

**JACQUELINE SILVA**

**EXPECTATIVAS, NECESSIDADES E VALORES:  
REFERÊNCIA PARA A ASSISTÊNCIA HUMANIZADA  
AO CLIENTE ONCOLÓGICO**

**Florianópolis - 1999**

**Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC**  
**Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem**  
**Convênio UFSC - Univali**

**EXPECTATIVAS, NECESSIDADES E VALORES:  
REFERÊNCIA PARA A ASSISTÊNCIA HUMANIZADA  
AO CLIENTE ONCOLÓGICO**

**Jacqueline Silva**

**Dissertação apresentada ao Curso de  
Mestrado em Assistência de Enfermagem  
– UFSC – SC, Polo Univali – SC, para  
obtenção do Título de Mestre em  
Enfermagem.**

**Orientadora: Dra. Maria Tereza Leopardi**

**Florianópolis - 1999**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EXPANDIDO UFSC/UNIVALI-FEOVI**

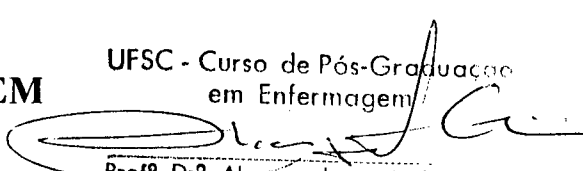
**Expectativas, necessidades e valores: referência para  
a assistência humanizada ao cliente oncológico**

*Jacqueline Silva*

**Dissertação submetida ao processo de avaliação pela Banca  
Examinadora e aprovada em 12.02.99 para a obtenção do título de**

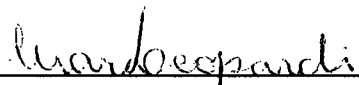
**MESTRE EM ENFERMAGEM**

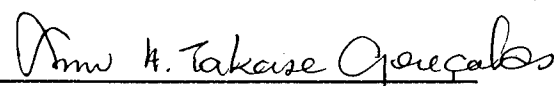
UFSC - Curso de Pós-Graduação  
em Enfermagem


  
Prof. Dr. Alecoque Lorenzini Erdmann  
Coordenadora

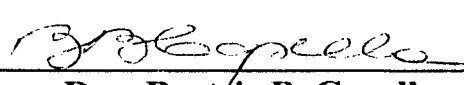
**Área de concentração: Assistência de Enfermagem**

**BANCA EXAMINADORA:**

  
Dra. Maria Tereza Leopardi  
Presidente

  
Dra. Lúcia H.T. Gonçalves  
Membro

  
Dra. Rosita Saupe  
Membro

  
Dra. Beatriz B. Capella  
Suplente

*Sorrir é arriscar parecer um bobo*  
*Chorar é arriscar parecer sentimental*  
*Estar ao alcance de alguém é arriscar envolvimento*  
*Expor os sentimentos é arriscar expor o seu EU*  
*Colocar as suas idéias, seus sonhos, diante da multidão é arriscar a sua perda*  
*Amar é arriscar não ser amado*  
*Viver é arriscar morrer*  
*Esperar é arriscar o desespero*  
*Tentar é arriscar a falha.*

*Mas o risco deve ser enfrentado, pelo perigo de não se arriscar a nada.*  
*A pessoa que não arrisca nada, não faz nada, não tem nada, não é nada.*  
*Ela poderá evitar o sofrimento e tristeza, mas simplesmente não poderá*  
*aprender, sentir, mudar, crescer, amar e viver.*  
*Aprisionada pelas suas seguranças, ela é um escravo por ter abandonado a*  
*liberdade.*  
*Apenas uma pessoa que arrisca é livre.*

**(Autor: desconhecido)**

*Dedico esse trabalho ao meu filho Vinícius,  
por ser a inspiração da minha vida, o amor  
mais verdadeiro, e por entender da sua  
maneira a necessidade das minhas  
ausências.*

*Te amo filho!*

Há muitos séculos atrás, num país longínquo, pressentindo seu fim, um rei chamou seus súditos pedindo que respondessem a três perguntas fundamentais. Seria premiado com fortunas e honrarias quem melhor respondesse:

1. **QUAL É O LUGAR MAIS IMPORTANTE DO MUNDO?**
2. **QUAL É A TAREFA MAIS IMPORTANTE DO MUNDO?**
3. **QUEM É O HOMEM MAIS IMPORTANTE DO MUNDO?**

Sábios e ignorantes, ricos e pobres, crianças e adultos desfilaram, tentando responder às três perguntas. Para desconsolo do rei, nenhuma resposta o satisfizes plenamente. Restava um único homem, em todo o território, que se recusava a falar. Ele guardava silêncio e distância, porque não lhe interessavam honrarias, nem fortunas, dos enviados a ele para colher sua opinião. E do alto de sua sabedoria, o velho falou:

- O LUGAR mais importante do mundo é **AQUELE LUGAR ONDE VOCÊ ESTÁ.**
- A TAREFA mais importante não é aquela que você **DESEJARIA** executar, mas aquela que você **DEVE FAZER.**
- E o **HOMEM** mais importante do mundo é aquele que **PRECISA DE VOCÊ**, porque é ele que lhe possibilita exercitar a mais bela das virtudes: **A CARIDADE.**

O rei bateu palmas, agradecido e feliz. Encontrara, afinal, um sentido para a vida, uma razão de ser para seus últimos dias de existência. Quanta sabedoria em três breves respostas! **O LUGAR ONDE MORO, VIVO, CRESCÇO, TRABALHO E ATUO É O MAIS IMPORTANTE DO MUNDO. A TAREFA mais importante...** Talvez o seu e o meu **TRABALHO** não sejam os mais agradáveis. Cabe-nos exercê-los com seriedade e amor, buscando cumprir nosso dever. Se não temos sempre o que amamos, devemos amar o que temos. Se nós falharmos, se nos omitirmos, ninguém executará a missão em nosso lugar. E ficará um vazio no mundo...

Tudo passa, tudo envelhece e morre. Só não passa a bondade que plantamos, o amor que repartimos, o Evangelho que assumimos e irradiamos. É por isso que o **OUTRO** é tão importante em nossa existência, em nosso ofertório diário. Para a flor o essencial não é o jardim, o vaso da sala, a mesa do altar, o local onde se encontra. O importante é que ela floresça, perfumando caminhos, alegrando corações, louvando o Senhor...

(Autor: desconhecido)

## **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

***À Professora Dra. e Amiga  
Maria Tereza Leopardi***

*Tetê, neste momento muito especial, consigo chegar ao fim de mais uma caminhada na minha vida. E o marco é a conclusão do mestrado que, com certeza, também é o início de uma nova caminhada e o surgimento de uma nova Jacqueline.*

*Gostaria, nesse momento, de dizer do fundo do meu coração, que este trabalho não é só meu, que essa conquista não é só minha, que divido com você, de forma igual, e, com certeza, compartilho toda a alegria desse momento.*

*Agradeço pelo incentivo, pelo apoio, pelo respeito, pela confiança, por estar sempre presente, pelo ombro amigo, por acreditar e me fazer também acreditar, em momentos em que fraquejei, não duvidando que eu seria capaz e, aqui está, fui capaz.*

*Sei que é um privilégio chegar e concluir um mestrado, mas garanto, para mim também foi um privilégio ter você como orientadora. Obrigada por tudo, pela compreensão e por me ajudar a caminhar de forma mais leve, em momentos tão difíceis.*

*Obrigado mais uma vez, com carinho,*

***Jacqueline***

## AGRADECIMENTOS

- *Aos meus pais, que com seu carinho ajudaram a me tornar uma pessoa mais forte e determinada;*
- *Aos meus irmãos, que mesmo longe vibram pela minha conquista;*
- *Às minhas amigas Silvana, Nice, Luizita e Nen Nalu, que sempre me incentivaram e estiveram ao meu lado;*
- *Ao meu tio Manoel, pelo incentivo e auxílio na digitação de partes das entrevistas;*
- *Aos colegas do Curso de Mestrado, pelo companheirismo;*
- *Aos amigos que torcem por mim e que de alguma maneira me ajudaram na realização desse trabalho;*
- *Ao Cepon, pelo apoio e autorização para realização da pesquisa;*
- *À equipe de enfermagem do hospital, pela colaboração e hospitalidade;*
- *À equipe do ambulatório, pelo apoio e pela compreensão das minhas ausências;*
- *Ao Hospital Universitário, na pessoa da Enfermeira Eli pelo apoio;*
- *Ao Marcos, pela amizade e agilização na digitação de todo o trabalho;*
- *À Universidade Federal de Santa Catarina e à Universidade do Vale do Itajaí, Polo Univali UFSC-UNIVALI;*
- *Aos professores do Curso de Mestrado, pelos momentos compartilhados;*
- *A banca examinadora pela disponibilidade;*
- *Aos clientes, foco de todo o meu trabalho, o meu mais sincero obrigado pela atenção e colaboração;*
- *E a Deus, por ser força maior, por me permitir viver e experienciar todos os sentimentos, me fazendo crescer enquanto ser humano.*



## SUMÁRIO

<b>Resumo</b> .....	8
<b>Abstract</b> .....	9
<b>1. Introdução</b> .....	10
Objetivos .....	14
<b>2. Revisão da Literatura</b> .....	15
2.1. Câncer: Um breve relato .....	15
2.2. Enfermagem: Uma prática humanizada .....	21
2.3. Comunicação: Relação interpessoal enfermeira/paciente .....	24
2.4. Enfermagem e a fundamentação teórica .....	29
2.5. Atitudes/comportamentos do cliente em relação à assistência .....	42
<b>3. Metodologia</b> .....	45
3.1. Características gerais da proposta .....	46
<b>4. Descrição e análise dos dados</b> .....	49
<b>5. Considerações finais</b> .....	81
<b>6. Bibliografia</b> .....	89
6.1. Bibliografia referenciada .....	89
6.2. Bibliografia consultada .....	93
<b>Anexo</b> .....	101

## RESUMO

Neste trabalho procuro identificar as expectativas, necessidades e valores do cliente oncológico como referência para a assistência humanizada. Para este tema ser alcançado, produz dois objetivos. Um deles foi o de investigar e sistematizar as expectativas, necessidades e valores do cliente oncológico, em relação à assistência de enfermagem a ser prestada; e outro foi o de refletir sobre aspectos da humanização, tendo como referência essas questões, de acordo com o modelo conceitual de I. King. Como base, sustentação e análise dos dados, utilizamos a Teoria de Consecução de Metas ou Teoria do Alcance dos Objetivos de I. King, enfocando os seus conceitos e, a partir deles e das falas dos clientes, os registros foram organizados em categorias, subcategorias e conjuntos de significados. Os dados foram conseguidos como resultado de entrevistas realizadas de forma individual com cada cliente, num total de vinte e sete integrantes. As percepções do cliente oncológico são altamente valorizadas, provavelmente por ser real e o que de mais concreto há para eles nesse momento, pois referem-se a temas da sua saúde-doença e equipe de saúde. O ponto referente à humanização da assistência emerge da capacitação técnica-científica do profissional e do manejo nos contatos interpessoais, quer entre pacientes ou outros profissionais, sem o que se prestará cuidados ao corpo, desconsiderando a característica mais fundamental da espécie que é o fato de tornarem-se sujeitos, com consciência de si, de sua maturação e de sua finitude. Concluindo, o conhecimento das expectativas, percepções, valores do cliente e a capacitação técnica-científica, embora não sejam suficientes para uma assistência de qualidade, podem constituir-se em instrumentos para uma aproximação da "humanidade do ser humano". O profissional deve mostrar-se disponível e desenvolver um "feeling" de percepção de todo o contexto que envolve o processo assistencial, dando-lhe um sentido ético e humano.

## ABSTRACT

The work represents an effort to identify Expectations, Needs, and Values as a reference to a humane Assistance to the oncologic client. To fulfill this theme, two goals were set: one was to investigate and systematize expectations, needs and values of the oncologic client regarding the nursing assistance to be offered; the other was to ponder on humanizing aspects, using the above questions as a reference, in accordance with I. King's conceptual model. As a basis, support and analysis to and of the data, we have used I. King's Objectives Achievement Theory, or "*Teoria do Alcance dos Objetivos*". A focus has been placed on the theory concepts and, based on them and the conversations held with the clients, records have been organized into categories, sub-sets and sets of meanings. Data were collected from individual interviews conducted with each client, in a total of 27 participants. We could observe the perceptions of the oncologic client to be highly valued, probably for being real and the most concrete thing for them at this time, as such perceptions concern their health-disease theme and the health team. The issue of humane assistance is raised from the professional's technical-scientific qualification, and also of how interpersonal contacts are handled, either among patients or other professionals. Lacking that, care will be advanced to the body, consideration not being given to the most fundamental characteristic of the species, i.e., to make individuals aware of themselves, of their maturation and their departure. In conclusion, awareness of a client's expectations, perceptions and values, and a technical-scientific qualification, even if not sufficient to offer quality assistance, may become tools for drawing near to that humane condition human beings are vested with. The professional must demonstrate to be available, and develop a feeling in perceiving the whole context involving the assistance process, thus giving it a humane and ethical sense.

## 1. INTRODUÇÃO

Durante a minha formação no curso de graduação em enfermagem, sentia dentro de mim a necessidade de atender o cliente de forma única, humanizada, numa postura ética.

Entretanto, me sentia como uma estudante, com poucos recursos teóricos/práticos, que pudessem garantir tal assistência. Observava os professores, as colegas de turmas e outros profissionais no campo de estágio e, por mais que fizessem pelo cliente, sempre sentia que faltava algo mais.

Mas, como saber o que era esse algo mais para poder fazê-lo? Repensando a assistência que insistia em prestar ao cliente, me coloquei como profissional, lançando mão de todos os recursos disponíveis para viabilizar tal assistência. Porém, senti um vazio do outro lado e as seguintes questões foram surgindo. E o cliente? – O que ele quer de mim, enquanto profissional? – O que ele pensa dos cuidados que lhe são prestados? – Qual a sua necessidade e expectativa nesse processo de assistência à qual ele se submete, buscando a recuperação de sua saúde? Então, a partir disto comecei a buscar junto ao cliente a resposta para esses questionamentos.

Formada e atuando com paciente oncológico, cada vez mais percebia a importância de saber do cliente o que ele espera que seja feito por ele e com ele durante esse processo (saúde-doença-hospitalização, tratamento de quimioterapia e radioterapia, cirurgia), bem como outros procedimentos, muitas vezes desconfortáveis. //

Acredito que o profissional habilitado teórica e tecnicamente, tendo ainda conhecimento das expectativas e necessidades do cliente, pode redirecionar, repadronizar e dar um sentido profissional, ético e humano à assistência de enfermagem, a qual será personalizada e individualizada, elevando, sem dúvida, a qualidade da assistência de enfermagem e, muito mais,

H a qualidade de vida desses indivíduos, que se encontram momentaneamente numa situação de enfermo e necessitando de cuidados qualificados.

Quando começo a refletir sobre o processo de saúde-doença vivenciado pela população brasileira, observo que tende mais à “doença” do que à “saúde”, ou seja, uma grande percentagem da população continua morrendo por doenças ditas próprias da pobreza, encontradas no terceiro mundo, nos países em desenvolvimento. Em nosso país, se morre por verminose, desnutrição, desidratação, fome, situações que poderiam ser resolvidas através de medidas político-econômicas e, no nível mais imediato, com a implantação de programas de prevenção e orientação.

Em contrapartida, uma pequena percentagem dessa população goza de um bom estado de saúde, com acesso a recursos de assistência, boa alimentação e todos os confortos que a vida moderna pode oferecer e os países desenvolvidos podem pagar.

Nesse contexto, observa-se que esse grande contingente de pessoas não favorecidas pelos benefícios do desenvolvimento é representado por trabalhadores e desempregados, os quais são, cada vez mais, manipulados e explorados nos seus direitos, sem terem acesso à educação e sem as mínimas condições de segurança e higiene no trabalho.

Essa situação influencia e é fator determinante e inviabilizador para a formação do sujeito como cidadão crítico, que possa ir além da realidade apresentada, em geral compreendida como natural e imutável.

Esses indivíduos tornam-se uma parcela enfraquecida na sociedade, não se articulam e não conseguem transformar sua realidade, sendo, inclusive, constrangidos a aceitar serviços de saúde sem qualidade. De fato, se constituem em mão-de-obra que produz e garante a mais-valia, enriquecendo a poucos e fortalecendo cada vez mais o modelo capitalista.

No outro extremo, encontra-se, em minoria, o que se pode chamar de burguesia, ou seja, a classe dos dominadores. Esses encontram-se em posição

privilegiada, impondo aos primeiros normas e regulamentos postos como inquestionáveis. No que diz respeito ao modelo de produção, a palavra chave é produtividade.

Disso decorrem certas condições, que levam os seres humanos a uma vida repleta de situações de risco à saúde ou de inconsciência em relação a seus próprios direitos como cidadão, entre eles uma assistência adequada.

É um indivíduo que, em geral, não tem plena consciência dos seus direitos, nem a quem recorrer. Na verdade, qualquer atendimento que seja feito de maneira digna, correta, é percebido como um sinal de bondade por parte do profissional.

Nessa polaridade se inscreve, pois, a saúde e a doença, de modo que a diversidade na assistência corrobora a divisão de classes.

Sendo a enfermidade uma resposta, muitas vezes silenciosa, às condições adversas, as conseqüências tornam-se gritantes, quando se refere à saúde do corpo e da mente do trabalhador.

Além disso, os serviços de saúde se encontram num momento caótico, estando a falência estampada em caricaturas de serviços, que prestam assistência muitas vezes negligente, onde imperam tanto a falta de recursos materiais como de recursos humanos qualificados.

O profissional de enfermagem tem, portanto, uma responsabilidade imensa com esse cliente que procura os serviços de saúde, tanto mais se adota como valor profissional a necessidade de estabelecer uma relação efetivamente humana com ele.

É comum confundir-se bondade com postura profissional ética. Se o profissional foi preparado para desenvolver um serviço junto à comunidade e recebe pelo que faz, tratar-se-ia tão somente de um ato responsável, não fosse o fato de que a enfermagem é, em qualquer situação, um ato humano.

Neste sentido, acredito na possibilidade de desenvolvimento de uma prática assistencial de enfermagem humanizada, na qual o próprio cliente tem a

oportunidade de expressar suas expectativas em relação à assistência recebida e o profissional possa estar alerta às mensagens emitidas pelo cliente, através de diversos canais de comunicação, saindo do mero tecnicismo e avaliando, revendo, clareando dúvidas junto com o cliente, com o que se estará desenvolvendo/praticando uma enfermagem humanizada, na perspectiva de uma relação pessoa-pessoa.

Dessa forma, a atenção ao cliente vai além do fazer, chegando ao campo do sentir, perceber, experienciar junto, dando nova dimensão ao cuidar, identificando-o como uma assistência à vida.

Acredito, ainda, que o assistir em enfermagem compreende componentes éticos e educativos indispensáveis, seja junto ao cliente, familiares ou entre profissionais.

A busca do saber, o instrumentalizar-se continuamente de forma crítico-construtiva é que leva o profissional ao estágio de conscientização dos fatos, da realidade que o cerca, determinando a formação de uma postura ética e principalmente de compromisso. Só assim é possível reverter, ou pelo menos minimizar essa situação de crise por que passa a assistência à saúde.

Mesmo que se vislumbre mudanças, um dos pontos importantes que impede que a assistência de enfermagem aconteça de forma a atender o cliente enquanto ser único e total é a crise que a perpassa, com profissionais ainda assistindo de forma parcial, fragmentada, não dirigida às necessidades e expectativas do cliente e, sim, aos interesses institucionais e corporativos.

Essa situação não é delimitada a esta ou aquela área da assistência, de modo que, ao desejarmos estabelecer um recorte assistencial, podemos observar que na oncologia essas dificuldades também ocorrem, acrescentado do preconceito em relação à doença.

O assistir em oncologia é diferenciado, tanto em relação ao paciente cirúrgico quanto ao clínico, pois o estigma associado ao câncer é muito forte

entre os profissionais e a sociedade em geral, sendo considerado como um sinônimo de morte.

O morrer está presente em todos os indivíduos. No entanto, antes do morrer existe o viver com conforto, com qualidade e até mesmo o direito de morrer com dignidade.

Há que se desmistificar o câncer, pois se pode fazer muito por esse paciente e aprender com ele, sobre sua vivência, suas formas de encontrar meios para lutar e viver com a enfermidade.

Acredito que, ao assistir o paciente oncológico, enfocando as expectativas dele em relação à assistência de enfermagem a ser prestada, podemos garantir um cuidado realmente efetivo, pois assim se tornarão visíveis os desejos, necessidades e inquietudes desse cliente.

