



UFRJ

**CONCEPÇÕES DE CLIENTES COM CÂNCER SOBRE A PRÁTICA  
DIALÓGICA DA ENFERMEIRA NO CONTEXTO DA TERAPÊUTICA  
QUIMIOTERÁPICA ANTINEOPLÁSICA:  
subsídios para o cuidado de enfermagem ambulatorial**

**CONCEIÇÃO ADRIANA SALES FONTES**

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

Orientadora: **Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Neide Aparecida Titonelli Alvim**

Rio de Janeiro  
Dezembro/ 2006

# **Livros Grátis**

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

Milhares de livros grátis para download.

Fontes, Conceição Adriana Sales.

Concepções de clientes com câncer sobre a prática dialógica da enfermeira no contexto da terapêutica quimioterápica antineoplásica: subsídios para o cuidado de enfermagem ambulatorial. - Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2006.  
111 f.: il.; 31 cm.

Orientadora: Neide Aparecida Titonelli Alvim

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - UFRJ/EEAN/ Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2006.

1. Enfermagem. 2. Cuidado de Enfermagem. 3. Diálogo. 4. Câncer.  
I. Alvim, Neide Aparecida Titonelli. II. Universidade Federal do Rio Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. III. Título.

**CONCEPÇÕES DE CLIENTES COM CÂNCER SOBRE A PRÁTICA DIALÓGICA  
DA ENFERMEIRA NO CONTEXTO DA TERAPÊUTICA QUIMIOTERÁPICA  
ANTINEOPLÁSICA:  
subsídios para o cuidado de enfermagem ambulatorial**

**Conceição Adriana Sales Fontes**

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Neide Aparecida Titonelli Alvim

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 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<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Neide Aparecida Titonelli Alvim

---

1º examinador, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Teresa Caldas Camargo

---

2º examinador, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Marléa Chagas Moreira

---

Suplente, Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup>. Márcia Teresa Luz Lisboa

---

Suplente, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Beatriz Guyton Renaud Baptista de Oliveira

Rio de Janeiro  
Dezembro/2006

## DEDICATÓRIA

*À minha amada vizinha Anelice (in memoriam), meu grande exemplo de vida e conduta e alicerce da minha trajetória. Se necessário sacrificaria sua própria felicidade em favor da minha.*

*Ao meu pai Air, que em sua simplicidade, sábio homem, me ensina que a vitória da vida pode florescer numa existência inteira, mas tem de ser buscada, tem de ser conquistada. Pai a você minha eterna gratidão.*

*À minha mãe Maura, pela oportunidade da vida. Sofre a dor e sorri a alegria dos seus filhos.  
Detentora de uma fidelidade sem limites,  
compreende sem porquês, abriga sem senões,  
afaga sem cobranças. Seu verbo  
possui o dom da tranqüilidade e suas  
mãos, mesmo calejadas, são suaves ao  
acarinhar. Não culpa, apóia. Não repreende,  
ajuda, não amedronta, soluciona.  
Chave do misterioso amor Divino, traz,  
no semblante, a doçura da primavera, no olhar,  
a leveza da renúncia, no coração,  
a paz dos Grandes.  
Mãe como lhe sou grata.*

*A meu companheiro Haroldo, que com cumplicidade me auxiliou a superar os limites nesta trajetória compartilhando as minhas inquietudes e alegrias. E que ensinou que  
DEVO VIVER O DIA DE HOJE  
COMO SE FOSSE O PRIMEIRO,  
COMO SE FOSSE O ÚLTIMO,  
COMO SE FOSSE O ÚNICO.*

*A vida é minha para ser ousada. O que levamos desta vida é a vida que se leva.*

*À minha tia Jaci (Neném) pela torcida e incentivo.*

*Aos clientes oncológicos co-produtores desta dissertação, pela receptividade e interesse viabilizando a realização da pesquisa.*

*A Deus e aos Espíritos de Luz, pelo infinito amor e bondade.*

## AGRADECIMENTOS

*À Prof<sup>ta</sup>. Dr<sup>a</sup>. Neide Titonelli Aparecida Alvim, orientadora desta dissertação, pela competência, sabedoria e sensibilidade com que contribuiu para realização da pesquisa. Sua dedicação e incentivo foram imprescindíveis para a concretização deste trabalho. Obrigada por acreditar que, apesar das dificuldades, somos capazes de atingir nossos objetivos.*

*Às Prof<sup>tas</sup>. Dr<sup>as</sup>. Marléa Moreira Chagas, Teresa Caldas Camargo, Márcia Teresa Luz Lisboa e Beatriz Guyton Renaud Baptista de Oliveira pelo interesse, simpatia, estímulo e preciosas contribuições que fortaleceram este estudo.*

*Às Clínicas Oncológicas Integradas (COI), ao Dr. Nelson Teich, por cuidar do ser humano além da sua doença e por permitir a realização desta pesquisa nas dependências e com os clientes que realizam o tratamento antineoplásico.*

*Aos funcionários da COI, pela gentileza e incentivo, em especial a Marney, Tássia, Márcia, Fabi, Eliane, Cristiane, Ana Paula, Arlete e aos Enfermeiros Leonardo, Vânia, Graci e Patrícia.*

*Aos colegas da turma de Mestrado 2005, pela convivência alegre, pelas trocas de conhecimentos, pela demonstração de carinho e amizade. Em especial Alcinéia, Wilma, Cíntia, Raquel e Vítor. Com eles celebro este momento.*

*À funcionária Sônia Xavier, pela gentileza, incentivo, presteza e carinho. Soninha muitíssimo obrigada. Também a Jorge Anselmo, Cristina Studart, Leila Márcia, Filipi e Lúcia (biblioteca) no atendimento de minhas solicitações.*

*À amiga Gleani, a minha gratidão por me inserir nesta jornada, por me trazer paz e serenidade nas horas difíceis. “Não preciso nem dizer tudo isso que eu lhe digo, mas é muito bom saber que você é minha amiga”.*

*Ao amigo Vítor, por estar sempre disposto a me auxiliar. “Amigo é coisa para se guardar do lado esquerdo do peito, dentro do coração”.*

*À amiga Claudia, pelo incentivo, apoio e colaboração em momentos decisivos deste trabalho. “Você que me diz a verdade em frases abertas”.*

*À amiga Gláucia Valadares, sempre me lembrarei com carinho de nossas intermináveis conversas e de quantos nós foram desfeitos graças à sua paciência e sabedoria. Sua ajuda foi absolutamente preciosa.*

*À amiga Rosana, Giane e Symone, por acreditarem que eu sou capaz.*

*À amiga Regina pelo carinho e incentivo que demonstra ter comigo, apesar de tão pouco tempo de convivência.*

*A Celeste pela gentileza e paciência com que conduziu a correção do trabalho, excelente profissional.*

*À CAPES, pelo apoio financeiro, concedendo-me bolsa de estudo.*

*A todos que direta ou indiretamente colaboraram na construção deste estudo, seja na elaboração de idéias ou dedicando-me amizade e confiança. E até para os que não acreditaram na conclusão deste desafio. Meu muito obrigada!!!*

## Oração de Cáritas

*Deus nosso Pai, que sois todo poder e bondade, dai a força àquele  
que passa pela provação!*

*Dai a luz àquele que procura a verdade!*

*Ponde no coração do homem a compaixão e a caridade!*

*Deus! Dai ao viajor a estrela guia! Ao aflito a  
consolação! Ao doente o repouso!*

*Deus! Dai ao culpado o arrependimento! Ao Espírito a  
verdade! À criança o guia, ao órfão o pai.*

*Senhor! Que vossa bondade se estenda sobre tudo que  
criastes.*

*Piedade, Senhor, para aqueles que não vos conhecem,  
esperança para aqueles que sofrem!*

*Que vossa bondade permita aos Espíritos consoladores,  
derramarem por toda a parte: a paz, a esperança e a fé!*

*Deus! Um raio, uma faísca do Vosso Amor pode  
abrasar a terra!*

*Deixai-nos beber nas fontes dessa bondade fecunda e infinita,  
e todas as lágrimas secarão, todas as dores acalmarão. Um só  
coração, um só pensamento subirá até Vós, como um grito de  
reconhecimento e de amor!*

*Como Moisés sobre a montanha, nós vos esperamos de braços  
abertos, oh Poder! Oh Bondade! Oh Beleza! Oh Perfeição! E  
queremos, de alguma sorte, merecer a Vossa misericórdia!*

*Deus! Dai-nos a força de ajudar o progresso, a fim de  
subirmos até Vós! Dai-nos a caridade pura!*

*Dai-nos a fé e a razão! Dai-nos a simplicidade que fará de  
nossas almas o espelho onde deve refletir a Vossa Imagem!*

A photograph of two hands reaching upwards towards a bright, glowing light source in a cloudy sky. The hands are positioned in the center of the frame, with fingers slightly spread. The background is a soft, blue and white sky with wispy clouds. The overall mood is hopeful and aspirational.

*“Se pudéssemos ter consciência do quanto nossa vida é passageira, talvez pensássemos duas vezes antes de jogar fora as oportunidades que temos de ser e de fazer os outros felizes.”*

Autor desconhecido

## RESUMO

FONTES, Conceição Adriana Sales. **Concepções de clientes com câncer sobre a prática dialógica da enfermeira no contexto da terapêutica quimioterápica antineoplásica: subsídios para o cuidado de enfermagem ambulatorial.** Rio de Janeiro, 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

Esta pesquisa desvelou a perspectiva dialógica do cuidado de enfermagem na ótica do cliente com câncer submetido à quimioterapia antineoplásica, respondendo as questões: como ocorre o diálogo entre a enfermeira e o cliente neste contexto, na ótica do cliente? O que pensam os clientes submetidos à quimioterapia antineoplásica sobre a presença do diálogo no cuidado de enfermagem, no âmbito desta terapêutica? De que modo a prática dialógica da enfermagem pode subsidiar o cuidado a estes clientes? Objetivos: descrever as bases do diálogo entre a enfermeira e o cliente submetido à quimioterapia antineoplásica, na perspectiva do cliente; analisar as concepções destes clientes sobre a prática dialógica da enfermeira neste contexto; discutir a prática dialógica da enfermagem como fundamental no cuidado junto ao cliente submetido à esta terapêutica. Foi do tipo qualitativo. Participaram doze clientes adultos sob tratamento quimioterápico antineoplásico em uma clínica do Rio de Janeiro. Na produção dos dados, foram conjugadas as técnicas de criatividade e sensibilidade ‘Almanaque’, com a entrevista semi-estruturada. Os dados foram analisados em duas categorias temáticas: 1) As possibilidades do diálogo com a enfermeira frente às dificuldades enfrentadas pelo cliente no início do tratamento quimioterápico. O diálogo com a enfermeira sofre influência do impacto vivenciado pelo cliente frente ao diagnóstico que o faz experimentar sentimentos de diferentes naturezas e dimensões, ações e reações ambivalentes. Afora todos os sentimentos e questionamentos que se misturam, os clientes também vivem conflitos em relação aos seus papéis sociais, especialmente aqueles próprios de gênero, questão importante a ser ressaltada no diálogo da enfermeira com a/o cliente. 2) As marcas do diálogo: atributos da relação técnica e humana no cuidado”. Esta categoria revelou as bases do diálogo entre a enfermeira e o cliente com câncer, assentadas, por um lado, na relação técnica e, por outro lado, em atributos próprios da relação humana. Embora os sujeitos vivenciem experiências positivas no diálogo com a enfermeira durante o tratamento, a despeito do impacto inicial do diagnóstico da doença, alguns momentos sentem-se de certa forma despersonalizados, apresentando um discurso ambivalente. Os resultados da dissertação apontaram que o diálogo torna-se essencial no sentido de não reforçar no doente condição de inutilidade ou incapacidade na gerência de suas atividades diárias. A prática dialógica da enfermeira colabora no alívio de sentimentos destrutivos e ameaçadores à integridade física e emocional do cliente, fornecendo-lhe as informações necessárias acerca da doença e seu tratamento, procurando estabelecer laços de confiança para que ele possa verbalizar seus temores, encorajando-o a expressar suas dúvidas, preocupações, anseios e expectativas, em uma autêntica relação de ajuda, de solidariedade e apoio no enfrentamento das situações que se apresentam ao viver e conviver com o câncer. Para isso, a enfermeira imprime à sua ação características essenciais e imprescindíveis na relação humana, atitudes indispensáveis à interação dialógica. Em síntese, propicia um ambiente verdadeiramente de cuidado, tendo no diálogo o fundamento da relação expressa nesse ambiente, colaborando no conhecimento de si e do outro na condução das ações terapêuticas.

Palavras-chave: Enfermagem, Cuidado de enfermagem, Diálogo, Câncer.

## ABSTRACT

FONTES, Conceição Adriana Sales. **Cancer bearer patient's conceptions on the nurse's dialogue practice in the antineoplastic chemotherapy treatment context**: ways of helping the nursing care. Rio de Janeiro, 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

This research revealed the perspective of the nursing care from the view of patients who are cancer bearers and are submitted to the Antineoplastic Chemotherapy, answering the following questions: How does the dialogue between the nurse and the patient happen? What do the patients who are submitted to the chemotherapy think about the presence of the dialogue in the nursing care, in the extent of this treatment? In what way can these practice help in the patient's care? Aims: describe the bases of the dialogue between the nurse and the patient who's submitted to the antineoplastic chemotherapy; analyze these customers' conceptions on the nurse's dialogue practice; Discuss the nursing dialogue practice as compulsory when it comes to a patient submitted to this treatment. Twelve adult customers under the chemoterapic treatment in a hospital in Rio de Janeiro have taken part in this qualitative research. To the data production, the creativity techniques and sensibility 'Almanaque' have been matched, with the semi-structured interview. The datas have been analyzed in two different categories: 1) The possibilities of dialogue between the nurse and the client and the difficulties faced by the patient in the beginning of the treatment. The impact lived by the customer when given the diagnosis, which makes him experience feelings of different natures and dimensions, actions and ambivalent reactions, influences the dialogue with the nurse. Beside all these feelings mixed, the patient also has to face the conflict in relation to his/her roles in the society. 2) The characteristics is this dialogue: peculiarities of the technical and human relationship. This category revealed the bases of the dialogue between the nurse and the patient with cancer, focused on the technical relationship and the peculiarities of the human relationship itself. Although individuals have positive experiences in the dialogue with the nurse during the treatment, in spite of all diagnosis of the disease, the patients sometimes feel underestimated, presenting an ambivalent speech. Results of the research pointed that dialogue becomes essential when it comes to reinforcing the patient's normal capacity in managing their daily activities. The dialogue with a nurse helps to relieve destructive feeling which damages the client physically and emotionally, awarding him/her of everything concerning the disease and its treatment, developing trust so that he/she can verbalize their fears, encouraging him/her to express doubts, worries and expectations, establishing a relation of support, solidarity and help. For that the nurse adds to the dialogue some essential characteristics of human relation.

Key words: Nursing, Nursing care, Dialogue and Cancer.

## LISTA DE GRAVURAS

Produção Artística nº 1	64
Produção Artística nº 2	66
Produção Artística nº 3	67
Produção Artística nº 4	68
Produção Artística nº 5	69
Produção Artística nº 6	71
Produção Artística nº 7	72
Produção Artística nº 8	74
Produção Artística nº 9	76
Produção Artística nº 10	81
Produção Artística nº 11	82
Produção Artística nº 12	84
Produção Artística nº 13	84
Produção Artística nº 14	85
Produção Artística nº 15	86
Produção Artística nº 16	88
Produção Artística nº 17	89
Produção Artística nº 18	89
Produção Artística nº 19	90
Produção Artística nº 20	94

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO I – CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b>	14
1.1 A Problemática do Estudo	14
Objeto do Estudo	18
Questões Norteadoras	18
Objetivos	19
1.2 Importância da Pesquisa e Contribuições do Estudo	19
<b>CAPÍTULO II – CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO</b>	25
2.1 Dados Epidemiológicos sobre o Câncer no Brasil	25
2.2 A Terapêutica Quimioterápica Antineoplásica	28
2.3 A Perspectiva Humanizada do Cuidado junto ao Cliente com Câncer: uma questão para a enfermagem	32
<b>CAPÍTULO III - OS CAMINHOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS</b>	41
3.1 As Bases Teórico-Conceituais do Estudo	41
3.2 A Metodologia Utilizada	44
<b>CAPÍTULO IV - AS BASES CONSTITUTIVAS DAS CONCEPÇÕES DE CLIENTES COM CÂNCER SOBRE O DIÁLOGO COM A ENFERMEIRA NO TRANSCORRER DA TERAPÊUTICA QUIMIOTERÁPICA ANTINEOPLÁSICA</b>	62
4.1 As Possibilidades do Diálogo com a Enfermeira frente às Dificuldades Enfrentadas pelo Cliente no Início do Tratamento Quimioterápico	63
4.2 As Marcas do Diálogo: atributos da relação técnica e humana no cuidado	80
<b>CAPÍTULO V - CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	99
<b>REFERÊNCIAS</b>	106
<b>APÊNDICES</b>	
Apêndice A - Carta de Autorização Institucional	110
Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	111



*“Querer é o poder arquipotente é a decisão firmada em  
nossa mente.”*

Autor desconhecido

# CAPÍTULO I

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

### 1.1 A Problemática do Estudo

O meu interesse em realizar um estudo junto aos clientes com diagnóstico de câncer, submetidos à quimioterapia antineoplásica, surgiu ao refletir sobre minha prática profissional no decorrer de quinze anos trabalhando em instituições de oncologia tanto públicas, quanto privadas.

Formada em 1991, fui trabalhar em uma instituição privada de grande porte. Esta foi a minha primeira experiência com clientes com câncer e também o início do meu encantamento com esta área de atuação.

Posteriormente, atuei na qualidade de residente em enfermagem no Instituto Nacional do Câncer (INCA – Unidade I), passando, a seguir, a integrar o quadro permanente de pessoal desta instituição (HC II). O objetivo da especialização foi aprofundar conhecimentos sobre a fisiopatologia de câncer, suas formas de tratamento e aplicar estes conhecimentos no atendimento ao cliente.

