



A UNIDADE DE QUIMIOTERAPIA NA PERSPECTIVA DOS CLIENTES - INDICATIVOS PARA O ENFERMEIRO NA GESTÃO DO AMBIENTE

ANDRÉA DE CARVALHO FERNANDES MOURA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

**Orientadora:
Prof^a Marléa Chagas Moreira
Doutora em Enfermagem**

Rio de Janeiro
Setembro de 2005

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**A UNIDADE DE QUIMIOTERAPIA NA PERSPECTIVA DOS CLIENTES -
INDICATIVOS PARA O ENFERMEIRO NA GESTÃO DO AMBIENTE**

Andréa de Carvalho Fernandes Moura

Orientador: Dra. Marléa Chagas Moreira

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do Título de Mestre em Enfermagem

Aprovada por:

Presidente, Prof^a Dra. Marléa Chagas Moreira

Escola de Enfermagem Anna Nery - UFRJ

Prof^a Dra. Nébia Maria Almeida de Figueiredo

Universidade do Rio de Janeiro - UNIRIO

Prof^a Dra. Margareth Maria Santiago Rêgo

Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ

Prof^a Dra. Teresa Caldas Camargo

Instituto Nacional do Câncer - INCA

Prof^a Dra. Josete Luzia Leite

Escola de Enfermagem Anna Nery - UFRJ

Rio de Janeiro
Setembro de 2005

Moura, Andréa de Carvalho Fernandes

A Unidade de Quimioterapia na perspectiva dos clientes - Indicativos para o Enfermeiro na gestão do ambiente Andréa de Carvalho Fernandes Moura - Rio de Janeiro: UFRJ/Escola de Enfermagem Anna Nery , 2005.

130f.:il.; 31 cm.

Orientador: Dr^a Marléa Chagas Moreira

Dissertação (Mestrado) – UFRJ. Escola de Enfermagem Anna Nery. Programa de pós-graduação em Enfermagem, 2005

Referências bibliográficas: f. 111 - 118

1. Enfermagem 2. Ambiente de saúde 3. Quimioterapia
4. Administração

I. Moreira, Marléa Chagas II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, EEAN, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem III. Título

CDD610.73

ORIENTADORA

PROFESSORA DRA. MARLÉA CHAGAS MOREIRA

Á minha Orientadora **Marléa**, enviada dos Céus para me ajudar a vivenciar o Mestrado em um dos períodos mais difíceis da minha vida pessoal, sem perder a esperança nem desanimar. A cada sofrimento compartilhado, falava-me do crescimento do espírito, da luz que não tardaria a chegar no meu caminho.

Cada dia vivido foi uma grande vitória, cada etapa vencida um prêmio.

Muito obrigada, minha querida professora.

DEDICATÓRIA

Aos meus Pais, **MARIA TEREZA E ALMIR**, pela pessoa que sou hoje, cheia de defeitos e qualidades, mas repleta de boas intenções. Por acreditarem e se orgulharem de mim, por serem meu grande exemplo de vida, meu porto-seguro nas horas difíceis (muito difíceis), a grande e eterna ajuda para a criação dos meus filhos, meus pais queridos, amo vocês!

Ao **RODRIGO**, companheiro de vida de tantos anos, meu grande incentivador, meu apoio nas horas difíceis. Mesmo tantas vezes ressentido diante da minha ausência, sempre me esperou pacientemente retornar. E eu sempre voltei para os seus braços...

Aos meus filhos **MATHEUS, AMANDA E RAFAEL**, meu maior tesouro, pelo amor que me ofertam diariamente, incentivo maior para continuar a minha jornada profissional, mesmo quando esta jornada me toma tempo demais, me preocupa e me afasta do Ambiente mais importante da minha vida: meu Lar. Meus queridos, eu sempre estarei com vocês, aonde quer que eu vá, aonde vocês forem...

Meus filhotes, amo muito, muito, muito vocês!

AGRADECIMENTOS

À Enfermeira **Stelmar Moura**, grande companheira das horas difíceis, compartilhando o sofrimento, sempre tão compreensiva diante das minhas inúmeras dificuldades. Planejamos por muito tempo fazer o Mestrado juntas, mas minha vida profissional nos afastou por um tempo; Não por acaso, acabamos nos reencontrando justamente na Escola de Enfermagem Anna Nery no Curso de Mestrado. Hoje nós estamos terminando praticamente juntas mais uma importante etapa da nossa vida. Amiga, obrigado por você existir.

À Enfermeira Valéria Zadra, também companheira das horas difíceis, sempre me apoiando e contribuindo para o meu crescimento e aprendizado. Por estar um passo à frente, soube me orientar durante o caminho trilhado no Mestrado. Obrigado, Val!

Ao amigo **Hugo Antunes**, meu grande companheiro, que segurou todas as minhas barras, me apoiou e me transmitiu confiança e tranquilidade para que eu pudesse concluir o meu Mestrado. Por tantos e tantos dias que te deixei sozinho e tive sua compreensão, muito obrigado querido amigo! Aos amigos **Dutra e Neto**, pela compreensão e infinita paciência com a minha freqüente ausência.

À **Equipe de Enfermagem da Unidade de Quimioterapia do Hospital Geral de Bonsucesso**, representada pela Enfermeira Chefe Elizabeth, pela forma carinhosa com que me abriu as portas e me acolheu neste querido ambiente, cenário do meu estudo.

À Enfermeira **Lia Galvão**, que me incentivou e contribuiu muito para que este trabalho fosse desenvolvido no Hospital Geral de Bonsucesso.

Obrigado meu **DEUS**, por ter hoje tantos e tantos motivos para agradecer, e viver cercada de pessoas tão especiais. Sou mesmo uma criaturinha muito privilegiada...

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)**, do **Ministério da Educação**, pelo privilégio de ser uma bolsista, a minha eterna gratidão pela significativa contribuição financeira que me permitiu desenvolver este estudo e concluir meu Curso de Mestrado.

Aos docentes e demais profissionais do **Núcleo de Pesquisa em Educação, Gerência e Exercício Profissional em Enfermagem (NUPEGEPEn)**, bem como às equipes da **Secretaria Acadêmica e Biblioteca Setorial da Pós-graduação e Pesquisa** da Escola de Enfermagem Anna Nery /UFRJ, em especial meus amigos **Jorge, Sônia e Lúcia**, por me acolherem e apoiarem durante o desenvolvimento do Curso de Mestrado;

Às Professoras **Dra. Nébia Maria Almeida de Figueiredo, Dra. Margareth Maria Santiago Rego, Dra. Teresa Caldas Camargo e Prof^a Dra. Josete Luzia Leite**, que me deram a honra de fazer parte da banca examinadora, e acompanharam o meu trabalho desde o seu nascimento. Mais do que a contribuição profissional para o enriquecimento da minha dissertação, eu agradeço a compreensão, o carinho, e a **“atitude carinhosa da Equipe”**.

RESUMO

Este estudo tem como objeto a perspectiva de clientes acerca do ambiente da Unidade de quimioterapia. Os objetivos são analisar a visão de clientes acerca da Unidade de Quimioterapia do Hospital Geral de Bonsucesso e discutir os fatores ambientais considerados pelos clientes como determinantes de bem estar e mal estar na Unidade de Quimioterapia, como indicativos para o enfermeiro na gestão do ambiente. O referencial teórico adotado foi a Teoria Ambientalista de Florence Nightingale. O método utilizado foi o estudo de caso descritivo, abordagem qualitativa, da Unidade de Quimioterapia do HGB. Os sujeitos do estudo foram vinte clientes adultos em tratamento na referida unidade. As técnicas de produção de dados: entrevista semi-estruturada e observação não-participante. Os resultados revelaram que os clientes consideram que os fatores determinantes de Bem Estar estão relacionados à atitude amorosa da Equipe, ao conforto da sala de aplicação de quimioterapia e à garantia de acesso ao tratamento público. Os fatores apontados como geradores de mal estar foram o tempo de espera para iniciar a sessão de quimioterapia em função do medicamento manipulado externamente e o desconforto da área utilizada como sala de espera. Conclui-se que a perspectiva dos clientes apresenta um cenário que indica uma filosofia de gestão que contemple os aspectos físico, psicológico e social do ambiente. E que cabe ao enfermeiro incluir no planejamento da sua assistência aos clientes e familiares o momento que antecede à aplicação da quimioterapia, considerando a sala de espera mais do que um ambiente de apoio à Unidade.

Palavras-chave: Enfermagem, Ambiente-saúde, Gerência, Quimioterapia, Enfermagem Oncológica.

ABSTRACT

This study has as object the perspective of customers concerning the environment of the Unit of chemotherapy. The objectives are to analyze the vision of customers concerning the Unit of Chemotherapy of the Bonsucesso General Hospital and to discuss the environment factors considered by the customers as determiners of well being and discomfort in the Unit of Chemotherapy, as indicative for the nurse in the management of the environment. The adopted theoretical referential was the Environment's Theory of Florence Nightingale. The used method was the study of descriptive case, qualitative approach, of the Unit of Chemotherapy of the HGB. The subjects of the study were twenty adult customers in treatment in the related unit. The techniques of production of data were half-structured interview and non participant observation. The results have disclosed that the customers consider that the determining factors of well being are related to the loving attitude of the Team, to the comfort of the room of chemotherapy application and to the guarantee of access to the public treatment. The factors pointed as generators of discomfort were the waiting time due to the external preparation of the manipulated medicine and the uncomfortable area used as waiting room. One concludes that the perspective of the customers presents scenery that indicates a philosophy of management that contemplates the physical, psychological and social aspects of the environment. And that it is up to the nurse to include the planning of his/her assistance to the customers and their relatives the moment that precedes the application of the chemotherapy, considering the waiting room more than an environment of support to the Unit.

Key – Words : Nursing, Health - Environment, Management, Chemotherapy, Oncologic Nursing.

SUMÁRIO

<u>CAPÍTULO I - CONSIDERAÇÕES INICIAIS</u>	<u>12</u>
APROXIMAÇÃO COM A PROBLEMÁTICA	12
JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	18
A CONTRIBUIÇÃO DO ESTUDO	22
<u>CAPÍTULO II - A UNIDADE DE QUIMIOTERAPIA COMO ESPAÇO DE GESTÃO DO AMBIENTE HOSPITALAR.....</u>	<u>25</u>
O AMBIENTE COMO PROBLEMÁTICA DA SAÚDE E DA ENFERMAGEM	25
A GESTÃO DO AMBIENTE HOSPITALAR : DIRETRIZES ATUAIS	33
ESPECIFICIDADES DO AMBIENTE DA UNIDADE DE QUIMIOTERAPIA	41
<u>CAPÍTULO III - ABORDAGEM TEÓRICO – METODOLÓGICA</u>	<u>47</u>
BASES TEÓRICAS.....	47
ABORDAGEM METODOLÓGICA	54
<u>CAPÍTULO IV - CENÁRIO DO ESTUDO</u>	<u>65</u>
<u>CAPÍTULO V – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</u>	<u>76</u>
O AMBIENTE DA UNIDADE DE QUIMIOTERAPIA DO HOSPITAL GERAL DE BONSUCESSO NA PERSPECTIVA DO CLIENTE	76
<u>CAPÍTULO VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	<u>109</u>
INDICATIVOS PARA O ENFERMEIRO NA GESTÃO DO AMBIENTE	110
<u>REFERÊNCIAS</u>	<u>120</u>
<u>APÊNDICES E ANEXOS.....</u>	<u>129</u>
<u>ANEXO I - PARECER TÉCNICO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA</u>	<u>120</u>
APÊNDICE I - CRONOGRAMA.....	132
APÊNDICE II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	133
APÊNDICE III - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	135
APÊNDICE IV - ROTEIRO PARA ENTREVISTA	137
APÊNDICE V – DIÁRIO DE CAMPO	138

CAPÍTULO I

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

CAPÍTULO I - CONSIDERAÇÕES INICIAIS

APROXIMAÇÃO COM A PROBLEMÁTICA

Este estudo trata do ambiente como fator determinante de bem estar para o cliente, e foi realizada numa Unidade de Quimioterapia. A motivação para realização deste estudo está orientada pela busca de indicativos para o enfermeiro gerenciar esse ambiente assistencial.

O interesse pelo tema ambiente surgiu a partir da minha vivência como enfermeira atuando em instituições hospitalares do sistema privado, desde que me formei em 1989.

Sempre acreditei que o indivíduo interage, age e reage ao ambiente aonde se encontra inserido, e que o bem estar ou mal estar gerados em função desta relação interfere diretamente no seu processo de saúde – doença. Principalmente quando consideramos esse indivíduo em um ambiente impessoal como o hospitalar, seja nas situações de atendimento ambulatorial ou de hospitalização.

Minha experiência na assistência direta ao cliente foi relativamente curta, pois no ano de 1991 comecei a trabalhar como enfermeira da Comissão de Controle de Infecções Hospitalares (CCIH). Nesta função, tinha acesso a todos os setores e serviços da Instituição, o que me garantia uma visão ampliada do hospital, permitindo observar e avaliar criticamente este ambiente que oferecíamos ao cliente e sua família.

Como enfermeira, não consigo imaginar um cuidado sendo prestado sem pensar neste ambiente aonde este cuidado acontecerá. Este espaço que não se restringe à área física, mas que deve ser considerado um local composto por seres humanos que se relacionam e constroem laços a partir das situações vivenciadas. Ambiente este que, dependendo de vários fatores, pode ser considerado restaurador por garantir aos indivíduos nele inseridos segurança, conforto e bem estar. De outra forma, deve-se considerar que outros fatores podem causar mal estar e desconforto aos clientes.

Nossa forma de compreender o termo conforto encontra-se de acordo com a definição de Ferreira (2001):

“conforto é o ato ou efeito de confortar, estado de quem está confortável, consolo, alívio, bem estar¹, comodidade. Confortar é dar forças, fortificar, dar ou proporcionar conforto, tornar confortável; aliviar as penas, a dor, consolar, animar.”

O termo Bem estar foi definido na década de 70 por Bueno (1974) como *“Comodidade, subsistência, modo de viver assegurado e tranqüilo”*. No entanto, este estudo compreende o bem estar de forma mais ampliada, como uma sensação agradável de conforto e tranqüilidade vivenciados pelo ser humano, um estado de contentamento e satisfação que pode ser tanto no aspecto físico quanto psicológico. O mal estar é compreendido como o oposto do bem estar.

No decorrer da minha trajetória profissional, percebi na prática diária a diferença que um ambiente agradável, cuidadoso, colorido, composto por pessoas gentis e solidárias às necessidades e ao sofrimento alheio faz para os clientes. Tratamentos normalmente são melhor recebidos, medos dissipados e angústias evitadas. Conforto e bem estar são sempre muito bem-vindos por todos, os indivíduos que cuidam e os que são cuidados.

Revedo a temática no contexto da história da Enfermagem, percebo que a preocupação com a questão do ambiente e o bem estar do cliente tem início na enfermagem moderna, através dos registros dos pensamentos de Florence Nightingale.

Para Nightingale (1989), o ambiente inclui todas as condições e influências externas que influenciam a vida e o desenvolvimento de um organismo, sendo capaz de prevenir, suprimir ou contribuir para a doença ou a morte. A autora acreditava que o ambiente

¹ O termo “bem estar” aparece sublinhado intencionalmente pela autora deste estudo, para salientar a consonância dos termos que serão utilizados com frequência na dissertação: conforto e bem estar.

assistencial deve ser estimulador do desenvolvimento da saúde, isto é, capaz de potencializar o chamado “Poder vital” do Indivíduo doente.

Nightingale (1989) já em seu tempo considerava o ambiente na sua totalidade, em todos os seus aspectos (chamados componentes básicos): físico, psicológico e social, e considerava fundamental a interferência da Enfermagem neste ambiente de cuidado, que ela considerava como parte integrante do processo de cura.

No meu cotidiano pude observar inúmeras situações que confirmavam as minhas crenças acerca da influência do ambiente hospitalar. Nas interações com os clientes, muitos faziam queixas, seja em forma de comentários mais discretos, outros mais enfáticos ou ainda expressavam de forma não verbal algum descontentamento e desconforto frente à conduta da equipe, procedimentos desenvolvidos ou estrutura física oferecida, dentre outras reclamações.

Meu olhar para o ambiente assistencial inicialmente fixava-se, em especial, nos seus aspectos físicos. Um olhar focado para a estrutura, espaço físico e seus mobiliários que pudessem trazer conforto e segurança aos clientes e profissionais. Hoje reconheço que, por um longo tempo, olhei o ambiente pela metade, e por isso não identifiquei os problemas e as necessidades como um todo, que pudessem realmente interferir no processo saúde - doença dos clientes ali acolhidos.

A partir do ano de 1999 passei a trabalhar como Assessora Técnica do Diretor Geral do Hospital Geral de Bonsucesso, no gerenciamento do ambiente hospitalar. Atuava diretamente como consultora nas áreas de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Hotelaria Hospitalar e Segurança e Medicina do Trabalho.

Para cumprir esta função, mantinha estreito relacionamento com os profissionais de saúde nos diversos locais de trabalho, suas unidades, particularmente com a equipe de enfermagem que, por ter uma visão mais ampliada do conceito de cuidado ao focalizar

todas as necessidades humanas do indivíduo, não somente os aspectos físicos, e permanecer todo o tempo ao lado do cliente, identificava com mais sensibilidade e objetividade as necessidades, ansiedades e expectativas do mesmo em relação ao ambiente aonde se encontrava inserido.

Esta experiência foi fundamental para ampliar a minha visão de ambiente, lançando-me a um olhar mais macro, por inteiro deste espaço agora percebido em todos os seus aspectos: físicos (a estrutura física oferecida), psicológicos (os relacionamentos estabelecidos) e sociais (ambiente sócio-comunitário do cliente, condições de vida do indivíduo). Participei ativamente do diagnóstico das necessidades do ambiente hospitalar, do planejamento e da intervenção visando a melhoria urgente da assistência prestada na Instituição.

Naquela época, a Unidade de Quimioterapia do HGB localizava-se no ambulatório geral, com muitos problemas referentes à estrutura física refletindo na falta de condições que garantissem os aspectos de biossegurança aos profissionais que atuavam no setor, bem como aos clientes.

No diagnóstico situacional inicial da Unidade, identificamos um local pequeno, mal iluminado, pouco ventilado, com mobiliários antigos e desconfortáveis; ausência de um local adequado para preparo das medicações antineoplásicas; um Posto de Enfermagem improvisado e inadequado para as necessidades da Equipe de Enfermagem, que esforçava-se para propiciar, apesar de tudo, um atendimento com a qualidade possível. Apesar da grande demanda da clientela, a Unidade não comportava muitos atendimentos.

Ciente de que a Unidade de Quimioterapia é um ambiente de riscos diversos, e do seu grande potencial para ser um gerador de mal estar para a clientela, a Direção do Hospital considerou a reestruturação deste ambiente como uma das prioridades na sua

administração e direcionou recursos financeiros, convidou profissionais qualificados para orientar o processo de mudança, mobilizou as equipes de arquitetura e manutenção hospitalar de forma a elaborar e desenvolver o projeto da nova Unidade de Quimioterapia, de acordo com as legislações vigentes, que garantisse seu cadastro no Ministério da Saúde como Centro de Alta Complexidade em Oncologia Nível I (CACON I)², de acordo com a Portaria MS n.º 3535 de 02/09/98, que estabelece critérios para cadastramento dos centros de atendimento em Oncologia.

Hoje pensando em toda a dinâmica para reestruturação da Unidade, a custo de grande empenho da equipe, não me recordo de ver incluído nas estratégias de ação a busca de informações dos clientes, ou seja, tê-lo integrado no processo de mudança. Não perguntamos sobre suas expectativas, suas necessidades, o que considerava importante neste ambiente que estávamos remodelando que o fizesse sentir-se mais seguro e confortável.

No ímpeto de fazer o melhor, buscou-se conhecer e atender a todas as normas vigentes, adotando todas as providências para garantir as condições necessárias para o credenciamento da Unidade, desde a sua inauguração, em 2001, como CACON 1. Mas não consultamos em nenhum momento o maior interessado no resultado final de nossos esforços – o cliente.

Uma grande inquietação permaneceu: terá existido alguma necessidade ou expectativa do cliente, na época, que não tenha sido atendida? Hoje não temos como

² Os Centros de Alta Complexidade em Oncologia são aqueles que oferecem assistência especializada e integral aos pacientes com câncer, atuando na área de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento do paciente. CACON I = Hospitais gerais em que se procede ao diagnóstico e tratamento das neoplasias malignas mais frequentes no Brasil. Caracterizam-se por disporem de todos os recursos humanos e equipamentos instalados dentro de uma mesma estrutura organizacional e prestarem atendimento ao paciente sempre numa perspectiva multiprofissional integrada.

resgatar informações antigas, recuperar esta oportunidade perdida e, portanto, creio que nunca teremos esta resposta. De qualquer forma, sempre é tempo de refletirmos e buscarmos a melhoria do nosso trabalho.

Assim, a proposta deste estudo é voltar à Unidade de Quimioterapia, e ouvir o que os clientes que hoje utilizam tal serviço pensam a respeito do ambiente aonde se encontram inseridos, buscando compreender este ambiente a partir da visão de quem é cuidado.

Diante do exposto, foi delimitado como objeto de estudo **a perspectiva dos clientes acerca do ambiente da Unidade de quimioterapia.**

Para nortear este estudo, foram elaboradas as seguintes questões de pesquisa:

- **Como os clientes vêem o ambiente da Unidade de Quimioterapia do HGB?**
- **Quais fatores são considerados pelos clientes como determinantes de bem e de mal estar no ambiente da Unidade de Quimioterapia do HGB?**

Portanto, os objetivos do estudo são:

- **Analisar a visão de clientes acerca do ambiente da Unidade de Quimioterapia do HGB, com base nos fatores ambientais considerados como determinantes de bem e de mal estar;**
- **Discutir os fatores ambientais considerados pelos clientes como determinantes de bem e de mal estar na Unidade de Quimioterapia, como indicativos para o Enfermeiro na gestão do ambiente.**

JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

A pesquisa acerca da perspectiva dos clientes acerca do ambiente da Unidade de Quimioterapia se justifica na medida em que a problemática apresentada mostra-se muito pouco estudada até o presente momento, fato observado durante a revisão bibliográfica realizada.

A produção bibliográfica nacional apresenta inúmeros estudos na saúde com foco na humanização e na qualidade da assistência prestada, e alguns direcionados para os efeitos da hospitalização em clientes hospitalizados. No entanto, poucos trabalhos foram identificados delimitando o ambiente como objeto de estudo. Na maioria dos estudos, a discussão focaliza principalmente os aspectos físicos do ambiente, em detrimento dos aspectos psicológicos e sociais, questões consideradas tão importantes quando buscamos discutir o ambiente hospitalar e a possibilidade de interferência no processo de recuperação ou restabelecimento do bem estar e da saúde das pessoas.

Nightingale (1989) em seus registros afirma que “O ambiente é parte integrante do processo de cura”. A autora mostra grande preocupação com a gestão do ambiente em todos os seus aspectos, físicos, psicológicos e sociais. Apesar de dar mais ênfase aos aspectos físicos do ambiente em função das péssimas condições sanitárias dos hospitais da sua época, Nightingale aborda como questões inerentes ao cuidado de enfermagem, chamada por ela como “enfermeira cuidadosa”, a comunicação, a atenção e o olhar minucioso da enfermeira visando identificar as necessidades integrais do cliente.

Vale salientar que, no entanto, em uma leitura mais atenta, observa-se que a maioria dos trabalhos que discute a qualidade da assistência de saúde prestada, bem como os estudos de enfermagem abordando o processo gerencial, o ambiente aparece no contexto ou nos dados coletados como um aspecto importante, como fator importante na recuperação do cliente. O ambiente, apesar de não ser o objeto de estudo destes

trabalhos, permeia normalmente as discussões acerca do processo saúde-doença, e a prática profissional.

Na área da Enfermagem em Oncologia, em especial nos estudos que envolvem o processo assistencial em terapia antineoplásica, há um consenso dos estudiosos de que o ambiente das Unidades de Quimioterapia é repleto de riscos, com grande potencial de gerar mal estar aos clientes, além de riscos ocupacionais e, portanto, merecedor da atenção cuidadosa do Enfermeiro. Nesses estudos os aspectos físicos, relacionais e sociais são contemplados nas mais diversas perspectivas.

A preocupação com a saúde do trabalhador aparece com frequência nos estudos, onde o ambiente físico é foco ou contexto das discussões, como demonstra o estudo de Xelegati (2003), que aborda os múltiplos riscos de biossegurança a que os trabalhadores de enfermagem estão expostos no seu cotidiano nas Unidades de Quimioterapia, com importantes considerações sobre o ambiente hospitalar:

“No ambiente hospitalar há multiplicidade de riscos aos trabalhadores de enfermagem, sendo que, basicamente, parecem existir os: biológicos, físicos, químicos, psicossociais e ergonômicos”.

O estudo de Rocha et al (2004), referente aos perigos potenciais a que estão expostos os trabalhadores de enfermagem na manipulação de quimioterápicos antineoplásicos afirma que:

“Em relação aos profissionais que manipulam antineoplásicos, a literatura evidencia casos de aparecimento de tumores secundários e de maiores chances de aparecimento de câncer, mutagenicidade, alterações genéticas e efeitos colaterais nesses trabalhadores.”

As autoras ressaltam neste estudo aspectos físicos fundamentais do ambiente, estruturas mínimas necessárias que interferem diretamente na redução destes riscos, e

destacam a importância do profissional de enfermagem ter conhecimento dos riscos e saber como preveni-los ou minimizá-los, aspectos também destacados nos estudos de Ayoub (1987), Ramos (1988), Almeida (1996), Barbosa (1998) e Freitas et al (1999).

Nesse sentido, ao investigar a morbidade da equipe de enfermagem de um serviço de quimioterapia, Villadiego Chamorro (2003) identifica dentre os fatores de riscos químicos causadores de adoecimento da equipe os agentes neoplásicos, alertando para a necessidade do enfermeiro ter consciência da importância de manter um ambiente considerado seguro para os indivíduos nele inseridos, tendo em vista os comprovados riscos aos quais estão submetidos.

Além das questões relacionadas à biossegurança necessária à manutenção do ambiente das Unidades de quimioterapia, alguns estudos focalizaram a estrutura física desse ambiente. Na pesquisa realizada por Adami et al (1997), visando avaliar a estrutura e o processo assistencial da enfermagem em Unidade de Quimioterapia no Estado de São Paulo, há referência de que:

“...as enfermeiras reconhecem a interferência de problemas estruturais na assistência e têm procurado supera-los, mobilizando-se no sentido de conseguir melhorias indispensáveis para o processo de trabalho e promoção da qualidade da assistência de enfermagem prestada aos pacientes”.

