar a prática; • apresentação da proposta de trabalho; • entrevista com identificação das atividades lúdicas prediletas das mulheres. • observação da atividades desenvolvidas pelas mulheres
<p>Fase de Definição de Identidades: começam a se formar vínculos entre enfermeira e mulher.</p>	<p>Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • identificação do estado de saúde das mulheres e condições de participar das atividades lúdicas. <p>Planejamento das Atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • adaptação das atividades lúdicas às características das mulheres e reavaliação constante das mesmas.
<p>Fase da Empatia: enfermeira e mulher compartilham experiências.</p> <p>Fase da Solidariedade: troca de sentimentos e emoções.</p>	<p>Implementação das Atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • operacionalização do plano de atividades.
<p>Fase de Afinidade: as mulheres encontram um significado para sua doença e seu sofrimento.</p> <p>Fase de Término: encerramento da relação terapêutica.</p>	<p>Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ocorria diariamente de forma aberta, contínua e dinâmica, compartilhada com as mulheres; • antes da alta hospitalar, as mulheres reavaliavam a prática assistencial.

Esta prática assistencial se transformou numa forma diferenciada de assistir um grupo de seres humanos que sofre e precisa de ajuda, que pode ser oferecida de forma mais lúdica e holística.

4 - VIVÊNCIAS - O COTIDIANO DA MULHER HOSPITALIZADA COM CÂNCER

Neste capítulo descrevo como foram realizadas as atividades lúdicas com as mulheres escolhidas para este estudo; procuro apresentar algumas características e particularidades deste grupo e como foi a implementação da prática e os encontros vivenciados.

A prática assistencial esteve alicerçada no processo de interação de Joyce Travelbee que auxiliou na sustentação da vivência com as mulheres portadoras de câncer.

A atividade lúdica não foi meramente empregada como um passatempo, mas teve uma significação mais profunda, a de assistir a mulher na sua dor e sofrimento, auxiliando-a a refletir acerca da experiência vivida. A alegria, a descontração e a risada foram estimuladas para serem uma constante a cada encontro e, desta forma, reduzirem o sentimento de pesar e tristeza que freqüentemente as acompanhava.

Esta forma de assistir oportunizou, a cada relação, um encontro único, no qual podiam ser compartilhados os sentimentos e pensamentos relacionados à sua vida (alegrias, frustrações, medos e esperanças).

Para MANZOLLI (1987), a atividade lúdica é um importante elemento de satisfação na vida do homem. Como uma necessidade humana e promotora de saúde, leva o homem a realizar-se de forma individual e social e a integrar esta experiência em sua personalidade.

O homem é um ser individual que necessita de uma vida alegre, livre de tensões, onde possa dar vazão à sua criatividade, imaginação e fantasia. Como ser social, o homem necessita integrar-se aos grupos, estabelecendo vínculos mediante experiências comuns, prazerosas e alegres.

Desta forma, a atividade lúdica foi percebida como um instrumento extremamente importante para aliviar a tensão, proporcionar relaxamento, auxiliar no processo terapêutico, socializar alegrias e tristezas e consolidar novos vínculos entre as mulheres. O ludismo, com certeza, pode ser visto como um meio precioso para tornar mais humanizada a assistência de enfermagem prestada durante a sua hospitalização.

4.1 - Conhecendo e compreendendo as mulheres com câncer

Conhecer as mulheres, suas características, suas origens, seus sentimentos e emoções foi fundamental para dar início ao processo de interação. Assim como compreendê-las como mulheres, mães, filhas, avós, tias, com valores, crenças, comportamentos e sentimentos, e que momentaneamente estavam enfermas. Nessa perspectiva, foi desenvolvida a prática assistencial, percebendo-as como seres humanos únicos e particulares, com características próprias, estabelecendo com elas uma relação interpessoal.

O trabalho foi desenvolvido no decorrer de onze semanas com 19 mulheres que estiveram internadas em uma enfermaria de seis leitos. O nível de interação com estas mulheres variou em função das características das mesmas, que apresento a seguir:

- A faixa etária das mulheres variou entre 19 a 74 anos, das quais apenas 3 tinham mais de 60 anos.
- Treze mulheres tinham filhos, das quais 9 eram casadas, 3 viúvas e uma solteira.
- A profissão de doméstica e as atividades do lar somam um total de 13 mulheres.
- A escolaridade das mulheres era representada por 5 mulheres analfabetas, 11 com o 1º grau incompleto e 3 com o 2º grau incompleto.
- Treze mulheres eram procedentes de cidades vizinhas ou próximas da região de Santa Maria.

- A renda familiar variou entre um a três salários mínimos, sendo que mais da metade das mulheres recebia de um a um e meio salário mínimo.
- A religião católica foi a predominante, com 15 mulheres católicas.
- A média de permanência no hospital esteve entre 7 a 51 dias, com exceção de uma mulher, que permaneceu apenas 2 dias internada. Mais da metade das mulheres permaneceu hospitalizada de uma a três semanas.
- O diagnóstico médico variou quanto ao tipo de enfermidade, conforme ilustra o quadro 4.

Quadro 4 - Diagnóstico das mulheres internadas em um hospital público de Santa Maria.

DIAGNÓSTICO DAS MULHERES
Neuroblastoma
Linfoma de Hodgkin
Púrpura Trombocitopênica Idiopática (2)
Sarcoma de Ewing
Leucemia Mielocítica Crônica Agudizada
Artrite Reumatóide
Tumor de Cólon
Tumor de Ovário
Câncer de Pulmão
Insuficiência Cardíaca
Estenose Mitral
Câncer de Mama
Lúpus Eritematoso Sistêmico(2)
Diabete Melitus
Doença Von Willebrand
Histiocitose X
Cisto Braquial

A análise do quadro 4 demonstra que nem todas as mulheres tinham câncer. Como minha proposta era desenvolver o trabalho com todas as mulheres internadas na enfermagem, essas também fizeram parte do trabalho.

LeSHAN (1994, p. 93), ao trabalhar com pessoas que tinham câncer, chegou à conclusão que não poderia ajudar muitos doentes terminais ao mesmo tempo. Ele considera

“fundamental que as pessoas que realizam terapia com vítimas de câncer, também atendam outros tipos de pacientes.” O autor acrescenta que, apesar disso, o desgaste emocional ainda é considerável.

Trabalhar com mulheres portadoras de câncer através do processo interativo, exige envolvimento emocional, o que significa sensibilidade, afeição, compromisso sincero, compreensão e consciência dos próprios recursos e limitações para se estabelecer uma relação terapêutica. Desta forma, ao me relacionar com estas mulheres, foi inevitável o meu envolvimento com os seus medos, temores, ansiedades e lidar com a sua dor, seu sofrimento e a sua situação de morte. Assim, avalei a necessidade de me reabastecer com energia, através do compartilhar com outros profissionais da área, os meus sentimentos relacionados ao sofrimento destas pessoas, bem como, atendendo pessoas com outras doenças, para prevenir o desgaste emocional.

Cabe ressaltar que interagir com mulheres não portadoras de câncer foi menos doloroso, pois a sua expectativa era realizar o tratamento e alcançar a cura ou manter a doença estável. Por outro lado, as mulheres com câncer sofriam permanentemente com a dúvida, o medo e a incerteza de haver uma cura para a sua doença. Muitas vezes, encontravam-se desanimadas, revoltadas, agressivas quando o desespero era muito forte e pareciam ter perdido a esperança.

Nestas situações, o apoio da família demonstrou-se extremamente importante; a presença do marido, da filha, da mãe em momentos cruciais do tratamento (quimioterapia, radioterapia, cirurgia) ou no processo de morte, ajudou-as a se sentirem amparadas e reconfortadas. Quando a família não podia estar presente ou a visita ocorria com pouca frequência, era comum que se sentissem abandonadas, rejeitadas e esquecidas pelos familiares. Nestes momentos, a minha presença ajudava a não se sentirem tão sós, amenizando a solidão que sentiam pelo afastamento da família. Isto pode ser ilustrado nas seguinte falas:

“É bom a senhora vir no horário da visita, eu me sinto feliz...”

“No horário da visita me dava vontade de chorar, mas depois que a senhora apareceu, já não me sinto tão triste.”

“Não sei porque não apareceram hoje, estou preocupada...”

Devido à gravidade da doença, algumas mulheres tinham uma, duas ou até mais acompanhantes na enfermaria, fato que ocasionalmente gerava mal-estar, tumulto e aflição para as demais, que não podiam contar com visitas e um ambiente tranqüilo na enfermaria.

Apesar dos conflitos criados por alguns acompanhantes, destaco que a colaboração da acompanhante foi benéfica para as mulheres que se encontravam com muitas restrições físicas e mentalmente abaladas, como ainda para aquelas que se encaminhavam para a morte.

Das mulheres com as quais foi desenvolvida a prática assistencial, treze receberam alta hospitalar, quatro evoluíram para o óbito, uma foi transferida para outra unidade de internação do hospital e uma permaneceu internada na unidade.

Dentro deste contexto, procurei interagir com elas e suas acompanhantes, compartilhando seus sentimentos, pensamentos, preocupações e expectativas sobre o futuro, através da relação interpessoal e da prática de atividades lúdicas.

4.2 - A prática de atividades lúdicas

A implementação da prática iniciou com encontros com a equipe de enfermagem nos quais foi exposta a proposta do trabalho. Após esta etapa, comecei com a visita na enfermaria, com a finalidade de observar as condições gerais das mulheres, as atividades por elas desenvolvidas (liam revistas ou livros, conversavam com as colegas ou acompanhante, realizavam alguma atividade manual) e fazer uma entrevista (Anexo II).

A entrevista tinha a finalidade de caracterizar as mulheres e identificar as atividades lúdicas prediletas de cada uma. Aquelas que estavam em condições de responder às perguntas

foram entrevistadas, as que se encontravam impossibilitadas (desorientadas, enfraquecidas, surda-muda) não foram entrevistadas imediatamente, sendo que, nestas situações, recorria ao auxílio de um familiar para obter os dados.

A partir dos dados coletados, foi traçado o perfil social, econômico e cultural de cada mulher, o que ajudou na definição das atividades lúdicas dentro das expectativas, possibilidades e limitações de cada uma.

Encontro 1

O primeiro encontro com as mulheres aconteceu depois do horário da visita quando, durante alguns minutos, em silêncio, observei todo o ambiente da enfermaria e as condições gerais de cada mulher.

Na enfermaria, havia seis mulheres, quatro delas estavam deitadas no leito, uma estava sentada na cadeira conversando e a outra estava sentada no leito, em silêncio. A observação inicial mostrou que várias mulheres estavam em um estágio bastante avançado de sua doença, o que lhes causava uma série de limitações físicas e mentais.

As mulheres apresentavam-se da seguinte forma:

- uma encontrava-se desorientada, chorando e gemente;
- outra estava com o rosto semi-coberto, com o olhar distante e a fisionomia apática;
- uma conversava sozinha, sua fala era incompreensível;
- uma apresentava dispnéia severa, agitação, parecia exausta e com dificuldade de acomodar-se no leito;
- outra estava calma, tranqüila, observando suas colegas de enfermaria;
- uma estava dispnéica, mostrava-se nervosa e ansiosa.

O quadro que se apresentava “fugiu” das minhas expectativas, pois não imaginava encontrar tantas pessoas com complicações tão severas. Procurei, junto à equipe de

enfermagem e aos prontuários, mais dados que subsidiassem minhas primeiras percepções. Assim, obtive a confirmação que o grupo era formado por várias mulheres com patologias graves debilitantes e com sérias dificuldades de comunicação.

Frente a esta realidade, decidi não desanimar e defini, com a colaboração das enfermeiras, a mulher que entrevistaria naquela tarde.

Antes de cada entrevista me apresentava, falava do trabalho que pretendia realizar com ela e da importância em responder algumas perguntas. Todas elas sempre se mostraram receptivas e ficavam interessadas na atividade, muitas vezes, sem entender muito bem, como esta seria desenvolvida. Isto gerava, entre elas, uma certa curiosidade e expectativa acerca do trabalho, e surgiam os seguintes questionamentos:

- *“O que uma mulher da minha idade pode fazer ?”*
- *“Eu vou brincar como meu neto ?”*
- *“Quando vamos começar ? O que vamos fazer ?”*
- *“Acho que não posso fazer nada, estou muito fraca.”*

No decorrer da prática, muitas mulheres se mostraram despreparadas para desenvolver algumas atividades lúdicas por se sentirem fracas, impossibilitadas ou desestimuladas. Este aspecto não impediu a continuidade do meu trabalho e, cada vez mais, conscientizava-me do desafio que enfrentava, o de motivar as mulheres para uma atividade que podia ser prazerosa e alegre.

Este desafio começou com a primeira entrevista, que, por sugestão das enfermeiras da unidade, foi realizada com uma mulher que apresentava paralisia dos membros inferiores e parestesia do membro superior esquerdo. Ela encontrava-se muito deprimida, agressiva e inconformada com a progressão de sua enfermidade. Para garantir o anonimato desta mulher e das demais, a partir de agora (no texto) todas serão identificadas através de pseudônimos.

Deparei-me com **Marta**, uma jovem mulher solteira de 19 anos, que trabalhou como doméstica antes de adoecer e morava em uma cidade próxima à região de Santa Maria. Ela estava fazendo quimioterapia quando cheguei. Ao iniciar o diálogo, procurei conquistar o seu interesse pelo meu assunto e estabelecer um ambiente interpessoal, no qual **Marta** se sentisse à vontade para expressar seus sentimentos relacionados com a experiência que estava vivendo.

Ela ouviu minhas colocações e respondeu a todas as perguntas que fiz com pouco interesse. Expressou sua tristeza e revolta de estar internada, ter que realizar quimioterapia e não poder mais andar.

Sua doença havia iniciado há cinco meses, com o surgimento de dores nas costas, as quais não valorizou. Passado um mês, quando começou a “*perder as forças*” nas pernas, não conseguindo mais andar, procurou um médico. Fez vários tratamentos em sua cidade sem obter melhora do quadro, sendo posteriormente encaminhada para um hospital público de Santa Maria. Nesse hospital, recebeu o diagnóstico de **neuroblastoma** e a doença já se encontrava em estágio bastante avançado.

Nas duas internações anteriores, fez radioterapia e quimioterapia, sem resultados satisfatórios. Sua doença mostrava sinais nítidos de progressão. Estava bastante emagrecida pela doença, com alopecia, apresentava uma escara na coxa direita de difícil cicatrização, pois gostava de ficar em decúbito dorsal todo o tempo. Usava fralda, pois havia perdido o controle esfinteriano.

No início do diálogo, **Marta** tinha uma expressão de apatia, de desinteresse, que foi se modificando no decorrer do encontro. Sugeri a necessidade de ter uma atividade que lhe trouxesse motivação, com a qual se sentisse útil, produtiva. Ela disse que gostava de ler, ouvir música sertaneja, passear, cantar, mas agora não tem disposição para fazer nada, só de ir embora.

A importância de desenvolver uma atividade de acordo com as suas condições, foi reforçada com a justificativa de que se sentiria mais animada e melhoraria sua qualidade de vida. Ela me olhou com tristeza e indignação e disse:

“O médico não me dá esperança alguma.”

Para SIMONTON et al. (1987), a evolução do câncer varia para cada pessoa, não se pode oferecer nenhuma garantia de cura, mas considera que a atitude mais acertada em relação a incerteza é a esperança. Pois, quando não se tem mais esperança o que existe é desespero, revolta, depressão e tristeza.

O médico havia falado sobre a gravidade de sua doença, que não voltaria mais a andar, deixando-a revoltada e sem estímulos para continuar vivendo. Era possível perceber o quão difícil era para uma jovem mulher imaginar a sua vida presa a uma cadeira de rodas ou mesmo a uma cama. Para **Marta** não haveria “vida” se não voltasse a andar, preferia morrer.

Conversei ainda sobre a importância de conhecer mais sobre a sua doença, as possibilidades de tratamento e como viver melhor com a doença. Mostrou-se interessada em ter mais informações sobre sua enfermidade.

No término do encontro, ela mostrava-se mais descontraída e fez algumas perguntas sobre a minha vida pessoal. Sua mãe, que a acompanhava na internação, fez alguns comentários durante o encontro. Ao me despedir, ela agradeceu as palavras animadoras e confortadoras que havia trazido para a sua filha.

Neste primeiro encontro, apenas entrevistei **Marta** e, a partir dos dados coletados, realizei o diagnóstico sobre suas condições gerais e o planejamento das atividades lúdicas que poderiam ser desenvolvidas com ela.

Encontro 2

Neste encontro, **Marta** ao ser indagada sobre o seu estado de saúde disse: “...*mais ou menos...vomitei ontem e hoje...*” Ela estava desanimada, com pouco interesse em conversar. Ofereci duas revistas para ela, pediu que as deixasse sobre a mesa. Deixei-a descansando e me dirigi à outra mulher.

Isabel, 33 anos, é portadora de **artrite reumatóide** e surda-muda. Infelizmente não consegui me apresentar e falar sobre o meu trabalho de forma muito clara, pois era algo incomum para mim a comunicação através de gestos.

Ela não sabe ler, seus gestos foram criados por ela, sendo que a enfermagem já conhecia alguns que significavam “dor nas pernas”, “frio” e “ir ao banheiro” e outros gestos que, no dia a dia, iam sendo compreendidos pela equipe.

Para entrevistá-la, indiquei alguns objetos e pedia sua confirmação se gostava de realizar tal atividade ou não. Pude compreender que gostava de ver televisão, fazer tricô, crochê, desenhar e jogar. Aos poucos, ela começou a ficar ansiosa por não conseguir me entender, pedi que ficasse tranqüila, que no outro dia voltaria para vê-la. Também deixei algumas revistas para ela.

Após meu encontro com **Isabel**, senti uma certa frustração ao perceber as dificuldades que enfrentaria para a obtenção de uma comunicação mais satisfatória e, conseqüentemente, estabelecer uma relação terapêutica com ela.

Encontro 3

Neste encontro, **Marta** estava animada e ansiosa, pois no dia seguinte iria para casa. Estava com baton nos lábios que sua mãe colocou para deixá-la mais animada. Conversei, retomando o mesmo tema do primeiro encontro, sobre a necessidade de fazer uma atividade, ela disse: “*Faz sentido...*” e prometeu pensar sobre o assunto em casa.

Marta estava mais comunicativa e participativa no diálogo, não nos víamos mais como estranhas e um elo de confiança se estabelecia.

Isabel, neste encontro, estava fazendo tricô, sorriu e me cumprimentou. Tinha muitas limitações para me comunicar com ela e sentia que éramos estranhas tentando ultrapassar as barreiras que impediam uma comunicação efetiva.

Encontro 4

Nesse dia, despedi-me de **Marta** que estava com alta hospitalar. Ela contou que teria que voltar em 8 dias para fazer novos exames. Sua mãe estava indignada, relatando as dificuldades para conseguir transporte e os gastos financeiros que tinha com tantas viagens.

Esse é um problema sério enfrentado pela maioria das mulheres que residem no interior de cidades da região de Santa Maria que, freqüentemente, precisam deslocar-se para o hospital. Essa situação, algumas vezes, é solucionada com uma internação mais prolongada para evitar as idas e vindas tão freqüentes e onerosas.

Ao término da relação com **Marta**, percebo que o processo interativo estabelecido teve momentos de aprendizagem, contribuindo para que ela repensasse alguns aspectos de sua vida.

Não foi possível a implementação de atividades lúdicas, uma vez que nunca se mostrou motivada para a sua prática. O trabalho com Marta mostrou a dificuldade em estabelecer uma interação com uma pessoa cujo sofrimento é profundo, penoso e debilitante. O curto espaço de tempo impossibilitou um aprofundamento maior na complexa relação enfermeira/enfermo e a elaboração de estratégias para efetivar a relação terapêutica.

No contato com **Isabel**, neste dia, procurei melhorar meu nível de comunicação não-verbal através de gestos, sinais e expressões faciais. Ela estava sentada, encolhida, pois sentia

frio devido ao vento gelado que entrava na enfermaria, mesmo assim, mostrou-se interessada em entender a mensagem que lhe transmitia, sorrindo para mim.

Durante os quatro encontros iniciais, conversei com as acompanhantes das demais mulheres para conhecê-las. Nesse período, uma mulher foi transferida e outras duas receberam alta hospitalar.

Encontro 5

Notei que algumas mulheres recentemente internadas, mostravam um quadro clínico mais favorável, sendo possível iniciar o processo interativo com mais três delas.

Entrevistei **Cristina**, 66 anos, que internou para realizar uma esplenectomia; seu diagnóstico era **púrpura trombocitopênica idiopática**. Viúva há 25 anos, tem uma filha adotiva que virá para Santa Maria para acompanhá-la no seu pós-operatório. Relatou que, desde julho de 1994, tem realizado tratamento para a púrpura através de corticosteróides, mas quando a dosagem era reduzida, voltavam os sintomas. Mostrou-se apreensiva e tensa, disse *“estou nervosa...estou longe dos meus...”* e começou a chorar. Estava com muitas saudades do neto de seis anos, com o qual gosta de brincar. Também estava preocupada com a data da cirurgia, pois queria saber com antecedência de dois dias para que sua filha pudesse se deslocar a Santa Maria. A certeza da presença de sua filha em um momento tão delicado de sua vida era muito importante. Solicitei ao seu médico, que passava na enfermaria, mais algumas informações para tranquilizá-la. Segurei a sua mão durante o diálogo, demonstrando apoio e solidariedade.

Cristina manifesta seu gosto pela leitura, mas apresenta dificuldade em ler, pois as lentes dos seus óculos estão fracas e não pode trocá-las, porque recebe um salário mínimo. Gosta também de ouvir música sertaneja e fazer crochê, que atualmente não faz mais, pois treme muito. Gostaria de jogar qualquer jogo durante sua hospitalização.

Outra mulher entrevistada foi **Leticia**, 19 anos, solteira, internada para realizar exames e com possibilidade de ser transferida para fazer cirurgia em São Paulo. Ela tem **sarcoma de Ewing** que atingiu sua coxa direita, não apresentando metástases. Caminhava com dificuldade, devido ao tumor.

Ela relatou que sentiu dor na perna direita em outubro de 1994. Como a dor não cedeu, procurou um médico que lhe receitou analgésico, sem obter efeito. A região interna da coxa começou a edemaciar, apresentando calor e dor. Quando não conseguia mais andar, foi encaminhada para o serviço de hematologia do hospital e realizado o diagnóstico.