Ao longo de minha experiência, atuando junto a clientes com câncer, pude observar que a assistência prestada pelos profissionais de saúde é dirigida substancialmente à administração de medicamentos e ao fornecimento de informações técnicas. Dentre estas, as destinadas à periodicidade do tratamento, aos efeitos colaterais dos medicamentos, ao agendamento dos ciclos<sup>1</sup> e a realização dos exames pré-quimioterápicos. Apesar da preocupação com suprir as necessidades individuais dos clientes, o atendimento a esses clientes, via de regra, segue o modelo biomédico de assistência valorizando, sobremaneira, o corpo com a doença e a terapêutica medicamentosa.

---

<sup>1</sup> Entendo agendamento de ciclo como a marcação da data para realização do tratamento quimioterápico.

No INCA, pude observar a preocupação acentuada de enfermeiras e outros profissionais de saúde em descobrir meios de curar ou aumentar a sobrevida desses clientes, ainda que, por vezes, sem condições de manter a qualidade de vida dos mesmos, mas com o sentimento de ter feito o melhor possível nas condições adversas de saúde apresentadas.

No entanto, o que percebia é que nem sempre tal preocupação era fruto da atenção mesma aos aspectos subjetivos que perpassavam o cuidado em si, mas situava-se no domínio necessário ao manuseio técnico. Pitiá *et al.* (2002, p.93) comentam que

o Profissional também está submetido ao poder institucional em uma instituição complexa e avançada em tecnologia. Os cuidados básicos correm o risco de ocuparem espaços menores na sua organização, bem como, em sua agenda diária de intervenções.

A despeito desta problemática e, apesar de todo o investimento em tecnologias cada vez mais sofisticadas que possam colaborar no tratamento de determinadas doenças as quais considero indispensáveis aos clientes com câncer, elas, por si só, não garantem o sucesso terapêutico na sua totalidade, uma vez que não substituem os aspectos próprios e somente possíveis na relação humana.

Minha experiência no INCA conduziu-me à reflexão acerca de como minimizar esta situação de apego às tecnologias em detrimento da relação humana no cuidado, lembrando sempre que por detrás do corpo físico manipulado no ato de cuidar, existe o ser humano dotado de valores culturais, sociais e históricos que precisam ser considerados em uma relação de cuidado. Ferreira (1999, p.37) salienta que

no momento da realização do cuidado, quando lidamos com o corpo físico do homem estamos lidando com o próprio homem, com a sua história, com as suas crenças, com seus valores e sentimentos. Não estamos lidando com uma máquina autônoma ou com um objeto, ao contrário, lidamos com sujeito que sente e é sentido, percebe e é percebido, experimenta e é experimentado.

Nos últimos quatro anos, atuei no ambulatório de uma clínica oncológica privada e pude observar que tanto as situações enfrentadas pelos clientes quando acometidos por um

diagnóstico de câncer quanto à assistência prestada pelos profissionais de saúde não difere muito das que vivenciei na instituição pública.

Em ambas, experimentei vários momentos conflitantes na minha prática profissional, traduzidos, por um lado, pelo constante acompanhamento da dor e sofrimento, tanto físicos quanto de ordem emocional por que passam as pessoas vítimas de câncer, dentro e fora do ambiente hospitalar e, por outro lado, pela condição de partícipe da realidade concreta que permeia a assistência à saúde hospitalar, especialmente, o cuidado dispensado ao ser humano, ainda muito centrado numa prática de procedimentos técnicos e tecnológicos, apesar dos vários investimentos que hoje as instituições de saúde têm feito no sentido de uma assistência mais humanizada.

Observava a atitude de alguns profissionais de saúde que viam os clientes como máquinas (o corpo físico), que necessitavam de ferramentas (aparato tecnológico) e de substâncias (drogas) capazes de recuperá-las (a cura do corpo físico). Sentia-me perplexa diante do contentamento com que a tecnologia, incluindo a terapêutica quimioterápica antineoplásica, era absorvida por profissionais, inclusive pelas enfermeiras que depositavam nela toda a condição de sucesso do tratamento e cura das pessoas. Isto porque, apesar de sua importância indiscutível, esta terapêutica não substitui o toque, o abraço, o afago, o aperto de mão, a conversa, o olhar, a empatia, imprescindíveis em uma relação de cuidado.

Também não posso negar que a partir de minha implicação, como enfermeira, atuando junto ao cliente com câncer por muitas vezes vejo-me diante desta dicotomia. De um lado, o cuidado técnico e, de outro lado, a afetividade no cuidar. Isto porque tenho a convicção de o quanto precisamos aprender, tanto no que diz respeito aos conhecimentos técnicos, necessários no atendimento altamente especializado, como é o caso do tratamento ao cliente com câncer, quanto os de ordem subjetiva, considerando que somos todos seres humanos - enfermeiras e clientes - gente cuidando de gente.

Outra situação que por vezes observava é que, no atendimento ao cliente com câncer no âmbito ambulatorial, o uso da linguagem técnica pelo profissional acarreta algumas interrogações por parte dos clientes. Geralmente, os comentários feitos entre eles (clientes e familiares) e para nós, enfermeiras, ressaltam a dificuldade de entender claramente a linguagem profissional, pois não estão habituados com o uso cotidiano da comunicação dos profissionais de saúde.

Os clientes referem também, em alguns momentos, não haver um “feed-back”, ou seja, um retorno às suas inquietações ou questionamentos que lhes sejam satisfatórios. O que se observa quando ocorrem estas situações é a falta de diálogo; a comunicação acontece por meio de perguntas e respostas direcionadas. Passa a ser um ato de depositar, no qual os clientes são os depósitos e a enfermeira e outros profissionais de saúde aqueles que depositam. Nessa direção, em lugar de comunicação, diálogo, trocas, há explanação de prováveis situações que possam ocorrer durante o tratamento e os clientes recebem passivamente, ouvem, por vezes, até sem entender e repetem mecanicamente as informações obtidas e as ações solicitadas.

Desta feita, numa linguagem freiriana (FREIRE, 2001) a passividade do cliente reflete sua posição acrítica frente à sua situação existencial concreta de ser portador de câncer que, mediante sua condição de fragilidade frente à doença e de perda de autonomia no ambiente hospitalar, acaba se transformando em objeto da prática do profissional de saúde porque, via de regra, não reflete, não critica, tampouco tem a consciência do que está acontecendo com ele.

É oportuno ressaltar que até o momento em que iniciei a construção deste estudo nunca tinha parado para refletir de forma crítica sobre a minha atuação como enfermeira, nesta dimensão. Na verdade, sempre mantive um sentimento de solidariedade ao pensar e cuidar desses clientes, uma vontade enorme de ajudar a amenizar seus sofrimentos, pois

percebia sua tristeza e depressão. Nestes momentos, tentava valorizá-los, os chamando de 'guerreiros'. No entanto, permanecia em mim a questão: como fazer dessa relação com o cliente algo mais proveitoso, no sentido de confortá-lo e ajudá-lo no enfrentamento das várias situações que se apresentam imbricadas após o diagnóstico da doença e o início do tratamento quimioterápico antineoplásico?

Passei a questionar como, na qualidade de enfermeira, poderia intervir nesse momento crucial, na busca de alguma estratégia que pudesse melhor conduzir o cuidado a esses clientes, respondendo suas dúvidas, seus questionamentos, oferecendo oportunidades para que eles expressassem seus sentimentos e emoções, relatassem suas dificuldades em conviver com o estigma da doença, com o medo da morte, com o receio pelo futuro incerto e das reações da terapêutica quimioterápica antineoplásica?

Hoje, com as leituras e reflexões que tenho feito, penso que uma das saídas possíveis esteja no estabelecimento do diálogo verdadeiro, do modo entendido por Freire (2001). De maneira especial, meu interesse nesta pesquisa é desvelar **a perspectiva dialógica do cuidado de enfermagem na ótica do cliente com câncer submetido à quimioterapia antineoplásica**, sendo este o **objeto** do presente estudo.

#### **Questões Norteadoras:**

- 1) Como ocorre o diálogo entre a enfermeira e o cliente no contexto da quimioterapia antineoplásica, na ótica do cliente?
- 2) O que pensam os clientes submetidos à quimioterapia antineoplásica sobre a presença do diálogo no cuidado de enfermagem, no âmbito desta terapêutica?
- 3) De que modo a prática dialógica pode subsidiar o cuidado de enfermagem a estes clientes?

**Objetivos:**

- 1- Descrever as bases do diálogo entre a enfermeira e o cliente submetido à quimioterapia antineoplásica, na perspectiva do cliente;
- 2 - Analisar as concepções destes clientes sobre a prática dialógica da enfermeira no contexto desta terapêutica;
- 3 - Discutir a prática dialógica da enfermagem como fundamental no cuidado junto ao cliente submetido à quimioterapia antineoplásica.

**1.2 A Importância da Pesquisa e Contribuições do Estudo**

Penso que a prática dialógica do cuidado de enfermagem junto aos clientes com câncer submetidos à quimioterapia antineoplásica, já tão oprimidos e estigmatizados pela doença, e as implicações desta no curso de suas vidas valoriza-os como sujeitos do cuidado, aumentando sua autoconfiança e auto-estima no enfrentamento das inúmeras situações que se apresentam a eles imbricadas.

O diálogo possibilita o estreitamento dos laços de confiança e quando o cliente encontra-se confiante na equipe que lhe presta cuidados pode responder melhor à terapêutica quimioterápica antineoplásica e até mesmo apresentar menos efeitos colaterais em relação às drogas, uma vez que o estado emocional do cliente pode resultar tanto no sucesso da terapêutica, quanto no agravamento de seu quadro clínico.

No pensar de Leshan (1992), quando um estado depressivo ou de estresse ocorre são deflagrados processos para manter o equilíbrio dinâmico. Quando esses processos de ajuste ou mecanismo compensatórios não são adequados o equilíbrio é ameaçado, a função se torna desordenada, surgindo ou agravando processos patológicos. Portanto, é muito importante que sentimentos de auto-estima e confiança sejam suscitados nos clientes a fim de diminuir o estresse e a depressão emergidos pela realidade da doença e da terapêutica.

Observo cada vez mais a importância do cuidado em uma perspectiva dialógica, tendo em vista o seu caráter humanizante durante todo o tratamento do cliente com câncer a nível ambulatorial, não em detrimento aos cuidados técnicos e tecnológicos, mas tão importantes quanto estes. Nesse sentido, este estudo ao partir da concepção de que o cuidado deve envolver uma relação na qual cuidamos ‘com’ o outro, defende que esse outro (o cliente com câncer) não pode ser passivo, mas sujeito ativo desse cuidado considerando suas singularidades, inquietações, expectativas e desejos.

Nesse contexto, é importante respeitar a individualidade do cliente, pois ele traz consigo sentimentos, muitas vezes, ambivalentes, como os de alegria e tristeza, segurança e insegurança, sofrimento e esperança, dentre outros. Ele não pode deixar de ter seus direitos básicos de autonomia e bem-estar preservados, pois é um ser histórico, social e cultural e que, em algumas situações, devido à problemática da doença, pode encontrar-se impossibilitado de se manifestar como sujeito, na sua totalidade.

Para isso, Barcelos (2003), em alusão a Freire, refere a necessidade de que se compreenda que os clientes, sujeitos do cuidado, não são seres estáticos, mas em plena transformação que, junto com seus pensamentos e ações, se modificam e se refazem ao longo de sua trajetória existencial. Uma vez acometidos por uma doença, eles podem não modificar a sua essência humana, mas procuram meios de melhor conviver com as situações de sua história presente.

Na convivência profissional com os seres humanos envolvidos com o processo de cuidar, tanto aqueles do ciclo sócio-familiar desses clientes quanto com os profissionais de saúde, o diálogo, a responsabilidade, o compromisso, a cumplicidade, as experiências compartilhadas, são ingredientes básicos da humanização no cuidado a esses clientes.

Nessa linha de pensamento, é necessário atentar para a complexidade que envolve a pessoa com câncer, partindo da premissa de que não se pode estabelecer o cuidado como uma

entidade isolada do contexto no qual ele se situa e é praticado. Para tanto, há de se considerar o meio e as pessoas nele inseridas, que são os sujeitos do nosso cuidado, e a perspectiva dialógica do cuidado permite melhor desvelar esse contexto e as relações nele envolvidas.

Minha prática profissional tem constatado a importância de atributos como carinho, atenção e confiança mútua no cuidar que são apontados pelos clientes como fundamentais na relação do cuidado. E quando se abre ao diálogo com o cliente a enfermeira se transforma em um veículo de participação no sofrimento do outro, no qual constitui o verdadeiro fundamento do amor ao próximo. É, portanto, fundamental trabalhar com a dimensão subjetiva do cliente no cuidado, ajudando-o a lidar com suas emoções e sentimentos, o tornando assim partícipe de todo o processo de cuidar e isso, a meu ver, é possível se estabelecermos uma relação de cuidado sustentada no diálogo, tendo em vista sua dimensão humanizada. Daí a importância de estudos que chamem à atenção para essa dimensão do cuidado.

No caso do cliente com câncer, sob tratamento quimioterápico antineoplásico, é importante atentar para o fato de que não basta o tratamento medicamentoso da doença, embora imprescindível, mas também aquilo que pode resgatar a sua integridade como pessoa. Assim, saber escutar os clientes, garantir-lhes voz, conhecer para entender as suas expectativas e anseios diante da terapêutica quimioterápica é relevante para colaborar com a sua tomada de consciência acerca de sua situação concreta de viver e conviver com a doença e o tratamento, ajudando-os na tentativa de superação dos desafios que se apresentam nessa empreitada.

Nessa direção, a pesquisa contribui para o cuidado de enfermagem a nível ambulatorial na medida em que discutiu a importância da atenção, do respeito ao próximo, do saber ouvir, da afetividade na relação com o outro no espaço do cuidado, uma vez que se utiliza de atributos indispensáveis do cuidado expressivo, como o diálogo, lembrando que por

detrás do cliente e da enfermeira que o cuida, existem sujeitos situados sócio-culturalmente num contexto histórico-temporal determinado.

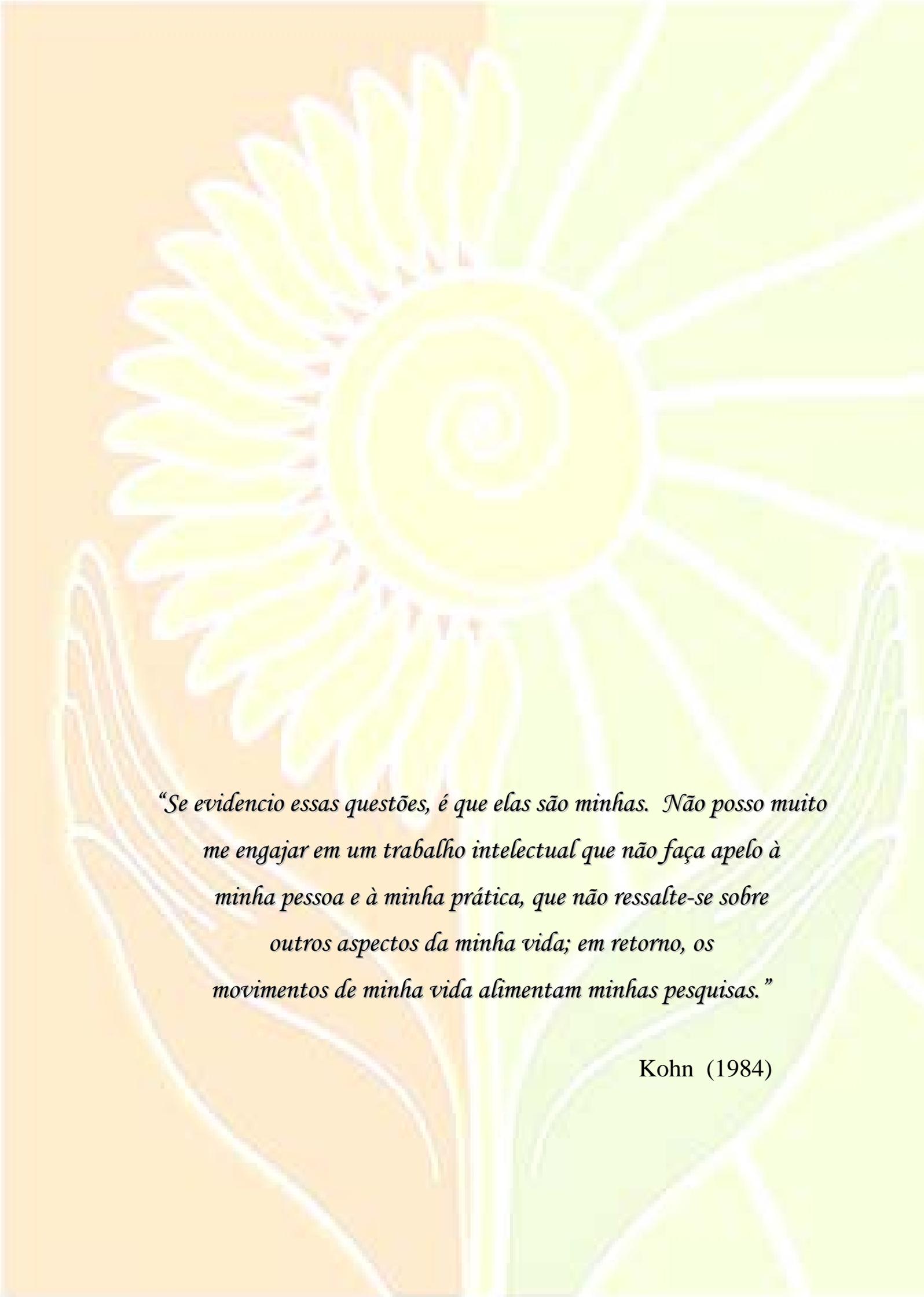
No âmbito da assistência de enfermagem oncológica, a prática dialógica abre espaço para que o cliente possa expressar suas emoções, angústias, dúvidas, questionamentos e expectativas sobre a terapêutica quimioterápica antineoplásica. Nesses termos, a enfermagem assume expressão não somente do ponto de vista técnico e tecnicista, mas como uma profissão que tem como premissa a ajuda e a solidariedade frente aos problemas que se apresentam à pessoa, mantendo sua dignidade e ajudando-a a lidar com as crises e com as experiências do viver e morrer. Assim, tendo partido da vivência própria dos clientes com câncer, suas falas, com certeza, poderão subsidiar a prática dos enfermeiros e de outros profissionais que atuam na área.