Penso que cabe ao enfermeiro, enquanto profissional responsável por esse cuidado, instrumentalizar-se na tentativa de desvelar os caminhos desse cuidado, descobrindo, assim, as expectativas do cliente em relação a ele.

Considerando o exposto, tenho os seguintes objetivos:

1. investigar e sistematizar as expectativas, necessidades e valores do cliente oncológico, em relação à assistência de enfermagem a ser prestada;
2. refletir sobre aspectos da humanização, tendo como referência as expectativas, necessidades e valores do cliente, de acordo com o modelo conceitual de I. King.



## 2. REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1. Câncer: um breve relato.

O câncer é descrito como uma das mais antigas enfermidades, pondo em risco imediato a vida do ser humano, ameaçando não somente a integridade psicocorpórea, como também a sua qualidade de vida. Segundo Rodrigues (1982, p.1), o câncer é mencionado em papiros descoberto em 1872, por Ebers, com uma antigüidade superior a 1500 anos antes de Jesus Cristo. Entre alguns povos, como os Egípcios, Hindus, Persas, Babilônicos e Astecas, as doenças eram interpretadas como uma espécie de castigo, vindas dos demônios ou deuses. Com relação ao câncer era dito como “castigo próprio dos demônios”.

Outra interpretação se referia ao câncer, segundo Con Sennert, in Rodrigues (1982, p.2), “como uma doença contagiosa, tendo como conseqüência para os portadores da doença, o confinamento e exclusão da sociedade por um longo período da história”.

O século XVII é visto como um período de grandes descobertas científicas, seja na área biológica como em outras áreas, umas servindo como complemento e fonte explicativa e esclarecedora das outras, facilitando a identificação e entendimento do desenvolvimento humano e suas diversidades.

Na década de 20, a grande questão na oncologia era a definição do que é câncer. Muitos tentaram, porém; a definição mais acertada e respeitada foi formulada em 1948, por Willis, patologista americano, que entendia o câncer como “uma massa de tecido anormal, cujo crescimento é maior e incoordenado, quando comparado aos tecidos normais, permanecendo da mesma maneira até que se desligue o estímulo para tal mudança”, segundo Rodrigues (1982, p.68).

Já, De Vita (1984, p.14) refere que, segundo Willis, o câncer é uma massa anômala, cujo crescimento excede e não está coordenado como nos

tecidos normais. A proliferação das células ocorre de forma desordenada e rápida, diferenciando-se do tecido de origem, ultrapassando os seus limites e dissemina-se pelas estruturas do organismo”.

O câncer, hoje, é classificado como uma doença crônico-degenerativa, estando incluída entre as quatro primeiras causas de morte no Brasil, juntamente com as doenças do aparelho circulatório, causas externas, doenças infecto-parasitárias e afecções do período perinatal, sendo considerado um problema de saúde pública, de acordo com o Ministério da Saúde, em 1995.

Na Larousse Cultural (1988, p.19), encontramos que “câncer é toda lesão da célula ou dos tecidos resultante de uma proliferação anormal destes elementos, não controlada pelo organismo e que acaba em geral por difundir-se para além de sua localização inicial”.

Câncer é definido pelo Ministério da Saúde (1995, p.39) “como um processo de múltiplas etapas no qual células normais são transformadas em células cancerosas, podendo acontecer de forma espontânea ou provocada”.

Outros autores mais atuais, estudam o tema câncer interpretando-o como veremos nos conceitos a seguir.

Para Leite (1996, p.9), “câncer é a transformação que as células sofrem e passam a apresentar alterações cromossômicas, distúrbios na capacidade de diferenciação, no controle do ciclo celular e no crescimento dos tecidos”.

Moore, in Wood (1996, p.203), interpreta o câncer como “uma transformação das células normais em células malignas, sendo quase sempre uma evolução em múltiplos estágios de alterações genéticas e epidêmicas que ocorrem em células que escapam ao controle do crescimento normal do hospedeiro”.

Stedman (1996, p.193-194) define o câncer como “termo genérico freqüentemente utilizado para indicar qualquer dos diversos tipos de neoplasias malignas, principalmente as que invadem os tecidos vizinhos, podem metastatizar para diversos locais e recidivar depois de uma tentativa de remoção,

causando a morte do paciente, a menos que sejam adequadamente tratadas, especialmente, qualquer carcinoma ou sarcoma, mas, no uso comum, especialmente o primeiro”.

Para Volker, in Clark (1997, p.267), câncer é, definido “como uma única célula transformada, que não obedece ao regulamento da diferenciação e proliferação celular, forma um clone, e continua a crescer sem respeitar as necessidades do corpo”.

Muller (1997, p.8) interpreta o “câncer como o resultado de uma complexa série de eventos através dos quais células normais são transformadas em células cancerosas. Problema grave e multifacetado, sendo uma das principais causas de morte e sofrimento em todo o mundo”.

Podemos observar que os conceitos são próximos, indicando gravidade, desorganização celular e crescimento rápido.

As estimativas de incidência de câncer, no Brasil, no ano de 1998, foram de 269.000 novos casos, e entre os primeiros quatro lugares estão os de localização primária, câncer de mama, colo de útero, estômago e pulmão.

Para a região sul, a estimativa para esse mesmo ano foi de 56.830 novos casos e os que se apresentam entre os primeiros quatro lugares são: pulmão, mama, colo e reto e próstata.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1990), para o ano 2000, a incidência de câncer é de um caso para cada grupo de quatro pessoas, dos quais somente um terço terá a remissão completa da doença e 80% dos casos estarão associados a fatores de risco potencialmente preveníveis.

Segundo diretrizes do Ministério da Saúde (1995), a determinação do câncer é direta ou indiretamente dependente de fatores extrínsecos relacionados ao ambiente, em particular à ocupação, à dieta, estresse e hábitos de vida, sendo os fatores pessoais e genéticos também considerados como determinantes.

Atualmente, dispõe-se de um leque de terapêuticas relativas ao tumor, em auxílio ao paciente oncológico, como por exemplo a cirurgia, radioterapia e

quimioterapia, que implementam a cura ou a diminuição dos sinais e sintomas do câncer.

O paciente oncológico atualmente pode contar com uma assistência em ambulatórios e hospitais especializados, com tecnologia de ponta e altos custos. Infelizmente, quando chegam a esses serviços, além de possuir a doença, esta já se encontra em estado avançado. Essa situação se agrava ainda mais pela demora do diagnóstico e inadequado encaminhamento dado ao cliente, atrasando o seu tratamento e dando margem para a evolução da doença e surgimento de metástases.

Para a assistência ao paciente oncológico, há que se considerar diversos aspectos, ou seja, o psicológico, social, cultural, espiritual e econômico, bem como o tratamento específico para a neoplasia.

Segundo Kalakun, in Schwartsman (1991, p.146), “na fase de diagnóstico e investigação do câncer, o paciente necessita orientação sobre como serão feitos os exames, seu tempo de duração e suas complicações possíveis, além de informações sobre os locais em que os exames podem ser realizados. Ao ser estabelecido o diagnóstico de câncer, o paciente passa por um período difícil, podendo o enfermeiro oncológico colaborar na adaptação do enfermo e da sua família à nova realidade, podendo colaborar também na dismitificação de algumas fantasias que os pacientes tenham a respeito do seu tratamento”.

Apesar de serem muitas as lacunas quanto à etiologia do câncer, observa-se grande empenho de muitos profissionais e autoridades, no sentido de se implantar medidas de combate, com ênfase nas ações preventivas e dando continuidade e implementando as curativas e paliativas.

Segundo o Ministério da Saúde (1995), para que o combate ao câncer aconteça de forma efetiva, é necessário a utilização “de medidas aplicadas setorialmente e de políticas governamentais abrangentes, bem como, do grau de

consciência sanitária, individual e coletiva e do poder efetivo que diferentes grupos sociais possuem para modificar determinada realidade”.

Em Santa Catarina, mais especificamente em Florianópolis, existem diversas instituições que prestam atendimento ao paciente oncológico. Entre elas podemos citar o CEPON – Centro de Pesquisas Oncológicas, que realiza seus serviços nas áreas ambulatorial, hospitalar e domiciliar, prestando os cuidados à saúde, contando com uma equipe multiprofissional, trabalhando também com a diluição e administração de quimioterápicos. É um centro de referência para toda Santa Catarina e outros Estados, sendo reconhecido na América Latina, no que tange ao tratamento do Câncer.

Podemos citar, também, o Hospital Universitário (HU) – que é um hospital escola, de atendimento geral, que também presta assistência ao paciente oncológico, dentre outros com patologias diferentes, entre outros que prestam o mesmo tipo de assistência.

Entretanto, não existe um acompanhamento do cliente oncológico como é desenvolvido no CEPON, pois, os demais por serem hospitais gerais, têm que distribuir suas ações nas diversas áreas e especialidades.

Segundo Rosas (1998, p.34), a doença é, para qualquer pessoa, uma experiência dolorosa. É um acontecimento de vida que gera muitas incertezas, dúvidas, potencial incapacidade, descrença, revolta, expectativas e esperanças, e que o primeiro contacto com a estrutura de saúde tem reflexo nas expectativas de como vai aceitar ser tratado.

Nesse caminho, a doença, câncer enquanto diagnóstico revelado, causa ao cliente e família, um grande choque, sendo uma realidade vivenciada, principalmente pelas culturas ocidentais.

A doença ultrapassa questões sociais, culturais e econômicas e, a partir de inúmeros fatores, em estratos sociais os mais diversos, determinadas pessoas passam a desenvolver a enfermidade, favorecendo ao tumor neoplásico o seu desenvolvimento e crescimento com maior ou menor expressão.

O câncer traz consigo um sentimento misto de sofrimento, revolta, punição, dor, impotência, sendo, na nossa sociedade, interpretado, como um atestado de morte e, segundo Nunes (1980), “o câncer é tão ameaçador, porque apresenta não apenas uma ameaça de morte, mas uma tríplice ameaça: da dor física, de mutilação e de morte”. Sem dúvida, é uma provação difícil para o ser humano, principalmente por ele ter que pensar de forma mais concreta a respeito de sua finitude, deixando a imortalidade no campo dos sonhos, do irreal.

O estigma de que o câncer não tem cura mostra o despreparo da comunidade e de muitos profissionais, pois o câncer é a única doença crônica da qual se pode falar em cura, desde que identificada precocemente.

Diante desta realidade se fortalecem atitudes de negação e abandono de si próprio ou mesmo pelos seus familiares, pois “conviver com” ou “ser” portador de uma neoplasia é ter a sensação de que se enfrentará a qualquer momento a situação de morte.

Igualmente como o câncer, a morte também é estigmatizada, não sendo “trabalhada” entre as pessoas. Não se fala a respeito da morte com as crianças, porque elas estão despreparadas para tal sofrimento, não se fala com os adultos, pois existem outros assuntos mais importantes, não se fala com o idoso, porque ele não tem nada a dizer, nem a fazer, somente esperar por ela.

Apesar de todos os meios para se esconder, amenizar ou mesmo negar a morte, sabemos que, após o nascimento, o único evento concretamente determinado pelo qual o homem passará na sua existência é a situação de morte, pois é um ser finito. “Do mesmo modo que entender a morte, é necessário entender o que é morrer, pois todos nós o vivenciamos, sem termos consciência disto” (Oliveira & Ogasawava, 1992).

No processo de aceitação da doença, ou mesmo da morte, é indispensável que se preste uma assistência humanizada, prevendo entre outras coisas, um processo de comunicação com o paciente e sua família. Para tanto, o profissional de saúde deve ter apoio de outros profissionais e deve trabalhar seus

próprios medos, ansiedades, angústias e valores, no que diz respeito ao câncer e morte, pois só assim conseguirá desenvolver sua própria percepção e comunicação, sendo capaz de se colocar no lugar, seja do paciente ou da família. Dessa maneira, poderá trabalhar no sentido de integrar equipe de saúde, paciente e familiares, eliminando preconceitos com relação ao paciente oncológico e à morte, tendo claro que antes da doença existe a expectativa de um ser humano e antes da morte existe a possibilidade de um viver com conforto. “

## **2.2. Enfermagem: uma prática humanizada.**

“A enfermagem enquanto prática assistencial se caracterizava inicialmente por ser um trabalho manual não especializado, sem qualquer conhecimento, um trabalho desprovido de poder e de prestígio, que estava sobretudo a cargo das mulheres, escravos e religiosas”, de acordo com Silva (1989, p.41).

Suas atividades eram simples, assemelhando-se aos trabalhos domésticos, não precisando de ensinamentos sistematizados, já que eram aprendidas no dia-a-dia, na realização das atividades ditas femininas.

Segundo Silva (1989, p.41), “na história da divisão sexual do trabalho, sempre se atribui à mulher a responsabilidade de cuidar da prole, da casa e dos enfermos. Era ela que lhes pensava os ferimentos, dava-lhes de comer e beber, ministrava-lhes os remédios, confortando-os física e espiritualmente”.

Portanto, a prática de enfermagem foi influenciada inicialmente por esse modelo feminino, sendo os serviços da enfermagem o de abrigar os pacientes, dar-lhe alimentação e água, lavar suas chagas, vedar suas feridas e outras práticas afins; sendo uma atividade não remunerada, pois era realizada por mães, irmãs e por religiosas, mais como prática de caridade, um compromisso moral.

Com a transição do capitalismo e as mudanças relativas à vida religiosa, a enfermagem passa de uma prática caritativa e gratuita a uma atividade com remuneração. Segundo Jamieson (1966, p.129), in Silva (1989, p.47), “nesse período, as mulheres que encontravam emprego como enfermeiras nos hospitais é que não serviam para a indústria. Regularmente eram imorais, bêbadas e analfabetas, o grau mais ínfimo da sociedade humana”, gerando provavelmente impressões de desmazelo, impaciência e despreparo, que carregamos, embora muito já tenha sido feito no sentido de mudá-la.

Apesar da prática da enfermagem já existir desde os primórdios do cristianismo, a sua história profissional tem início na metade do século XIX, tendo como marca os serviços prestados por Florence Nightingale e sua equipe de enfermeiras aos soldados feridos na guerra da Criméia, no período de 1854 a 1856. Antes de Florence, se mostra um período empírico na enfermagem, pois as suas atividades para prestar os cuidados aos enfermos não eram sustentadas por subsídios teóricos. Após Florence, e mais precisamente na atualidade, observa-se uma prática de enfermagem calcada cada vez mais em conhecimentos teóricos que a norteiam como atividade científica no campo biológico assistencial e, segundo Rockenbach (1985, p.49), “valendo-se cada vez mais de outras áreas como a psicologia, antropologia e sociologia que orientam e esclarecem o relacionamento da equipe de enfermagem com o paciente e os próprios integrantes da equipe, entre si”, tendo como foco o paciente dentro de uma assistência global e humanizada.

E, segundo Martins (1987), a enfermagem está diante do ser humano social e culturalmente determinado, impossível de ser entendido isoladamente. As práticas que visam atender as necessidades básicas afetadas do ser humano já não podem mais se restringir a curar o indivíduo para devolvê-lo ao meio insalubre”. Pois, assistir em enfermagem extrapola o procedimento em si e exige do profissional um preparo mais abrangente, de forma a ver o indivíduo não como um objeto e sim como um agente participativo, com direitos e deveres,



com saber próprio, sendo dotado de emoções que devem ser interpretadas, compreendidas e trabalhadas durante esse processo de saúde-doença que está vivenciando.

Oguisso (1985, p.187) afirma que “com a exigência do conhecimento, a responsabilidade do enfermeiro também aumenta, pois o cliente tem o direito de exigir desse profissional a produção de um resultado”.

Conforme refere Leopardi (1994, p.30-31), “o cuidar assume uma nova identidade, apropria-se de um conjunto de conhecimentos, para formalizar-se no conjunto das práticas sociais, estabelecendo-se por meio de mecanismos que o tornam legítimo na esfera científica. De algo puramente moral para algo necessariamente identificado ao processo de produção material da existência, não se objetiva, porém, como simples trabalho de mulher”. Isto significa que ocupa um lugar significativo na sociedade como ato necessário, porém não valorizado economicamente.

Takito (1985, p.264) diz que “a tarefa de assistir o indivíduo na situação de doença e hospitalização leva à necessidade de saber o que é bom e o que incomoda no ambiente para a recuperação de sua saúde”. Pois, de acordo com Haddad (1993, p.199), “sempre que o indivíduo é acometido de alguma doença, o primeiro fator que interfere em sua segurança emocional é o medo do desconhecido que gera ansiedade, provocada por uma mudança na vida normal, refletindo diretamente no seu auto-conceito e auto-imagem”.

Entretanto, antes de se falar em uma assistência humanizada ao paciente, é de suma importância que exista essa humanização dentro da equipe de enfermagem e, porque não dizer, dentro da equipe de saúde em geral, devendo existir um misto de companheirismo, amizade e respeito entre seus membros, fatores ao meu ver indispensáveis ao bom desenvolvimento de um trabalho como é o realizado na saúde, no qual ninguém trabalha só e sim em conjunto.

Acredito que, no sentido de se prestar uma assistência humanizada junto ao paciente, é importante uma equipe trabalhando harmoniosamente, se

relacionando bem e com objetivo comum e que, segundo Rockenbach (1985, p.51), “é visar o bem-estar do paciente, que deve, dentro do menor prazo possível, ser capaz de voltar a realizar seu auto-cuidado”. Ou seja, o paciente deve ser reintegrado à sociedade e dar continuidade ao seu ritmo de vida.

Além desse envolvimento entre os membros da equipe de enfermagem, as boas condições de trabalho (área física, material, alimentação), bom salário, devem ser levadas em conta, e também a motivação do profissional, para o desenvolvimento de sua atividade, a qual, segundo Manzolli, in Rockenbach (1985, p.53), “é um estado interno que dá energia, torna ativo ou move o organismo, dirigindo ou canalizando o comportamento em direção a objetos. Portanto, o enfermeiro deve desempenhar seu papel como sujeito do processo saúde-doença, influenciando e buscando alternativas para melhor assistir o cliente, vendo-o como cidadão, compreendendo e respeitando acima de tudo a sua situação de fragilidade”.

O assistir de forma humanizada é assistir dando espaço ao cliente, oportunizando abertura para questionamentos, esclarecimentos, bem como, para um relacionamento que inspire confiança e demonstre interesse do profissional por tudo que se relacione ao paciente.

Acredito que uma postura ética e comprometida por parte do profissional transmite segurança, desde que consiga, através de uma comunicação terapêutica, identificar as necessidades do cliente e efetivar a assistência prestada de forma global, livre de riscos e humanizada.

### **2.3. Comunicação: Relação interpessoal enfermeira/paciente.**

Com as transformações no campo social-científico e tecnológico, o homem moderno vive em constante adaptação do seu modo de viver na sociedade e no tipo de relação que mantém com outros seres humanos,

aperfeiçoando cada vez mais o processo de interação inter-pessoal. O homem é um ser social e, conseqüentemente, vive relacionando-se no mundo, sendo a comunicação a base para a estruturação de todo e qualquer relacionamento.

Condon (1966, p.57) refere que a comunicação pode ter funções e identifica oito tipos de comunicação: “fática, preventiva, emissão e registro de informações, afetiva, catarse, mágica e ritual”. Cada uma será utilizada respeitando-se o objetivo que se pretende durante um determinado processo inter-subjetivo.

A comunicação pode ser definida como intrapessoal, quando o próprio indivíduo envia mensagens para si mesmo, ou seja, quando a pessoa pensa a respeito do seu eu. Esse tipo de comunicação ajuda no auto-conceito do indivíduo. A comunicação também pode ser interpessoal, podendo ser chamada de terapêutica, quando um indivíduo compartilha com um profissional da área de saúde algum conhecimento de si mesmo que tenha significado.

Fazendo uma retrospectiva das últimas décadas, e reafirmando cada vez mais a importância da comunicação, muitos autores dão a sua interpretação e conceitos a respeito do tema, como veremos nos conceitos a seguir.

Menezes, in Mendes (1987, p.208) “afirma que comunicação é o sistema básico da experiência social. Ela é fundamental no desenvolvimento da personalidade humana, emergência da vida grupal, e no surgimento e elaboração da cultura”.

Segundo Heras, in Meneghin (1975, p.116), a “comunicação contribui diretamente para a propagação de conhecimento e, por conseguinte, para a formação dos indivíduos, sendo, portanto, vista como um dos processos vitais do ser humano e uma conquista enquanto direito individual desse homem em emitir, expressar e receber informações e até de não comunicar-se.

Para Berlo, in Mendes (1987, p.209), “comunicação é a base da ação recíproca entre o homem e o homem, cujo objetivo básico é alterar as relações originais entre o seu próprio organismo e o ambiente em que se encontra, é

reduzir a probabilidade de que ele seja simplesmente um alvo de forças externas e aumentar a probabilidade de que ele mesmo exerça força”.