Na verdade, a preocupação freqüente com os aspectos físicos demonstra a significativa interferência da estrutura física sobre a qualidade da assistência prestada. No entanto, a observação atenta quanto aos aspectos psicológicos deste ambiente tem sido percebido e valorizado mais enfaticamente nos estudos realizados por enfermeiras na área oncológica, com grande tendência em considerar as necessidades psicológicas dos clientes portadores de câncer em tratamento quimioterápico no momento de

planejar e implementar a assistência de Enfermagem, não restringindo suas ações apenas às necessidades físicas inerentes à doença (Camargo, 2003).

Quando pensamos nos aspectos psicológicos do ambiente assistencial, observamos que as enfermeiras que atuam nas Unidades de Quimioterapia mostram-se cada vez mais preocupadas com a interferência do ambiente no bem estar dos clientes.

Para Camargo (1998, 2000), a equipe de enfermagem deve esforçar-se para manter um ambiente agradável e descontraído, diante de um tratamento considerado difícil, tanto física quanto psicologicamente, para os clientes e seus familiares. O que indica a importância da enfermeira estar atenta às necessidades dos clientes e dar oportunidade para verbalizarem seus medos, ansiedades e necessidades, ressaltando o valor do aspecto relacional, ou no nosso entendimento, os aspectos psicológicos desse ambiente de cuidado.

Nessa linha de pensamento, Moreira (2002) identificou como cuidados mais requeridos por clientes que estão em tratamento quimioterápico: oferecimento de apoio emocional, promoção de ambiente confortável e prestação de cuidados físicos, exatamente nesta ordem de valor. A autora destaca a importância de se valorizar a manutenção de um ambiente que lhes proporcione conforto, segurança e bem estar.

O estudo proposto considera os clientes em tratamento quimioterápico como indivíduos que exigem de si mesmo e dos profissionais da equipe de enfermagem um esforço diário para adaptação e ajustamento físico e psicológico frente às implicações provocadas pela enfermidade e pelo tratamento. Apesar de não se encontrarem internados, vivenciam o ambiente hospitalar, em sua rotina terapêutica, e portanto, devem ser ouvidos quanto às suas necessidades, expectativas, satisfações e insatisfações referentes à este ambiente que o acolhe.

Com base nessas considerações acerca dos estudos já desenvolvidos, pode-se perceber o enfoque dos aspectos físicos e psicológicos das Unidades de quimioterapia. Contudo, tal ambiente não foi focalizado na perspectiva dos clientes. Assim, este estudo se justifica por dar voz à clientela, buscando subsídios para futuras discussões acerca da gestão do ambiente das Unidades de Quimioterapia.

A CONTRIBUIÇÃO DO ESTUDO

O Enfermeiro aprende todo o tempo. Adquire conhecimentos ao longo da sua trajetória profissional, seja no processo de educação permanente, seja nos relacionamentos com a equipe multiprofissional, com clientes e familiares. Aprende com a experiência que sua vida lhe proporciona. Sempre é tempo de rever conceitos, ampliar a visão do todo, olhar com novos olhos o seu dia a dia.

Mas aprende sobretudo com a pesquisa, quando é possível a partir de questionamentos e hipóteses acerca de problemas identificados na prática, investigar e buscar bases que permitam refletir sobre as ações planejadas e desenvolvidas e assim contribuir conseqüentemente para a melhoria da prática profissional.

O estudo pretende contribuir particularmente com a linha de Gerência desenvolvida no Núcleo de Pesquisa em Educação, Gerência e Exercício profissional em Enfermagem (NUPEGEPEn) do Departamento de Metodologia da Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery – Universidade Federal do Rio de Janeiro, ao focalizar uma temática considerada primordial no pensamento contemporâneo, uma perspectiva ecológica que valoriza a relação do homem com seu meio.

Em extensão, espero com este estudo contribuir para a avaliação da prática da saúde, o ensino e a pesquisa, particularmente na área de Enfermagem.

O meu interesse na opinião do Cliente vem de encontro ao pensamento de Silva (2004), quando afirma que:

“Para escrever a simples história de um hospital, é preciso conhecer as pessoas, estar atenta a elas, ter uma alma aberta para o que elas são capazes de expressar pela fala e pelos gestos. Para escrever uma história de hospital, é preciso viajar por sentimentos diferentes e muitas vezes desconhecidos; por motivações inimagináveis. Estar preparado para encontros e desencontros ... Para perceber as simples histórias de todos os dias nos hospitais.”

No âmbito da política de reestruturação da Assistência em Oncologia no Estado do Rio de Janeiro, este estudo de caso traz subsídios, na perspectiva dos clientes, para possíveis e necessárias reformulações na Unidade de Quimioterapia, locus do estudo.

Penso que os resultados obtidos neste estudo oferecem algumas evidências que podem favorecer re-considerações acerca da gerência de Enfermagem, particularmente no âmbito da enfermagem em oncologia, fornecendo subsídios para uma reflexão crítica dos enfermeiros no gerenciamento da assistência de Enfermagem, a partir da ótica dos clientes, quanto ao ambiente sob sua responsabilidade. Principalmente se os resultados alcançados puderem ser generalizados para outras Unidades de Quimioterapia.

O estudo traz ainda subsídios para fomentar discussões acerca do ensino de enfermagem tanto no Curso de Graduação quanto no Curso de Pós-Graduação Lato Sensu, nas áreas de Especialização e Residência em Enfermagem Oncológica, contribuindo ao abordar os diversos aspectos do ambiente assistencial da Unidade de Quimioterapia, de acordo com o Programa de Integração Docente Assistencial na Área do Câncer (PIDAAC), elaborado pelo Ministério da Saúde - MS em conjunto com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), no que se refere ao Programa de formação profissional da Política Nacional de Controle de Câncer.

CAPÍTULO II

A UNIDADE DE QUIMIOTERAPIA COMO ESPAÇO DE GESTÃO DO AMBIENTE HOSPITALAR

CAPÍTULO II - A UNIDADE DE QUIMIOTERAPIA COMO ESPAÇO DE GESTÃO DO AMBIENTE HOSPITALAR

Este capítulo pretende apresentar as diferentes concepções de ambiente, a importância do ambiente na vida do ser humano, de que forma este ambiente pode interferir no processo de bem estar dos indivíduos e a assistência de Enfermagem neste contexto. Segue discutindo a gestão do ambiente hospitalar, e conclui apresentando as especificidades da Unidade de Quimioterapia.

O AMBIENTE COMO PROBLEMÁTICA DA SAÚDE E DA ENFERMAGEM

A concepção do universo como uma rede interligada de relações anunciada pela física moderna possibilitou à ciência transcender a visão exclusivamente cartesiana mecanicista do mundo para uma concepção holística e intrinsecamente dinâmica do Universo (CAPRA, 1982).

Neste contexto de mudanças emerge a necessidade de reformulação do pensamento baseado na consciência do estado de inter-relação e interdependência essencial dos fenômenos físicos, biológicos, sociais e culturais. Para o autor, essa perspectiva tem suas bases na concepção sistêmica que vê o mundo em termos de relações e de integração que se dão num processo contínuo e dinâmico. Nesse processo os sistemas não estão limitados a organismos individuais e suas partes, mas compreendem uma totalidade, sem desvalorização da singularidade. (op.cit. p. 259-260).

Na busca da compreensão dessa totalidade e, segundo Almeida Jr. (2000), a consciência de uma Terra em crise que emergiu a partir de meados do século XX, desperta a maior aproximação entre o pensamento ocidental e o oriental. Essa aproximação coloca em evidência uma cosmologia holística em que a filosofia

planetária pautada na relação homem-natureza e homem-ambiente orienta os debates contemporâneos de todas as disciplinas.

Na perspectiva do autor, a partir dessa tendência, vale considerar que todo e qualquer ambiente é passível de apropriação e valoração pelos indivíduos ou grupos sociais. Assim, os efeitos ambientais naturais ou artificiais tornam-se impactos positivos ou negativos, conforme valores benéficos ou prejudiciais que lhes atribua.

A Enfermeira Florence Nightingale (1989) já em seu tempo considerava o ambiente como o conjunto de elementos externos à pessoa e que afetam tanto a saúde do doente quanto a pessoa saudável. Era visto como todas as condições e influências externas que influenciam a vida e o desenvolvimento de um organismo, sendo capaz de prevenir, suprimir ou contribuir para o desenvolvimento da doença, podendo levar à vida ou à morte.

A partir do momento em que compreendemos que nós indivíduos, somos um sistema e que fazemos parte de um sistema maior, o Planeta, passamos a nos dar conta da importância de observarmos com mais atenção e preservarmos este sistema maior, cada um do seu jeito, fazendo a sua parte, protegendo e gerenciando o seu “pedaço”.

Consideramos o fato de que os indivíduos precisam interagir uns com os outros para garantir a sua sobrevivência, sendo fato também que os indivíduos dependem de um ambiente saudável para viver, mostrando-se imprescindível que se mobilizem para proteger, restaurar e cuidar deste macro ambiente, torná-lo viável, benéfico, confortável e garantindo, desta forma, o atendimento de suas necessidades básicas e conseqüentemente a manutenção da sua saúde.

No decorrer do tempo os pensamentos vêm sendo reformulados e há uma compreensão cada vez mais ampla sobre a saúde do ser humano, e que ultrapassa a noção anterior (restrita) de saúde como a ausência de doenças. A Organização Mundial

da Saúde (OMS) define saúde como *“estado de completo bem estar físico, mental e social”*. A Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) acrescenta a essa definição a importância de se considerar o bem estar espiritual.

Obviamente a palavra “completo” torna essa compreensão de saúde um tanto utópica e é, portanto, muito criticada pelos estudiosos. Contudo, mesmo diante das condições que causam um verdadeiro estado de mal estar social, é preciso não perder de vista a busca da saúde como um conjunto de condições dignas de vida. Condições estas que foram afirmadas durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986:

“A saúde é o resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde.”

A partir dessa concepção, pode-se entender a saúde do indivíduo num contexto social, na busca constante pelo melhor bem estar físico, psicológico, social e espiritual, na medida em que cada ser é único com diferentes necessidades e desejos. Isso porque é possível um indivíduo, mesmo com uma doença crônica, sentir-se e ser considerado saudável, quando o mesmo apresenta-se equilibrado física e psicologicamente, aprendendo a conviver com a sua patologia e possíveis limitações, integrado à sua família, comunidade e ambiente.

A concepção sistêmica de saúde para Capra (1982) relaciona-se à noção de equilíbrio dinâmico nos níveis individual, social e ecológico. O que implica dizer que o que não é saudável para o indivíduo tampouco é saudável, geralmente, para a sociedade e para o ecossistema global. Assim, para o autor:

“a saúde é uma experiência de bem estar resultante de um equilíbrio dinâmico que envolve os aspectos físico e psicológico do organismo, assim como suas interações com o meio ambiente natural e social”.

Figueiredo (2004) lembra que os indivíduos fazem parte de uma sociedade, geram recursos, relacionam-se, cuidam uns dos outros. Possuem diferentes culturas, costumes e crenças, integram e relacionam-se com o meio ambiente. São, portanto, seres ecológicos. Ao abordar as freqüentes ameaças que o mundo moderno oferece ao meio ambiente, a autora alerta que tudo o que é danoso ao ambiente é danoso também às pessoas que nele vivem, porque estes recebem interferência direta e contínua dos elementos externos presentes neste ambiente, acabando por influenciar no processo saúde - doença.

No momento em que um indivíduo adoce e precisa de ajuda para restaurar a sua saúde, em especial a saúde física, ele procura um serviço de saúde, seja no âmbito da atenção básica ou em Unidades assistenciais de média e alta complexidade..

Campos (1995) cita a Organização Mundial de Saúde ao abordar a razão de ser do hospital:

“O Hospital é a parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade: completa assistência médica preventiva e curativa, incluindo serviços extensivos à família em seu domicílio, e ainda um centro de formação dos que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas”.

Na opinião do Administrador Hospitalar Malagón (2003), o hospital moderno exige uma estrutura física funcional, estrategicamente localizada, fruto de um cuidadoso planejamento. O conceito de hospital encerra todo um universo dos mais variados recursos, elementos e dispositivos que, articulados e submetidos a uma ação coordenada, podem conduzir à saúde integral, isto é, promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. Para o autor, *“A Saúde não é outra coisa senão o bem estar físico,*

psicológico e social do homem, e o objetivo do hospital não é outro senão se esforçar para alcançar a todo custo este bem estar”.

Cabe ao hospital acolher este indivíduo, identificar / diagnosticar as suas necessidades integrais e atendê-las, na medida do possível. O indivíduo / cliente é inserido no ambiente hospitalar, e a partir deste momento diversos relacionamentos são estabelecidos. Dependendo de como este ambiente se apresenta, ele pode ser benéfico ou prejudicial aos indivíduos nele inseridos.

Pereira (2001) descreve o ambiente terapêutico como tudo o que faz parte do recinto, instalações físicas, mobiliários, objetos, o convívio entre os membros da equipe de saúde, demais funcionários, cliente e familiares. Afirma que é neste espaço aonde são tomadas decisões, realizados procedimentos, enfim planejadas e desenvolvidas ações que possam trazer conforto e atendimento às necessidades dos clientes.

Concordamos com Pereira, e ao nos referirmos neste estudo ao ambiente hospitalar, entendam que este não se restringe apenas ao ambiente físico fornecido pelas construções hospitalares e mobiliários, mas principalmente como um espaço que pode contribuir (ou não) para a recuperação do cliente, através do clima, dos relacionamentos estabelecidos, normas e rotinas instituídas que o tornarão mais ou menos confortável, acolhedor, satisfatório para os indivíduos que ocupam, mesmo que temporariamente este ambiente.

Ao entendermos que os seres humanos reagem como seres inteiros que são, constituídos de corpo e mente, e reconhecermos que estas partes não podem ser separadas, pois estão em constante interação, percebemos que a prática dos profissionais da área da saúde é, por natureza, interpessoal. O que requer contemplar no gerenciamento do cuidado de enfermagem, o cliente na sua totalidade, a fim de atender às suas necessidades integrais, físicas, psicológicas, sociais e espirituais nos ambientes

extra e intra-hospitalar, proporcionando-lhe conforto e segurança necessários à recuperação de sua saúde e restabelecimento de seu equilíbrio vital (MARX e MORITA, 2003).

A valorização do ambiente para a prática da enfermagem tem grande expressão na elaboração das proposições teóricas das enfermeiras, ao contemplá-lo como um conceito indispensável para a construção das bases para definição dos modelos assistenciais. Assim, nas diversas perspectivas, as proposições contemplam a interrelação dos conceitos: Ambiente, Enfermagem, Ser Humano e Sociedade (TORRES, 1993)

A evolução na forma de pensar o ambiente vem sendo evidenciado no decorrer do tempo, nos estudos desenvolvidos e na prática da Enfermagem, e faz parte de um processo histórico que se iniciou com Florence Nightingale e sua Teoria Ambientalista, que enfatiza a importância do ambiente como parte integrante do processo de cura (e entendemos como reequilíbrio) do indivíduo. A autora ressalta que a Enfermagem contribui para o processo restaurador, na medida em que coloca o cliente em suas melhores condições para que a natureza possa agir sobre ele. Com este objetivo, deverá encarregar-se de prover um Ambiente no qual o cliente possa ser cuidado por se próprio e pelos outros.

Ou seja, cabe à Enfermagem reconhecer que faz parte deste ambiente hospitalar e se sentir responsável por ele. Desta forma tem condições de interferir beneficentemente, manipular recursos, alterar regras sempre que julgar necessário, estabelecer relacionamentos que ultrapassem as suas funções técnicas, buscando criar um ambiente mais acolhedor, confortável, que respeite a privacidade, os hábitos, crenças e valores que os clientes trazem consigo no momento em que se internam.

Figueiredo (1997) alerta que, quando o ambiente do cliente é referido na Enfermagem Fundamental, o mesmo é visto como um espaço físico determinado, o chamado ambiente hospitalar. E este ambiente é considerado apenas em seus aspectos físicos, comentando que:

“Normalmente, nos referimos ao ambiente hospitalar e neste incluímos leito, mesinha de cabeceira, a cadeira e os utensílios pessoais do cliente. A ambiência está ligada a um sentido estético, e não tem recebido a conotação de restaurador natural dos desvios de saúde e nem o ser humano parece ser uma das variedades da vida.”

Sanna (2002) aponta o gerenciamento de recursos físicos dentre as funções gerenciais do Enfermeiro, e ao descrever o modelo-referência de organização de serviços de enfermagem no período de 1950 a 1980, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, afirma que a permanência ininterrupta da enfermagem no hospital, sua ocupação permanente de quase toda a área habitável pode explicar seu domínio sobre o ambiente físico, e conseqüente responsabilidade sobre ele. A autora refere que a postura de “dona de casa” parece ter sido a cada dia mais reforçada, e que aí reside sua vinculação ao papel de “provedora da manutenção física do espaço”, e de “guardiã das chaves”, referindo-se à imagem da enfermeira responsável por manter sob sua guarda a cópia das chaves de todos os espaços hospitalares.

As questões relacionadas ao ambiente ocupado pelo cliente no âmbito hospitalar, têm sido foco de grande preocupação para o ensino e para a prática da Enfermagem. O que justifica o detalhamento das instruções de técnicas de organização da ambiência que constam nos manuais de Enfermagem, com destaque para Souza (1987), referência da Enfermagem fundamental no Brasil há pelo menos três décadas.

Kron (1978) também há três décadas já alertava para a nova visão dos espaços físicos hospitalares :

“No início do século o hospital era um edifício triste, considerado por muitas pessoas como o local da morte. Atualmente, a arquitetura e a decoração de interiores estão modificando o aspecto físico do hospital... o efeito da cor sobre a reação emocional do indivíduo, e daí sobre a sua recuperação, atualmente é reconhecido; conseqüentemente, são feitos todos os esforços para tornar o hospital claro e atraente, assim como eficiente e seguro.”

Marquis e Huston (1999), ao abordarem a administração e liderança em enfermagem, identificam o ambiente físico e o ambiente social dentre as interrogações que líderes e administradores costumam (ou deveriam) fazer, quando da avaliação da cultura organizacional. Considerando a cultura organizacional como o total de valores, pensamentos, comportamentos, redes formais e informais de relacionamentos, práticas e crenças que modelam, definem uma Instituição, o quesito ambiente mostra-se no cotidiano um dos pontos principais de interferência, podendo apresentar-se benéfico ou maléfico a esta cultura organizacional.

Pensamos no ambiente hospitalar como um espaço composto por pessoas, e que tem como missão prestar assistência à pessoas. Logo, a gestão deste ambiente deverá ter sempre foco nas pessoas nele inseridas, e suas necessidades.

O cuidado desejável da Equipe de Enfermagem busca ter excelência técnica, mas deve ser interativo, dinâmico, flexível. Deve compartilhar com o próprio cliente e sua família a responsabilidade do seu cuidado e restauração da sua saúde. Tornar o ambiente mais acolhedor e confortável, é criar o espaço mais adequado para o estabelecimento de boas e saudáveis relações, fator considerado essencial para o sucesso de qualquer assistência.

A GESTÃO DO AMBIENTE HOSPITALAR : DIRETRIZES ATUAIS

Partimos da premissa de que o ambiente hospitalar deve oferecer segurança, conforto e bem estar aos clientes que o procuram, não só nos seus aspectos físicos, mas também nos aspectos psicológicos e sociais.

No cotidiano dos hospitais, com relativa frequência identificamos clientes muito bem assistidos tecnicamente, considerando estar sendo tratados adequadamente sob o ponto de vista terapêutico, mas mostrando-se desconfortáveis, pouco informados a respeito da evolução de seus quadros, assustados, irritados com as rotinas rígidas (do chamado “quartel” a que são submetidos, numa referência ao rigor da disciplina e obediência às normas institucionais), como exemplo: o número de vezes que precisavam acordar de madrugada para verificar sinais vitais ou a obrigação de tomar banho às 08 horas da manhã, a falta de privacidade, a alimentação que não desejou e que se vê obrigado a comer, na hora pré-determinada e não quando tem fome, a falta de atividades que distraia e amenize a sua estada, o excesso de barulho, a ventilação e a iluminação inadequadas... dentre outros problemas.

Como exemplos observados a nível ambulatorial: o tempo que o cliente aguarda para ser atendido, o desconforto e a inadequação dos espaços destinados à espera do atendimento, o excesso de barulho, as dificuldades encontradas pelos clientes acerca do acesso aos serviços, falhas na comunicação e ausência de informações adequadas, a sensação de descaso com as suas necessidades.

São problemas que se repetem tanto durante a internação quanto em atendimento ambulatorial, e que quando os clientes não são ouvidos, ou atendidos em suas necessidades, tornam-se fatores que geram grande estresse ao cliente, podendo interferir negativamente para o processo de recuperação (restauração) de sua saúde.

Estes problemas refletem na qualidade da assistência de saúde prestada, na medida em que trazem insatisfação, ansiedade e insegurança para os clientes, e põe em questão a verdadeira missão do Hospital: simplesmente tratar doenças ou atender às necessidades das pessoas que o procuram?

A garantia de segurança para os clientes e profissionais e a qualidade dos serviços prestados nas Instituições prestadoras de Serviços de Saúde sempre foi preocupação dos gestores hospitalares e dos profissionais de saúde, mas a Acreditação Hospitalar, definida como um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde, voluntário, periódico e reservado, começa a ser mais amplamente discutida no âmbito do Ministério da Saúde em junho de 1995, com a criação do Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde (PGAQS).

A Comissão constituída para a implementação do PQAQS ficou responsável pela discussão dos temas relacionados com a melhoria da qualidade do serviço prestado, definindo estratégias para o estabelecimento das diretrizes do Programa. A partir de um levantamento de manuais e práticas desenvolvidas no exterior, bem como experiências identificadas no País referentes ao controle de qualidade dos serviços prestados, é elaborado e disponibilizado em 1998 o "Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar".

A Organização Nacional de Acreditação (ONA), “organização não governamental caracterizada como: pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos e de interesse coletivo, com abrangência de atuação nacional ”, foi constituída em maio de 1999, tendo por objetivo geral promover a implementação de um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços de saúde, permitindo o aprimoramento contínuo da atenção, de forma a garantir a qualidade na assistência aos cidadãos brasileiros, em todas as organizações prestadoras de serviços de saúde do País.

O Manual Brasileiro de Acreditação de Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares, cuja última revisão foi aprovada através da Resolução RDC nº 12, de 26 de janeiro de 2004, foi elaborada considerando três níveis a serem avaliados (estrutura, processos e resultados) e traz padrões a serem seguidos pelas instituições de saúde, diretrizes de atuação para seus setores e serviços, buscando garantir através da padronização a qualidade das atividades desenvolvidas e conseqüente satisfação da clientela ao favorecer o atendimento às suas necessidades.

Atualmente movimentos cada vez mais fortes buscando qualidade vêm sendo observados na saúde. Buscam enxergar o ser humano como um todo, resgatar a sua essência, compreender e praticar o verdadeiro significado do cuidar. Esta assistência visa contribuir para a restauração da saúde, do bem estar físico, psicológico e espiritual do cliente. A preocupação com o acolhimento, proporcionando ao cliente o melhor ambiente possível, considerar seus interesses e suas necessidades como prioridade, é a proposta da humanização dos Hospitais.

A palavra humanizar tem o sentido de dar condição humana, humanar, civilizar, tornar-se humano, humanar-se (Ferreira , 2000).

No contexto da saúde, as discussões mais recentes acerca dessa temática indicam que:

“A Humanização é entendida como valor, na medida em que resgata o respeito à vida humana. Esse valor é definido em função de seu caráter complementar aos aspectos técnico-científicos que privilegiam a objetividade, a generalidade, a causalidade e a especificação do saber. Assim, humanizar é resgatar o respeito à vida humana, levando-se em conta as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano”
(Brasil, 2001)

Com base nessa filosofia humanista, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), em 2001, diante da necessidade de melhorar a qualidade da assistência prestada nos hospitais públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2001).

Nesse sentido, a humanização é vista não como um Programa, mas uma Política Nacional (HUMANIZASUS), cujos princípios norteadores estão fundamentados na valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão (Brasil, 2004).

Nessa linha de pensamento, o Administrador Mezomo (2001) ressalta a importância da implantação da Política de humanização nos hospitais considerando a necessidade de priorização dos interesses dos clientes sobre a estrutura operacional e administrativa da instituição, no contexto de um cenário em que permeia a complexidade da subjetividade humana e a tecnologia.

Assim, pode-se dizer que o desenvolvimento das ações do HUMANIZASUS tem como princípios fundamentais o respeito à singularidade dos hospitais e a estreita cooperação entre os diversos agentes que compõem o SUS – O ministério da saúde, as secretarias Estaduais e Municipais de saúde e as instituições hospitalares. Essencial também é a integração dos vários programas, já existentes, que têm como foco a humanização.

Segundo O Ministério da Saúde (2001):

“O compromisso com a pessoa que sofre pode ter as mais diversas motivações, assim como o compromisso com os cuidadores e destes entre si. Humanizar a assistência hospitalar é dar lugar não só à palavra do usuário como também à palavra do profissional de saúde, de forma que tanto um quanto outro possam fazer parte de um rede de diálogo”.

O Ministério da saúde afirma que é possível um hospital preocupar-se em garantir à população recursos tecnológicos e materiais de ponta, uma administração criteriosa e cuidadosa dos recursos financeiros, profissionais altamente qualificados e atentos aos avanços da Medicina, e ainda assim ser acolhedor, humano. Porque uma coisa absolutamente não exclui a outra.

Dentre os aspectos considerados fundamentais para o programa, a garantia de um ambiente considerado benéfico, a manipulação deste em função das necessidades identificadas tanto dos pacientes quanto dos funcionários, seres cuidadores.

A administração hospitalar tem normalmente o ambiente físico como foco de grande preocupação, considerando-o ponto fundamental para a garantia de um atendimento de qualidade.

Na construção e/ou reforma de unidades assistenciais de saúde no País, o Ministério da Saúde, através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, define diretrizes determinadas em legislações específicas, como a RDC nº50 de 21 de fevereiro de 2002 (alterada pela Resolução RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002), que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, visando garantir aos usuários um ambiente físico com condições consideradas necessárias para assegurar o atendimento de saúde que se pretende prestar nestas Unidades. Na RDC 50, o ambiente é entendido como um espaço fisicamente determinado e especializado par o desenvolvimento de determinadas atividades, caracterizado por dimensões e instalações diferenciadas (ANVISA, 2002).