Este estudo também chama à atenção para a inserção política e ética do cuidado de enfermagem na formação do enfermeiro, uma vez que contribui com o pensamento crítico-reflexivo do educando em relação aos aspectos humanitários essenciais na construção de um ambiente de cuidado, especialmente no âmbito da assistência aos clientes com doença crônica, como é o caso do câncer.

A atenção a esse aspecto se estende à prática profissional quando pensamos o cuidado de enfermagem a partir de um referencial filosófico-humanista, ou seja, imbuído da valorização da vida, do respeito ao outro como ser total, com vivências e experiências singulares, em observância à liberdade e a autonomia do sujeito (cliente) nas suas decisões e escolhas.

Por inserir-se na linha “Cuidados Fundamentais e Tecnologias de Enfermagem”, este estudo contribui também para a ampliação do conhecimento gerado pelas investigações do Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem (Nuclearte) do

Departamento de Enfermagem Fundamental, da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.



*“Se evidencio essas questões, é que elas são minhas. Não posso muito me engajar em um trabalho intelectual que não faça apelo à minha pessoa e à minha prática, que não ressalte-se sobre outros aspectos da minha vida; em retorno, os movimentos de minha vida alimentam minhas pesquisas.”*

Kohn (1984)

## **CAPÍTULO II**

### **CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO**

#### **2.1 Dados Epidemiológicos sobre o Câncer no Brasil**

O número de casos de câncer tem aumentado de maneira considerável em todo mundo, principalmente a partir do séc. XX, constituindo como um dos mais importantes problemas de saúde pública mundial, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, sendo responsável por mais de seis milhões de óbitos a cada ano no mundo. Embora as maiores taxas de incidência de câncer sejam encontradas em países desenvolvidos, dos dez milhões de casos novos anuais de câncer, cinco milhões e meio são diagnosticados nos países em desenvolvimento (GALLO, 2005).

A população deposita suas melhores expectativas de vida na urbanização e na industrialização; contudo, a despeito de sua importância na vida moderna, esses eventos têm contribuído para o aumento da incidência das doenças crônico-degenerativas, entre elas o câncer, visto que neles estão presentes agentes cancerígenos ambientais, expondo os seres humanos à prolongada exposição a esses agressores.

Atualmente, considera-se a América Latina como a mais urbanizada das regiões menos desenvolvidas do mundo, sendo que esta “urbanização” tem sido acompanhada de pobreza maciça, o que tem contribuído para o agravamento das disparidades sociais. Deve-se levar em consideração, também, a repercussão da rápida mudança na condição nutricional desta região, desencadeada pelo processo de industrialização, o que afetou, sobremaneira, a prevalência de doenças crônicas como o câncer, doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2, doença de Alzheimer e outros agravos relacionados ao envelhecimento e à obesidade (Op. cit.).

O processo global de industrialização, ocorrido principalmente no século passado, conduziu a uma crescente integração de economias e das sociedades dos vários países, desencadeando a redefinição de padrões de vida com uniformização das condições de trabalho, nutrição e consumo. Paralelamente, deu-se uma significativa alteração na demografia mundial, devido à redução nas taxas de mortalidade e natalidade com aumento da expectativa de vida e envelhecimento populacional.

O avanço da ciência e da tecnologia possibilitou a melhoria dos meios de diagnóstico e tratamento que culminaram na cura de diversas doenças, dentre elas, o câncer, aumentando a expectativa média de vida. A utilização destes recursos, aliada ao desenvolvimento socioeconômico, contribuiu para a diminuição da mortalidade por enfermidades controláveis, como o câncer, a tuberculose, a desnutrição, a doença mental, entre outras afecções. Contudo, paradoxalmente, o uso de métodos de diagnóstico e tratamentos altamente sofisticados, ao tempo em que podem prolongar a vida da pessoa, pode aumentar o seu sofrimento, devido à potência dos efeitos adversos da terapêutica (BRASIL, 2003).

A importância do diagnóstico precoce e de tratamento do câncer vem, assim, aumentando, à medida que ocorre o controle progressivo de outras enfermidades. Os processos tecnológicos proporcionaram o aprimoramento dos meios propedêuticos, por conseguinte, a maior acuidade diagnóstica para o câncer.

Segundo Zeferino e Coelho in Brentani, Coelho e Kowalski (2003), no início da década de 90, no estado de São Paulo, foi criada a Rede Estadual de Assistência Oncológica Terciária-Onco-Rede como resultado de um trabalho que vinha sendo realizado desde 1987, na vigência do SUDS. Destinava-se a identificar, credenciar e investir nos hospitais do estado de São Paulo com melhores possibilidades de oferecer uma assistência com qualidade ao paciente portador de neoplasia maligna. Esses hospitais foram designados Centro de Câncer (CECAN).

Em dezembro de 1993, por meio do Sistema Integrado de Procedimentos de Alto Custo (SIPAC), o Ministério da Saúde estabeleceu critérios para credenciar hospitais para prestar assistência em oncologia e criou uma tabela de remuneração diferenciada para as internações clínicas e cirúrgicas. Tais medidas foram importantes, pois restringiram a prestação de assistência oncológica por hospitais que não apresentassem condições mínimas necessárias para tal fim (BRASIL, 2005).

Atualmente, os serviços de tratamento oncológico no Brasil vinculados ao SUS são cadastrados pelo Ministério da Saúde como Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). Trata-se de unidades hospitalares públicas ou filantrópicas que devem dispor de recursos humanos e tecnológicos necessários à assistência integral do paciente com câncer, responsáveis pela confirmação diagnóstica dos pacientes, estadiamento, assistência ambulatorial e hospitalar, atendimento das emergências oncológicas e cuidados paliativos (ZEFERINO; COELHO in BRENTANI; COELHO; KOWALSKI, 2003).

Os CACON são classificados em três níveis em função de sua qualificação, disponibilidade de recursos e especificidade no atendimento oncológico. O nível I corresponde a um hospital que atende aos tipos mais frequentes de câncer. O nível II, a hospitais que atendem prioritariamente aos casos de câncer. O nível III trata-se de instituição dedicada exclusivamente ao controle de qualquer tipo de câncer e que dispõe de todas as modalidades assistenciais.

No Brasil, atualmente há cerca de 150 hospitais cadastrados como CACON e apenas o Instituto Nacional de Câncer – INCA, no Rio de Janeiro e o Hospital do Câncer, em São Paulo, são considerados como nível III. Existem, ainda, os serviços isolados de quimioterapia e de radioterapia, disponíveis em clínicas, mas que devem estar associados a uma estrutura médico-hospitalar. Há cerca de oitenta serviços isolados de quimioterapia e quase cinquenta de radioterapia (Op.Cit.).

Todavia, os CACON têm uma distribuição geográfica inadequada, uma vez que se concentram em áreas economicamente mais desenvolvidas; são raros no interior do Brasil e a cobertura assistencial varia entre as regiões do país. A existência de um número elevado de serviços isolados de quimioterapia e de radioterapia demonstra que a integralidade assistencial desejada está prejudicada em uma área relativamente grande do Brasil. Assim, a interiorização dos serviços de oncologia é necessária, o que vem progressivamente acontecendo.

Essa reorganização da assistência oncológica significou um avanço institucional que, à medida que se consolida, está elevando a qualidade da prestação destes serviços. No entanto, essa organização é absolutamente insuficiente para possibilitar, por si só, o diagnóstico mais precoce das neoplasias malignas, condição que depende muito mais da qualidade dos serviços de níveis primário e secundário do sistema de saúde, em que a suspeita ou o diagnóstico de câncer é estabelecido.

Segundo estimativas do Instituto Nacional de Câncer (BRASIL, 2005), foram registrados 472.050 casos novos de câncer em geral. Em suma, isto significa que apesar de o tratamento do câncer ocorrer no nível terciário, é necessária a organização plena do sistema de saúde para que se possa modificar este quadro mórbido que representam as neoplasias malignas no Brasil.

## **2.2 A Terapêutica Quimioterápica Antineoplásica**

A quimioterapia é definida como o emprego de substâncias químicas isoladas ou em combinação com o objetivo de tratar as neoplasias malignas. Pode ser classificada como adjuvante, neoadjuvante, citorrredutora e curativa. Essas denominações são relacionadas ao tempo em que o tratamento será realizado e o seu objetivo (BONASSA, 2005; BRASIL, 2003).

Na quimioterapia, os agentes antineoplásicos são utilizados na tentativa de matar as células tumorais, pois interferem com as funções celulares e a reprodução. Utilizada principalmente para tratar a doença sistêmica, em vez de lesões que sejam localizadas e passíveis de cirurgia ou radiação. Pode ser combinada à cirurgia e/ou radioterapia para diminuir o tamanho do tumor no pré-operatório, destruir quaisquer células tumorais remanescentes no período pós-operatório. Os objetivos da quimioterapia são de cura, controle e paliativa; devem ser os mais precisos possíveis, porque irão determinar os medicamentos a serem empregados e a agressividade do plano de tratamento.

Quando o tumor é exposto a um agente quimioterápico, cerca de 20% a 99%, dependendo da dosagem, são destruídos. As doses repetidas de quimioterapia são necessárias durante um período prolongado para tentar a regressão do tumor. A erradicação de 100% do tumor é muito difícil, de modo que o objetivo do tratamento é matar quantidade suficiente do tumor e que as células tumorais restantes possam ser destruídas pelo sistema imunológico do corpo (BONASSA, 2005).

Os agentes quimioterápicos podem ser administrados no hospital, em clínicas ou em domicílio, pelas vias oral, intravenosa, intramuscular, subcutânea, arterial, intracavitária e intratecal. Em geral, a via de administração depende do tipo de agente e da dose necessária, além da localização e extensão do tumor a ser tratado. As orientações para a administração da quimioterapia fornecidas pela Oncology Nursing Society são essenciais para maximizar a segurança quando a quimioterapia é administrada na casa do cliente.

Com a possibilidade de cura para o câncer, os clientes ficaram sujeitos a doses maciças de drogas citotóxicas que provocam uma variedade de efeitos colaterais, desde os mais leves até aqueles que trazem risco de vida, requerendo, portanto, uma avaliação risco/benefício. A dosagem dos agentes antineoplásicos baseia-se, principalmente, na área total de superfície corporal do cliente, na resposta prévia à quimioterapia ou radioterapia, nas funções

dos principais órgãos e nas condições físicas. A toxicidade da quimioterapia pode ser aguda ou crônica. As células de crescimento rápido são muito suscetíveis à lesão e vários sistemas orgânicos podem ser afetados (BRASIL, 2003).

Apesar de os inúmeros estudos que a indústria farmacêutica vem desenvolvendo com grandes centros de pesquisa com a intenção de aumentar a eficácia e diminuir os efeitos colaterais das medicações, sabe-se que, até hoje, a ação desses medicamentos é sistêmica e não age somente nas células anormais, mas, também, nas normais, causando transtornos para o cliente. Deste modo, os efeitos colaterais acabam sendo inevitáveis com claros prejuízos para a qualidade de vida dos clientes e a enfermeira tem papel importante no cuidado, tanto em relação aos problemas físicos quanto os de ordem emocional, experimentados pelo cliente que recebe quimioterapia.

Como principais efeitos colaterais da quimioterapia, encontramos a toxicidade hematológica, a gastrointestinal, a cardiotoxicidade, a toxicidade pulmonar, a dermatológica, a vesical e a renal, além da disfunção reprodutiva, das alterações metabólicas, das reações alérgicas e a anafilaxia. Há consenso por parte dos clientes de que as náuseas e os vômitos provocados pelas drogas quimioterápicas tendem a ser uma das maiores preocupações dos clientes. Podem persistir por 24 horas depois da administração da substância. Quando ocorrem após 48 a 72 horas da quimioterapia são problemáticos para alguns clientes (BONASSA, 2005).

A fadiga é um outro efeito colateral desagradável para a maioria dos clientes, afetando bastante a qualidade de vida. Ela pode ser incapacitante e durar meses depois do tratamento (MENEZES; CAMARGO, 2006). Também há casos que alteram a imagem corporal desses clientes, afetando de forma considerada sua auto-estima, como a cirurgia desfigurante, a alopecia, a caquexia, as alterações cutâneas e a disfunção sexual. Isso causa impacto

emocional porque são identificados mais facilmente como portadores de câncer (BARBOSA; XIMENES; PINHEIRO, 2004; JESUS; LOPES, 2003).

A ocorrência e a intensidade dos efeitos colaterais dependem, fundamentalmente, dos tipos de medicamentos que irão utilizar e das condições de resposta do organismo do cliente. Isto significa que alguns desses efeitos desagradáveis podem ocorrer diferentemente entre as pessoas sob tratamento. Os clientes referem-se a esses efeitos como a principal causa da perda ou diminuição da qualidade de vida e da motivação para prosseguir o tratamento. Apesar de serem inerentes ao tratamento quimioterápico antineoplásico, são passíveis de serem controlados mediante determinados cuidados.

A perspectiva de vida para os clientes com câncer melhorou muito por conta dos progressos científicos e tecnológicos. Suas principais metas podem incluir a manutenção da integridade tecidual e da nutrição, o alívio da dor e da fadiga, a ausência de complicações, a manutenção ou minimização dos prejuízos a imagem corporal do cliente e, sobretudo, motivá-lo a desenvolver e manter sua qualidade de vida.

As enfermeiras que cuidam de clientes com câncer em tratamento quimioterápico ambulatorial devem estar aptas para identificar as ações e reações do cliente ao tratamento e ao cuidado de enfermagem, podendo, assim, diagnosticar e elaborar planos de intervenção que atendam as necessidades deste cliente, cujo objetivo é promover um ambiente que lhe transmita conforto, segurança e bem-estar, oferecendo-lhe apoio emocional diante do impacto psicológico, por ele vivenciado nesse momento.

Frente às considerações ora evidenciadas, é oportuno reforçar a importância de que a enfermeira tenha segurança e o conhecimento técnico-científico imprescindíveis no cuidado ao cliente com câncer para agir diante das situações que se apresentam e nas quais precisa estar apta a atuar. Contudo, há de se valorizar e tomar consciência de que por detrás de uma doença crônica, dos sinais e sintomas clínicos dela decorrentes e dos efeitos adversos das

drogas utilizadas no seu combate, existe um ser humano dotado de emoções, valores, crenças, modos de ser e de viver singulares que, muitas vezes, determinam ou influenciam as ações e reações frente à doença e seu tratamento. Esse aspecto merece consideração e respeito por parte da enfermeira, tendo em vista a dimensão humanizada do cuidado, conforme destaco a seguir.

### **2.3 A Perspectiva Humanizada do Cuidado junto ao Cliente com Câncer: uma questão para a enfermagem**

A assistência oncológica tem sofrido com todas as deficiências que existem no setor saúde. Todavia, várias propostas de reorganização, tanto em âmbito federal como em alguns estados, têm surgido concomitantemente às transformações dos serviços de saúde.

O aumento do número de sobreviventes imprimiu um novo olhar no cuidado às pessoas com câncer e suas famílias, baseado em uma abordagem multiprofissional que inclui serviços de apoio psicossocial, desde a fase diagnóstica até o período pós-tratamento, com o objetivo de assegurar uma melhor qualidade de vida com o mínimo de seqüelas físicas e emocionais.

Surge nesse ínterim, a Psico-Oncologia, uma área específica de atuação e pesquisa advinda da prática psicológica junto aos clientes com câncer cuja finalidade é a identificação dos aspectos psicossociais na prevenção, na etiologia, no desenvolvimento e na reabilitação da doença, além de incentivar a sistematização de um corpo de conhecimento que possa fornecer subsídios à assistência ao cliente e sua família (LOURENÇO; COSTA in BRENTANI; COELHO; KOWALSKI, 2003).

Como vimos, o avanço da ciência e da tecnologia no mundo moderno ao tempo em que trouxe uma série de eventos importantes para a sociedade, também culminou com o surgimento de algumas doenças, e teve que se haver com recursos capazes de minimizar seus

efeitos deletérios sobre a população. Com as transformações no plano social, político, econômico e ideológico engendradas pelo desenvolvimento científico e tecnológico, as representações do câncer foram se modificando. As causas psíquicas, genéticas e imunológicas ganharam espaço nos debates científicos e acadêmicos. No entanto, embora a política de saúde nacional em cancerologia continue mais voltada à “orientação da população quanto aos fatores de risco, objetivando a prevenção e controle da doença” (MOREIRA, 1996, p.12), há preocupação com o cuidado saindo da visão estritamente técnica e tecnológica para um cuidado que envolva atributos próprios da relação humana, considerando a história de vida e a interação do cliente / família com os profissionais de saúde. Esta visão humanizada exige uma intervenção holística junto ao cliente requerendo, assim, que várias áreas atuem conjuntamente, em prol do mesmo sujeito – o cliente.

Conforme salienta Moreira (2002, p. 36), em alusão a Carvalho, “a assistência de enfermagem é uma relação de ajuda a qual as partes envolvidas manifestam-se como pessoas totais”. Prosseguindo, a autora comenta que no diálogo que se dá no cotidiano da prática de cuidar da enfermagem, para a enfermeira colocar-se por completo, na relação com os clientes, familiares e demais profissionais requer um exercício para ‘tornar-se pessoa’:

Tal exercício favorece a atitude de confiança e a convicção quanto à empatia e a congruência nas ações de cuidar. Contudo, para adotar essa atitude, é necessário que a pessoa que vai oferecer ajuda seja capaz de se identificar com o ajudado, de captar sua confiança e de se autoconhecer, para o alcance de relações construtivas com os clientes. (MOREIRA, 2002, p. 36)

Também compartilho do pensamento de Oliveira (2002, p.59) quando diz que além do cliente,

a família também demanda de cuidados de enfermagem, uma vez que é parte integrante do cuidado. Isto ocorre a partir do momento em que colabora na assistência, quando recebe orientações por parte da equipe e passa a atuar como coadjuvante na recuperação do cliente.

Dentre as finalidades do trabalho de apoio aos familiares dos clientes em tratamento quimioterápico antineoplásico, destaca-se a oportunidade de se obter informações sobre o

cliente bem como o esclarecimento de possíveis dúvidas que o familiar possua em relação ao câncer, as condições clínicas do cliente, prováveis efeitos colaterais, cuidados no domicílio e a discussão sobre situações que necessitem de intervenção imediata.