Leticia já esteve várias vezes internada fazendo quimioterapia e radioterapia. A radioterapia foi interrompida, pois o aparelho estragou. Estava muito animada com a possibilidade de ir para São Paulo e retirar o tumor. Mostrava-se cheia de esperança e entusiasmo em ficar curada.

Ela “adora” assistir televisão, principalmente filmes e novelas, gosta de ler revista em quadrinhos, romances e músicas sertaneja, popular e internacional. Durante a hospitalização, gostaria de aprender a fazer crochê.

Ainda entrevistei **Vilma**, 71 anos, casada, que estava internada no hospital há duas semanas. Havia permanecido cinco dias no pronto atendimento do hospital esperando a liberação de um leito. Naquele local se sentia muito mal, pois não existem janelas no ambiente, o recinto é totalmente fechado, contando com apenas duas portas de acesso. **Vilma** fez a seguinte colocação:

“Achei que ia ficar louca...”

Depois foi transferida para o 4º andar, onde ficou mais dez dias esperando iniciar seu tratamento. Sentiu-se mais aliviada depois que veio para esta unidade. Disse que foi a primeira vez, depois da internação, que seu médico apareceu para avisá-la que iria começar a quimioterapia. Sabe que tem **tumor de cólon**, pois já fez cirurgia para a retirada do mesmo.

Vilma expressava alegria e entusiasmo em compartilhar suas ansiedades e angústias comigo. Manifestou que gosta de ler revistas, ouvir músicas “*tudo*”, fazer bordado, crochê, cantar hinos de igreja, de festa “*qualquer bobagem*”. Gostaria de aprender a fazer tricô durante sua internação.

Neste encontro, **Isabel**, que recebia solução parenteral por veia periférica, estava com os olhos avermelhados e lacrimejantes, fazia gestos mostrando sentir muita dor nas articulações das pernas e braços. Ficou deitada sem fazer nenhuma atividade durante a tarde. Conversei com ela, procurando tranquilizá-la.

Todas as mulheres entrevistadas expressaram interesse em participar das atividades lúdicas. No final do encontro, percebi que elas estavam alegres e comunicativas, demonstrando-se valorizadas por terem compartilhado comigo algumas de suas experiências. Vilma perguntou:

“Quando a senhora vai voltar? Amanhã de manhã? Gostei muito de conversar, a senhora é muito querida.”

Combinei com as mulheres o início das atividades lúdicas para o próximo encontro.

Encontro 6

A primeira atividade lúdica foi desenvolvida com quatro mulheres que se encontravam da seguinte forma:

Cristina estava nervosa, revoltada e sentindo-se cansada, pois não tinha dormido bem a noite anterior pelo barulho na enfermaria. Os acompanhantes de **Odete** (uma mulher que teve seu estado geral agravado e foi considerada em estágio terminal) ficaram conversando em voz alta durante a noite. Conversei com as enfermeiras, expus o problema, para evitar que o fato se repetisse na noite seguinte.

Letícia também não dormiu bem pelo ruído na enfermaria. Estava deitada no leito com expressão séria e triste. Perguntei como estava se sentindo, ela respondeu:

“Estou com dor na perna, acho que já está no horário da medicação.”

Fui verificar no prontuário o horário de sua medicação. Como podia receber outra dose de morfina (gotas), preparei a medicação e levei para ela. Após a medicação, trouxe um rádio para ela, ficando responsável pela música na enfermaria. Ela ficou muito feliz e pediu que ensinasse a controlar o rádio-gravador.

Isabel estava sentada no leito, fazendo crochê, mostrava por gestos que estava se sentindo bem. Fazia uma roupa de bebê para a filha de Odete que está grávida.

Vilma conseguiu dormir bem durante a noite, pois seu leito ficava mais distante de onde estavam os acompanhantes de Odete. Estava preocupada e solicitou que olhasse um ponto de sua incisão cirúrgica que não havia cicatrizado e drenava um líquido transparente. Providenciei um curativo, pois ela tinha medo de ficar com infecção hospitalar. Ela agradeceu a atenção e ficou mais descontraída.

Ao término do horário de visita, trouxe o material para desenvolver uma atividade com elas. Entreguei várias revistas para cada uma e solicitei que recortassem gravuras que representassem o seguinte tema: **Como me senti quando internei no hospital?**

Para **Isabel**, mostrei através de gestos, que recortasse gravuras bonitas, pois não consegui explicar o tema com gestos compreensíveis a ela.

Elas ficaram folheando as revistas com atenção e interesse, às vezes perguntavam se podiam recortar tal gravura ou escrever na folha. Falei que se sentissem livres para recortar a gravura que desejassem e repeti o tema que estava sendo focado. Assim ficaram, durante uma hora, desenvolvendo a atividade.

Enquanto isso, conversei com os acompanhantes das outras mulheres.

Odete está internada há mais de duas semanas com **leucemia mielocítica crônica agudizada**, seu estado de saúde é delicado, apresenta comprometimento de vários órgãos. Ela tem 54 anos, está lúcida, com frequência abre os olhos, pede para sua filha ajudá-la a mudar de posição e em seguida fecha os olhos e adormece.

No momento em que estava conversando com sua filha, ela abriu os olhos e perguntou, olhando em direção às colegas de enfermagem:

“O que elas estão fazendo?”

Expliquei o trabalho que estava realizando, ela fez um sinal afirmativo, fechou os olhos em seguida. Continuei conversando com sua filha para conhecer seus sentimentos frente à possibilidade de morte de sua mãe.

Para ela estava sendo muito doloroso, sentia-se exausta física e emocionalmente. Não queria sair de perto da mãe ou deixá-la sozinha nem por poucas horas para descansar. Em algumas noites, seu irmão e uma amiga da família ficaram com Odete. Mas não podia contar com seu irmão todos os dias, pois não podia ausentar-se do trabalho que tinha em outra cidade.

Para a família, é muito difícil ficar longe de Odete nesta hora, pois é uma etapa de despedida, quando todos se preparam para o momento da separação. Sobre isto, SIMONTON (1990) coloca que a presença da família no processo de morte é um dos maiores confortos que se pode dar ao enfermo. Saber que não está sozinho neste momento é de grande ajuda. Notava-se que **Odete** se certificava de não estar sozinha, quando chamava a filha seguidamente para lhe pedir alguma coisa ou fazer apenas um comentário.

Uma outra mulher, **Regina**, 49 anos, está com **linfoma de Hodgkin** e seqüelas da meningite que contraiu depois do linfoma. Ela diz que não ouve nada quando sua filha ou outra pessoa conversam com ela. Começa a chorar, fecha os olhos e fica em silêncio. Às vezes,

geme, dizendo que doem as pernas e a região dorsal. A filha faz massagens, várias vezes, para diminuir a dor.

Segurei no ombro de **Regina**, perguntando como estava, ela abriu os olhos, ficou me olhando e começou a chorar, encolhendo-se no leito. Continuei segurando seu ombro, fazendo carinho nos seus cabelos, procurando trazer conforto para o seu sofrimento.

Durante a prática de atividades lúdicas, a equipe de enfermagem verificou os sinais vitais e olhou as gravuras que elas já haviam recortado, elogiando os trabalhos que estavam prontos. Era um momento alegre e descontraído em que a equipe se integrava com as mulheres.

Isabel participou da atividade com entusiasmo, recortando rapidamente as gravuras, sentada no leito. Foi a primeira a terminar a atividade. Ela preencheu duas folhas de papel ofício com gravuras. Em uma folha colou várias notas de dinheiro e fotos de seis presidentes norte-americanos. Apontou para as notas de dinheiro e fez um gesto negativo, indicando que não tinha dinheiro e que fazia falta. Na outra folha havia recortes de gravuras de animais como cavalos, gado, vacas e porcos e uma gravura de locutores de um noticiário da televisão. Ela sorriu, olhando os animais, demonstrando que gostava da vida do interior. Apontou para a televisão que ficava ao lado de **Odete**, mostrando que via os locutores do noticiário ali na televisão.

No final da atividade, ela estava alegre e animada, isso me deixou feliz, sentindo que estávamos mais próximas, apesar de ainda ter dificuldade na comunicação não-verbal.

A segunda a terminar as colagens foi **Leticia**. Quando iniciou a atividade, já não sentia mais dor. Ela fez a atividade em decúbito lateral, com a cabeça encostada no leito, com a cabeceira da cama elevada. Não conseguiu encontrar uma posição muito confortável, mas ela disse que estava bem.

Em uma folha colou a gravura de um cão e falou, “*sinto saudades do meu cachorrinho que está em casa.*” Em outra folha, havia uma gravura com uma moça sorrindo, com livros na estante e um aparelho de som. Ela comentou, “*gosto de ler e ouvir música por isso escolhi esta gravura.*” As outras duas gravuras, uma com uma garota sorrindo, montada num cavalo e um rapaz sorrindo, ela escolheu porque achou bonitas. Nesta folha ela escreveu: “O principal em nossa vida é a saúde. Por isso, dê valor a si mesmo!”

Ela internou cheia de expectativas, feliz e expansiva, repleta de esperanças. Com o princípio da dor, a demora da cirurgia e o tumor crescendo, sente-se insegura, com medo do futuro. As gravuras de jovens alegres parecem representar a alegria que sentia ao internar.

Depois da atividade, **Letícia** estava tranqüila e sintonizou uma emissora de rádio para ouvir música sertaneja.

Em seguida, ajudei **Vilma** a colar suas gravuras. Ela realizou a atividade sentada no leito. Recortou gravuras do jogador de futebol Pelé, de crianças brincando e de objetos de cristal. A justificativa pela escolha das gravuras foi que seus amigos “*adoram*” o Pelé e porque gosta muito de crianças, dos seus netos. Ela se refere à saudade de seus amigos e de seus netos.

Vilma sempre foi uma pessoa muito ativa na sua comunidade, antes de ficar doente. Ajudava as pessoas que adoeciam com chás e remédios caseiros, os quais ela mesma preparava. Ela é uma pessoa que demonstra muita preocupação com suas colegas de enfermagem que estão doentes. Fica muito nervosa quando uma delas tem dor ou outro tipo de desconforto ou mal-estar.

Achou muito bonito o trabalho que realizou e estava feliz com a atenção dedicada a ela. De acordo com seus relatos, depreendo que ela sempre viveu em função dos outros, nunca pensou no seu prazer, na sua felicidade. Este era um momento em que ela refletia sobre a sua vida, suas realizações, seus sofrimentos e seus momentos de alegria.

Cristina olhou demoradamente as revistas, procurando as gravuras mais significativas para o tema sugerido. Ficou sentada na cadeira, com as revistas sobre o leito. Em uma folha, colou as seguintes gravuras: o Papa, um rapaz trabalhando, uma mulher com um bebê no colo, estudantes reunidos com um professor e uma mulher cuidando do marido no hospital, no alto desta gravura, colou a seguinte frase: “A vida em primeiro lugar.”

Em outra folha, colou recortes de alunos saindo do colégio e um rapaz no alto de um coqueiro, sorrindo. **Cristina** manifestou a importância da fé, do familiar, da recuperação da saúde e da instrução, através das gravuras. Lamenta que não teve oportunidade de estudar mais e ter um futuro melhor. Fica triste de não poder contar com um serviço de saúde mais eficiente.

A religiosidade, o valor à vida, à saúde, à família, ao “saber”, são aspectos presentes na internação de **Cristina**. Para ela, todos estes aspectos são importantes para a recuperação de sua saúde.

Durante o desenvolvimento da atividade lúdica, uma fita de áudio com música instrumental foi executada no aparelho de som, procurando deixar o ambiente agradável e tranquilo. O volume do som foi aquele que não perturbasse nenhuma das mulheres.

Não tive a preocupação de que as mulheres recortassem apenas gravuras que estivessem relacionadas com o tema, mas sim que elas encontrassem prazer e satisfação ao participarem da atividade.

No final da atividade, percebi que todas estavam animadas, alegres e conversavam entre elas. Senti-me muito próxima de cada uma, percebendo que aquele encontro oportunizou que cada uma colocasse um pouco de si e eu me colocasse para elas.

Encerrei o encontro, despedindo-me, desejando uma noite tranquila, esperando encontrá-las no dia seguinte e elas desejaram o mesmo.

Encontro 7

Fui encontrá-las para avisar que não poderia ficar a tarde com elas, devido a um compromisso. Conversei com cada mulher, especialmente com **Leticia**, pois ela estava tensa, apreensiva e angustiada. Perguntei se estava preocupada, ela respondeu “*sim, quando começa a dor fico preocupada*” e chorou. Conversei com ela sobre técnicas de visualização e relaxamento para aliviar a dor e auxiliar no processo de cura. Ela mostrou interesse em saber mais sobre o assunto; prometi trazer mais informações.

Cristina estava preocupada com Leticia e procurou animá-la. Falou para ela ter esperanças, fé, que iria melhorar. Depois se dirigiu para mim e disse: “*Me dói ver Leticia, tão nova, sofrendo, com uma doença como essa.*”

Percebo que existe amizade e solidariedade entre as mulheres, cada uma procura confortar e ajudar a outra a suportar o sofrimento e a enfermidade.

Encontro 8

Este foi um encontro em que procurei demonstrar meu apoio, solidariedade e transmitir energia segurando suas mãos, tocando-as com carinho. Para STEFANELLI (1993), o toque é considerado um aspecto da comunicação não-verbal que possibilita de forma mais concreta a transmissão de nossos sentimentos de empatia e confiança ao enfermo. Desta forma, através do diálogo e do toque, as mulheres sentiam que tinham uma pessoa amiga para contar suas histórias e expressar seus sentimentos relacionados com a enfermidade.

Encontro 9

Neste encontro, **Cristina** estava sonolenta, deitada no leito, não conseguiu dormir bem durante a noite por causa da dor na incisão cirúrgica. Ela disse:

“Sinto muita dor no corte da cirurgia, não posso me mexer... quero ficar bem quieta.”

Passou a tarde dormindo, sem vontade de sair da cama. Não desenvolveu nenhuma atividade; sentia cansaço e dor ao se movimentar.

Letícia estava lendo o livro de anedotas quando cheguei, perguntei se havia encontrado uma anedota interessante para me contar, ela disse não. Recebeu a visita do seu pai nesta tarde, não demonstrou nenhuma alegria em vê-lo, estava triste e deprimida. Recebia morfina de 4 em 4 horas, pois apresentava dor na perna com frequência.

Isabel estava deitada no leito, sorriu ao me ver. Parecia tensa e apreensiva com a doença de Odete. Não fez nenhuma atividade manual, pois estava com um “butterfly” no polegar direito.

Na noite anterior, **Odete** havia chorado e **Vilma** não conseguiu dormir. Estava ansiosa, tensa e nervosa; entretanto, ficou alegre ao me ver, já se mostrando mais descontraída.

Estabelecer uma relação interpessoal com **Regina** era difícil, uma vez que ela quase não se comunicava. Aproximei-me dela, acariciei o seu rosto e perguntei como ela estava se sentindo. Ela abriu os olhos e disse: “*Minha perna dói.*” Fechou os olhos e não disse mais nada.

Interagir com mulheres como **Regina** exige muita compreensão e persistência frente aos obstáculos que se enfrenta. Uma forma de ajudar é contar com o auxílio do familiar (filho, marido, mãe ou amigo muito íntimo) que pode ser a “ponte”, o elo de ligação e motivação para a vida. Desta forma, procurei cada vez mais conhecer a vida de Regina através da sua filha **Patrícia**, de dezesseis anos, que a acompanhava.

O estado de saúde de **Odete** tinha se agravado, seus rins deixaram de funcionar, sua dispnéia continuava intensa, não estava mais falando, movimentava a cabeça na direção do som da voz. O filho, que estava perto de Odete, comentou:

“Não sei o que fazer, o que falar... parece que ela está ouvindo quando falo com ela.”

Prestar apoio espiritual pode ser reconfortante neste momento para a mulher. Para FISH e SHELLY (1986, p. 69) “a intervenção, a nível espiritual, pode despertar no paciente o senso de segurança e conforto num ambiente temeroso, estéril e estranho.” Como Odete era uma pessoa religiosa, sugeri que o filho lesse algumas passagens bíblicas para a mãe ou orasse com ela. O filho pegou a Bíblia e leu alguns versículos para a mãe.

Era difícil para as demais mulheres acompanharem o sofrimento de **Odete**, ficavam nervosas e angustiadas, com receio que seu estado se agravasse ainda mais. Sobre isto, STEDEFORD (1986, p. 75) coloca que “os medos relacionados com o processo de morrer causam um sofrimento muito mais evidente do que o medo da morte propriamente.” Observei que o medo da morte das mulheres estava associado com o medo da dor, da separação dos entes queridos, do desconhecido... medo que a sua doença as levasse para a morte.

A questão do medo da morte foi trabalhada com elas, compartilhando suas idéias, individualmente ou em grupo, nos momentos em que as visitava ou quando realizava uma atividade lúdica.

Como o ambiente na enfermaria estava tenso, convidei as mulheres a assistirem um filme na sala de vídeo, no 3º andar do hospital. Escolhi esta atividade, com o objetivo de oferecer um ambiente agradável onde elas pudessem rir, divertir-se e sentirem-se descontraídas.

Conversei com as enfermeiras da unidade, comunicando o local para onde nos dirigiríamos e conferi com elas se alguma mulher teria alguma medicação para receber durante aquele período.

Somente três mulheres estavam em condições de sair do leito e participar da atividade. **Letícia** foi acomodada na cadeira de rodas, pois tinha dificuldade de caminhar devido à dor na perna. **Isabel** também foi na cadeira de rodas, sentia dor nos joelhos quando

caminhava. Somente Vilma foi caminhando, muito feliz com a novidade de ir para um outro local.

Escolhi uma comédia do “Mr. Bean”, produção inglesa com o ator Howan Atkinson, por ser um filme que não tem falas, em que os personagens utilizam gestos e mímicas, facilitando a compreensão, especialmente de Isabel, que não ouve e não sabe ler.

Acomodei as mulheres para que ficassem confortáveis, principalmente **Leticia**, que apresentava dificuldade de ficar sentada. Improvisei apoios com cobertores e travesseiros para acomodar melhor a sua perna.

Todas estavam animadas e curiosas para ver o filme. Durante o filme ficaram alegres, descontraídas, riram muito e comentaram os absurdos realizados pelo personagem do filme. Depois de uma hora e trinta minutos, eu sugeri que voltássemos para a enfermaria, pois percebi que Leticia começou a ficar tensa devido à posição em que se encontrava. Ela concordou imediatamente, levei-a primeiro, enquanto Vilma e Isabel ficaram me esperando.

Leticia chegou na enfermaria e deitou-se no leito. Ela estava alegre, ligou o rádio e relatou que tinha gostado do filme e que havia sido muito divertido.

Isabel também estava alegre e ficou folheando algumas revistas, sentada no leito.

Vilma comentou:

“Nunca tinha visto Isabel tão alegre, o filme conseguiu fazer isto.”

Como **Vilma** estava com alta prevista para segunda-feira e ela queria saber se iria me ver antes de sua alta, prometi vê-la antes de sua saída. Ela estava muito emocionada, segurou a minha mão, beijou-a e disse:

“Obrigado por tudo de bom que você está fazendo por mim, nunca ninguém me tratou assim.”

O apoio, a atenção, a compreensão, a amizade eram aspectos que sempre estavam presentes na relação estabelecida com Vilma e as demais mulheres. Cada atividade lúdica

buscava fortalecer o relacionamento terapêutico, momento em que elas descreviam suas experiências e verbalizavam seus sentimentos.

Foi possível perceber nelas que, através da risada, conseguiam mobilizar várias emoções positivas como: a vontade de viver, a esperança, o amor e a alegria. Estas emoções liberadas durante a riso ajudaram a diminuir a tensão e a ansiedade delas, deixando-as mais tranquilas e descontraídas.

Atualmente, já existem muitas pesquisas sobre os efeitos do riso no corpo humano, conforme COUSINS (1992), demonstrando que o riso contribui para uma boa saúde. As comprovações científicas mostram que é cada vez mais verdadeiro o axioma bíblico que diz: “Um coração feliz faz tão bem quanto um remédio.”

Encontro 10

Depois do final do semana, encontrei as mulheres bastante nervosas, ansiosas e cansadas. Contaram que **Odete** havia falecido na sexta-feira à noite e elas ficaram deprimidas e tristes com sua morte. Procurei acalmá-las, conversando durante a tarde com cada uma individualmente. Pedi para **Leticia** ligar o rádio para que ouvíssemos música. Ofereci revistas novas para elas manusearem durante a semana em que estaria ausente.

Nesta tarde me despedi de **Vilma**, que se sentia aliviada porque ia para casa. Ela fez a seguinte colocação sobre sua hospitalização:

“Minha internação no hospital foi impagável, nunca me senti tão bem atendida. Os trabalhos que a senhora fez com a gente foram maravilhosos. O filme nem se fala, foi tão bonito... Quando a senhora chegava a gente se sentia mais animada, mais alegre, parecia que a gente não estava no hospital. Seu trabalho ajuda muito, vou sentir saudades da senhora.”

Ao falar sobre sua internação, sobre o nosso convívio, **Vilma** estava emocionada, seus olhos transmitiam todo o afeto e amizade que havia se estabelecido no nosso relacionamento. Senti que ambas saíamos desta relação fortalecidas e enriquecidas pelas

experiências que compartilhamos. Senti-me mais energizada para dar continuidade ao trabalho com as demais mulheres.

Encontro 11

Depois de uma semana ausente, conversei com as mulheres que se manifestaram felizes com o meu retorno e que sentiram saudades dos nossos encontros. Durante a semana que passou, elas acompanharam o óbito de **Marta**, o que nos deixou abaladas. Aconteceu, ainda, a internação de Marina.

Marina, 54 anos, casada e mãe de sete filhos, que veio de uma cidade da região próxima de Santa Maria. Quando jovem, trabalhou na lavoura, depois que casou foi trabalhar como doméstica. Internou para fazer exames devido à dor que sentia na região torácica. Fumante há mais ou menos quarenta anos, estava com diagnóstico provisório de **câncer de pulmão**.

Marina apresenta catarata nos dois olhos, com perda total da visão do olho direito e perda parcial da visão do olho esquerdo. Identificava as pessoas apenas quando estavam próximas a ela. Apesar da acuidade visual reduzida, gostava de ler romances, revistas e de costurar. Gostava muito de música gaúcha, quando jovem cantava e tocava gaita de botão.

Ela demonstrava ser uma pessoa comunicativa, relacionando-se bem com suas colegas. Manifestando o seu sentimento diante da situação, disse:

“Sou muito nervosa, não posso ver ninguém sofrendo...eu sofro com os problemas dos outros, eu me consumo.”