Ainda sobre a administração hospitalar, diversos setores e serviços prestam as devidas contribuições ao gerenciamento do ambiente assistencial.

O Serviço de arquitetura hospitalar atualmente é muito valorizada pelos administradores hospitalares, e tem como responsabilidades o adequado dimensionamento, a acessibilidade, a estrutura física e a decoração do ambiente hospitalar. A criação de um ambiente terapêutico começa com um bom planejamento das construções ou reformas das Instituições hospitalares.

Para o adequado planejamento, é fundamental que o Arquiteto tenha conhecimento do perfil da Instituição, da clientela que pretende atender e do capital a ser investido na construção – reforma. Deverá para tanto, buscar todas as informações necessárias com a administração do hospital, e com os profissionais de saúde e demais colaboradores da Instituição, que estejam na “linha de frente do atendimento”, ou seja possam fornecer com exatidão as necessidades da clientela.

A hotelaria hospitalar é outra atividade comum atualmente nos hospitais, cada vez mais valorizada pelos administradores. A busca de um atendimento diferenciado, que permita a sua sobrevivência neste mercado tão competitivo, fez com que os administradores percebessem o conforto e o bem estar, pontos tão subjetivos, como o grande diferencial em meio aos avançados recursos tecnológicos, aos profissionais qualificados e à moderna e avançada medicina.

A hotelaria hospitalar é uma tendência muito recente, introduzida no Brasil há menos de uma década, e está diretamente relacionada à humanização dos hospitais. Na verdade são os conceitos de hotelaria adaptados à realidade e às necessidades dos hospitais. A hotelaria foi implantada nas Instituições de saúde visando reduzir ou acabar com a “cara de hospital”, fria, impessoal.

A hotelaria é a reunião de todos os serviços de apoio, que, associados aos demais serviços, buscam oferecer aos clientes internos e externos conforto, segurança e bem

estar. A hotelaria preocupa-se não só com os aspectos físicos, mas também com os aspectos psicológicos do ambiente.

Segundo Tarabousli (2003):

“Hotelaria é a arte de oferecer serviços repletos de presteza, alegria, dedicação e respeito, fatores que geram a satisfação, o encantamento do cliente e, principalmente, a humanização do atendimento e do ambiente hospitalar”.

Considerados pela hotelaria hospitalar como hóspedes portadores de doenças, os clientes são alvo de um tratamento que associe o ato de receber e hospedar bem com o de fornecer atendimento de saúde, em um ambiente considerado favorável para a sua recuperação, confortável, seguro.

A hotelaria preocupa-se também em fornecer um ambiente de conforto e bem estar para os funcionários, seres cuidadores. Ambientes de trabalho ergonomicamente adequados, bem ventilados e iluminados, áreas de descanso e de lazer que incentivem o convívio amigável, o respeito entre os indivíduos, estão deixando de ser considerados como supérfluos, mas como necessários para a garantia de um atendimento de qualidade. Funcionários satisfeitos, confortáveis produzem mais e melhor. Eles representam a imagem da Instituição.

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), assim como o Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) existentes nas Instituições hospitalares, também preocupam-se muito com a manutenção de um ambiente favorável a todos nele inseridos. Acidentes, infecções ou outras iatrogenias sofridas por clientes e doenças ocupacionais (decorrentes do trabalho) muitas vezes tem relação direta com o ambiente, sejam estas doenças físicas ou psicológicas.

Enfim, vários profissionais em suas funções de alguma forma preocupam-se e interagem com o ambiente hospitalar, por reconhecerem a sua importância na garantia da qualidade dos serviços prestados em uma Unidade Hospitalar. No entanto, o ambiente permanece sendo visto de forma fragmentada, uma visão micro, de acordo com a área de atuação de cada profissional.

Criar um ambiente terapêutico é torna-lo acolhedor, confortável, que respeite a privacidade, os hábitos, crenças e valores que os clientes trazem consigo no momento em que se internam. É oferecer segurança, conforto e bem estar para todos nele inseridos clientes externos (clientes e familiares) e clientes internos (funcionários). Vale ressaltar que o ambiente precisa ser visto e gerenciado de forma ampla, nos seus aspectos físicos, psicológicos e sociais.

Acreditamos que o ambiente hospitalar pode contribuir significativamente para a restauração do equilíbrio físico-emocional do indivíduo, bem como tornar agradável e satisfatório o espaço de trabalho para os funcionários, favorecendo o bom convívio entre os indivíduos, para que possam desempenhar adequadamente as suas atividades.

Quando pensamos no ambiente assistencial ambulatorial, particularmente a Unidade de Quimioterapia, cenário deste estudo, observamos uma crescente tendência na preocupação dos enfermeiros acerca deste espaço, em como torná-lo mais seguro e mais confortável para todos os indivíduos nele inseridos.

O ambiente hospitalar deve ser gerenciado de forma a atender as necessidades integrais do seu cliente, considerando seus direitos e interesses diversos, respeitando seus hábitos, desejos e dificuldades apresentadas. O cliente é a razão de ser do Hospital. A partir deste entendimento, este estudo visa dar voz ao cliente, para que ele nos diga quais fatores do ambiente são considerados como determinantes para o seu bem estar e mal estar. E respaldados pelos conceitos de Florence Nightingale acerca dos aspectos

físicos, psicológicos e sociais do ambiente buscamos, a partir da perspectiva dos clientes, indicativos para um gerenciamento de Enfermagem eficaz desta Unidade tão específica, que garanta o atendimento integral das necessidades destes clientes.

ESPECIFICIDADES DO AMBIENTE DA UNIDADE DE QUIMIOTERAPIA

O serviço de Terapia Antineoplásica, ou Unidade / central de Quimioterapia, é o serviço de saúde composto por equipe multiprofissional especializada na atenção à saúde de clientes portadores de câncer que necessitem de tratamento medicamentoso. (Brasil, 2004)

A Equipe multiprofissional deve ser constituída no mínimo, por médico especialista, enfermeiro e farmacêutico. Contudo, devem integrar a equipe: psicólogo, nutricionista, assistente social e técnicos de enfermagem, com treinamento especializado, visando atender às necessidades do cliente no decorrer do tratamento quimioterápico, de forma integral.

Nos primórdios da quimioterapia antineoplásica, por se desconhecer grande parte dos efeitos tóxicos do tratamento, o cliente precisava ser internado para receber o medicamento em questão. Com a melhoria dos recursos diagnósticos e maior conhecimento acerca da doença e da terapêutica, atualmente o tratamento quimioterápico antineoplásico é realizado em regime ambulatorial, otimizando a gestão de leitos hospitalares, e permitindo ao cliente manter-se integrado ao seu ambiente social, ou seja, à sua casa, família e amigos, comunidade e trabalho (Fernandes, 1981; Bonassa,2000).

A Unidade de Quimioterapia como um serviço ambulatorial presta assistência aos clientes portadores de câncer que não requeiram internação, caracterizado normalmente

por executar procedimentos de média complexidade, pois requerem atenção e cuidados específicos e especializados, em especial por parte da equipe de Enfermagem, responsável por grande parte das atividades desenvolvidas no setor.

Esses cuidados especializados se justificam pela caracterização da quimioterapia, que consiste na administração de drogas que agem interferindo nas funções bioquímicas celulares, de forma não específica, com o propósito de inibir o crescimento das células neoplásicas. O que traz sérias implicações para os clientes em relação aos diferentes graus de toxicidade (Brasil, 2002)

De outra forma, o potencial mutagênico, carcinogênico e teratogênico de algumas drogas antineoplásicas faz com que o ambiente da Unidade de Quimioterapia se configure como de risco ocupacional, requerendo adoção de normas de biossegurança para o preparo, administração e descarte dessas medicações (op.cit, p.309).

Diante dessas implicações para os clientes e profissionais, a organização do ambiente das Unidades de quimioterapia atende a algumas diretrizes, no contexto de uma Política específica para o controle do câncer no Brasil. Para a construção e gestão do ambiente dessas Unidades temos que atender aos seguintes normativos: a Portaria do Ministério da Saúde nº 3.535/GM, de 02 de setembro de 1998; a RDC nº 220 de 21 de setembro de 2004 e a RDC nº50 de 21 de fevereiro de 2002 (alterada pela Resolução RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002).

A Portaria nº 3535/98 que estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia, situa as Unidades ou Centros de Quimioterapia no serviço de oncologia clínica. As diretrizes que constam nesta portaria contemplam alguns requisitos técnicos e administrativos para funcionamento do setor, além de indicar mobiliários e equipamentos necessários para o atendimento dos clientes.

Considerando a complexidade e riscos de biossegurança que envolvem os procedimentos relacionados à terapia antineoplásica, foi aprovada pela Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, o Regulamento Técnico de funcionamento dos Serviços de Terapia Antineoplásica (RDC nº 220/ 04). O objetivo é de fixar requisitos mínimos para o funcionamento das Unidades de Quimioterapia, no âmbito público e privado.

Na abrangência contemplada neste regulamento, os aspectos relacionados ao ambiente apresentam-se nas orientações quanto à infra-estrutura, limpeza e desinfecção, descarte de resíduos, além de ações de prevenção e controle de infecção e eventos adversos. A interpretação do documento leva-nos a compreender que, muito embora haja reconhecimento de que deve ser preservado o atendimento às necessidades dos clientes submetidos à terapia antineoplásica, fica a critério dos profissionais estabelecer os indicadores e protocolos a serem instituídos em cada Unidade. O que indica a necessidade de discussões institucionais para contemplar nas diretrizes assistenciais os aspectos referentes ao atendimento das necessidades psicológicas, sociais e espirituais dos clientes e seus familiares.

Além dessas diretrizes normativas específicas, a organização do ambiente das Unidades de Quimioterapia, compondo o contexto ambulatorio – hospitalar, é orientada pela resolução RDC nº 50 / 2002 da ANVISA, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Neste documento que focaliza o ambiente físico, o setor é identificado como Unidade funcional de apoio ao diagnóstico e terapia que, devido às questões de biossegurança, demanda sistemas especiais de controle das condições ambientais higrotérmicas e de controle de qualidade do ar em função do tempo de permanência dos clientes (Brasil, 2002).

A atuação da Equipe de Enfermagem nesse cenário está orientada pelas Resoluções nº 210/ 98 e nº 257/01 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que dispõem sobre a atuação dos profissionais de Enfermagem que trabalham com quimioterápicos antineoplásicos. Estas resoluções foram elaboradas visando assegurar a qualidade da assistência prestada pelos profissionais de Enfermagem, bem como promover a humanização do atendimento aos clientes submetidos ao tratamento quimioterápico antineoplásico em níveis hospitalar e ambulatorial.

Ao enfermeiro cabe o planejamento, execução e controle/supervisão das atividades desenvolvidas pela equipe, dentre elas: a consulta de enfermagem, manipulação de cateteres centrais e punção de veias periféricas, administração de medicamentos, realização de curativos, monitorização dos sinais vitais, identificação e intervenção nas situações de emergência , orientação dos clientes e seus familiares, dentre outras.

Cabe ainda ao enfermeiro a elaboração de rotinas e protocolos terapêuticos voltados para a prevenção, tratamento e minimização dos efeitos adversos inerentes à terapia antineoplásica; o treinamento permanente da equipe; o gerenciamento dos recursos humanos e materiais e, o gerenciamento do ambiente, deste espaço assistencial, visando segurança, conforto e bem estar para todos nele inseridos.

Ao profissional de nível médio de Enfermagem cabe executar as ações de Enfermagem sob sua responsabilidade aos clientes, sob a supervisão do Enfermeiro.

Mas o gerenciamento do cuidado de enfermagem e do ambiente onde esse cuidado é prestado precisa estar centrado na clientela. O cliente portador de câncer possui necessidades que precisam ser conhecidas e respeitadas pela equipe que o assiste. São necessidades físicas inerentes à evolução da doença e do tratamento ao qual é submetido; são necessidades psicológicas, relativas ao medo, a vivência da dor e do medo da morte, além da raiva e revolta que muitos manifestam, a insegurança e

incerteza quanto ao seu futuro. São freqüentes também as necessidades espirituais, que conduzem à reafirmação da fé em função das diferentes estratégias para lidar com a doença e o difícil tratamento. E ainda é preciso considerar as necessidades sociais, relativas a possíveis dificuldades financeiras para custear o alto custo do tratamento quimioterápico a que precisa ser submetido, bem como exames e demais procedimentos necessários para controle da doença e seus sintomas.

Por isso, as preocupações da Enfermeira no planejamento da assistência e do ambiente da Unidade de Quimioterapia deve contemplar os aspectos físicos, psicológicos e sociais, visando o bem estar aos clientes e à própria equipe.

CAPÍTULO III

ABORDAGEM TEÓRICO – METODOLÓGICA

CAPÍTULO III - ABORDAGEM TEÓRICO – METODOLÓGICA

Este capítulo tem o objetivo de apresentar o referencial teórico considerado mais adequado para garantir base para discussão e sustentação do estudo de caso proposto, bem como a metodologia utilizada para o desenvolvimento da pesquisa.

BASES TEÓRICAS

Esta Pesquisa foi realizada à luz das idéias da **Teoria Ambientalista** de Florence Nightingale.

Florence Nightingale, considerada a precursora da Enfermagem Moderna, nasceu no dia 12 de maio de 1820 na cidade de Florença, na Itália, em uma família rica e aristocrática. Em função da boa condição financeira de sua família, recebeu excelente educação por parte de seu pai, formado em estudos superiores, e outros preceptores, responsáveis pela formação de Florence, bem como realizou viagens, aonde buscou freqüentar e conhecer a cultura local e Instituições de caridade.

Em seus registros de viagem, anotava o trabalho das Filhas da Caridade, e preocupava-se em ver trabalho semelhante na Inglaterra. Passou a interessar-se pelos Hospitais e todo o trabalho realizado nas Enfermarias, mas tinha como obstáculo a visão da época de que estes locais não eram convenientes para moças de famílias bem nascidas, como ela. Florence Nightingale vivia a frustração de ver seu desejo de servir ao próximo recusado pela família, até a oportunidade de cuidar de um familiar doente. Neste momento Florence percebeu que não bastava boa vontade, paciência e dedicação para tratar um indivíduo doente. Era fundamental ter conhecimento técnico e habilidades, alcançados com árduo treinamento.

Florence Nightingale acreditando ser seu desejo de servir ao próximo um chamado de Deus, manteve-se perseverante nos seus ideais de estudar enfermagem mesmo com a recusa permanente dos pais, e finalmente conseguiu a permissão para ingressar na Instituição de KaisersWerth, onde permaneceu por três meses, participando de aulas teóricas e práticas, executando inclusive serviços de limpeza. Completou seus estudos no Hotel-Dieu de Paris, com as Filhas da Caridade, vendo a prática da Enfermagem e conhecendo as comunidades religiosas.

Em 1853 surgiu a grande oportunidade de Nightingale praticar o que havia aprendido com a Guerra da Criméia, que durou até o ano de 1856. Ao buscar informações, soube que o sistema de assistência médica mostrava-se totalmente ineficiente, e os feridos estavam em grande sofrimento pela negligência dos cuidadores e pela falta de enfermeiras capacitadas. As condições extremamente precárias de higiene, a falta de estrutura física, recursos materiais e humanos traziam graves conseqüências para o atendimento prestado, e altas taxas de mortalidade. Os ingleses não possuíam nenhuma organização de enfermagem para o atendimento aos feridos. Ao saber disso, Florence Nightingale escreveu ao Ministro da Guerra e ofereceu seus serviços, oferta prontamente aceita.

Florence Nightingale em poucas semanas recrutou candidatas, preparou-se e partiu com sua equipe para atender os feridos da guerra da Criméia no dia 21 de outubro de 1854, designada para a base militar de Scutari, atual Istambul. Organizou um Departamento de Enfermagem e dedicou-se a intervir nos problemas identificados nos pavilhões dos hospitais. Observou que além dos ferimentos, os doentes morriam por outros fatores como: frio, fome, sede, infecções diversas e infestações de pragas. Não havia condições mínimas de higiene, as diferentes doenças misturavam-se nos pavilhões

lotados de pacientes, não existia local adequado para procedimentos cirúrgicos, nem materiais e medicamentos suficientes.

A partir desta experiência na Guerra da Criméia, registrada em diversos livros, a precursora da Enfermagem moderna passou a vivenciar e incentivar a reflexão sobre a prática da Enfermagem, tanto no seu aspecto assistencial quanto administrativo, afirmando a Enfermagem como a grande administradora do Ambiente hospitalar. Confirmou seu talento e sua vocação para a Enfermagem, demonstrando os resultados do seu esforço com reduções bastante significativas das taxas de mortalidade.

Em suas atitudes e registros realizados no decorrer de sua vida, Nightingale (1989) avalia todo o tempo a prática da Enfermagem, considerando a observação como essencial para que a enfermagem possa cumprir a sua verdadeira missão. E afirmava que a observação é a base para o planejamento da assistência a ser prestada:

“ a lição prática mais importante que pode ser dada às enfermeiras é ensinar-lhes o que observar, como observar, os sintomas que indicam melhora no estado do doente, os que indicam o contrário, quais são os de importância... as evidências de negligência e que tipo de negligência”.

Nightingale (1989) criticava a Enfermagem que apenas executava tarefas, afirmando que *“A arte da Enfermagem, como atualmente praticada, parece ter sido criada especialmente para desfazer o que Deus determinou que a doença fosse, isto é, um processo restaurador”* E enfatiza que:

“ utilizo a palavra enfermagem por falta de outra melhor. Seu sentido foi limitado e passou a significar pouco mais que ministração de medicamentos e aplicação de cataplasmas. Deveria significar o uso apropriado de ar puro, iluminação, aquecimento, limpeza, silêncio e a seleção adequada tanto da dieta quanto da maneira de servi-la, tudo com um mínimo de dispêndio da capacidade vital do Paciente”.

Florence Nightingale referia-se aos conceitos por ela instituídos, a respeito de saúde e doença, poder vital, processo restaurador e Ambiente.

O pensamento de Florence Nightingale tem influência filosófica da corrente dominante da época, a Hipocrática, que dava ênfase à saúde como sendo o resultado de um estado de equilíbrio entre as influências ambientais, modos de vida e os vários componentes da natureza humana. Como descrito por Carraro (2001):

“Hipócrates não se preocupava apenas com o físico do paciente, mas também com as perturbações mentais que até hoje ainda ocorrem. No que se refere à cura, ele reconheceu as forças curativas inerentes ao ser humano, as quais denominou poder curativo da natureza. A tradição Hipocrática, com sua ênfase na inter-relação fundamental corpo, mente e meio ambiente procurava ver o ser humano em sua totalidade”.

Os registros de Florence Nightingale, por serem considerados de grande contribuição para a prática da enfermagem, foram organizados posteriormente por algumas autoras, dentre elas Gertrudes Torres, e seus conceitos transformados em uma Teoria de Enfermagem, a Teoria Ambientalista de Nightingale. Esta Teoria mostra-se fundamentada sobre a lógica e sobre o senso comum emergentes das experiências de Florence Nightingale.

Para compreender melhor o pensamento da teórica, é preciso conhecer sua concepção sobre os conceitos das questões relacionadas acima:

SAÚDE – O Ser Humano é possuidor de um Poder Vital, que o conduz à vida ou a morte. A doença é um processo restaurador que a natureza instituiu, e este processo é comprometido por uma série de fatores, externos e internos.

Florence considerava a assistência de saúde como uma interferência benéfica frente à esses fatores, de forma a contribuir para a potencialização do chamado Poder Vital deste indivíduo doente.

ENFERMAGEM – A Enfermagem é uma Ciência e uma Arte que tem por objetivo propiciar ao Ser Humano as melhores condições para que seu Poder Vital possa ser potencializado para um viver saudável.

AMBIENTE – O ambiente é visto como todas as condições e influências externas que influenciam a vida e o desenvolvimento de um organismo, sendo capaz de prevenir, suprimir ou contribuir para a doença ou a morte. O Meio Ambiente engloba os elementos externos ao Cliente que possam afetar a saúde do mesmo e seu processo de cura. Florence considerava o ambiente em todos os seus aspectos (chamados componentes básicos): físico, psicológico e social. São estes:

- Ambiente Físico – fatores físicos como: ventilação, iluminação, ruídos, limpeza, etc. Esses fatores considerados básicos influenciam a abordagem da pessoa em relação a todos os demais aspectos do ambiente.
- Ambiente Psicológico – fatores como: a comunicação, o relacionamento instituído entre seres cuidados e cuidadores, as atividades desenvolvidas buscando a redução do sofrimento e do estresse do cliente são considerados de suma importância. Florence sempre mostrou grande preocupação do efeito da mente sobre o corpo, reconhecendo que um ambiente psicológico negativo poderia causar estresse físico ao cliente, e conseqüentemente interferir negativamente no seu processo de cura.
- Ambiente Social – fatores intimamente relacionados com o ambiente sócio-comunitário do cliente, suas condições básicas de higiene e saneamento básico, dados de prevalência de doenças e de mortalidade, enfim condições de vida do

indivíduo doente que podem interferir no seu processo de cura, e fazem parte do chamado Ambiente total do cliente.

Florence Nightingale acreditava em um ambiente estimulador do desenvolvimento da saúde, capaz de potencializar o chamado “Poder vital” do Indivíduo doente.

O ambiente constitui o foco principal de sua teoria. O ambiente influencia a condição humana, com o trabalho de enfermagem tendo o papel de influenciar aquele ambiente, de modo que a saúde – doença passe a ser um processo reparador.

A Teoria Ambientalista de Florence Nightingale centraliza-se na mudança e na manipulação do ambiente, em todos os seus aspectos, visando colocar o cliente nas melhores condições possíveis para que a natureza agisse, no chamado processo restaurador.

Referindo-se ao ambiente reservado para o cuidado, a Enfermeira Florence Nightingale com sua grande visão administrativa destacava a sua preocupação com a manipulação e controle de fatores que considerava como fundamentais para a garantia do bem estar dos clientes: a ventilação (a importância do ar puro e renovado), a iluminação adequada, o controle do barulho (ruídos), a limpeza e ausência de odores, a alimentação, o cuidado com as roupas hospitalares, as atividades desenvolvidas e opções oferecidas visando distração e redução do estresse vivenciado pelo indivíduo doente, que ela chamava de variedades.

A partir de suas proposições, Florence Nightingale deflagrou uma verdadeira revolução no CUIDAR, prática antes destinada às irmãs de caridade, ao comprovar a importância da prática realizada por profissionais devidamente qualificadas, enfermeiras treinadas para observar e planejar esta assistência, respaldada em conhecimento técnico e habilidades específicas. Implementou grandes mudanças no modelo da assistência, demonstrando a diferença entre o trabalho da Enfermagem e o trabalho médico,

afirmando o papel do Enfermeiro como gerente de sua prática e administrador do ambiente hospitalar. Viveu e defendeu plenamente o SER ENFERMEIRA e acreditava na Enfermagem como Arte e Ciência.

Ao abordar a reforma promovida por Nightingale no âmbito da prática da Enfermagem, Trevizan (1999) afirma que:

“..fica evidente seu desejo de transformar as enfermeiras que ocupam cargos administrativos em agentes de mudanças da estrutura hospitalar. É o início da preocupação das enfermeiras com o trabalho hospitalar racionalmente organizado”.

Ao referir-se à Teoria Ambientalista de Florence Nightingale, Figueiredo (2002) afirmava que

“Este modelo determinava uma ruptura profunda no entendimento e na prática do que era e do que não era enfermagem. Construía uma Enfermagem Moderna pela síntese de uma atividade social essencial à sobrevivência humana (práxis), o desenvolvimento de técnicas para cuidar dos doentes (teckné), e a busca de um conhecimento da natureza da doença e da cura (epistemé)...”

A Teoria Ambientalista para Torres (1993) é tão apropriada na atualidade como uma base teórica para a prática, quanto o foi em sua época de elaboração, na metade do século dezenove. Para a autora, trata-se da base sobre a qual todas as demais teorias de enfermagem devem ser entendidas.

Pode-se considerar que a importância dos feitos de Florence Nightingale é reconhecida e estudada atualmente por todos os profissionais da área da saúde, considerada uma grande enfermeira e administradora hospitalar.

ABORDAGEM METODOLÓGICA

Esta Pesquisa é um estudo de caso descritivo, com abordagem qualitativa.

A opção pelo método do estudo de caso se justifica, pois, segundo Yin (2005), tal método de investigação possibilita preservar as características holísticas e significativas de um fenômeno social contemporâneo, dentro de seu contexto de vida real. Isto o torna aplicável como estratégia de pesquisa de processos individuais, sociais, políticos, *organizacionais, administrativos* e de grupo.

O tipo de estudo descritivo com abordagem qualitativa foi adotado a partir da premissa de Polit e Hungles (1995) de que o conhecimento sobre os indivíduos e seus ambientes só é possível com a descrição de suas experiências tal como vividas e definidas por seus próprios atores. Para os autores, esses estudos propiciam a produção de dados com rico potencial das percepções e subjetividade dos seres humanos. O que está de acordo com as proposições teóricas deste estudo, ao considerar as diversas dimensões do ambiente da Unidade de Quimioterapia e as possibilidades deste ambiente influenciam no bem estar dos clientes.

O cenário escolhido foi a Unidade de Quimioterapia do Hospital Geral de Bonsucesso (HGB), uma Instituição Pública de Saúde do Município do Rio de Janeiro de grande porte, atualmente cadastrada no Ministério da Saúde como Centro de Alta Complexidade em Oncologia – CACON - I.

Consideramos esta Unidade como um caso representativo da assistência a clientes portadores de câncer em tratamento quimioterápico no Rio de Janeiro. Para Yin (2005), os estudos de caso representativos têm como objetivo apreender as circunstâncias e condições de uma dada realidade que possam trazer evidências com possibilidade de generalização a outras Unidades de Quimioterapia com as mesmas características, permitindo ao leitor identificar-se e aplicar o caso apresentado a sua realidade.

A autorização para o desenvolvimento deste estudo foi concedida pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Bonsucesso, conforme **Anexo**.

Para composição do capítulo descritivo do cenário do estudo, foram utilizados como fontes: documentos Institucionais e entrevista com a Enfermeira Chefe da Unidade de Quimioterapia, Enf^a Elizabeth.