Assim, Moreira (1996, p. 73) refere que a família não pode ser excluída desse contexto, sendo fundamental que a mesma participe ativamente no processo do adoecimento.

O familiar por sua vez,

pode passar pelos mesmos estágios que o doente como negação, raiva, barganha, depressão e aceitação, quando sabe que o diagnóstico é uma doença grave. Surgem sentimentos como o medo de ver o sofrimento do outro, assim como impotência em não poder aliviar o sofrimento da pessoa amada.

Nesse entendimento, o cuidado emerge de um processo de interação entre o cliente, a família e o profissional que necessita “colocar-se no lugar do outro” para identificar suas reais necessidades. No âmbito desta abordagem faz-se necessária à compreensão da inter-relação de diversos fatores – físicos, comportamentais, emocionais, sociais e psicológicos.

Nessa perspectiva, o cuidado de enfermagem transcende a intervenção meramente técnica e tecnológica e assume uma dimensão interativa, de participação e de diálogo com os clientes e sua família, tendo em vista o contexto em que ambos vivem e convivem com a doença. Oliveira (2002, p.58) ressalta que

nas atitudes de cuidado é que encontramos a essência da expressão humana, pois somente o ser humano é capaz de sentir com emoção, imprimir emoção nos atos e expressar emoção nas atitudes, entendendo-as como tomada de posição que resulta da inter-relação que se estabelece entre o conhecimento e o afeto. É aí que está a verdadeira dimensão humana do cuidado.

Desta feita, com a ampliação da assistência para além dos limites técnicos, os estudos da área têm focado estratégias de atuação da enfermeira por meio das quais a técnica e a tecnologia revelam-se como instrumentos imprescindíveis para o cuidar, sem, entretanto, constituir-se no seu único foco.

Moreira (1996, p.73) salienta que durante a sua prática com os clientes portadores de câncer, observava que

[...] existe realmente uma luta para que possam manter-se vivos. Muitas vezes quando a doença já está avançada e não há mais resistência orgânica para reagir aos efeitos colaterais do tratamento eles se mantêm com um fio de esperança. Nesse momento, é importante que a enfermeira, e demais membros da equipe de saúde usem de compreensão, sensibilidade e habilidade na assistência ao cliente, a fim de proporcionar-lhe confiança e segurança.

Pesquisadores discutem a melhoria na qualidade de vida para os clientes submetidos ao tratamento quimioterápico antineoplásico tendo em vista que, apesar de todo o desenvolvimento tecnológico, os tratamentos propostos para esta doença são mutilantes e podem afetar sua condição física, emocional, espiritual, social e sexual (BARBOSA; XIMENES; PINHEIRO, 2004; JESUS; LOPES, 2003; MENEZES; CAMARGO, 2006).

Iniciar o tratamento quimioterápico pode trazer maior vulnerabilidade aos clientes, geralmente àqueles que já apresentam certa dificuldade de aceitar o diagnóstico. Por sua vez, outros já consideram como um tratamento que pode lhes oferecer mais uma chance de cura; sendo assim, o mesmo tratamento pode gerar diferentes expectativas.

O câncer, muitas vezes, é associado a experiências malditas, de infortúnios físicos, mentais e sociais sendo para alguns visto como uma doença cruel intratável, algo que invade e ataca o corpo. Desse modo, ora o tratamento é visto como em uma guerra, ora como punição e castigo.

Segundo Alcântara (2002), na dinâmica assistencial de um ambulatório especializado em câncer, não basta que se aborde a simples detecção precoce e tratamento da doença, mas que se trabalhe pela melhoria da qualidade de vida e com prestação de serviços seguros para quem cuida e para quem é cuidado. O cliente precisa encontrar a possibilidade de dissipar medos e significados imprecisos existentes nesta fase do processo terapêutico, pois existe a expectativa de todo o tratamento. Deve-se, então, estabelecer uma aliança entre a enfermeira e o cliente que promova uma parceria durante todo o seguimento oncológico a ser cumprido, com permanente busca pela qualidade de vida.

Por ser a enfermeira quem vivencia junto ao cliente o seu sofrimento, esta aliança somente se faz possível se a profissional permitir que se estabeleça um laço humano que transcenderá o lado meramente técnico, de modo que o cliente consiga sentir-se confiante, respeitado, ouvido, ou seja, cuidado. Porém, a enfermeira também necessita de um momento para que possa extravasar suas angústias e medos, sendo assim, juntos poderão encontrar uma maneira para que ocorra interação entre eles.

Na minha experiência profissional, junto a esses clientes, tenho observado que eles elaboram estratégias próprias para dar um novo sentido às suas vidas. A enfermeira pode ser um elemento facilitador para que os clientes, temerosos com a doença, o tratamento e as implicações na sua vida possam expressar seus anseios e expectativas, sem imposição de limites ou obstáculos ao diálogo.

Penso que, para que a enfermeira consiga de fato ajudar o cliente com câncer em tratamento quimioterápico antineoplásico, esta deve tentar percebê-lo em toda sua totalidade. Esta situação pode ocorrer se o ouvirmos com sensibilidade, se estivermos atentas às palavras não ditas, expressas corporalmente e através do diálogo. Nesse encontro, as pessoas envolvidas devem se permitir perceber e serem percebidas, favorecendo mudanças de atitudes.

É importante que no espaço da quimioterapia antineoplásica haja a oportunidade da troca de informações pelo diálogo, possibilitando ao profissional a avaliação das necessidades do cliente com conseqüente planejamento e implementação do cuidado requerido por este. É mister ouvir a voz do cliente, seja ela qual for. A habilidade de ouvi-lo, participando-o das informações que deseja obter, colocando-se disponível na relação do cuidado, permite ao cliente e sua família a possibilidade de planejar e adaptar suas rotinas cotidianas, resultando em melhor adesão aos tratamentos propostos.

Geralmente, o estresse surge quando o indivíduo julga-se incapaz de ter recursos suficientes para lidar com a situação apresentada, fato comumente observado na clientela em tratamento oncológico. Almeida e Mamede (1997) ressaltam que vivenciando uma doença estigmatizante e percebendo-se vulnerável, o cliente aprende formas diferentes de caminhar, submetendo-se ao tratamento oncológico e simultaneamente buscando uma nova perspectiva para sua vida.

Com a incerteza diante da cura, deixa transparecer o medo e elabora estratégias na busca de um novo sentido de viver com uma doença estigmatizante. Diante do sofrimento e da luta pela vida, buscam no profissional atenção e apoio durante a quimioterapia antineoplásica. Faz-se necessário, portanto, segundo Camargo in Alcântara (2002, p.40), “um novo conceito de assistência que se coadune com o holismo, superando a fragmentação e o reducionismo da assistência tecnicista e possa trazer uma compreensão mais ampla do homem e da natureza que o determina como ser humano”.

Desta feita, a enfermagem vem se transformando através de uma visão diferenciada sobre o cuidado, considerando a vida como valor ético fundamental e o respeito à dignidade humana como alicerce da interação enfermeira-cliente. Nessa perspectiva, Waldow (2001, p. 36) destaca que “o cuidado tem sua origem no interesse, na responsabilidade, na preocupação e no afeto. Resgatar o cuidado humano parece inerente à nossa condição como enfermeiras”.

Quando falamos da enfermeira oncológica é necessário ressaltar que ela detém um conhecimento técnico-científico complexo, específico e essencial à prática, ligado a uma imprevisibilidade ditada pelos efeitos colaterais comuns à terapêutica. Esse conhecimento demanda tempo e dedicação para ser adquirido e se revela nas ações da enfermeira articuladas a uma visão humanista dentro do cotidiano assistencial; uma conjunção entre técnica e o modo de ser de quem realiza e para quem o cuidado é realizado. Nessa visão, o cuidado pode

ser definido como “zelo, atenção, uma forma de expressão, enfim exercício pleno do que há de mais humano no ser” (WALDOW, 2001, p.17).

A enfermeira pode se lançar em direção ao outro, mostrando uma disposição de estar junto, relacionando-se com ele. A proximidade, intimidade, trocas, intuição, confiança e segurança abrem espaço para uma relação enfermeira-cliente efetiva e dialógica, ambos no mesmo plano e importância. Esta proximidade desvela uma intimidade facilitadora para o cuidado e, colocando-se à vontade, o cliente abre-se para o encontro buscando pela enfermeira no diálogo. Despede-se de pudores pessoais, fica à vontade, quer conversar e sugerir situações quanto ao seu tratamento, liberta-se da submissão, comportando-se de maneira mais receptiva.

As enfermeiras, colocando-se disponíveis para ouvir e buscando compreender as necessidades dos clientes, atuam de modo dinâmico e criterioso, atentas à escuta sensível, acreditando que o grande desafio deste cuidado é superar o modo meramente técnico de tratar este cliente. É “encontrar um equilíbrio em suas vidas e em sua prática profissional, onde a razão e emoção mantenham-se em harmonia” (MOREIRA, 1996, p.64).

Em síntese, para prestar uma assistência cuidadosa a uma pessoa com câncer, especialmente neste estudo, sobre as situações que envolvem a terapêutica quimioterápica antineoplásica, temos que procurar desvelar seus sentimentos, conhecer as situações vivenciadas por ela para viabilizar maneiras concretas de cuidar. É preciso tomar consciência de que, via de regra, os danos causados pela doença são universais, não se limitam a um determinado tempo e espaço, mas assumem características existenciais bem claras e distintas em diferentes contextos – familiares, sociais, culturais, econômicos e sociais.

Portanto, o cuidado junto ao cliente com câncer submetido à quimioterapia antineoplásica apresenta uma conotação diferente ao não se limitar apenas ao aspecto técnico e a realização de uma tarefa ou procedimento. O cuidado realizado com envolvimento inclui o componente moral (de dever sem obrigação) e emocional; inclui, ainda, o aspecto cognitivo,

da percepção, do conhecimento e da intuição. Este modo de entender o cuidado transforma ambientes, harmoniza relações, sensibiliza o humano de cada um e energiza nosso potencial para ajudar os outros a encontrarem os seus potenciais e lidarem com as adversidades.

Zanchetta (1993, p.2) ressalta que “assistir pessoas com câncer implica em acreditar na importância do cuidar em primeira instância, e não buscar apenas o curar a enfermidade”. Colaborando com essa análise, Figueiredo e Machado (1997, p.15) comentam que esse cuidar deve ser “individual, voltado a pessoas em situações ultra-especiais, pois o tempo deles é o tempo Agora, nem o de Ontem e quem sabe o de Amanhã, exigindo da enfermagem uma ação no Presente, no tempo do cliente”.

Como venho defendendo neste estudo, embora existam aspectos semelhantes no viver com câncer, cada pessoa tem características únicas para lidar com a doença, um modo diferente para enfrentá-la, devido às suas crenças, valores e forma de ver o mundo. Em geral, as situações que mais incomodam esses clientes são o medo, a tristeza, a possibilidade de perda do controle de sua própria vida, a incerteza da cura, a terapêutica, o medo da recidiva. As suas emoções variam muito, frente a esses aspectos. Por isso, é necessário estabelecermos uma relação com o cliente que o possibilite expressar suas emoções e sentimentos. No meu modo de ver, isso é possível através de uma prática dialógica no cuidado. É preciso, pois, ouvir o cliente sobre o que pensa acerca do diálogo no cuidado e como, efetivamente, ele acontece, especialmente no contexto da terapêutica quimioterápica, foco de interesse no presente estudo.



*“Muitas flores são colhidas cedo demais.  
Algumas, mesmo ainda em botão.  
Há sementes que nunca brotam e há aquelas flores que  
vivem a vida inteira até que, pétala por pétala,  
tranqüilas, vividas, se entregam ao vento.”*

Autor Desconhecido

## CAPÍTULO III

### OS CAMINHOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

#### **3.1 As Bases Teórico-Conceituais do Estudo**

A análise freiriana colabora com a discussão do cuidado a esses clientes sobre sua condição, por vezes, de paciente (passivo) e as possibilidades de transformação em sujeito (ativo) do cuidado – questionador, crítico, por meio da mudança de atitude da enfermeira e do cliente, transformando a antialogicidade em dialogicidade no processo de cuidar.

É oportuno ressaltar que o lugar de onde fala Freire é o da Educação, como disciplina. No entanto, suas reflexões sobre o exercício do diálogo, extrapola os limites dessa área do conhecimento. Freire (2003) chama atenção para o fato de que o homem toma consciência e se revela como sujeito através do diálogo, que o possibilita refletir sobre o seu contexto de vida, social e histórico e agir sobre ele, de modo a transformá-lo. Deste modo, tem colaborado, sobremaneira com as reflexões acerca da saúde e do cuidado, ao pensarmos na perspectiva de que a saúde se constrói "com" o outro e não "para" o outro. Neste caso, a relação se dá de forma horizontal, justamente por ser dialógica.

Aproximando essa análise daquilo que interessa ao campo do cuidado humano de enfermagem, tem-se que o diálogo facilita a interação pessoa a pessoa, logo, ambos estão envolvidos na relação, a enfermeira e o cliente com câncer.

Para Freire (1994), o homem é vocacionado para ser sujeito e na condição plena de sujeito ele se posiciona de forma crítica comprometido com sua realidade e não como um mero espectador das ações de outrem. Nesse entendimento, se a enfermeira dialoga com o cliente, procura garantir-lhe voz, colaborando para a reflexão sobre sua condição de doente, isso pode fazer com que ele passe a questionar, a criticar, a indagar sobre o tratamento e seus

diferentes efeitos no seu corpo e na sua vida, expressar suas angústias e falar sobre suas expectativas. E é esse o interesse central desta pesquisa.

Na concepção de Freire (2003), o homem só se torna sujeito quando age criticamente, quando reflete sobre sua realidade, sua situação concreta, estando consciente e comprometido com a mesma, podendo intervir na realidade para mudá-la, escolhendo e decidindo, se libertando em lugar de submeter-se. Concordo com o autor (2005, p. 37) quando relata que

os oprimidos, se introjetam a “sombra” dos opressores e seguem suas pautas, temem a liberdade, na medida em que esta, implicando a expulsão desta sombra, exigiria deles que “preenchessem” o “vazio” deixado pela expulsão com outro “conteúdo” - o de sua autonomia.

Como refere Freire (1980), ninguém luta contra as forças que não compreende, cuja importância não mede, cujas formas e contornos não discerne. No caso que ora discuto, se as suporta com resignação, se busca conciliá-las mais com práticas de submissão que de luta. A realidade não pode ser modificada, senão quando o homem descobre que é modificável e que ele pode fazê-la.

No entanto, diante da equipe de saúde, detentora do saber científico, o cliente, por vezes, não consegue romper com o silêncio, que o emudece, colocando-se passivamente como objeto do cuidado, sem voz, sem questionamento. Assim, muitas vezes, não expressa seus sentimentos, não expõe suas expectativas acerca do diagnóstico, do tratamento, das reações do e no seu corpo, não dialoga sobre suas angústias na justa medida de suas necessidades.

Nesta perspectiva, impera a posição de opressor frente ao oprimido, do dominante ao dominado, do sujeito ao objeto. O cuidado fica dogmatizado, prestado “de alguém” para “alguém” e não “com” alguém. De acordo com Freire (1980, p. 85),

a ação política ao lado dos oprimidos deve ser uma ação pedagógica no verdadeiro sentido da palavra e, portanto, uma ação com os oprimidos. Os que trabalham para a libertação não devem aproveitar-se da dependência emocional dos oprimidos, que é fruto de sua situação concreta de dominação e que dá origem à sua visão inautêntica do mundo. Utilizar sua dependência para aumentá-la é a tática do opressor.

Trazendo a análise de Freire para o âmbito do cuidado ambulatorial junto ao cliente com câncer, tem-se que o cliente algumas vezes se submete ao tratamento, à doença, à enfermagem, às manipulações dos profissionais de saúde mesmo que à sua revelia, cumprindo as recomendações que lhes são determinadas, acreditando que assim estará garantindo o direito de ser cuidado ou de restabelecer sua saúde.

Seguindo outra direção, penso que devemos dialogar o máximo com os clientes. O diálogo não pode se reduzir ao depósito de idéias no outro. O amor é o próprio diálogo; este deve servir para unir pessoas e não pode existir em uma situação de dominação. De acordo com Freire (2005), a dominação revela um amor patológico: sadismo no dominador, masoquismo no dominado. Porque o amor é um ato de valor, não de medo, ele é compromisso para com os homens. Também não pode existir sem humildade, não pode ter arrogância. O diálogo, como encontro dos homens que têm por tarefa comum aprender e atuar, rompe-se as partes, ou uma delas, carece de humildade.

Penso que quando não existe a relação de opressão, o cliente torna-se sujeito e se abre ao diálogo, e tudo o que envolve esse diálogo: a consciência, a reflexão, a crítica, para vivenciá-lo propriamente dito. Freire (2005, p.43) defende que “[...] para ser autêntico, só pode ser dialógico. E ser dialógico para o humanismo verdadeiro, não é dizer-se descomprometidamente dialógico; é vivenciar o diálogo [...]”.

Também me apoio em autores que vêm discutindo o cuidado de enfermagem em uma perspectiva humanizada, como Alvim e Ferreira (2003), Barcelos e Alvim (2003), Barleta (2003), Coelho (2004), Ferreira (1999), Moreira (2002), Waldow (1999; 2004), entre tantos outros, ao defenderem o princípio da relação do cuidado entre a enfermeira e o cliente pautado na interação pessoal, no diálogo, na afetividade, na ajuda ao próximo, especialmente, em momentos de extrema fragilidade.

Conforme destaca Waldow (1999), o cuidado se objetiva na inter-relação que se estabelece com o outro que participa conosco deste cuidado, o que implica no estabelecimento de uma relação entre cuidadora e o cliente dos que visam: aliviar o sofrimento humano, manter a dignidade e facilitar meios para manejar com as crises e com as experiências do viver e morrer. Isto faz com que, na perspectiva do cuidado humano, o processo de cuidar seja permeado por elementos que são da ordem subjetiva, como o diálogo.

### **3.2 A Metodologia Utilizada**

#### **⇒ Tipo do Estudo**

Para investigar o objeto do estudo, optei pela pesquisa qualitativa que segundo Minayo *et al.* (1994, p.21):

Responde a questões muito particulares. Preocupa-se com o nível de realidade que trabalha o Universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo nas relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reproduzidos a operacionalização de variáveis.