Marina confessou que não conseguia ficar sem fazer nada, ficava impaciente. Recebeu a visita de duas filhas, ficou alegre e as apresentou para mim, e falou a elas do trabalho que iria realizar.

O encontro foi importante para rever as mulheres, atualizar-me sobre os seus tratamentos e deixar mais material lúdico com elas.

Encontro 12

Neste dia, encontrei **Leticia** deitada, muito triste, com dor, ao me ver começou a chorar. Não estava mais suportando a dor na perna esquerda (sem tumor), apesar de continuar recebendo morfina de 4 em 4 horas.

Propus que fizesse o processo de relaxamento e visualização, explicando seus efeitos benéficos no organismo. Ela concordou, e seguindo os passos do processo, conseguiu relaxar, sentindo-se menos tensa, ansiosa e deprimida. SIMONTON et al. (1987) colocam que, ao lidar-se com a dor, não se pode apenas considerar o estado físico do paciente, mas também o estado emocional. Sugeri que realizasse o exercício três vezes ao dia, já que ela estava com dor continuamente, era uma forma de sentir-se mais relaxada física e emocionalmente. Depois ela olhou algumas revistas e ouviu música. Pouco depois, ela foi para a radioterapia.

As auxiliares de enfermagem comentaram que, durante a radioterapia, **Leticia** praticamente saiu sozinha da maca, o que contrastava com a situação de tristeza e de dor em que se encontrava no início do encontro. Percebi que **Leticia** estava mais confiante e descontraída e conversou com a mãe e com Marina.

Cristina estava recebendo alta hospitalar e fez as seguintes considerações acerca de sua internação:

“Eu me senti bem cuidada no hospital, todo pessoal de enfermagem foi atencioso comigo, elas sempre foram muito carinhosas. Achei muito bonito o trabalho que nós fizemos...o apoio que a senhora deu para todas nós foi muito bom...eu fiquei muito nervosa quando fui baixada, mas depois passou com as suas visitas.”

Ela se despediu de cada colega de enfermagem, e para **Leticia** disse:

“Vou sentir muitas saudades de você, vou rezar muito para você ficar boa...”

Todas elas haviam formado um vínculo de amizade muito forte e mostravam-se solidárias com o sofrimento das colegas. Abracei-a, desejando muitas felicidades.

Marina e Isabel passaram a tarde tranquilas, folheando revistas.

Regina dormiu a tarde toda, estava menos comunicativa, de manhã não quis caminhar e chorou.

Entrevistei **Elza**, que contou que esta era a sua primeira internação no hospital. Já estava há 40 dias na unidade de ginecologia e obstetria, quando foi submetida a uma panhisterectomia e omentectomia. Teve complicações e foi submetida a uma nova cirurgia. Ela tem 60 anos, é casada e tem três filhos. Sempre trabalhou na lavoura, pois morava na zona rural. Atualmente mora em uma cidade vizinha de Santa Maria. Ela sabe que tem **tumor no ovário** e que este foi retirado. Tem catarata no olho esquerdo, com o qual não enxerga nada. Espera tratar futuramente este problema também. Elza diz:

“Sou uma manteiga derretida, por qualquer coisa eu choro...sempre fui assim.”

Ficou várias vezes emocionada durante o diálogo. Não está mais suportando ficar no hospital, seu maior sonho é ir logo para casa. Ela gosta de ouvir música, principalmente italiana, durante sua hospitalização gostaria de fazer crochê.

Neste encontro, conversei com cada mulher, estimulando-as, para que reagissem frente à doença. Ao terminar o encontro, senti que elas estavam mais animadas e comunicativas.

Encontro 13

Ao chegar na enfermaria, encontrei outra mulher internada, estava inconsciente, apresentando quadro clínico irreversível. Era uma jovem de 25 anos, tinha leucemia e teve hemorragia intensa, no dia anterior, quando estava internada em outra unidade do hospital.

Seu marido e seus pais acompanhavam-na, sua mãe chorava muito, inconformada com a situação da filha e preocupada com seus netos que iriam ficar sem a mãe. Procurei, durante estes momentos críticos, confortar e apoiar a mãe, o marido e o pai dela.

STEDEFORD (1986) coloca que a morte de um familiar é uma experiência desconcertante e assustadora, a pessoa que nunca passou por tal situação sente-se desesperada e necessita de ajuda para suportar a sua dor.

No meio da tarde, a jovem faleceu, e os familiares se despediram de seu ente querido.

As mulheres estavam muito tensas, ansiosas e nervosas com a nova companheira internada. **Marina** conversava com a mãe desta, procurando confortá-la. **Elza** não ficou na enfermaria, estava nervosa, não suporta ver uma pessoa morrendo. **Regina** passou a tarde dormindo, alheia à situação. **Isabel** ficou sentada no leito, tristonha, observando as pessoas. **Leticia** passou a manhã desesperada, gritando com dores fortes na perna, que não aliviavam com a medicação. Conseguiu dormir um pouco, assim que cheguei, acordou e falou:

“Estou com dor, não agüento mais... Não sei porque tenho que sofrer tanto...” e começou a chorar.

Fiquei ao seu lado, segurando a sua mão, sugeri que fizesse o exercício de relaxamento e visualização, para deixá-la mais tranqüila. Assim, ela foi seguindo os passos do exercício até adormecer. A equipe de enfermagem queria verificar os sinais vitais naquele momento, pedi que aguardassem alguns minutos até que acordasse.

Depois de 10 minutos, ela acordou mais calma, já não estava mais tão ansiosa e tensa. Para que Leticia compreendesse melhor o procedimento, entreguei uma folha com o exercício de relaxamento e visualização fundamentado em SIMONTON et al. (1987), (Anexo III), para que ela pudesse ler, memorizar os passos e fazer o exercício em outros momentos. Li todo o exercício com ela e expliquei como poderia desenvolver cada etapa do mesmo.

Frente ao estresse a que as mulheres foram submetidas neste dia, convidei-as para desenvolvermos uma atividade lúdica. Sugeri que fizessem desenhos com a seguinte temática: **Como estou me sentindo hoje?** com o objetivo de ajudá-las a expressarem seus sentimentos relacionados ao momento de tensão que estavam vivendo. Deixei uma música instrumental tocando durante a realização da atividade.

Leticia desenvolveu a atividade acomodada na cama, estava animada, demonstrando interesse em fazer o desenho. A mãe ao seu lado alcançava a caneta hidrocor para ela. Teve que interromper a atividade para ir para a radioterapia, voltou e terminou o desenho.

Ela desenhou uma paisagem, com algumas árvores, coqueiros, sol e nuvens, sente muita saudade de casa, da natureza, do mato, de comer coquinho, pois sempre morou no interior. Depois folheou algumas revistas e sintonizou uma música sertaneja no rádio.

Isabel ficou feliz em realizar a atividade, sentou e se acomodou no leito rapidamente. Expliquei através de gestos que desenhasse algo que viesse do seu “coração”. Ela fez um sinal positivo com a cabeça. Vejo como ainda é difícil passar uma mensagem mais complexa para Isabel.

A atividade era muito prazerosa para **Isabel** que desenhava alegre e sorridente. Utilizou lápis de cera e lápis de cor para desenhar uma paisagem com cores alegres, que transmitiam muita vida. As colegas de enfermaria elogiaram seu desenho e ela ficou muito feliz. Depois ela folheou as revistas novas que havia trazido.

Pude notar que **Leticia** e **Isabel** expressavam através dos desenhos a saudade que sentiam da sua casa, da sua vida cotidiana, onde davam a entender que receberiam um constante apoio emocional da família, dos amigos e estariam em contato com a natureza.

Marina ajudou a trazer o material da atividade para a enfermaria. Pediu que deixasse o livro de anedotas com ela. Ela teve dificuldade de desenhar, pois estava trêmula e pela acuidade visual diminuída. Sentada na cadeira, com a folha em cima do leito, ela desenhou com

lápiz a escola da vila onde mora, não quis colorir. Gosta muito das pessoas que trabalham na escola, lamentava não ter tido a oportunidade de estudar. Sentia saudades do lugar e das pessoas da sua vila.

A saudade de Marina de sua vila, da escola, das pessoas que ali trabalham são a sua referência com o “mundo externo”, pois o hospital não deixa de ser um “mundo à parte”. HELMANN (1994) afirma que o hospital é o local onde o doente é isolado de sua família, transformado em mais um “caso” numerado, colocado numa unidade repleta de estranhos, em que perde sua individualidade e sua privacidade. Neste contexto, a atividade lúdica procurou tornar o hospital um local menos agressivo e estranho, onde cada mulher não era apenas um “caso” a ser estudado, mas uma pessoa em toda sua dimensão humana.

Convidei **Elza** para participar da atividade, pois estava fora da enfermagem quando iniciamos o trabalho. Ela falou:

“Não sei desenhar, acho que sou muito velha para fazer isto, prefiro recortar algumas gravuras.”

Para **Elza**, desenhar era uma atividade infantil, não adequada a sua idade, portanto não se sentia à vontade com ela. MANZOLLI (1987) cita que, em pesquisa realizada por uma equipe da Secretaria do Bem-Estar Social em São Paulo, foi constatado que o lazer, na idade adulta e na velhice, ainda é visto como uma atividade supérflua e até mesmo ridícula. O lazer, nesta faixa etária, está associado a atividades domésticas e encargos familiares (cuidar de filhos, netos...).

Elza decidiu então recortar algumas gravuras. Após, resolveu comer o lanche que seus familiares haviam trazido e terminar a atividade lúdica no dia seguinte.

No final da tarde, as mulheres estavam descontraídas, pois conseguiram canalizar seu estresse para uma atividade que as ajudou a relaxar e refletir sobre sua vida.

Encontro 14

Neste encontro, **Deise**, uma nova companheira, havia internado. Expliquei o trabalho que estava realizando e combinei entrevistá-la no outro dia. Ela passou a tarde dormindo, estava acompanhada por sua filha, porque tem dificuldade de caminhar sozinha.

Regina estava dormindo e sua filha tinha ido para a pensão. Ela continuava pouco comunicativa; quando conversava com ela, escondia o rosto e não queria falar.

Encontrei **Leticia** alegre e sorridente, pois conseguia movimentar a perna sem sentir dor. Sua alegria era contagiante, suas colegas de enfermaria estavam felizes ao ver Leticia tão bem. Ela contou que está fazendo relaxamento, que se sentia bem. Estava dormindo bem e conseguia se alimentar melhor. Estava tão animada que queria realizar uma atividade diferente, sugeri que trabalhasse com tinta guache, ela adorou a idéia.

Marina estava em jejum desde as 22 horas do dia anterior, sentia-se fraca porque estava apenas tomando líquidos, irritada contou que sempre demoravam para chamá-la para os exames. Conversei com a enfermeira que solicitou ao setor de Hemodinâmica a agilização do exame. O exame em Marina foi realizado às 16 horas e 30 minutos. Ao retornar à enfermaria, sentia fraqueza e tonturas. Não quis participar de nenhuma atividade, pois estava fraca e trêmula. Pedi para trazer outro livro de anedotas que adorava ler.

Isabel vendeu algumas peças de crochê para os familiares de **Elza** que ela confeccionou. Estava tranqüila e feliz em obter um retorno financeiro com seu trabalho. Convidei-a para fazer pintura, ela ficou alegre e concordou.

Elza recebeu várias visitas de familiares que sempre traziam a sua refeição. Depois da visita, ela quis terminar as colagens do dia anterior. Durante as colagens, ela foi vendo as pinturas de **Leticia** e de **Isabel**, elogiando-as.

Ela recortou a figura de um casal com um bebê, que a fazia lembrar de seus filhos; outra gravura de duas garotas, que pareciam suas netas; a última gravura, de uma santa e do bispo, simbolizava seu gosto de ir à missa, pois tem muita fé.

O apoio da família tem sido muito importante para **Elza** enfrentar a hospitalização, tem muita esperança e fé que irá ficar curada. No momento da atividade, foi possível aproximar-me mais dela e conhecê-la melhor. Neste dia, ela estava mais descontraída e se mostrava interessada na atividade.

Letícia ficou recostada no leito, pintando. Da primeira pintura ela não gostou, jogou-a fora, em seguida pintou uma paisagem com uma casa, que seria a casa dos pais. A atividade foi bastante envolvente, ela preocupou-se em misturar cores e fazer uma pintura bonita. Ao terminar a pintura, convidei-a para jogar o jogo da memória, ela ganhou a partida e ficou radiante de alegria.

Durante o período em que elas estavam pintando, fui lendo algumas anedotas e elas riam e pediam para ler outra piada. Desenvolvi esta atividade com a finalidade de descontrair **Marina**, que não estava fazendo nada.

Isabel também pintou várias paisagens bem coloridas. Percebia que ela ficava tranqüila e desenvolvia as atividades com muito entusiasmo.

No término do encontro, as mulheres estavam calmas e tranqüilas. Despedi-me de cada uma, desejando uma boa noite de sono.

Encontro 15

Realizei a entrevista com **Deise**, 74 anos, que internou para tratar de sua **insuficiência cardíaca**. Ela é viúva, teve 17 filhos, destes, dois já faleceram. Conta que teve seus filhos sozinha, pois é parteira e explicou como fazia os seus partos. É uma pessoa fascinante, mostra entusiasmo e passa uma sensação de paz. Ela ficou muito interessada no

trabalho e manifestou a intenção de participar das atividades, mas lamenta estar sem os seus óculos. Ela gosta de ler revistas, textos bíblicos, ouvir música gaúcha e fazer trabalhos manuais como crochê, costura e bordado. Durante a hospitalização, gostaria de fazer crochê.

Deise recebeu a visita de vários filhos, noras e netos que acariciavam-na e abraçavam-na, dando a entender que todos têm um carinho muito grande por ela.

Com as demais mulheres conversei, joguei e trouxe mais revistas.

Encontro 16

Neste encontro, procurei, através do diálogo, ajudar cada mulher a compreender seu problema (enfermidade, dor, angústia). Salientei a importância de se perceberem como participantes ativas do processo de viver e não adotar uma atitude passiva diante da situação vivenciada.

Encontro 17

Deise estava alegre e animada quando cheguei, havia recebido seus óculos. Enquanto olhava algumas revistas, comentou que agora podia participar das atividades lúdicas. As outras mulheres encontravam-se apreensivas e tensas.

O quadro clínico de **Regina** encontrava-se inalterado. Orientei a sua filha para continuar estimulando e conversando com a mãe e não deixá-la dormindo o tempo todo.

Marina explicou que todas dormiram bem, pois a enfermaria estava calma. Em seguida, recebeu a visita de sua médica, informando que os exames indicaram que havia um tumor no pulmão direito, e teria que fazer quimioterapia para evitar a sua disseminação. Depois da notícia, ficou nervosa, sentiu dor na região dorsal, sua filha fez massagem no local, mas a dor continuou.

A filha de Marina também ficou tensa, pois os exames mostraram que sua mãe estava com um **carcinoma de pequenas células** no pulmão direito. A médica mostrou-se bastante otimista e acreditava que a quimioterapia poderia ter um ótimo resultado, já que não apresentava metástases. Quando a dor que Marina sentia, passou, não quis participar de nenhuma atividade, apenas folheou algumas revistas e quis descansar.

O médico de **Leticia** ainda não havia chegado para a visita diária e isto a deixou aborrecida. Estava inconformada e frustrada quando disse:

“Não agüento mais ficar no hospital, quero ir para casa, comer laranja do pé, comer a comida de casa...”

Para MANZOLLI (1987), a pessoa cujo período de internação é demorado, tende a mostrar reações de inconformismo, apatia, indiferença pela privação de seu ambiente familiar e social, manifestando uma intensa e profunda infelicidade. **Leticia** mostrava-se impaciente, não suportava mais o ambiente hospitalar, no qual ela diariamente convivia com sua dor e a das suas colegas, tornando o ambiente ainda mais depressivo.

Comuniquei a Leticia que havia conversado com o seu médico e ele estava estudando a possibilidade de fazer quimioterapia para diminuir seu tumor na cabeça. Ela ficou triste, angustiada e disse:

“Agora que o meu cabelo já cresceu...vai cair tudo de novo.”

Era importante para ela exteriorizar toda a sua tristeza diante desta situação, pois conforme SIMONTON (1990, p. 85) “a raiva e a depressão tendem a desaparecer quando as sentimos e expressamos de maneira completa.”

Permaneci ao seu lado, segurando sua mão, incentivando-a para que falasse tudo o que a estava magoando. Ressaltei que a sua participação no processo terapêutico era fundamental para sua recuperação; portanto, era preciso começar a sair da cama, movimentar-

se para ir para casa e aproveitar os encantos da natureza, caminhar debaixo das árvores, passear, em vez de ficar deitada na cama, esperando que a cuidassem.

Sentia que era importante estimular **Letícia** para que pudesse ter uma vida mais amena. Nesta manhã, havia falado com seu médico, que me informou que ela estava com várias metástases no cérebro, no esterno, menos na perna na qual sentia dores frequentes. Depois desta informação, fui invadida por uma sensação de tristeza e desolação, pois sentia afeto e carinho por Letícia. Tinha esperanças que ela pudesse melhorar, e frente a esta nova realidade, tornava-se ainda mais importante a continuidade do meu trabalho, interagindo com ela através da empatia e da solidariedade.

Isabel estava com dor e recebeu analgésico, mas não melhorou. Duas horas depois, recebeu outra medicação e começou a ficar mais relaxada.

Encontrei **Elza**, deitada, recebendo a quimioterapia. Estava calma e tranqüila, não teve nenhum efeito colateral da quimioterapia durante a tarde.

Frente à ansiedade e tensão das mulheres, sugeri que fizessem colagens sobre o seguinte tema: **Onde ou como gostaria de estar agora?** Era uma forma de as mulheres imaginarem e lutarem para que pudessem estar em outro lugar, com a saúde em melhores condições.

Letícia não estava muito animada, mas olhou várias revistas e recortou uma gravura até ser interrompida para ir para a radioterapia. Ficou com raiva e disse para as auxiliares de enfermagem, *“Vocês estão me atrapalhando!”* Quando voltou, não quis mais continuar, resolveu ouvir música sertaneja no rádio.

Letícia havia recortado a gravura de uma moça sorrindo, sentada com uma perna para o ar. Ela gostaria de estar com sua perna curada e rindo feliz.

Entreguei mais algumas revistas para **Deise** que estava totalmente entretida na atividade, recortou várias gravuras e sua filha a ajudou a colá-las. Escolheu uma gravura com

uma mulher tomando banho de banheira, outra com uma jovem fazendo compras e outras com crianças.

Para **Deise** não tem nada melhor que um banho gostoso, trabalhar e estar perto de crianças, diz que isto a faz muito feliz. Ela estava muito alegre depois da atividade e continuou a olhar as revistas.

Ajudei **Isabel** a participar da atividade, segurei a revista para que escolhesse as gravuras que gostaria que eu recortasse. Em várias revistas indicava as gravuras engraçadas e ela começou a rir e ficou mais descontraída. Pediu para recortar duas gravuras com televisores. Ela gostava muito de ver televisão. Quando estava sem dor, ela assistia alguns programas no televisor do hall de entrada da unidade.

Também auxiliiei **Elza**, segurando a revista para ela. Comentei sobre as gravuras que iam aparecendo, presidentes, ministros, governadores, etc. Ela se divertiu, ficou alegre e pediu para recortar uma paisagem rural e árvores. Quando me despedi, Elza agradeceu a atenção, emocionada.

Apesar de nem todas as mulheres participarem das atividades, percebi que o ambiente se tornava mais tranquilo no final da prática de atividades lúdicas.

Encontro 18

Quando cheguei na unidade, fui informada que, na noite anterior, **Elza** havia sido transferida para outra unidade do hospital. Fui vê-la, acompanhada de sua filha, que tinha acabado de receber a notícia da transferência. Elza estava tranquila, já se sentia bem adaptada ao novo lugar. Expliquei que seria difícil continuar o trabalho com ela neste local, no entanto, continuaria a visitá-la durante o período que estivesse internada.

Uma mulher havia sido internada, **Marisa**, 54 anos, casada e mãe de seis filhos. Já esteve internada no hospital quando foi submetida a uma mastectomia devido ao **câncer de**

mama. Seguiu tratamento com radioterapia e quimioterapia. Estava com pneumonia, com muita dispnéia e tosse com expectoração. Demonstrava estar ansiosa e preocupada com sua saúde.

Deise tinha recebido alta hospitalar, encontrei-a com as sacolas arrumadas. Ficou alegre ao me ver, pois queria despedir-se de mim antes de ir para casa. Ela disse:

“Estou triste porque não posso mais fazer seus trabalhos...em casa posso fazer alguma coisa.”

Sua filha acredita que a mãe se recuperou rapidamente pela atenção especial que recebeu e o clima agradável que havia na enfermaria. Senti que ambas estavam muito comovidas na despedida e que a hospitalização não havia sido uma experiência traumática e desagradável.

Conversei com as demais mulheres, tranquilizando aquelas que se encontravam tensas e preocupadas com sua doença, seus exames e com a dor que sentiam.

Encontro 19

Neste dia, **Marina** estava com solução parenteral em veia periférica, sentia-se fraca, com frio, não queria participar de nenhuma atividade. Ela estava preocupada, apreensiva com o tratamento que não começava, tinha medo de ficar como Leticia e como Regina e de contrair meningite. Procurei tranquilizá-la que não era tão simples contrair uma meningite e que não ficaria como as outras.

Contei uma piada, ela riu e ficou um pouco descontraída, devolveu-me a revista de anedotas e pediu que trouxesse outra.

Isabel estava deitada tranquilamente, deixei algumas revistas que começou a folhear, convidei-a para desenhar, fez um sinal afirmativo e sorriu.

Leticia, sentada na poltrona, mostrava sinais de melhora. Trouxe um vaso com violetas para ela e mostrei uma folha de instruções para cuidar da planta. Ela ficou alegre e disse que era a sua flor favorita.

Logo em seguida, o médico entrou na enfermaria e disse que pretendia dar alta em breve para Leticia, que ficou feliz com a notícia. Conversando em separado com a mãe dela, disse não saber se faria a quimioterapia, uma vez que Leticia correria sérios riscos de vida. A mãe ficou apavorada sem saber o que dizer, procurei acalmá-la. Depois o médico comentou comigo “*o caso dela é terminal*” fazendo um gesto de que só restava acompanhar o término da doença.