Os Sujeitos do estudo foram Clientes em tratamento quimioterápico na Instituição. Participaram do estudo vinte clientes adultos portadores de câncer em tratamento quimioterápico na referida Unidade, que foram selecionados de forma aleatória. Contudo, foram considerados como critérios de inclusão: terem realizado pelo menos um ciclo de quimioterapia, com o objetivo de reduzir as possíveis interferências em função do estado da ansiedade vivenciado pela maioria dos clientes que realizam o ciclo quimioterápico pela primeira vez, o que poderia influenciar na avaliação do ambiente da Unidade e demonstrar capacidade de compreensão e verbalização.

Atendendo ao disposto na Resolução nº 196- 96, que dispõe sobre Pesquisa envolvendo Seres Humanos, todos os sujeitos participantes foram informados quanto à pesquisa e autorizaram por escrito a utilização dos depoimentos, através do termo de consentimento livre e esclarecido (**Apêndice II e III**) .

Foi garantido aos participantes do estudo o anonimato de suas identidades, a privacidade e o sigilo de suas informações, conforme ressaltado na referida resolução. Dessa forma, os clientes foram identificados pelas iniciais de seus nomes, com a devida autorização.

Para a produção dos dados foi considerado que, segundo Yin (2005), nas situações cotidianas da vida real focalizadas em um estudo de caso, nem sempre o fenômeno e o contexto são discerníveis. Tal pensamento encontra-se em consonância com Lüdke e André (1986) quando enfatizam a importância desse método de investigação enfatizar a

interpretação do contexto, retratando a realidade social de forma completa e profunda. Nesse sentido, os autores recomendam a utilização de várias fontes de informação para a coleta de dados. Assim, foram utilizados neste estudo a entrevista semi-estruturada e a observação não participante.

Para sistematizar a produção dos dados realizei primeiramente um pré-teste em uma outra Unidade de quimioterapia da rede pública no Município do Rio de Janeiro, também credenciada como CACON – I. O objetivo do pré-teste foi verificar a adequação dos instrumentos de coleta de dados e aprimorar as formas de contato com os clientes e as atividades que pudessem assegurar uma apreensão da realidade capaz de conferir uma significação pertinente aos propósitos da pesquisa, por ocasião de um “ensaio formal” (YIN, 2005).

A entrevista, considerada fundamental para o alcance dos objetivos ao dar voz aos sujeitos do estudo, foi utilizada como instrumento de aproximação e permitiu a compreensão da perspectiva destes clientes acerca do ambiente da Unidade de Quimioterapia e os fatores considerados como determinantes para o seu bem ou mal estar.

A entrevista semi-estruturada foi composta por três partes: a primeira parte com dados de identificação buscando a caracterização do cliente e seu ambiente social, a segunda parte contendo questões objetivas, visando permitir ao entrevistado avaliar de forma valorativa o cenário do estudo (classificando os principais aspectos do ambiente, definidos a partir dos preceitos de Nightingale, como BOM, REGULAR ou RUIM) e a terceira parte contendo quatro questões subjetivas solicitando ao entrevistado descrever a sua visão acerca do ambiente da Unidade de Quimioterapia, identificar os fatores considerados como geradores de bem e de mal estar, e sugerir melhorias (que pudessem indicar a interferência do Enfermeiro no gerenciamento do ambiente). Estas questões

buscaram orientar uma “conversa com finalidade”, visando apreender ao máximo possível o ponto de vista dos clientes, sem a interferência do entrevistador (MINAYO, 1999). (**Apêndice IV**).

A observação, enquanto instrumento de coleta de dados foi utilizado como eixo norteador da metodologia, em concordância com Nightingale (1989), ao considerar que o valor intrínseco da observação está na possibilidade de a partir das informações, identificar necessidades, planejar e/ou corrigir ações, buscando desta forma “*salvar vidas e melhorar a saúde e o conforto das pessoas*”.

A observação não participante permitiu o face a face com fenômeno escolhido, frente a frente com seus sujeitos do estudo, vivenciando este cenário, passando a fazer parte deste contexto sob observação. Mesmo sem interferir nas situações cotidianas, a presença no cenário escolhido para a pesquisa garantiu a possibilidade da melhor compreensão e apreensão das informações coletadas (MINAYO, 1999).

Para registro das informações coletadas no período da observação, visando permitir o olhar do observador aberto, porém com foco voltado para o objeto do estudo, elaborei um diário de campo, com itens (também baseados nos preceitos de Florence Nightingale) que caracterizam o ambiente da Unidade de Quimioterapia, nos seus aspectos físicos, psicológicos e sociais, que poderiam se configurar como fatores de bem e de mal estar para o cliente (**Apêndice V**).

A coleta de dados no HGB foi realizada no período de Janeiro e Março de 2005, em dias não consecutivos. Após algumas horas iniciais de observação que me permitiram inteirar-me do cenário do estudo, conhecer a equipe de saúde e entender o seu cotidiano, iniciei a realização das entrevistas.

No primeiro contato com os clientes entrevistados, escolhidos de forma aleatória, busquei me apresentar e justificar a pesquisa dando ênfase ao meu objeto de estudo e a

importância da sua participação para o alcance dos objetivos propostos. Percebi no decorrer da coleta de dados uma grande preocupação inicial dos sujeitos entrevistados em não criticar a equipe técnica nem a terapêutica, por medo de represália ou perda dos direitos por eles adquiridos (referentes ao tratamento naquela Unidade).

No entanto, a estratégia utilizada de aproximação com uma atitude mais informal, e vale aqui ressaltar, o grande apoio da equipe de saúde da Unidade de Quimioterapia do HGB, e particularmente a equipe de enfermagem foram elementos fundamentais para o desenvolvimento da pesquisa, permitindo aos clientes sentirem-se mais à vontade para falar sobre o ambiente da Unidade de Quimioterapia, favorecendo desta forma o andamento adequado da coleta de dados, sem que o medo inicial dos clientes configurasse em momento algum prejuízo para o estudo.

Os depoimentos foram registrados no roteiro utilizado, gravados em fita magnética e transcritos o mais breve possível após a entrevista.

O Quadro apresentado abaixo representa a caracterização dos clientes entrevistados na Unidade de Quimioterapia do HGB:

Quadro I – CARACTERIZAÇÃO DOS CLIENTES PARTICIPANTES DO ESTUDO

Dados Cliente	Sexo	Faixa etária	Nível de escolaridade	Religião	Diagnóstico / Data
M.J.M.	F	50-60a	1º grau incompleto	Evangélica	Linfoma não-Hodgkin Nov/2004
M.D.S.	F	>60 ^a	1º grau incompleto	Católica	CA de Cólon Maio/2004
E.S.	F	>60 ^a	1º grau incompleto	Católica	Linfoma não-Hodgkin 02 anos
S.C.	F	>60 ^a	1º grau incompleto	Católica	CA de Cólon 01 ano
J.F.C.	F	>60a	1º grau incompleto	Evangélica	CA de Cólon Jan/2005
A.P.S.	F	18-30a	1º grau incompleto	Católica	Linfoma não-Hodgkin 07 anos
C.F.B.	F	50-60a	1º grau incompleto	Evangélica	CA de Estômago Dez/2004
M.H.C.	F	50-60a	1º grau incompleto	Evangélica	CA de Vias biliares Out/ 2004
R.A.L.	F	40-50a	1º grau incompleto	Evangélica	CA de Estômago 02 anos
R.F.M.	M	>60a	Analfabeto	Católica	CA de Bexiga 01 ano
J.B.O.	M	>60a	Analfabeto	Católica	CA de Pulmão Jan/2005
M.L.A.	F	>60a	1º grau incompleto	Católica	Ca de Estômago + Fígado Jul/2004
V.L.S.	F	30-40a	1º grau completo	Evangélica	Linfoma não-Hodgkin Dez/2004
A.P.B.	F	18-30a	2º grau completo	Evangélica	CA de Estômago Dez/2004
I.L.O.	F	>60a	1º grau incompleto	Evangélica	CA de ovário 01 ano
J.A.V.	F	30-40a	1º grau incompleto	Evangélica	Tumor cerebral Out/2004
J.L.S.	M	40-50a	2º grau completo	Evangélica	CA de Pulmão Set/2004
M.F.S.	F	18-30a	1º grau incompleto	Católica	CA de Intestino Nov/2004
E.C.S.	F	>60a	Analfabeto	Católica	CA de Colon 04 anos
A.V.M.	M	>60a	Analfabeto	Evangélica	CA de Próstata 04 anos

A observação não-participante foi realizada em dias não consecutivos, desenvolvida no tempo total de 16 horas, a partir do roteiro sistematizado no diário de campo. Para tal procedimento, procurei acomodação em um local, tanto na sala de espera quanto na sala de aplicação de quimioterapia que permitisse um bom ângulo de visão, observando clientes e equipes, particularmente a equipe de enfermagem, procurando apreender as situações do cotidiano sem interferir nas ações observadas.

As situações observadas foram registradas no diário de campo, analisadas e atendeu a dois propósitos: caracterizar o ambiente físico cenário do estudo e complementar as informações colhidas a partir dos depoimentos dos clientes.

O quadro abaixo apresenta a caracterização da Unidade de Quimioterapia do HGB, correlacionando a situação observada com os preceitos de Florence Nightingale, referencial teórico escolhido para embasar o estudo:

Quadro II – CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE FÍSICO DA UNIDADE DE QUIMIOTERAPIA – CORRELAÇÃO COM OS PRECEITOS NIGHTINGALEANOS E A LEGISLAÇÃO VIGENTE

PRECEITOS DE FLORENCE NIGHTINGALE (Fonte: Notes on Hospitals e Notas de Enfermagem)	CENÁRIO DO ESTUDO Observação não – participante (Fontes: Portaria do MS 3535 e RDC50)
Espaço físico adequado à demanda	A Unidade apresentou-se bem distribuída, conforme descrito no capítulo do cenário do estudo. A Unidade encontra-se limpa, e é pintada com cores claras (verde e branca); Sala de aplicação de quimioterapia (QT) – Área considerada compatível com a demanda e a necessidade da clientela, para realização dos procedimentos de curta e de longa duração contendo 06 poltronas, 01 cadeira comum, e 02 macas, com o espaço existente entre as acomodações considerado suficiente para a realização dos procedimentos necessários nos clientes. Não há sanitário dentro da sala de aplicação de QT, conforme recomendação da RDC 50. Os Clientes utilizam os sanitários no corredor (03 disponíveis).

	<p>Sala de espera – Área utilizada por clientes e acompanhantes, composta por 20 cadeiras estofadas, uma mesa para a secretária, televisão e um suporte contendo revistas. O espaço apesar de bem distribuído e organizado, mostrou-se por diversas vezes inadequado para atender a demanda, trazendo desconforto e favorecendo a irritabilidade dos usuários. Quando lotada, os usuários aguardam atendimento no corredor, passagem entre os consultórios e a sala de aplicação de quimioterapia.</p>
Ventilação	<p>A Unidade funciona com ventilação artificial, através de aparelhos de ar condicionado, com trocas de filtro estabelecidas pelo fabricante e executadas pelo setor de manutenção.</p> <p>As salas de atendimento e de espera possuem amplas janelas que permanecem fechadas por questões de segurança.</p> <p>A temperatura da Unidade foi considerada adequada pelo observador.</p>
Iluminação	<p>Toda a Unidade possui iluminação artificial com lâmpadas fluorescentes. Tanto a sala de atendimento quanto a sala de espera possuem grandes janelas com película protetora de raios solares (insulfilm) que permitem a entrada parcial de iluminação natural.</p> <p>A iluminação foi considerada adequada pelo observador.</p>
Limpeza – Odor	<p>A higiene da Unidade foi considerada adequada pelo observador, mantida por uma funcionária que permanece no setor para atender à rotina e aos imprevistos ocorridos durante o atendimento.</p> <p>Não foi observada a presença de nenhum cheiro na Unidade, que pudesse causar alergia ou desconforto à clientela.</p>
Barulho – Ruídos	<p>O barulho observado foi considerado pelo observador como normal, inerente aos procedimentos realizados e número de pessoas presentes nos ambientes observados. Não configurando-se em fator determinante de mal estar para a clientela.</p>
Variedades oferecidas aos clientes	<p>A Unidade oferece as seguintes opções para distrair a clientela durante o atendimento e reduzir tensões e ansiedades, opções estas consideradas suficientes pelo observador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 01 Televisão com vídeo • 01 Rádio • 01 Suporte contendo revistas

Oferecer alimentação adequada	O Serviço de Nutrição mantém 01 copeira disponível na Unidade para oferecer líquidos e gelo aos clientes durante a aplicação da quimioterapia, e disponibiliza café da manhã e lanche aos clientes durante a sua permanência na Unidade.
Oferecer roupas devidamente reprocessadas	A Unidade é um setor ambulatorial e portanto não interna clientes, mas disponibiliza lençol e travesseiros durante a aplicação da quimioterapia, caso seja solicitado pelos clientes. Após o uso das roupas, as mesmas são encaminhadas ao serviço de lavanderia da Instituição.

Os dados produzidos a partir da transcrição das entrevistas e do relatório do diário de campo com os dados provenientes da observação não participante foram tratados a partir da técnica de Análise Temática proposta por Minayo (1999). Para a autora, fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido, também denominadas unidades de significação, que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência tenha valor significativo para o estudo proposto.

Conforme propõe Minayo (1999), a Análise Temática contempla três momentos: a pré-análise, com leitura e re-leitura do material produzido; a organização do material a partir da classificação temática; e o agrupamento das unidades temáticas para composição das relações e conexões com o referencial teórico.

Neste estudo, a partir da identificação dos núcleos de sentido e classificação temática, os temas foram agrupados em duas Unidades temáticas (sub-divididas em tópicos):

➤ **Fatores determinantes de BEM ESTAR –**

- A atitude amorosa da Equipe
- O conforto da sala de aplicação de quimioterapia
- A garantia de acesso ao tratamento público: questão de Fé ou Cidadania?

➤ **Fatores determinantes de MAL ESTAR –**

- A espera pelo remédio que vem de fora
- O desconforto da sala de espera.

CAPÍTULO IV

CENÁRIO DO ESTUDO

CAPÍTULO IV - CENÁRIO DO ESTUDO

³ O cenário desta pesquisa é a Unidade de Quimioterapia do Hospital Geral de Bonsucesso (HGB), situado no bairro de Bonsucesso, zona Norte da cidade do Rio de Janeiro, na Área Programática 3.1 (AP 3.1) do Município do Rio de Janeiro, está localizado na Avenida Brasil próximo à confluência desta com as Linhas Amarela e Vermelha, que são as principais vias expressas da cidade. A AP 3.1, onde se localiza o Hospital, tem uma população de cerca de 617.991 habitantes (11,1 % do total do município).

O HGB, um complexo hospitalar composto por 06 prédios, é o maior hospital da rede pública do Estado do Rio de Janeiro em volume geral de atendimentos, sendo categorizado como hospital geral com porta hospitalar de emergência e reconhecido como Centro Regional Terciário. Além disso, é considerado referência em Oftalmologia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Atendimento à Gestante de Alto Risco e atendimento de alta complexidade como transplante de rins, fígado e córnea.

O HGB oferece uma gama variada de serviços que vão desde a realização de transplantes renais e cirurgias cardíacas até a atenção básica. Têm atualmente 540 leitos em atividade, 24 salas cirúrgicas (das quais 10 encontram-se em obras e 3 são ambulatoriais). O Hospital oferece, ainda, serviços de emergência e de maternidade.

³ Para elaboração deste capítulo, foram consultados documentos cedidos pelo Setor de Comunicação Institucional do Hospital Geral de Bonsucesso, o site da Instituição www.hgb.rj.saude.gov.br, bem como realizado entrevista com a Enfermeira Chefe da Unidade de Quimioterapia, Elizabeth da Silva Leopoldino, que autorizou por escrito a divulgação das informações.

Devido à sua localização e à amplitude da oferta de serviços assistenciais, o HGB é considerado referência para a enorme população das regiões Norte e Oeste da cidade do Rio de Janeiro e para diversos municípios da Baixada, seja através da Emergência ou do Ambulatório, que têm como médias de atendimento mensal 15.000 e 9.600 consultas, respectivamente.

Antigo Hospital General do Nascimento Vargas, o Hospital Geral de Bonsucesso (HGB), na época subordinado ao IAPETEC (Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Empregados em Transportes e Cargas), foi inaugurado em janeiro de 1948.

Na década de 60, com a fusão dos institutos de previdência, o HGB passa a fazer parte do então criado INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), que era responsável pela saúde, arrecadação e pagamento dos aposentados.

Em 1975, foram inaugurados os ambulatórios e a Unidade de Emergência (apenas para atendimento de casos clínicos), e no final da década de 70 até o ano de 1989, a Unidade passou a ser gerida pelo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social). Nesta época, teve início o estudo para viabilizar a implantação do Serviço de Transplante Renal e da Clínica de Cirurgia Cardíaca.

Na década de 90, o Hospital passa a pertencer ao SUS (Sistema Único de Saúde). A partir de 2000 foram implantados os serviços de Ouvidoria, Cirurgia Torácica e de Cirurgia Reconstructiva dos Membros e Microcirurgia. Nesta gestão foram reestruturados os serviços de Oncologia, Clínica Médica, Anatomia Patológica e Patologia Clínica. Além da Farmácia, Hemoterapia (Banco de Sangue), Central de Esterilização, Maternidade e Unidade de Transplante Renal, todos com investimentos em infra-estrutura e aquisição de novos equipamentos. Foram criados os serviços de Cirurgia Hepatobiliar (transplante de fígado), Psicologia, Fisioterapia e o Ambulatório de Genética Clínica.

O Hospital é uma unidade federal, vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde, com autonomia orçamentária. Está subordinado, ainda, a um Conselho de Gestão, constituído por representantes do Ministério da Saúde (NERJ), da Secretaria de Estado de Saúde, do Conselho Estadual de Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro, do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, dos secretários municipais de saúde da Baixada Fluminense, do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Estado (COSEMS), do Conselho Distrital de Saúde da AP 3.1.

A missão do HGB é promover atenção integral à Saúde, oferecendo serviços de qualidade à população, com atendimento humanizado e multiprofissional, integrado ao SUS, participando da formação e desenvolvimento de recursos humanos. A Instituição estabeleceu como visão de futuro ser reconhecido nacional e internacionalmente pela excelência assistencial e organizacional, pela humanização do cuidado ao paciente, pela elevada capacidade técnica e valorização de seus profissionais, por ser um centro de ensino e pesquisa e pela garantia de acesso público e democrático aos seus serviços.

Para alcance de tal objetivo, o plano diretor do HGB estabeleceu como diretriz a organização da assistência por níveis de cuidados, otimizar o uso das instalações e dos recursos do hospital, atualização tecnológica, gestão integrada de leitos em todos os níveis de complexidade e colegiados que aproximam serviços afins.

Atualmente, no contexto de reestruturação institucional, a Unidade de Oncologia Clínica foi reestruturada conforme as determinações das legislações vigentes, buscando atender às normas estabelecidas em códigos ou leis da esfera federal, estadual e municipal. O novo Serviço funciona desde março de 2001, quando foram reinauguradas as novas instalações. Com a nova estrutura e a contratação de mais profissionais, foi possível triplicar a capacidade de atendimento no setor, que passou de 170 pacientes

acompanhados para 600, e de 2.400 consultas realizadas em 2001, para 3.251 até outubro de 2002.

O Serviço de Oncologia do HGB foi credenciado no final de 2001 pela Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, como Centro de Alta Complexidade em Oncologia, Nível I (CACON I) conforme registrado na Portaria n.º927, publicada no Diário Oficial da União, de 28 de novembro de 2002. O parecer positivo ao credenciamento foi elaborado após avaliação rigorosa das secretarias de saúde do Estado e do Município, do Instituto Nacional do Câncer (INCA) e da Coordenação Geral de Sistemas de Alta Complexidade.

Os CACON foram estabelecidos na Portaria GM/MS nº 3.535, de 02 de setembro de 1998. Os de tipo 1, como o Serviço do HGB, são caracterizados como

“Hospitais gerais em que se procede o diagnóstico e tratamento dos tipos de câncer mais frequentes no Brasil (pele, mama, colo uterino, pulmão, estômago, intestino e próstata, além dos tumores linfohematopoiéticos e da infância e da adolescência). Caracterizam-se por disporem de todos os recursos e equipamentos instalados dentro de uma mesma estrutura organizacional e por prestarem atendimento ao paciente sempre numa perspectiva profissional integrada, do diagnóstico aos cuidados paliativos” .

O serviço de Oncologia Clínica do HGB é considerado de alta complexidade, atualmente referência para a região metropolitana e todo o Estado do Rio de Janeiro, atendendo aos usuários após diagnóstico de neoplasia maligna realizado por uma das Unidades funcionais da própria Instituição.

Segundo o Colegiado de Oncologia do HGB (2004),

“A missão do Serviço de Oncologia do HGB é oferecer assistência especializada e integral a adultos com neoplasia maligna, compreendendo um conjunto de ações específicas destinadas à sustentação das condições físicas, psicológicas e sociais⁴ que incluem o acompanhamento ambulatorial e hospitalar por equipe multiprofissional, integrado ao SUS, colaborando com a formação e desenvolvimento dos profissionais”.

O Serviço tem como visão de futuro prestar atenção integral de qualidade aos usuários oncológicos da rede SUS, cuja meta é a satisfação de todos os envolvidos no processo.

O CACON I do HGB, sob responsabilidade do Dr. Bruno Pinheiro costa (Chefia Médica) e da Enfermeira Elizabeth da Silva Leopoldino (Chefia de Enfermagem), Especialista em Enfermagem Oncológica, funciona no 4º andar do Prédio 03, de segunda à sexta-feira das 07:00h às 17:00h, com entrada através de escada e rampa que facilita o fluxo de pessoas e permite fácil acesso a deficientes físicos. A Unidade oferece os seguintes serviços: atendimento ambulatorial oncológico, administração de quimioterapia, cuidados paliativos e acompanhamento social e nutricional. Os clientes que necessitem de radioterapia ou outros procedimentos não realizados no HGB são referenciados, pelo Hospital, para unidades conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) para realização do mesmo, e permanecem sendo tratados no HGB.

⁴ Grifo da pesquisadora para destacar a coerência da filosofia assistencial da Instituição e as proposições do referencial teórico adotado para este estudo.

A estrutura física da Unidade encontra-se de acordo com as recomendações das Portarias do Ministério da Saúde nº 3.535/GM, de 02 de setembro de 1998, que estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia, e a Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a RDC 50 de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

A Unidade de Quimioterapia possui um corredor de entrada com acesso por elevador e escada, uma sala de espera, uma sala de aplicação de quimioterapia, três banheiros (sendo um banheiro destinado exclusivamente aos funcionários), uma copa, três consultórios e uma sala destinada ao arquivo e documentos administrativos. Toda a Unidade é mantida com paredes de cores claras (verde e branco).

A sala de espera, destinada aos clientes e familiares, possui ambiente refrigerado, bem iluminado, com 20 cadeiras estofadas, uma mesa para a secretária, uma televisão e um suporte utilizado como porta-revistas que permanece à disposição dos clientes que aguardam seu atendimento e familiares.

A sala de aplicação de quimioterapia é ampla e contempla adequadamente os procedimentos de curta e de longa duração, conforme descrito na legislação vigente. Possui ambiente refrigerado e bem iluminado, um posto de enfermagem com pia e bancada para preparo de medicações e materiais, mesa para a Enfermagem, bancada para separação e registro nos prontuários, bem como separação das medicações de cada cliente agendado.

Para acomodação dos clientes no momento da aplicação da quimioterapia a sala dispõe de 06 poltronas reclináveis, 01 cadeira comum (para atendimentos extras, utilizada apenas quando há excesso de demanda) e 02 macas para os clientes mais

debilitados ou que exijam procedimentos de maior duração. Esta sala possui 01 televisão com vídeo e 01 rádio, com a finalidade de distrair os clientes durante a administração dos medicamentos.

Os consultórios são simples, equipados com mobiliários e materiais necessários ao atendimento prestado no local. Nestes consultórios são realizadas as consultas da equipe multiprofissional, composta por médicos oncologistas, enfermeiros, psicóloga e nutricionista.

A copa é espaçosa, destinada a atender os clientes no período do café da manhã e do almoço, de acordo com a necessidade ou interesse dos mesmos. Os Clientes agendados para serem atendidos na parte da manhã têm direito ao café da manhã até às 11 horas e aos clientes da tarde é oferecido lanche. Uma copeira permanece no setor durante o tempo de funcionamento do mesmo, oferecendo periodicamente água, gelo e água de coco (quando disponível) aos clientes durante a administração dos quimioterápicos. Esta copa também é utilizada pelos funcionários do setor.

A Unidade de Quimioterapia do Hospital Geral de Bonsucesso mantém um prontuário específico para cada cliente, com todas as informações necessárias para o seu acompanhamento, como dados sobre sua doença, diagnóstico, resultados de exames e tratamentos prévios, informações estas devidamente escritas em formulários próprios de forma clara, datadas e assinadas pelo profissional responsável por cada atendimento. Estes prontuários são mantidos arquivados no próprio setor e permanecem disponíveis aos órgãos gestores do SUS e aos clientes ou seus responsáveis, desde que asseguradas as condições de sigilo previstas no Código de Ética Médica e de Direito, no Código de Defesa do Consumidor e demais códigos vigentes.

Quanto ao fluxo de atendimento, quando o cliente é encaminhado à Unidade de Quimioterapia, é realizada uma consulta com o médico oncologista para definição/

confirmação do diagnóstico e prescrição do tratamento. É realizado a seguir uma consulta de enfermagem e posterior agendamento para início do tratamento. Os demais profissionais integrantes da equipe de saúde da Unidade, como a nutricionista e a psicóloga, acompanham o cliente no decorrer do tratamento e sempre que necessário. Periodicamente o cliente é reavaliado pelos profissionais e submetidos a exames para controle da doença e do tratamento.

Segundo informações da Enfermeira Chefe da Unidade, a média diária de atendimentos é de dezoito clientes, variando o número de agendamentos diários de acordo com a prioridade de tratamento, solicitação médica e/ou disponibilidade do cliente.

O preparo e a manipulação da medicação quimioterápica antineoplásica é realizado externamente, através de serviço terceirizado pela Empresa NUTRIENTE. Ao Enfermeiro da Unidade de Quimioterapia cabe agendar os atendimentos, encaminhar as prescrições à Empresa Nutriente no dia anterior à data agendada, receber o quimioterápico manipulado, conferir e administrar a medicação nos clientes conforme agendamento.