Nessa perspectiva, o qualitativo dá lugar à intuição, exploração e ao subjetivismo, uma abordagem não captável em equações, médias e estatísticas. E a compreensão da realidade humana vivida socialmente preocupa-se com compreender e explicar a dinâmica das relações sociais que, por sua vez, são depositárias de crenças, valores, atitudes e hábitos.

Complementando, Lopes *et al.* (1988, p.48) ressaltam que esse tipo de pesquisa “é desenvolvido numa situação natural, é rico em dados descritivos, tem plano aberto e flexível e focaliza de forma completa e contextualizada”.

#### **⇒ Sujeitos Participantes e Lócus do Estudo**

Os sujeitos são clientes adultos com câncer, de ambos os sexos, sob tratamento quimioterápico antineoplásico ambulatorial nas Clínicas Oncológicas Integradas (COI), na

cidade do Rio de Janeiro. Sua inclusão na pesquisa se deu independente do tipo do tumor ou estágio da doença. Clinicamente compensados, orientados no tempo e no espaço. Origem socioeconômica, de escolaridade e faixa etária variáveis.

Não determinei a *priori* o quantitativo de sujeitos que participariam da pesquisa. De acordo com os princípios que norteiam a pesquisa qualitativa, esse número foi determinado segundo a análise do alcance dos objetivos traçados no estudo. Assim, participaram 12 sujeitos. Eles foram identificados utilizando pseudônimo codificado pela letra “S”, de sujeito, seguida do número de ordenação das entrevistas: Maneco (S1), Rosa (S2), Deise (S3), Margô (S4), Zizi (S5), Durval (S6), Duda (S7), Marcos (S8), Suzana (S9), Márcia (S10), Marília Vitoriosa (S11), Cris (S12).

A COI é uma instituição privada que tem como objetivo tratar pessoas com câncer em nível ambulatorial. Foi fundada em 1992, pelo Dr. Nelson Teich, após sua formação na Residência Médica em Oncologia Clínica no INCA. Há duas unidades desta instituição: uma localizada na Barra da Tijuca e a outra, situada na Torre do Rio Sul, Botafogo, tendo sido esta última eleita como cenário do presente estudo.

O ambulatório oferece atendimento médico e de enfermagem, não havendo acompanhamento psicológico especializado. O quadro de profissionais da COI se constitui de oito médicos e cinco enfermeiras, além do pessoal de apoio, como recepcionistas e funcionários da administração, uma auxiliar de serviços gerais e duas copeiras. A frequência do cliente sob tratamento no ambulatório depende da fase da doença em que se encontram.

Nessa clínica exerci, por algum tempo, minha prática profissional, tendo sido esta a razão pela qual optei por este cenário, embora com a consciência de que este fato não implicaria, necessariamente, em maiores facilidades na produção de dados da pesquisa. O fato é que minha experiência nessa clínica associada a outras anteriores, possibilitou a reflexão

acerca do cuidado que é prestado ao cliente no ambulatório, tendo em vista a posição que cada um ocupa neste cuidado.

Segundo Kohn (1984, p.5), “o objetivo não é tudo ver”, de se desfazer de suas implicações. Também não é de pontuar ‘o essencial’, nem em si mesmo, nem na situação estudada, como se tivesse uma “essência” fundadora um núcleo duro e único que poderia explicar tudo, se somente se pudesse tocar a ponta certa. Nesse sentido, o objetivo é mais de elucidar um ou algum dos múltiplos componentes que se combinam para produzir os fatos no mundo. O fim é de escolher um pequeno número de características próprias do pesquisador, para tecê-las em um fio condutor singular de sua construção teórica.

#### ▪ **Dinâmica de atendimento na COI**

O atendimento ambulatorial ocorre no horário de 08:00 às 21:00 ou até o término das consultas médicas que, na maioria das vezes, ultrapassa o horário previsto. Geralmente, são atendidos de vinte e cinco a trinta clientes por dia para tratamento de quimioterapia antineoplásica. Quanto às consultas médicas, há três médicos que atendem pela manhã e três à tarde. O número de consultas-dia varia muito, mas, em média, são realizadas dez consultas dia para cada profissional médico de plantão.

O local de atendimento consiste em uma recepção, três consultórios, duas salas de administração, copa, dois salões para administração de quimioterapia, dois boxes para procedimentos, uma pequena sala onde são preparados alguns medicamentos e conferidas as medicações que são diluídas na central (farmácia). São seguidas todas as normas da vigilância sanitária.

O ambiente físico se apresenta com TV, banheiros devidamente higienizados, recepcionistas que oferecem água, cafezinhos e balas, com a intenção de manter o cliente o mais confortável possível para o tratamento.

No dia da primeira consulta médica, o cliente se identifica na recepção, local em que é realizado o cadastro contendo os dados pessoais. Este momento revela-se bastante angustiante a todos os clientes. Penso que tal fato ocorra devido ao enfrentamento do desconhecido, inclusive para os que já se encontram sob tratamento.

Surgem as conversas entre os clientes que, quase sempre, giram em torno do tratamento médico, da curiosidade acerca do diagnóstico, do tipo de tumor, ironicamente apelidado de “novo amigo de batalha”; porém, não têm a noção de que cada situação é única e também não percebem que isto é um verdadeiro “bombardeio” para o cliente que ainda vai se submeter a sua primeira consulta.

Geralmente, o cliente fica imóvel, apenas como ouvinte, indefeso e pasmo, diante de tantas informações (novas) que lhe são passadas em um único momento. A presença da família é fundamental, apesar da grande maioria não esboçar uma só palavra. Tanto receber o diagnóstico de câncer quanto manter o tratamento da doença é recebido de forma muito peculiar pelo cliente. No ambulatório, eles falam dos sonhos e ilusões desmoronados, da importância de tudo o que já viveu.

As enfermeiras fazem uma explanação sobre o ambiente e o tratamento e esclarecem algumas dúvidas, ocasião em que é apazado o início da quimioterapia. Realizam ainda o histórico do cliente e a orientação acerca da terapêutica tanto a ele quanto a seus familiares.

No dia e horário marcado para o início da quimioterapia, o cliente chega e identifica-se na recepção. É feito o que chamamos de ATEND, formulário que é preenchido com os dados do cliente. Estes dados constam de: identificação, tipo de convênio de saúde, prescrição da droga, diagnóstico, nome do médico e outros dados.

Uma enfermeira especializada em oncologia clínica encaminha o cliente à sala de tratamento quimioterápico antineoplásico. Geralmente, no primeiro dia dessa terapêutica, ele entra com o familiar/ acompanhante, que funciona como facilitador na interação da equipe de

enfermagem e o cliente, pois a situação em si é de sofrimento devido às incertezas, aos medos, à sensação de insegurança diante do receio de perda de controle da própria vida. O suporte familiar é extremamente importante neste momento para ajudar na estabilidade emocional do cliente.

Nos dias subseqüentes de tratamento, este familiar não permanece presente durante todo o tempo; o cliente prossegue apenas acompanhado dos outros clientes e as enfermeiras nessa sala, pois o espaço físico não comporta a presença de todos os acompanhantes, exceto nos momentos em que necessitam de ajuda, como na alimentação ou no encaminhamento ao banheiro.

As enfermeiras se apresentam, explicam o que é a quimioterapia, suas indicações, seus prováveis efeitos colaterais, noções de nutrição, dentre outros. Tudo é registrado no prontuário. É realizada uma nota de admissão do cliente na qual são levantados alguns dados de interesse, tais como: problemas de saúde e/ou medicamentos utilizados, a história da doença, hábitos intestinais, de alimentação, entre outros.

As anotações feitas no prontuário, como admissão e evolução, são bastante sucintas, privilegiando a condição física e sua patologia, raramente se referem a dados subjetivos, como danos emocionais, a exemplo de ansiedade, medo, depressão, agressividade e hostilidade do cliente.

Não há acompanhamento psicológico para estes clientes, o que acredito ser de suma importância. Apesar disso, ainda que por iniciativas individuais, a enfermeira tenta esclarecê-los e confortá-los da melhor forma possível diante dos fatos. É um momento, ao mesmo tempo, triste e tenso.

### ⇒ Os Procedimentos Operacionais: as técnicas de produção dos dados

Para produzir dados para a pesquisa, frequentei esse ambulatório durante quatro meses, em dias aleatórios, no horário de agendamento dos clientes para os ciclos de tratamento antineoplásico.

Inicialmente, o estudo tinha como proposta desenvolver o Método Criativo-Sensível (MCS); contudo, alguns obstáculos emergiram na sua operacionalização. Acredito ser importante descrever esta experiência no intuito de colaborar com outros pesquisadores que, porventura, optarem por trabalhar com o método.

Conforme a proposta apresentada, o sujeito do estudo seria o cliente iniciando pela primeira vez o tratamento quimioterápico antineoplásico no ambulatório das COI. Após algumas visitas a esse cenário, abordando esses clientes sobre o estudo e a possibilidade de sua participação, constatei os obstáculos presentes à aplicação do método pelas razões a seguir: os clientes não se mostraram receptivos a realizar encontros fora de seu horário de tratamento para participar da dinâmica com um grupo de no mínimo cinco clientes antes do início da quimioterapia; outros se mostraram pouco receptivos à participação em si, alegando não terem como comparecer em outro dia devido a compromissos de trabalho, disponibilidade de acompanhante, estado de saúde, dentre outros motivos. Essas situações impossibilitaram a formação de um grupo de sujeitos para o desenvolvimento das dinâmicas de criatividade e sensibilidade, condição essencial para a produção de dados no MCS.

Diante dessas impossibilidades operacionais, decidi pelo redirecionamento do caminho metodológico, imprimindo algumas mudanças fundamentais de modo que pudesse atender ao objeto e aos objetivos da pesquisa. A primeira foi o fato de que o encontro entre mim, pesquisadora, e o cliente seria realizado no dia da quimioterapia. A segunda mudança foi que os sujeitos não seriam constituídos apenas de clientes realizando o primeiro ciclo da quimioterapia, mas sim daqueles que manifestassem interesse e condições de participarem do

estudo. A terceira referiu-se à produção de dados em si, uma vez que, pelas razões referidas anteriormente, não foi possível a produção coletiva dos dados com os sujeitos do estudo.

Tomando nova direção, decidi através de contato telefônico com as secretárias das Clínicas, responsáveis pelo agendamento do tratamento quimioterápico, selecionar os clientes que estavam sob esse tratamento, independente de ser ou não o primeiro ciclo. De posse da informação, ligava para o cliente, explicava sobre a pesquisa que estava realizando e da possível participação deles como sujeitos da mesma. Alguns clientes demonstraram interesse em participar do estudo, outros se recusaram por não querer ou poder chegar uma hora antes do horário para o tratamento ou permanecer na clínica após o mesmo.

Mesmo com as modificações mencionadas, considerando a propriedade do uso da criatividade e sensibilidade na produção de dados desta pesquisa e da relação dialógica possibilitada por este momento e, considerando sobremaneira, a minha vivência profissional junto aos clientes com câncer sob tratamento ambulatorial, optei por garantir minhas implicações profissionais, ou seja, trabalhar com essa clientela específica, conjugando uma técnica de criatividade e sensibilidade à entrevista semi-estruturada na produção de dados.

A técnica de criatividade e sensibilidade apresenta-se como forma alternativa de coletar dados para a pesquisa em enfermagem que permite a conjugação com outras técnicas, como a entrevista. Ela aguça a subjetividade dos sujeitos da pesquisa, colabora na interação do pesquisador e o entrevistado e na imersão à temática. Quando se trabalha com esse tipo de técnica é necessário que o pesquisador esteja alerta às suas funções sensoriais de modo a não comprometer fenômenos observáveis. Assim, todos os órgãos dos sentidos, bem como o próprio diálogo, são apreendidos pelo pesquisador que agrega sua capacidade de ouvir, sentir e perceber.

Os dados produzidos foram discutidos através das produções artísticas dos sujeitos, geradas a partir da temática central que lhes foi apresentada, qual seja: **o diálogo que se**

**estabelece entre a enfermeira e o cliente durante a terapêutica quimioterápica.** Essas produções, além de possibilitarem a expressão da subjetividade, tiveram a finalidade de facilitar o diálogo entre mim e os sujeitos da pesquisa e prosseguir com a entrevista. Por intermédio da criatividade e da sensibilidade na produção de dados foi possível discutir com os clientes com câncer acerca da temática proposta. Eles tiveram a oportunidade de expressarem sobre o lugar que ambos ocupam neste diálogo, o que pensam sobre ele e as possibilidades de superação dos desafios que se colocam frente à situação.

#### **- O desenvolvimento do ‘Almanaque’**

A técnica de criatividade e sensibilidade desenvolvida foi a do “Almanaque”. Esta técnica consiste na expressão da subjetividade a respeito de determinado tema, a partir da introspecção que o recorte e a colagem de gravuras de diversas naturezas, proporcionam aos sujeitos da pesquisa (ALVIM; CABRAL, 1999).

O desenvolvimento dessa técnica possibilitou o emergir do imaginário dos clientes com câncer sobre a doença e a terapêutica quimioterápica antineoplásica. Puderam falar sobre suas angústias, questionamentos, o que esperavam e desejavam no diálogo estabelecido com a enfermeira no decorrer do tratamento quimioterápico. A intenção foi, a partir das produções artísticas dos sujeitos, através da expressão da subjetividade dos mesmos, pudessem sair de sua egocentricidade e desvelassem suas emoções, trabalhando com a perspectiva da subjetividade.

O primeiro momento do desenvolvimento do ‘Almanaque’ foi destinado à apresentação da pesquisadora e do sujeito, dos objetivos e da temática central que seria desenvolvida.

O segundo momento foi destinado à exposição da técnica em si, ou seja, da organização do espaço físico e da utilização do mesmo. Os participantes foram orientados do seguinte modo: nas folhas de papel ofício eles deveriam dissertar a partir da seleção que

fariam do material exposto e construiriam o seu próprio Almanaque, tendo em vista a temática central anunciada.

O terceiro momento foi realizado à produção artística. Para realizar o Almanaque, ofereci aos participantes da pesquisa várias revistas, jornais, panfletos de diferentes marcas e estilos que, na diversidade de figuras, paisagens, retrato de pessoas em situações diversas, frases, palavras, através dos sujeitos poderiam fazer uma aproximação com a temática proposta, a partir de sua criatividade. O material adicional constou de cola, tesoura, caneta e papel.

O quarto momento foi destinado à apresentação da produção do Almanaque, seguida da entrevista semi-estruturada:

- 1) Há quanto tempo você sabe do seu diagnóstico? Como soube?
- 2) Há quanto tempo começou as sessões de quimioterapia? Quantos ciclos você já fez?
- 3) O que tem a dizer sobre o diálogo entre você e a enfermeira ao iniciar a quimioterapia?
  - 3.1. O que tem a dizer sobre sua posição nesse diálogo? Como você participa desse diálogo?
  - 3.2. O que tem a dizer sobre a posição da enfermeira nesse diálogo?
  - 3.3. As explicações e/ou informações que lhes foram dadas atenderam as suas expectativas?
- 4) E nas sessões subsequentes? Que tipo de diálogo tem existido?
- 5) Que tipo de diálogo você gostaria que existisse?
- 6) O que você pensa sobre o diálogo entre você e a enfermeira durante o tratamento quimioterápico?

Durante toda a coleta de dados registrei as expressões verbais, o movimento do corpo e do diálogo, o comportamento e reações dos sujeitos. A apresentação do 'Almanaque' e o resultado das entrevistas foram gravadas em fita magnética seguida de transcrição. A fonte primária da pesquisa se constituiu do relatório de produção de dados.

Vale registrar que as três primeiras entrevistas realizadas não seguiram, a rigor, o roteiro pré-elaborado, pois ainda estavam em fase de testagem e adaptação às questões que pudessem corresponder aos objetivos da pesquisa e se articularem à temática central desenvolvida na construção dos Almanques. No entanto, tendo em vista que o conteúdo das mesmas trazia elementos importantes para a discussão do objeto, estas foram aproveitadas como material de análise.

A coleta de dados foi desenvolvida nos dias aprazados para o tratamento quimioterápico. Adotei os princípios utilizados para a coleta de dados previstos na pesquisa qualitativa. Assim, finalizei a produção de dados quando avaliei que os mesmos reuniam elementos necessários à análise e discussão dos achados e que respondiam ao objeto, questões e objetivos enunciados na pesquisa.

### ⇒ A Análise dos Dados

Para organizar e proceder à análise dos dados, apliquei a análise de conteúdo de Bardin (1977, p.43), segundo o qual esse tipo de análise “procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça”. Dentre as técnicas apresentadas pela autora, optei pelo uso da análise temática, buscando extrair os temas que emergem das falas dos sujeitos.

Para Bardin (1977), a análise organiza-se em três etapas: a primeira etapa, a pré-análise, consiste na organização propriamente dita; a segunda etapa, na exploração do material, por meio da codificação; e, a terceira etapa corresponde ao tratamento dos resultados obtidos e a interpretação cujos resultados brutos são tratados analiticamente de modo a se tornarem válidos.

Seguindo as recomendações operacionais de análise, segundo Bardin (op. cit.), procedi à leitura flutuante como forma de explorar o material coletado, seguida de uma leitura mais

profunda e analítica do mesmo, com a finalidade de identificar os temas emergentes. Assim, foram selecionadas as unidades temáticas que guardavam relações entre si, sofrendo uma categorização. Posteriormente, elas foram agrupadas por temas, tendo em vista o alcance dos objetivos do estudo, em duas grandes categorias: 1) As possibilidades do diálogo com a enfermeira frente às dificuldades enfrentadas pelo cliente no início do tratamento quimioterápico; e 2) As marcas do diálogo: atributos da relação técnica e humana no cuidado de enfermagem.

### ⇒ Princípios Éticos da Pesquisa

O estudo obedeceu ao disposto na Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde/MS (BRASIL, 1996), que regula as Normas de Pesquisa, envolvendo seres humanos. Foi solicitada autorização à Instituição, cenário do estudo, para produzir os dados da pesquisa (Apêndice A), bem como o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN-HESFA. Além disso, os sujeitos assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), estando explícitas às devidas informações sobre a pesquisa e a sua forma de participação nela, deixando claro que eles poderiam desistir de participar da pesquisa em qualquer etapa de seu desenvolvimento. Esclareci, também, aos participantes que somente as informações fornecidas por eles seriam divulgadas, permanecendo em sigilo, a identidade de cada um. Deste modo, utilizei pseudônimos, negociados com os sujeitos no desenvolvimento da coleta de dados.