Para King, in Mendes (1987, p.216), “comunicação é um processo pelo qual a informação é dada de uma pessoa para outra, tanto diretamente nos encontros face a face, como indiretamente através de sinais verbais e não verbais e símbolos pelos quais os indivíduos expressam seus objetivos. A comunicação é o intercâmbio de pensamentos e opiniões entre indivíduos. A interação social, a aprendizagem e a transação são atingidas através da comunicação”.

Na enfermagem temos teorias que partem do pressuposto da possibilidade do ser humano comunicar-se com outros, tal como King (1981), ao afirmar que “o conceito de comunicação pode ser categorizado em quatro áreas de inquirição:

- a) teorias matemáticas;
- b) teorias relacionadas à comunicação não verbal;
- c) teorias relacionadas à comunicação verbal;
- d) teorias de comunicação intrapessoal e interpessoal incluindo seres humanos e comunicação entre seres humanos e o ambiente”.

O’Brien, in Mendes et al (1987, p.215), refere comunicação como sendo “um processo pelo qual um indivíduo partilha alguma coisa de si mesmo: - suas idéias, opiniões, valores, objetivos e sentimentos com outros. Este processo ajuda a torná-lo mais humano, mais social e mais em contato com a realidade”.

A comunicação terapêutica é uma técnica que precisa ser aprendida e utilizada pela enfermeira, pois traz benefícios às pessoas e, segundo Stefanelli (1987, p.113), “ajuda os pacientes a enfrentarem a tensão temporária, a conviver com outras pessoas, a ajustar-se ao que não pode ser mudado e a enfrentar os bloqueios à auto realização”.

Para Vieira (1978) a comunicação terapêutica favorece ouvir, falar e perceber para assistir o paciente, permitindo reconhecer os pensamentos e sentimentos do mesmo, na situação em que se encontra.

Mendes (1987, p.212) “afirma que deve ser levado em conta o caráter temporário das relações enfermeiro/paciente na hospitalização” e Teixeira (1985, p.12) refere que “para a enfermeira estabelecer interação efetiva com seus pacientes necessita desenvolver com eles o sentimento de confiança mútua”.

Tendo em vista o curto espaço de tempo que o indivíduo enfermo passa junto da enfermeira, em relação ao período em que vive na comunidade, com a família, é importante que ela, nas suas ações, conquiste sua confiança, pois só assim conseguirá uma comunicação efetiva, abrindo espaço para descobertas junto com ele, o que implica diretamente na implementação e aperfeiçoamento constante da assistência, resultando no atendimento das suas necessidades.

É de grande importância que se fortaleça a comunicação entre cliente-enfermeira, não de forma social e, sim, terapêutica, pois, como refere Mendes (1987, p.216), a comunicação será exercida “como um comportamento que visa a reflexão, o relacionamento, a troca de informações e idéias, de imagens e de sentimentos objetivando o entendimento humano e o exercício da influência intencional”, o que levará a um processo terapêutico, valorizando o indivíduo enquanto cidadão e o encaminhamento ao equilíbrio de ser saudável.

De acordo com Maser, in Moriya et al (1993, p.103), etimologicamente, a palavra “comunicar” deriva do latim, significando “por em comum, partilhar, trocar opiniões, conferenciar”. E, atualmente, de um modo geral, pode ser empregada para referenciar a relação entre as pessoas.

Para que idéias sejam compreendidas e ocorram, elas devem ser traduzidas, precisando, portanto, de um codificador que as transforme em código, o qual permite que a mensagem chegue a quem foi endereçada.

A comunicação é um meio que a enfermeira utiliza para intensificar a relação com o paciente no sentido de assisti-lo melhor. Com esta perspectiva, a enfermagem extrapola o tecnicismo do fazer e pode ser definida como um processo interpessoal. Essa relação pessoa/pessoa que se dá entre a enfermeira e o cliente, propicia o seu reconhecimento e a identificação de sua necessidade.

É importante que haja, por parte da enfermeira, compreensão da finalidade da comunicação, pois a ajudará a interpretar, de forma correta, a comunicação verbal ou não verbal emitida pelo paciente.

O processo de comunicação é diretamente influenciado por determinadas características das pessoas: a idade, que influi na linguagem e compreensão, o papel que se espera que cada um desempenhe, se ocorre no momento certo para ambos, a instância que separa os dois, o sexo, a cultura, a confiança que um tem no outro, a posição defensiva em relação ao outro, a afetividade.

Deve-se considerar que cada indivíduo encontra-se num estágio de desenvolvimento psico-emocional, interferindo diretamente na comunicação. Existem momentos em que é permitida a comunicação e outros em que não se quer e não se permite. O próprio silêncio e a indiferença que o paciente expressa em relação ao profissional, significa a sua necessidade de não comunicar-se. Entretanto, significa diretamente uma comunicação não verbal, cabendo ao profissional interpretá-la.

Desta forma, a comunicação pode se intensificar de forma terapêutica se a enfermeira se mostrar disponível, interessada, aceitando o paciente como ele se apresenta, agindo de forma coerente, objetiva e de forma comprometida, valorizando o paciente. O inverso pode acontecer, se a enfermeira mostrar-se como superior em relação ao paciente, muito rígida, autoritária, não dando atenção nem espaço para que o paciente se manifeste. A comunicação será prejudicada e conseqüentemente a assistência comprometida.

O diagnóstico da doença, o estado de dor, ansiedade, angústia, medo e a perspectiva da morte próxima pela qual passam os pacientes oncológicos, repercutem diretamente na capacidade ou modos de comunicação desses pacientes. Eles se mostram muitas vezes alheios às outras pessoas e ao ambiente e desenvolvem atitudes de isolamento ou então se tornam agressivos. O contrário também pode acontecer, até se tornarem calmos e dóceis.

Cabe, portanto, à enfermeira, usar de sua percepção e interpretar a mensagem que está sendo emitida pelo cliente, tendo que dar mais atenção em certos momentos à comunicação não verbal do que à verbal. Deve criar condições para que o mesmo verbalize seus sentimentos, identifique seus problemas e os meios pelos quais podem ser solucionados.

#### **2.4. Enfermagem e a fundamentação teórica**

Segundo Melo (1992, p.21), “a trajetória da prestação de serviços de saúde no Brasil tem tentado adaptar-se aos interesses e evoluções da política econômica e social de cada época, quase sempre legitimando-se por razões outras que não o atendimento das necessidades de saúde da população ou a eficiência ou eficácia dos serviços oferecidos”.

Neste contexto, e com as transformações observadas na tecnologia, na ciência e a valorização do saber dito “científico”, a enfermagem foi obrigada a repensar sua prática assistencial e a buscar novos instrumentos que garantam o seu espaço enquanto profissão constituída também por um saber próprio.”

Na tentativa de organizar e sistematizar os elementos da realidade profissional e com o intuito de subsidiar a prática, desenvolveu-se, segundo Almeida (1984), conhecimentos específicos da enfermagem que é expresso por uma terminologia variada como: a natureza específica da enfermagem, a formalização dos conceitos e teorias, a construção de marcos teóricos de referência, de modelos e outros.

É importante reforçar que a assistência de enfermagem não pode ter dissociada a prática da teoria pois, conforme Paim e Trentini (1993, p.28), “o cuidado às pessoas exige uma reflexão profunda e não apenas o uso de técnicas rotineiras e alienantes”.

Essa instrumentalização teórica surge como referência, mudando a postura dos enfermeiros que a utilizam, estruturando o saber de enfermagem, criando modelos de assistência que buscam atender o indivíduo na sua integralidade, em uma visão assistencial, educativa e ética.

Nesta perspectiva, decidi utilizar o referencial teórico de King, propondo-me a sustentar o trajeto desta dissertação em alguns de seus conceitos, desta feita, portanto, para pesquisa, e não para a assistência.

Acredito que o indivíduo deve ser respeitado enquanto ser humano e cidadão, tendo o direito de receber uma assistência de saúde livre de riscos e o enfermeiro, enquanto profissional, deve prestar seus cuidados de forma segura e individualizada, na perspectiva de atendê-lo globalmente. É certo que o ser humano não vive só e sim em relação constante com os outros indivíduos e com o meio ambiente, sendo, portanto, um ser social na sua essência.

Para se proporcionar confiabilidade às ações de enfermagem e se garantir que o enfermeiro tenha condições de oferecê-las ao cliente é preciso que ele se instrumentalize teoricamente, a partir de uma referência valorativa. Um referencial teórico o ajudará a definir e determinar o melhor caminho a seguir para o alcance dos objetivos.

Abdellah e Levine (1979, p.68-87) definem Marco Teórico “como uma abordagem teórica para o estudo de problemas fundamentados cientificamente, que enfatiza a seleção, arranjo e classificação dos seus conceitos”. Segundo Ellis (1977, p.177-182), o “Marco Teórico orienta o plano de pesquisa e a discussão de seus resultados”.

Relendo os conceitos citados anteriormente, concluo que o Marco Teórico é a mola propulsora de uma assistência qualificada e feita com responsabilidade, haja visto o respaldo teórico que nos dá na prática do dia-a-dia junto ao cliente.



Nesse sentido, me sinto privilegiada por trabalhar numa instituição que percebe a importância, necessidade e garante a utilização de um referencial teórico para a assistência de enfermagem, mesmo que esse instrumental teórico se mostre ainda em fases preliminares, mas, sem dúvida, cada vez mais necessário e presente entre os profissionais.

Percebo que inicialmente todos temos uma referência teórica de trabalho mas que não é fácil modificá-la ou torná-la consciente, sendo também difícil que todos assimilem ao mesmo tempo os preceitos da teoria. Tudo acontece de forma lenta, tendo que ser revisado e lembrado constantemente, para que realmente seja incorporado à prática de cada profissional, o que, sem dúvida, num futuro próximo dará um salto de qualidade, para nos levar do empirismo para ações deliberadas e cientificamente respaldadas, podendo ampliar-se, com perspectivas de humanização.

Diante dessas considerações, decidi utilizar a Teoria de Imogene King, como referencial teórico nessa dissertação, pois me parece a que mais se aproxima do pensamento que tenho a respeito do cliente e da assistência de enfermagem que deve ser desenvolvida, propiciando uma abordagem consistente e coerente.

A Teoria de King tem como suposição que o foco da enfermagem é o cuidado dos seres humanos e a “meta” da enfermagem é a saúde dos indivíduos e o atendimento à saúde de grupo. Deriva da estrutura de sistemas abertos, sendo três os sistemas interativos, ou seja, o sistema pessoal, interpessoal e social.

Em cada um dos sistemas, são definidos os conceitos que formam a Teoria de Consecução de Metas, de King (ou alcance de objetivos), sendo os conceitos principais os compreendidos no sistema interpessoal.

King define sua proposição como uma Teoria de Enfermagem, portanto, além de definir seres humanos, saúde, ambiente e sociedade, ditos conceitos abstratos, ela define também a enfermagem.

Para contextualização do meu marco conceitual de pesquisa, utilizo alguns dos conceitos definidos por King, tais como enfermagem e os que compreendem os sistemas interativos, ou seja: percepção, self, crescimento e desenvolvimento, interação, comunicação, transação, papel, estresse e tomada de decisão.

King (1981, p.143) se apoia nas afirmações abaixo, as quais, denotam uma base para fundamentar a prática assistencial de enfermagem, sendo consideradas apropriadas ao cuidado do paciente oncológico.

- “os indivíduos são seres sociais, pensantes, racionais, que reagem, que percebem, que controlam, que tem propósito, orientados para a ação e orientados no tempo”;

- “as percepções do enfermeiro e do cliente influenciam o processo de interação”;

- “os indivíduos tem o direito de participar nas decisões que influenciam sua vida, sua saúde e serviços comunitários”;

- “objetivos, necessidades e valores do enfermeiro e cliente influenciam o processo de interação”;

- “os profissionais de saúde tem a responsabilidade de compartilhar informações que ajudam os indivíduos a tomar decisões com base na informação sobre seu cuidado à saúde”;

- “os indivíduos tem o direito de aceitar ou rejeitar o cuidado à saúde”;

- “os objetivos dos profissionais de saúde e os objetivos dos receptores do cuidado à saúde podem ser incongruentes”.

Os componentes filosóficos da proposta de King vêm reforçar, cada vez mais, a visão que tenho de como deva ser a assistência de enfermagem e, de certa forma, corrobora com a convicção que tenho de que, a partir do momento que se souber do paciente quais as suas expectativas e necessidades em relação à assistência de enfermagem, estar-se-á eliminando barreiras no processo de

assistir, dando leveza, tranqüilidade e, sem dúvida, permitindo uma maior interação entre os dois elementos que fazem parte desse processo assistencial. 11

A partir da explicitação de seus valores, King propõe as bases de sua teoria e, através de proposições, ela descreve as relações entre os conceitos que constituem sua proposta.

De acordo com King (1981, p.149),

- “se a percepção acurada está presente nas interações enfermeiro-cliente, ocorrerão transações”;
- “se enfermeiros e clientes fazem transações os objetivos serão atingidos”;
- “se os objetivos forem atingidos ocorrerão satisfações”;
- “se os objetivos forem atingidos ocorrerá cuidado de enfermagem efetivo”;
- “se são feitas transações nas interações enfermeiro-cliente o crescimento e desenvolvimento serão fortalecidos”;
- “se as expectativas do papel e o desempenho do papel pelo enfermeiro ou cliente ou ambos de acordo com a percepção, são congruentes, ocorrerão transações”;
- “se o conflito de papel é experienciado pelo enfermeiro ou cliente ou ambos, ocorrerá estresse nas interações enfermeiro-cliente”;
- “se enfermeiro, com conhecimentos e habilidades, comunica informações apropriadas para os clientes, ocorrerá mutuo estabelecimento de objetivos e alcance do objetivo.”

Essas afirmações denotam a tendência no processo interativo, desde que certas habilidades sejam postas em prática, de modo que a enfermeira e o cliente tenham a intenção de estabelecerem um plano para alcance de metas mutuamente acordadas.

Os conceitos escolhidos são aqueles prioritariamente abordados a seguir, mas não significa o abandono total da estrutura completa de King, sob pena de

mutilar a construção da autora. A coerência de um marco teórico está na inter-relação lógica de todos os seus conceitos, porém, focalizando alguns deles em determinados momentos como referências mais imediatas. Exponho, então, uma breve análise dos mesmos, tentando caracterizar alguns aspectos que a teórica não deixou muito claros. De certo modo, se trata de uma interpretação tal que corresponde tanto à proposição de King, quanto às minhas próprias crenças e valores.

**SER HUMANO** para King (1981, p.19) é visto como:

*“ser social, racional, consciente e sensível, reagindo conforme suas percepções, expectativas, necessidades e valores. Através da linguagem os seres humanos encontram uma maneira simbólica de comunicar pensamentos, ações, costumes e crenças. Ele possui habilidades para perceber, para pensar, sentir e escolher alternativas para sua ação no sentido de estabelecer metas e selecionar meios de realiza-las, e de tomar decisão.”*

O conceito de *Ser Humano* de King levanta três questões importantes, as expectativas, necessidades e valores que são inerentes a todo indivíduo e que são peças fundamentais nas relações humanas. Influenciam a maior ou menor interação nos diversos momentos pelos quais passa o ser humano e aqui direciono para o indivíduo que necessita de cuidado e aquele que é o prestador desse cuidado. Nada de efetivo acontecerá se não houver um comprometimento maior e o desvelar de intenções frente ao outro. Considero que cada um deva saber das expectativas, necessidades e valores do outro, para não cairmos na mesmice de que o profissional é quem sabe o que é melhor para o paciente, ao invés de criarmos condições para perceber o outro e, a partir daí, em conjunto, definir os passos e as metas a alcançar.

Concordo com King em seu conceito de *ser humano* e acredito que, independentemente da codificação utilizada para determiná-lo, é um ser que está em constante comunicação, interação, transação, desempenhando papéis e

tomando decisões. Um ser que vive, alcançando objetivos e recriando outros a serem alcançados.

Neste estudo, o *ser humano* em foco é o paciente oncológico, entretanto, não se pode deixar de lado os seus familiares, amigos e a equipe de saúde que o assistem. É, portanto, um ser que vivencia, em si ou no próximo, a situação de dor, sofrimento, mutilação e a perspectiva da morte no processo de saúde-doença. Precisa de apoio e acompanhamento, no sentido de compreender a doença câncer, como também a sua finitude, enquanto ser vivo, e perceber que, antes da morte, existe o viver e o morrer com respeito e dignidade.

**SAÚDE** é definida por King (1981, p.5) como:

*“experiências dinâmicas de vida dos seres humanos, que implicam no ajustamento aos estressores no ambiente interno e externo através da ótima utilização dos recursos individuais para atingir o potencial máximo para a sobrevivência.”*

Quando King coloca a palavra ajustamento em seu conceito de saúde, ela nos remete de imediato a um mecanismo de controle da situação. É percebido, quando visto no seu contexto mais amplo, não no sentido de acomodar-se, mas sim para responder dinamicamente a todos os obstáculos e manter-se em condições de viver com qualidade.

A *saúde* é uma experiência pela qual passam os seres humanos e que, na maioria das vezes, só é percebida quando está ameaçada ou ausente. Ao entender-se saúde como refere King, e estendendo-a ao nível psicológico e espiritual, observa-se que o estado de saúde completa é difícil de ser alcançado, existindo, portanto, um enfrentamento ou resposta aos estressores e um repensar do conceito saúde.

Para o paciente oncológico, a saúde não significa somente a ausência de doença e, sim, a ausência dos sintomas provocados, inclusive pela terapêutica, que são agressivos, debilitantes e que interferem na sua auto-imagem e auto-conceito, fazendo com que seja levado a desempenhar um novo papel dentro da

família e sociedade, muitas vezes transferindo para outros o seu poder de tomar decisões.

Nesse momento de fragilidade pelo qual passa o enfermo, é imprescindível que ele seja encorajado a participar de todos os momentos do tratamento, mantendo-o sempre informado e sabedor de sua situação e em condições reais, para que possa tomar decisões, assumindo suas responsabilidades, sendo inadmissível que ele delegue a outrem tal papel, por sentir-se incapaz. ||

**DOENÇA**, de acordo com King (1981, p.5), é definida como:

*“um desvio do normal, ou seja, uma perda do balanço na estrutura biológica ou psicológica da pessoa, ou um conflito nas relações sociais da pessoa.”*

Para o paciente oncológico, inicialmente, a *doença* é vista como um atestado de morte próxima e, aos poucos, como uma provação, um castigo, um período de dor e sofrimento que o debilita e o consome lentamente, tirando a sua autonomia e tornando-o dependente de familiares e amigos.

É um período de revolta, de questionamentos a respeito de si e do mundo e de valorização do estado de saúde e da vida. Resta ao enfermeiro reorganizar tais sentimentos junto com o enfermo, de modo que ele possa encontrar alívio e esperança, e um novo significado a experiência do adoecer. Muitas vezes, a disponibilidade da enfermeira para ouvir e aceitar seus conflitos como próprio de sua humanidade, pode abrir espaços para que ele possa estar melhor, mesmo em suas limitações.

**AMBIENTE/SOCIEDADE**, segundo Radünz (1994, p.15), interpretando King,

*“é o contexto interno e externo no qual o ser humano vive, interage, cresce e se desenvolve, desempenhando nele os seus papéis. Do contexto fazem parte os seres humanos, com suas respectivas crenças, valores, culturas, outros seres, objetos, etc..., com os quais nos relacionamos e/ou interagimos. Sistemas abertos, como é o caso dos sistemas pessoal, interpessoal e social da Teoria do Alcance dos Objetivos de King, sugerem indiretamente que ocorre interação entre o sistema e ambiente.”*

Para o enfermo oncológico, a doença é um fator que determina o seu afastamento, seja de modo temporário ou definitivo, do seu ambiente de trabalho, do seu grupo de amigos, de seu lar e de sua família. Isto ocorre pela necessidade de buscar um tratamento em uma instituição de saúde ou pelo “estigma” que a doença causa ao seu portador, em nossa sociedade.

O enfermo oncológico, tanto quanto outros, perde a sua autonomia, o seu poder de tomar decisão, sendo afetada a sua auto-imagem e auto-conceito. Ele ainda pode encontrar-se em ambientes estranhos, com pessoas desconhecidas, que realizam, muitas vezes, procedimentos que o ferem, tanto física quanto psicologicamente.

Acredito que cabe ao enfermeiro, seja no ambulatório ou no hospital, criar condições favoráveis ao indivíduo enfermo para que ele se sinta confortável, apoiado e seguro, o que, sem dúvida, facilitará a assistência, de modo que se possa conseguir a sua aderência ao tratamento. //

Nesse momento, uma comunicação clara, direta, sem rodeios, cria um ambiente de confiança, fortalecendo e favorecendo a interação, sendo um compromisso também do enfermo a busca da cura e do bem estar.