Regina, que costumava passar a maior parte do tempo dormindo, saiu do leito durante a manhã e caminhou, segundo a sua filha. Quando a filha lia instruções de como proceder diante da doença, respondia dando a entender que havia compreendido. À tarde, dormiu e não quis mais se comunicar.

Marisa recebeu a visita de suas filhas, estava nervosa, com cefaléia e teve vômitos. Conversei com ela para tranquilizá-la, não se sentia em condições de desenvolver uma atividade.

A atividade sugerida foi que representassem **a sua família** usando o desenho. Era uma forma de conhecer e conversar sobre a família de cada mulher.

Leticia participou da atividade; levantei a cabeceira da cama para que pudesse desenhar. Desenhou seus pais, irmãos e ela, que aparecia com as pernas normais e de cabelo comprido. O desenho que fez de si própria era diferente da sua atual imagem. Isto significava o quanto era difícil aceitar a alteração de sua imagem corporal. No desenvolvimento da atividade, esteve bastante entretida, colorindo o seu desenho. No término da atividade, estava calma.

Isabel desenhou sua filha, seu ex-marido e ela com vestimentas gauchescas. Olhando para o seu desenho e indicando o pai de sua filha, perguntei onde ele estava, ela fez uma expressão de horror e negação. Percebi que não tinha boas recordações dele. Depois pediu outra folha e fez mais um desenho sobre a natureza.

Ao final do encontro, todas estavam mais tranquilas inclusive **Marisa e Marina**.

Encontro 20

Aline, 20 anos, estudante, foi internada no dia anterior. Ela havia sido submetida a uma esplenectomia e sentia dor na incisão cirúrgica. Aline era portadora de **púrpura trombocitopênica idiopática**. Os primeiros sintomas da doença surgiram há cinco meses, quando notou grandes manchas roxas nas pernas e procurou o angiologista, que informou não ser nada grave. Quando menstruou, teve hemorragia forte e procurou o ginecologista, que fez pedido de vários exames e foi constatado que suas plaquetas estavam baixas ($24.000/\text{mm}^3$).

Foi encaminhada para Santa Maria e iniciou tratamento com corticosteróides, não obtendo resultados satisfatórios. Ela apresentava-se edemaciada, devido às altas doses que recebia de corticosteróides. Sua mãe adotiva estava acompanhando-a no pós-operatório. Estava tranqüila, com expectativas de retornar logo para casa.

Aline manifestou gosto por assistir televisão, escutar música romântica, passear, jogar cartas e de namorar. Durante a hospitalização, gostaria de ver televisão, conversar com as colegas e de ler.

Conversei durante a tarde com todas elas, que sempre se mostravam felizes em poder contar com a minha presença, diariamente, para partilhar seus conflitos.

Encontro 21

Neste encontro, todas as mulheres apresentavam dor, mal-estar e estavam desanimadas. Conversei demoradamente com cada uma, procurando aliviar a dor, estimulando a prática de técnicas de relaxamento, propiciando conforto e apoio para elas.

Nos encontros em que não foi desenvolvida atividade lúdica específica, elas foram estimuladas a ouvirem música, a jogarem e a manusearem revistas.

Encontro 22

Encontrei **Leticia** agitada e feliz porque havia recebido alta hospitalar. Ela fez quimioterapia durante a manhã e não teve nenhuma reação. Falou que iria levar a violeta para casa e fazer mudas. Estava eufórica porque finalmente iria para casa, não quis almoçar porque queria comer em casa.

Conversei com ela, estimulando-a para que continuasse a sair da cama, que caminhasse e aproveitasse a natureza. Ela prometeu que iria continuar se esforçando para melhorar sua saúde. Sobre a sua internação, ela falou:

“Eu odeio ficar no hospital...é muito triste, apesar das enfermeiras cuidarem bem da gente...gostei de pintar, de ouvir música, das conversas...isso ajuda.”

Ela se despediu de suas colegas de enfermagem, chamando cada uma pelo nome, estavam todas muito emocionadas. Levei-a na cadeira de rodas até a ambulância e, ao me despedir, ela disse:

“Sempre vou lembrar de você...obrigado por tudo o que fez por mim.”

Senti-me recompensada ao ver Leticia indo para casa, alegre e com esperanças de se recuperar.

Continuei meu trabalho com as demais mulheres, jogando, conversando e orientando-as sobre seus exames.

Encontro 23

Quando cheguei na enfermaria, **Marina** me deu boas vindas, estava animada e alegre. Pedi que lhe explicasse onde ficava a sua doença, assim fiz um desenho e expliquei o que estava acontecendo em um de seus pulmões.

Recebeu diversas visitas, inclusive de seu patrão, que Marina me apresentou e disse:

“Esta é a professora, está fazendo um trabalho muito importante com a gente, ela dá estímulo prá gente.”

Depois do horário de visita, sentei-me ao seu lado e entreguei várias revistas para que participasse da atividade lúdica. Fiquei lendo algumas anedotas e ela folheando as revistas. Ao tomar um pouco d'água, Marina engasgou-se e vomitou. Ficou dispnéica e recoloquei o cateter de oxigênio. Ao se sentir melhor, pediu para ficar sem o cateter de oxigênio. Permaneceu deitada, dormindo o restante da tarde.

Regina apresentava um quadro de apatia e desânimo. Quando sua filha e eu insistíamos em tirá-la do leito, ela dizia: *“Me deixem quieta, eu não quero sair.”* Todos os dias procurava estimular Regina para que se comunicasse, mesmo não obtendo resposta favorável.

Aline estava alegre, pois receberia alta no dia seguinte, convidei-a para participar da confecção de um cartaz para colorir a enfermaria. Ela estava encarregada da música na enfermaria, depois da alta de Leticia.

Havia internado uma nova companheira, **Zélia**, que estava ansiosa, com cateter nasal fazendo oxigenoterapia, pois apresentava muita dispnéia. Falei do meu trabalho e combinei entrevistá-la no dia seguinte. Ofereci algumas revistas para que participasse da atividade.

Isabel estava tranqüila, sem dor nas pernas, olhando as revistas em quadrinhos. Convidei-a a participar da atividade, sugeri que recortasse gravuras bonitas e alegres.

Convidei também **Marisa** para participar da atividade, pois estava muito nervosa e ansiosa depois que recebeu muitas visitas. Quando começou a olhar as revistas, seu médico

levou-a para um exame, retornando só no final da tarde, mas estava mais tranqüila; foi recomendado repouso absoluto no leito.

Para a elaboração do cartaz, sugeri que recortassem gravuras com a seguinte temática: **Como você gostaria que fosse o hospital e as pessoas que trabalham nele?** Com este tema eu queria que elas pensassem na sua concepção de hospital e no perfil de profissionais que gostariam de encontrar nele.

A confecção do cartaz tinha a finalidade de alegrar o ambiente da enfermaria, uma vez que, segundo LÓLA (1980), existem autores que consideram que o “estado de ânimo” tem uma influência significativa na recuperação da pessoa, que pode ser definido pelas qualidades estéticas do ambiente hospitalar. Diariamente procurava favorecer um ambiente agradável, tranqüilo e, quando possível, mais belo.

Ao final da atividade, todas elas, tanto **Aline**, como **Zélia** e **Isabel** escolheram gravuras que representavam a alegria, a beleza, o afeto, a amizade, a solidariedade, o carinho e a esperança para caracterizar o hospital e o seu quadro de pessoal. Aline destacou ainda a importância da competência, do respeito e do amor como qualidades fundamentais dos profissionais de saúde.

Elas ficaram alegres e animadas depois da atividade. Os auxiliares de enfermagem elogiaram o trabalho delas.

Encontro 24

Nesta tarde, entrevistei **Zélia**, 46 anos, que é solteira. Ela estava com **lúpus eritematoso sistêmico** há mais ou menos cinco anos, quando começaram a aparecer manchas no rosto e suas articulações começaram a ficar com dormência e rígidas e não conseguia caminhar. Com o passar dos anos, começou a ter dispnéia leve que se agravou com o

aparecimento da hipertensão arterial. Diz que se arrepende de não ter tido filhos que hoje poderiam cuidar dela. Assim, fica dependendo da ajuda de amigos e conhecidos.

Disse que gostava de ouvir música, pintar panos de prato, viajar, cantar hinos de igreja. Aqui, no hospital, gostaria de ouvir música.

Em seguida, li algumas anedotas para todas, que riram, mostrando-se mais descontraídas.

Aline estava pronta para ir para casa. Estava alegre e comentou sobre a sua internação:

“Gostei da equipe de enfermagem que procura formar um vínculo de amizade com a gente...o trabalho que você faz com a gente, informando sobre a doença...dando ânimo para pessoas como a Marina, que precisa se animar...este tipo de relacionamento é importante. Quando um familiar não vem te visitar, você desabafa com outra pessoa com o vínculo que se forma.”

Outro aspecto que **Aline** salientou sobre sua hospitalização foi o companheirismo das colegas de enfermagem em que uma ajudava a outra e dava apoio. Acreditava que, muitas vezes, era mais importante uma conversa que um analgésico.

Encontro 25

Neste encontro fiz uma visita rápida desejei a todas um final de semana tranquilo, deixei alguns jogos e revistas com elas.

Encontro 26

Encontrei **Leticia** no hall de entrada do hospital, ela tinha vindo consultar e estava sentada na cadeira de rodas. Cumprimentou-me alegremente, disse que esperava voltar no mesmo dia para casa. Disse que estava caminhando com dificuldade. Fazia crochê em casa e

recebia muitas visitas de vizinhos. Sentia saudades das pinturas e de assistir filmes, mas não gostaria de ficar no hospital.

Fiquei feliz em encontrar Leticia e seus pais, principalmente em ver que estava bem e que, dentro de suas condições, procuravam levar uma vida saudável.

Nesta tarde, encontrei todas as mulheres tristes, com dor e deprimidas. Procurei animá-las, conversando, mostrando-me solidária com o sofrimento delas.

Encontro 27

Neste encontro, entrevistei **Suzana**, 38 anos, casada e com dois filhos adotivos. Ela internou para tratar de um abscesso mamário. Esta era a sua primeira internação no hospital e estava muito tensa e ansiosa. Há quatro anos foi doar sangue para sua mãe e descobriu que era **diabética**; o médico recomendou dieta alimentar que ela não seguiu. Um ano depois, realizou novos exames e iniciou tratamento com *diabinese*. Conta que tomou uma caixa de comprimidos e parou. Procurou novamente recurso médico, pois seu seio ficou endurecido e inflamado. No momento, estava recebendo insulina subcutânea.

Suzana informou que não sabia das complicações que a diabetes poderia provocar no seu organismo, mas agora pretende seguir o tratamento para evitar que a doença se agrave. Depois de obter mais informações sobre a doença, ela percebeu que poderia viver bem se observasse alguns cuidados.

Ela manifestou que gostava de olhar televisão, ouvir música "*calma*", fazer trabalhos manuais (tapeçaria, bonecas, tela) e de jogar quebra-cabeça. No hospital, gostaria de fazer qualquer atividade. Ensinei-a a manusear o rádio-gravador, passando para ela a tarefa de controlar a música na enfermaria.

Zélia havia sido trocada de leito com Marisa e ficou aborrecida, reclamou que neste “*canto*” da enfermaria não vinha ar. Iria pedir para sua amiga trazer um ventilador. Sentia-se nauseada e teve vômito pela manhã.

O médico de **Marisa** informou que a dispnéia era causada por metástases pulmonares, seu caso era grave e os familiares já haviam sido esclarecidos sobre o seu quadro. Suas filhas não queriam dizer para a mãe que ela estava com câncer no pulmão, com medo de sua reação. Quando cheguei, Marisa queria saber se havia falado com seu médico, expliquei que ele estava bem informado sobre o seu estado de saúde e que o tratamento por enquanto não seria modificado. Ela agradeceu as informações e ficou mais tranqüila.

Encontrei **Marina**, estava agressiva e revoltada, reclamou dos cuidados de sua filha mais nova que estava acompanhando-a e as duas começaram a discutir. Procurei acalmá-las, Marina disse que a tratavam com “*coices*” e que eram “*estúpidas*” com ela, o que na verdade não acontecia. Ela estava cansada de depender de cuidados de suas filhas e da equipe de enfermagem. Ao mesmo tempo, sentia-se magoada com uma de suas filhas que não havia vindo cuidar dela. Estava desanimada e não quis participar da atividade lúdica. Durante a tarde, procurei animá-la.

Isabel estava com um pouco de dor e pediu que a auxiliasse para ir ao banheiro. Depois convidei-a a recortar gravuras que achasse bonitas. Ela começou logo a folhear as revistas, bem animada. As gravuras que sempre escolhe são de mulheres jovens, bonitas, sorridentes, acompanhadas e com crianças. Ela espera ser feliz e ter a sua família. Após a atividade, ficou olhando algumas revistas em quadrinhos que havia trazido; estava alegre e tranqüila.

Zélia não quis participar da atividade, assim ofereci algumas revistas para que pudesse folhear. Sugeri que recortasse algumas gravuras que considerasse interessantes. Ela acabou escolhendo várias gravuras que representavam pessoas trabalhando, um grupo de

peessoas reunidas tocando violão e uma multidão reunida. Estas cenas faziam-na lembrar das suas viagens do grupo da igreja, dos encontros com as amigas, das músicas. Sente muita saudade dos encontros religiosos e espera melhorar logo para freqüentá-los novamente.

Foi bom ouvir Zélia falar de seu lazer e de suas amigas, percebi que depois estava mais calma.

O tema proposto para a atividade lúdica foi desenvolvido somente por Suzana. Propus que selecionasse gravuras com a seguinte temática: **O que causa mais medo, ansiedade, preocupação e tristeza no hospital?**

Suzana ficou sentada na poltrona, folheando várias revistas. Apesar de estar com “butterfly” na mão, ela mesma queria recortar as gravuras. Através de algumas gravuras, ela demonstrou que o hospital passava uma sensação de estar presa, indefesa, insegura e a fazia sentir medo do desconhecido. Com outras gravuras, demonstrou que no hospital poderia encontrar carinho, amizade e companheirismo.

Percebi que Suzana ainda sentia-se insegura naquele ambiente novo e estranho para ela e, através da atividade, consegui me aproximar e interagir com ela.

No final da tarde, chegou a cunhada de **Regina** para ficar com ela. Contou que a sua filha Patrícia estava com rubéola e não viria. Regina passou a tarde agitada, gemendo, chorou e arrancou a sonda nasoenteral. A cunhada não compreendia porque Regina não se ajudava. Ela parecia irritada com o fato de estar ali cuidando de Regina. Foi possível perceber, durante o diálogo, que ela não tinha laços afetivos com Regina.

No início da tarde, todas elas estavam bastante angustiadas, e percebi que, após a atividade lúdica desenvolvida na enfermaria, o ambiente se tornou menos tenso e elas pareciam descontraídas.

Encontro 28

Neste encontro havia algumas mulheres que estavam se sentindo cansadas, tristes e desanimadas. Outras se encontravam mais alegres e dispostas para conversar. Foi um momento em que procurei estimular a risada, fazendo algumas brincadeiras com elas. Este encontro foi muito gratificante, pois percebi que, no final da tarde, as mulheres estavam mais calmas e esperançosas em recuperar a saúde.

Encontro 29

Marina estava sentada na poltrona, tremendo de frio, quando cheguei. Sugeri que fosse para o leito e verifiquei que estava com febre, sendo logo medicada. Em seguida, chegou seu marido com duas filhas, ela não conseguia conversar devido aos tremores.

Depois de uma hora, já estava melhor. Conversou com seus familiares e pediu para sua filha mais velha ficar com ela, pois tem dificuldade de se relacionar com a filha mais nova. Sua filha prometeu que ficaria e sugeri para a mãe que fizesse alguma atividade, mas ela reclama estar muito fraca.

Regina se isolava mais no seu mundo a cada encontro, como se desejasse que a morte a libertasse dos sofrimentos. Apesar do tratamento medicamentoso estar apresentando um bom resultado, os seus conflitos emocionais a atormentavam. Procurei, diariamente, conversar no intuito de aliviar o seu sofrimento, para que ela reencontrasse a vontade de viver.

Nesta tarde, **Suzana** foi encaminhada ao bloco cirúrgico para fazer a drenagem do abscesso mamário. Ela pediu algumas informações sobre o procedimento, mostrando-se mais tranqüila depois das orientações.

Marisa não apresentou mudança no seu estado clínico.

Conversei com **Isabel** que me mostrou alguns desenhos que estava fazendo. Ela tem se preocupado com suas colegas e faz sinal para mim quando a solução parenteral de Marina ou de outra enferma está terminando.

Trouxe algumas folhas e lápis de cor para que Isabel colorisse o seu desenho. Sugeri que fizesse mais alguns. Passou a tarde desenhando personagens como a Mônica, o Cebolinha, o Cascão das revistas em quadrinhos que estavam com ela, e outras paisagens.

Zélia estava se sentindo melhor neste dia, trouxe várias revistas para ela escolher gravuras sobre a primavera. Ela folheou diversas revistas, mas não encontrou nenhuma gravura que lhe agradasse.

Nesta tarde, apenas Isabel desenvolveu uma atividade, demonstrando prazer e satisfação na prática da atividade. Ao me despedir, no final do dia, elas estavam tranquilas.

Encontro 30

Chegou uma nova acompanhante para **Regina**, uma vizinha, amiga antiga da família. O marido de Regina pediu que cuidasse de sua esposa, estava desesperado, não sabia mais a quem recorrer, pois seus familiares não se dispunham mais a ajudar a cuidar de Regina.

A acompanhante demonstra sentir um grande carinho e admiração por Regina. Ela conversa com Regina, enquanto presta cuidados, procurando estimulá-la a se comunicar. Conta que ela sempre ia aos bailes gaúchos, fazia lindos vestidos para as filhas que eram tratadas com todos os “mimos”. Era uma pessoa muito caprichosa, não conseguia vê-la nestas condições. Passou manteiga de cacau nos lábios, creme no rosto e pernas, cortou as unhas, penteou os cabelos, deixou Regina com uma nova aparência.

Na saída da unidade, encontrei **Zélia**, que estava alegre, pois iria para casa. Ela disse:

“Gostei das pessoas que me cuidaram...todas são muito atenciosas...gostei do cartaz que a gente fez, ficou muito bonito. As revistas ajudaram a passar o tempo...o rádio foi bom, ouvimos música, eu adoro música, qualquer uma.”

Antes de entrar no elevador, abracei-a, desejando que logo se recuperasse totalmente.

A filha de **Marisa** pintou as unhas dos pés da mãe. Ela não conseguiu dormir durante a noite e passou a tarde cochilando.

Marina estava com febre, o que a deixava preocupada. Recebeu a visita de sua irmã que não via há mais de quinze anos, ficando emocionada com a chegada dela. Elas conversaram sobre seus filhos e o que havia acontecido durante todo este tempo em que não tinham mais se encontrado. Ela trouxe para a irmã uma galinha com farofa, pão de casa e lamentou que não tivesse tido tempo de arrumar mais coisas para trazer para ela.

Depois da visita da irmã, Marina ficou um pouco mais alegre e comeu um pedaço de pão e de galinha. Sua médica compartilhou comigo a sua preocupação com estado de Marina, pois aparentemente sua febre não tinha justificativa, já que não apresentava nenhum foco infeccioso. Ela tinha receio que Marina estivesse com metástases no fígado.

Isabel estava alegre, quando me viu entregou vários desenhos que fez na noite anterior. Convidei-a para fazer pintura sem sugerir um tema. Ela fez pinturas de paisagens e de sua filha, o que fez com interesse e alegria.

Nesta tarde, ocorreu a internação de **Betina**. Apresentei-me e falei sobre o meu trabalho na enfermagem. Convidei-a para pintar, ficando entusiasmada com a idéia. Ofereci o material e ensinei-a a usar as tintas. Ela não havia terminado a pintura quando me despedi, ficando de me mostrar o trabalho no outro dia.

Suzana estava animada, pois já havia sido realizado a drenagem do abscesso; sentiu um pouco de dor depois que foi feito um novo curativo. Convidei-a para fazer uma pintura. Ela pediu a sugestão de um tema. Propus que fizesse uma pintura sobre a primavera.

Durante a pintura, ela comentou: *“Eu pinto pior que minha filha”*, e acrescentou *“é bom fazer alguma coisa porque o tempo passa rápido e a gente se diverte.”* Quando terminou de pintar uma paisagem, estava feliz, pois a tarde havia passado depressa.

Percebia o benefício das mulheres desenvolverem as atividades, pois assim elas não ficavam tão angustiadas e ansiosas, perguntando a todo instante “*Que horas são?*” O tempo para elas passava mais rapidamente, ao contrário de quando ficavam quietas, sem fazer nada. MANZOLLI (1987) cita que é através do lazer e da recreação que podem ser atendidas as necessidades de distração do paciente e que eles oportunizarão momentos mais agradáveis, com menos tensão durante a sua hospitalização.

Era visível a descontração e a animação de todas (as que participavam) após a prática de atividades lúdicas, o que demonstrava a sua importância na busca da melhoria do estado físico e emocional e de tornar a permanência no hospital mais amena. A atividade lúdica praticada com base na relação pessoa a pessoa, ao proporcionar essa melhoria nas mulheres, estava sendo uma das condições para a concretização da relação terapêutica.

Encontro 31

Entrevistei **Betina** que estava feliz em me ver. Ela tem 20 anos e é portadora da **doença Von Willebrand**. O seu tratamento foi interrompido várias vezes por dificuldades econômicas. Está internada para continuar o seu tratamento e fazer uma avaliação do cisto que apresenta no ovário direito. Devido à sua doença nunca foi à escola pois poderia se machucar e ter sangramentos. Sempre ficou em casa, não sabe ler nem fazer operações matemáticas simples e tem muita dificuldade de compreender orientações. Ela gosta de olhar televisão, ouvir música, principalmente gaúcha. Durante a hospitalização, gostaria de fazer tricô.

Encontro 32

Neste encontro, fui surpreendida com a ausência do leito de **Marina** na enfermaria. Ela havia sido isolada em um quarto na mesma unidade, por se encontrar leucopênica ($800/\text{mm}^3$). Fui visitá-la para verificar como estava se sentindo no novo ambiente. Ao me ver,

ficou alegre e falou: “*Devo estar muito mal para me colocarem neste quarto.*” Dei-lhe as mesmas justificativas já fornecidas pela médica e pela enfermagem.