A seguir, apresento a caracterização dos sujeitos participantes do estudo. Esta caracterização foi necessária na medida em que colaborou na análise sobre as condições de produção do discurso do sujeito, ou seja, o lugar social de onde ele fala, o contexto em que esse discurso foi produzido.

### ⇒ Caracterização dos Sujeitos Participantes do Estudo

**Maneco (S1):** Sexo masculino, 56 anos, segundo grau completo. Portador de linfoma. É casado, tem três filhos adultos, reside com a família, sendo acompanhado pela filha durante o tratamento. Relatou ser evangélico praticante. Quanto ao lazer, referiu que permanece maior parte do tempo em casa, porém não se isola, ainda que reconheça que antes de adoecer divertia-se mais. Tem um ano de doença desde o diagnóstico, mostrou certa revolta devido à demora e ‘confusão’ até o diagnóstico definitivo. Aparentemente bem disposto, apesar de um pouco emagrecido. Mostrou-se bastante cooperativo durante entrevista, emotivo ao se referir à família e muito solidário com pessoas necessitadas de ajuda social. Na ocasião da entrevista, estava realizando o quarto ciclo de quimioterapia.

**Rosa (S2):** Sexo feminino, 45 anos, segundo grau completo. Portadora de tumor de ovário. É casada, não tem filhos. Quanto à religiosidade referiu ser “catumbeira”, mistura de católica com macumbeira. Seu lazer atualmente é frequentar a casa de amigos e familiares. Conhece o seu diagnóstico há seis meses. Na ocasião da entrevista estava realizando o terceiro ciclo de quimioterapia. Aparência boa, algo emagrecida e com abdômen globoso. Mostrou-se cooperativa durante a entrevista, apesar de certa dificuldade em realizar a produção artística. Referiu bom relacionamento com as enfermeiras, apesar de mostrar claramente algumas predileções.

**Deise (S3):** Sexo feminino, 56 anos, terceiro grau completo, aposentada. Portadora de tumor de ovário. Solteira, não tem filhos, reside com família. Quanto à religiosidade refere ser católica praticante. Seu lazer restringe-se em ir à casa de amigos, além de programas na igreja. No momento da entrevista tinha seis meses de conhecimento sobre a doença e no terceiro ciclo de quimioterapia. Aparentemente em bom estado clínico. Demonstrava certa apreensão, porém bastante cooperativa. Referiu bastante insegurança, dúvidas, desesperança e

decepção no início do tratamento, porém com o tempo foi adquirindo confiança, e refere ter recebido uma ‘injeção de ânimo’ das enfermeiras.

**Margô (S4):** Sexo feminino, 35 anos, terceiro grau completo. Portadora de tumor de mama. É casada, tem três filhos, reside com família. Não referiu seguir nenhuma religião. Seu lazer é cinema, teatro e passear com os filhos. Em excelente estado físico. No início da entrevista, mostrou-se pouco retraída, porém no transcorrer foi se soltando. Refere que, ao ter ciência do diagnóstico, ficou totalmente perdida e sem rumo, e também ter observado certo distanciamento das pessoas, porém teve apoio incondicional do marido e de toda a família referindo ter sido de suma importância para o sucesso do seu tratamento e também a paciência, o apoio e o profissionalismo das enfermeiras. Tinha conhecimento de seu diagnóstico há cerca de quatro meses no momento da entrevista. Na ocasião da entrevista, estava realizando o segundo ciclo de quimioterapia.

**Zizi (S5):** Sexo feminino, 63 anos, viúva, segundo grau completo. Portadora de tumor de intestino. Tem dois filhos, reside com família. Refere ser católica. Seu lazer no momento é frequentar casa de familiares. Quanto ao diagnóstico teve certa peregrinação, até “fechar” o diagnóstico, processo longo e doloroso. Refere importância do apoio dos filhos e da família. Bastante cooperativa e otimista quanto ao tratamento. Demonstrou harmonia com as enfermeiras. Durante a entrevista, várias vezes referiu a importância de ter alto astral e acreditar na cura. No momento da coleta de dados, aparentemente bem, com excelente estado clínico, apesar de ter enfrentado algumas complicações no decorrer do tratamento. No momento da entrevista, estava no quarto ciclo de quimioterapia.

**Durval (S6):** Sexo masculino, 42 anos, terceiro grau completo. Portador de tumor de pulmão. Solteiro reside com familiares, não possui filhos. Seu lazer é ir ao cinema e teatro. Apesar de ter mostrado bastante cooperativo durante a coleta de dados, referiu ter sido muito difícil

para ele o início do tratamento, apesar do apoio dos profissionais e dos familiares. No momento da entrevista estava no segundo ciclo de quimioterapia. Apesar de convivência harmônica com as enfermeiras, acha que as mesmas são muito sucintas nas informações, respondendo apenas o que lhe é perguntado, sem estender-se muito, permaneceu mostrando-se algo desconfortável para falar sobre sua relação cliente-enfermeira.

**Duda (S7):** Sexo masculino, 49 anos, terceiro grau completo. Portador de linfoma. Separado, tem dois filhos, reside com companheira. Seu lazer é viajar, cinema, teatro e esportes. Não especificou pertencer a nenhuma religião. Referiu que o diagnóstico foi bastante demorado para ser concluído. Na ocasião da entrevista estava no segundo ciclo. Mostrou-se resistente, porém no decorrer do processo tornou-se cooperativo, apesar de todo tempo mostrar certa revolta, pois sempre foi esportista com hábitos saudáveis de saúde. Relatou ser uma pessoa fechada com certa dificuldade de diálogo, com muita dificuldade para superar o momento, referindo estar precisando de apoio psicológico especializado, apesar das enfermeiras tentarem ajudá-lo.

**Marcos (S8):** Sexo masculino, 45 anos, terceiro grau completo. Portador de tumor gástrico. Casado, tem dois filhos, reside com família. Refere ser católico. Seu lazer no momento é permanecer em casa sossegado, por se sentir por vezes indisposto. Aparentemente bem clinicamente. Mostrou-se cooperativo e atencioso, durante a entrevista. Estava com cinco meses de conhecimento do diagnóstico, de forma “bombástica” em um exame de endoscopia, devido à dor de estômago e estava no terceiro ciclo de quimioterapia. Relatou ter sido muito difícil aceitar a doença, pois se sentia bem e não esperava tal situação. Referiu que apesar da atenção, oferecida pelas enfermeiras, a postura dele oscila muito, conforme o seu humor, pois como tem dificuldade em aceitar o diagnóstico, sente-se como uma cobaia, encontrando-se bastante confuso e revoltado e relatou que em alguns questionamentos que faz às enfermeiras,

as mesmas se esquivam, apesar de serem gentis. Apresenta muito questionamento quanto ao futuro, no que diz respeito à cura da doença, pois tem filhos, esposa e não acha justo o que está lhe acontecendo.

**Suzana (S9):** Sexo feminino, 36 anos, terceiro grau completo. Portadora de tumor de mama. Solteira, mora sozinha. Não especificou pertencer a nenhuma religião, porém afirmou ter muita fé. Seu lazer cinema, bares, teatro com os amigos e dançar. Bastante cooperativa, durante a entrevista. Mostrou-se bastante otimista quanto ao tratamento. Relatou esclarecer todas as suas dúvidas com as enfermeiras e ter praticamente 100% de suas expectativas atendidas. Segundo ela, a “força” que recebe das enfermeiras é de suma importância. No momento da entrevista conhecia o seu diagnóstico há cerca de um ano. Referiu sua dificuldade quanto ao início da quimioterapia, quanto à sociedade, o medo do desconhecido, porém acreditou na sua cura e até o momento sente-se bem disposta. Na ocasião da entrevista, estava no sexto ciclo de quimioterapia.

**Márcia (S10):** Sexo feminino, 52 anos, terceiro grau completo. Portadora de tumor de mama. Casada, mora com a família. Católica. Seu lazer é ir cinema, teatro e festas, mas durante o período do tratamento tem permanecido mais em casa, porém sem isolamento. Cooperativa, durante a entrevista. Refere ter enfrentado momentos difíceis no início do tratamento, mas com o decorrer tem adquirido confiança nos profissionais e desenvolvendo laços de amizade. Relata receber apoio de familiares e enfermeiras. Apresentou períodos de grande emoção expresso no choro e na fala embargada devido ser todo o processo muito recente, em fase de assimilação. Bastante inserida em seu tratamento e confiante.

**Marília Vitoriosa (S11):** Sexo feminino, 43 anos, segundo grau completo. Portadora de timoma. Separada, tem dois filhos, reside com filhos em Maricá. Evangélica praticante. É artista plástica, porém após o diagnóstico começou a trabalhar com vendas. Seu lazer é ir a

festas, casa de amigos, programação de eventos, igreja. Refere revolta quanto ao transcorrer do seu tratamento e também em relação ao abandono do marido, porém refere ter muita fé e ser otimista, visto que já está nesta luta há bastante tempo, e apesar das dificuldades encontradas tem forças para manter-se viva. Durante a entrevista, falou muito de todo o seu tratamento, dos lados positivos e negativos, mas acredita que ficará curada para criar seus filhos ainda pequenos que dependem dela.

**Cris (S12):** Sexo feminino, 45 anos, segundo grau completo. Portadora de tumor de mama. Separada, tem dois filhos, reside com a família. Católica. Trabalha com vendas. Seu lazer é ir à casa de familiares e festas de amigos e cinema. Cooperativa durante a entrevista. Referiu todo o processo inicial do diagnóstico ressaltando o apoio da família, das enfermeiras e a fé e otimismo que tem quanto ao sucesso do tratamento. Mostrou-se confiante em seu reestabelecimento.

Quadro Síntese – Perfil dos Sujeitos

Sujeito	Sexo	Idade	Estado civil	Nº de filhos	Lazer	Escolaridade	Religião	Tempo de diagnóstico	Etapa do Tratamento	Estado de humor <sup>(1)</sup>	Estado Clínico atual
1	M	56	casado	3	Não costuma sair de casa	2º Grau	Evangélico praticante	1 ano e meio	Quarto ciclo	Cooperativo	Pouco emagrecido
2	F	45	casada	0	Casa de amigos e familiares	2º Grau	“catumbeira”	6 meses	Terceiro ciclo	cooperativo	Emagrecida e abdômen globoso
3	F	56	solteira	0	Casa de amigos e igreja	3º Grau	Católica praticante	6 meses	Terceiro ciclo	Apreensiva+ cooperativa	Bom estado clínico
4	F	35	casada	3	Cinema, teatro e passear com os filhos	3º Grau	Não referiu	4 meses	Segundo ciclo	Pouco retraída, mas se soltou	Excelente estado físico
5	F	63	viúva	2	Casa de familiares	2º Grau	católica	6 meses	Quarto ciclo	Cooperativa	Excelente estado físico
6	M	42	solteiro	0	Cinema e teatro	3º Grau	Não referiu	4 meses	Segundo ciclo	cooperativa	Bom estado
7	M	49	separado	2	Viajar, teatro, cinema e esportes	3º Grau	Não especificou	6 meses	Segundo ciclo	Resistente, no decorrer e cooperativo	Relativamente bem, pouco emagrecido
8	M	45	casada	2	Permanecer em casa	3º Grau	católico	5 meses	Terceiro ciclo	Cooperativo e atencioso	Aparentemente bem
9	F	36	solteira	0	Cinema, bares, teatro e dançar	3º Grau	Não especificou	1 ano	Seis ciclos	cooperativa	Bom estado clínico
10	F	52	casada	2	Cinema, teatros e festas	3º Grau	católica	3 meses	Segundo ciclo	cooperativa	Bom estado clínico
11	F	43	separada	2	Festas, casa de amigos, igreja	2º Grau	Evangélica	Reiniciando trata há oito anos	Segundo ciclo	cooperativa	Excelente estado clínico
12	F	45	separada	2	Casa de familiares, festas amigos e cinema	2º Grau	Católica	Dez meses	Terceiro ciclo	cooperativa	Bom estado clínico

<sup>(1)</sup> Durante o encontro com a pesquisadora para a coleta de dados da pesquisa.



*“Cuidar de um corpo, dizia um mestre dos espíritos, é prestar atenção no sopro que o anima.”*

## **CAPÍTULO IV**

### **AS BASES CONSTITUTIVAS DAS CONCEPÇÕES DE CLIENTES COM CÂNCER SOBRE O DIÁLOGO COM A ENFERMEIRA NO TRANSCORRER DA TERAPÊUTICA QUIMIOTERÁPICA ANTINEOPLÁSICA**

Neste capítulo, apresento os elementos que na ótica de clientes com câncer se constituíram como as bases do diálogo entre estes clientes e a enfermeira no contexto da quimioterapia antineoplásica, considerando o tempo de diagnóstico, as condições emocionais e clínicas de cada um relacionadas às diferentes fases em que essa relação ocorre - se no impacto da tomada de conhecimento da doença, se no início ou no decorrer do tratamento quimioterápico.

É interessante destacar que o meu encontro, com os clientes com a intenção de produzir dados para a pesquisa, foi marcado por uma interação cordial e de cooperação, por parte dos sujeitos, quanto ao desenvolvimento das atividades propostas – a entrevista e a produção do ‘Almanaque’. Dos doze participantes do estudo, nove mostraram-se cooperativos e comunicativos desde o início do diálogo. Outros três, a princípio, mantiveram-se retraídos, revelando um certo desinteresse em participar do encontro, no entanto, com o decorrer da interação entre mim e eles, foram tornando-se mais participativos, demonstrando interesse e envolvimento.

Com relação às técnicas de coleta de dados desenvolvidas, para alguns participantes a produção do ‘Almanaque’ gerou um certo desconforto, devida à preocupação de ‘não ter dons artísticos’, enquanto para outros se revelou como um momento de reflexão que os oportunizou, através da criatividade, deixar emergir a sensibilidade, os fazendo pensar, criticar, re-visitar pensamentos, atitudes e comportamentos em relação à doença e o seu tratamento.

Foi possível depreender das falas dos clientes que, no entremeio aos limites impostos pelo impacto do diagnóstico da doença, surgem as possibilidades do diálogo, profundamente marcadas pela vivência do sujeito, conforme passo a apresentar na primeira categoria temática que emergiu dos discursos dos participantes.

#### **4.1 As possibilidades do Diálogo com a Enfermeira frente às Dificuldades Enfrentadas pelo Cliente no Início do Tratamento Quimioterápico**

Ao falar de suas vivências e experiências em relação à doença, alguns sujeitos no decorrer da coleta de dados deixaram aflorar a emoção expressa na voz embargada, lágrimas nos olhos e semblante pensativo. Seus discursos revelaram sentimentos, ações e reações frente às dificuldades sentidas no início do tratamento.

##### **⇒ Sentimentos, ações e reações expressos pelos clientes com câncer**

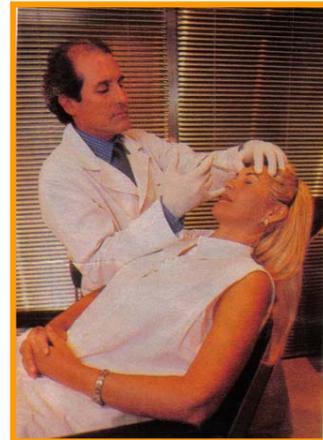
O discurso de todos os sujeitos foi marcado por revelações de um ou mais sentimentos de diferentes naturezas e dimensões que decorreram do impacto inicial do diagnóstico da doença, como: ansiedade, medo, revolta, tristeza, tensão, atordoamento, confusão, angústia e agressividade. Alguns desses sentimentos ainda se fazem presentes em momentos distintos, na dependência do quadro clínico do cliente, de como vivem e convivem com a doença, do tempo do diagnóstico e da fase de tratamento e resposta ao mesmo. Surgem ações e reações ambivalentes, ora marcadas pelo pessimismo, ora pelo otimismo; ora pela tolerância, ora pela impaciência; ora pela tristeza, ora pela alegria da superação; ora pela agressividade, ora pela resignação; ora pela negação, ora pela aceitação da doença.

Esse impacto do diagnóstico do câncer, causador de um turbilhão de sentimentos e questionamentos, por vezes, é exacerbado no contexto hospitalar pela falta de vínculo com os profissionais, pela linguagem técnica por eles utilizada e pelo medo do desconhecido, que

gera sensação de solidão, insegurança e incerteza, sentimentos esses que interferem na relação que se estabelece com a enfermeira, por conseguinte, no diálogo entre ambos. Assim, vejamos alguns depoimentos dos sujeitos:

**Maneco:** \_ *Você fica arrasado, pois eu perdi seis meses até concluir o diagnóstico em Barra Mansa, e o médico que fez a cirurgia, a biópsia, me disse que eu só tinha três meses de vida!* (S1)

**Deise:** \_ *Eu acho que no início a gente fica assim perdido, pensativo, tudo é muito novo, desconhecido, meio técnico demais... Estamos assim (referindo-se à produção artística nº 01): incrédulos, desconfiados, desiludidos, desesperançados e decepcionados com tudo e todos, até tomarmos de volta o rumo é muito complicado (silêncio, emocionada)* (S3)



### Produção Artística nº 1

**Duda:** \_ *Porque para mim, no início, foi extremamente difícil, muito confuso, uma verdadeira peregrinação; demoraram demais até definir o diagnóstico!* (S7)

**Margô:** \_ *No início me esquivei um pouco, não queria papo com ninguém, quanto mais com enfermeiras! Pois não aceitava a doença, acreditava que eu era muito nova para adquirir uma doença deste porte. Só pensava que ia morrer logo.* (S4)

As implicações do câncer são de natureza diversa e envolvem, além do cliente e sua família, a sociedade como um todo, causando dor e sofrimento, afora todos os outros prejuízos, incluindo incapacidade e morte. Somados os altos recursos financeiros destinados à detecção, ao diagnóstico e ao tratamento da doença, há também os inerentes à sociedade, uma vez que abala fortemente a economia do país.