**ENFERMAGEM** é definida, segundo King, in George (1993, p.183), como:

*“um processo de ação, reação e interação, pelo qual enfermeira e cliente partilham informações sobre suas percepções na situação de enfermagem, “e como” um processo de interações humanas entre enfermeira e cliente, através do qual cada um percebe o outro e a situação; e, através da comunicação, fixam metas, exploram meios e concordam acerca dos meios para alcançar metas.”*

Diante disso, é fundamental um reconhecimento pessoal de cada profissional sobre sua responsabilidade no exercício do cuidado humano. Acredito que a *enfermagem* com toda a sua potencialidade é processo que influencia diretamente o curso do tratamento do paciente oncológico.

É uma prática com embasamento teórico, cujas atividades incluem a consideração do lado biológico-psico-emocional e cultural do cliente, oferecendo-lhe apoio e espaço para verbalizar suas angústias, inquietações e dúvidas. Em conjunto, através de um processo de comunicação, interação e transação, identificam quais as necessidades do cliente e quais suas expectativas em relação à assistência de enfermagem, garantindo assim uma assistência global, livre de riscos e humanizada.

**PERCEPÇÃO**, segundo King (1981, p.24),

*“é um processo de organização, interpretação e transformação de informações à partir de dados dos sentidos e da memória, sendo a representação que cada ser humano tem da realidade.”*

Neste conceito, acredito que se fundamenta toda a atividade do indivíduo, enquanto ser humano racional, pois é a partir da capacidade que temos de nos percebermos, de perceber o meio ambiente e os outros seres vivos que conseguimos nos comunicar, interagir, desempenhar papéis, tomar decisões, crescer e desenvolver biológica e, principalmente, psicológica e espiritualmente.

**SELF** (Eu, Ego), segundo King (1981, p.26-28) é,

*“ a compreensão do comportamento do ser humano, porque o “self” é a maneira como me defino para mim mesmo e para os outros. Só assim é possível a partir do conhecimento de si próprio. O “self” é tudo o que eu sou. Eu sou uma totalidade. O “self” é o que eu penso de mim e o que eu sou capaz de ser e fazer. O “self” é subjetivo, ou seja é o que eu penso que deveria ser ou gostaria de ser.”*



Segundo George (1993, p.176),

*“self é um conjunto de pensamentos e sentimentos que constituem a percepção que a pessoa tem de sua existência individual, sua concepção de quem é e do que é. É a soma total de tudo o que a pessoa pode chamar de seu. Um sistema de idéias, atitudes, valores e compromissos.”*

Considero que o “self” delimita o campo de ação do indivíduo, porque, a partir dos conceitos que se tem de si mesmo, do que se acredita que se é capaz de realizar, é que se determina o que é possível fazer ou não. O centro da pessoa é o “self” e é a partir daí que ela delimita a sua existência em relação ao que a rodeia.

**CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO** foi definido por King (1981, p.31) como:

*“uma função da bagagem genética, das experiências significativas e satisfatórias e de um ambiente propício a ajudar os indivíduos a atingirem a maturidade. São processos que ocorrem na vida dos indivíduos que os ajudam a deslocarem a capacidade potencial de realização para a auto-realização.”*

É importante que se saiba que cada ser humano tem em sua essência a capacidade de *crecimento e desenvolvimento*, entretanto, isto ocorre de forma individualizada, particularizada, pois sofre influência desde mais interna, própria do indivíduo, ou seja genética/hereditária, como também externa, ou seja, sua vivência, como também pelos diversos grupos, períodos históricos e momentos de saúde/doença em que se encontra o indivíduo. Implica em mudanças físicas e comportamentais em direção à sua realização como pessoa.

**INTERAÇÃO** foi definido por King (1981, p.60)

*“como um processo de percepção e comunicação entre dois ou mais indivíduos e representa comportamentos verbais e não-verbais que são atingidos para a transação ou o alcance de objetivos. Cada indivíduo é dotado de conhecimentos, necessidades, objetivos, expectativas, experiências passadas e percepções que influenciam diretamente as interações.”*

No meu entender, a *interação* depende muito do momento evolutivo em que se encontra o indivíduo, da capacidade de se perceber e se comunicar. Pode ser facilitada ou mesmo dificultada em alguns momentos e entre algumas pessoas. Ela pode ocorrer no sentido de ajudá-los a construir seu bem-estar, sua maturidade e sua saúde.

### **COMUNICAÇÃO**, conforme King (1981, p.62),

*“um processo pelo qual a informação é dada de uma pessoa para outra, tanto diretamente nos encontros face-a-face, como indiretamente através de sinais verbais e símbolos pelos quais os indivíduos expressam seus objetivos. E o intercâmbio de pensamentos e opiniões entre os indivíduos e o meio pelo qual se dá a interação, aprendizagem e transação.”*

É um elemento fundamental ao homem, visto que ele é um ser social e para tanto precisa se comunicar. A *comunicação* engloba várias facetas do indivíduo, desde o momento evolutivo em que se encontra, bem como as diversas maneiras de se comunicar, seja explícita ou implicitamente.

Este conceito, já abordado de forma mais enfática anteriormente, será considerado como foco central na proposta relatada neste texto, na medida em que se constitui numa oportunidade para avaliar as expectativas, necessidades e valores do cliente.

### **TRANSAÇÃO**, para King (1981, p.82), é um

*“processo de interação pelo qual seres humanos comunicam-se com o meio ambiente, buscando alcançar objetivos que são valorizados por ambos. Transação são comportamentos humanos voltados para os objetivos.”*

Acredito que a *transação* seja a socialização explicitada do indivíduo, podendo ser positiva ou negativa, sendo inter-dependente da percepção, comunicação e do self. Com a *transação* ocorre o alcance dos objetivos traçados, e é, literalmente, o que está além da ação, marcada em seus efeitos.

A *transação* é única, pois cada indivíduo tem uma maneira própria e individualizada de desenvolver tal habilidade, de modo que o comportamento assumido denota o grau em que as trocas ocorreram no processo interativo.

**PAPEL**, é definido por King (1981, p.93) como:

*“um conjunto de comportamentos esperados de pessoas que ocupam uma posição no sistema social; são regras que definem os direitos e as obrigações na posição, compreende uma relação com um ou mais indivíduos, interagindo em situações específicas para um propósito.”*

É um conceito inseparável do homem, pois, como ser social constantemente está ocupando papéis. É influenciado diretamente pela percepção e pelo self, sendo estruturado ao longo do tempo pelos grupos sociais, constituindo-se parte da cultura. Muda neste contexto, assumindo configurações adequadas ao processo social em cada período histórico.

A partir do *papel* desempenhado em determinados momentos é possível diferenciar a comunicação, interação e, conseqüentemente, transação dentro da sociedade. A resistência às determinações sociais dos papéis pode ocasionar desconforto pessoal e inter-subjetivo e, quando é muito acentuada, pode até mesmo ser origem de processos segregatórios ou primitivos.

**TOMADA DE DECISÃO**, de acordo com King (1981, p.132),

*“é um processo dinâmico, contínuo e sistemático pelo qual indivíduos ou grupos, dentre alternativas, fazem e praticam uma escolha para responder a uma questão e alcançar um objetivo.”*

A tomada de decisão é própria do homem, pois requer um exercício de pensamento e, principalmente, de conhecimento da situação. Depende da percepção e comunicação: é individual, subjetiva, situacional, não devendo ser influenciada.

Aqui, a enfermeira tem responsabilidade para encontrar junto com o cliente as alternativas para busca de informações suficientes para que a decisão seja promotora de saúde e bem-estar.

**ESTRESSE** foi definido por King (1981, p.95-102)

*“como um estado dinâmico do organismo pelo qual o ser humano, interagindo com o ambiente, procura manter o “balanço” visando alcançar o crescimento, desenvolvimento e desempenho. É uma resposta energética de um indivíduo para pessoas, objetos e eventos chamados estressores. O estresse pode ser negativo ou positivo, construtivo ou destrutivo. Manifesta-se na forma fisiológica, psicológica e social.” (p. 95-102)*

O estresse é um ônus que o homem carrega, conseqüente da sua necessidade inerente de ser sociável e de desempenhar papéis.

Toda interação, transação, resulta em estresse positivo ou negativo. Serve como uma mola propulsora que leva o indivíduo a desenvolver sua criatividade, ou mesmo subestimá-la.

Esses conceitos apresentados, além de serem referência durante o processo de pesquisa, servirão para situar a questão da humanização, a partir da interação e transação enfermeiro-cliente. Se constituem na base filosófica que reflete uma posição profissional diante do ato terapêutico.

Neste trabalho, servem como categorias para a análise dos dados obtidos através de entrevista e organizados por semelhança de enunciados das respostas obtidas.

## **2.5. Atitudes/comportamentos do cliente em relação à assistência**

As atitudes e comportamentos desenvolvidos pelo ser humano frente às situações de vida e saúde/doença na comunidade refletem e são influenciadas pelo status, seja sócio-econômico-cultural, ou mesmo de imagem que o próprio indivíduo tem de si mesmo ou de como os outros o vêem e qual a expectativa a seu respeito.

O papel, em uma sociedade capitalista como a nossa, tem sido importante para definir o “status” do indivíduo. Alguns sempre estão em posição de destaque, de liderança, tendo o controle e a decisão em suas próprias mãos,

enquanto outros aguardam ser comandados e direcionados, tendo os seus caminhos determinados por outrem.

Para a pessoa que vive o processo concreto de saúde/doença e de hospitalização, como é o caso de enfermos oncológicos, são visíveis as vivências de papéis diferenciados entre o cliente/familiares e alguns profissionais.

É comum ver um pai de família, um trabalhador, perder espaço dia a dia para a esposa, por exemplo, ou mesmo para os filhos, que antes ocupavam uma situação de submissão nas relações familiares. Isto significa uma modificação importante na sua vida, e ele pode precisar de suporte no seu movimento para ajustar-se à nova situação.

O mal-estar, seja a dor, o sono freqüente, a fraqueza, a inapetência, a impossibilidade de deambular ou de manter uma atividade de trabalho, a transfiguração da aparência física, enfim, todas as transformações relacionadas ao dia a dia da pessoa comum se somam ao diagnóstico de câncer, podendo deixar o indivíduo com medo e insegurança, desestimulado, sem iniciativa para solucionar os seus problemas, afetando a auto-estima, o auto conceito e a auto-imagem. Isto pode levá-lo a transferir responsabilidades, seja por não conseguir lidar com os acontecimentos, por medo do desconhecido, ou mesmo expectativa de se desligar das informações, ficando à margem, pois teme, muitas vezes, encarar o prognóstico, o que de uma certa forma sela a perspectiva de morte próxima e a conscientização de sua vulnerabilidade.

Nesse plano, na instituição de saúde também não é diferente. O cliente transfere aos profissionais a resolução de seus problemas, o que muitas vezes é observado como uma manifestação concreta de desconforto, insegurança e atestado de incapacidade e abalo psicológico.

Essa situação pode gerar expectativas em relação aos profissionais da saúde e acredito que muitas são as referentes à assistência de enfermagem através de diversos comportamentos expressados pelos clientes. Resta ao

profissional a responsabilidade de ler nas entrelinhas, estando atento à comunicação verbal e não verbal.

Entretanto, é bom lembrar do papel fundamental que o cliente timidamente desempenha, mas que é de real importância para o relacionamento cliente/profissional. Desta forma, não é mais aceitável a colocação do cliente como mero objeto, “algo” passivo diante da ação de enfermagem, nem a caracterização de suas atitudes simplesmente como “reações”. Propõe-se uma relação profissional/cliente como um encontro real de duas pessoas, para viverem e se experimentarem mutuamente e estabelecerem comunicação em uma situação significativa para elas, segundo Sinno (1987).

Os comportamentos e atitudes expressados pelos clientes podem ser influenciados diretamente por uma ação educativa desenvolvida pelos profissionais, mas isto é muitas vezes negligenciado em função de atividades administrativas e mesmo pelo excesso de tarefas a serem cumpridas.

Perde-se esse espaço, não se aproveitando o tempo junto ao cliente para criar vínculo, e confiança terapêutica, para saber dele quais os motivos que o levam a agir dessa ou daquela forma, e o que ele realmente quer e precisa que seja feito por ele, para que se tenha subsídios que orientem a reflexão sobre a prática assistencial, de modo que se torne mais efetiva e consciente. //

### 3. METODOLOGIA

Esta dissertação se estrutura a partir de um processo de investigação, desenvolvida em uma instituição de saúde no Estado de Santa Catarina, O CEPON - Centro de Pesquisas Oncológicas.

Instituição possui uma área para atendimento ambulatorial de pacientes oncológicos e outra para internação. O atendimento prestado compreende: consultas ambulatoriais com diversos profissionais, procedimentos de enfermagem (curativos, injeções, sondagens), atendimento de enfermagem, com o administração de quimioterópicos, orientação a respeito de quimioterapia (procedimentos realizados, bem como os efeitos colaterais e os cuidados necessários nesse período).

Na unidade hospitalar, foco do meu trabalho, são atendidos enfermos caracterizados como “fora de possibilidades terapêuticas” e em tratamento quimioterápico, portanto, uma clientela com diagnóstico de câncer confirmado. Possui duas unidades de internação, uma para cuidados paliativos e a outra para tratamento quimioterápico, compreendendo 41(quarenta e um) leitos, no total.

Conta com uma equipe multi-profissional, entre os quais assistente social, psicólogo, psiquiatra, enfermeiro, médicos, bioquímico, nutricionista, fonoaudióloga.

Para conduzir a proposta ora relatada, entrei em contato com a chefia geral do serviço de enfermagem, entregando uma cópia do projeto e expondo as minhas intenções. Após autorização para o desenvolvimento das atividades, agendei uma entrevista com a chefia de enfermagem do hospital para apresentar o projeto, conversar sobre os meus objetivos, propondo o cronograma a ser seguido, informando as atividades de pesquisa a serem realizados.

A apresentação geral na unidade ocorreu durante a passagem de plantão, ~~para esclarecer os objetivos da proposta e como seria desenvolvida, bem como~~ para solicitar a colaboração de todos.

O cliente participante também foi informado sobre a proposta como um todo, conhecendo as características de sua participação, de modo que pudessem fazer sua escolha em participar ou não como componente da amostra.

### **3.1. Características gerais da proposta**

Considero a importância de uma comparação entre um hospital especializado e um hospital geral, para avaliar aspectos diferenciadores e semelhantes na assistência ao indivíduo com câncer, no entanto, pensei inicialmente em entrevistar 30 (trinta) pessoas com esta enfermidade numa única instituição. Este número foi decidido como uma referência inicial, com o objetivo de permitir uma quantidade de informações suficiente, além de uma experiência consistente de comunicação, com base nos conceitos de King.

A amostra foi do tipo proposital, considerando-se ser adequado para os objetivos do estudo, uma vez que não se busca uma representatividade no conjunto de clientes, mas sim uma abordagem interativa que permita melhor possibilidade de informação.

Para a escolha do cliente defini critérios que determinam alguns parâmetros de objetividade e homogeneidade. Assim, foram escolhidos clientes que:

- apresentavam câncer em estágio de acompanhamento clínico ou paliativo, realizando, ou não, quimioterapia;
- se situavam em qualquer faixa etária, excluindo-se crianças e adolescentes com menos de 15 anos;
- se apresentavam lúcidos e orientados, para viabilizar o processo de comunicação, interação e transação;



- de preferência os admitidos mais recentemente e com expectativa de ~~permanência de pelo menos 5 (cinco) dias~~.

No sentido de respeitar a individualidade, autonomia e poder de decisão de cada participante, como critério geral foi necessário que os mesmos aceitassem fazer parte do estudo.

De acordo com os objetivos propostos, foi realizada investigação sobre as expectativas dos enfermos quanto à assistência prestada, para evidenciar as possibilidades da teoria quanto à humanização dessa assistência.

A coleta de dados foi realizada de diversas formas: as características pessoais e ligadas à doença diretamente no prontuário, das informações do pessoal de enfermagem e outros profissionais, além de junto ao próprio enfermo, familiares e amigos.

No que diz respeito às expectativas propriamente ditas, o instrumento básico de coleta de dados aplicado (anexo 1) continha um questionário com perguntas semi-abertas, cujas respostas foram gravadas por mim, considerando as restrições ligadas à situação ou terapêutica própria do respondente, e posteriormente transcritas.

As informações obtidas da parte de coleta de dados foram organizados a partir das questões do instrumento, agrupando-se os registros similares, dos quais se produziam conjuntos significativos e representativos das respostas. Desses conjuntos significativos procurei evidenciar os resultados expressivos em relação às expectativas dos clientes oncológicos sobre a assistência de enfermagem, com base nos conceitos de King.

A análise desses dados estruturou-se como interpretação qualitativa, pela associação e pela contradição em relação à literatura revisada.

Após realizadas as entrevistas com cada cliente, passei à fase de transcrição das fitas. Das trinta entrevistas, três foram eliminadas, duas por não terem condições de serem transcritas por problemas técnicos e uma por não conter conteúdo significativo de informações.

Com as entrevistas transcritas e digitadas passei à fase de leitura e categorização dos conteúdos registrados. Para garantir o sigilo e o anonimato de cada participante e identificar cada conteúdo de forma prática e objetiva, utilizei um método de nomear cada entrevista. Estando em mãos com todas as entrevistas, numerei-as de 1 (um) a 27 (vinte e sete), identifiquei o gênero do participante M (masculino) ou F (feminino), a sua idade, e cada registro obtido nas entrevistas, foram numerados até quantos fossem possíveis.

Portanto a entrevista 1, com o participante do sexo masculino, com 17 (dezesete) anos, referindo-se ao primeiro registro posso exemplificá-lo como: **E1M17R1**.

Com a codificação de cada entrevista e de seus registros, obtive, uma melhor visualização dos conteúdos e, a partir daí, os dados foram organizados, sendo distribuídos em categorias, sub-categorias e conjuntos significativos.

As categorias foram retiradas dos conceitos de King (percepção, expectativa, ambiente/sociedade, crescimento e desenvolvimento, comunicação, interação e transação). As subcategorias emergiram dos registros obtidos nas entrevistas, num total de 15 (quinze) sub-categorias, e o conjuntos significativos apareceram através de aproximação dos registros similares, num total de 43(quarenta e três).

Das 27 (vinte e sete) entrevistas obtive um total de 609 (seiscentos e nove) registros, apresentados e analisados a seguir.

Esta proposta se estruturou como um processo qualitativo de investigação, buscando, além da descrição dos dados que emergiram das falas dos entrevistados, uma análise na perspectiva da humanização, sustentada pelas expectativas, necessidades e valores da clientela. Não se buscou tanto a explicação para os dados, mas a sua exploração para evidenciar a necessidade dos profissionais de saúde de instrumentalizarem-se no processo interativo para produzir uma melhor assistência, tanto no sentido de sua competência técnica quanto humana.

#### 4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Durante a coleta de dados realizada através de entrevistas gravadas, procurei esclarecer junto ao cliente como se desenvolveria o meu estudo. Observei que havia uma certa dificuldade para que a real intenção do meu trabalho fosse compreendida. Muitos, inicialmente, não me viam como uma profissional da enfermagem e, sim, como outro profissional da equipe de saúde (nutricionista, assistente social).

Mostravam-se também acanhados com o gravador e tinham receio, pois achavam que eu estava querendo saber dados sobre a rotina hospitalar e que depois tais informações poderiam ser usadas como instrumento junto à equipe de saúde para punir alguém, ou até o próprio paciente não ser bem tratado.

A desconfiança entre pessoas, em geral, é tanto mais forte quanto mais hierarquizada a relação e quanto mais desconhecido e estranho o cotidiano de um em relação ao outro e, neste caso, os profissionais da saúde carregam estas duas características.

Acredito que algumas informações reais foram perdidas em razão de uma resignação e sentimento de inferioridade por parte do próprio cliente.

Diante dos dados coletados, após entrevistados 27 (vinte e sete) clientes, pode-se observar que dos 610 (seiscentos e dez) fragmentos das entrevistas que se constituíram nos registros para análise, os interesses desses clientes voltam-se principalmente para as suas percepções sobre a doença e tratamento, dando ênfase à experiência de sofrimento e à avaliação do dano causado.

Outras percepções desses clientes referem-se à enfermagem e à equipe de saúde e de como esse grupo profissional proporciona atenção, apoio e um bom atendimento durante o seu período de hospitalização e tratamento. Nesta categoria foram encontrados 259 (duzentos e cinquenta e nove) referências que se constituem em registros. A categoria expectativa também se constitui em

relevantes dados, referindo-se principalmente à meta que cada indivíduo tem de ficar ou estar curado, ficar bom e não morrer e em relação à eficiência do tratamento realizado, num total de 161 (cento e sessenta e um) registros.