Marina continuava com febre, o que a deixava debilitada, deprimida e enfraquecida. Recebia solução parenteral com vitamina por veia periférica e conseguia se alimentar melhor não tendo mais apresentado vômitos. Todo este quadro a deixava insegura sobre a sua recuperação. Antes de sair ela disse: “*Você não vai me esquecer neste quarto, não é ?*” Prometi que iria vê-la todas as tardes assim como suas colegas da enfermaria.

A acompanhante de **Regina** sempre estava animada, mas neste encontro estava especialmente feliz, porque Regina começou a apresentar algumas reações como: abriu os olhos durante a manhã e sorriu (ela sempre mantinha os olhos cerrados). Durante a tarde, abriu os olhos e chorou quando falei sobre suas filhas, mas não verbalizou nenhuma palavra.

A acompanhante de Regina relatou que, antes da doença, ela havia lhe confidenciado que não iria mais cuidar da casa, nem costurar, que tinha cansado de cuidar de todos. Estava muito triste e decepcionada com seu marido, pois ele a havia convencido a vender a casa que comprou com suas costuras e agora estava tendo um caso com outra mulher. Regina passou a alimentar-se mal, parou de costurar e em poucos meses apareceu o linfoma.

De acordo com LeSHAN (1994), para muitas pessoas o rompimento de uma relação ou uma decepção amorosa pode ter conseqüências catastróficas para elas, como se perdessem todo referencial e estímulo para continuarem vivendo. O autor coloca que sob o enfoque sociológico “a pessoa perdeu o único papel que tinha um significado real para ela”. No início da doença, quando Regina foi hospitalizada, rejeitava a companhia do marido e verbalizou para a acompanhante a vontade de morrer, pedindo que lhe desse veneno para beber. Em outra oportunidade, pediu para a filha ajudá-la a pular pela janela do hospital.

Acredito que Regina ainda pode reencontrar a vontade de viver e desfrutar do carinho das filhas, da amizade de pessoas que a admiram e redefinir o relacionamento com o seu

companheiro. Sempre que encontro o médico, procuro mostrar que Regina precisa voltar para sua casa, para a convivência com suas filhas e amigos, pois é provável que no seu ambiente familiar ela possa apresentar mais progressos que no hospital.

A alegria estava estampada no rosto de **Isabel**, sorridente entregou-me mais alguns desenhos que fez no dia anterior. Suzana relata que Isabel estava feliz, pois receberia alta no dia seguinte. Convidei-a para participar da elaboração de um cartaz e pedi que recortasse gravuras que mostrassem o que a alegrava no hospital.

Não houve melhora no estado geral de **Marisa**. Estava dormindo mal e não conseguia se alimentar. Nos encontros, perguntava-lhe como poderia ajudá-la a se sentir melhor. Ela agradecia e respondia que estava bem assim, algumas vezes me pedia um televisor, o que eu não consegui propiciar para ela.

Ofereci algumas revistas para Marisa, sugerindo que participasse da confecção do cartaz. Folheou algumas revistas, entregou-me uma gravura de Jesus que seu filho havia trazido e pediu que colocasse no cartaz. Ela é uma pessoa religiosa, gostava quando as filhas liam versos religiosos pois, segundo ela, *“dão conforto e força para suportar a doença.”* Geralmente estava com muita dispnéia, tosse ou cochilando no leito, sem condições de participar de alguma atividade. Este dia foi uma das poucas vezes em que teve condições de participar.

Suzana estava alegre, pois receberia alta no dia seguinte. A cicatrização da mama estava transcorrendo normalmente e já fazia auto-aplicação da insulina. Sentia-se mais segura sobre os cuidados relacionados com a diabetes. No decorrer dos encontros, procurei informá-la dos cuidados que deveria seguir para evitar as complicações da diabetes. Ela sempre se mostrava bastante receptiva às orientações que recebia. Informei-a sobre o serviço de atendimento ambulatorial para diabéticos do hospital, para acompanhar o seu tratamento e, a seu pedido, marquei uma consulta.

Betina passou ouvindo música. Ela também participou da confecção do cartaz.

Sugeri para **Suzana** e **Betina** que recortassem gravuras com o seguinte tema: **O que ajuda você durante a hospitalização?** Este tema tinha a finalidade de verificar a opinião delas a respeito dos fatores que tornavam a hospitalização mais humanizada e satisfatória.

Tanto **Suzana** como **Betina** e **Isabel** recortaram gravuras que expressavam carinho, sorriso, amizade, apoio, fé, alegria, esperança, música e confiança. Os sentimentos representados nas figuras escolhidas por elas ajudavam a tornar mais amena a hospitalização, quando estavam longe do apoio e carinho dos familiares.

Todas elas participaram, demonstrando prazer e divertimento no desenvolvimento da atividade. Antes de fixar os cartazes na parede da enfermaria, mostrei-os para os homens internados na enfermaria masculina ao lado. Eles elogiaram o trabalho. As mulheres disseram: *“Coitados, eles não têm nada para fazer, nós somos felizardas...”* Elas estavam percebendo os benefícios que a prática de atividades lúdicas estava lhes proporcionando.

Encontro 33

Neste encontro, várias mulheres com as quais estava convivendo desde o início da prática assistencial, estavam recebendo alta hospitalar. Senti-me muito emocionada com a alta de **Regina**, **Isabel** e **Suzana**.

Fiquei surpresa e feliz ao saber que finalmente **Regina** iria para casa. Ela estava preparada para a alta aguardando a chegada da ambulância. A sua acompanhante contou-me que as filhas de Regina estavam alegres, arrumando a casa para a chegada da mãe.

Regina pouco reagiu, chorou quando lhe falei que iria para casa. Parecia não acreditar que realmente estava indo para casa, depois de passar quatro meses internada no hospital. No final da tarde, seu familiar ainda não havia chegado, quando me despedi fazendo um carinho no seu rosto.

A cunhada de **Isabel** veio buscá-la no início da tarde. Ela estava radiante de alegria, entregou-me um galo de crochê, agradei o presente. Ao me despedir, abracei-a, desejando felicidades para ela e sua família. Quando estava me despedindo, percebi como era fácil e natural a minha comunicação com gestos e sinais com ela. Lembrei-me da insegurança e dificuldade de me relacionar com ela nos primeiros encontros. Com o decorrer dos encontros com Isabel, foi possível observar que a atividade lúdica foi um instrumento que auxiliou no processo interativo. Ela participou intensivamente das atividades desenvolvidas com muito entusiasmo e satisfação.

Suzana estava esperando mais uma medicação, depois iria para casa. Ela falou sobre a internação:

“A hospitalização foi boa porque eu descobri o que eu tinha ...me senti bem porque tive todo o apoio do pessoal de enfermagem, foram carinhosos comigo...fiz amizades diferentes, a senhora deu bastante apoio, um dia estava deprimida, sozinha, sem visita, depois que conversamos passou aquela angústia, a solidão, porque aqui dentro a gente se sente preso...Foi bom o diálogo, a distração, não fica só pensando na dor, no sofrimento que a gente está passando. Os trabalhos variados são bons, porque algumas têm mais dom para alguma atividade e outras não...A música é boa e ajuda.”

Conversei sobre o significado de viver bem e ser feliz com uma doença crônica como a diabetes. Ela agradeceu o nosso convívio e o seu marido, que estava junto com ela, também agradeceu a atenção. Ela se despediu de cada colega da enfermaria e a abracei, desejando muita alegria para ela e sua família.

Naquela tarde, continuei meu trabalho com as demais mulheres, procurando animá-las, pois ficaram tristes com a alta de suas colegas.

Encontro 34

Nesta tarde apenas conversei e procurei, em particular, confortar principalmente Marina e Marisa, que se encontram mais ansiosas e agitadas com a evolução de suas enfermidades.

Encontro 35

Pela manhã, encontrei **Letícia** que havia retornado ao hospital para uma consulta. Estava mais magra, sua fisionomia era tensa e preocupada, sorriu timidamente ao me ver. Abracei-a e ela disse: *“Estou bem...só tem me dado muita dor na cabeça, não posso fazer nada, a dor não deixa...”* Ela transmitia desânimo e cansaço, parecia não ter mais energia e nem entusiasmo. Nas ocasiões em que a encontrava, procurava ajudá-la a refletir sobre a experiência de dor e sofrimento para que pudesse encontrar um significado para este momento de sua vida. Começou a chorar, já não suportava mais tanta “carga” emocional em silêncio. Era muito doloroso conviver com a enfermidade que a cada dia trazia mais desconforto e dor, “apagando” lentamente a “chama” da esperança.

Permaneci algum tempo ao lado de Letícia, segurando sua mão em silêncio, mostrando disponibilidade em ouvi-la e apoiá-la. Ela foi chamada para a sua consulta e não a encontrei mais neste dia.

Na visita à tarde, reencontrei **Zélia** que, alegremente, me disse: *“Agora posso continuar a fazer os trabalhos.”* Ela já estava familiarizada com o ambiente, entretanto, era perceptível sua angústia e tristeza decorrentes de sua hospitalização. Havia sido internada novamente, pois sua dispnéia havia se agravado e necessitava de oxigenoterapia. Passou a tarde em silêncio, folheando algumas revistas e descansando no leito.

Uma nova companheira havia internado, **Eunice**, 42 anos, casada, com seis filhos. Ela sempre cuidou da casa e dos filhos. Desde criança sofre de asma brônquica e começou a fumar

com 8 anos e ainda não conseguiu deixar de fumar. Procurou o hospital pois teve dispnéia intensa com hemoptise e estava aguardando a confirmação do diagnóstico de **estenose mitral** a partir dos exames realizados.

Eunice estava deprimida e ansiosa, querendo ir para casa, pois o mal-estar já passou e está com muita saudades de seu filho adotivo de 3 anos. Explicou que gosta de ouvir qualquer tipo de música, de bordar e brincar com seu filho. No hospital, gostaria de desenvolver qualquer tipo de atividade. Passou a tarde cochilando.

Conversei com as demais mulheres, auxiliando-as a encontrarem conforto no momento que estavam vivenciando.

Encontro 36

No início da tarde, passei no quarto de **Marina** que estava sentada encolhida na cadeira. Ela estava triste e deprimida, sentindo um “peso” na cabeça o que a deixa sem disposição para conversar. Depois do meio-dia, vomitou muito, ficando prostrada.

Zélia estava preocupada, dizia que sua vida mudou muito depois que ficou doente, não podia mais trabalhar, viajar e não sabe se iria para uma clínica de idosos ou um asilo quando der alta. A família com a qual mora também tem uma pessoa com graves problemas de saúde e estão com dificuldades de cuidar de Zélia. Senti que estava apreensiva e insegura quanto ao seu incerto futuro.

LeSHAN (1992) e TRAVELBEE (1982) consideram essencial para o doente ter uma meta, um objetivo na vida, para ajudá-lo a suportar e lidar com o sofrimento e a dor. Muitas vezes, parece ser difícil para o doente encontrar um significado para sua vida. Para Zélia, aquele era um momento difícil, pois não sabia o que seria de sua vida quando saísse do hospital.

Convidei Zélia para recortar algumas gravuras sobre o tema: **Qual o significado da doença e da hospitalização para você?** Ao abordar tal assunto, queria que elas pensassem sobre a sua enfermidade e o seu significado para cada uma.

Para **Zélia**, a doença a fez rever a vida e se conscientizar que a saúde pode ser perdida repentinamente. Nunca imaginou que pudesse adoecer. Sua vida ficou diferente, agora percebe como a sua vida era divertida e boa, pois viajava e passeava muito, isto teve que deixar de fazer.

Para a atividade proposta, Zélia recortou figuras de pessoas reunidas, o que para ela significava as reuniões das quais participava e que agora não sabia mais se tornaria a fazê-lo. Depois que terminou a atividade, continuou folheando as revistas, procurando receitas e pedia que as lesse para ela. Diz que tem um livro de receitas e, apesar de não saber ler, ela gosta de olhar as gravuras das receitas.

Eunice estava aborrecida, conta que seu médico ainda não havia aparecido para falar sobre seus exames. Procurei acalmá-la e estimulei-a a participar da atividade lúdica. A hospitalização a fez refletir sobre a importância de sua família, de seus filhos na sua vida. Contou que adora crianças, que tem uma família maravilhosa para qual logo desejava retornar. Isto foi representado por figuras de bebês.

A filha de Marisa procurava se distrair, jogando “resta-um” para passar o tempo. **Marisa** estava afônica e se expressava através de gestos e movimentos dos lábios. Ela transmitia cansaço e exaustão, pois sua doença estava causando mais complicações. Perguntei para ela como se sentia em relação à sua doença, qual o seu significado para ela. Ela olhou para mim e disse: *“Alguns momentos eu tenho esperança de ficar boa...em outros, tenho dúvidas...”* Marisa tem consciência da gravidade de sua doença e que a morte é uma possibilidade concreta.

Frente a esta colocação de **Marisa**, indaguei se gostaria de ver alguma pessoa ou um familiar que ainda não havia visto. Ela falou que todos os seus filhos já haviam lhe visitado e que sua mãe possivelmente viria no dia seguinte. Tentava sorrir, procurando mostrar que estava bem.

Betina, ao me ver no corredor, abraçou-me sorrindo e entregou alguns desenhos que fez no domingo. Ela participou da atividade, animada e divertindo-se muito. Recortou gravuras de bebês, de casamentos, de restaurantes, etc., demonstrando que a doença fez pensar no seu futuro, no qual esperava ter sua família, marido e filhos. Ela foi aconselhada pelos médicos a não ter filhos, mas gostaria de adotar um, porque gosta muito de crianças.

Uma nova companheira havia internado na enfermaria: **Carla**, 29 anos, é casada e tem dois filhos. Internou para avaliar a necessidade de fazer cirurgia de um **cisto branquial**, localizado há muitos anos na região do pescoço, que estava causando dispnéia.

Carla contou que há dois meses começou a ficar com insônia, não dormia a noite e de dia não queria sair da cama, não cuidava dos filhos, não fazia mais a comida. Segundo ela, seu marido, desesperado, levou-a ao Hospital Psiquiátrico, onde recebeu o diagnóstico de depressão. Sua maior preocupação era com a depressão, conta que sempre foi uma boa mãe que cuidava bem de seus filhos. Acredita que ficou doente porque deixou seu emprego há dois meses para ficar em casa cuidando dos filhos. Agora quer ficar curada e voltar a trabalhar.

Neste encontro, cada mulher expressou o significado de sua enfermidade que é único e particular de cada uma. Ao procurar compreender este significado, seria possível redirecionar a vida e vivê-la mais plena de significados.

Encontro 37

Como Marina encontrava-se em um quarto, isolada, sempre procurava visitá-la no início da tarde e, no final da tarde, voltava para me despedir. Neste encontro, recebeu-me

euforicamente, encolhendo-se em seguida no leito, fechando os olhos. Ao ser questionada sobre seu estado de saúde ela falou: “*Bem.*” Tentei estimulá-la para que falasse mais alguma coisa, mas suas respostas eram monossilábicas.

Estava sentada ao lado da sua cama quando Marina subitamente cuspiu no chão. Indaguei-lhe porque estava fazendo isto, já que este não era seu comportamento habitual, ela disse: “*Agora faço tudo que me dá vontade*” e deu um sorriso irônico. Sua atitude denotava revolta, frustração e medo frente a sua doença. Para MANZOLLI (1987, p. 49) “além da dificuldade de adaptação ao hospital...a própria situação da doença pode favorecer o aparecimento de estados freqüentes de depressão, de insatisfação, de insegurança, reações de agressividade e outros.”

Pedi para que as filhas de Marina se retirassem por alguns instantes. Segurei suas mãos e disse que compreendia sua raiva, revolta, indignação e inconformidade com o seu sofrimento. Que gostaria muito de ajudá-la a superar este momento difícil de sua vida. Neste momento, começou a chorar, suas lágrimas corriam pelas suas faces, falou que estava triste, cansada do hospital. Permaneci ao seu lado em silêncio, procurando transmitir afeto e apoio. Ela mostrou dificuldade em expressar suas emoções, continuei a conversar sobre outros assuntos e, ao me despedir, estava tristonha, mas agradeceu a visita.

Encontrei **Marisa** sentada com um lenço na cabeça, devido a alopecia, pois os cabelos ficavam caídos por todo o leito. Quando a dispnéia aliviava, ela procurava se distrair, jogando “resta-um”. Conversei com ela, procurando mostrar minha sensibilidade relacionada ao seu sofrimento.

Zélia manifestou vontade de ir para casa, não conseguia comer a dieta hipossódica. Conversava com suas colegas de enfermagem parecia mais alegre neste encontro. Convidei-a para participar da atividade, ela disse que não sabia pintar e passou a tarde olhando revistas.

Pedi para Zélia falar sobre o que mais a angustiava e causava tristeza durante a hospitalização. Ela disse:

“Estar “presa”, não poder sair...fazer o que quiser, na hora que quiser...não se tem mais vontade própria...”

Através das observações de Zélia, ficava claro como o ambiente do hospital era desumano e agressivo para as pessoas, pois são privadas de sua liberdade e identidade. Portanto, a enfermagem, em suas ações rotineiras, pode colaborar, proporcionando uma hospitalização mais humanizada.

Eunice estava com previsão de alta hospitalar para o dia seguinte. Continuava apreensiva, não quis desenvolver nenhuma atividade e foi assistir televisão no hall de entrada. No final da tarde, retornou à enfermaria e participou de um jogo. Era muito difícil interagir com ela, pois procurava estar fora da enfermaria e não gostava de conversar.

Nesta tarde, **Carla** recebeu alta. Ela me entregou uma folha com uma poesia intitulada “Solidão” (Anexo IV) que, segundo ela, retratava seus medos, seus tormentos, sua solidão, os seus sentimentos atuais. Em seguida partiu animada e feliz, pois iria rever seus filhos.

Durante a tarde internou **Beatriz**, que já esteve diversas vezes internada nesta unidade. Ela estava muito triste, disse não acreditar que estava aqui novamente. Apresentei-me e expliquei o trabalho que estava realizando e convidei-a para participar da atividade: pintar sobre o tema **O que causa mais medo, angústia e tristeza no hospital?** Era uma forma de estimulá-la a falar sobre o que a estava afligindo neste momento de internação.

Sobre o tema ela disse: *“O que me entristece é estar longe do namorado e da família”* e pintou um coração vermelho chorando, duas rosas entrelaçadas que era ela e o namorado e escreveu *“A esperança é a última que morre!”* Falou que nunca havia se sentido

tão triste nas outras internações e confessou que nas outras não tinha namorado, portanto não sentia esta tristeza.

Betina estava um pouco aborrecida reclamando que não havia dado muita atenção para ela. Também pintou sobre o tema, relatando que sua fonte de angústia era a sua doença desde a infância e o fato de estar “fechada” no hospital, de certa forma já estava acostumada e sabia que teria que agüentar.

Através dos depoimentos das mulheres, era reforçada a necessidade de se investir cada vez mais na transformação do ambiente apresentado aos enfermos, tornando-o um ambiente terapêutico.

Encontro 38

Neste encontro, **Eunice** já não estava mais na enfermaria, pois havia recebido alta hospitalar. **Zélia** estava deitada com frio e não queria assistir ao filme. **Marisa** encontrava-se agitada, com dispnéia intensa, sua filha fazia massagens nos ombros para diminuir sua ansiedade. Orientei-a para que tentasse relaxar, mas não conseguia, estava muito angustiada. Com seus olhos pedia “socorro”. Conversei sobre diversos assuntos, tentando acalmá-la, pois seu nervosismo estava deixando-a ainda mais dispnéica. Aos poucos, foi se tranquilizando, enquanto sua filha a abanava com uma revista.

Marina havia voltado para a enfermaria, após permanecer isolada. Estava deprimida, cuspiu no chão, desconectava a solução parenteral, jogava a medicação do nebulizador fora e depois sorria. Ela mostrava-se agressiva com as filhas e dizia que não queria mais ir para casa. Ao ser questionada sobre o seu comportamento dizia que não se lembrava do que havia acontecido. Sua filha mais velha disse acreditar que a mãe melhoraria ao ir para casa; já havia solicitado para a médica, se possível, dar alta hospitalar para ela.

O ambiente hospitalar tem sido uma fonte constante de angústia, medo e depressão para Marina, que se deprime mais e mais a cada dia que passa. Como não foi possível contar com a colaboração de profissionais especializados em psiquiatria de forma efetiva, tenho procurado, através do processo interativo, ajudá-la a compreender seus sentimentos relacionados à enfermidade e hospitalização e trazer conforto para seus temores.

Beatriz estava deitada no leito, continuava triste e revoltada com sua internação. Ela tem 22 anos, e veio de uma cidade próxima a Santa Maria. Conta que trabalhava como doméstica em uma casa de família, mas não gostou do emprego pois o casal brigava muito e ela se sentiu mal. Falou que gostaria de assistir filmes na televisão, ler revistas, ouvir música sertaneja e internacional. Durante sua hospitalização, gostaria de fazer atividades que a deixassem mais animada.

Beatriz internou para tratar sua **histiocitose X**, doença que se manifestou aos 13 anos de idade. Os tratamentos que recebeu diminuíram os sintomas e, dentro de um a dois meses, voltam os nódulos e a descamação nas axilas, ficando deprimida e triste. Estava com poucas esperanças de que descobrissem um tratamento que a curasse. Já não tinha mais vontade de continuar o tratamento e disse:

“...nove anos não são nove dias, nem nove meses...estou cansada, não agüento mais.”

Começou a chorar, e disse que só tinha vontade de chorar e que na noite anterior tinha chorado muito. Ela continuou falando sobre os sentimentos que a estavam afligindo, sobre sua hospitalização e o tratamento. Ao se acalmar, convidei-a para assistir a um filme.

Betina também estava triste, deitada na cama. Ajudei-a a colocar um roupão e ela também foi assistir ao filme.

Convidei, ainda, a filha mais nova de Marina para ir junto conosco, já que sua irmã estava acompanhando a mãe.

O filme a que assistiram foi “A bela e a fera”, um desenho animado dos Estúdios Disney. Optei por este filme por ele ser romântico, alegre, de fácil compreensão e trazer uma mensagem de grande significado.

Beatriz mostra-se emocionada com as cenas do filme, já Betina parecia sentir dificuldade em compreender o seu enredo e a filha de Marina vibrava e me perguntava sobre o destino final da personagem.

Ao término do filme, sentadas em círculo, perguntei qual havia sido a mensagem que o filme queria transmitir. **Beatriz** se manifestou, dizendo: *“Não devemos ver apenas a aparência, o que está por fora das pessoas, mas valorizar o que elas têm por dentro.”* Contou que, quando conheceu seu namorado, achava-o muito feio, depois descobriu uma pessoa boa, carinhosa, que se preocupava com ela e já não o achava mais tão feio.