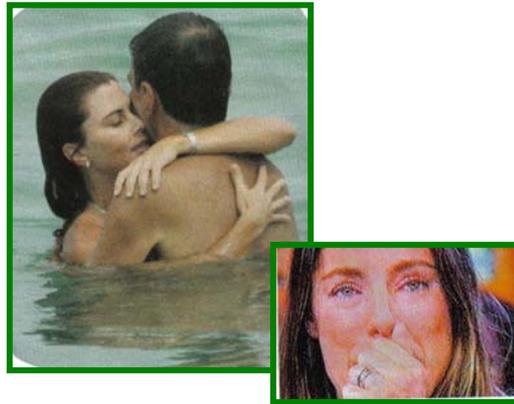
**Deise:** \_ *Um TTTTTTEEEEERRRROOOOORRRRRR* (choro baixo).  
*Ninguém pode imaginar, a insegurança, a incerteza, o medo da morte, de deixar sua família, que tem total participação neste momento, apesar de mudar a rotina de todos.* (S3)

Percebi na fala e expressões de ‘**Deise**’ muita angústia em relação ao diagnóstico e à incerteza quanto ao futuro, porém é notória a importância do apoio familiar para superar este momento.

‘**Duda**’ foi bastante enfático ao falar emocionado sobre o diálogo com a enfermeira no início do tratamento, ressaltando que, por vezes, ainda ocorre assim:

*\_ Apesar do apoio, sinto-me sozinho, como o oceano, todo este mistério, em relação ao futuro, há uma imensidão, o medo do desconhecido [...] (S7)*

A produção do Almanaque de ‘Duda’ expressa sua fala.



### Produção artística nº 02

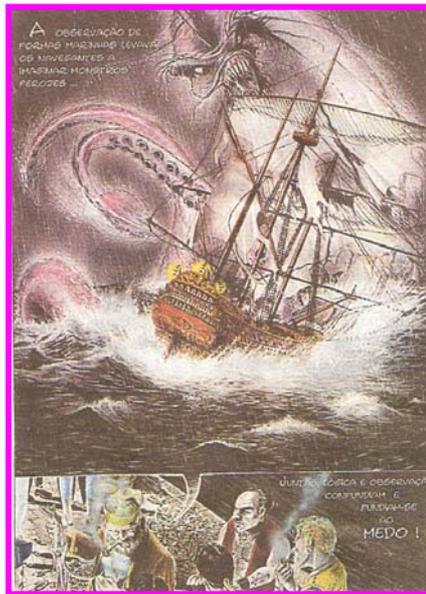
Segundo Barcelos (2003, p. 80),

se, por um lado, as reações de medo são normais em determinadas circunstâncias, por outro lado, elas diminuem a capacidade de atuação prudente. Também é verdade que a sensação de medo aumenta a vigilância, mas, na medida em que impede uma atuação sensata, não protege, pois o medo bloqueia.

A pessoa vivendo com câncer confronta-se com várias situações que as predispõe a uma conduta ambivalente. Ao tempo em que o medo a coloca vigilante, atenta ao tratamento e a seus resultados que a conduz à continuidade da vida, por vezes, sente-se bloqueada de prosseguir lutando. O medo da vida e o medo da morte convivem passo a passo nessa empreitada.

O medo frente ao desconhecido e as conseqüências de ordem física e social trazidas pela doença é constante. Toda a família adocece, mesmo na tentativa incessante de mostrar forças. O cliente primeiro luta para vencer o câncer e depois para manter-se vivo, com qualidade. Sente-se como se estivesse em uma verdadeira tempestade em alto mar, sem rumo, sem saber ao certo que direção tomar, conforme pode ser observado no depoimento de **'Marília Vitoriosa'** (S11). Ao explicar a escolha da figura na sua produção artística também revelou o conturbado momento vivido pelo cliente no início do tratamento:

*\_ Porque ela (produção artística nº 3) por si explica toda minha trajetória, que vou te contar. O corre-corre... Vai para lá, para cá, a tempestade, a tentativa da sobrevivência, apesar de saber que é uma situação crítica, o medo[...].*



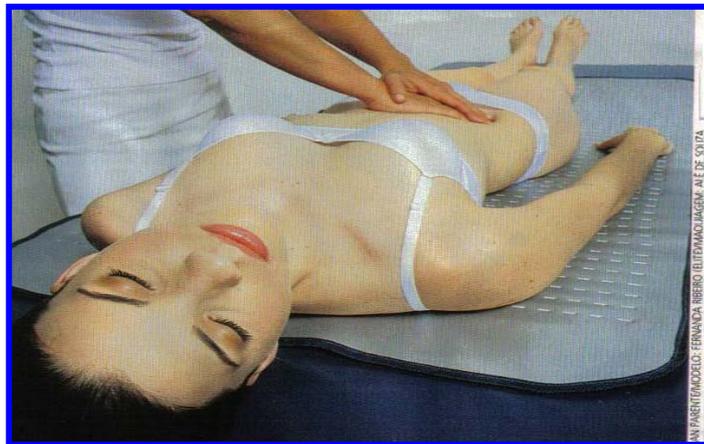
### Produção artística nº 03

Os efeitos físicos, psicossociais, profissionais e financeiros provocados pela doença requerem a devida atenção dos profissionais, visando impedir novas complicações. Assim, se a enfermeira imprime no cuidado a capacidade de interagir com o cliente, exercitando o diálogo, colocando-se disponível para ouvir o que o aflige, pode não resolver a situação objetiva da natureza mesma do problema (a doença), e dos aspectos dele decorrentes, mas, certamente, poderá contribuir para minimizar a sensação de medo e angústia manifestada pelo surgimento da doença, favorecendo o seu melhor manejo, tanto na sua aceitação, quanto na reabilitação e tratamento da doença. Afinal, o ser humano é complexo em sua essência. Por isso, para a enfermeira que utiliza o diálogo como um dos fundamentos da relação do cuidado, é preciso que desenvolva a habilidade da escuta sensível nesse processo. Sobre isso, são oportunos os comentários de Freire (1998, p. 237):

Não é falando aos outros, de cima para baixo, sobretudo como se fôssemos os portadores da verdade a ser transmitida aos demais, que aprendemos a escutar, mas é escutando que aprendemos a falar com eles. Somente quem escuta paciente e criticamente o outro, fala com ele, mesmo que, em certas condições, precise se falar a ele.

A surpresa com o diagnóstico também foi ressaltada por um dos sujeitos da pesquisa ao justificar a produção de seu ‘Almanaque’:

**Marcos:** *\_ Porque eu fiquei muito surpreso com tudo que está acontecendo comigo, o que eu sentia para mim, não tinha nada a ver com uma doença como esta, considerada até hoje, com toda evolução da Medicina, como tenebrosa, por vezes, incurável. [...] Soube do diagnóstico, tem cinco meses, de uma forma insidiosa quando por conta de uma dor de estômago, fui fazer uma endoscopia, pois já tive uma bactéria no estômago. Daí achei que pudesse ter voltado (a bactéria) e fui fazer o exame. O médico achou uma lesão “estranha”, biopsiou e aí o diagnóstico “bombástico”. (S8)*



#### Produção Artística nº 04

Independente do impacto causado pelo diagnóstico da doença, os clientes, quando procuram o ambulatório para iniciar a terapêutica quimioterápica antineoplásica, chegam apreensivos e, mesmo, apavorados, pois se deparam com um novo ambiente, onde circulam pessoas desconhecidas, sendo considerado por eles, o início ou o reinício de uma verdadeira “via crucis”.

**Márcia:** *\_ Porque no início, ficamos assim (Produção artística nº 5), pensativos, sem ação, atônitos, sabe? Sabemos que literalmente vamos enfrentar um jogo, mas não temos a menor idéia de como começar, nem quem será o nosso adversário. Em nossa cabeça passa de tudo neste momento. (S.10)*



### **Produção artística nº 05**

Este momento revela-se como causa de irritabilidade, dificuldade de concentração, insônia e fadiga, uma vez que, além dos problemas inerentes ao diagnóstico em si, os clientes desconhecem a finalidade do procedimento terapêutico, as drogas utilizadas e os seus efeitos. Ficam temerosos em relação aos procedimentos e ansiosos quanto ao resultado dos exames.

Estar com uma doença crônica, por vezes fatal, é uma experiência singular para o cliente. Significa viver e conviver com limitações as quais requer do cliente uma aprendizagem para manejar com as diferentes situações que se apresentam. Segundo Waldow (2004), a dor é única, indecifrável, intransferível e tremendamente solitária. O cliente vivencia momentos de reavaliação de valores, passa a querer organizar a vida, a cumprir o inacabado, correr contra o tempo, talvez no afã de aproveitar “todo o tempo que têm ou que lhe resta”.

A vida passa a ter um valor e um sentido diferenciados. Isso porque, face às diversas mudanças na vida do homem moderno, engendradas pela tecnologia, relações de trabalho e de poder impostas pelo mundo capitalista, muitas vezes o ser humano conduz a sua vida quase que mecanicamente, o que reflete sobremaneira nas suas relações sociais e familiares.

Freire (2003) refere que muitos seres humanos só vivem, não existem, pois não encontram ou não conseguem dar um significado à sua vida.

Algumas vezes, a pessoa doente modifica sua forma de ser e ver o mundo. Alguns passam a se comportar de forma mais complacente ou resignada, depositando na força divina a condição para suportar a situação:

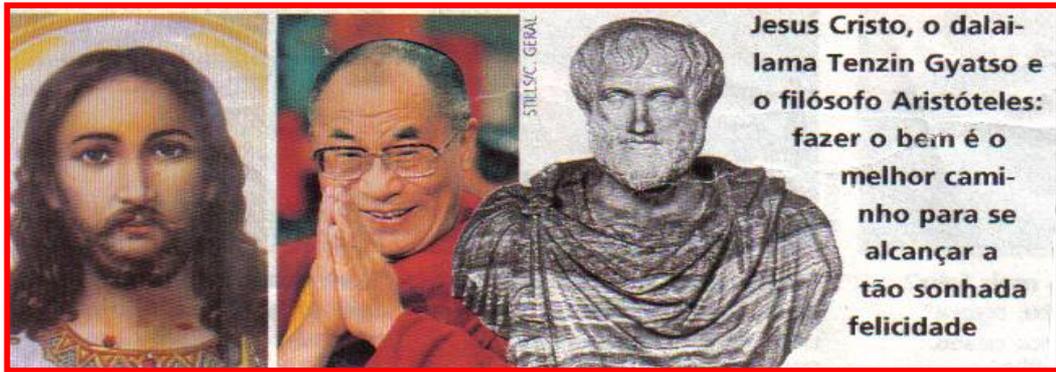
**Durval:** *\_ As minhas reações foram normais. Não fiquei revoltado, só pedi a Deus que me ajudasse a passar por tudo da melhor forma possível. Se foi com a permissão dele, cabe a mim acatar e suportar [...]. (S6)*

A religião ou a crença em Deus aparece como um suporte ou amuleto que a ajuda a vencer o medo da morte e do desconhecido, do sofrimento e das possíveis perdas físicas, sociais e financeiras provenientes da doença. Alimenta a expectativa da cura. Sobre isso, é elucidativa a análise de Anjos e Zago (2006, p. 37):

As pessoas que vivem a situação de uma doença grave buscam a religião como base de superação das dificuldades. Culturalmente, a religião tem várias funções: possibilita a criação de uma identidade de coesão entre as pessoas, ajuda no enfrentamento das ameaças e possibilita ganhar novas energias para lutar pela sobrevivência, na situação da doença fatal. Com a fé religiosa, os pacientes, em geral, passam a fazer um discurso de uma pessoa melhor, mais forte, que prega a solidariedade com a participação ativa do grupo social.

O apelo à força divina também foi enunciado o discurso de ‘**Suzana**’:

*\_ O medo do desconhecido é mais forte do que se pode imaginar. Me agarrei com unhas e dentes em DEUS, pois só “Ele” para poder me ajudar. E como diz na figura que escolhi: “Alcançar a tão sonhada felicidade!”. (Produção Artística nº 06)*



### Produção Artística nº 06

Moreira (1996) refere que a religiosidade normalmente ganha espaço durante a doença. É comum as pessoas se apegarem a uma crença para aceitar a doença, tratamento ou morte, para tentar corrigir todos os erros que tenham cometido, e buscar conforto e apoio para enfrentar algo desconhecido, que está do outro lado da vida, seja qual for a doutrina que acredite. Outros se tornam mais reflexivos e encontram na família o seu refúgio e a sua força para superar os obstáculos:

**Maneco:** \_ [...] a base é a família, eu por exemplo, tenho uma família hoje que eu não sabia que tinha... Porque esta família antes, sempre foi boa, mas eu nunca precisei e não imaginava se precisasse ela se manifestaria da forma que tem sido. A família é o principal. (S1)

**Zizi:** \_ [...] Os meus filhos, dois filhos homens estão me apoiando demais, entendeu? (S5)

**Márcia:** \_ [...] Eu não tinha para onde correr, não tinha como ser diferente, então coube a mim, o papel principal, mas sozinha talvez não fosse possível, a família me ajuda muito! (S10)

**Cris:** \_ Porque ela (a figura que escolheu para produzir seu Almanaque) representa a esperança, pois sem minha família, sem fé em Deus e sem esperança, não conseguiria suportar este “tranco”. (S12)



### Produção artística nº 07

As mudanças físicas e psíquicas às quais são submetidos, somadas a um conjunto de fatores externos e internos, podem contribuir com a solidão e isolamento, conforme ‘**Margô**’ expressou em sua fala:

*\_ No início me esquivei um pouco, não queria papo com ninguém, quanto mais com as enfermeiras! Enfim, me senti muito só [...]. (S4)*

Mais uma vez, percebe-se a importância da enfermeira no diálogo que estabelece com o cliente no cuidado, tentando aliviar o medo e a ansiedade, explicando-lhe os procedimentos que serão realizados, procurando facilitar que verbalizem seus temores, encorajando-o a expressarem suas preocupações, anseios e expectativas, discutirem suas dúvidas, reforçando e esclarecendo as informações transmitidas pelo médico, oferecendo, também, apoio à sua família. Afinal, como salienta Waldow (2001, p.96), “é preciso ouvir o paciente, permitir a expressão de sentimentos e demonstrar sensibilidade”.

Ao se deparar com uma doença crônica, a pessoa passa a refletir e questionar sua condição de estar e se relacionar com o mundo e as outras pessoas, confrontam-se consigo mesma. Passa por um período de revolta, agressividade, questionamentos como: \_ O que vai acontecer? \_ Será que vou ficar curado? \_ Quanto tempo ainda tenho de vida? \_ Vocês estão me dizendo à verdade? \_ Como vai ficar a minha família? Concordo com Lindolpho (1996, p.78), quando refere que

a enfermeira deve ter consciência que a doença passou a ser uma coisa que eles carregam dentro deles e com eles, que modificava a vida, favorecendo a oscilação de seus sentimentos de aceitação e rejeição da doença, demonstrando sua instabilidade emocional, mas com disposição para continuar a sua vida, mesmo tendo que conviver com as limitações ocasionadas pelo tratamento.

Afora todos esses sentimentos e questionamentos que se misturam, ora os fazendo perseverar, ora causando desmotivação e sensação de finitude, os clientes também vivem conflitos em relação aos seus papéis sociais, especialmente aqueles próprios de gênero, questão importante a ser ressaltada no diálogo da enfermeira com a/o cliente, como veremos a seguir.

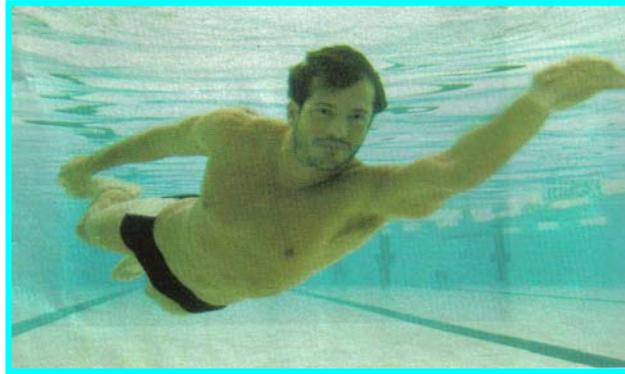
⇒ **A exclusão de papéis sociais: a questão de gênero e suas interfaces com a auto-estima e a auto-imagem prejudicadas**

Dentre outras doenças de prognóstico obscuro, o câncer é uma das que possuem maior impacto no indivíduo. Este impacto da doença sobre a vida de uma pessoa dependerá de vários fatores, como a idade, os projetos de vida e responsabilidades deste indivíduo que podem alterar a forma como o processo da doença será encarado.

**Maneco:** *\_ [...] Antes eu tinha tantas coisas, tantos projetos e acabou tudo, mas hoje em dia com a minha melhora com a quimioterapia, eu estou reconstruindo este mundo. (S1)*

Tanto o diagnóstico quanto o início da quimioterapia, a despeito dos aspectos próprios da doença, agem na exclusão da pessoa de papéis sociais por ela desempenhados. Muitos se sentem desamparados, desiludidos e impotentes, considerando ser o início do fim dos sonhos, sem alternativas de superação do problema.

**Duda:** *\_ Eu me revoltei, pois sempre fui um atleta, nadava, corria, tinha uma alimentação super saudável, nunca fumei, nem bebi, dormia cedo, sempre pratiquei esportes... (produção artística nº 08). Até hoje não consigo entender. (S7)*



### Produção Artística nº 8

Tanto os clientes quanto os familiares experimentam vários conflitos. Eles, em um primeiro momento acreditam que uma grande tragédia assolou sobre si e os seus. A angústia, a dúvida, o questionamento do “por que comigo”, formam um verdadeiro turbilhão na vida da pessoa, desorganizando-a, fragilizando-a. A preocupação com a família e a mudança do cotidiano, devido à doença e ao tratamento, são constantes.

Além de vivenciar o drama inerente à doença em si, homens e mulheres passam por conflitos próprios à construção da identidade de gênero. A sociedade estabelece papéis diferenciados para o que se espera de um comportamento feminino e masculino, papéis esses demarcados pela cultura, pela classe social e outras categorias. A marca do gênero está presente no discurso de ‘Margô’ e ‘Duda’:

**Margô:** \_ [...] *Pensava nos meus filhos pequenos, no meu marido, mãe, enfim, me senti muito só [...].* (calou-se chorando bastante) (S4)

As mulheres se sentem culpadas por sua ausência no lar, por ver o seu papel de mãe e mulher ‘ameaçados’ pela doença no provimento às necessidades do marido e dos filhos. Conforme comentam Carvalho e Merighi (2005, p. 952), “as mulheres sentem que a família está carente, necessitando de sua presença, o que as angustiam sobremaneira, de tal sorte que acabam chamando a si a culpabilização pela aquisição da própria enfermidade”.