Já em relação à categoria ambiente, sociedade e apoio assistencial, com 121 (cento e vinte e um) registros, a ênfase foi relativa à subcategoria apoio assistencial, na qual tivemos 50 (cinquenta) referências.

Quando me lancei nessas entrevistas, buscava saber do cliente quais as suas expectativas, necessidades e valores sobre a assistência que recebia, durante esse período, pois acreditava que com esses dados, o profissional de saúde poderia entender melhor as necessidades do cliente e tornar-se mais agradável e confortável o período de hospitalização, além de facilitar a interação entre cliente/profissional, dando outro sentido à qualidade da assistência prestada.

Observei que a percepção do cliente é mais importante para ele do que as suas expectativas, provavelmente por serem mais concretas e atuais. Mas elas aparecem entrelaçadas no tema doença, primeiro por se constituir, de fato, no foco de sua atenção no momento, segundo por implicar, em seu modo de pensar, na necessidade de assistência que lhes dêem esperança de que suas expectativas de saúde se concretizem.

O processo saúde/doença/hospitalização é tema constante na percepção do cliente sobre sua doença e tratamento, sobre a sua experiência de sofrimento e do dano causado nesse período e de como a equipe de enfermagem e saúde proporcionam atenção, apoio e bom tratamento, já que as expectativas são de que com a eficiência do tratamento e o apoio assistencial, o indivíduo possa ficar curado, bom e não morrer.

Outras categorias são levantadas, mas aparecem em menor escala, pois acredito que nesse momento não sejam tão valorizados.

Neste estudo, realizei 30 entrevistas gravadas, porém foram consideradas somente 27 (vinte e sete), eliminando-se duas delas por não terem sido ouvidas

para transcrição, por problemas técnicos, e uma por não conter dados significativos de informação, conforme já indicado anteriormente.

Após realizadas as entrevistas, foram transcritas e, dos enunciados obtidos, foi realizada uma leitura para apreensão do seu conteúdo geral. Após, as falas significativas em relação à teoria de apoio foram destacados, e cada uma foi transformada, em registro, que, agrupados foram se constituindo nas categorias e subcategorias.

A categorização dos dados, portanto, me reportou à base teórica para a assistência humanizada, na Teoria de I. King. Os conceitos de King se constituíram nas categorias e, de acordo com as semelhanças dos registros, foram constituídas subcategorias e conjuntos de significados.

Para melhor visualização, temos o Quadro I, com as relações entre as categorias, subcategorias e conjuntos de significados.

Para evidenciar as informações mais freqüentes e formar uma representação geral dos conteúdos, foram agrupadas as categorias, suas subcategorias e conjuntos de significados de forma a enumerar a freqüência absoluta de cada registro obtido.

**QUADRO I: Quadro demonstrativo das categorias, subcategorias e conjuntos de significados**

<b>CATEGORIAS</b>	<b>SUBCATEGORIAS</b>	<b>CONJUNTOS DE SIGNIFICADOS</b>
<b>1. Percepções</b>	<p>1.1. Saúde</p> <p>1.2. Doença</p> <p>1.3. Self</p> <p>1.4. Enfermagem e equipe de saúde</p>	<p>1.1.1. Consideração de recursos individuais</p> <p>1.1.2. Consideração sobre potencial de saúde</p> <p>1.1.3. Senso de bem-estar</p> <p>1.2.1. Avaliação da doença e tratamento</p> <p>1.2.2. Avaliação da dependência</p> <p>1.2.3. Experiência do sofrimento</p> <p>1.2.4. Avaliação do dano causado</p> <p>1.2.5. Consideração sobre ajuda necessária</p> <p>1.3.1. Auto conceito (como sou)</p> <p>1.3.2. Auto imagem (como estou)</p> <p>1.4.1. Não é trabalho para qualquer um</p> <p>1.4.2. Proporcionam atenção, apoio, bom tratamento</p> <p>1.4.3. Influenciam no curso e adesão do tratamento</p> <p>1.4.4. Não tratam bem (em outros locais)</p> <p>1.4.5. O dinheiro influencia o atendimento</p>
<b>2. Expectativas</b>	<p>2.1. Sobre doença e tratamento</p> <p>2.2. Sobre resultados</p> <p>2.3. Sobre profissionais</p> <p>2.4. Sobre outros aspectos</p>	<p>2.1.1. Descoberta do diagnóstico</p> <p>2.1.2. Da eficiência do tratamento</p> <p>2.2.1. De voltar ao normal</p> <p>2.2.2. De ficar ou estar curado/bom/não morrer</p> <p>2.2.3. De não ficar ou não estar curado/morrer</p> <p>2.2.4. Ter mais saúde</p> <p>2.3.1. De ser bem tratado</p> <p>2.3.2. De não ser bem tratado</p> <p>2.3.3. Da competência do profissional</p> <p>2.4.1. Da aproximação entre a realidade e o imaginário</p> <p>2.4.2. Ter respeitado a sua vontade</p> <p>2.4.3. Políticas de saúde</p>
<b>3. Ambiente Sociedade</b>	<p>3.1. Questões Sociais</p> <p>3.2. Questões do sujeito</p>	<p>3.1.1. Apoio assistencial</p> <p>3.1.2. Falta de apoio assistencial</p> <p>3.2.1. Realização dos papéis</p> <p>3.2.2. Aptidão para o trabalho</p> <p>3.2.3. Estigma</p> <p>3.2.4. Ter atividade de lazer</p> <p>3.2.5. Não ter atividades de lazer</p> <p>3.2.6. Direito de opinar</p>
<b>4. Crescimento e Desenvolvimento</b>	<p>4.1. Mudanças</p>	<p>4.1.1. Mudança de posturas</p>
<b>5. Comunicação</b>	<p>5.1. Informação requerida</p>	<p>5.1.1. Sobre a doença e tratamento</p> <p>5.1.2. Sobre direitos</p> <p>5.1.3. Sobre situação real</p>
<b>6. Interação</b>	<p>6.1. Cotidiana</p> <p>6.2. Na Instituição de saúde</p>	<p>6.1.1. Com a família</p> <p>6.2.1. Com profissionais</p> <p>6.2.2. Com outros doentes</p>
<b>7. Transação</b>	<p>7.1. Experiência pessoal</p>	<p>7.1.1. Tomada de decisão</p>

A seguir, comento cada passo realizado nesse processo e logo após apresento os quadros representando os resultados.

## CATEGORIA 1 – Percepção

Nesta categoria foram incluídos os conteúdos que denotam a construção perceptiva do informante sobre sua experiência. Para King (1981, p.24), recordemos, percepção *“é um processo de organização, interpretação e transformação de informações à partir de dados dos sentidos e da memória, sendo a representação que cada ser humano tem da realidade”*.

Quatro grandes subcategorias foram emergindo dos conteúdos, ou seja, os informantes, ao responderem às questões, enunciaram sua versão sobre *saúde, doença, self, enfermagem e equipe de saúde*, que, por sua vez, se constituíram dos conjuntos de significados, como demonstra o Quadro II.

**QUADRO II – Percepção dos informantes sobre a experiência vivenciada**

<b>SUBCATEGORIAS</b>	<b>CONJUNTOS DE SIGNIFICADOS</b>	<b>FREQÜÊNCIA ABSOLUTA</b>
<b>1. Saúde</b>	1.1. Consideração de recursos individuais 1.2. Consideração sobre potencial de saúde 1.3. Senso de bem estar	19 03 10
<b>Total</b>		<b>32</b>
<b>2. Doença</b>	2.1. Avaliação da doença e tratamento 2.2. Avaliação da dependência 2.3. Experiência do sofrimento 2.4. Avaliação do dano causado 2.5. Consideração sobre ajuda necessária	58 16 34 32 03
<b>Total</b>		<b>143</b>
<b>3. Self</b>	3.1. Auto conceito (como sou) 3.2. Auto imagem (como estou)	13 17
<b>Total</b>		<b>30</b>
<b>4. Enfermagem e equipe de saúde</b>	4.1. Não é trabalho para qualquer um 4.2. Proporcionam atenção, apoio e bom tratamento 4.3. Influenciam no curso e adesão do tratamento 4.4. Não tratam bem (em outros locais) 4.5. O dinheiro influencia no atendimento	04 36 10 02 02
<b>Total</b>		<b>54</b>
<b>TOTAL GERAL</b>		<b>259</b>

Conforme observado no quadro II, pode-se ter uma visualização melhor ~~das subcategorias e conjuntos de significados da categoria percepção.~~

Na subcategoria saúde observa-se que as preocupações em que os clientes são envolvidos referem-se mais às considerações de como cada indivíduo pode manter e usar, no período de hospitalização, os seus próprios recursos individuais, aparecendo com um número de dezenove registros. Levanta-se também considerações do potencial de saúde, com um número de 3 (três) registros, claramente associada à importância dada a questão do senso de bem estar, com 10 (dez) registros.

Para explicitar melhor essas colocações temos falas de alguns clientes que realçam de uma maneira mais concreta essa referência.

*“... adorava correr, são coisas necessárias para o cara estar bem, o exercício, a cabeça e a saúde...” (E1M17R27)*

Observa-se pela fala do cliente, que ele percebe coisas que são importantes e agradáveis para manter sua saúde e, ao mesmo tempo, que ele é o responsável pela sua realização.

Outra referência explicita melhor a questão quando o cliente refere:

*“... eu quero me cuidar, o remédio provoca dependência física, eu consigo dormir sem eles, então é melhor para mim, eu acho...” (E1M17R28)*

O próprio cliente reconhece recursos e forças individuais, de modo que ele mesmo tem condições de controlar o seu sono, sem depender de agentes externos que dirigem suas atitudes, tirando a sua autonomia, colocando-o em dependência orgânica.

Outra referência feita neste sentido de recursos individuais é quando um dos entrevistados refere que



*“... mesmo fazendo quimioterapia, a pessoa tem que ter fé. Foi a primeira coisa que aprendi quando cheguei aqui, desde aquele dia, eu comecei a rezar, ir mais à igreja...” (E1M17R33)*

A partir do reconhecimento que cada um tem das suas capacidades, pode desenvolver habilidades e fortalecer o seu próprio eu.

O senso de bem estar é também lembrado com frequência significativa e uma dessas falas que denota isto é quando um cliente refere:

*“... acho que estou bem melhor, por que eu vim para cá bem caída. Agora estou bem legal, bem mesmo...” (E2F41R1)*

Pode-se dizer que a percepção do cliente é aguçada e sempre presente no que se refere à sua saúde e a partir de suas sensações e experiências reais do momento atual é que ele vai delimitar a sua ação e criar seus limites, para mantê-la ou recuperá-la.

Na subcategoria doença, vários conjuntos de significados surgiram a partir dos registros obtidos das entrevistas, num total de 143 (cento e quarenta e três) referências à subcategoria doença. Entre eles, as que mais levantaram discussões e dúvidas entre os clientes foram as situações de avaliação da doença e tratamento, com 58 (cinquenta e oito) referências, a experiência de sofrimento com 34 (trinta e quatro) e a avaliação do dano causado com 32 (trinta e dois).

Enunciados como os citados a seguir, são referências que denotam a idéia de como é feita a avaliação da doença e tratamento:

*“... já fiz trinta e sete radioterapia, aí o médico achou que tinha que fazer mais um tratamento junto, aquele só, não estava adiantado...” (E2F41R2)*

*“... tenho um tumor no útero, agora não sei, estou fazendo os exames, para ver se vou fazer a quimioterapia ou não, não sei, estou esperando...” (E2F41R3)*

*“... eu pensei que eu ia chegar aqui, eles iam me botar numa mesa, iam me operar tudo de novo e eu ia morrer. Eu chorei tanto, pensava assim...” (E2F41R5)*

*“... eu tenho úlcera, gastrite crônica e um tumorzinho... Segundo o médico, fazendo essa cirurgia eu vou ficar bom, quase 100%, será mesmo?...” (E12M43R2)*

*“... eu sei que é uma doença que não é fácil, só que eu levo a vida assim...” (E17F51R1)*

Todos esses registros demonstram como o indivíduo faz a sua avaliação da doença e do tratamento realizado. Acredito que o grau de instrução do cliente interfere diretamente na posição que ele assume frente ao profissional, seja de participativo ou mesmo de passividade e submissão, transferindo a esses o papel de decisão dos caminhos a serem seguidos.

Percebe-se o sentido de inferioridade, falta de informação e, ao mesmo tempo, a confiança total a uma terceira pessoa, considerada como detentora do saber e única em condições de decidir o melhor.

Outras falas como as que seguem, demonstram outras percepções do cliente em relação à sua doença, que denota a experiência real de sofrimento. Nada é contado ou visto ao longe e sem ser vivenciado dia-a-dia, em cada minuto, não podendo ser transferido a outrem tal sentimento, nem mesmo guardado para depois. É a vida que vai passando e cada indivíduo tem que experienciar-se ou sofrer à sua maneira, buscando ou não recursos próprios ou de terceiros.

Acredito que a doença aliada a esse contexto de sofrimento abala mais o indivíduo hospitalizado, dificultando a sua recuperação rápida e, às vezes, até agravando-a e debilitando-a mais.

*“... a quimio é incomodativa, porque o cara fica preso, amarrado, mas muito bem estudada...” (E16M57R4)*

*“... não me sinto bem ter que ficar internada, deixo a minha família, sofro com tanta saudade...” (E17F51R4)*

*“... de quatro anos pra cá não agüento mais, é só hospital, médico, exames e remédios. É muito sofrimento para uma pessoa só...” (E17F51R4)*

*“... a quimioterapia é horrível, apesar de todo o atendimento, mas se eu pudesse eu não fazia, é uma tortura...” (E20F56R5)*

Outras referências são feitas à percepção do dano causado como resultado da doença, como nos registros a seguir, ligada à experiência específica, como algum limite que antes não possuíam:

*“... de cinco meses para cá, sinto uma dor no estômago que eu não sentia antes...” (E12M43R1)*

*“... com a quimioterapia muda um monte, a alimentação não vai e depois de dias é que volta ao normal...” (E13M39R3)*

*“... antes, a gente fazia de tudo, trabalhava, enfrentava tudo que vinha e hoje não dá para fazer mais nada...” (E13M39R2)*

*“... levei um tombo da laje, causando lesões na medula, dando uma paralisia total do umbigo para baixo e estou melhorando aos poucos...” (E18M27R3)*

*“... me sinto diferente na própria sala, uma anda, toma seu banho, a outra pode se locomover, eu não posso nada...” (E19F47R8)*

Esses relatos demonstram a percepção do cliente nos resultados danosos em seu corpo, em seu modo de viver, como consequência da doença. São situações atuais e diferentes das vividas anteriormente, que os deixam numa situação de dependência e inferioridade, quando se comparam a outras pessoas, mesmo que sejam também hospitalizadas.

O *self* é também encontrado como sub-categoria da percepção, num número de 30 (trinta) registros, surgindo como conjuntos de significados os temas referentes a auto-conceito (como sou) e auto-imagem (como estou) do cliente. Sugere o conceito atual do cliente, quando ele se percebe na situação de doença vivenciada.

Algumas falas são citadas abaixo para representar situações de percepção do auto-conceito:

*“... sempre percebi que o dinheiro e a imagem da pessoa manda tudo, sem o dinheiro não se é nada...” (E19E47R4)*

*“... eu era uma menina sadia...” (E14F15R5)*

*“... me sinto como se fosse uma pessoa quase inútil...” (E9M46R7)*

*“... sou muito nervosa longe de casa...” (E7F66R9)*

*“... em casa eu sou mais manhoso, peço para os outros fazerem as coisas por mim, mesmo quando estou me sentindo bem...” (E6M45R18)*

*“... me sinto quase uma inválida...” (E5F34R13)*

De uma maneira geral, a percepção do cliente sobre si mesmo é de uma pessoa incapaz, inútil, sem condições de realizar tarefas que antes eram normais do dia-a-dia.

Acredito que a valorização de determinadas atividades que outrora passavam quase que imperceptíveis, se dá pela impotência e dependência constante, seja nas situações de mais simples execução como o caminhar ou mesmo de garantir a sua subsistência, na realização de seu trabalho.

A imagem também é ameaçada e modificada nessa nova situação de saúde e doença.

*“... algumas pessoas se revoltam com a doença, eu procuro não transmitir essa imagem, a gente não pode passar o problema da gente para os outros...” (E9M46R8)*

*“... o difícil foi ter que encarar os efeitos da quimioterapia como a queda do cabelo...” (E10F22R5)*

*“... estou bem magra, perdi todo o meu cabelo depois da quimio, as veias nem aparecem mais, é uma dificuldade...” (E10F22R1)*

*“... quando a gente está doente a gente fica muito enjoado...” (E11M30R9)*

*“... perdi muitos quilos, o peso não parava, eu não sabia se aumentava ou diminuía, estou emagrecendo...” (E14F15R2)*

*“... eu não via essa multidão doente, não sou a única, tem tanta gente pior. A gente olha os rostos deformados, eu me conformo, no rosto eu não tenho nada...” (E26F58R12)*

Todos os relatos demonstram a percepção do cliente da sua autoimagem, como ele está atualmente, como resultado da doença e do próprio tratamento.

Situações de emagrecimento, queda de cabelo são muito valorizados, porque, de uma certa forma, caracteriza o paciente com câncer em tratamento, e assusta muito as outras pessoas que desconhecem a doença, causando um constrangimento entre o doente e o não doente. Cria, muitas vezes, situações de discriminação do doente na comunidade e mesmo na família, isolando-o do convívio.

Outra subcategoria que também foi levantada refere-se à enfermagem e à equipe de saúde, num total de 54 registros. Dentro dos seus conjuntos de significados, dois foram mais significativos, ou seja, a percepção que os clientes têm sobre o apoio, bom tratamento e atenção que os profissionais proporcionam e a influência que eles têm no curso e adesão ao tratamento.

Podemos identificar nas falas abaixo as referências do apoio, bom tratamento e atenção que os profissionais proporcionam:

*“... a gente é bem tratada, não tem do que reclamar...” (E2F41R1)*

*“... meu Deus são ótimos, toda hora estão no quarto da gente, toda hora olhando se a gente está precisando de alguma coisa...” (E2F41R7)*

*“... elas tem carinho, fazem a limpeza tudo certinho. Atendem com carinho, isso eu admiro. Aqui é diferente de outro hospital...” (E1M17R18)*

*“... as pessoas são bem mais atenciosas, as refeições bem caprichadinha...” (E5F34R6)*

*“... as enfermeiras atendem muito bem, a limpeza é ótima quando a gente precisa, elas ajudam sempre...” (E20F56R1)*

*“... o pessoal de enfermagem me tratam muito bem, me ajudam a qualquer hora que eu precise...” (E17F51R4)*

*“... as enfermeiras são bacanas, a gente está triste, elas vem e animam a gente com risadinhas e brincadeiras. Aí a gente esquece as coisas ruins e fica com as coisas boas...” (E3F54R4)*

Por estas falas observa-se o valor que a enfermagem adquire para o bem-estar dos clientes, na medida em que se aproximam mais e são mais disponíveis.

São relevantes também referências à influência que os profissionais de enfermagem e equipe de saúde tem no curso e adesão ao tratamento, percebido nas falas a seguir:

*“... com o amor recebido pelo pessoal do hospital, vou ficar boa...”*  
**(E26F53R3)**

*“... aqui o pessoal trabalha muito, eu fico boa só de vir para cá...”*  
**(E26F53R5)**

*“... tive que mudar de médica, essa nova é ótima, atenciosa e acompanha tudo...”* **(E10F22R7)**

*“... aqui, as pessoas são boas, dedicadas, dão todo um acompanhamento ao paciente...”* **(E9M46R10)**

*“... o médico daqui foi tranquilo, mandou eu ficar calma e não era nada do que eu pensei. Só a calma que atende, é ótimo, é mil maravilhas. O pessoal de enfermagem é muito melhor, é diferente...”*  
**(E8F48R6)**

Todos os relatos reportam às situações em que o cliente sente-se amparado e apoiado, sentindo com isso confiança nos profissionais e tendo uma adesão maior a todas as orientações, o que, sem dúvida, garante uma continuidade no curso do tratamento, melhorando, muitas vezes, situações que poderiam ser altamente extressoras, como é o caso da internação hospitalar ou sessão de quimioterapia.

As percepções do cliente devem ser valorizadas sempre e devemos buscar deles os significados dados às diferentes situações vivenciadas durante o processo de saúde/doença. Interagindo, interferindo e criando novos modos de perceber o desconhecido, mudando o que pode ser transformado e adaptando-os da melhor forma ao que não se pode ser transformado, sem autoritarismo,

buscando o compartilhar e o vivenciar junto, criando novas dimensões ao cuidar e orientar.