A filha de Marina disse que sempre teve complexo de inferioridade e, quando seu namorado a deixou, sentiu-se mais inferiorizada. Coloquei que certamente encontraria alguém que a valorizasse com suas qualidades e compreendesse os seus defeitos.

Betina disse que seus namoros nunca duravam e, quando os namorados eram informados de sua doença, não queriam mais namorar. Falei que poderia encontrar algum dia uma pessoa que visse muito mais que sua doença e que a ajudaria a ser feliz.

Elas levantaram alguns questionamentos sobre métodos anticoncepcionais, sexualidade feminina, orgasmo. Percebi muita desinformação de todas sobre estes temas. Elas foram colocando suas dúvidas que, com a participação de todas elas, iam sendo esclarecidas.

No retorno para a unidade, todas estavam alegres e conversavam animadamente trocando idéias. Foi possível perceber que a atividade foi adequada ao grupo e trouxe os benefícios desejados.

Encontro 39

Nesta tarde, passei na enfermaria somente para me despedir de **Marina** que estava com alta hospitalar. Mostrava-se um pouco confusa, parecia não saber bem o que estava acontecendo. Abracei-a, desejando que melhorasse no seu ambiente familiar.

Os abraços oferecidos a cada mulher era uma maneira de transmitir a amizade e o carinho que sentia por elas. De acordo com KEATING (1987), o abraço pode significar força interior, cura, alegria, apoio, segurança, amor, conforme o sentimento que se deseja oferecer a pessoa a quem se abraça. Os abraços que trocamos eram uma forma de compartilhar sentimentos de alegria, de tristeza e de dor.

Encontro 40

Neste encontro, todas estavam nervosas e não queriam ficar na enfermaria, pois havia sido internada uma mulher que estava ligada ao respirador. Não conseguiram dormir à noite pelo barulho do aparelho e pelo “entra e sai” da equipe de enfermagem e dos familiares. **Zélia** queria ir para casa, pois não suportava ver uma pessoa naquelas condições. **Betina** e **Beatriz** disseram que os familiares não queriam que elas deixassem o rádio ligado e justificaram pelo estado grave em que esta companheira se encontrava.

Depois que elas conversaram sobre o que as angustiava, trouxe material lúdico para que pudessem se distrair. Elas ficaram em outra sala ouvindo música, folheando revistas e jogando.

Decidi conversar com os familiares da nova mulher internada, que se encontrava com o respirador, no dia seguinte, pois eles passaram reunidos com o médico, recebendo os resultados dos exames.

Encontro 41

Encontrei **Betina e Beatriz** no corredor, elas não queriam ficar na enfermaria, pois se sentiam muito mal. Falaram que estavam sentindo a minha falta e neste encontro gostariam de fazer algo diferente. Pedi que me ajudassem a pensar em uma atividade interessante. **Zélia** havia recebido alta no dia anterior. Internou uma companheira idosa, desorientada, sem condições de comunicar-se.

Conversei com o marido da mulher que estava com o respirador. Apresentei-me e falei sobre o trabalho que estava desenvolvendo. Expliquei-lhe, também, a importância dele, como marido, e dos familiares, de manterem-se próximos à sua esposa e tocarem-na carinhosamente, apesar do estado de morte cerebral em que se encontrava, como indicavam os resultados dos últimos exames. Salientei a necessidade de prepararem-se para a morte dela. O acompanhante começou a chorar e falou da convivência com sua esposa, dos anos que viveram juntos e que não se conformava com a rapidez com que tudo aconteceu.

Era necessário que os familiares compreendessem o sofrimento das demais mulheres que estavam ali internadas e que acompanhavam a evolução dos fatos com tristeza, preocupação e respeito. Que a música poderia ajudar a todos, diminuindo a tensão, tornando o ambiente mais agradável, portanto não seria um gesto de desrespeito a sua esposa e a eles mesmos. O marido mostrou-se mais descontraído e compreendeu a importância do trabalho que estava sendo desenvolvido.

Nos momentos de angústia extrema dos familiares e dos enfermos, é importante a intervenção da enfermeira a fim de proporcionar um ambiente acolhedor que permita o extravasamento dos sentimentos para que possam superar de forma mais amena e digna a “partida” de seu familiar.

Havia sido internada **Ivete**, 37 anos, casada e moradora de Santa Maria. Desde os 26 anos, fazia tratamento para artrite reumatóide quando, em março de 1995, começaram a

aparecer manchas no corpo. Procurou o hospital e recebeu diagnóstico de **lúpus eritematoso sistêmico**. Necessitou de internação, uma vez que apresentava plaquetopenia ($1.000/\text{mm}^3$). Ela estava bastante apreensiva com sua internação e com o ambiente na enfermaria. Convidei-a a participar de algumas atividades em outra sala, a fim de integrá-la com suas colegas de enfermaria. Ivete aceitou o convite para participar das atividades lúdicas.

Para desenvolver as atividades, utilizei uma sala de descanso da equipe de enfermagem, uma vez que não queriam ficar dentro da enfermaria. Elas levaram o rádio para que pudessem ouvir música. Como não haviam apresentado nenhuma sugestão, propus apresentar os “Direitos do paciente hospitalizado” conforme GAUDERER (1993), (Anexo V). Elas concordaram, achando a idéia excelente.

Um a um, fui lendo cada tópico e citando exemplos práticos para que elas se conscientizassem de seus direitos. Elas participaram perguntando e exemplificando situações que vivenciaram e nas quais seus direitos haviam sido desrespeitados.

Durante esta atividade, **Ivete** se retirou para encontrar um familiar e uma acadêmica de enfermagem chegou para entrevistar **Betina** acabando, também, por participar das discussões. Quando terminamos os comentários sobre os direitos dos doentes hospitalizados, as mulheres salientaram a importância da abordagem deste assunto, pois não tinham informação sobre os seus direitos e agora se sentiam mais seguras para reivindicá-los.

Depois desta atividade, **Betina** se retirou da sala com a aluna e chamei Ivete para fazer outra atividade, pois ela estava sentada sozinha no hall de entrada da unidade e estava com frio.

Propus uma atividade dinâmica em que cada uma delas ficou com uma pilha de revistas ao seu lado. Cada uma deveria procurar gravuras sobre os seguintes temas: um alimento; um objeto que pode ser encontrado no hospital; um gesto que pode ser percebido no hospital; a natureza; a alegria; a família e a saúde. As gravuras deveriam ser encontradas em

um intervalo de tempo cronometrado para estimular o espírito dinâmico. O tempo foi cronometrado de forma livre para não gerar estresse.

Quando terminaram os recortes das gravuras, Ivete disse estar sentindo um “calorão”, pois esforçou-se para ser bastante rápida. Em seguida, elas colaram as figuras em algumas folhas, relacionando com fatos de sua vida.

Ivete colocou, abaixo das gravuras, palavras e frases como: “amor e carinho; felicidade; esperança; solidariedade; a natureza é linda e eu amo minha família e sou amada por ela”.

Beatriz escreveu um pequeno texto sobre cada gravura como: “paquerar faz bem para nós, jovens, e para a nossa saúde, isto é sinal de vida...; a alegria de uma família bem sucedida, feliz, traz harmonia para si mesmo e para os outros...” e ainda escreveu textos mais longos sobre a alimentação, o telefone e o sorriso.

Neste encontro, elas expressaram aspectos positivos de sua vida e sentimentos relacionados com sua enfermidade, demonstrando que, apesar da incerteza que muitas vezes estava presente, tinham esperanças de recuperar a saúde. Quando a relação de interação se fortalecia, era possível perceber uma maior inter-relação entre nós.

No término do encontro, **Beatriz** e **Ivete** agradeceram a tarde divertida e as informações que receberam. Betina estava triste porque não havia participado da atividade. Ela escolheu algumas revistas para folhear, depois mostrou orgulhosa o seu tricô.

Pude perceber que foi gratificante a atividade realizada fora da enfermaria, pois propiciou um ambiente em que puderam rir, vibrar, cantar e ouvir música sem constrangimentos. Isto mostra a necessidade de um ambiente fora da enfermaria, onde as pessoas que estão hospitalizadas possam se divertir, aliviando as tensões da hospitalização.

Encontro 42

Nesta tarde, havia planejado assistir a um filme com as mulheres na sala de vídeo. Antes de irmos para a sala, **Beatriz** recebeu a visita de seu namorado e ficou toda a tarde namorando. Fui com **Betina** e **Ivete** ver o filme. No seu início, chegou o sobrinho de Ivete para visitá-la e ela se retirou. O nome do filme era “Meu primeiro amor - segunda parte”, escolhi um filme dublado para facilitar a compreensão pelas mulheres. Betina parecia que não estava entendendo o filme, sugeri voltarmos para a enfermaria e ela concordou imediatamente.

Para **Betina**, o filme era muito complexo, não se sentindo atraída pela atividade. Ela voltou para a enfermaria onde joguei uma partida do “jogo de memória”, depois começou seu tricô. As outras mulheres estavam com seus familiares no andar térreo do hospital.

Este foi o último dia de atividades lúdicas desenvolvidas com elas.

Encontros finais

A partir do encontro 42 não entrevistei mais nenhuma mulher internada recentemente, pois estava terminando minha prática assistencial. Continuei acompanhando as mulheres com as quais estava desenvolvendo o trabalho e preparando-as para o encerramento da prática.

Fornecia dados sobre seus exames e conversava sobre os sentimentos que as estavam angustiando. Estes encontros também eram mais rápidos, permanecendo com elas, nestes dias, não mais do que 30 minutos.

Deixava material lúdico para que pudessem se distrair e, algumas vezes, jogava com elas. Durante estes encontros, **Beatriz** recebeu alta hospitalar. Ela estava feliz porque finalmente poderia ir para casa. Falou que gostou dos trabalhos que foram realizados, pois ajudaram a distrair e não ficar só pensando na doença. A música, as revistas e os jogos auxiliaram a passar o tempo e minimizaram a tristeza da hospitalização.

Neste período, **Ivete** recebeu alta, ficando apenas **Betina** internada, a qual segui fazendo visitas, agora semanais e depois quinzenais, nas quais ela demonstrava muita alegria. Tornaram a internar **Vilma, Marina, Zélia, Leticia e Isabel**.

O reencontro com estas mulheres emocionou-me, assim como me comoveu muito ver **Marina** em coma e **Leticia** com deformação do rosto e com surdez parcial. Acompanhei a saída do coma de Marina, a evolução de sua doença e sua morte. Marina me reconheceu após a melhora do seu quadro e agradecia as visitas. Em toda a etapa, procurei dar um suporte para a filha de Marina, que acompanhou a mãe durante toda a internação.

Leticia teve fases de melhorias em que sua acuidade auditiva melhorou, mas sua dor era permanente. Levei algumas revistas, revistas em quadrinhos e palavras-cruzadas para ajudá-la a se distrair. Seus pais estavam muito tensos com o estado de saúde de Leticia; conversei em vários momentos com eles para ver como Leticia estava encarando a doença. Eles disseram que ela, em muitos momentos de dor, verbalizava a vontade de morrer e já havia falado que sabia que iria morrer e pediu para o pai comprar um “caixão bonito”, não podia ser “qualquer um”. Sua mãe dizia que ela ainda pediu que não distribuíssem sua roupa para outras pessoas, mas que a guardassem.

Estes momentos com os familiares eram carregados de muita emoção em que as lágrimas estavam presentes, pois o sentimento de perda era grande.

Ao encerrar a prática assistencial, é importante destacar que cada encontro compartilhado com as mulheres teve sua particularidade, foi um momento único, com histórias comoventes, de passados sofridos, de dificuldades enfrentadas. Procurei passar uma mensagem de esperança, ajudando-as a conhecerem suas forças e potencialidades pessoais, para que se sentissem co-responsáveis com seu processo terapêutico. Mostrava ainda que, por mais cruel, dolorosa, aterrorizante, perversa e solitária fosse a doença, elas eram capazes de enfrentá-la e obter um crescimento pessoal com a experiência. Outro aspecto, também salientado, era a

importância delas expressarem seus sentimentos como o medo, a raiva, a ansiedade, a revolta para poderem alcançar o bem-estar físico e emocional, melhorando sua qualidade de vida.

5 - AVALIAÇÃO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL A PARTIR DO MARCO CONCEITUAL

A avaliação da prática assistencial será realizada a partir da vivência com as mulheres com câncer descritas no capítulo anterior, enquanto conduzida pelo referencial adotado.

A prática assistencial fundamentada na teoria de Travelbee mostrou-se adequada para alcançar os objetivos estabelecidos no trabalho, pois a realidade vivenciada pelas mulheres com câncer durante a hospitalização era uma etapa dolorosa e traumática que pôde ser amenizada por meio de uma relação interpessoal com elas, através da prática de atividades lúdicas.

Esta relação interpessoal estabelecida com as mulheres, ocorreu a partir de uma série de interações planejadas ou fases que tinham como propósito ajudar cada mulher a compreender o significado da enfermidade e do sofrimento.

5.1 - Fases da relação enfermeira/mulher-enferma

As fases da relação enfermeira/mulher-enferma estão presentes no relato da vivência e evoluíram em etapas onde o objetivo final era estabelecer uma relação terapêutica. A seguir relaciono a evolução das fases com as mulheres.

- Fase de pré-interação

Esta fase iniciou antes do meu primeiro encontro com elas e não terminou depois da primeira interação, mas precedia cada encontro. Foi o momento em que adquiri consciência de meus pensamentos e sentimentos relacionados às mulheres.

Este período foi “carregado” de expectativas, interrogações, com um “misto” de ansiedade e alegria a respeito da situação que viveria. Fluíam idéias e pensamentos sobre “O que é ter câncer?”, “Qual o significado da hospitalização, da enfermidade e do sofrimento?”, “É possível encontrar algum significado para estas experiências?” entre outros questionamentos que vieram à tona nesta fase.

Amparados em autores como Travelbee, Simonton, Siegel, LeShan entre outros, senti-me fortalecida para o primeiro encontro com as mulheres.

- Fase de introdução ou orientação

Ocorreu a partir do primeiro contato com cada mulher, no qual as primeiras observações e percepções foram registradas mentalmente e descritas a partir de uma entrevista (Anexo II) que normalmente era aplicada neste momento.

Neste encontro, as mulheres expressavam sua angústia devido à hospitalização, seus medos relacionados ao tratamento, a tristeza por estar longe dos familiares, através da fala de Cristina :

“Estou nervosa...estou longe dos meus...”

A partir da verbalização de seus sentimentos, procurava dar apoio e me mostrar disposta a ajudá-las a enfrentar e superar este momento difícil de forma mais agradável e amena possíveis.

- Fase de definição de identidades

Esta fase muitas vezes já era percebida no final da entrevista, no primeiro encontro, quando as mulheres mostravam-se alegres e descontraídas por terem compartilhado alguns fatos de sua vida comigo. Isto está expresso na fala de Vilma quando diz:

“Quando a senhora vai voltar? Amanhã de manhã? Gostei muito de conversar, a senhora é muito querida.”

No meu segundo encontro com Isabel, ela sorriu e me cumprimentou. Senti que não me via mais como uma estranha, mas sim uma pessoa interessada em ajudá-la. Este momento foi gratificante, pois apesar da dificuldade na comunicação não-verbal com ela, ambas estávamos estabelecendo vínculos de amizade.

- Fase da empatia

Esta etapa foi identificada em muitos momentos, quando as mulheres manifestavam sua preocupação e ficavam nervosas com o mal-estar ou com a dor de uma das colegas de enfermaria. Em um dos encontros, Leticia sentia muita dor e Cristina, cujo leito ficava ao lado, acompanhando o sofrimento da colega, fez a seguinte colocação:

“Me dói ver Leticia, tão nova, sofrendo...”

O cotidiano das mulheres era conviver continuamente com o sofrimento, isto as deixava ansiosas e angustiadas. No meu dia a dia com elas procurava acalmá-las, dialogando e propondo uma atividade relaxante.

A empatia ainda se caracterizou pela minha capacidade de tentar visualizar a realidade destas mulheres, procurando compreender o que se passava no íntimo de cada uma, compartilhando com elas seus sentimentos e demonstrando que eram aceitas com suas capacidades e limitações. Através do sentimento empático, foi possível vivenciar com elas, sentimentos, aflições, desesperanças e ansiedades, ajudando-as no enfrentamento da enfermidade e do sofrimento.

- Fase da solidariedade

A solidariedade permeava os encontros quando procurava transmitir conforto e atenção a elas, segurando suas mãos, tocando-as com carinho, conversando e desenvolvendo atividades lúdicas.

As mulheres eram muito solidárias entre elas; quando uma não podia sair do leito as outras procuravam auxiliá-la, alcançando algum material necessário. Cristina, ao ter alta hospitalar, despediu-se de Leticia, dizendo:

“...vou rezar muito para você ficar boa...”

Como Cristina era uma pessoa religiosa, era através de sua fé que estava disposta a ajudar a aliviar o sofrimento e a enfermidade da sua colega.

- Fase de afinidade (rapport)

Esta fase se apresenta no momento em que a relação terapêutica acontece, quando as ações desenvolvidas com as mulheres reverteram em alívio do sofrimento e ajudaram-nas a compreender e a refletir sobre o significado da experiência. A fase pode ser exemplificada pelas falas de algumas delas na sua alta hospitalar:

“Minha internação foi impagável, nunca me senti tão bem atendida.”

“...depois que conversamos, passou aquela angústia, a solidão...”

“...o trabalho que você faz com a gente, informando sobre a doença...dando ânimo...este tipo de relacionamento é importante.”

A fala delas revela que durante a hospitalização puderam encontrar conforto, consolo, orientação, o que refletiu numa assistência mais humanizada.

- Fase de término

Ocorreu na maioria das vezes através da alta hospitalar ou quando eram transferidas de unidade. Nestas situações, continuei a manter o vínculo com elas, fazendo visitas sem, contudo, desenvolver atividades lúdicas. Não era viável a prática de atividades lúdicas em mais de um local, pois isto demandaria mais tempo, o que impossibilitaria a prática.

Ao encerrar a prática, apenas Betina permaneceu internada, a qual visitava com uma frequência bem menor (uma vez por semana, depois quinzenalmente). Ela sempre ficava alegre com minha visita e falava “...*fica mais um pouquinho ainda é cedo...*”, pois sentia falta de nossos diálogos e brincadeiras.

O término da relação nada mais foi que um novo começo em que os participantes continuaram a vivenciar outras experiências. Portanto, sempre ao término de cada relação, ambas saímos enriquecidas pelas experiências compartilhadas.

5.2 - A relação dos conceitos com a prática assistencial

Durante a prática assistencial, estiveram presentes vários conceitos que fizeram parte do marco conceitual. Várias expressões relacionadas a estes conceitos encontram-se grifadas em negrito no relato da vivência, demonstrando a aplicabilidade do marco conceitual (teoria) à prática.

Ao interagir com as mulheres com câncer, sempre esteve presente o conceito **Seres Humanos**, uma vez que concebia a mulher-enferma, na sua dimensão humana e, como tal, era vista em sua unicidade, singularidade, com suas carências, fraquezas, limitações, fragilidades e necessidades.

Cada mulher expressava seus sentimentos e pensamentos de forma muito particular através de atitudes e comportamentos diferenciados. Procurava conhecer e compreender suas atitudes e sentimentos frente às experiências que vivenciavam.

Algumas mulheres expressaram, no primeiro encontro, ou em outros, características suas como:

“Sou uma manteiga derretida, por qualquer coisa eu choro... sempre fui assim.”

“Não sei desenhar, acho que sou muito velha...”

“Sou muito nervosa, não posso ver ninguém sofrendo... eu sofro com os problemas dos outros, me consumo...”

Estas características mostram a sensibilidade de cada uma, suas limitações e suas emoções devido à sua cultura e sua personalidade. Ao me relacionar com as mulheres, procurei ajudá-las, compreendendo e aceitando suas características individuais.

A hospitalização leva a mulher (filha/mãe/avó) a assumir novos papéis que são de “enferma” e “paciente”, o que acarreta a perda de sua liberdade, de seus direitos, os quais geravam sentimentos de tristeza, angústia e desânimo, tornando-a, muitas vezes, passiva e conformada à espera de sua recuperação. Nessas situações, como no meu relacionamento com Leticia, procurei estimulá-la a deixar seu papel passivo e assumir uma atitude mais ativa no seu tratamento.

Portanto, as atitudes e os comportamentos das mulheres que eram prejudiciais, nocivos, que não colaboravam para a restauração de sua saúde, foram trabalhados para que estas se conscientizassem da necessidade da mudança de atitude em defesa de sua saúde.

O conceito **Enfermagem** foi identificado através da relação de ajuda estabelecida, na qual aspectos importantes como a aceitação, empatia e solidariedade estavam presentes.

Ao interagir com estas mulheres, foi fundamental conhecer seu passado, suas crenças, seus valores pessoais, não perdendo de vista o seu contexto social, econômico e cultural para poder compreender e aceitar suas atitudes e comportamentos frente à doença.

Desta forma, a aceitação aliada à empatia propiciou um envolvimento emocional positivo, ajudando-as no enfrentamento da nova realidade (hospitalização/enfermidade) e a encontrar um significado para ela.

Um conceito que apareceu de forma marcante na prática foi o de **Sofrimento**, uma vez que as mulheres eram portadoras de uma doença que era causa de mal-estar, dor (sofrimento). Enquanto portadora de câncer, seu sofrimento estava ligado a questões como:

medo da morte, do tratamento, da dor, da mudança da imagem corporal (desfiguração) e a privação de uma vida normal e sadia.

O sofrimento estava presente no cotidiano de cada mulher e se manifestava em diferentes níveis e formas. Às vezes, elas não falavam, sofriam silenciosamente, pois não conseguiam expressar seus sentimentos. Em outros momentos, era verbalizado da seguinte forma:

“O médico não me dá esperança alguma.”

A fala de Marta mostra a tristeza, a desesperança, com a realidade de sua doença. Percebia como fonte de um de seus sofrimentos o relacionamento com o seu médico, que era impessoal, distante, reforçando o sentimento de insegurança sobre a melhora do seu quadro de saúde. Através de um relacionamento mais próximo, procurei renovar suas esperanças, não no sentido da cura, mas de encontrar um sentido para a sua vida.

A dor era outra causa de sofrimento manifestada freqüentemente, no caso de Leticia, algumas vezes foi verbalizada pelas seguintes falas:

“Estou com dor na perna...”