A assistência de enfermagem é prestada atualmente por uma equipe composta por quatro enfermeiras (uma Chefe de Unidade, uma diarista e duas enfermeiras plantonistas) e oito técnicos de enfermagem (plantonistas). Os profissionais com escala de trabalho em regime de plantão trabalham em dias alternados, de segunda à sexta-feira.

A equipe interdisciplinar se completa com a presença de uma Nutricionista, uma Psicóloga, e dois médicos, sendo um médico Chefe do Setor.

A assistência de Enfermagem da Unidade é sistematizada para cada cliente a partir da realização da primeira consulta médica e de enfermagem, e revista a cada ciclo de

quimioterapia, quando o cliente é avaliado em um pré-atendimento, pesado e tem verificado os seus sinais vitais.

Para atender ao disposto na Resolução nº 3535, encontra-se em fase de elaboração o manual de normas e rotinas da Unidade de Quimioterapia, bem como o Protocolo de extravasamento de quimioterápicos anti-neoplásicos, conforme informação da Enfermeira Chefe da Unidade.

Em síntese, as principais atribuições desenvolvidas pela Enfermeira na Unidade de Quimioterapia⁵ são:

- Prover a Unidade com equipamentos, medicamentos, materiais e pessoal qualificado para atendimento aos clientes oncológicos;
- Manter a infra-estrutura da Unidade adequada que garanta a segurança e a qualidade da assistência prestada;
- Manter boa interação com os demais setores e serviços da instituição;
- Liderar a equipe de enfermagem, definindo escala de serviço, delegando atribuições e supervisionando as atividades desenvolvidas;
- Prestar atendimento aos clientes encaminhados à Unidade, visando atender às suas necessidades físicas e psicológicas;
- Realizar consulta de enfermagem visando conhecer o cliente, diagnosticar as suas necessidades e elaborar plano de cuidados, conforme prescrição médica e necessidades identificadas;
- Agendar os clientes para administração do tratamento quimioterápico conforme disponibilidade da Unidade e do cliente;
- Encaminhar as prescrições médicas para a Empresa responsável pelo preparo das medicações quimioterápicas, monitorizando o envio, definindo data e

horários para retorno das mesmas e supervisionando o recebimento das medicações manipuladas;

- Administrar / supervisionar a administração dos quimioterápicos, obedecendo as recomendações técnicas de segurança e assepsia, observando possíveis reações e efeitos colaterais, intervindo de imediato sempre que necessário;
- Registrar/ orientar o registro das atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem no prontuário dos clientes da Unidade;
- Planejar o treinamento da equipe de enfermagem conforme a necessidade, trabalhando em conjunto com o serviço de educação continuada da Instituição;
- Participar de reuniões interdisciplinares, com a gerência de Enfermagem e com a Direção da Instituição, quando solicitado/convocado.

As ações de enfermagem desenvolvidas na Unidade encontram-se acordo com a Resolução nº 210 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que regulamenta a atuação dos profissionais de Enfermagem que trabalham com quimioterápicos antineoplásicos.

Um trabalho, ainda em fase inicial, voltado para a humanização do atendimento é desenvolvido por um médico cardiologista, que visita semanalmente o setor (geralmente às segundas-feiras), conversa com os clientes e seus familiares, desenvolve atividades lúdicas de entretenimento e redução de estresse, e incentiva a integração e solidariedade entre os presentes. Este trabalho é parte integrante do Programa de Humanização da Instituição baseado no Programa do Ministério da Saúde HUMANIZASUS.

⁵ Fontes utilizadas para a descrição das Atividades desenvolvidas pelo Enfermeiro na Unidade de Quimioterapia do HGB: entrevista com a Enfermeira Chefe e observação não-participante

CAPÍTULO V

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

CAPÍTULO V – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

O AMBIENTE DA UNIDADE DE QUIMIOTERAPIA DO HOSPITAL GERAL DE BONSUCESSO NA PERSPECTIVA DO CLIENTE

Esse capítulo tem o propósito de apresentar os resultados do estudo desenvolvido, a partir do processo de produção dos dados com as entrevistas semi-estruturadas e a observação não-participante na Unidade de Quimioterapia do Hospital Geral de Bonsucesso (HGB).

O intuito foi de apreender a perspectiva dos clientes acerca do ambiente da referida Unidade, com base nos fatores ambientais considerados como determinantes de bem e de mal estar pelos sujeitos participantes do estudo.

No primeiro momento deste capítulo, após caracterização da clientela entrevistada, será apresentado um panorama geral da avaliação valorativa do cliente da Unidade de Quimioterapia do Hospital Geral de Bonsucesso (HGB) acerca do ambiente que o acolhe, obtido a partir das questões objetivas do instrumento aplicado, a entrevista. Em seguida, serão apresentadas as Unidades Temáticas identificadas no decorrer da análise dos dados coletados, Unidades estas baseadas nas questões norteadoras traçadas na pesquisa.

Como descrito no capítulo de referencial metodológico, o grupo entrevistado foi composto por vinte clientes adultos da Unidade de Quimioterapia do Hospital Geral de Bonsucesso, escolhidos de forma aleatória, cuja caracterização encontra-se apresentada a seguir na forma de gráficos:

Gráfico I – SEXO DOS CLIENTES ENTREVISTADOS

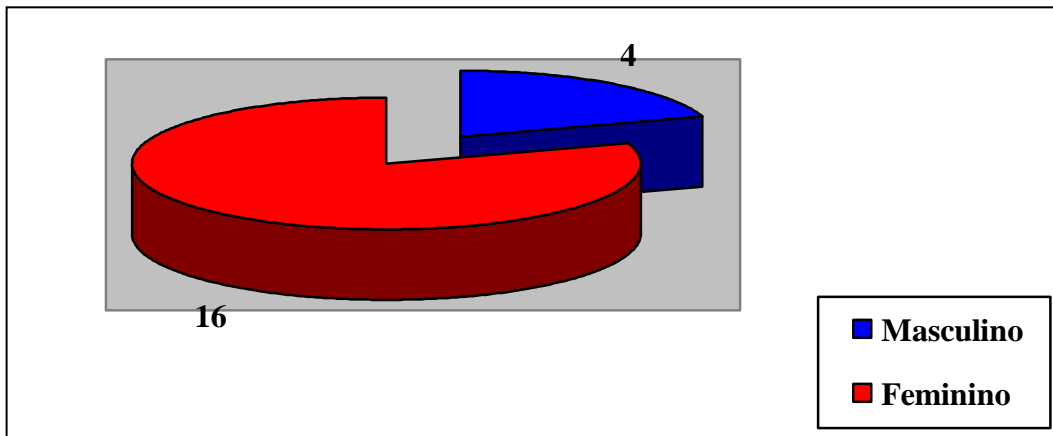


Gráfico II – FAIXA ETÁRIA DOS CLIENTES ENTREVISTADOS

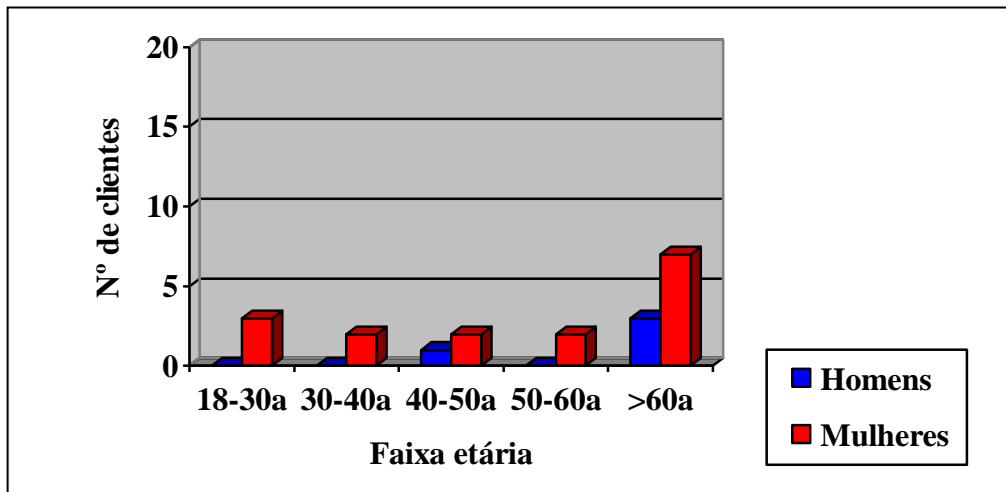


Gráfico III – DATA DO DIAGNÓSTICO E INÍCIO DO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO

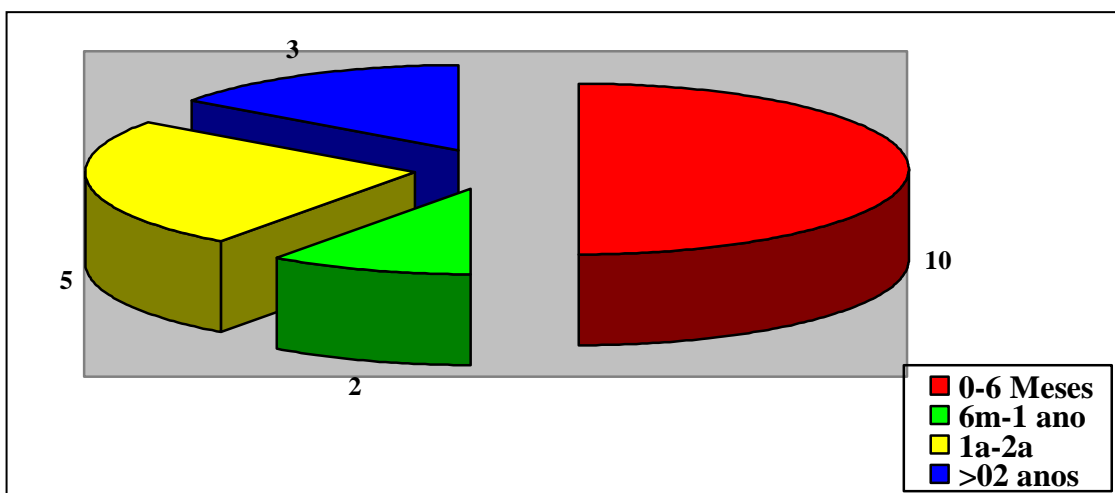


Gráfico IV – NÚMERO DE CLIENTES ENTREVISTADOS QUE CHEGAM A UNIDADE DE QUIMIOTERAPIA ACOMPANHADOS DE AMIGOS OU FAMILIARES:

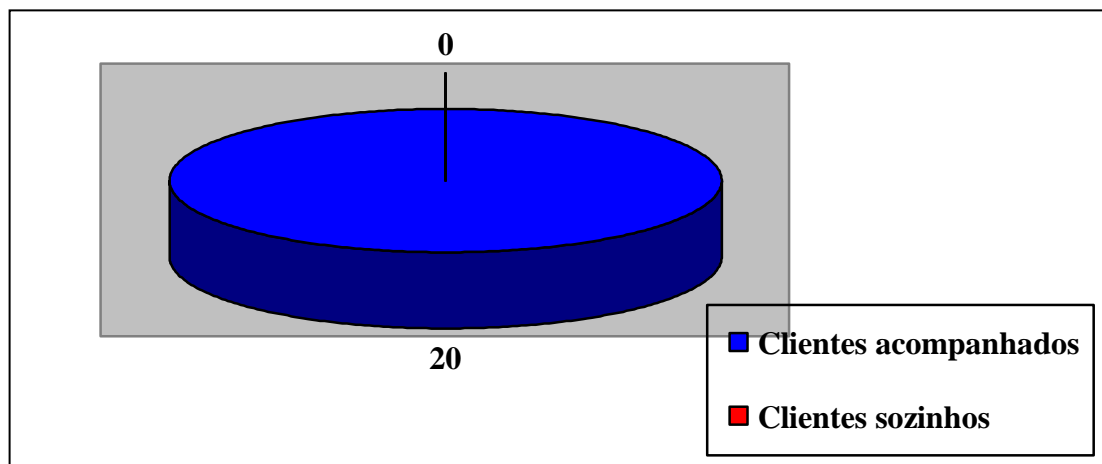
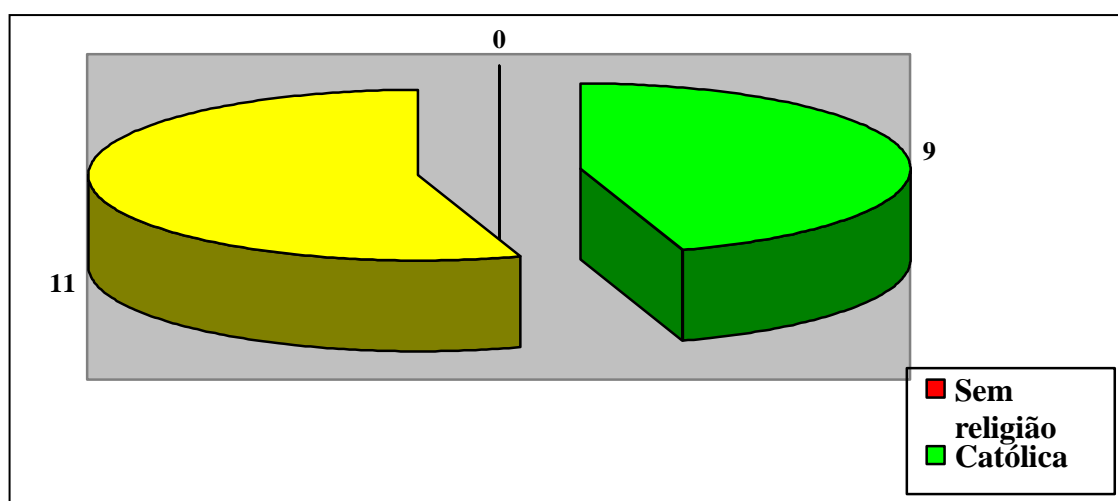


Gráfico V – TIPO DE RELIGIÃO SEGUNDO INFORMAÇÃO DOS CLIENTES ENTREVISTADOS



Conforme demonstrado nos gráficos acima, a maioria dos entrevistados é do sexo feminino, está na faixa etária acima de 50 anos e teve seu diagnóstico de câncer e conseqüentemente o início do tratamento quimioterápico antineoplásico há menos de 06

meses. Todos os clientes entrevistados vêm realizar seus tratamentos quimioterápicos acompanhados de familiares, e crêem em alguma religião. Estas especificidades desta clientela, em especial a idade, o pouco tempo de descoberta da doença, e a religiosidade refletirão nos seus depoimentos em muitos momentos, como ressaltaremos no decorrer da análise e discussão dos resultados.

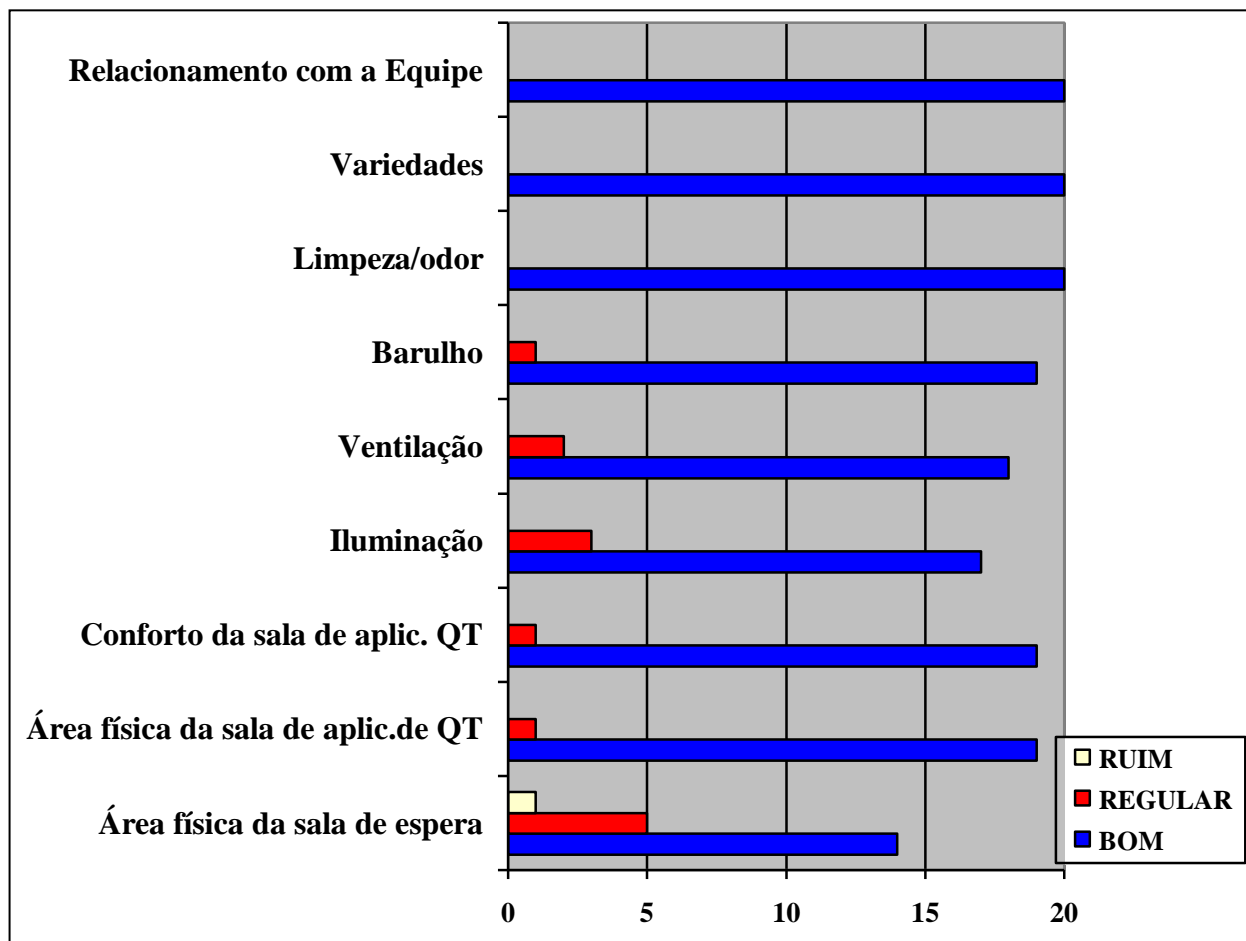
A entrevista semi-estruturada foi composta por questões objetivas e subjetivas e, como estratégia de aproximação com a clientela, iniciamos a entrevista sempre pelas questões objetivas que eram respondidas pelos entrevistados mais rapidamente, de forma direta, tecendo poucos comentários. Após a primeira fase da entrevista, os clientes sentiram-se mais à vontade com o entrevistador e mais tranquilos para expressar a sua opinião, detalhando mais seus depoimentos nas questões subjetivas.

O gráfico VI foi elaborado a partir dos resultados obtidos nas questões objetivas, visando apresentar uma visão geral da avaliação valorativa dos clientes em tratamento quimioterápico acerca da Unidade de Quimioterapia do Hospital Geral de Bonsucesso (HGB), cenário do estudo, ao classificar como BOM, REGULAR OU RUIM os aspectos físicos e psicológicos deste ambiente, estabelecidos com base nos preceitos de Florence Nightingale, referencial teórico deste estudo, agrupados da seguinte forma:

- Ambiente Físico – Área física da sala de espera; área física da sala de aplicação de quimioterapia; conforto da sala de aplicação de quimioterapia; iluminação; ventilação; barulhos e limpeza/ odor.
- Ambiente psicológico – Variedades oferecidas e relacionamento com a equipe.

Estes dados foram analisados considerando como fatores geradores de BEM ESTAR os itens que tiveram avaliação no nível BOM, e como geradores de MAL ESTAR, os itens avaliados pelos clientes como REGULAR ou RUIM.

Gráfico VI – DISTRIBUIÇÃO DA AVALIAÇÃO VALORATIVA DOS CLIENTES EM TRATAMENTO ACERCA DO AMBIENTE DA UNIDADE DE QUIMIOTERAPIA DO HOSPITAL GERAL DE BONSUCESSO



O panorama geral da perspectiva dos clientes acerca da Unidade de Quimioterapia do HGB apresentado a partir deste gráfico demonstra que os clientes consideram, em sua grande maioria, o ambiente tanto nos seus aspectos físicos como psicológicos como **BOM**, ou seja, para os sujeitos da pesquisa, o ambiente é gerador de bem estar.

Para fins de análise e reflexão, os dados produzidos no decorrer do desenvolvimento destas questões objetivas serão discutidos a seguir, em conjunto com as informações colhidas nas questões subjetivas (depoimentos dos clientes), complementados pelas descrições das situações observadas durante o período de observação não – participante.

Apresentamos a seguir, as Unidades temáticas que emergiram no decorrer do tratamento dos dados produzidos, sub-divididas em tópicos considerados significativos para o objeto do estudo de caso.

FATORES DETERMINANTES DE BEM ESTAR

A Atitude carinhosa da Equipe

No que tange à Unidade temática Fatores determinantes de bem estar na perspectiva dos clientes da Unidade de Quimioterapia do HGB, encontrei como tópico mais relevante **a atitude carinhosa da equipe**, apresentada por todos os entrevistados como um fator condicionante para o ambiente ser visto como benéfico, agradável ou insatisfatório. Este tópico confirma nosso ponto de vista quanto à importância dos **aspectos psicológicos** do ambiente de cuidado, e consideraremos aqui o carinho, a atenção e disponibilidade como expressões do amor.

Ao serem questionados quanto à sua visão acerca do ambiente e os fatores por eles considerados como determinantes de bem estar, os clientes explicitam claramente em suas falas a importância do aspecto psicológico acima de qualquer outro, reafirmando o ponto de vista de Florence Nightingale, que considerava o ambiente muito mais complexo do que um mero espaço físico, mas um ambiente com outros importantes aspectos a serem considerados pela enfermagem: os aspectos psicológicos e sociais.

Nightingale enfatizava a condição do ambiente como parte integrante do processo de restabelecimento da saúde do indivíduo, confirmado nos depoimentos apresentados no decorrer deste capítulo.

Para os clientes, o ambiente da Unidade de Quimioterapia é bom porque eles sentem-se bem tratados, bem acolhidos. O carinho que recebem dos profissionais da Unidade garante bem estar, carinho este entendido como uma expressão de amor, conforme os depoimentos abaixo:

“o ambiente aqui é muito bom, confortável, as meninas são legais... aqui me sinto bem.” (C.F.B.)

“ Aqui é ótimo. Aqui não tem nada o que reclamar das enfermeiras, não. Tanto faz esse grupo que está aqui, como o outro grupo que vem aí (referindo-se aos plantões), é um espetáculo. Me tratam muito bem.” (R.F.M.)

“o ambiente para mim é normal... para mim é normal. Eles todos atendem direitinho, atendem com carinho...eu gosto daqui.” (R.AL.)

“o ambiente é calmo... aí dá para descansar; elas toda hora estão te olhando. Elas não descuidam da gente, não. É que tem lugar que a gente vai, e eles descuidam, nem ligam para a gente , e tudo” (E.S.)

Ao refletir sobre o fator determinante no processo de cura, Silva (2004) acredita que o essencial seja o modo com que a enfermagem relaciona-se com os clientes e sua equipe. Ressalta que dar atenção ao cliente, sentar-se ao seu lado, conversar e dispor-se a ouvi-lo pode ser muito terapêutico, um incentivo para que ele encontre motivo e força para viver novamente. A autora enfatiza que é óbvio que os procedimentos e técnicas são importantes, mas que são apenas um meio de exprimir alguma coisa, e que técnica

não é a cura; é um veículo para a cura. Concordamos com a autora, e acreditamos que os relacionamentos estabelecidos no decorrer da prestação de cuidados são momentos únicos, riquíssimos de oportunidades, sempre uma chance única de ser diferente, de fazer melhor, de superar as expectativas.

Bastante pertinente neste momento da discussão a afirmação de Boff (2004) ao abordar a questão do descuido:

“o que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que uma ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”.

A expectativa da cliente **E.S.**, com idade superior a 60 anos, em tratamento quimioterápico há dois anos na Unidade em função de um Linfoma Não – Hodgkin, quanto ao ambiente que a acolhe e aos profissionais que prestam atendimento a ela mostra-se evidente quando a mesma aborda a questão do cuidado e do não-cuidado, ou descuido. Ela espera poder sentir-se segura na Unidade aonde recebe o tratamento, confiar na equipe que a assiste. Espera um ambiente seguro, e um atendimento que garanta carinho, atenção e não somente medicações e procedimentos.

Florence Nightingale todo o tempo refere-se à Enfermagem descuidada, como crítica à prática de enfermagem mera executora de tarefas, tecnicista, que não se preocupa com o atendimento das necessidades integrais do ser cuidado. A enfermagem como profissão de ajuda tem sido uma filosofia no decurso da história. Florence Nightingale, referindo-se ao significado de *ser* enfermeira, já relevava a importância de focalizar a assistência no interesse e satisfação dos clientes e da própria enfermeira (NIGHTINGALE, 1989).

Concordamos plenamente com Waldow (1998) quando a mesma afirma que “o Cuidado humano é uma atitude ética em que seres humanos percebem e reconhecem os direitos uns dos outros. Pessoas se relacionam de uma forma a promover o crescimento e o bem estar dos outros”. As falas abaixo reiteram:

“há quase 05 anos eu estou aqui... graças a Deus, desde que eu descobri o problema, elas me ajudaram muito ... eu gosto desse hospital... aprendi muito aqui” (E.C.S.)

“tudo aqui é muito bom... isso aqui é uma maravilha, você viu como elas brincam comigo (risos)... eu me divirto muito aqui...isso me ajuda... é, as meninas me ajudam muito (referindo-se às enfermeiras).” (AV.M.)

Descrição de situação observada: Uma Técnica de Enfermagem ao observar o posicionamento inadequado da cabeça de uma cliente, que identificou como fator gerador de mal estar, aproximou-se, e conversando naturalmente ajustou-a na poltrona. Fez uma brincadeira com a cliente e sorrindo deixou-a. A conduta da profissional foi certamente percebida pela cliente como uma preocupação, um cuidado com o seu bem estar, pois a mesma permaneceu sorrindo por mais um tempo, e manteve-se com os olhos abertos, mais atenta ao que acontecia ao seu redor (antes da situação descrita, a cliente encontrava-se de olhos fechados, aparentemente acordada mas alheia ao ambiente aonde se encontrava).