As percepções revelam significantes fundamentais sobre o enfermo como um ser consciente de si, de suas mudanças, de suas possibilidades e até mesmo de sua intenção relativa ao processo pelo qual está passando.

Certamente tais percepções podem se constituir em aproximações maiores ou menores da realidade, podendo o profissional enfermeiro conduzir a interação própria da ação terapêutica do cuidado de modo a ajudar as pessoas a estabelecer metas e objetivos mais concretos e factíveis.

## **CATEGORIA 2 – Expectativas**

Interpretando a teoria de King posso inferir que ela vê a sociedade como um sistema organizado com regras sociais e padrões de comportamentos. E que, para ocorrer uma transação efetiva entre os seres humanos, as suas expectativas influenciam diretamente nesses padrões de comportamentos, nos seus valores e nas suas necessidades.

Apesar da teorista não mencionar claramente como conceito seu as expectativas, achei por bem considerá-la como uma categoria, já que foi objeto das entrevistas as questões sobre expectativas do cliente em relação a todo o seu processo de saúde-doença e também por acreditar que elas seriam de grande valor na qualidade da assistência. A partir dessa categoria, surgiram então inúmeras subcategorias e conjuntos de significados. Foram incluídos conteúdos que denotam as expectativas do cliente frente à doença e tratamento, sobre os resultados obtidos, os profissionais e outros aspectos. No quadro III pode-se ter uma melhor visualização das expectativas desses clientes, desmembrando-as em subcategorias e conjuntos de significados com suas frequências absolutas.



**QUADRO III – Expectativas dos informantes sobre a experiência vivenciada**

<b>SUBCATEGORIAS</b>	<b>CONJUNTOS DE SIGNIFICADOS</b>	<b>FREQÜÊNCIA ABSOLUTA</b>
<b>1. Sobre doença e tratamento</b>	1.1. Descoberta do diagnóstico 1.2. Da eficiência do tratamento	15 22
<b>Total</b>		<b>37</b>
<b>2. Sobre resultados</b>	2.1. De voltar ao normal 2.2. De ficar ou estar curado/bom/não morrer 2.3. De não ficar ou não estar curado/morrer 2.4. Ter mais saúde	16 36 09 02
<b>Total</b>		<b>63</b>
<b>3. Sobre profissionais</b>	3.1. De ser bem tratado 3.2. De não ser bem tratado 3.3. Da competência do profissional	18 11 07
<b>Total</b>		<b>36</b>
<b>4. Sobre outros aspectos</b>	4.1. Da aproximação entre a realidade e o imaginário 4.2. Ter respeitado a sua vontade 4.3. Políticas de saúde	07 13 05
<b>Total</b>		<b>25</b>
<b>TOTAL GERAL</b>		<b>161</b>

Conforme observado no quadro III, com a subcategoria “sobre doença e tratamento”, as expectativas do cliente voltam-se à descoberta do diagnóstico com 15 (quinze) registros e a eficiência do tratamento com 22 (vinte e dois).

Enquanto não se tem um diagnóstico correto, o paciente passa por momentos de dúvida, angústia e medo por pensar em situações desagradáveis como a recidiva da doença. Quanto maior tempo de espera às respostas aos seus questionamentos, mesmo que esses não sejam verbalizados, maior será a tensão e o seu estresse, influenciando diretamente na hospitalização que tem aumentado o seu peso.

Algumas falas denotam a preocupação direta do cliente com o seu diagnóstico:

*“... posso dizer que estou muito nervosa enquanto não sair os resultados dos exames e não for esclarecido o que tenho no pulmão...” (E7F66R21)*

*“... tenho dúvida sobre o meu estado de saúde, penso que queria saber se o meu problema voltou. Tinha câncer de mama, será que a doença voltou vou ter que aguardar os exames...” (E5F34R10)*

*“... eu não sinto nada, aqui no hospital já começavam a fazer o tratamento, mas ainda não descobriram o que eu tenho...”*  
(E4M56R14)

*“... Gostaria que isso tudo fosse mais ligeiro, pra ver o que tenho ou o que não tenho...”* (E3F54R3)

A eficiência do tratamento é outra preocupação presente, independente do diagnóstico recebido, porque são depositadas todas as esperanças de que mesmo que o diagnóstico não seja favorável, o tratamento é uma alternativa que pode na maioria das vezes resolver a situação.

Abaixo podemos exemplificar essas considerações:

*“... a expectativa é muito grande, o cara fica ansioso, por que o cara sabe que é a quimioterapia que vai tirar dessa doença... e depois ter vida normal...”* (E1M17R2)

*“... penso que seja o medicamento, antes eu sentia muita dor...”*  
(E12M43R3)

*“... no tratamento acho que tenho que deixar fazer tudo, acredito que tudo está bom...”* (E16M57R8)

*“... acredito que o tratamento vai me fazer bem, por que é a 1ª vez que eu fiz a aplicação os caroços já ficaram bem espalhados e já voltei ao meu trabalho...”* (E17F51R2)

*“... com o tratamento estou sentindo diferença. Melhorei da infecção na bexiga, comecei a engordar, não sinto mais dor...”* (E18M27R4)

Quanto às expectativas sobre os resultados esperados, os pacientes encontram-se com sentimentos muitas vezes opostos, entre morrer e não morrer, esperam ter mais saúde ou pelo menos voltar ao normal.

No Quadro III, o que mais aparece sobre os resultados é a expectativa de ficar ou estar curado/bom/não morrer, com 36 (trinta e seis) registros e o de voltar ao normal, com 16 (dezesesseis) registros.

Percebo que muitos planos de vida ainda são feitos, existem preocupações com a família, muitos não se consideram totalmente doentes e precisam trabalhar. E o simples relato de querer melhorar, com certeza, refere-se a esses desejos que nem sempre são mencionados claramente.

*“... espero melhorar...” (E18M27R4)*

*“... eu penso em sarar...” (E20F56R2)*

*“... espero ganhar o tratamento aqui, com a recuperação imediata...” (E22M47R6)*

*“... penso em melhorar, ficar curada...” (E21F58R1)*

*“... na minha saúde só penso em otimismo, penso que vou melhorar, nunca desanimo...” (E24M32R1)*

*“... a doença avançou e eu fui uma das atingidas. Tenho vontade de viver, passar essa prova, não posso me entregar...” (E26F53R12)*

*“... eu tenho pensado sempre, na situação de ficar bom, tenho família para cuidar...” (E4M56R1)*

Outra questão abordada é o de voltar ao normal, sabem da doença, mas esperam e desejam fazer as mesmas coisas que faziam anteriormente. A volta ao normal nem sempre significa a cura completa, mas pelo menos o seu bem estar, sem sofrer as seqüelas da doença e do tratamento.

*“... a gente espera até que sara, para ser aquela pessoa que era...”*  
(E4M56R1)

*“... me sinto forte, acho que vou melhorar logo...”* (E6M45R16)

*“... com a cirurgia espero voltar a vida normal, hábitos, sair, ficar mais divertido...”* (E9M46R5)

*“... quero melhorar, ficar bom, que eu possa fazer tudo que eu quero...”* (E25M15R9)

A expectativa sobre os profissionais de saúde, e principalmente os de enfermagem, se caracterizam principalmente no desejo de ser bem tratado, sempre com competência por parte do profissional.

A hospitalização, como resultado da doença, leva o indivíduo à mudança de seu ambiente natural, tornando-o muitas vezes dependente de outras pessoas e sujeito à intervenção direta de profissionais, que são amparados pelo conhecimento teórico/científico e prático, deixando os clientes, em alguns momentos, sem saber qual a importância de alguns procedimentos.

¶ O desejo real e único é de ser bem tratado, porque o sofrimento do afastamento familiar e social já é um fardo bastante pesado. Alguns indivíduos tornam-se mais dóceis no falar, sempre apresentam sorrisos e mostram-se educados, são atitudes da própria natureza ou mesmo mecanismos de defesa para serem bem tratados, ou terem a atenção dos profissionais.

Algumas falas demonstram a necessidade/expectativa de ser bem tratado, aparecendo com 18 (dezoito) registros. A seguir pode-se perceber essa expectativa com alguns relatos.

*“... todos me falavam que aqui o atendimento era super bom, eu imaginava assim...”* (E25M15R5)

*“... espero um tratamento normal, passar o medicamento e cuidar...”*  
(E10F22R13)

*“... espero que as pessoas atendam bem, o remédio na hora certa...”*  
(E7F66R16)

*“... que eles venham com educação, sejam bons...”* (E6M45R11)

*“... espero ser ajudado do melhor jeito possível...”* (E22M47R6)

Apesar da referência ao conjunto de significado “não ser bem tratado” ter um número de onze registros, ou seja, superior ao da “competência do profissional” com sete registros, acredito que é relevante mencionar as expectativas do cliente em relação ao tema competência. Todas as referências relatam implicitamente a preocupação de não ser mal tratado e isso pode ser evitado se o profissional estiver capacitado teoricamente e executar uma prática correta.

*“... espero que o meu médico tenha certeza naquilo que faz, seja objetivo...”* (E11M30R5)

*“... espero que o profissional seja habilitado para realizar os procedimentos para não ser desconfortável...”* (E11M30R6)

*“... acho que o médico não vai colocar o paciente num tratamento que não vai resolver...”* (E11M30R15)

*“... espero que o médico faça o certo comigo...”* (E1M17R19)

*“... certas enfermeiras tem a capacidade de pegar a veia mais fácil e outras não...”* (E1M17R28)

Sobre as expectativas, em outros aspectos, pode-se observar três conjuntos de significados, da “aproximação entre a realidade e o imaginário”, com sete registros, o de “ter respeitada a sua vontade”, com treze e “questões de política de saúde”, com cinco.

Todas as referências feitas interferem diretamente no bem estar geral do cliente hospitalizado e, sem dúvida, questões de liberdade como respeito à vontade do outro, não poderia deixar de ser o mais evidenciado.

Com a doença e a hospitalização, ou não, cada indivíduo experimenta de forma mais ou menos intensa ser tolhida a sua liberdade de decidir por si só as suas atitudes de como e quando fazer. Isso ocorre, provavelmente, por passar temporária ou definitivamente dependendo de outros, por proteção exagerada de familiares, amigos ou profissionais, ou mesmo por ter que se adaptar a novas regras da rotina diária, caso esteja dentro de uma instituição hospitalar ou outro lar temporário.

A tentativa do paciente de manter os seus hábitos e rotinas, ou mesmo, querer decidir os assuntos que lhe dizem respeito é uma maneira de garantir a sua identidade e autonomia frente aos outros que, ao meu entender na maioria da instituições inadvertidamente, querem colocá-lo numa situação cada vez mais de dependência e dominação. Alguns relatos demonstram melhor a necessidade que o homem apresenta em ter respeitada a sua vontade.

*“... eu gosto de ficar no meu cantinho...” (E1M17R22)*

*“... eu gosto de tomar café de manhã e depois tomar banho, de noite eu não tomo banho...” (E2F41R8)*

*“... às vezes eu quero outro tipo de comida, eu peço, as vezes não quero nada...” (E4M56R14)*

*“... se eu não quero que pegue a veia num lugar, eu não deixo...” (E6M45R14)*

*“... A pessoa não pode ser obrigada a tomar hábitos diferentes...” (E9M46R12)*

### CATEGORIA 3 – Ambiente/Sociedade

Nesta categoria, foram incluídas todas as referências feitas às questões diretamente vivenciadas no ambiente/sociedade do qual o cliente faz parte, seja ele hospitalar ou não, destacando-se principalmente o apoio recebido em todo o processo.

Para Radünz (1994, p.15), interpretando King, “ambiente/sociedade é o contexto interno e externo no qual o ser humano vive, interage, cresce e se desenvolve, desempenhando nele os seus papéis. Do contexto, fazem parte os seres humanos, com suas respectivas crenças, valores, culturas, outros seres, objetos, etc..., com os quais nos relacionamos e/ou interagimos. Sistemas abertos, como é o caso dos sistemas pessoal, interpessoal e social da Teoria do Alcance dos Objetivos de King, sugerem, indiretamente, que ocorre interação entre os sistemas e ambiente.”

No Quadro IV são apresentadas as subcategorias emergidas das referências dos clientes em relação ao ambiente/sociedade, apresentando a frequência absoluta de cada uma delas.

**QUADRO IV – Situações de ambiente/sociedade levantadas pelos informantes.**

<b>SUBCATEGORIAS</b>	<b>CONJUNTOS DE SIGNIFICADOS</b>	<b>FREQÜÊNCIA ABSOLUTA</b>
<b>1. Questões sociais</b>	1.1. Apoio assistencial	50
	1.2. Da eficiência do tratamento	08
<b>Total</b>		<b>58</b>
<b>2. Questões do sujeito</b>	2.1. Realização dos papéis	17
	2.2. Aptidão para o trabalho	24
	2.3. Estigma	01
	2.4. Ter atividades de lazer	13
	2.5. Não ter atividades de lazer	07
	2.6. Direito a opinar	01
<b>Total</b>		<b>63</b>
<b>TOTAL GERAL</b>		<b>121</b>

Quando se fala sobre ambiente/sociedade, surgem imediatamente, duas subcategorias, as sociais e as do sujeito, denotando a interação do paciente com outros seres humanos.

Nas questões sociais houve uma referência importante ao apoio assistencial, com cinquenta registros, e a falta de apoio assistencial, com oito.

Nesse momento de instabilidade pessoal pela qual passa o paciente, é de fundamental importância para ele o apoio assistencial, seja ele de forma interpessoal, com familiares e amigos, e também social, da comunidade de que faz parte.

Esse apoio mostra-se como um suporte sólido de interação com outros indivíduos e ajuda o paciente a manter-se com forças para caminhar e acreditar que não está só, o que reflete diretamente na sua melhor e mais rápida recuperação, ou pelo menos, num viver agradável, sem sentir o gosto do abandono.

*“... consulto só no Cepon, há um ano atrás fiz uma cirurgia em Lages...” (E7F66R5)*

*“... aqui tem sempre roupa limpa, camisola, lençol...” (E7F66R13)*

*“... aqui a alimentação é ótima, não sinto dor, ganho todos os remédios. Tenho médico a qualquer hora...” (E8F48R4)*

*“... sempre tem os remédios que eu preciso...” (E6M45R8)*

*“... quem tem me ajudado é a minha família, meu marido, meus filhos, o pessoal da comunidade e a prefeitura que me leva e traz...” (E5F34R14)*

*“... a alimentação aqui no hospital é boa mesmo, o conforto nem se fala. O lençol é trocado todo dia, dão banho na cama para quem não pode sair...” (E24M32R11)*



Nas questões do sujeito, vários conjuntos de significados são lembrados desde o lazer, direito de opinar, o estigma, trabalho e os papéis.

De todos, como pode-se ver no quadro IV, os itens que mais foram abordados pelos clientes referem-se à aptidão para o trabalho, com vinte quatro registros, a realização dos papéis, com 17 (dezesete), e ao de ter atividades de lazer, com 13 (treze).

Os pacientes aqui considerados como informantes do estudo caracterizam-se por pertencerem a faixa etária de 15 (quinze) a 66 (sessenta e seis) anos, serem trabalhadores, aposentados, estudantes, pais ou mães responsáveis pelo sustento da família. Todos de classe média baixa, com grau de instrução não superior ao segundo grau, sendo na sua maioria semi-analfabetos. Neste contexto, a questão do trabalho é muito pertinente, pois ameaça uma família, um lar, influenciando na comunidade, aumentando o número de famintos, desempregados e criando muitas vezes ambiente propício à marginalidade. Mesmo porque, em algumas comunidades e lares se é reconhecido como líder por aquilo que se pode produzir, sendo a incapacidade para o trabalho um fator desestruturante na organização familiar.

Algumas considerações podem ilustrar essa preocupação com o trabalho e o quanto o limite e impossibilidade podem causar mal estar.

*“... no momento só cuidava da casa, por que não tem força para trabalhar na roça, antes dava duro o dia inteiro...” (E5F34R12)*

*“... eu trabalho em casa, antes trabalhava de diarista, lavava roupa e até na roça já trabalharei. Eu não sei ler, nem escrever outro serviço é difícil...” (E7F66R1)*

*“... fico desanimado em ficar hospitalizado, não posso trabalhar, não posso fazer quase nada...” (E24M32R5)*

No entanto, com a doença ou mesmo a hospitalização, e pela resultante dependência que muitas vezes surge no paciente, há uma alternância dos papéis desempenhados pelos indivíduos dentro da família e até mesmo na comunidade.

Pessoas antes consideradas líderes, produtivas e capazes de decidir em momentos difíceis, passam a não ter mais esse espaço e a desempenhar papéis que denotam uma dependência e submissão. Ou seja, a diminuição ou incapacidade total da sua força física limita e impele a uma nova condição de vida, afetando-o psicologicamente e emocionalmente. As falas seguintes reforçam o enunciado anterior.

*“... apesar de ser bem atendido e tudo, a gente tem saudade da casa da gente e da vida que levava...” (E2F41R12)*

*“... estou aposentado, era escrivão judicial...” (E9M46R1)*

*“... não estou mais trabalhando. Não sai mais com o pessoal a noite, não viajo...” (E10F22R2)*

*“... tenho duas filhas menores para cuidar...” (E26F53R3)*

*“... participava de grupos de religião, ajudava nas missas, fazia parte da diretoria da igreja, então sinto falta...” (E12M43R16)*

Em qualquer situação da vida, o lazer, o passatempo, a distração são atividades que relaxam o indivíduo e ajudam a diminuir ou evitar o estresse que a vida moderna propicia. Com a doença e a hospitalização, pela própria situação de deparar-se com o desconhecido e com momentos de desconforto, o estresse aumenta, existindo claramente a necessidade de atividades de escape, comentada pelos entrevistados, denotando a importância de momentos como esses, que são prazerosos.

“... vou tomar sol, jogo carta, assisto tv o jornal nacional...”  
(E12M43R11)

“... para passar o tempo jogo bingo...” (E13M39R12)

“... para passar o tempo jogo bingo, baralho, dominó. Se a pessoa se diverte, ela tem um desempenho melhor até na doença. Não fica de mau humor...” (E18M27R7)

“... aqui tem bingo, mas eu não vou por que não posso subir. Então jogo vídeo game, mini game, escuto rádio, como quase o tempo todo...” (E14F15R12)

#### CATEGORIA 4 – Crescimento e Desenvolvimento

Nessa categoria foi encontrada no discurso dos informantes a situação de mudança de posturas frente à realidade apresentada e vivenciada, no momento de hospitalização e tratamento, com vistas à transformação de valores na futura alta.

Recordemos também que, para King (1981, p.31), crescimento e desenvolvimento é definido como “*uma função da bagagem genética, das experiências significativas e satisfatórias e de um ambiente propício a ajudar os indivíduos a atingirem a maturidade. São processos que ocorrem na vida dos indivíduos que os ajudam a se deslocarem da capacidade potencial de realização para a auto realização*”.

Na categoria “crescimento e desenvolvimento” somente uma subcategoria foi levantada entre os informantes, a qual será apresentada no Quadro V.

**QUADRO V** – Situação de Crescimento de Desenvolvimento adquirida no processo de Saúde-Doença.

SUBCATEGORIA	CONJUNTOS DE SIGNIFICADOS	FREQÜÊNCIA ABSOLUTA
1. Mudanças	1.1. Mudanças de posturas	10
<b>TOTAL GERAL</b>		<b>10</b>

A experiência do sofrimento, a privação de coisas ou momentos e a percepção de uma situação real de ameaça à existência faz com que a pessoa repense sua vida, suas atitudes e repadronize suas necessidades e valores. Com certeza, com a hospitalização e a doença, como o câncer, criam-se situações de experiências tais de sentimentos e com isso mudanças internas na consciência, no próprio eu e em mudanças de posturas frente a situações muitas vezes conhecidas e tratadas de maneira diferente anteriormente.

*“... se eu tivesse antes o pensamento que tenho hoje, mais passivo, compreensivo, eu não estaria aqui... Acho que tive bastante tempo para colocar a cabeça no lugar...” (E18M27R13)*

*“... quero me dedicar mais a minha saúde, a da minha família. Incentivar os meus amigos, não me preocupar tanto com bens materiais...” (E12M43R6)*

*“... antes só trabalhava, então tive que parar e vi que a vida não é só isso, tem que modificar o lado espiritual, não posso me entregar...” (E26M53R10)*

*“... estou mais caseiro, diminuí a cerveja, o sol. Acho que estou redefinindo a vida...” (E9M46R4)*

## **CATEGORIA 5 – Comunicação**

Nessa categoria foram incluídas todas as informações referidas pelos informantes no que se refere ao tema comunicação e seus desmembramentos na questão saúde-doença.