“...quando começa a dor fico preocupada.”

“Estou com dor, não agüento mais...”

“Não sei porque tenho que sofrer tanto...”

Nestas situações de dor, utilizava a técnica de relaxamento e visualização, ou apenas de relaxamento, o que na maioria das vezes, auxiliava a restabelecer sua autoconfiança e aliviar a sua dor. Para SIMONTON (1990, p. 116), “os pacientes que aprenderam o processo de relaxamento e criaram hábito de relaxar diariamente, afirmam que adquiriram uma perspectiva de vida diferente e mais energia. É como se as suas baterias tivessem sido recarregadas.”

A dor gerava uma instabilidade emocional muito grande que se caracterizava pela depressão, ansiedade, hostilidade, chegando à desesperança. A doença por si só já era motivo

de sofrimento, manifestada pela angústia, medo, insegurança e revolta, o que pode ser observado em expressões como:

“Vocês estão me atrapalhando!” (referindo-se as auxiliares de enfermagem)

“Agora faço tudo que me dá vontade.” (cuspir no chão, jogar medicação fora)

“...nove anos não são nove dias, nem nove meses...estou cansada, não agüento mais...” (referindo-se ao tempo de tratamento)

“Não agüento mais ficar no hospital...” (referindo-se ao período de internação)

Para aliviar o sofrimento destas mulheres, busquei durante toda a prática ajudá-las a encontrar um sentido para a doença que, de acordo com TRAVELBEE (1982), está fundamentado em dois pressupostos: primeiro, todo enfermo busca um motivo ou sentido para suportar a enfermidade; segundo, a enfermidade e o sofrimento podem ser experiências de realização pessoal sempre que o indivíduo encontra um sentido para o seu sofrimento.

Foi percebido, durante a prática, que o sofrimento em alguns momentos deixou de ser sofrimento no instante em que foi possível encontrar um sentido (uma forma de repensar sua vida, seu papel dentro da família, planejar o futuro, valorização da sua vida) para o mesmo.

O conceito **Relação de Interação** foi considerado como a relação estabelecida com as mulheres e com alguns acompanhantes e familiares e, em certos momentos, com a equipe de enfermagem, mediada pelo processo comunicativo, onde se dividiram experiências e se compartilharam significados.

A participação dos acompanhantes no processo interativo foi percebida quando me procuravam para obter informações sobre seus familiares, e ao compartilharem sentimentos frente à possibilidade de sofrimento e morte.

Um momento muito significativo aconteceu com os pais de Leticia na sua reinternação. Eles me relataram com muita emoção os sentimentos de sua filha sobre sua

doença e a possibilidade de morte, o pai de Leticia demonstrava sentimentos de impotência, tristeza, enquanto sua mãe revelava medo, desespero e angústia. Neste momento, senti que meu apoio, minha solidariedade propiciava, conforto e os ajudava no relacionamento com Leticia.

Portanto, as relações de interação não se constituíram de simples conversas com as mulheres e acompanhantes, nem de uma série de interações. De acordo com TRAVELBEE (1982), uma das características da relação é que os dois, enfermeira e enfermo, trocam e modificam seu comportamento. Portanto, ambos aprendem com o processo interativo.

As relações estabelecidas com as mulheres, familiares e equipe de enfermagem possibilitaram-me um crescimento pessoal, ensinaram-me novas formas de ajudar o ser humano no seu processo saúde-doença.

O processo interativo trouxe benefícios às mulheres que foram expressas através das seguintes falas:

“Obrigado por tudo de bom que está fazendo por mim, nunca ninguém me tratou assim.”

“Quando a senhora chegava, a gente se sentia mais animada, mais alegre...”

“...o apoio que a senhora deu para todas nós foi muito bom...”

“Estou triste porque não posso mais fazer seus trabalhos... em casa posso fazer alguma coisa.”

O resultado de cada interação era uma pessoa mais tranquila, confiante, com mais capacidade de enfrentar a realidade e encontrar soluções para os seus problemas.

O conceito **Atividade Lúdica** foi utilizado como instrumento de interação, tendo por objetivo, promover momentos de descontração e alegria, auxiliando no processo terapêutico.

Atividades como jogos, trabalhos manuais (tricô, crochê), desenhos, ler revistas, livros de anedotas, ouvir músicas foram desenvolvidas no decorrer de toda a prática,

oferecendo uma forma de distração durante os períodos em que não me encontrava na unidade, como no turno da manhã, à noite e nos finais de semana. A utilização de leituras ou diálogos e a oferta de atividades manuais para diversificar os pensamentos e estimular a alegria dos enfermos, é destacada por Nightingale, apud SILVA (1995) como um cuidado que deve ser prestado pela enfermagem, pois ajuda na recuperação do enfermo.

Foram desenvolvidas atividades lúdicas a partir de vários temas, os quais se mostraram adequados para a expressão de sentimentos, alívio do sofrimento e como veículo de aprendizagem das mulheres.

A atividade lúdica ajudou-as a expressarem sentimentos como:

- “alegria, expectativa e esperança de cura”
- “saudade de casa, da família, dos amigos, dos netos”
- “fé e esperança”
- “valorização da vida, da saúde”
- “tristeza e angústia pela hospitalização”
- “medo e insegurança quanto ao tratamento”
- “medo da morte, da dor”

Muitos outros sentimentos afloraram, durante e após as atividades que possibilitaram a estas mulheres fugirem do desagradável, da emoção intensa e oportunizaram a descarga da raiva, da revolta, da tristeza, diminuindo a tensão frente aos fatores estressantes da hospitalização.

Como meio de aliviar o sofrimento, a atividade que melhor revelou resultados positivos foi a exibição de um filme, uma comédia. Esta atividade mobilizou sentimentos de alegria, esperança, amor, promovendo a descontração e o alívio da dor e da ansiedade.

Uma mulher, após o término da atividade expressou:

“Nunca tinha visto Isabel tão alegre, o filme conseguiu fazer isto.”

Acredito que a risada, assim como o humor, deveriam ser elementos sempre presentes nas intervenções de enfermagem, pois trazem uma contribuição muito importante para a saúde. Atualmente, existem autores que defendem o uso da risada ao se lidar com enfermos, como SIEGEL (1989), que descreve a respeito dos efeitos do ato de rir sobre o organismo. Já existem comprovações científicas que a risada aumenta a produção de endorfinas, opiáceos naturais do organismo, levando ao alívio direto da dor, através de mecanismos fisiológicos, concomitantemente ajuda a distrair e a relaxar o corpo.

A atividade lúdica mostrou ser um instrumento educativo, através do qual se procurou informar e orientar sobre patologias, exames e discutir temas como “os direitos do paciente hospitalizado”, “sexualidade da mulher”, questões que se considerou relevantes para a conscientização de seus direitos enquanto enferma, e ajudar a mulher a conhecer-se, a cuidar-se e valorizar seu corpo.

Desta forma, compartilho com o pensamento de GAUDERER (1993) que defende a necessidade de informação das pessoas, pois os torna mais livres para decidir, julgar e ponderar, libertando-os da ignorância, da desinformação e até do claustro.

Durante a prática, pode-se observar a felicidade e alegria das mulheres ao receberem informações, o que mostrou que a atividade lúdica é um instrumento adequado para a orientação e educação de quem está hospitalizado. A compreensão de informações técnicas e científicas, muitas vezes necessária para o entendimento de patologias e de tratamentos, era facilitada com o uso desse instrumento.

O conceito **Ambiente Hospitalar** foi percebido de modo bastante intenso, uma vez que as mulheres interagiam continuamente com o ambiente, sofrendo influências deste.

Elas revelaram vários fatores perturbadores do ambiente como:

- “conversas de acompanhantes”
- “vento e frio na enfermaria”

- “enferma em respirador”
- “gemidos e gritos de enfermas”
- “choro, morte de enferma”

Muitos outros fatores estressantes surgiram durante a prática, por isso procurei, através de atividades lúdicas, melhorar o ambiente da unidade. Em alguns momentos a melhor estratégia, quando possível, foi retirá-las daquele espaço, levando-as a um local tranquilo no qual pudessem relaxar e se divertir para retornarem, depois, mais descontraídas e calmas.

De acordo com TRENT (1990), existem instituições de saúde para pessoas com câncer no Canadá, que possuem locais específicos para o humor, salas exclusivas para risada, onde pequenos grupos se reúnem para ver filmes, contar histórias, anedotas, folhear livros de humor. São ambientes que ajudam a descontrair, onde as pessoas podem rir e se divertir, aliviando por alguns momentos seu sofrimento.

A música foi outro fator que favoreceu um ambiente mais agradável, alegre, o que foi verbalizado pelas expressões:

“...o rádio foi bom, ouvimos música, eu adoro música, qualquer uma.”

“A música é boa e ajuda.”

A música é utilizada por alguns autores, como SILVA (1990), que, em seu trabalho com pessoas portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), utilizou a musicoterapia visando energizar o corpo físico, dissipar a raiva, superar o medo, depressão e tédio, proporcionar força e coragem, relaxar, despertar amor e devoção e favorecer a meditação e oração. A autora mostra que a música pode ser utilizada como um terapia alternativa que traz contribuições significativas para o bem-estar destas pessoas.

Por outro lado, a confecção de cartazes pelas mulheres ajudou a alegrar e colorir o ambiente, tornando-o menos impessoal.

O ambiente hospitalar oferecido, muitas vezes, é bastante tenso, mas através das atividades lúdicas pode tornar-se um ambiente terapêutico e auxiliar no processo de promoção da saúde.

Para LÓLA (1980), a enfermeira deve desenvolver e manter um ambiente que auxilie na recuperação da saúde, assim é preciso propiciar um ambiente no qual a pessoa não se sinta dissociado de seu ambiente de origem. Para tanto, a autora sugere algumas estratégias como: oferecer atividades de objetivos mais utilitários (auxiliar outras pessoas também internadas); oferecer atividades recreativas (jogos, música, televisão, dentre outros); promover mudanças no ambiente físico (decorar com flores e objetos, alterar a posição da cama, mesa de cabeceira e cadeira, forrar as mesas do refeitório com toalhas coloridas).

Muitas situações, durante a prática com as mulheres, mostraram como é difícil o convívio de pessoas tão diferentes em um espaço físico tão pequeno que é a enfermaria. Fatos que geravam tensões como “*tem muito vento*”, fechem a janela, ou “*não gosto de ficar encerrada*”, abram a janela, enquanto que outra implora que não esqueçam de encostar a porta do banheiro “*tem corrente de ar*”, era um entrelaçar de conflitos que permeavam o ambiente continuamente e traziam ansiedade e angústia a todas.

Através do lúdico, procurei, no dia a dia, amenizar estes desconfortos para proporcionar um ambiente terapêutico que as ajudasse na sua recuperação.

A aplicação dos conceitos aqui relacionados não aconteceu de forma isolada, mas se inter-relacionavam constantemente no estabelecimento do processo interativo com as mulheres.

5.3 - Resultados da aplicação do roteiro de observação

O roteiro de observação da relação mulher/atividade lúdica (Anexo I), permitiu a observação das alterações relacionadas ao estado físico, estado emocional, a participação das

mulheres nas atividades lúdicas, como o seu relacionamento interpessoal no ambiente hospitalar.

Ao seguir esse roteiro na prática de atividades lúdicas, verifiquei os seguintes resultados:

- Quanto ao estado físico/emocional das mulheres antes de cada atividade lúdica foi possível perceber que, muitas vezes, estas encontravam-se tensas e tristes (sentiam dor), revoltadas (barulho na enfermaria), aborrecidas (o médico não veio), ansiosas e preocupadas (morte de colega de enfermaria) e várias tinham dificuldades de deambular devido à dor.

Para ajudá-las, eu mostrava interesse em seus problemas através de um maior envolvimento emocional com elas, auxiliando-as a compreenderem o momento difícil pelo qual estavam passando. Sem dúvida que foi a partir do estabelecimento da relação terapêutica com elas, que obtive resultados positivos perceptíveis no término de cada encontro.

No final de cada atividade lúdica, notei que estavam alegres, animadas, felizes, descontraídas, muitas vezes com ausência de dor, ficando notório o efeito benéfico da atividade lúdica.

- Quanto à participação na prática de atividades lúdicas, é importante colocar que em nenhuma atividade desenvolvida pode-se contar com a participação de todas as mulheres, pois sempre havia uma ou mais sem condições físicas e emocionais de participar das atividades.

O número de participantes nas atividades variou entre 2 a 4 mulheres. Em uma situação, contei com a participação de uma acompanhante. Estas atividades normalmente eram desenvolvidas na enfermaria, pois muitas vezes elas não tinham condições de se deslocarem para outro ambiente e, também, por não contar com uma sala com estrutura adequada.

Isto de certa forma foi positivo, pois enquanto eu desenvolvia atividades com duas, três ou quatro mulheres, eu conversava com as outras, procurando conhecer melhor seus problemas e aflições. Por outro lado, não poder contar com uma sala adequada para a prática

de atividades lúdicas foi negativo, pois houve momentos de muito estresse na enfermaria, nos quais teria sido mais benéfico se pudessem ter saído alguns momentos para fora da enfermaria e desenvolvido as atividades em outro local do hospital.

Independente do número de participantes das atividades lúdicas, todas elas sempre participaram com bastante interesse, entusiasmo, alegria e disposição. As mulheres que não se sentiam à vontade com o material oferecido para a prática da atividade, ficavam livres para optarem por outro tipo de material.

Os temas propostos para a prática de atividades lúdicas algumas vezes não foram seguidos por elas, o que não invalidou a atividade, uma vez que seu propósito maior era ser uma fonte de prazer, diversão e alegria.

Ao desenvolverem atividades como colagens, desenhos, pinturas, sempre utilizavam gravuras alegres, tintas coloridas, lápis coloridos, procurando fazer um trabalho que transmitisse beleza e alegria. Elas elogiavam os trabalhos das colegas e mostravam-se realizadas com o resultado de seus trabalhos.

- Quanto ao relacionamento interpessoal na prática de atividades lúdicas, pode-se colocar que trouxe um resultado muito construtivo, pois a minha relação com estas mulheres se tornou mais próxima, elas sentiam-se mais livres para colocar seus medos e seus temores, e ficaram mais comunicativas entre elas e com a equipe de enfermagem.

A atividade lúdica mostrou ser um excelente instrumento de interação, tornando a hospitalização uma experiência menos dolorosa e sofrida.

5.4 - Avaliação da prática assistencial pela equipe de enfermagem

A avaliação da prática de atividades lúdicas pela equipe de enfermagem do turno da tarde torna-se extremamente importante, pois este grupo vivenciou esta experiência comigo no

dia a dia e pode ter um “olhar” diferente do trabalho, uma vez que não estava envolvida emocionalmente no trabalho.

Através dos depoimentos da equipe de enfermagem, é possível avaliar a aplicabilidade do marco conceitual e da teoria de Travelbee no desenvolvimento da prática assistencial.

Para avaliar a prática, convidei cada funcionário para dar seu depoimento individualmente. Fizeram parte da avaliação quatro auxiliares de enfermagem e duas enfermeiras. A opinião das auxiliares de enfermagem simbolizarei pela letra (A) e das enfermeiras pela letra (E). Foi feito o seguinte questionamento:

- Qual sua opinião sobre o trabalho de atividades lúdicas realizado nesta unidade?

“Valeu muito, elas aproveitaram bem, ficavam mais descontraídas, até mais acessíveis, conversavam, brincavam, riam, não falavam tanto sobre a doença. A atividade lúdica é uma maneira de transferir a tensão delas para a descontração.” (A)

A declaração enfatiza a atividade lúdica como uma prática que ajuda as mulheres a esquecerem sua doença, como uma forma de promover a descontração e a integração com elas.

“Achei ótimo, elas se ocuparam mais, não ficaram só pensando na doença, a gente sentiu que mudou, ficaram mais alegres, conversavam entre elas, recortavam figurinhas todas animadas e faziam cartazes. A gente chegava na enfermaria, elas pintando, recortando, escutando música, era bem alegre o ambiente.” (A)

A funcionária coloca a atividade lúdica como uma prática que possibilitou uma mudança no comportamento e atitudes das mulheres, deixando-as mais felizes e comunicativas e também como promotora de um ambiente mais acolhedor e alegre para todas.

“Acho que vale a pena, elas ficam mais descontraídas, distraídas, não ficam pensando tanto no que elas têm, no problema delas, por exemplo a Isabel, ela sentia tanta dor, quando ela estava pintando, ela esquecia.”(A)

A auxiliar de enfermagem observou que a atividade lúdica também foi um recurso que propiciou o alívio da dor, além de ser uma fonte de distração.

“Achei útil no sentido de mudar a visão, a mentalidade delas, a disposição prá enfrentar a doença. Tivesse sempre pessoas prá dedicar este tempo prá elas, essa qualidade de atendimento acho que amenizava muito, muito o pensamento negativo que elas têm. Você junto delas, sempre conversando, dando apoio, amparando, explicando, foi muito bom.” (A)

O depoimento mostra que a atividade lúdica possibilitou a transmissão de apoio e solidariedade, ajudando-as a enfrentar sua doença e seu sofrimento. Também destaca a qualidade do atendimento prestado que auxilia na melhora do estado emocional.

Na fala pode ser observada a aplicabilidade da teoria de Travelbee na prática de atividades lúdicas, principalmente quando coloca que as mulheres sentem-se mais preparadas para enfrentar a sua doença com esta modalidade de assistência.

“Foi muito válido, apesar de trabalhar com pacientes com poucas condições de participar das atividades. A gente sentia que cobravam a tua presença, algumas queriam alguém para conversar. O trabalho foi muito bom pena que acaba, se tivesse continuação talvez seria melhor.” (E)

A enfermeira coloca que as condições físicas e mentais graves apresentadas pelo grupo limitou o desenvolvimento das atividades lúdicas, mas mesmo assim acredita na validade deste tipo de atividade. Ela nota que a sua presença era solicitada pelas mulheres, quando afirma “...algumas queriam alguém para conversar...”, pode-se perceber que as fases da teoria de Travelbee estavam influenciando na sua relação de interação com elas. Ela destaca a necessidade da continuidade do trabalho para possibilitar resultados mais positivos para as mulheres.

“É uma atividade importante, está dentro da nossa filosofia, da nossa práxis, faz parte também da nossa atividade assistencial. Achei o máximo, como elas melhoram, evoluem bem fazendo este tipo de atividade, não tão presas a doença. Notei uma diferença muito grande entre os que fazem atividade e os que não fazem.” (E)

Para essa enfermeira, a atividade lúdica faz parte do seu cotidiano de trabalho, encontrando nela uma aliada, que procurava dentro de suas possibilidades propiciar aos enfermos da unidade um ambiente mais acolhedor e lúdico. A enfermeira percebeu diferença entre os enfermos que desenvolviam atividade lúdica e aqueles que não faziam. Para ela, foram evidentes os benefícios da prática de atividades lúdicas para as mulheres.

Em todos os depoimentos da equipe de enfermagem, ficou marcada a importância e os benefícios das atividades lúdicas, elas ainda salientaram que, ao prestarem os cuidados às mulheres, elas eram *“mais colaborativas, receptivas, abertas, simpáticas, comunicativas, não ficavam gementes, chorando, nem pedindo medicação a toda hora.”*

A equipe de enfermagem também expressou que a prática de atividades lúdicas é um trabalho que deveria ter continuidade, pelos benefícios que traz e colocaram-se disponíveis para participar de forma mais efetiva na atividade, se for retomada no futuro.

No decorrer da prática assistencial, era procurada, por membros da equipe de enfermagem, para conversar com pessoas internadas em enfermarias localizadas fora do âmbito do trabalho, que se encontravam deprimidas, revoltadas e tristes. A equipe de enfermagem demonstrava ter percebido os resultados positivos alcançados pelo trabalho.

O trabalho de atividades lúdicas propiciou uma maior aproximação com a equipe de enfermagem, estabelecendo com alguns membros uma relação terapêutica em que, tanto eu quanto elas, procurávamos nos reenergizar com sentimentos de carinho, afeto, solidariedade e respeito, o que tornava o ambiente de trabalho salutar e alegre, refletindo em uma assistência mais humanizadora para todos que ali se encontravam.

6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência aqui relatada mostrou um aspecto importante no cuidado de enfermagem ainda pouco explorado e valorizado. Este aspecto foi a utilização da atividade lúdica na assistência de enfermagem às mulheres com câncer, que comprovou ser um elemento complementar do tratamento terapêutico convencional.

As diferentes formas de ajudar os seres humanos durante a sua enfermidade e seu sofrimento podem trazer resultados surpreendentes. Foi o que este trabalho apontou: uma nova alternativa, uma forma diferenciada de assistência de enfermagem a partir do estabelecimento de uma relação pessoa a pessoa com mulheres com câncer e a utilização da prática de atividades lúdicas. Oportunizou-se a estas mulheres a vivência de momentos alegres, descontraídos e divertidos, contribuindo significativamente na promoção do bem-estar.

A prática do ludismo na área hospitalar, com pessoas adultas deveria ser estimulada pela enfermagem, buscando os benefícios que oferece: uma hospitalização menos agressiva e dolorosa, uma melhor interação entre enfermeira/enfermo/familiares, uma maior integração com a equipe de enfermagem, uma forma de aprendizagem e educação e a possibilidade de ajudá-las a encontrar um significado para a sua doença e sofrimento.

A prática de atividades lúdicas e a relação pessoa a pessoa de Travelbee nortearam a prática assistencial, visando proporcionar um atendimento mais humanizado, uma assistência que buscasse as reais necessidades de cada mulher. O marco conceitual aqui adotado propiciou a transcendência do conhecimento sobre estas mulheres para além do plano biológico, levando ao entendimento do ser humano como ser social, único, particular, sem distinções entre o

biológico, o social, o psicológico e o espiritual, fruto da interação no seu contexto sócio-cultural.

O marco conceitual e a prática de atividades lúdicas somente poderão ser operacionalizados no momento em que a enfermeira, detentora do corpo de conhecimentos especializados e da capacidade de utilizá-los no auxílio aos outros seres humanos na recuperação de sua saúde e no enfrentamento e na compreensão de sua doença, comprometer-se, real e plenamente, com a assistência de enfermagem libertada da postura assistencialista.