Neste caso a ajuda desta profissional de enfermagem não se restringe ao posicionamento adequado da cabeça da cliente. Mais relevante é a sua preocupação em proporcionar bem estar, a forma com que se aproxima, não impondo um cuidado, mas fazendo um carinho, disponibilizando-se.

Ao apresentar o conceito de relação de ajuda no contexto da totalidade da prática da enfermagem, Carvalho (1980) afirma que a Enfermagem “é uma das profissões de ajuda ... dedicada ao bem-estar do ser humano [...] É a ciência e a arte de ajudar pessoas, grupos e coletividades, quando não capacitados a autocuidar-se para alcançar um nível ótimo de saúde” . Para Carvalho (op. cit., p. 65), “a assistência de enfermagem acontece como ajuda nas atividades cotidianas, como apoio às condições de ajustamento e como recurso facilitador de mudanças no estilo de vida das pessoas”.

A partir de sua compreensão acerca da totalidade da prática da enfermagem, Carvalho (1980) considera importante a valorização de dois aspectos na assistência “as ações de todos os que participam do esforço da enfermagem, e os espaços - institucionalizados ou não - onde essas ações se realizam”. Desta forma, “a assistência de enfermagem dá vida ao conjunto, ao tempo em que congrega assistentes e assistidos [...] e só tem sentido quando funcionam integrados e segundo os termos da relação de ajuda” (1980).

Descrição de situação observada: Clientes e Equipe de Enfermagem sorriem e conversam durante os procedimentos. Sempre um faz uma brincadeira, que faz o grupo rir. O grupo observado parece interagir bem, mais do que isso parece se gostar.

Percebo neste cotidiano que observo que tanto os profissionais de enfermagem quanto os clientes parecem tranquilos e bem integrados. O relacionamento é tranquilo, leve e me remete à espontaneidade dos relacionamentos estabelecidos com base no amor, no respeito e na preocupação com o próximo. E no decorrer das entrevistas e da observação não-participante confirmo o ponto de vista de que o momento da prestação do cuidado é de grande valia tanto para os seres cuidadores quanto para os seres cuidados. Ambos interagem, se relacionam, cooperam, aprendem. Sim, este momento é sempre uma grande oportunidade de crescimento, tanto pessoal quanto profissional.

Os clientes demonstram estar adaptados ao ambiente da Unidade de Quimioterapia, interagindo com facilidade com a equipe de enfermagem. Demonstrar conhecer e observar atentamente o trabalho desenvolvido pelas equipes nos diferentes turnos e plantões. Comparam atitudes dos profissionais, formas de cuidar e se relacionar, tanto com os clientes quanto com os outros membros da equipe, demonstrando conforto ou desconforto diante de cada situação observada:

“essa equipe de hoje me deixa bem... a outra equipe de enfermeiras é muito chatinha...” (A.P.S.)

“essa equipe de hoje é engraçadíssima, vive contando piadas (risos)... quando a gente percebe, o tempo já passou.” (A.V.M.)

Descrição de uma situação observada: observei uma diferença de comportamento entre as Equipes de Enfermagem, nos diferentes plantões. Uma das equipes é composta por profissionais mais extrovertidos, brincam todo o tempo com os clientes; cumpre suas funções técnicas, mas preocupa-se todo o tempo com a atenção às reações dos clientes frente ao momento do atendimento. Contam piadas, fazem brincadeiras com os clientes, sorriem a maior parte do tempo. A outra equipe tem comportamento mais contido. Mostra-se educada, igualmente responsável diante das suas responsabilidades técnicas, porém é mais fechada, introvertida. Apesar de atenciosos, conversam apenas o necessário com os clientes, que parecem ter aprendido a lidar com as duas equipes de forma distinta (os mesmos clientes quando observados em plantões diferentes, comportam-se de forma diferente, mostrando-se adaptados ao ambiente a eles oferecido).

Os depoimentos de **A.P.S.** e **A.V.M.** foram colhidos em dias diferentes, mas ambos estavam sendo atendidos pela mesma equipe, a considerada mais extrovertida. A

diferença de comportamento entre as equipes foi citada de forma indireta por vários clientes, mas apenas referiram a questão, sem mostrar-se incomodados parecendo terem se adaptado a este fato. O único depoimento configurado como uma crítica foi da cliente **A.P.S.**, entrevistada mais jovem, que se mostrou incomodada com esta diferença de atendimento, e cobra mais alegria da outra equipe, que define como “chatinha”.

Ratificando a discussão acima, Silva (2004) afirma que um bom profissional muitas vezes não é reconhecido tanto pela sua qualificação técnica, mas em especial pela sua capacidade de descontrair, contagiar através da alegria com que realiza as suas atividades e interage com os indivíduos.

Florence Nightingale (1989) alertava já em seu tempo que *“os doentes padecem em demasia tanto de sofrimentos mentais quanto corporais. As idéias tristes predominam sobre as alegres”*. A autora ressalta que estas impressões dolorosas desaparecem com maior facilidade em ambientes que favoreçam uma boa risada, obtida a partir de variedades oferecidas como a leitura, ou uma boa conversa. A alegria, o amor e a coragem demonstrados pela equipe cuidadora contagiam, são disseminados facilmente pelo ambiente assistencial e trazem conforto e bem estar a todos nele inseridos. O ambiente assistencial pode e deve ser divertido sem perder a sua qualidade técnica.

Concordamos com Maturana (2004) ao definir brincadeira, afirmando que:

“Chamamos de brincadeira qualquer atividade humana praticada em inocência, isto é, qualquer atividade realizada no presente e com a atenção voltada para ela própria, e não para os seus resultados. Brinca-se quando se está atento ao que se faz. Isso é o que agora nos nega nossa cultura ocidental, ao chamar continuamente nossa atenção para as conseqüências do que fazemos e não para o que fazemos.”

Quando pensamos no ambiente e no cuidado prestado neste espaço, questionamos nossas práticas de enfermagem, nosso cotidiano sobrecarregado de tarefas e preocupações, e que, muitas vezes, acabam por nos fazer cumprir as tarefas diárias de forma automatizada, deixando de perceber, aos poucos, todas as necessidades que deixamos de atender.

A comunicação estabelecida entre profissionais de saúde e clientes se mostrou muito elogiada pelos sujeitos da pesquisa, considerando esta questão fundamental para se garantir o bem estar psicológico em um ambiente.

“Elas conversam muito comigo, me dão atenção, respondem às minhas perguntas...a comunicação aqui é ótima sim...” (M.H.C.)

“Aqui todo mundo se gosta, se preocupa com os pacientes... a equipe é ótima, sempre preocupada se a gente dormiu direito, se comeu, se está passando mal... perguntam tudo.” (M.L.A)

“A gente se sente muito sozinha, sabe... quando a gente entra por aquela porta, lembra da doença...e aí vêm as dúvidas...o medo... mas as enfermeiras são ótimas... a psicóloga também... os doutores... todos são muito legais e esclarecem todas as nossas dúvidas.” (E.C.S)

“Elas se preocupam muito com a gente... Às vezes a gente não precisa nem chamar, e elas já vêm saber o que a gente quer ...” (J.L.S.)

A comunicação é definida por Ferreira (2000) como um processo de emitir, transmitir e receber mensagens por meio de métodos convencionais, por meio tanto da linguagem falada ou escrita como de outros símbolos sonoros e visuais. É um processo natural presente em todas as relações humanas, e uma ferramenta fundamental a Enfermagem interagir com o seu cliente e prestar o cuidado necessário. Um ambiente

que propicia uma boa comunicação é fundamental no nosso ponto de vista, e pode ser considerado como um fator gerador de bem estar aos indivíduos nele inseridos.

A área da saúde tem como base do seu trabalho as relações humanas. Portanto, conforme ressalta Silva (2003), saber lidar com gente é fundamental. Para a autora, cabe ao profissional de saúde decodificar, decifrar e compreender o significado da mensagem que o cliente envia, e a partir daí, traçar o seu plano de cuidados adequado às necessidades identificadas.

A comunicação é uma das maiores ferramentas que a enfermagem tem para prestar o cuidado adequado, pois permite conhecer o seu cliente e fazer-se compreender, observando tanto a comunicação verbal quanto a não-verbal. A comunicação considerada adequada é aquela que tenta minimizar os conflitos e mal-entendidos, preocupando-se em evitar as possibilidades de ruídos, ou falhas na compreensão das mensagens enviadas e recebidas.

Ao referir-se ao mundo moderno, Boff (1999) alerta para o caminho que a sociedade vem tomando com a larga e indiscriminada utilização da Internet, com a crescente realização de procedimentos e transações virtuais:

“A Sociedade contemporânea, chamada sociedade do conhecimento e da comunicação está criando, contraditoriamente, cada vez mais, incomunicação e solidão entre as pessoas. O mundo virtual criou um novo habitat para o ser humano, caracterizado pelo encapsulamento sobre si mesmo e pela falta do toque, do tato e do contato humano.”

O autor refere-se à falta de interação real das pessoas com outras, e a distorção destas pessoas com o seu meio, mostra-se preocupado com o afastamento das pessoas, e a visão errônea do cuidado humano, que só existe na medida em que há interação, a comunicação real, seja ela verbal ou não verbal, sons, toques e olhares.

Capra (1996) fala de forma muito clara a respeito da interdependência dos seres que ocupam, mesmo que temporariamente um mesmo espaço:

“Todos os membros de uma comunidade ecológica estão interligados numa vasta e intrincada rede de relações, a teia da vida. Eles derivam suas propriedades essenciais, e, na verdade, sua própria existência, de suas relações com outras coisas”.

O profissional de saúde precisa mostrar-se disposto a ouvir e sentir o cliente, buscar entendê-lo em profundidade e reconhecer que o serviço referente à saúde é um encontro de pessoas, sendo necessária uma interação contínua para que o cliente compreenda a sua situação, compartilhe as decisões acerca de sua vida, se manifeste, contribuindo efetivamente no processo de sua plena reintegração física, psicológica e social. O cliente precisa se comprometer com a sua saúde; precisa querer a sua saúde e aceitar a terapia indicada. O profissional de saúde, e aqui falamos especificamente do profissional de Enfermagem, é um agente promotor da saúde, estendendo sua responsabilidade ao ambiente psicológico e social do indivíduo cuidado.

Cada dia é um momento único, uma oportunidade rara que não será repetida. Gaiarsa (2000) alerta para que não percamos a grande chance diária que temos na vida, e aqui podemos aplicar seu pensamento à assistência de Enfermagem: a oportunidade de interagir, enxergar o outro em suas necessidades, cuidar:

“É preciso compreender, de uma vez por todas, ou permanecer alienado para sempre, que o indivíduo é sempre único, quer estejamos nos referindo à pessoas, quer à momentos ou situações. A realidade jamais se repete e nada é absolutamente igual a nada.”

Esta mensagem nos remete à importância de aproveitar a vida e todos os momentos que ela nos proporciona. Quando pensamos especificamente na nossa profissão, cada

contato que fazemos com o cliente é único, e traz consigo a possibilidade de se realizar inúmeras descobertas e favorecer o crescimento dos indivíduos que interagem. Com frequência o cliente necessita mais de atenção e de carinho do que qualquer outra terapia medicamentosa.

Conforme afirma Silva (2004),

“Nos grandes sofrimentos, como a morte, uma doença aguda ou uma perda muito querida, ninguém quer saber de fórmulas, prescrições ou de conselhos. O alívio e o conforto maiores vêm da presença amorosa de outro ser humano. Um pouco de algo é melhor do que um monte de nada.”

O Conforto da sala de aplicação de quimioterapia

Dentre os fatores considerados como determinantes de bem estar, o conforto da sala de aplicação de quimioterapia foi um tópico relevante que emergiu nos depoimentos dos clientes. Este ambiente nos seus aspectos físicos foi avaliado satisfatoriamente nos principais itens, segundo os preceitos de Florence Nightingale, referencial teórico deste estudo. A grande maioria dos clientes avaliou como BOM os seguintes itens da sala de aplicação de quimioterapia: a limpeza, as variedades oferecidas para redução da ansiedade durante o procedimento, o barulho (referindo-se aos sons emitidos na sala de atendimento no decorrer da assistência), a iluminação e a ventilação (referindo-se especialmente à temperatura da sala de aplicação de quimioterapia), dentre outros.

“Elas (referindo-se às enfermeiras) são tão cuidadosas... olha aquele quadrinho de flores com aquelas chaves penduradas, e todas essas flores (vasinhos de flores de madeira- objeto de decoração) nas janelas... elas não me deixam esperar muito tempo não (para o atendimento), me trazem logo aqui para dentro e me colocam sentada

nessas cadeiras... sabem que eu já estou muito velhinha (risos)...

(I.L.O.)

“Acho o ambiente muito confortável, as cadeiras são gostosas... aqui é tudo muito limpo e organizado... acho bom, tem o que a gente precisa.” **(A.V.M.)**

“A sala é bem arrumadinha, gosto da cor verde e das florzinhas espalhadas nas janelas .. essa poltrona é ótima, dá até para a gente dormir...” **(M.H.C.)**

“O ambiente aqui é calmo, limpo e arrumado. As meninas trabalham bem, me deixam à vontade. Já conheço todas elas... Não assisto televisão não senhora, essa cadeira é tão confortável, eu chego cansado e sempre durmo um pouquinho” **(R.F.M.)**

Interessante perceber nos depoimentos acima que os clientes do sexo masculino **(A.V.M. e R.F.M.)** são mais objetivos nas suas avaliações; citam o conforto das poltronas, a limpeza da sala. Já as clientes **(I.L.O. e M.H.C.)** apesar de também referirem o conforto do mobiliário e a limpeza, são mais ligadas aos detalhes estéticos, como a cor da sala e os objetos de decoração.

Apesar das poltronas semi-reclináveis para acomodação dos clientes durante o procedimento serem consideradas pelos clientes como muito confortáveis, dois clientes sugeriram a substituição destas poltronas por camas ou macas, que permitissem o descanso durante a administração do medicamento. Tal comentário parece ser justificado pelo estado debilitado em que se encontravam estes clientes, mostrando-se cansados e entediados durante a realização da entrevista (clientes idosos, acima de 60 anos).

Descrição de situação observada: Durante a maior parte do tempo observado, na parte da manhã, a televisão permaneceu ligada em

programas de entretenimento feminino (programa Ana Maria Braga) e infantil (desenho, e outros programas infantis). Os clientes do sexo masculino mostraram-se distraídos, dispersos diante dos programas apresentados, mantendo-se de olhos fechados ou atentos à movimentação da equipe de enfermagem. As clientes do sexo feminino se dividem entre um grupo que acompanha e faz comentários acerca dos assuntos mostrados nos programas e outro que prefere descansar, e permanecem caladas e de olhos fechados. Quando o rádio é ligado, a música parece ser melhor recebida pelos clientes, na medida em que mostram-se mais despertos.

Quanto ao item avaliado como “variedades oferecidas aos clientes”, entendidas por Florence Nightingale (1989) como as formas de distração utilizadas nos ambientes assistenciais como instrumento de recuperação, que visam reduzir a ansiedade dos clientes, a presença de uma televisão e um rádio na sala de aplicação de quimioterapia foram considerados por todos os clientes como satisfatórios, suficientes para as suas necessidades.

No entanto, percebo na observação do cotidiano que poucos acompanham o que é apresentado na televisão. Na prática, parecem se sentir melhor com o rádio ligado. A música parece trazer tranquilidade e alegria ao ambiente, os clientes parecem ficar mais atentos. Não houve, porém, nenhuma referência a respeito, e quando questionados quanto à preferência entre a televisão e o rádio, todos os clientes entrevistados disseram que ambos agradavam.

Penso que a exibição de um filme poderia prender mais a atenção dos clientes, em especial a clientela masculina, hoje pouco atendida com as programações apresentadas. Quando fiz esta sugestão à Enf^a Chefe Elizabeth, a mesma concordou, mas informou que o vídeo atualmente encontra-se com defeito, e por isso não está sendo utilizado. Já foi solicitado o conserto para o setor de manutenção da Instituição.

Descrição de situação observada: A Unidade de Quimioterapia do HGB é toda pintada em tons claros, verde e branca. A sala de aplicação de quimioterapia possui em todas as janelas, que permanecem fechadas, pequenos objetos de decoração imitando vasos de flores coloridos. São pequenos, mas dão cor e graça ao ambiente.

Florence Nightingale (1989) ressaltava a importância do uso de cores e formas nos ambientes hospitalares como forma de trazer alegria, reduzir ansiedades, e propiciar bem estar aos clientes. A autora alerta que os desejos dos clientes referentes ao visual do ambiente físico não deve ser considerado capricho por parte dos profissionais de saúde.

E afirma:

“Apesar do pouco que sabemos sobre como somos afetados pelas formas, cores e pela luz, de uma coisa temos conhecimento: esses fatores exercem um real efeito sobre o físico. A variedade de formas e o colorido brilhante dos objetos apresentados ao doente constituem fatores reais de recuperação”

Descrição de situação observada: Percebo a ausência de um sanitário dentro da sala de aplicação de quimioterapia, única determinação referente ao ambiente físico não cumprida da RDC nº 50, que inclui como ambiente de apoio um sanitário na sala de aplicação de medicação. Os clientes utilizam o banheiro localizado no corredor do lado de fora da sala, o que pareceu ser um transtorno para os mesmos. Quando precisam utilizá-lo durante a administração do medicamento, são encaminhados ao banheiro, passando pelo corredor transportando o suporte de soro e a bomba infusora (equipamento utilizado para controle de infusão de medicamentos, utilizado na maioria dos clientes), auxiliados por seus acompanhantes.

Embora os clientes não tenham referido a ausência de um banheiro dentro da sala de aplicação de quimioterapia como fator gerador de mal estar, três clientes sugeriram

como medida de melhoria do ambiente da Unidade a construção do mesmo, justificando que “facilitaria a vida deles”.

A presença de um sanitário localizado dentro da sala de aplicação de quimioterapia justifica-se pela necessidade de oferecer aos clientes mais conforto para as suas necessidades de eliminações. Muitos protocolos de medicamentos antineoplásicos incluem o uso de diuréticos, no caso de drogas nefrotóxicas, o que estimula a diurese constante; alguns possuem ostomias e necessitam realizar eventuais esvaziamento e limpeza da bolsa. E ainda devemos considerar as situações de náuseas e vômitos provocadas pelos medicamentos e o estado emocional dos clientes.

Assim, este ambiente de apoio mostra-se muito importante não só para o bem estar dos clientes, mas também para facilitar o controle, possibilitar uma avaliação mais adequada pela enfermeira da situação dos seus clientes.

Ao ser questionada quanto ao fato, a enfermeira chefe da Unidade reconhece a falta do referido banheiro, mostra-se solidária ao sacrifício dos clientes, mas afirma que o sanitário dentro da sala de aplicação de quimioterapia não foi previsto na fase de construção do setor e que no momento não há viabilidade de realizar qualquer reforma no local. E ressalta que, de qualquer forma, a Unidade dispõe de três banheiros próximos, para atender às necessidades dos clientes, familiares e profissionais.

A Garantia de tratamento público: questão de Fé ou Cidadania?

Neste tópico discute-se a garantia da gratuidade de tratamento quimioterápico antineoplásico como um aspecto referido pelos clientes como promotor de bem estar. Alguns clientes destacam a sorte de estarem recebendo o tratamento, conforme os depoimentos a seguir:

“várias pessoas que eu conheço não conseguiram ser atendidos aqui. Dizem que eu tive muita sorte, não sabem como consegui...” (M.J.M.)

“ está tudo bom, aqui sou bem tratada. Tive muita sorte. Deus foi muito bom” (A.P.B.)

No momento de interação com os clientes, percebi as expressões de alegria e gratidão, sorrisos e suspiros, quando se referiram à realização do tratamento no HGB. Foi o caso de **M.J.M.** e **A.P.B.**, que iniciaram o tratamento quimioterápico recentemente, em novembro e dezembro respectivamente.

Esta sorte de ser atendida no hospital público foi referida por alguns clientes como um presente de Deus, principalmente quando referem problemas de ordem financeira que pudessem impedir ou dificultar o custeio do tratamento ali recebido, tratamento este extremamente oneroso. Ter conseguido o tratamento gratuitamente lhes traz confiança e segurança, com a sensação de que estão sendo cuidados.

“ ... meu filho não tem dinheiro para pagar meu tratamento, ele ficou muito preocupado comigo, ele cuida muito de mim...Foi Jesus quem abriu essa porta para mim e para o meu marido. Aqui eu faço a quimioterapia, graças a Deus. A senhora desculpe...” (e chorou emocionada) (J.F.C.)

“Jesus me ajudou, conheci essas pessoas que cuidam de mim, me dão remédio...meus filhos são todos bons para mim... crio dois netos... tenho que ter força, só Deus mesmo” (C.F.B.)

Os depoimentos de **J.F.C.** e **C.F.B.** expressam a preocupação que os clientes demonstram em relação à sua família e o futuro de todos, o que reitera os achados de Moreira (2002) quando a mesma evidenciou em estudo com clientes em tratamento quimioterápico que problemas de ordem familiar são os principais geradores de

ansiedade dessa clientela. Além do que, para a autora, a busca da espiritualidade e o apego à família são as estratégias mais utilizadas para favorecer o bem estar destes clientes, em ambiente social, como demonstram as falas das clientes acima, mulheres religiosas (ambas evangélicas), com idade superior a 50 anos, relacionam à Deus, ou seja, à Fé a oportunidade de estarem realizando o tratamento.

Nesse sentido, Boff (1999) ressalta que, nos momentos de desafio, o indivíduo pode e deve cultivar o espaço do divino, abrir-se ao diálogo com Deus, confiar sua vida, seu destino a Ele, e nele encontrar o sentido da vida e da morte. Para o autor (2000), a fé em Deus remete à busca da espiritualidade que é o que possibilita às pessoas produzirem mudanças de comportamento, que dêem um sentido às suas vidas, a partir de um aprofundamento no próprio coração e nos mistérios de todas as coisas, possibilitando uma melhor compreensão de suas experiências e lhes conferindo maior esperança quanto a um prognóstico mais favorável.

Os depoimentos das clientes abaixo confirmam a busca da esperança na Fé, a entrega dos seus destinos à Deus.

“Deve ter um motivo para eu estar doente... Deus quis assim...ele me dá força... rezo todo dia, vou ficar boa.” (J.L.S.)

“Jesus me dá muita força para eu viver isso tudo aqui..ele me abriu as portas, está cuidando de mim...” (M.F.S.)

A espiritualidade se expressa na busca do entendimento do significado das vivências mesmo em clientes mais jovens, como é o caso da cliente M.F.S., de idade inferior à 30 anos, católica, com Câncer de intestino. A religiosidade emerge nas falas dos clientes de forma positiva, mostrando ter o poder de justificar o sofrimento vivenciado e ser capaz de fornecer apoio, força e esperança aos mesmos.

Os depoimentos vêm de encontro aos achados de Lago (1991), que realizou um estudo acerca da espiritualidade de clientes portadores de câncer. A autora constatou que em oposição às dificuldades vivenciadas pelos clientes no âmbito físico, emocional e social, aumenta a capacidade espiritual como forma de buscar em Deus a cura para as suas dores.

Florence Nightingale (1989) alerta para a importância de o enfermeiro valorizar no planejamento de suas ações os aspectos sociais, tanto quanto os aspectos físicos e os psicológicos, acreditando serem capazes de interferir diretamente na capacidade do indivíduo em receber e reagir ao cuidado prestado, bem como afetar positiva ou negativamente a sua recuperação.

Mas não apenas a Fé foi ressaltada nos depoimentos dos clientes. A gratidão pela oportunidade do tratamento recebido foi percebida de forma muito significativa durante as entrevistas, aparecendo fortemente em relatos que sugerem um favor que a Instituição presta, reforçando o nosso ponto de vista quanto aos clientes desconhecem os seus direitos enquanto cidadão. Agradecem quando são bem tratados, consideram o cuidado que recebem uma grande sorte, como o depoimento a seguir:

“Ah... pobre vai para o hospital, sem dinheiro, vai ser tratado como cachorro... mas aqui não, as pessoas são muito legais... todos eles...”

(I.L.O)

Percebemos uma denúncia sobre o sistema de saúde, na fala de I.L.O., que encontra-se em tratamento há um ano devido a um tumor de ovário, apesar do elogio às pessoas que a atendem no HGB.

As discussões que envolvem a assistência à saúde no Brasil são complexas, tendo em vista os diversos prismas de análise do sistema Único de Saúde (SUS) em seus princípios e diretrizes da universalidade de acesso, integralidade da assistência e

igualdade do direito com o propósito de garantir saúde, bem estar e segurança aos indivíduos.

Nesse sentido, a avaliação realizada na 11ª Conferência Nacional de saúde em dezembro de 2000 aponta que *“existem dificuldades para utilizar o SUS, por desconhecimento de seus programas e ações por parte da população”*. Além disso, os gestores consideram que grande parte da população amarga em filas de espera e que há dificuldades de acesso à atenção de média e alta complexidade até nas cidades-pólo (MS, 2003).

Diante desse contexto, o relatório da referida Conferência destaca a necessidade de fortalecer o caráter público das ações e os serviços de saúde, e a responsabilidade do estado no provimento de saúde para a população. O que implica a consolidação do SUS através dos seus princípios.

Essa não é uma problemática de fácil resolução. Na área da oncologia, a busca é para mudar o panorama de uma estimativa de morbi-mortalidade muito expressiva de um conjunto de doenças com necessidades diferentes de atenção. Conforme explicita Kligerman (2002) a partir de um estudo realizado pelo INCA e um grupo de especialistas: o câncer é a segunda causa de mortalidade por doença, no Brasil; a incidência de câncer cresce progressivamente, inclusive em faixas etárias abaixo dos 50 anos; os serviços de assistência oncológicos existentes são insuficientes para atender à demanda, às vezes inadequados e mal distribuídos geograficamente e, o pior desse panorama é que muitos óbitos poderiam ser evitados por medidas simples, ações de prevenção ou detecção precoce.

“A redução da incidência está diretamente associada às medidas de prevenção e de conscientização da população quanto aos fatores de risco de câncer. Já a redução da mortalidade depende da capacidade nacional em detectar o câncer, o mais precocemente possível, e tratá-

lo adequadamente. Estas duas ações, além de caracterizarem a indissolubilidade do binômio prevenção-assistência, prevêm a aplicação dessas ações em âmbito nacional e de forma universal.”

(KLIGERMAN, 2002)

Em estudo recente acerca de uma análise bioética do SUS, Arreguy e Schramm (2005) comentam que as atuais diretrizes para assistência oncológica fortalecem o modelo de atenção integral ao cliente com câncer. Contudo, os autores alertam quanto à necessidade de se cumprir as garantias legais para a vida social, atendendo às demandas da população sem causar desigualdades e injustiças.