Conforme King (1981, p.62), comunicação é *“um processo pelo qual a informação é dada de uma pessoa para outra, tanto diretamente nos encontros face-a-face, como indiretamente através de sinais verbais e símbolos pelos quais os indivíduos expressam seus objetivos. É o intercâmbio de pensamentos e*

*opiniões entre os indivíduos e o meio pelo qual se dá a interação, aprendizagem e transação”.*

As subcategorias e os conjuntos de significados encontrados serão mostradas no quadro VI, bem como a frequência absoluta obtida, conforme levantamento, indicando que os indivíduos entrevistados mencionaram esta necessidade (de comunicação) somente relacionada aos requerimentos de informação sobre o problema experienciado.

**QUADRO VI – Comunicação/informação requerida pelos informantes**

<b>SUBCATEGORIA</b>	<b>CONJUNTOS DE SIGNIFICADOS</b>	<b>FREQÜÊNCIA ABSOLUTA</b>
<b>1. Informação requerida</b>	1.1. Sobre a doença e o tratamento 1.2. Sobre direitos 1.3. Sobre situação real	11 02 13
<b>TOTAL GERAL</b>		<b>26</b>

A comunicação, seja ela verbal ou não, é o canal direto que proporciona a interação entre os indivíduos. Com a doença e/ou hospitalização esse canal pode ser quebrado ou ameaçado, inviabilizando muitas vezes que o paciente tenha suas necessidades atendidas.

Inúmeras dúvidas podem surgir frente a essa desconhecida “doença”, seu diagnóstico e seu tratamento, os direitos individuais e a situação real a qual se encontra, como expressão de seus desejos em continuar a ter controle sobre sua vida.

O profissional deve estar sempre aberto, observando e percebendo tudo à sua volta, no sentido de estar preparado e apto a prestar seus cuidados, garantindo uma melhor qualidade de vida àquele que é objeto de seu trabalho, garantindo-lhe, sempre que consciente e livremente requisitada.

Acredito, ser relevante destacar com relação a, informação requerida ter como frequência absoluta apenas 2 (duas) indicações frente aos direitos. O que denota cada vez mais, o desconhecimento do ser humano do seu papel de

cidadão, atrelando-o cada vez mais a uma posição de submissão, sendo muitas vezes manipulado e controlado.

Entre os entrevistados as informações requeridas que mais se destacaram, conforme o quadro VI, foram “sobre a sua doença e tratamento”, com 11 (onze) registros e “sobre a sua situação atual”, com 13 (treze), tais como referidas em seus relatos a seguir:

*“... o profissional deve saber contar para o paciente e família, sendo preparado para a doença...” (E9M46R8)*

*“... devia chegar, procurar saber como a gente queria que fosse, como está o corpo da pessoa. Se está mais forte ou mais fraco...” (E23M34R17)*

*“... muita dúvida, com medo que tenha um tumor no pulmão, não quero fazer cirurgia, acho que tem que se ter um tratamento sem precisar operar ...” (E7F66R20)*

Independente do diagnóstico e do tratamento realizado, o paciente mostra-se inquieto, pois sabe, muitas vezes, da gravidade da doença e sofre os efeitos colaterais do tratamento, por isso, a grande questão é saber qual a sua situação real. Não consigo identificar claramente a necessidade dessa informação, mas me parece que tal questionamento sugere a necessidade do paciente de uma informação positiva, que está bem e que vai melhorar.

Outra vertente negativa parece ser sublimada, pois a esperança sempre é positiva e a sua busca inspira novas forças e um novo recomeçar, mesmo que a situação não se mostre tão favorável, como se pode observar em algumas falas:

*“... gostaria de sair daqui com as coisas mais definidas...” (E8F48R11)*

*“... esperava que os médicos fizessem os exames de forma rápida e procurassem falar o que realmente a gente tem...” (E23M34R5)*

*“... fiz os exames e o médico devia chegar e dizer os resultados, como é que estou, se a internação vai demorar, podia dar uma resposta para a família. A gente não sabe nada...” (E23M34R8)*

*“... eu quero saber de tudo e quero que as minhas perguntas sejam respondidas...” (E11M30R6)*

Neste ponto cabe uma reflexão sobre o papel dos enfermeiros em relação às informações prestadas e me parece que a questão crucial é a disponibilidade para a interação, na qual o profissional pode identificar as conseqüências positivas e negativas, tanto do silêncio quanto da informação não desejada. Disso resulta a necessidade de maior preparo, mas também do desenvolvimento de sensibilidade para compreender e respeitar o processo pelo qual o cliente passa.

## **CATEGORIA 6 – Interação**

A categoria interação é levantada pelos informantes e aparece com duas subcategorias, que denotam o espaço familiar e o social do cliente, durante o processo de doença/tratamento.

Interação foi definida por King (1981, p.60) *“como um processo de percepção e comunicação entre dois ou mais indivíduos e representa comportamentos verbais e não verbais que são atingidos para a transação ou o alcance de objetivos. Cada indivíduo é dotado de conhecimentos, necessidades, objetivos, expectativas, experiências passadas e percepções que influenciam diretamente às interações.”*

No quadro VII serão mostrados os achados, no que diz respeito às subcategorias e conjuntos de significados, para se fazer uma análise pertinente e sustentável sobre a necessidade expressa pelos entrevistados, de uma certa forma menos enfática do que se esperava.

*QUADRO VII – A Interação referida pelos informantes*

<i>SUBCATEGORIAS</i>	<i>CONJUNTOS DE SIGNIFICADOS</i>	<i>FREQÜÊNCIA ABSOLUTA</i>
<b>1. Cotidiana</b>	1.1. Com a família	17
<b>Total</b>		<b>17</b>
<b>2. Na instituição de saúde</b>	2.1. Com profissionais	03
	2.2. Com outros doentes	09
<b>Total</b>		<b>12</b>
<b>TOTAL GERAL</b>		<b>29</b>

A convivência adequada e agradável é estabelecida através de uma interação efetiva, bilateral, entre os indivíduos, sejam eles familiares, profissionais ou companheiros, diante de uma situação vivencial similar.

Com a doença e todo o tratamento que os cercam, a interação é o que podemos denominar de elo de ligação/confiança. Através dela podemos ajudar outros indivíduos a passarem de uma situação de isolamento e solidão pessoal para o convívio em grupo e o compartilhar de suas angústias, medos, expectativas e necessidades.

A família é o primeiro grupo de acesso e apoio ao paciente, por já ser uma estrutura normalmente conhecida e confiável. A interação cotidiana com a família aparece com 17 (dezessete) registros, quando os entrevistados referem sua saudade, seu sentimento de falta, de ausência.

Ainda a família se constitui no grupo de apoio preferencial, consolidando laços significativos, mesmo em situações de grande dor.

*“... sei que o espaço é pequeno, mas alguém da família inspira tranquilidade...” (E11M30R11)*

*“... a hospitalização é sofrida por que nessa distância a família fica lá e a gente tem que enfrentar...” (E13M39R5)*

*“... em primeiro lugar é a família da gente né...” (E4M56R23)*

*“... a minha família me apoia...” (E20F56R13)*



A interação na instituição de saúde, por outro lado, engloba dois grupos. O dos profissionais e dos outros doentes, que mostrou-se com um número mais significativo, com nove registros.

Com a hospitalização em enfermarias, como é o caso da instituição sob análise, os pacientes vivenciam o compartilhar do seu espaço com pessoas estranhas, com hábitos e culturas diferentes, o que provavelmente resulta na diminuição de sua privacidade. Observa-se, entretanto, uma empatia entre os doentes, talvez por saberem o que o outro está passando. A imobilização no leito, ou mesmo o período longo de hospitalização, também podem ser considerados caminhos para favorecer a interação, resultando em apoio extra, pela situação compartilhada e pela esperança mútua desencadeada.

*“... aqui os colegas do quarto são tudo gente boa, ninguém atrapalha ninguém...” (E22M47R11)*

*“... a gente conversa, tem a turminha lá do quarto. Quando eu cheguei, eles ficaram uns dias meio desconfiados, mas nós nos achamos na companhia e tudo bem...” (E4M56R17)*

*“... é bom dividir o quarto com outras pessoas, a gente faz amizade, conversa, ouve histórias...” (E24M32R9)*

*“... não tem problema dividir o quarto com outras pessoas. Todos querem melhorar, daí conversa entre si e fica bom...” (E23M34R19)*

## **CATEGORIA 7 – Transação**

Nessa categoria foi encontrada como informação do cliente uma única subcategoria, que denota o posicionamento do cliente frente à realidade apresentada.

Transação, para King (1981, p.82), é um “*processo de interação pelo qual seres humanos comunicam-se com o meio ambiente, buscando alcançar*

*objetivos que são valorizados por ambos. Transação são comportamentos humanos voltados para os objetivos”.*

No Quadro VIII, pode ser visualizada a transação, manifestada nos dados, pela decisão frente às questões experimentadas durante o processo de adoecer/curar/morrer.

**QUADRO VIII** – *Transação dos informantes durante a experiência de tratamento e hospitalização.*

<b>SUBCATEGORIA</b>	<b>CONJUNTOS DE SIGNIFICADOS</b>	<b>FREQÜÊNCIA ABSOLUTA</b>
<b>1. Experiência pessoal</b>	1.1. Tomada de decisão	04
<b>TOTAL GERAL</b>		<b>04</b>

A tomada de decisão, denota o amadurecimento de um posicionamento frente a situações apresentadas. Com certeza a experiência pessoal, as várias oportunidades de vivenciar situações novas, fornece mais instrumentos de análise e consideração, para se decidir o caminho mais correto a ser percorrido.

Os profissionais de saúde, particularmente os da enfermagem, por se aproximarem mais estreita e constantemente dos enfermos podem ajudá-los a transitar pela experiência de modo a fortalecer seu próprio sentido de vida, encontrando modos para darem novos rumos a ela, constituindo-se sujeitos de seu destino.

A seguir alguns relatos que denotam a tomada de decisão:

*“... eu tomo os remédios e sempre pergunto tudo a respeito, elas me dizem e eu ajudo a decidir se tomo ou não...” (E17F51R6)*

*“... eu tinha várias consultas não vim, eu estava fazendo o pré-natal, estava grávida...” (E5F34R18)*

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredito que os serviços de saúde, de forma geral, passam por um momento de crise, seja por falta de materiais ou mesmo de recursos humanos qualificados. Por este prisma, o cliente é atendido de forma muitas vezes fragmentada, observando-se um atendimento basicamente curativo e não de prevenção e orientação.

Enquanto enfermeira trabalhando junto ao paciente oncológico, já em acompanhamento hospitalar e ambulatorial, momento em que o paciente já está em franca evolução da doença, pretendi focalizar as expectativas, percepções e valores desse cliente como referência para uma assistência humanizada.

Vejo o cliente como um elemento que participa ativamente do seu processo de saúde/doença em busca da cura, conforto, ou mesmo tentando minimizar os sinais e sintomas.

Considerando minhas crenças em relação ao assistir, durante os cuidados, tenho buscado desenvolver uma assistência que privilegie, portanto, as expectativas, atitudes, valores e percepções desse cliente.

Acredito que, a partir daí, poderemos rever práticas, redirecionando o foco de atenção, ou seja as reais necessidades de cada cliente, pois tenho a certeza que essa assistência tem que ser prestada de forma humanizada, individual, numa perspectiva holística, vendo-o como um ser que faz parte e que completa suas experiências em grupo familiar, de trabalho e na sociedade.

Tentando responder de forma mais efetiva essas minhas questões, encontrei através do curso de mestrado o caminho mais oportuno para rever questionamentos e inquietações e, tendo como sustentação para análise dos dados o referencial teórico nos conceitos da teoria do alcance dos objetivos, de King, lancei-me, através de entrevistas, ao personagem principal de todo o contexto de saúde: o paciente, no campo de estudo, o hospital

Com a intenção de obter dados que tivessem conteúdo e interesse para todo o trabalho, montei o questionário base contemplando todos os pontos que nesse momento acreditava serem imprescindíveis.

No contato inicial com o cliente, percebi da minha parte muita tranquilidade para iniciar a interação, provavelmente por ser o hospital um ambiente já conhecido. Entretanto, à medida que as conversações iam tomando rumo, sentia em alguns momentos certa dificuldade em direcionar as conversas, talvez pelo questionário dar margem a outras interpretações ou pela dificuldade de compreensão do próprio entrevistado.

Percebi sempre, por parte do paciente, respeito, confiança, interesse e colaboração com a minha pessoa, apesar de em determinados momentos alguns mostrarem-se constrangidos, envergonhados. Acredito que isso ocorreu porque sempre se colocavam num degrau abaixo do meu, sendo pessoas que não conheciam as rotinas do hospital e mesmo a parte referente à situação real do seu caso, no que diz respeito à doença e tratamento, à falta de conhecimento propriamente dita, pois muitos eram analfabetos.

Após a realização e leitura de todas as entrevistas, comecei a apreender melhor o conteúdo e dar sentido a todas as informações, montando, portanto, um quebra-cabeça de falas e discursos, procurando identificar as respostas e sentidos reais do contexto assistencial, visto pelo prisma de quem é assistido e é foco de todo o cuidado.

Δ No início dessa interação surge, de forma natural, a necessidade de cada indivíduo em falar sobre a sua história de vida relacionada à saúde-doença, momento em que cada um, à sua maneira, tem a sua interpretação do porquê e de como surgiu a sua doença, se reportam a acidentes anteriores e negligências em que eles mesmos foram protagonistas quando se tratava de si e do seu corpo. A preocupação maior referiu-se a bens materiais, ao trabalho e a prazeres que a vida oferece, tais como fumo, bebida, noites sem dormir, dias sem comer, promiscuidade. Todos de uma maneira ou outra, encontram um fator causal que

determinou o surgimento da doença. Discursos recheados muitas vezes de sentimento de culpa e outros de punição, de revolta (do por que eu).

Observei a sua necessidade repetida de contar e recontar os acontecimentos que o levaram até o ponto em que se encontravam, como se, através da sua própria fala, eles buscassem o consolo, as respostas às dúvidas, a confirmação mais uma vez do diagnóstico, ou mesmo tentassem se convencer de que realmente eram eles que passavam por aquela situação ou até na esperança de que alguém lhe dissesse o contrário, que não era real.

Acredito que essa fala constante sobre o seu eu é uma maneira de reelaborar as idéias, pensamentos, preparando-os para uma fase de aceitação e reestruturação de uma nova maneira de viver, adaptando-se à doença, tratamentos, seqüelas, para reintegrar-se à sociedade como ser humano, porém numa nova situação em que, sendo portador de uma doença crônica - “o câncer”-, independente do conhecimento ou não do diagnóstico real, ainda pode ser experienciada com qualidade e inteireza.

Esse caminho a ser reelaborado é uma resposta direta de como o próprio indivíduo se percebe, enquanto um ser doente, como se insere na sociedade, como desempenha os seus papéis e qual o prognóstico que ele mesmo traça, ou seja, de luta, de colaboração, de busca da recuperação ou de desmazelo, de abandono, de inutilidade, de fim, de morte. Nesse processo, a percepção sobre a competência do profissional é fundamental, pois é esse outro “ser humano”, visto como um “ser diferente”, o detentor do saber, o responsável pelos caminhos a serem seguidos, o único a ter as respostas reais do caso de cada paciente, aquele que não pode errar, não pode falhar.

Diante deste contexto, o paciente formula as suas expectativas e, de uma maneira ou de outra, apesar de muitos terem um discurso negativo, a maioria sempre vê o seu caso como possível e favorável, formulando um curso do processo de tratamento e cuidado na direção da retomada de sua vida, da melhor maneira possível, na qual a cura é o objetivo mais almejado.

Portanto, a cura é a busca constante, a única meta real e existente nesse momento. Mesmo que todos à sua volta lhe dêem indícios de que não é possível, que o caminho é outro, mesmo que colegas na mesma situação, ou em situações melhores já tenham partido. Existe em cada um uma esperança muito forte, que os impele sempre para um caminhar em busca da vida, do conforto e do bem estar. Uma das expectativas nesse processo de saúde-doença é a necessidade de não sofrer danos permanentes. A história do paciente oncológico é permeada constantemente de muito sofrimento, relacionada ao sentido de morte próxima, associada a todas as mazelas, como emagrecimento, alopecia, dores, odores corporais, aparência desfigurada, impossibilidade para o trabalho, dependência em diversos graus, lesões e seqüelas permanentes, estigma, medo e exclusão da sociedade. São todos caminhos, que até os mais leigos vislumbram frente ao diagnóstico do câncer. Nesse sentido existe um medo constante, que aterroriza não só o paciente, mas também os familiares e muitos profissionais.

Portanto, a cura por si só, muitas vezes, não é suficiente, existe uma necessidade de acreditar na reversão dos cursos não desejados, refletida na expectativa de não ter que passar por esse sofrimento e realmente sair ileso.

Na tentativa de garantir a sua integridade física e psicológica, mesmo que de forma inconsciente, o paciente e seus familiares, procuram situações para amenizar ao máximo tudo o que envolve a doença e seu tratamento e nesse momento. A busca pelo profissional capaz, aquele que sabe o que faz, o responsável pela cura, emerge, e esforços sobrehumanos são utilizados à sua procura. Nesse momento, despojam-se de bens materiais, de orgulhos e poses, tentando garantir que esse profissional seja o responsável pelo tratamento que se acredita necessário.

O desconforto de sentir-se impotente diante de sua doença requer respostas com algum grau de resolutividade, se não a cura definitiva, pelo menos o conforto de perceber que não perdeu sua identidade e pode desejar processos inter-subjetivos sustentados por suas próprias necessidades, valores e

expectativas. Poderá cooperar ao sentir que o profissional não o vê somente na sua dimensão material e biológica, mas busca compreender e acessar sua integralidade.

Um misto de sentimentos aflora, quando se pensa no profissional, ou seja, o carinho, a gratidão, o amor, o respeito, a confiança relatados. Quando os caminhos parecem transcórre bem, a menor ameaça a esse fato começa a tomar novas cores, surge a desconfiança, a angústia, a preocupação, os conflitos, o temor, a raiva e a decepção. É difícil compreender e encarar que se está morrendo, ou ver um familiar no leito sem resposta a todos os cuidados e esforços empenhados. Nesse momento, culpas e culpados aparecem e, muitas vezes, quando esse processo não é bem acompanhado, orientado, surge como grande vilão, não a doença e a incapacidade do próprio indivíduo para a recuperação, e sim o profissional que não fez a opção mais acertada, no momento certo.

Caso ocorra o contrário, se fortalece cada vez mais a condição do profissional como sendo o verdadeiro responsável pela cura, sendo, em muitos momentos, endeusado.

Nessa busca constante de cura, de não sofrer danos, de se ter o profissional capacitado, o que se quer é o retorno à vida normal, à sociedade e ao desempenho dos seus papéis. Muitas vezes, as limitações vindas com a doença não são bem aceitas, mas são o ônus que muitos indivíduos carregam, pois, nem sempre a recuperação total é possível, de modo que, muitas vezes, carregam consigo o fantasma da recidiva, do medo de metastases e do surgimento de um novo câncer.

Entretanto, para muitos, é um caminho sem volta, no sentido de refazerem a sua vida, dando novas prioridades e interpretações aos acontecimentos rotineiros, assumindo novas posturas e valores frente à si mesmo, aos seus semelhantes, aflorando o humano muitas vezes escondido dentro do seu eu.

No campo de visão do profissional, pode-se repensar sobre sua prática, compromisso pessoal, profissional e enquanto ser humano. Redirecionando seus encaminhamentos, repadronizando seus valores, dando ênfase ao sentido ético que envolve a sua profissão, e conseqüentemente suas decisões. É nas suas mãos que seres humanos como ele próprio, porém na situação de serem portadores de um câncer se entregam às suas práticas, supondo que eles sejam os detentores do saber e que desenvolvem práticas responsáveis, tendo muito mais capacidade para resolver situações que se apresentam de saúde-doença.

A partir disso, entendo que há necessidade de uma assistência de qualidade comprometida com as reais necessidades e expectativas do profissional e principalmente do cliente/paciente/enfermo.

O conhecimento e a habilidade específica que é própria do profissional por si só não é suficiente e não garante uma assistência de qualidade. O envolvimento humano, a relação de empatia deve estar presente, ou seja, a humanização dos serviços e dos relacionamentos entre iguais (profissionais/profissionais) e diferentes (profissionais/pacientes), só acontecem e será possível, quando houver disponibilidade de ambas as partes, despidendo-se de posições e saberes.

Cabe entretanto, à academia, na formação de seus alunos subsidiá-los no sentido de formar indivíduos conscientes, críticos e que prestem os cuidados de forma comprometida tendo incorporado o sentido correto e real do que seja humanização.