Facilidades

Para a implementação desta prática, alguns fatores contribuíram de forma significativa, os quais destaco a seguir:

O conhecimento da unidade e da equipe de enfermagem, por atuar neste local durante anos como docente de enfermagem, bem como ter realizado um trabalho anterior como exercício acadêmico de disciplinas do mestrado em que desenvolvi atividades lúdicas também com mulheres, oportunizou-me uma melhor fundamentação e aprofundamento através de leituras sobre o câncer e sua complexidade e a compreensão do relacionamento interpessoal entre enfermeira/enfermo, assim como a realização de retificações para a implementação desta prática assistencial.

A opção pela Teoria de Travelbee foi um agente facilitador na medida em que adequou-se à realidade das mulheres com câncer, um meio permeado pelo sofrimento e incertezas acerca do futuro, de forma a construir um relacionamento pleno e construtivo na busca de um sentido para a doença.

A apresentação da proposta do trabalho para os três turnos da equipe de enfermagem foi um fator facilitador, uma vez que a equipe de enfermagem conhecendo o objetivo e a

dinâmica do trabalho que estava sendo desenvolvido com as mulheres, mostrou-se aberta e receptiva à minha atuação na unidade e, em alguns momentos, estimulou-as para a prática de atividades lúdicas.

Ao envolver a equipe de enfermagem na prática assistencial com o desenvolvimento de uma palestra tendo como tema “morte”, escolhido em função do número de pessoas com probabilidade de morte e óbitos verificados na unidade, foi um facilitador na medida em que os membros da equipe foram instrumentalizados no presenciar o sofrimento dos familiares e enfermos no seu processo de morte.

Limitações

A prática assistencial apresentou algumas limitações que coloco a seguir:

A inexistência de um local apropriado para a prática de atividades lúdicas na unidade impediu uma melhor atuação, na medida em que o ambiente da enfermaria tornava-se mais ou menos tenso de acordo com a evolução da doença de cada uma das mulheres; nas situações de extrema tensão na enfermaria, seria utilizado esse ambiente mais tranquilo.

A presença freqüente de grande número de acompanhantes na enfermaria foi fator prejudicial, criando tensão e prejudicando a execução das atividades lúdicas. A liberdade na minha relação de interação com as mulheres sofria limitações.

A gravidade da doença e as complicações apresentadas tornam-se limitadores, uma vez que a participação na prática de atividades lúdicas era prejudicada ou até mesmo impedida.

A falta de recursos prejudicou a aquisição e a manutenção de uma maior variedade de material para a prática de atividades lúdicas.

Implicações

Os resultados encontrados nesta prática levam a algumas implicações para a assistência, ensino e pesquisa.

Para a assistência:

Que as enfermeiras assistenciais procurem aperfeiçoar as suas habilidades em perceber o ser humano como ser inserido em um contexto sócio-cultural na assistência ao enfermo.

Que todos os profissionais implicados na prestação da assistência de enfermagem se reúnam para discutir os temas teórico-práticos envolvidos na efetiva aplicação das atividades lúdicas no estabelecimento de uma relação terapêutica, visando melhorar e efetivar o relacionamento e a parceria de idéias e de conhecimentos entre esses profissionais e outros de áreas que trabalham com este tipo de atividade, como a Terapia Ocupacional, a Biblioteconomia, a Pedagogia, a Educação Artística, entre outras.

Que as enfermeiras mobilizem esforços com o objetivo de que espaços específicos, dotados de estrutura adequada, sejam destinados à realização de atividades lúdicas dentro dos hospitais.

Para o ensino

Que os currículos dos cursos de Enfermagem incluam, em seus programas didáticos, os necessários conhecimentos teóricos e práticos que instrumentalizem o futuro profissional na sua necessidade de conhecimento de temas ligados à psicologia, à filosofia, à sociologia, à antropologia, entre outros, que contribuam para a compreensão de questões relevantes como dinâmica das relações interpessoais, comportamentos, comprometimento emocional com o enfermo, análise do contexto global do enfermo para tomada de decisões, etc.

Que os Cursos de Graduação e de Pós-Graduação em Enfermagem incentivem a utilização de teorias e marcos conceituais teóricos que orientam e fundamentam a prática assistencial, aprimorando a metodologia de assistência de enfermagem, promovendo a valorização do profissional na sociedade.

¶ Para a pesquisa

Que sejam aprofundadas pesquisas sobre a influência da prática de atividades lúdicas no contexto global do enfermo.

Que se realizem pesquisas que considerem temas que empreguem a prática de atividades lúdicas na promoção da relação interpessoal na assistência de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, Paulo N. de. **Educação lúdica: técnicas e jogos pedagógicos**. 6. ed. São Paulo: 1990. 203p.
- BAUER, Marta R. et al. Assistir o paciente oncológico: como as enfermeiras poderão enfrentar este desafio? **Rev. Gaúcha de Enferm.**, Porto Alegre, v.12, n.2, p.27-32. jul. 1991.
- BELLERT, Judy L. et al. Humor: a therapeutic approach in oncology nursing. **Cancer Nursing**, New York, v.12, n.2, p.65-70, 1989.
- BEYERS, Marjorie, DUDAS, Susan. **Enfermagem médico-cirúrgica - tratado de prática clínica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989. v.2, p.196-238.
- BILEY, MCKEENA, S. O uso da música nos cuidados terapêuticos. **Nursing Rev. Técn. de Enferm.** v.7, n.75. p.12-14, abr. 1994.
- COUSINS, Norman., **Cura-te pela cabeça: a biologia da esperança**. São Paulo: Saraiva, 1992. 387p.
- DANIEL, Liliana F. **Atitudes interpessoais em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1983. 176p.
- FARIAS, Maria de F. F. **Recreação do paciente hospitalizado**. São Paulo, USP, 1977. 66p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, 1977.
- FARIAS, Sérgio L., CAMARGO, Sérgio S. Apoio emocional a pacientes com doença de Hodgkin: notas sobre uma experiência. **Rev. Bras. Cancerol.** São Paulo, v.31, n.2, p.157-160. jun. 1985.
- FERRAZ, Aidê F. et al. Assistência de enfermagem a pacientes em fase terminal. **Rev. Bras. Enf. Brasília**, v.39, n.1, p.50-60, mar. 1986.
- FISH, Sharon, SHELLY, Judith A. **Cuidado espiritual do paciente**. São Paulo: UMHE, 1986. 190p.
- FRANKL, Viktor. **Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração**. 4.ed. São Leopoldo: Sinodal, 1994. 136p.
- GAUDERER, E. Cristhian. **Os direitos do paciente: um manual de sobrevivência**. 4. ed. Rio de Janeiro: Record, 1993. 223p.

- HADDAD, Maria do C. L. et al. Avaliação dos conhecimentos, percepções e sentimentos dos pacientes oncológicos com relação à sua doença e equipe de saúde. **Rev. Esc. Enf. USP.** São Paulo, v.27, n.2, p.199-213, ago. 1993.
- HELMANN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença.** 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. 333p.
- HENDERSON, Virginia. **Princípios básicos sobre cuidados de enfermagem.** 2. ed. Brasília: Cortez, 1989. p.61-64.
- HOBBLE, William. H., LANSINGER, Theresa. Joyce Travelbee: modelo de relación humano a humano. In: MARRINER, Ann. **Modelos y teorías de enfermaria.** Barcelona: Rol, 1989. p.171-178.
- KEATING, Kathleen. **A terapia do abraço: a expressiva linguagem dos abraços.** 2. São Paulo: Pensamento, 1987.
- KIMURA, Miako. Problemas dos pacientes de unidade de terapia intensiva: estudo comparativo entre paciente e enfermeiros. **Rev. Esc. Enf. USP.** São Paulo, v.22, n.2, p.169-179, ago. 1988.
- LANDMANN, Jayme. **A ética médica sem máscara.** Rio de Janeiro: Guanabara Dois, 1985. p.131-133.
- LEOPARDI, Maria Tereza. **Contribuição ao estudo das teorias de enfermagem.** [Polígrafo], 1988. 73p.
- LERCH, Irma E. Humanização no hospital. **Enfoque,** São Paulo, v.11, n.1, p.7-11, mar. 1983.
- LeSHAN, Lawrence. **O câncer como ponto de mutação: um manual para pessoas com câncer, seus familiares e profissionais de saúde.** São Paulo: Summus, 1992. 199p.
- . **Brigando pela vida: aspectos emocionais do câncer.** São Paulo: Summus, 1994. 139p.
- LÓLA, Maria J. de F. **O ambiente da enfermagem atuando como fator terapêutico - "Uma dimensão da prática da Enfermagem"**. Rio de Janeiro. UFRJ, 1980. 113p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica) - Escola de Enfermagem Ana Néri, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1980.
- MANZOLLI, Maria C. **Relacionamento em enfermagem: aspectos psicológicos.** 2.ed. São Paulo: Sarvier, 1987. 102p.
- MONTAGU, Ashley. **Tocar: o significado humano da pele.** São Paulo: Summus, 1988. 427p.
- PAIM, Lygia. Algumas considerações de enfermagem sobre as necessidades psicossociais e psicoespirituais dos clientes. **Rev. Bras. Enf.,** Brasília, v.32, n.3, p.160-166, 1979.

- PAIVA, Lucélia E., PINOTTI, Henrique W. Câncer: algumas considerações sobre a doença, o doente e o adoecer psicológico. *Acta Oncol. Bras.* São Paulo, v.8, n.3, p.125-132, dez. 1988.
- ROSAMILHA, Nelson. **Psicologia do jogo e aprendizagem infantil.** São Paulo: Pioneira, 1979. 219p.
- SIEGEL, Bernie S. **Amor, medicina e milagres.** São Paulo: Best Seller, 1989. 291p.
- SILVA, Alcione L. da. O saber nightingaliano no cuidado: uma abordagem epistemológica. In: WALDOW, V. R. et al. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p.41-60.
- SILVA, Alcione L. da. **Experienciando o cuidar do cliente portador da síndrome da imunodeficiência adquirida com base no sistema conceitual de Rogers.** Florianópolis : UFSC, 1990. 328p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.
- SILVA, Stela A. da. **A pessoa enferma e a hospitalização - o enfermeiro nesse contexto.** Rio de Janeiro. UFRJ, 1992. 133p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1992.
- SIMONTON, Stephanie M. **A família e a cura: o método Simonton para famílias que enfrentam uma doença.** São Paulo: Summus, 1990. 205p.
- SIMONTON, O. Carl, et al. **Com a vida de novo: uma abordagem de auto-ajuda para pacientes com câncer.** 4. ed. São Paulo: Summus, 1987. 238p.
- SMELTZER, Suzanne C., BARE, Brenda G. **Brunner/Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993. v.1, p.291-330.
- STEDEFORD, Averil. **Encarando a morte: uma abordagem ao relacionamento com paciente terminal.** Porto Alegre : Artes Médicas, 1986. 168p.
- STEFANELLI, Maguida C. **Comunicação com paciente: teoria e ensino.** 2. ed. São Paulo: Robe, 1993. 200p.
- TAKITO, Clarinda. **Como o paciente internado percebe o ambiente que lhe é oferecido pelo hospital.** São Paulo: USP, 1985. 57p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, 1985.
- TRAVELBEE, Joyce. **Intervencion en enfermaria psiquiatrica.** 2. Ed. Cali: Organizacion Panamericana de la Salud, 1982. 282p.
- TRENT, Bill. Ottawa lodges add humour to armamentarium in fight against cancer. *Can. Med. Assoc. J. Ontario*, v.142, n.2, p.163-166, 1990.

ZANCHETTA, Margareth S. **Enfermagem em Cancerologia: prioridades e objetivos assistenciais**. Rio de Janeiro: RevinteR, 1993. 160p.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- BARRETO, Elaci S. **Recreação - opção sadia da criança doente na Unidade de Pediatria.** Rio de Janeiro: UFRJ, 1979. 131p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1979.
- BECK, Carmem L. C. **O processo de viver, adoecer e morrer: reflexões com familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva.** Florianópolis: UFSC, 1995. 132p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.
- BERLINGUER, Giovanni. **A doença.** São Paulo: Hucitec, 1988. 150p.
- CAPRA, Fritjof. **Sabedoria incomum.** São Paulo: Cultrix, 1988. 279p.
- CRUZ, Magda. et al. **Criança e doença fatal: assistência psicorreligiosa.** São Paulo: Sarvier, 1984. 80p.
- DUARTE, Érica R. M. et al. A utilização do brinquedo na sala de recuperação: um recurso a mais para assistência de enfermagem à criança. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v.40, n.1, p.74-81, jan./fev./mar., 1987.
- FARIAS, Juracy N. de. **Eventos estressantes da hospitalização.** Florianópolis: UFSC, 1981. 93p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, 1981.
- GONZALES, Rosa M. B. **Na busca da autopercepção: um trajeto vivenciado por enfermeiras.** Florianópolis: UFSC, 1995. 64p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.
- HILTON, David. Contando histórias na educação para a saúde. **Contact.** São Paulo, n.61, p.3-11, ago., 1988.
- KAMIYAMA, Yoriko. **O doente hospitalizado e sua percepção quanto à prioridade de seus problemas.** São Paulo: USP, 1972. 111p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, 1972.
- KEATING, Kathleen. **A terapia do abraço.** São Paulo: Pensamento, 1983.
- KOLLER, Evelyn M. P., MACHADO, Heloisa B. Reflexões sobre a prática atual da enfermagem e prenúncios de mudanças para o século XXI. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v.45, n.1, p.74-79, jan./mar., 1992.

- . **A terapia do amor**. São Paulo: Pensamento, 1992. 97p.
- LEAL, Vera M. S. Variáveis psicológicas influenciando o risco e o prognóstico do câncer: um panorama atual. **Rev. Bras. Cancerol.** São Paulo, v.39, n.2, p.53-59, 1993.
- MARCELLINO, Nelson C. **Lazer e educação**. 2. ed. Campinas: Papirus, 1990. 164p.
- MAYOL, Renato. **Câncer: corpo e alma**. São Paulo: Mercuryo, 1989. 189p.
- MENDONÇA, Gulnar A. e S. Câncer no Brasil: um risco crescente. **Rev. Bras. Cancerol.** São Paulo, v.38, n.4, p.167-176, 1992.
- MIRANDA, Clara F.: MIRANDA, Marcio L. **Construindo a relação de ajuda**. Belo Horizonte: Crescer, 1983. 204p.
- RADÜNZ, Vera. **Cuidando e se cuidando: fortalecendo o "self" do cliente oncológico e o "self" da enfermeira**. Florianópolis: UFSC, 1994. 64p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.
- REMEN, Rachel N. **O paciente como ser humano**. São Paulo: Summus, 1993. 221p.
- ROCKENBACH, Lucia, H. A enfermagem e a humanização do paciente. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v.38, n.1, p.49-54, 1985.
- RODRIGUES, Cléveslem. et al. O paciente com câncer: crenças e sentimentos sobre sua doença e o tratamento. **Acta Oncol. Bras.** São Paulo, v.11, n.1/2/3, p.123-126, jan./dez., 1991.
- SANTOS, Rita dos. et al. Envolvimento emocional do acadêmico de enfermagem com o paciente; reflexos dessa experiência na vida futura do profissional. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v.39, n.1, p.61-66, jan./mar., 1986.
- SILVA, Alcione L. A música no processo de cuidar de clientes com síndrome neurológica decorrente da AIDS. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v.46, n.2, p.107-116, abr./jun., 1993.
- STEFANELLI, Maguida C. et al. Aceitação, empatia e envolvimento emocional no relacionamento enfermeira-paciente. **Rev. Esc. USP.** São Paulo, v.16, n.3, p.245-253, 1982.
- STEFANELLI, Maguida C. Relacionamento terapêutico enfermeira-paciente. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.17, n.1, p.39-45, 1983.
- TRAVELBEE, Joyce. **Intervencion en enfermeria psiquiatrica**. 1. Ed. Cali: Organizacion Panamericana de la Salud, 1979. 257 p.

ANEXOS

ANEXO I

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DA RELAÇÃO MULHER/ATIVIDADE LÚDICA

Pontos observados:

- Estado físico
 - quadro clínico
- Estado emocional
 - sentimentos expressados
- Participação na prática da atividade
 - temas desenvolvidos
 - interpretação do tema
 - interesse demonstrado
- Relacionamento interpessoal
 - enfermeira com mulheres
 - mulheres com mulheres
 - mulheres com equipe de enfermagem

ANEXO II

FORMULÁRIO PARA ENTREVISTA DAS MULHERES COM CÂNCER

I - IDENTIFICAÇÃO:

- 1- NOME:.....
- 2- REGISTRO DO SAME:.....
- 3- LEITO:..... IDADE: SEXO:.....
- 4- ESTADO CIVIL:..... FILHOS:..... RELIGIÃO:.....
- 5- PROCEDÊNCIA:.....
- 6- PROFISSÃO:.....
- 7- DIAGNÓSTICO:.....
- 8- DATA DE INTERNAÇÃO:.....
- 9- DATA DA ENTREVISTA:.....
- 10- ESCOLARIDADE:.....
- 11- RENDA FAMILIAR:.....
- 12- OUTRAS INTERNAÇÕES:.....

II - ATIVIDADES LÚDICAS PREDILETAS:

13 - VOCÊ GOSTA DE ASSISTIR TELEVISÃO?

SIM () NÃO ()

Quais os programas?.....

.....

14 - VOCÊ GOSTA DE LER?

SIM () NÃO ()

Que tipo de leitura?.....

15 - VOCÊ GOSTA DE OUVIR MÚSICA?

SIM () NÃO ()

Que tipo de música?.....

16 - VOCÊ GOSTA DE FAZER TRABALHOS MANUAIS?

SIM () NÃO ()

Quais?.....

17 - VOCÊ GOSTA DE PASSEAR?

SIM () NÃO ()

Que lugares?.....

18 - VOCÊ GOSTA DE CANTAR?

SIM () NÃO ()

Que músicas?.....

19 - VOCÊ TOCA ALGUM INSTRUMENTO MUSICAL?

SIM () NÃO ()

Qual?.....

20 - VOCÊ GOSTA DE JOGAR?

SIM () NÃO ()

Que tipo de jogos?.....

21 - QUE OUTRAS ATIVIDADES VOCÊ GOSTA DE FAZER QUANDO ESTÁ EM CASA?

.....

22 - QUE ATIVIDADES VOCÊ GOSTARIA DE DESENVOLVER DURANTE A SUA HOSPITALIZAÇÃO?

.....

.....

COMENTÁRIOS:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ANEXO III

RELAXAMENTO E VISUALIZAÇÃO DE LETÍCIA (SIMONTON et al. 1987)

Realizar o relaxamento 3 vezes ao dia no horário mais tranquilo.

Passos a seguir:

- 1) Feche os olhos.
- 2) Preste atenção na sua respiração.
- 3) Inspire rapidamente algumas vezes e expire dizendo mentalmente “relaxe”.
- 4) Concentre-se no seu rosto e sinta a tensão de seus olhos e face. Crie uma imagem mental desta tensão.
- 5) Relaxe o seu rosto e olhos. Sinta uma onda de relaxamento espalhando-se pelo corpo.
- 6) Faça o mesmo com as outras partes do corpo: pescoço, ombros, braços, mãos, barriga, pernas e pés, até que cada parte do seu corpo esteja relaxada.
- 7) Agora imagine-se num lugar agradável, que você gosta muito. Sinta a temperatura, as cores, a claridade, o som e o cheiro do lugar.
- 8) Continue a se imaginar estando bastante relaxada neste local durante 2 a 3 minutos.

- 9) Imagine agora que seu tumor é formado por células fracas e confusas. Lembre-se que o nosso corpo destrói as células fracas e confusas.
- 10) Imagine a radioterapia agindo no seu corpo, como sendo um feixe de milhões de projéteis de energia atacando as células cancerosas e expulsando-as do seu corpo.
- 11) Imagine os glóbulos brancos entrando no local do seu tumor, reconhecendo as células anormais e destruindo-as. Existe um exército de glóbulos brancos no seu corpo. Eles são fortes, agressivos e espertos. **ELES VENCERÃO A BATALHA.**
- 12) Imagine seu tumor murchar. As células mortas sendo levadas pelos glóbulos brancos e expulsos pelo fígado e rins e eliminadas pela urina e fezes.

“Pense que é isso que você quer que aconteça”.

- 13) Continue a visualizar o tumor diminuindo até desaparecer.
- 14) Sinta como você tem mais energia e melhor apetite, está mais confortável e feliz.
- 15) Imagine-se livre de doenças e cheio de energia.
- 16) Enxergue-se alcançando seus objetivos.
- 17) Agradeça a si mesmo por estar participando de sua recuperação.
- 18) Deixe os músculos de seus olhos levantarem-se e abra os olhos.

ANEXO IV

SOLIDÃO (poesia da mulher-enferma Carla)

Nasci só.

E sempre só permaneço.

E ao lembrar estremeço,

Que a solidão é tão minha,

Que por ela vivo sozinha,

Todos os meus vendavais,

Todos os meus tropeços cais.

Solidão é meu lema.

Solitário é o meu destino.

Ah, solidão que é tão minha!

Por que vivo eu tão sozinha?

ANEXO V

DIREITOS DO PACIENTE HOSPITALIZADO (GAUDERER 1993)

Segundo a Comissão de Credenciamento de Organizações Hospitalares, 1985

Todo paciente tem o direito:

- 1 - De receber um atendimento atencioso e respeitoso.
- 2 - À dignidade pessoal (inclusive o paciente não deve ser obrigado a ficar despido mais do que o necessário e tem o direito de exigir a presença de outra pessoa do mesmo sexo quando examinado).
- 3 - A sigilo ou segredo médico.
- 4 - De conhecer a identidade dos profissionais envolvidos em seu tratamento.
- 5 - À informação clara, numa linguagem acessível, sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico.
- 6 - De comunicar-se com pessoas fora do hospital e de ter, quando necessário, um tradutor.
- 7 - De recusar tratamento e de ser informado sobre as consequências médicas dessa opção.

- 8 - De ser informado de projetos de pesquisas referentes ao tratamento, e de se recusar a participar dos mesmos.
- 9 - De receber uma explicação completa referente à sua conta hospitalar.
- 10 - De reclamar (e a reclamação não deverá ter influência na qualidade do tratamento).
- 11 - De recusar a realização de exames desnecessários (por exemplo raios X, exames de sangue e urina etc. executados recentemente).
- 12 - De ter acesso a uma segunda e/ou terceira avaliação.
- 13 - De escolher o médico e/ou o especialista dentro do ambiente hospitalar.
- 14 - De questionar a medicação prescrita.
- 15 - De ter acesso à ficha médica.

MARGRID BEUTER

Rua Antero Correa de Barros 655/302.

97.010-120 - Santa Maria - RS