Boff (1999) a esse respeito afirma que *“um dos maiores desafios lançados à política orientada pela ética e ao modo-de-ser-cuidado é indubitavelmente o dos milhões e milhões de pobres, oprimidos e excluídos de nossas sociedades”*.

Na busca da resolutividade para essa problemática, as diretrizes para assistência à população na Oncologia estão orientadas pela Política Nacional de prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) que, no contexto da estrutura do SUS, busca desenvolver estratégias descentralizadas de interiorização, integralidade das medidas de prevenção e controle, integração de serviços assistenciais e parcerias entre os gestores municipais, estaduais e federais, através dos centros de alta complexidade em oncologia. Dentre os objetivos dessas estratégias destaca-se propiciar condições para a prestação de serviços assistenciais integrados e expandi-los nacionalmente, através do Projeto de Expansão de Assistência Oncológica - Projeto EXPANDE (KLIGERMAN, 2002).

Ser atendido e acolhido em um serviço público não pode ser mais encarado pela população como um favor recebido. É um direito de cada indivíduo, previsto na constituição Federal, e dentre as inúmeras atribuições do enfermeiro, cabe a este profissional, responsável pelo ser que cuida, atentar para o ambiente social de seu

cliente, perceber as suas dificuldades e necessidades, e orientá-lo quanto aos seus direitos enquanto Cidadão.

FATORES DETERMINANTES DE MAL ESTAR

A espera pelo remédio que vem de fora

O tópico mais freqüente nos depoimentos referente aos fatores considerados como determinantes de mal estar para os clientes foi a demora da administração do quimioterápico antineoplásico. A justificativa para esta situação é o fato deste medicamento ser preparado externamente, por Empresa terceirizada.

A prescrição é encaminhada ao serviço terceirizado, acompanhado do agendamento dos clientes na tarde anterior, sob a responsabilidade da Enfermeira do setor e a secretária administrativa. Uma parte das medicações chega em torno das 08 horas, outro lote às 10 horas e o último normalmente às 12 horas, para o agendamento da parte da tarde.

Ao serem questionados sobre os fatores determinantes de mal estar no ambiente da Unidade de Quimioterapia, os clientes (40% dos entrevistados) referiram a demora da administração do medicamento, e apesar de terem consciência de que a Unidade depende da chegada do medicamento, demonstraram irritação frente ao problema.

Da mesma forma que nas unidades de significação positivas, os aspectos **psicológicos** apareceram com maior força nos depoimentos do que os aspectos físicos do ambiente (desta vez relacionado à rotina instituída).

“Sobre o meu tratamento, meu remédio é feito fora, e demora. A gente espera. É chato esperar...é uma angústia, até que as enfermeiras não têm culpa, mas...”(R.F.M.)

“O negócio é o remedinho que demora (risos)” (M.H.C.)

“Chego cedo aqui... aí tenho que ficar esperando o meu remédio chegar... é complicado, porque a sala de espera é muito apertada, tem gente que senta na escada...” (E.C.S.)

“Não gosto de esperar, chego cedo para não pegar engarrafamento, e aí fico esperando, esperando...” (A.V.M.)

Esta foi a única referência feita pelos clientes acerca das rotinas desenvolvidas na Unidade de Quimioterapia. As demais rotinas foram consideradas normais, pertinentes ao serviço, não sendo evidenciado nos depoimentos nenhuma interferência nas condições de bem ou de mal estar vivenciadas pelos depoentes.

Ao conversar com a Enfermeira Chefe da Unidade, a mesma afirmou ter ciência deste problema, e estar buscando solução em conjunto com a Direção Administrativa, responsável pelos contratos dos serviços terceirizados da Instituição, mas até o momento não obteve retorno positivo. Demonstra estar atenta e preocupada com as necessidades dos seus clientes, atitude confirmada a cada oportunidade de observação e/ou conversa com a pesquisadora. Esta atitude concorda com Moreira (2002) quando afirma que:

“a assistência de enfermagem se desenvolve à medida em que está centrada nas necessidades dos clientes. A relevância desse princípio está pautada no fato de que as necessidades do cliente determinam o cuidado de que ele carece, constituindo um dos aspectos significativos para uma assistência de qualidade. A nosso ver, a aplicação de tal princípio favorece uma prática humanista e ético-política, e que permite garantir ao cliente o direito de se perceber como pessoa a buscar a ajuda de que necessita”.

No momento do planejamento da assistência, não importa tanto o grau de importância que o ser cuidador dá a um determinado problema identificado, mas sim o valor atribuído por quem o vivencia (o cliente).

O desconforto da sala de espera

Os clientes referiram o desconforto da sala de espera como um fator determinante de mal estar. Apesar de mostrar-se limpa, bem organizada e bem estruturada, a sala de espera em muitos dias não atende à demanda dos usuários, clientes que aguardam consultas ou administração de quimioterápicos e familiares acompanhantes. Quando a sala de espera fica cheia, os clientes precisam aguardar no corredor, às vezes em pé ou sentados na escada de acesso à Unidade.

Neste momento os **aspectos físicos** do ambiente aparecem fortemente mostrando que, apesar de não serem considerados pelos clientes como o aspecto mais importante na avaliação do ambiente de cuidado, quando inadequado incomoda, expõe e traz desconforto para os indivíduos nele inseridos. Citamos abaixo alguns depoimentos expressivos:

“A sala de espera quando tem muita gente, às vezes, fica apertado ali. Às vezes não tem nem lugar para a gente sentar aqui. Aí a gente fica em pé esperando ser chamada lá para dentro (sala de atendimento)”
(AP.B.)

“ A sala de espera é mais ou menos. Às vezes está muito cheio...muito barulho, muita confusão. Se o remédio demora então... as pessoas ficam nervosas lá fora ” **(AP.S.)**

“ Bem, uma coisa que me deixa irritada é ter que ficar em pé lá fora (na sala de espera) esperando a minha vez de entrar. Tem dias que tem tanta gente que a gente tem que sentar na escada para descansar...” **(E.C.S.)**

“A sala de espera não é muito adequada não, se é para falar... eu acho que ali é tipo uma emergenciazinha, para a gente ficar de pé, porque é desagradável, né... tem as cadeiras, às vezes quando está cheio, que a escada fica cheia de gente, até mesmo paciente, o que não está certo, né... tem pacientes que ficam em pé, aguardando a sua vez para tomar o seu remédio, passam mal... a gente vê mas fica quieto, né, minha filha...” (M.H.C.)

Descrição de situação observada: Durante o meu período de observação, pude identificar um problema no ambiente físico da Unidade. A sala de espera é bem iluminada, refrigerada, possui cadeiras confortáveis, mantida limpa. Quando o movimento é pequeno, a sala atende perfeitamente à sua finalidade. Contudo, o movimento varia de acordo com o número de consultas marcadas e tratamentos quimioterápicos agendados, bem como o número de acompanhantes de cada cliente. Com esta inconstância, em alguns dias a sala de espera não comporta a demanda, e os usuários mostram-se incomodados, irritados com esta situação. Nestes dias a Unidade fica agitada, as pessoas falam mais alto, o fluxo no corredor dificultado.

Ao conversar sobre esta questão com a Enfermeira Chefe da Unidade, a mesma mostra-se ciente do problema e das limitações da área física destinada à espera do atendimento, e procura minimizar a situação esforçando-se com sua equipe, na medida do possível, a prestar atendimentos mais rápidos, priorizar os mais debilitados, e organizar este espaço hoje existente. Os clientes sem condições de aguardar na sala de espera, aguardam o seu atendimento deitados nas macas existentes dentro da sala de atendimento.

Quanto ao fato de haver sobrecarga de atendimentos no horário da manhã e um agendamento de clientes para aplicação de quimioterapia maior em alguns dias da

semana do que em outros, a Enf^a Elizabeth reconhece que alguns dias e horários são sub-utilizados, e que poderia distribuir melhor os atendimentos, de forma mais uniforme, mas afirma, contudo que este é um problema que não depende somente da Equipe da enfermagem para ser solucionado, mas também da chefia médica, além da colaboração dos clientes no sentido de trazer apenas um acompanhante, e ter maior disponibilidade de dias e horários para receber o seu tratamento.

Independente da questão de sobrecarga e má distribuição dos atendimentos, e horários sub-utilizados, este tópico levanta uma outra importante discussão: apesar da sala de espera ser considerada como ambiente de apoio pela ANVISA na RDC nº 50 (legislação que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde) como área de apoio, no nosso ponto de vista e os depoimentos confirmaram, a sala de espera é uma das principais áreas da Unidade, e o gerenciamento deste ambiente exige cuidados especiais.

O tempo entre a chegada do cliente à Unidade e o seu atendimento (seja consulta ou administração da quimioterapia) pode ser um grande fator gerador de bem ou de mal estar, na medida em que o cliente sente-se confortável ou desconfortável no local destinado à espera, bem assistido ou descuidado. Na verdade o enfermeiro deve gerenciar o ambiente da Unidade de Quimioterapia como um todo, e não apenas as áreas que normalmente pensamos como principais, os consultórios e a sala de aplicação de quimioterapia, visando atender às necessidades do cliente desde o momento em que ele chega ao setor (considerando o tempo de espera parte da assistência prestada a este cliente) até o momento em que o mesmo deixa à Unidade.

Ao abordar a missão da Enfermagem, Figueiredo (2004) afirma que

“Os profissionais de enfermagem trabalham rotineiramente de forma exaustiva, desenvolvendo um cuidado incondicional ao ser humano, a

fim de atender suas necessidades e desejos humanos, numa prática que se pretende individualizada...A equipe de enfermagem ainda cuida da ambientação do cliente no espaço hospitalar, tornando-o terapêutico para propiciar a recuperação do indivíduo hospitalizado sem seqüelas, e assim o faz para garantir seu retorno ao convívio familiar, funcional e social.”

Figueiredo costuma tecer freqüentes considerações nas suas falas a respeito da sua preocupação referente ao cuidado do ambiente de cuidado, em todos os seus aspectos, e não somente o ambiente físico. E aponta a Enfermagem como o profissional de saúde responsável por esta missão: manter ambientes favoráveis, benéficos, terapêuticos. O momento que precede um atendimento mostra-se parte da assistência, e, como tal, precisa ser considerado no momento da elaboração do plano de cuidados do enfermeiro.

Outra questão que emergiu durante o relato de uma das clientes acerca da inadequação do espaço de espera foi a vergonha da doença. **M.H.C.**, cliente na faixa etária acima de 50 anos, em tratamento desde outubro de 2004 na Unidade referiu o desconforto de precisar aguardar o seu atendimento muito tempo no corredor, mostrando preocupação quanto aos direitos de privacidade do indivíduo doente, apesar de não assumir na sua fala como afetada por esta questão .

“Todo mundo que chega olha para gente, sabe... tem pessoas que sentem vergonha da doença, mas eu não. Eu levo normalmente a minha vida, como se eu nada tivesse... mas é chato ficar aqui de pé e todo mundo passando, né... tem que ter uma sala só para a gente ficar” (M.H.C.)

Conforme ressalta Moreira (2002), apesar de todos os avanços da ciência, permanece o estigma de que o câncer é uma doença que traz dor, desconforto, com prognóstico

obscuro. A sociedade ainda demonstra preconceito e pouca informação a respeito da doença, favorecendo os sentimentos de medo e vergonha apresentados pelos clientes e seus familiares. O desconforto maior no HGB é sentido na medida em que se sentem expostos em função da inadequação do espaço reservado para a espera do atendimento, como relata o depoimento acima.

Como afirma Camargo (2000), *“não importa quantas vezes tenham feito o tratamento, cada ciclo traz consigo algo novo, algo diferente e até mesmo surpreendente”*. Portanto, para minimizar este sentimento de desconforto, além de buscar alternativas para solucionar o problema do dimensionamento da área física, a necessidade de informação é permanente, e a atuação do enfermeiro mostra-se fundamental, no sentido de orientar, estar atento para intervir frente às ansiedades e angústias identificadas nos seus clientes.

CAPÍTULO VI

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CAPÍTULO VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Proposta deste estudo de caso foi apreender a perspectiva dos clientes acerca da Unidade de Quimioterapia do Hospital Geral de Bonsucesso, a partir dos fatores considerados determinantes de bem e de mal estar, buscando oferecer indicativos para o Enfermeiro na gestão do ambiente.

O estudo partiu do pressuposto de que, quando devidamente gerenciado, o ambiente assistencial é capaz de contribuir favoravelmente na recuperação do cliente, na medida em que garante bem estar a todos os indivíduos nele inseridos.

A investigação do ambiente cenário do estudo, observado nos seus aspectos físicos, psicológicos e sociais, encontrou-se respaldada no referencial teórico da Teoria Ambientalista de Florence Nightingale, e os achados confirmaram muitos dos preceitos enfatizados por Nightingale acerca do ambiente, considerando-o parte integrante do processo de recuperação do cliente, tal o seu poder em causar bem ou mal estar. Nightingale em seus registros ressaltava que a Enfermagem tinha a principal missão de colocar o cliente em suas melhores condições, para que a natureza pudesse agir sobre ele e favorecer o que ela chamava de poder restaurador. Referia-se, dentre outras ações, a provisão de um ambiente seguro e confortável, no qual o cliente pudesse ser adequadamente assistido em suas necessidades.

INDICATIVOS PARA O ENFERMEIRO NA GESTÃO DO AMBIENTE

Como afirmado no decorrer da pesquisa, acreditamos que o ambiente hospitalar é de suma importância para o processo de restauração do cliente na medida em que, quando bem gerenciado, garante bem estar e satisfação para todos nele inseridos. Não tivemos a pretensão aqui de medir exatamente o quanto um ambiente bem gerenciado pode auxiliar no processo de cura/recuperação do cliente; o poder de cura de um ambiente considerado terapêutico é uma temática que merece maior investigação, em função da pouca literatura encontrada a respeito.

Permitir que o próprio cliente explicitasse a sua visão de ambiente, deste ambiente assistencial que o recebe para o seu tratamento foi fundamental para confirmar a nossa crença sobre a importância de se gerenciar as Unidades buscando valorizar todos os aspectos envolvidos deste ambiente: físicos, psicológicos e sociais.

Com base na avaliação dos clientes, a Unidade de Quimioterapia do HGB está cumprindo a sua missão de oferecer assistência especializada e integral à adultos com neoplasia maligna, compreendendo um conjunto de ações específicas destinadas à sustentação das **condições físicas, psicológicas e sociais** que incluem o acompanhamento ambulatorial e hospitalar por equipe multiprofissional, integrado ao SUS, colaborando com a formação e desenvolvimento dos profissionais. A missão definida pela Instituição demonstra contemplar as necessidades referidas pelos clientes, sendo considerada adequada.

Quanto aos depoimentos dos clientes, diferente do que normalmente imaginamos quando pensamos em ambiente, o aspecto físico não apareceu nos discursos com maior frequência. O fator determinante de BEM ESTAR predominante nos depoimentos foi a atitude carinhosa da equipe. O carinho, a atenção dispensada ao cliente na hora do atendimento, no momento em que ele se vê fragilizado pela doença e pelo difícil

tratamento. O carinho com que os clientes são tratados na Instituição, cenário deste estudo, mostrou fazer a grande diferença, e todos, em algum momento, fizeram questão de falar a respeito.

O conforto da sala de aplicação de quimioterapia e a garantia de acesso ao tratamento público também foram considerados determinantes de bem estar.

Como fatores determinantes de MAL ESTAR, os clientes referiram a demora na aplicação da quimioterapia pelo atraso da chegada da medicação manipulada em um Serviço externo à Instituição, e o desconforto da sala de espera, que apesar de limpa, bem iluminada, ventilada e organizada, apresenta em algumas situações uma área física pequena para a demanda, com tamanho considerado insuficiente pelos clientes para atendê-los e a seus familiares, enquanto aguardam o atendimento.

Quanto à responsabilidade da gestão do ambiente hospitalar, não nos resta dúvida de que cabe ao Enfermeiro tomar à frente nesta função diária de administrar o ambiente da sua Unidade a favor de todos.

Se considerarmos que a missão da Enfermagem é prestar o cuidado integral ao cliente, buscando atender a todas as suas necessidades, e levando em consideração ser este profissional responsável 24 horas por dia pela segurança e bem estar deste indivíduo a ele confiado, estamos certos de que o enfermeiro é o profissional mais adequado para o gerenciamento do ambiente hospitalar, de forma a torná-lo terapêutico.

“A assistência de enfermagem se desenvolve na medida em que está centrada nas necessidades dos clientes... as necessidades do cliente determinam o cuidado de que ele carece, constituindo um dos aspectos significativos para uma assistência de qualidade”.

MOREIRA (2002)

Quando pensamos na prática profissional do enfermeiro, refletimos sobre a forma como ele administra as suas atividades, e questionamos o foco da sua atenção. Normalmente identificamos uma grande preocupação do enfermeiro no planejamento das suas atividades assistenciais, no cuidado direto ao cliente, deixando em segundo plano as questões administrativas inerentes à sua função.

A essência da Enfermagem é o cuidar, e este cuidado precisa ser planejado e executado, apesar de todas as dificuldades, buscando atender às necessidades do ser cuidado. E para que o cuidado de enfermagem seja concretizado, perpassam por ele funções administrativas e assistenciais.

O enfermeiro precisa aprender cada vez mais a administrar seu tempo de forma a cumprir tanto as suas funções assistenciais quanto administrativas, consideradas de igual importância, desde que o objetivo maior destas funções seja atender às necessidades do cliente. Pequenos momentos com os clientes podem e devem ser bem aproveitados, para que possamos desta forma melhorar a assistência e individualizar, personalizar o cuidado.

A sobrecarga de trabalho, e as dificuldades vivenciadas especialmente no serviço público acerca da inadequação de recursos físicos, materiais e/ou humanos são problemas freqüentes citados na assistência da enfermagem oncológica, segundo estudos de diversos autores, como Moreira (2002) e Adami (1997). Quanto à questão da administração adequada do tempo do enfermeiro, Silva (2004) afirma que:

“Todas as pessoas que escolhem a profissão de enfermagem talvez devessem ter como prioridade o cuidado ao ser humano...muitas têm, mas na prática... quando entram no mercado de trabalho, os enfermeiros se deparam com uma realidade muito diferente da acadêmica. Eles se vêem responsáveis por inúmeras atividades e acabam por se distanciar da assistência direta ao Paciente, alegando falta de tempo”.

No entanto, vale ressaltar que durante o período de coleta de dados não foi observado nem houve qualquer referência por parte os clientes ou dos profissionais acerca desta questão na Unidade de quimioterapia do Hospital Geral de Bonsucesso.

A refletirmos sobre as funções do enfermeiro, percebemos a ocorrência de um grande equívoco: considerar o processo de gerência dissociado da assistência. O cuidado integral ao cliente, da forma como ele espera e necessita exige muito mais do que prescrições apazadas, medicamentos administrados e procedimentos técnicos de enfermagem. Concomitante aos procedimentos técnicos, o relacionamento que se pretende estabelecer com este cliente e o ambiente que se pretende oferecer, aonde se pretende acolher este cliente – indivíduo são pontos fundamentais a serem levados em consideração pelo Enfermeiro no momento de executar as suas atividades.

Com respeito ao gerenciamento do ambiente da Unidade de quimioterapia, apontamos os seguintes indicativos:

- Na gestão do ambiente hospitalar, o Enfermeiro pode interferir parcialmente no que se refere aos aspectos **FÍSICOS**, aonde são encontrados grandes limites de atuação. A interferência nos aspectos Físicos depende em grande parte da estrutura organizacional, do apoio da Direção bem como de outros setores e serviços. Alterações no ambiente físico interferem no atendimento, demandam disponibilidade de estrutura física e recursos financeiros. Os Enfermeiros precisam estar cientes quanto às dificuldades e eventuais falhas do seu ambiente físico, e encontrar meios de enfrentar as limitações buscando formas de atender, o máximo possível, às necessidades da sua clientela;
- Quanto aos aspectos **SOCIAIS**, a possibilidade de interferência do Enfermeiro também é relativa e bastante limitada, na medida em que podemos minimizar situações a partir de orientações de autocuidado e promoção da saúde,

específicas para cada cliente em função da sua realidade social, mas não temos o poder de interferir sobre o seu ambiente social externo, e portanto garantimos a resolutividade dos problemas identificados.

- A grande possibilidade da gestão do ambiente pelo Enfermeiro encontra-se nos aspectos **PSICOLÓGICOS**. E talvez não coincidentemente, foram os aspectos considerados mais importantes pela clientela. As falas foram decisivas para apontar como evidência que a atitude amorosa da Equipe de saúde (particularmente citada, a Equipe de enfermagem), o cuidado dispensado ao cliente é fundamental para a garantia de bem estar de todos. Ainda mais, a atitude da equipe emergiu nos depoimentos como fator condicionante para que o ambiente fosse considerado terapêutico, capaz de contribuir para a garantia do bem estar dos clientes. Não nos referimos aqui à cura da doença, mas ao reequilíbrio de vida do indivíduo em todos os seus aspectos, à sua satisfação.

O carinho, a atenção sentida pelos clientes no decorrer do seu atendimento configurou-se como evidências significativas sobre o que é considerado cuidado pelo cliente. O cuidado descrito pelo cliente neste estudo de caso descreve o comprometimento da enfermagem com o ser humano cuidado. Boff (2000) lembra que a capacidade dos seres humanos poderem ajudar-se mutuamente é uma das capacidades humanas únicas. O autor fala em compadecer-se com o sofrimento do outro, não com uma atitude passiva de compartilhar simplesmente seu sofrimento, mas comprometer-se com o movimento de ajuda, da forma que for possível, seja física ou psicológica. Sempre podemos ajudar, sempre podemos fazer melhor.

O cuidado da enfermagem não é seguir ordens, cumprir tarefas, obedecer a rotinas, é atender às necessidades do outro na medida em que são percebidas, preocupar-se com o seu bem estar. E o enfermeiro só consegue perceber as verdadeiras necessidades do seu

cliente quando se disponibiliza, se coloca à disposição verdadeiramente, se preocupa, e permanece atento. Sobre esta questão Florence Nightingale (1989) já alertava sobre o risco de ser uma “enfermeira descuidada”, pela falta de uma visão mais ampliada do que significa cuidar.

Como evidência do estudo também foi a forma com que a descontração, a espontaneidade e alegria são percebidas e reconhecidas pela clientela no decorrer do atendimento prestado pela equipe de enfermagem, merecendo forte destaque, aparecendo junto com o carinho dispensado na assistência, provando que “brincar em serviço” pode não significar descuido com o trabalho, mas fazer o que se gosta, da melhor forma que julga poder fazer.

Segundo Maturana (2004), os indivíduos do mundo ocidental moderno vivem numa cultura que desvaloriza as emoções em favor da razão e da racionalidade. O autor não pretende afirmar que racionalidade, resolutividade não sejam fundamentais, apenas ressalta que as emoções não podem ser esquecidas, não devem ser consideradas menos essenciais à vida humana. Razão e emoção são fundamentais para o ser humano.

Como dito no início deste estudo, normalmente as Instituições, e aqui nos referimos particularmente à equipe de enfermagem, associam frieza, distância do cliente e atendimento impessoal a excelência de atendimento, compreendendo a sistematização das rotinas como o engessamento das atitudes e dos improvisos. Não nos referimos ao imprevisto empírico, experimental, mas ao imprevisto necessário no momento da identificação de uma ou mais variáveis de necessidades dos seres cuidados. Sim, porque os seres humanos são únicos, e únicos também são as suas necessidades e desejos.

A equipe mais extrovertida mostrou-se mais agradável para a clientela, e em momento algum foi avaliada ou comparada a qualificação técnica de uma ou outra equipe. O que prevaleceu quando questionado aos clientes foi a forma tranqüila e

divertida com que os procedimentos são realizados na Unidade. A brincadeira diária e a espontaneidade da equipe de enfermagem mostraram-se percebidas não como descuido pelos clientes, muito pelo contrário. Na perspectiva dos clientes, tal comportamento é percebido, sentido como cuidado. A brincadeira pode e deve ser utilizada pela enfermagem como estratégia para reduzir tensões, mas para ser efetiva precisa existir sem outras intenções dentro do coração de cada profissional. Amor, comprometimento e brincadeira são palavras e atos que se confundem, se entremeiam e sustentam qualquer cuidado humano.

Ao abordar o ambiente da Unidade de Quimioterapia do Hospital Geral de Bonsucesso na perspectiva do cliente, o estudo evidenciou que o ambiente hospitalar é o espaço das relações, da atitude carinhosa, do cuidado. E o cuidado é a essência da Enfermagem, é a razão de ser da profissão.

Ao abordar os objetivos e finalidades do cuidar, Waldow (1998) afirma que cuidar seria *“aliviar, confortar, ajudar, favorecer, promover, restabelecer, restaurar, dar, fazer e sua finalidade primeira seria aliviar o sofrimento, mantendo, contudo, a dignidade do cliente”*.

A visão dos clientes acerca do ambiente da Unidade de Quimioterapia do HGB encontra-se de acordo com a visão Nightingaleana, na medida em que expressaram os fatores determinantes de bem estar e de mal estar deste ambiente nos seus diferentes, mas interligados aspectos: físicos, psicológicos e sociais.

Os clientes demonstraram que esperam um ambiente físico limpo, bem iluminado, ventilado, organizado, com condições de conforto mínimas para atender às suas necessidades. Esperam também que este ambiente social reconheça e os atenda em suas necessidades extra-hospitalares, seja na flexibilização de horários (o agendamento é realizado também considerando a disponibilidade do cliente e seu familiar), seja nas

suas dificuldades financeiras (a garantia do tratamento gratuito), ou ainda nas orientações de auto-cuidado e possíveis limitações relativas à sua doença e/ou tratamento (realizado pelos profissionais de saúde no decorrer do seu atendimento).

Mas esperam principalmente que possamos fornecer a eles um ambiente psicológico que propicie o verdadeiro cuidado, e aí eles não se referem ao cuidado técnico, sistematizado, automatizado. Mas ao cuidado atencioso, carinhoso, cúmplice, e então percebemos, eles falam de amor. Carinho, atenção, preocupação e comprometimento com a vida do outro são expressões do amor.