Compreende-se aqui como humanização aquilo que torna a vida biológica, a corporeidade, algo para além dessa objetividade material. Ou seja, a interpretação do humano decorre da concepção de que cada ser humano se desenvolve com capacidades próprias, sendo uma espécie que pensa, que sente, que tem memória, que projeta o seu futuro e que tem consciência da sua própria finitude e de seu desenvolvimento.



Isto significa o estabelecimento de relações simétricas, na direção da afirmação dessa específica dimensão do ser humano, de modo que “humanizar” se torne não um ato moral, mas o caráter natural da interação, sem o que não se tratará mais do que a matéria. O ser humano é e se relaciona a partir de sua consciência e desprezar isto é o mesmo que dizer que cuidamos do “ser” e excluimos o “humano”.

Portanto, a partir do momento em que os indivíduos se colocarem como iguais perante os outros, fazendo para os outros o que esperam que façam para si, ou seja, quando existir consciência e uma relação de reciprocidade e solidariedade, sem injustiças, sem omissões, sem descompromissos, sem medos, assumindo atos e decisões, é que se pode realmente falar em humanização da assistência.

Diante de todo o contexto apresentado, concluo e acredito que a minha experiência profissional com o paciente oncológico e a minha visualização dos dados e as considerações sobre os discursos encontrados nesses registros, representam uma fotografia real da relação enfermeiro/cliente e o processo de saúde, delimitando percepções, expectativas e valores que refletem diretamente na assistência. Vejo o meu trabalho como um início para futuros trabalhos de profissionais que tentem interpretar o momento por que passa o paciente oncológico diante de sua problemática e a descoberta de caminhos para desenvolverem seu compromisso maior, que é prover cuidados em que se busque primar pelo respeito à dignidade a que o cliente tem direito. No momento, vejo a assistência qualificada e ética, como o caminho que pode garantir ao indivíduo a superação dessa ameaça constante que o rodeia, através de interpretações de como deve ser a ação de cuidado terapêutico para corresponder, até onde for possível, às expectativas, valores e necessidades daquele que demanda esse cuidado..

Com certeza, a utilização do referencial teórico de King, representada principalmente nos seus conceitos, proporcionou-me a sustentação para análise e interpretação dos dados.

Inicialmente fui absorvendo, incorporando e ajustando as interpretações dadas por King, nos seus conceitos de interação, ser humano e enfermagem e, a partir daí, fiz as aproximações das falas dos clientes com os outros conceitos, o que me levaram à organização dos registros em categorias e conjuntos de significados, facilitando sobremaneira, a possibilidade de concluir que a doença, o sofrimento exacerbado e uma possível morte indigna, não condiz com todo o potencial pensante e criador que é próprio do ser humano.

## 6. BIBLIOGRAFIA

### 6.1. Bibliografia Referenciada

ABELLAH, F. & LEVINE, E. Conceptualization in nursing research. In: Better patient care through nursing research. 2 ed, New York: Macmillan Publishing CO, 1979, p. 68-87.

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel. A construção do saber na enfermagem: evolução histórica, 3º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, Florianópolis, p. 58-77. Tese de doutoramento, 1984.

BRASIL, Ministério da Saúde – Instituto Nacional do Câncer – Coordenadoria de Programas de Controle do Câncer – Pro-Onco. Ações de Enfermagem para o Controle do Câncer. 1995.

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

CLARK, J.C. & MC GEE, R. F. Enfermagem Oncológica – um currículo básico. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médias, 1997. 586 p.

CONDON, J. Semantics and communication. New York: Macmillan, 1969.

DE VITA, V.T. et al. Cancer: princípios y practica de oncologia. Barcelona – Salvat Editores. 1984, Tomo I, p. 895.

- ELLIS, Rosemary. Fallibilities, fragments, and frames: contemplation on 25 years of research in medical – surgical nursing. Nurs Research. v. 26, n.3, p. 177-182, may/jun./1997.
- GEORGE, Julia B. Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional de: Nursing Theories. Tradução por Regina Machado Garces. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993, p. 338.
- HADDAD, Maria do Carmo L. Avaliação dos conhecimentos, percepções e sentimentos dos pacientes oncológicos com relação a sua doença e equipe de saúde. Revista Ex. Enf. USP, v. 27, nº 2, p. 199-213, ago/1993.
- HERAS, J. X. A informação. São Paulo: Luz, 1975.
- KING, Imogene M. A Theory for nursing: Systems, Concepts, Process, New York: John Wiley & Sons, 1981.
- LEOPARDI, Maria Tereza. Entre a moral e a técnica: ambiguidades dos cuidados da enfermagem. Florianópolis: editora da UFSC, 1994. P. 115.
- MARTINS, Ana Adelaide. A Enfermagem como prática social. Revista Bras. Enfermagem. Brasília, v. 40, nº 2-3, p. 132-142 abril/maio/junho/julho/agosto/setembro. 1987.
- MENDES, Isabel Amélia Costa et all. Definições teórica e operacional do conceito de Comunicação. Revista Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre, v. 8, nº 2, p. 204-219, julho, 1987.

MENEZHINI, Paolo et al. Comunicação na enfermagem em nível organizacional – questões e opções. Rev. Paul. Enfermagem, V.10, nº 3, p. 115-120, set./dez. 1991.

MORIYA, Tokico Murakawa. Teoria da informação: Uma alternativa metodológica para o estudo da interação verbal enfermeiro-paciente Aidético. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 14, nº 2, p. 102-107. Julho, 1993.

OGUISSO, Taka. A responsabilidade legal do enfermeiro. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 38, nº 2, p. 185-189. Abril/maio/junho, 1985.

OLIVEIRA, Maria Antônia PADUAM et al. Contribuição para uma postura humana em situação que se relaciona com a morte. Revista Esc. Enfermagem USP, v. 26, nº 3, p. 365-378. Dezembro, 1992.

PAIN, Lygia et al. Indo além do modelo médico – uma experiência de ligação teoria-prática na assistência de enfermagem. Texto & Contexto Enfermagem.

RADÜNZ, Vera. Cuidando e se cuidando: Fortalecendo “self” do cliente oncológico e o “self” da enfermeira: Florianópolis – UFSC. Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do grau de mestre em enfermagem, 1991.

ROCKENBACH, Lúcia Herta. A enfermagem e a humanização do paciente. Revista Brasileira Enfermagem, v. 38, nº 1, p. 49-54. Janeiro/março, 1985.

RODRIGUES, J. Estapé. Câncer: diagnóstico de extensão estratégia terapêutica. Barcelona: Salvat Editores – S.ª 1982, p. 827.

SILVA, Graciete Borges. Enfermagem Profissional: Análise Crítica. 2 ed., São Paulo: Cortez, 1989, p. 143.

SONTAG, S. A doença como metáfora. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

STEFANELLI, Maguida Costa. Ensino de técnicas de comunicação terapêutica enfermeira-paciente-referencial teórico (Parte II). Revista Esc. Enfermagem – USP, São Paulo, v. 21, nº 2, Agosto, 1987, p. 107-115.

TAKITO, Clarinda. Como o paciente internado percebe o ambiente que lhe é oferecido pelo hospital. Revista Esc. Enfermagem – USP, São Paulo, v. 19, nº 3, 1985, p. 263-280.

SINNO, Maria. Comunicação Enfermeiro-Cliente. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 40, nº 213, abril/maio/junho/julho/agosto/setembro, 1987, p. 123-125.

TEIXEIRA, Emi Maria Ribeiro et al. Apreciação crítica da profissão enfermagem: seu dilema e sua crise existencial. Recife: Rodovalho, 1988, p. 95

VIEIRA, Therezinha Teixeira. O processo da comunicação na enfermagem. Salvador, Universidade Federal da Bahia, Centro Editorial e Didático, 1978, p.108.

## 6.2. Bibliografia consultada

ANGERAMI, Emília Luigia Saporiti. O mister da investigação do enfermeiro. Revista Lat. Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 1, nº 1, janeiro, 1993, p. 11-22

ANGERAMI, Emília Luigia Saporiti. Marco teórico das investigações em enfermagem sua relação com as Teorias de Enfermagem. Revista Gaúcha Enfermagem. Porto Alegre, v. 10, nº 2, julho 1989, p. 20-24.

ARRUDA, Eloita Neves et al. Assistir o paciente oncológico: como as enfermeiras poderão enfrentar este desafio? Revista Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre, v. 12, nº 2, julho 1991, p. 27-32.

BORDENAVE, Juan E. Diaz. O que é comunicação. 19 ed. São Paulo: editora brasiliense, 1994, p. 105.

BRUNNER, Lilian Sholtis e SUDDARTH, Doris Smith. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987, 2 V. v. 1, cap. 17. Oncologia: A Enfermagem do Paciente com Câncer. p. 267-287.

CARVALHO, Emília Campos. O conhecimento sobre comunicação em enfermagem na literatura internacional. Revista Paul. Enfermagem. v. 10, nº 3, setembro/dezembro 1991, p. 108-114.

CHEIDA, Marta Lúcia Carvalho et al. A equipe de enfermagem frente à problemática da assistência individualizada ao paciente terminal. Revista Brasileira Enfermagem. Brasília, v. 37, nº 3-4, julho/dezembro, 1984, p. 165-173.

DEJOURS, Christophe. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. 3 ed. São Paulo: Cortez, 1988, p. 163.

FERRAZ, Aidê Ferreira. Assistência de Enfermagem a Pacientes em fase terminal. Revista Brasileira Enfermagem. Brasília, v. 39, nº 1, Janeiro/fevereiro/março, 1986, p. 50-60.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Novo dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. 2 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FERREIRA, Noeli M. L. Andrade. Assistência emocional – dificuldades do enfermeiro. Revista Baiana Enfermagem, Salvador, v. 5, nº 1, outubro 1992, p. 30-41.

FREITAS, Marilena. Envolvimento emocional no relacionamento enfermeira – paciente. Revista de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 18, nº 1, 1984, p. 85-89.

FURLONG, S. L. Enfermagem por responsável: uma nova filosofia. Nursing. Portugal nº 89, ano 8, julho 95.

GAMEIRO, Aires. A morte e o projeto de vida dos enlutados, idosos e doentes. Comunicação ao 1º Congresso Internacional sobre o Homem e a Morte, Lisboa, 28 à 31 de outubro 1991.

GAUDERER, E. Christiam. Os Direitos do Paciente: um manual de sobrevivência. 4 ed. Rio de Janeiro: Record, 1993, p. 223.

GIMENEZ, M. de G. G. A mulher e o câncer. Editorial Psy. São Paulo, 1997.



GERMANO, Raimunda Medeiros. Educação e Ideologia da Enfermagem no Brasil. São Paulo: Cortez, 1993, p. 118.

GHEZZI, Maria I. L. Convivendo com o ser morrendo. Porto Alegre: Sagra, 1931, p. 136

HORTA, Wanda de Aguiar. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU, 1979, p. 95.

IDE, Cilene Aparecida Costardi. “O ser trabalhador de Enfermagem” e o ser “Doente”: Considerações sobre o desempenho de papéis sociais. Revista Ex. Enfermagem USP, v. 25, nº 1, abril 1991, p. 103-112.

JONES, H. Autonomia e paternalismo: sócios ou rivais? Nursing, Portugal, nº 107, ano 9, Janeiro 97. p. 16-19.

KESTEMBERG, Célia Caldeira. Situações de vida e morte – uma questão reflexiva. Revista Brasileira Enfermagem, Brasília, v. 45, nº 4, outubro/dezembro 1992, p. 259-265.

LALANDA, P. A interação enfermeiro, doente. Uma abordagem bioantropológica. Nursing. Portugal nº 88, ano 8, maio 95.

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

LEOPARDI, Maria Tereza et al. O significado da assistência de enfermagem no resultado da assistência à saúde. Revista Brasileira Enfermagem, Brasília, v. 45, nº 4, outubro/dezembro 1992, p. 249-258.

LOPES, A. & NUNES, L. Acerca da trilogia: competências profissionais qualidade dos cuidados – Ética. Nursing. Portugal nº 90/91, ano Julho/agosto 95.

LUFT, Celso Pedro. Pequeno Dicionário da Língua Portuguesa. 3 ed. São Paulo: Editora Scipione, 1985.

MARQUES, Carmen Lilian Brun. Aplicação de uma teoria à prática de enfermagem – um relato de experiência, p. 162-177. In: ELSEN, Ingrid et all. Marcos para a prática de enfermagem com famílias. Florianópolis: UFSC, 1994. (série enfermagem)

MENDES, Dulce Castro. Assistência de enfermagem e administração de serviços de enfermagem: A ambiguidade funcional do enfermeiro. Revista Brasileira Enfermagem, Brasília, v. 38, nº 3-4, julho/dezembro 1985, p. 257-265.

MENDES, Isabel Amélia Costa. O padrão de comunicação do enfermeiro com o paciente. Revista Paulista Enfermagem, v. 8, nº 1. Janeiro/fevereiro/março 1988, p. 13-15.

MICHAELIS, Pequeno Dicionário. Inglês e Português. 44 ed. São Paulo: Melhoramentos, 1994.

MIRANDA, F. A. N. Relacionamento interpessoal focalizando o elemento surpresa numa interação. Nursing. Portugal, nº 101, ano 9, Junho 96. p. 30-34.

MONTICELLI, Marisa. As ações de enfermagem: Do senso comum ao bom senso. Trabalho apresentado à disciplina “Fundamentos Teóricos da Educação” do curso de mestrado em Assistência de Enfermagem – UFSC.

NAKAMAE, Djair Daniel. Novos Caminhos da Enfermagem. São Paulo: Cortez, 1987, p. 120.

NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira. Assistência de enfermagem a indivíduos com infarto agudo do miocárdio fundamentada na teoria de Imogene King. Florianópolis: UFSC. Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade de Santa Catarina, para obtenção do grau de mestre em enfermagem, 1991.

NORINHA, H. Reflectir para cuidar. Nursing. Portugal, nº 120. Março 98, ano 10.

ORLANDO, Ida Jean. O relacionamento dinâmico enfermeiro/paciente. São Paulo: EPU. Editora da Universidade de São Paulo, 1978.

PAIM, Rosalda C. N. Metodologia científica de enfermagem. Rio de Janeiro: edição da autora, 1980, p. 173.

PITTA, Ana. Hospital: dor e morte como ofício. São Paulo: Hucitec. 1990, p. 198.

PAIXÃO, Waleska. História da enfermagem. 5 ed. Rio de Janeiro: Júlio C. Reis – Livraria, 1979, p.138.

PEREZ, Vera Lúcia de Almeida Bezerra. Diagnóstico de enfermagem um desafio de enfermagem para os anos 90. Revista Brasileira Enfermagem. Brasília, v. 43, nº 1. 2/3/4, janeiro/dezembro 1990, p. 14-18.

- ROCHA, Maria Lusani. Assistência de enfermagem a clientes traumato-ortopédico fundamentada no marco conceitual e Teoria de Imagem King. Florianópolis: UFSC. Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do grau de mestre em enfermagem, 1991.
- RODRIGUES, Antonia Regina Furegato. Opções metodológicas de observação das relações interpessoais enfermeiro-paciente. Revista Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre, v. 14, nº 1, janeiro 1993, p. 61-65.
- SANNA, Maria Cristina. Avaliação da Assistência Ambulatorial de Enfermagem segundo a percepção do cliente. Revista Esc. Enfermagem. USP, v. 27, nº 1, abril 1993, p. 133-149.
- ✶SCHULZE, Cléia Maria Nascimento. Dimensões da Dor no Câncer. Reflexões sobre o cuidado interdisciplinar e um novo paradigma da saúde. 1ª ed. São Paulo: Robe Editorial, 1997, p. 234.
- SCHWARTSMANN, G. Oncologia Clínica: princípios e prática. Porto Alegre: Artes médicas, 1991. p. 559.
- SILVA, Maria Elisabeth Kleba. Marco Conceitual para a Prática Assistencial de Enfermagem enquanto Processo Educativo em Saúde. Revista Brasileira Enfermagem, Brasília, v. 45, nº 1, janeiro/março 1992, p. 54-59.
- SILVA, M. J. P. A importância da comunicação nos processos de qualidade. Nursing. Portugal, nº 1. Julho/98, ano 1.

SILVA, Maria Julia Paes. Percebendo os sentimentos de maneira não-verbal. Revista Paulista Enfermagem, v.10, nº 3, setembro/dezembro 1991, p. 129-132.

SOUZA, Mariana Fernandes. Comentário sobre o tema: Desenvolvimento de Teorias de Enfermagem da Dra. Afaf Ibrahim Meleis. Anais 1 Sibraten – UFSC, Florianópolis/SC, 20-24 maio 1985.

STEFANELLI, Maguida Costa et al. Comunicação na enfermagem em nível organizacional – questões e opções. Revista Paulista Enfermagem, v. 10, nº 3, setembro/dezembro 1991, p. 115-120.

STEFANELLI, Maguida Costa. Importância do Processo de Comunicação na Assistência de Enfermagem. Revista Esc. Enfermagem – USP, São Paulo, v. 5, nº 3, 1981, p. 239-245.

TEIXEIRA, Marina Borges. Desenvolvimento de confiança no relacionamento enfermeira-paciente. Revista Esc. Enfermagem – USP, São Paulo, v.5, nº 1, p. 12-14, janeiro/fevereiro/março 1995, p. 12-14.

TRENTINI, Mercedes, et al. Qualidade de vida dos indivíduos com doenças cardiovasculares crônicas e Diabetes Mellitus. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre, v. 11, nº 2. Julho 1990, p. 20-27.

VALLS, Alvaro L. M. O que é ética. São Paulo: Brasiliense, 9 ed, 1994, p. 82

VECCHETTI, Elisabete Costa. Um processo participativo de enfermagem comunitária fundamentado em King: Experiência em um centro de ensino universitário. Florianópolis – UFSC. Dissertação apresentada ao curso de mestrado em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do grau de mestre em enfermagem, 1991.

WOOD, Marie E. Segredos em hematologia/oncologia: respostas necessárias ao dia-a-dia: em rounds, na clínica, em exames orais e escritos. Porto Alegre/1996. Artes Médicas. p. 492.

WOODS, Nancy F. Living with câncer. Câncer nursing. v. 12, nº 1, 1989, p. 28-33.

## **ANEXO**

## ANEXO I

### *Instrumento Básico de Coleta de Dados Aplicado ao enfermo*

#### **I – Identificação:**

*Nome:*

*Idade:*

*Profissão:*

*Escolaridade:*

*Religião:*

*Procedência:*

*Endereço residencial:*

*Telefone para contato:*

*Diagnóstico médico:*

*Gênero:*

*N.º registro:*

#### **II – Aspectos relativos à enfermidade:**

##### **Domínio individual:**

- a) **Físico** (enumerar características físicas relativas à enfermidade, terapêutica e funcionamento orgânico.)
- b) **Psicológico** (avaliação subjetiva do self, papéis, etc..., percepções.)
- c) **Cultural** (hábitos, valores, etc...)

**Domínio inter-pessoal:** pessoas ou grupos com os quais o enfermo se relaciona e o ajudam durante a enfermidade.

**Domínio social:** sistemas institucionais de suporte à vida (trabalho, hospital, etc...)

#### **III – Expectativas e impressões sobre assistência de enfermagem:**

- 1) O que você tem pensado sobre sua atual situação de saúde-doença?



- 2) Já esteve hospitalizado e/ou realizou tratamento quimioterápico? (Como foi e há quanto tempo).
- 3) Como você se sente sendo alguém que precisa ficar hospitalizado e fazer tratamentos que lhe trazem desconfortos.
- 4) Quando você foi internado como pensava que seria atendido?
- 5) Sua expectativa se confirmou ou alguma coisa foi diferente?
  - 5.1) *Em relação ao seu médico?*
  - 5.2) *Em relação ao pessoal de enfermagem?*
  - 5.3) *Em relação aos medicamentos?*
  - 5.4) *Em relação à alimentação?*
  - 5.5) *Em relação ao seu conforto e higiene?*
  - 5.6) *Em relação a atividades possíveis de lazer ou passatempo?*
  - 5.7) *Em relação a outras coisas?*
- 6) Como você espera ser ajudado aqui neste hospital?
- 7) O que você espera de mim enquanto profissional de enfermagem?
- 8) Você tem alguma necessidade ou desejo que gostaria que fosse atendido, em relação à sua permanência no hospital?
- 9) Se você tivesse que dizer três coisas importantes sobre sua saúde, quais seriam?
- 10) Você tem participado ou gostaria de participar mais no processo de decisão em relação ao seu tratamento e assistência de enfermagem?
- 11) Você tem alguma dúvida em relação ao seu estado de saúde e tratamento que gostaria que fosse esclarecida?
- 12) Você se sente diferente em relação a outras pessoas que você conhece e que foram/estão fazendo algum tratamento de saúde?