A afirmação de Figueiredo (2002) vem ao encontro dos resultados encontrados neste estudo, ao enfatizar que:

“A enfermagem assistencial envolve dimensões fundamentais – concretas: como cuidar, planejar, fazer, observar, tocar (todos os sentidos), ouvir, se comunicar; e subjetivas: como imaginar, interpretar, intuir, emocionar, sensualizar. É preciso que comecemos a entendê-la como uma ciência sensível, que conjuga ação, técnica, emoção e razão”.

Acreditamos que para que este cuidado tão esperado pelo cliente se efetive, é preciso que o profissional cuidador primeiro entenda profundamente a sua profissão, em todas as suas dimensões. Sinta e demonstre amor e respeito por esta profissão que abraçou, ame muito a si mesmo, para que então possa amar e comprometer-se com o outro.

Apesar de a Palavra AMOR estar muito desgastada nos tempos de hoje, o sentimento amor permanece presente na vida humana e sempre existirá, enquanto existirem SERES HUMANOS. Boff (2004) ressalta que o que é especialmente humano no amor não é o amor, mas o que fazemos no amor enquanto humanos. O autor acredita que sem amor, nós não somos seres sociais.

Segundo Silva (2004),

“Não há Ser Vivo que não partilhe o mesmo anseio de liberação e de refúgio da dor. Dor é dor, qualquer que seja o coração que a sofra, assim como paz é paz, qualquer que seja o coração que a mereça. Nos grandes sofrimentos, como a morte, uma doença aguda ou uma perda muito querida, ninguém quer saber de fórmulas, prescrições ou de conselhos. O alívio e o conforto maiores vêm da presença amorosa de outro ser humano. Um pouco de algo é melhor do que um monte de nada.”

A visão dos clientes não nos surpreendeu, mas confirmou nossas crenças. O cuidado só existe verdadeiramente quando é feito com amor. Porque só o amor garante desprendimento das pequenas coisas, disponibilidade para enxergar maior e melhor, e conseqüentemente, poder fazer o outro se sentir melhor e tornar-se melhor.

Quando o Enfermeiro gerencia os aspectos psicológicos do ambiente, e planeja a sua assistência com base nas necessidades integrais dos seus clientes, muito além das suas necessidades físicas, não há limites para a sua atuação, e os resultados positivos podem ser facilmente percebidos por todos, e conseqüentemente mensurados. O BEM ESTAR aqui estudado nada mais é do que se sentir bem, e fazer o outro se sentir bem também.

Este estudo de caso foi desenvolvido com uma clientela portadora de câncer, mas as evidências encontradas mostram-se perfeitamente aplicáveis em qualquer outra clientela, de qualquer Unidade, em qualquer lugar do Mundo.

“Nos seres humanos existe mais do que a razão fria, objetivista e calculadora, que se realiza melhor por meio das máquinas inteligentes. Mas nelas falta algo que ocorre no ser humano e que emergiu há milhões de anos no processo evolucionário... o sentimento, a capacidade de emocionar-se, de afetar e de sentir-se afetado”.

BOFF (2000)

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ADAMI, N.P. et al. **Estrutura e Processo Assistencial de Enfermagem ao Paciente com câncer**. R. Bras. Enferm. Brasília, v.50, n. 4, p. 551-568, out/dez, 1997
- ADAMS, P. **Patch Adams : O Amor é contagioso**. Rio de Janeiro, Sextante, 1999
- ALMEIDA, T.M.S. **Segurança ocupacional da equipe de enfermagem no preparo de citostáticos endovenosos: estudos em hospitais de Recife**. 1996. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
- ARREGUY, E.E.M. e SCHRAMM, F.R. **Bioética do Sistema Único de Saúde/SUS: uma análise pela bioética da proteção**. Revista Brasileira de Cancerologia, vol.51 (2): p.117-123, 2005
- AYOUB, F.M. **Riscos e medidas de autoproteção no manuseio de drogas antineoplásicas**. Rev. Escola de Enfermagem da USP: São Paulo, v.21, n.01, p.47-53, 1987
- BARBOSA, A. **Drogas citostáticas: medidas para minimização de risco ocupacional**. Rev. Bras. Enferm. Brasília, v.41, n. 1, p. 46-49, jan/mar 1988
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70. 1979
- BOEGER, M.A. **Gestão em Hotelaria Hospitalar**. São Paulo: Atlas, 2003
- BOFF, L. **Espiritualidade: Um caminho de transformação**. Rio de Janeiro: Sextante, 2001
- _____ **Ética & Eco-espiritualidade**. São Paulo: Verus Editora, 2003
- _____ **Princípio de compaixão e cuidado**. Petrópolis,RJ: Vozes, 2000
- _____ **Saber Cuidar: Ética do humano – compaixão pela terra**. 10 ed. Petrópolis: Vozes, 2004

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH**. Portaria nº 881, 19 de junho de 2001

_____, Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília, 1986

_____, Ministério da Saúde. **11ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília, 15 a 19 de dezembro de 2000: O Brasil falando como quer ser tratado: Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. Relatório final. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2003

_____, Ministério da Saúde. **Lei nº 3535** de 02 de setembro de 1998. Dispõe sobre a reorganização, reorientação e acompanhamento da assistência oncológica no Brasil.

_____, Ministério da Saúde, ANVISA. **RDC nº50** de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

_____, Ministério da Saúde, ANVISA. **RDC nº 220** de 21 de setembro de 2004. Aprova o Regulamento Técnico de funcionamento dos Serviços de Terapia Antineoplásica.

_____, Ministério da Saúde, ANVISA. **RDC nº 12**, de 26 de janeiro de 2004. Aprova o Manual Brasileiro de Acreditação de Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares - 4ª Edição e determina que a Organização Nacional de Acreditação - ONA e as Instituições Acreditoras por ela credenciadas utilizem, no desenvolvimento do processo de acreditação no Brasil, exclusivamente os padrões e níveis definidos pelo Manual aprovado por esta Resolução.

_____, Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN 210** de julho de 1998. Dispõe sobre competências da equipe de enfermagem na Central de Quimioterapia e dá outras providências.

CACCAVO, P.V. **A arte da Enfermagem: efêmera, graciosa e perene.** 2000. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ, Rio de Janeiro

CAMARGO, T.C. **O Ex-sistir feminino enfrentando a quimioterapia para o câncer de mama: Um estudo de Enfermagem na ótica de Martin Heidegger.** 2000. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ, Rio de Janeiro

_____ **Enfermagem à mulher em tratamento quimioterápico – uma análise compreensiva do assistir.** Rev. Brasileira de Enfermagem Brasília, v.51, n.3, 357-368; jul/set 1998

CAMPOS, G.W.S. **Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo em hospital.** São Paulo, EPU, 1995

CAPRA, F. **A Teia da vida.** São Paulo, Cultrix, 1996

_____ **O Ponto de Mutação – a ciência, a sociedade e a cultura emergente.** São Paulo: Cultrix, 1982

CARRARO, T.E. **Enfermagem e Assistência – Resgatando Florence Nightingale.** 2.ed. Goiânia: AB, 1997

_____ **Metodologia para a Assistência de Enfermagem: teorização,**

CARVALHO, V. de. **A relação de ajuda e a totalidade da prática da enfermagem.**

In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 32, 1980: Brasília: Anais ... Brasília: ABEn, 1980. p 65-73.

_____ **Dos Princípios e Propósitos da Observação Sistematizada na Enfermagem.** Rev. Bras. de Enferm. Brasília, Ano XXIV., n.1., p.30-46., jul/set 1971.

CATANANTE, B. **Gestão do Ser Integral.** São Paulo: Infinito, 2000

ERMEL, R.C. e FRACOLLI, L.A.A .**Processo de trabalho de gerência: uma revisão de literatura.** Rev. Escola de Enfermagem USP; 37 (2). p. 89-96, 2003

FERNANDES, H.C. et al. **O Enfermeiro no ambulatório de Oncologia Clínica.** Rev. Brasileira de Enfermagem, Brasília, 34: 66-70, 1981

FIGUEIREDO, N. M. A . **A mais bela das Artes... O pensar e o Fazer da Enfermagem: Bases teóricas e Práticas para uma Teoria do Cuidado/Conforto.** 1997 .Tese de Livre Docência . Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade do Rio de Janeiro, RJ

_____ **Administração de medicamentos – revisando uma prática de Enfermagem.** São Paulo, Difusão Paulista de Enfermagem Editora Com Ltda., 2001

_____ **Cuidar/Cuidado – Questões e desafios de assistir e ensinar em Enfermagem.** Conferência. In: SEMINÁRIO DA REGIÃO SUDESTE – ENSINAR E CUIDAR: DESAFIOS E PERSPECTIVAS DA ENFERMAGEM EM CANCEROLOGIA, 1, 1997, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: DME/EEAN/UFRJ - INCA/PRO-ONCO - ABEN/RJ, 1997. p. 12-8.

FIGUEIREDO, N.M.A. , SANTOS, I., et al. **Enfermagem Fundamental: Realidade, questões, soluções.** Série atualização em Enfermagem Vol.1. – São Paulo, Atheneu, 2002

_____ **Enfermagem Assistencial no Ambiente Hospitalar – Realidade, questões, soluções** – Série atualização em Enfermagem Vol.2. – São Paulo, Atheneu, 2004

_____ **Práticas de Enfermagem: Fundamentos, conceitos, situações e exercícios .** São Paulo, Difusão Paulista de Enfermagem, 2002

- FREITAS, L.C.M., RAPOSO, C. FINÓQUIO, R.A. **Instalação, manutenção e manuseio de cateter venoso central de inserção periférica em pacientes submetidos a tratamento quimioterápico.** Revista Brasileira de Cancerologia, vol.45 (1): p.19-29, jan/mar 2001
- GAIARSA, J.A. **O Olhar.** São Paulo: Gente, 2000
- GEORGE, J.B. **Teorias de Enfermagem – Os fundamentos para a prática profissional.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1993
- KLIGERMAN, J. **Assistência oncológica e incorporação tecnológica.** Revista Brasileira de Cancerologia, vol.47 (3): p.239-243, jul/set 2001
- _____ **Fundamentos para uma Política Nacional de Prevenção e Controle do câncer.** Revista Brasileira de Cancerologia, vol.48 (1): p. 03-09, 2002
- KRON, T. **Administração dos cuidados de Enfermagem ao Paciente.** 6.ed. Rio de Janeiro: Interlivros, 1989
- _____ **Manual de Enfermagem.** 4.ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1978
- KURCGANT, P. et al. **Administração em Enfermagem.** São Paulo, EPU, 1991
- LAGO, S.L. **A Espiritualidade do paciente com câncer – Uma abordagem sobre a assistência de enfermagem.** 1991. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ.
- LEITÃO, G. C. M. **Reflexões sobre gerenciamento.** Texto & Contexto Enferm. Florianópolis, v.10. n.1. p. 104-115, Jan/abr. 2001
- LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde –** Santa Maria: Pallotti, 2001
- _____ **Teorias em Enfermagem: Instrumentos para a prática.** Florianópolis: NFR-UFSC; Papa-livro, 1999
- LERCH, E. **Humanização no Hospital.** Revista Enfoque; 11 (1): 7-11, Março 1983

LÜDKE, MENGA E ANDRÉ, M. **Pesquisa em Educação: Abordagens qualitativas.**
São Paulo, EPU, 1986

MARQUIS, B.L., HUSTON, C.J. **Administração e Liderança em Enfermagem – teoria e aplicação.** 2.ed. – Porto Alegre: Artmed, 1999

MARX L.C., MORITA, L.C. **Manual de Gerenciamento de Enfermagem.** 2.ed. São Paulo:EPUB, 2003

MATURANA, H.R., VERDEN-ZOLLER, G. **Amar e brincar – Fundamentos esquecidos do humano.** São Paulo: Palas Athena, 2004

MAZZOTTI, A. J. A. **O método nas Ciências Naturais e Sociais – Pesquisa quantitativa e Qualitativa.** São Paulo, Pioneira Thomson Learning, 2001

MEZOMO, A. A. et al. **Fundamentos da Humanização Hospitalar – Uma visão multiprofissional.** Local:Editora, 2003

MEZOMO, J.C. **Hospital Humanizado.** Fortaleza, Premium, 2001

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento.** 6.ed. São Paulo, HUCITEC; Rio de Janeiro, ABRASCO, 1999

MOREIRA, M.C. **O Cuidado de ajuda no alívio da ansiedade de clientes com câncer em tratamento quimioterápico paliativo: Contribuição ao conhecimento de Enfermagem.** 2002. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre Enfermagem.** Tradução: Amália Correa de Carvalho. São Paulo, Cortez, 1989

_____ **Notes on Hospitals.** Londres, Inglaterra: [s.n.], 1859

OLIVEIRA, M.E. e BRUGGEMANN, O.M. (Organizadoras). **Cuidado Humanizado: possibilidades e desafios para a prática de enfermagem.** Florianópolis, Cidade Futura, 2003

PEREIRA, M. N. **O (Des) conforto como vínculo do cuidar de Enfermagem nos clientes neurológicos portadores de úlcera de pressão.** 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

POLIT, D.F. e HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem.** 3.ed. Porto alegre: Artes médicas, 1995

PRADO, M. L. e GELBCKE, F. L. (Organizadoras). **Fundamentos de Enfermagem.** Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da saúde, 1999

RAMOS, C.M.H. **Biossegurança na aplicação de medicações citostáticas.** Rev. Baiana de enfermagem; Salvador. 4 (2): 148-171, 1988

ROCHA, F.L. R. **Perigos potenciais a que estão expostos os trabalhadores de enfermagem na manipulação de quimioterápicos antineoplásicos: conhecê-los para preveni-los.** Rev. Latino-Americana de Enfermagem; 12(3): 511-517, mai/jun 2004.

TREVISAN, M.A. et al. **Aspectos éticos na ação gerencial do Enfermeiro.** Rev. Latino-Americana de Enfermagem; 10(1): 85-89, jan/fev 2002

_____ **Dimensões factual e virtual no gerenciamento da Enfermeira.** Rev. Brasileira de Enfermagem; Brasília, 52 (4): 520-528, out/dez 1999

SERAPIONI, M. **Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração.** Rio de Janeiro: Ciência e Saúde Coletiva. V.5, n.1, 2000.

SILVA, M.J.P. **Comunicação tem remédio – A comunicação nas relações interpessoais em saúde.** São Paulo: Loyola, 2003

_____ **O Amor é o caminho (Maneiras de cuidar).** São Paulo: Loyola, 2004

_____ **Qual o tempo do cuidado? Humanizando os cuidados de Enfermagem.** São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2004

SILVA, M. S. A. **A Pessoa Enferma e a Hospitalização.** Rio de Janeiro, Anna Nery/UFRJ, 2001

SOUZA, E.F. **Manual de Enfermagem.** 6 ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1987

TARABOULSI, F.A. **Administração de Hotelaria Hospitalar.** São Paulo: Atlas, 2003

VILLADIEGO CHAMORRO, M.A. **A enfermeira em serviços de Quimioterapia: uma questão de saúde do trabalhador.** 1999. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ, Rio de Janeiro

_____ **Morbidade da Equipe de Enfermagem de um Serviço de Quimioterapia.** 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ, Rio de Janeiro

XELEGATI, R. **Riscos químicos a que estão submetidos os trabalhadores de enfermagem: uma revisão de literatura.** Rev. Latino-Americana de Enfermagem; 11(3): 350-356, mai/jun 2003.

WALDOW, V.R. **Cuidado Humano – O Resgate necessário.** Porto Alegre: Sagra – Luzzato, 1998

_____ **O Cuidado na saúde – As Relações entre o eu, o outro e o cosmos.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2004

YIN, R.K. **Estudo de Caso – Planejamento e métodos.** 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005

APÊNDICES E ANEXOS



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Bonsucesso
PARECER DO PROJETO DE PESQUISA / CEP-HGB 03/ 04

Rio de Janeiro, 22 de outubro de 2004.

Do: Comitê de Ética em Pesquisa do HGB
Para: Andréa de Carvalho Fernandes Moura (autora)
Profª Drª Marléa Chagas Moreira (orientadora)

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Bonsucesso, após avaliação, considerou o projeto (CEP-HGB 03/04) "FATORES DETERMINANTES DE BEM ESTAR DOS CLIENTES EM UNIDADES DE QUIMIOTERAPIA: POSSIBILIDADES E LIMITES DO ENFERMEIRO NA GESTÃO DO AMBIENTE", bem como o seu termo de consentimento livre e esclarecido, aprovados, encontrando-se dentro dos padrões éticos da pesquisa em seres humanos, conforme Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 que dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos.

Solicitamos que ao término da pesquisa seja encaminhada a este CEP uma cópia do Relatório Final da Pesquisa.

Lia Cristina Galvão dos Santos
Profª Drª Lia Cristina Galvão dos Santos
Coordenadora do CEP-HGB

Lia Cristina Galvão dos Santos
Enfermeira
COREN RJ 13859
Coordenação CEP/HGB

HOSPITAL GERAL DE BONSUCESSO – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
AV. LONDRES 616, PRÉDIO 5 – 5º ANDAR
BONSUCESSO – RIO DE JANEIRO



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Bonsucesso

PARECER DO PROJETO DE PESQUISA / CEP-HGB 03/ 04

I. Identificação:

Título do projeto:

Fatores Determinantes de Bem Estar dos Clientes em Unidades de Quimioterapia: possibilidades e limites do Enfermeiro na Gestão do Ambiente.

Pesquisadores responsáveis:

Autora: Andréa de Carvalho Fernandes Moura

Orientadora: Prof. Dr^aMarléa Chagas Moreira

Instituição onde se realizará:

Hospital Geral de Bonsucesso

Data de apresentação ao CEP:

01/10/04

II. Objetivos:

- Descrever a visão de clientes em tratamento ambulatorial acerca do ambiente da central de quimioterapia;
- Analisar os fatores ambientais considerados determinantes de bem estar ou mal estar dos clientes na central de quimioterapia;
- Discutir as possibilidades e limites do Enfermeiro na gestão do ambiente da central de quimioterapia de acordo com a perspectiva dos clientes.

III. Sumário do projeto:

O presente trabalho se propõe a descrever a visão dos clientes acerca do ambiente da central de quimioterapia do HGB, que usufruem desta estrutura e o que pensam a respeito do ambiente aonde se encontram inseridos, buscando compreender este ambiente hospitalar a partir da vivência de quem é cuidado.

a) Descrição e caracterização da amostra: Clientes em tratamento quimioterápico da unidade que será realizado o estudo (HGB).

b) Critérios de inclusão e exclusão:

Inclusão: clientes acima de 18 anos de ambos os sexos, com capacidade de compreensão e verbalização, que já tenham realizado pelo menos 01 (um) ciclo de quimioterapia na unidade, e que aceitem participar do estudo.

Exclusão: os que estiverem fora do descrito acima.

c) Adequação da metodologia: Estudo de caso, com abordagem quanti-qualitativa do tipo descritiva, adequada ao estudo.

d) Adequação das condições: condições adequadas

IV. Comentários de relator frente à Resolução 196/96 e complementares, em particular sobre:

a) Estrutura do protocolo - bem estruturado - adequado

b) Justificativa do uso de placebo - não se aplica

c) Justificativa de suspensão de terapêutica (WASH-OUT) - não se aplica

d) Análise de riscos e benefícios -

- Benefícios: melhoria do ambiente, amenizando o sofrimento e o desgaste dos clientes.

e) Retorno de benefícios para o sujeito e/ou para a comunidade:

- Melhoria do ambiente com aumento de segurança para a clientela e profissionais.
- Identificar indicadores observáveis do ambiente seguro com a percepção do cliente.

f) Adequação do termo de consentimento e forma de obtê-lo – Considerado adequado.

g) Informação adequada quanto ao financiamento - não foi informado se haverá custo para a instituição na análise do projeto. Desta forma entendemos que competem ao pesquisador todas as despesas decorrentes do estudo.

h) Outros Centros envolvidos - não há

V. Parecer do CEP

Em 22/10/04 o projeto foi aprovado após análise pelo CEP

VI. Datas previstas para o pesquisador apresentar os relatórios

Parcial – não necessário

Final – Ao término da pesquisa

VII. Data da reunião: 22/10/04

Lia Cristina Galvão dos Santos
Prof^a Dr^a Lia Cristina Galvão dos Santos
Coordenadora do CEP-HGB

Lia Cristina Galvão dos Santos
Enfermeira
COREN RJ 13859
Coordenação CEP/HGB

APÊNDICES

APÊNDICE I - CRONOGRAMA

Apresento , a seguir o Cronograma previsto para o desenvolvimento do estudo:

Período	2º Semestre 2003	1º Semestre 2004	2º Semestre 2004	1º Semestre 2005
Atividades				
Pesquisa bibliográfica	X	X	X	
Elaboração do projeto	X	X		
Defesa do projeto		X		
Coleta de dados		X	X	
Análise dos dados			X	X
Qualificação			X	
Elaboração relatório final				X
Defesa dissertação				X

APÊNDICE II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaria de lhe convidar a participar de uma pesquisa. Considero fundamental que o Sr.(a) receba as informações acerca do estudo, a fim de melhor compreender meus propósitos e a sua forma de participação na pesquisa.

Pesquisadora:

Andréa de Carvalho Fernandes Moura – Enfermeira, Aluna do Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Orientadora:

Dr^a Marléa Chagas Moreira – Prof^a EEAN/UFRJ

Título da Pesquisa:

FATORES DETERMINANTES DE BEM ESTAR DOS CLIENTES EM UNIDADES DE QUIMIOTERAPIA: INDICATIVOS PARA O ENFERMEIRO NA GESTÃO DO AMBIENTE

Objetivos

- Descrever a visão de Clientes em tratamento ambulatorial acerca do ambiente da Unidade de Quimioterapia;
- Analisar os fatores ambientais considerados determinantes de bem e de mal estar dos clientes na Unidade de Quimioterapia;
- Discutir as possibilidades e limites do Enfermeiro na gestão do ambiente da Unidade de Quimioterapia de acordo com a perspectiva dos clientes.

Informações sobre sua participação na pesquisa:

- A sua participação é voluntária, e o sr.(a) pode deixar de participar a qualquer momento, se assim o desejar. Em nenhuma hipótese haverá prejuízo em seu tratamento ou represálias em função do seu depoimento, pois em nenhum momento da pesquisa seu nome será revelado;
- Caso concorde em participar do estudo, colherei ao seu depoimento próximo ao seu leito, ou aonde o Sr.(a) julgar melhor, preservando sempre a privacidade, e o sigilo dos dados coletados;

- As informações para a pesquisa serão coletadas através de entrevistas gravadas em fita cassete, transcritas posteriormente pela pesquisadora;
- **ATENÇÃO:** Seu depoimento é confidencial, e não será divulgado em hipótese nenhuma para a Direção, Profissionais da Instituição ou qualquer outra pessoa com a identificação do Entrevistado. Os dados coletados serão agrupados e analisados coletivamente, conforme técnica descrita na Pesquisa.

Maiores Esclarecimentos sobre a pesquisa:

Em caso de dúvidas você pode obter informações com:

- Andréa Moura – Tel. 9339-0704;
- Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição Hospitalar aonde o Sr.(a) encontra-se internado(a).

Eu, em pleno gozo de minhas faculdades mentais, esclarecida(o) sobre o estudo descrito, CONCORDO em participar de forma voluntária da pesquisa desenvolvida pela Enfermeira Andréa de Carvalho Fernandes Moura no Hospital

AUTORIZO a minha identificação na pesquisa apenas pelo primeiro nome ou pseudônimo abaixo,

Nome ou Pseudônimo

Assinatura do Cliente

Assinatura da Pesquisadora

Data: _____

APÊNDICE III - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISA : A UNIDADE DE QUIMIOTERAPIA NA PERSPECTIVA DOS CLIENTES - INDICATIVOS PARA O ENFERMEIRO NA GESTÃO DO AMBIENTE

À Enfermeira Chefe da unidade de Quimioterapia do Hospital Geral de Bonsucesso

Eu, **Andréa de Carvalho Fernandes Moura**, Enfermeira, Aluna regular do Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro, orientada pela **Profª Drª Marléa Chagas Moreira** – Profª EEAN/UFRJ, solicito a sua ajuda para o desenvolvimento da minha pesquisa, fornecendo informações referentes à Unidade sob sua responsabilidade, consideradas de suma importância para subsidiar este estudo.

Objetivos da Pesquisa:

- Descrever a visão de Clientes em tratamento ambulatorial acerca do ambiente da Unidade de Quimioterapia;
- Analisar os fatores ambientais considerados determinantes de bem e de mal estar dos clientes na Unidade de Quimioterapia;
- Discutir as possibilidades e limites do Enfermeiro na gestão do ambiente da Unidade de Quimioterapia de acordo com a perspectiva dos clientes.

Informações sobre sua participação na pesquisa:

- Os sujeitos deste estudo de caso são os clientes da Unidade de Quimioterapia do HGB, que serão escolhidos de forma aleatória. A sua participação enquanto entrevistada restringe-se ao fornecimento de informações importantes para o conhecimento do setor por parte da autora, e posterior elaboração do capítulo de descrição do cenário do estudo. Comprometo-me a checar estas informações com a Sra. antes do encerramento e posterior divulgação da pesquisa.

- A sua participação é voluntária, e a Sra. pode deixar de participar a qualquer momento, se assim o desejar.

Maiores Esclarecimentos sobre a pesquisa:

- Andréa Moura – Tel. 9339-0704;
- Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição Hospitalar que autorizou a realização deste estudo.

AUTORIZO a divulgação das informações prestadas no decorrer das conversas com a pesquisadora, referentes à Unidade de Quimioterapia do Hospital Geral de Bonsucesso, cenário do estudo desenvolvido pela Enfermeira Andréa de Carvalho Fernandes Moura.

Assinatura da Enfermeira Chefe da Unidade

Assinatura da Pesquisadora

Data: _____

APÊNDICE V – DIÁRIO DE CAMPO

ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO NÃO PARTICIPANTE

Data: _____

Nº de Horas Observadas: _____

Nº de Profissionais de Enfermagem no Setor: _____

DESCRIÇÃO DAS SITUAÇÕES	OBSERVAÇÃO
Ambiente físico <ul style="list-style-type: none">• Área física• Iluminação• Ventilação• Ruídos• Odor• Limpeza• Variedades	
Ambiente psicológico <ul style="list-style-type: none">• Relacionamento cliente – cliente• Relacionamento cliente – equipe de Enfermagem• Ações de Enfermagem visando o bem estar dos clientes	
Ambiente Social <ul style="list-style-type: none">• Manifestações dos clientes	
Comentários, sugestões, reclamações, opiniões dos Clientes acerca do ambiente, feitas no decorrer da observação	

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)