Já os homens, seguindo o estereótipo do ‘macho’, ‘forte’ e ‘viril’, por vezes, negam-se a expressar sua emoção inerente à própria condição humana, como o choro e acabam por adotar postura de isolamento:

**Duda:** \_ *É por vezes desesperador (risos com choro). Apesar de ser homem, neste momento não dá para agüentar, por isso, fico muito na minha, entende? (S7)*

Tanto a doença quanto o seu tratamento podem produzir perda considerável da independência financeira, alterar o comportamento social, as relações na família e no trabalho, reduzir a capacidade de resposta sexual do cliente, sobretudo quando se vêem com sua auto-estima e auto-imagem comprometidas.

Geralmente os clientes acometidos por câncer tendem inicialmente a se sentirem indesejáveis e não atraentes, o que, por conseguinte, acaba alterando a expressão de sua sexualidade e o desempenho sexual. Os homens freqüentemente ficam preocupados se podem manter o mesmo desempenho sexual. As mulheres podem não ser bem compreendidas, pois, algumas vezes, perdem o desejo sexual durante o tratamento. Em especial, se o tratamento afeta a estrutura do corpo físico, muitas se sentem rejeitadas pelo parceiro, devido às modificações no corpo.

A fala de ‘**Margô**’ vem ao encontro dessa análise. Quando perguntei o que tinha a dizer sobre o diálogo com a enfermeira no início do tratamento quimioterápico, ela respondeu:

\_ *As enfermeiras no seu todo me ajudaram a recuperar a minha auto-estima, pois afinal, sou “nova” (sorrindo). Ensinaaram-me a reconquistar o meu “EU”.*

Perguntei: \_ “O meu EU?”

**Margô:** \_ *É! (pensativa) Primeiro foi à aceitação que eu estava com uma doença, mas não estava doente, você me entende? As enfermeiras sempre me perguntavam sobre a minha família, como eu estava lidando com eles... (chorosa) Eu tinha muita vergonha, achava que não ia dar “conta” (chorando ainda mais). Meu marido é novo, bonito, e estava com vergonha dele, até que ele sentou comigo e disse que estaria comigo para sempre... Sempre fui preocupada com a minha aparência e isso me incomodou, achei*

*que não ia mais ter relação com meu marido... Mas foi pura bobagem. Isso eu já resolvi! (Rindo bastante). (produção artística nº 09) (S4)*

Perguntei a ‘**Margô**’ há quanto tempo sabia do diagnóstico e quais as mudanças que a doença havia provocado em sua vida. Ela respondeu:

*\_ Há mais ou menos 4 meses. E se você quer saber, a minha vida desmoronou por completo. Fiquei tonta, sem acreditar; as pessoas passavam por mim e parecia que minha cabeça ou meu braço fosse despencar do meu corpo, me senti um animal do Zoológico, as pessoas me olhavam como a coitadinha...\_ Tão nova! E nem sabemos se vai durar muito... \_ Meu trabalho foi a minha fuga, me entreguei de corpo e alma, pois só trabalho com coisas belas, pessoas influentes e saudáveis... Como posso aceitar uma doença destrutiva se só lido com o belo? Foi muito difícil para mim. (S4)*



**Produção artística nº 09**

Segundo Carvalho e Merighi (2005, p.952),

a eficácia dos procedimentos ou modo de enfrentamento adotado pela mulher diante do câncer, em direção a uma adaptação positiva, dependerá dos recursos psicológicos que ela tem disponíveis. Há que convir, então, que a compreensão a respeito dos estereótipos que permeiam as interações interpessoais, o estilo dessas interações, assim como os significados relacionados a normatização dos papéis sociais atribuídos e assumidos por homens e mulheres, na nossa sociedade são imprescindíveis para a intervenção psicológica, seja ela centrada na pessoa doente, na equipe multiprofissional que a trata ou no seu círculo familiar mais próximo.

Como é notório, há casos que alteram a imagem corporal desses clientes, afetando de forma considerada sua auto-estima. Isso causa impacto emocional porque são identificados mais facilmente como portadores de câncer. Os clientes com câncer lidam com agressões à imagem corporal durante toda a doença e seu tratamento. A doença é freqüentemente acompanhada por despersonalização.

**Suzana:** *\_ Você pode imaginar uma mulher, solteira, independente, sem filhos, receber uma notícia do tipo: \_ Achamos um nódulo no seio, mas não posso afirmar se é maligno ou não; teremos que realizar uma pequena cirurgia. \_ Caramba! Fiquei pasma... Isso para mim era como se o mundo fosse desabar na minha cabeça! (S9)*

O significado social da mama em nossa sociedade está ligado à feminilidade, além de ser um órgão de prazer sexual e de amamentação. As mamas são determinantes no desenvolvimento físico da mulher, marcando o início do amadurecimento do aparelho reprodutor. Daí sua valorização na estruturação da imagem corporal.

O drama da perda da mama vivenciada pela mulher, via de regra, se explica na supervalorização do belo em nossa sociedade podendo levá-la a sentimentos de castração ou mutilação sexual, prejudicando sua auto-estima. Esses sentimentos podem afetar sua relação com os parceiros ao julgar-se incapaz ou incompleta como mulher. A esse respeito, Jesus e Lopes (2003, p.208) comentam que:

*Para a mulher mastectomizada, a perda da mama gera conflitos, podendo surgir, nesse momento delicado, sentimentos como a rejeição, a culpa e até a perda da feminilidade. [...] Considera-se mutilada e expor-se para alguém pode trazer dificuldades em momentos íntimos, independentemente da compreensão do parceiro.*

Quanto à representação da mama como símbolo da sexualidade feminina, é necessário dialogar com essas mulheres mastectomizadas que a retirada da mama não significa perda do libido ou desejo sexual e não deve se constituir como impeditivo ao retorno das relações sexuais. É claro que se deve levar em conta que os valores familiares e religiosos, dentre outros culturais interferem na forma pela qual a mulher lida com o seu corpo e expressa sua

sexualidade. No entanto, a enfermeira, ao abrir-se ao diálogo possibilita com que a mulher exponha seus anseios e receios diante da situação.

É comum a mulher sentir vergonha e receio para retornar sua prática sexual. Algumas carecem de um tempo maior para olharem para si e mostrarem-se para os outros. Sobre esse aspecto, o estudo realizado por Souto e Souza (2004) revelou que embora as mulheres mastectomizadas passem por período de “luto” pela perda da mama, acostumar e conviver com essa realidade é uma questão de tempo, inclusive para retomar a atividade sexual. Quanto aos parceiros, a pesquisa também mostrou a compreensão e apoio dos mesmos à situação vivenciada por essas mulheres, o que auxilia, sobremaneira, no enfrentamento do vivido por elas.

As ameaças ao autoconceito são enormes quando os clientes, sejam homens ou mulheres, deparam com a idéia do câncer, incapacidade e morte. Na maioria das vezes, os clientes e familiares são obrigados a alterar seu estilo de vida. O cotidiano, valores e prioridades mudam quando a imagem corporal está ameaçada e as características físicas se tornam importantes.

Assim, é necessária a compreensão do significado deste momento para os clientes, ter um olhar mais atento partindo do entendimento de que, adoecer não se traduz apenas em alterações orgânicas, biológicas, mas inclui todo o contexto de vida desses clientes. O impacto do diagnóstico desorganiza toda a sua vida e eles requerem tempo para assimilar a situação.

A relação que o cliente estabelece tanto com a família quanto com a enfermeira pode interferir diretamente na forma que ele irá conduzir esse momento, resultando em benefícios ou malefícios à sua saúde e à sua forma de vivenciar a situação. É necessário por parte de quem cuida o esclarecimento de toda situação, se respeitando o limite de cada caso e o tempo de adaptação que cada cliente requer, considerando as necessidades que irão se diferenciar em cada fase da evolução da doença.

Neste momento de crise, as enfermeiras devem agir no sentido de oferecer apoio ao cliente e sua família. Waldow (2001, p.103) refere que “cuidar é uma forma de relacionar-se com o outro, compreendendo a si mesmo e conseqüentemente o outro, respeitando a individualidade de cada um”. Desta forma, é essencial garantir voz a estes clientes, deixando-os confiantes do seu tratamento, colocando-se sempre à disposição, mostrando interesse e compaixão, sabendo ouvir. Assim, estaremos cuidando ‘com’ o outro. Anjos e Zago (2006, p.37) assinalam:

Embora o processo de adoecimento e sofrimento trate de experiências individuais e singulares, é por meio do relacionamento com os outros que os sujeitos mobilizam o seu interior e conseguem expressar suas emoções e sentimentos, pois a privação das relações sociais leva as pessoas a perderem a referência, a sua identidade.

Como vimos nesta primeira categoria analítica, o discurso dos sujeitos revelaram as dificuldades do início da quimioterapia quanto à aceitação do diagnóstico, às mudanças no cotidiano, aos sentimentos, por vezes, ambivalentes, expressos em suas ações e reações. A preocupação referente à exclusão dos papéis sociais frente aos efeitos mutilantes da doença e de seu tratamento acaba por limitar, por vezes, o diálogo entre o cliente e a enfermeira no espaço da terapêutica quimioterápica antineoplásica, cabendo à enfermeira a habilidade necessária para driblar a situação e fazer emergir dos limites às possibilidades de diálogo com o cliente.

Além de descreverem as dificuldades inerentes ao início do tratamento e o diálogo com a enfermeira nesse processo, os clientes, participantes da pesquisa, também destacaram os atributos da relação técnica e humana no cuidado como marcantes nesse diálogo, como veremos na próxima categoria.

## **4.2 As Marcas do Diálogo: atributos da relação técnica e humana no cuidado**

Esta categoria revelou as bases do diálogo entre a enfermeira e o cliente com câncer, assentadas, por um lado, na relação técnica, evidenciada no discurso dos sujeitos através de palavras como: empenho, cumprimento de tarefas e procedimentos, e de expressões a exemplo de: “eles perguntam e eu respondo”, “eu escuto o que eles falam”. Por outro lado, os sujeitos também destacaram atributos próprios da relação humana: amizade, carinho, atenção, respeito, paciência e solidariedade.

Para Waldow (1999), o cuidado humano não é apenas uma atividade ou tarefa, mas uma forma de expressão, de relacionamento com o outro ser e com o mundo. O cuidado é expressivo a partir do momento em que deixa de ser uma tarefa para ser uma ação que proporcione crescimento para quem cuida e para quem é cuidado.

Desta feita, para que o cuidado técnico também seja considerado como cuidado humano de enfermagem, conceitualmente falando, implica no encontro entre o expressivo e o técnico. O cuidado que ocorre somente em sua vertente técnica não pode ser considerado humano, pois não imprime expressividade (MENDES; CASTRO; FERREIRA, 2003). Assim, vejamos como foi construído o discurso dos sujeitos acerca desse diálogo.

### **⇒ O diálogo sustentado nos princípios da relação humana no cuidado**

No contexto da terapêutica quimioterápica antineoplásica, os sujeitos do estudo atribuíram ao diálogo a condição essencial para o estabelecimento do vínculo com a enfermeira. Para eles, através da relação dialógica, de forma contínua e gradual, vão-se tecendo os laços de confiança.

Para ‘**Maneco**’, o apoio que recebem de seus familiares e da enfermeira ao longo do tratamento fortalece-o para o enfrentamento da doença:

*\_ Para mim, entre duas pessoas, no caso, a enfermeira e o paciente, não deve haver somente conhecimento técnico, precisa desenvolver um relacionamento, sabe? Deve haver sim amizade, pois há uma série de etapas neste caminho desconhecido, e para enfrentar isso, só com o diálogo que se estabelece com / entre amigos. (S1)*

Para este cliente, a doença é um “caminho desconhecido” e o diálogo com os amigos colabora para enfrentar e conviver com as diferentes etapas que se apresentam com a evolução da doença. A enfermeira neste contexto é a pessoa pela qual é preciso “desenvolver um relacionamento”, o que na concepção de ‘Maneco’ seria de amizade. Como tal esta relação não deve se restringir ao conhecimento técnico da enfermeira que fornece as informações/orientações ao cliente com câncer, mas engloba atributos presentes em uma relação de amizade, como o abraço, o afago, o brincar e sorrir juntos e a conversa descontraída, conforme se observa na produção artística nº 10:



### Produção artística nº 10

A fala de ‘Deise’ também elucida a criação de vínculo e amizade:

*\_ Criamos vínculos... Até mesmo de amizade com a equipe. Adquirimos mais confiança, apesar de que cada profissional tem características próprias. Passamos a reflorescer, no meio das rochas nascem flores. (S3)*

É necessária por parte da enfermeira disponibilidade pessoal para ouvir o outro, olhar e compreender os seus sentimentos. Waldow (1999) comenta que quando se imprimem qualidades expressivas no cuidado, a enfermeira não mais realiza procedimentos em alguém,

mas reflete junto e realiza uma ação integrada, ‘com’ alguém, com envolvimento e responsabilidade, o que proporciona crescimento para ambos os envolvidos na relação do cuidado.

Neste sentido, a fala de ‘**Durval**’ é elucidativa. Quando o questionei como se estabeleceu o diálogo durante o tratamento quimioterápico, ele respondeu com uma crítica-reflexiva:

*\_ O diálogo, sempre é fundamental, faz parte do ser humano, das relações entre as pessoas. Penso que esse diálogo poderá ser estreitado ou ir se distanciando. De qualquer jeito, são com elas que temos mais tempo, uma vez que a consulta médica é muito rápida e só se fala em tratamento e exames[...]. (S6)*



**Produção Artística nº 11**

Seu discurso sugere que na dependência de como esse diálogo se processa, ele pode colaborar para a aproximação ou para o distanciamento entre estes sujeitos. Segundo Freire (1996), a premissa básica daqueles que realizam o processo educativo é proporcionar o fortalecimento pessoal dos seres humanos com quem interagem. O importante é ajudar o ser humano a ajudar-se, é fazê-lo agente de sua transformação. Freire também assinala que a

participação do indivíduo é indispensável. Afinal, como disse ‘Durval’, “são com elas (as enfermeiras) que temos mais tempo”.

Ao perguntar a ‘**Maneco**’ como tinha sido o diálogo com a enfermeira no início do tratamento quimioterápico, ele afirmou:

*\_ Difícil. Você fica calado... O início é bastante difícil, mas você vai adquirindo confiança e vai se soltando [...]. (S1)*

Ao se proporcionar uma relação de participação e de reciprocidade se aumenta às possibilidades de estabelecimento de vínculo frente aos limites colocados. E isso, no modo como venho defendendo nesse estudo, só é possível através de uma relação dialógica, que se processa de forma horizontal. Caso contrário, numa análise freiriana, estaremos diante de um anti-diálogo, quando ocorre ao “verticalizarmos” a relação.

Para Freire (1989), numa relação vertical, em que há ausência de experiência dialógica e de participação, as pessoas tornam-se inseguras e incapazes de tomar decisões, ao tempo em que, quando se estabelece uma relação de reciprocidade, se desvela um processo interativo. Neste sentido, penso ser fundamental a enfermeira estabelecer uma relação dialógica com os clientes, sujeitos do seu cuidado, construindo um espaço para que eles possam esclarecer suas dúvidas, expressar seus sentimentos, falar sobre suas perspectivas e expectativas:

**Margô:** *\_ As enfermeiras tiveram muita paciência comigo, sempre me explicando a doença, seus sintomas, o efeito dos remédios, até que percebi o quão educadas e profissionais elas estavam sendo comigo. (S4)*

E na medida em que o diálogo avança, vai se estabelecendo a confiança e estreitando-se os laços entre esses sujeitos. Vejamos a fala de ‘**Rosa**’:

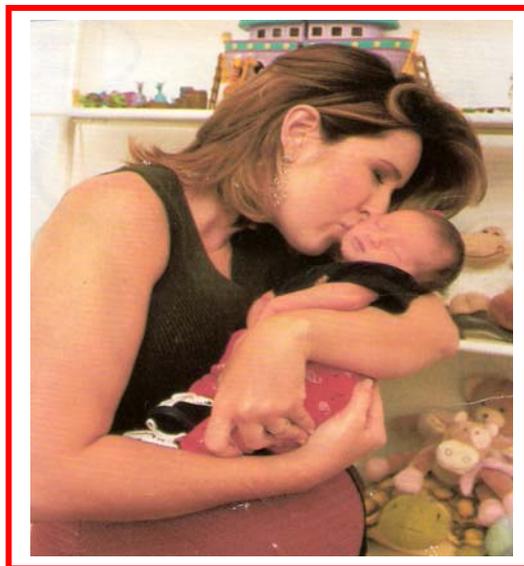
*\_ Bem, eu escolhi esta gravura aqui... (produção artística nº 12) Lógico, porque no início, não estávamos tão juntas (a cliente e a enfermeira), não só fisicamente, né, como emocionalmente. Após um tempo de convivência, a afeição... O diálogo vai aumentando gradativamente, né. No primeiro contato, assim, não tinha nenhum vínculo, tá, entre a enfermeira e eu. (S2)*



**Produção Artística nº 12**

O discurso foi recorrente na fala de ‘**Márcia**’:

*\_ Acho que com a convivência acabamos desenvolvendo um laço de confiança e amizade, até mesmo uma certa dependência, talvez, sei lá. Acho que algumas tentam nos proteger, principalmente quando chegamos para começar o tratamento, acho que sabem como estamos nos sentindo indefesos, desprotegidos, assim como um bebê. (produção artística nº 13) (S10)*



**Produção artística nº 13**

Quando a enfermeira participa junto com o cliente e seus familiares, valorizando a sua forma de ser e ver o mundo, ressaltando a importância do diálogo com o cliente, transforma situações e sensibiliza o humano de cada um.

Freire (2005, p. 94) nos dá uma dica: “Ao fundar-se no amor, na humildade, na fé nos homens, o diálogo se faz por uma relação horizontal, em que a confiança de um pólo no outro é consequência óbvia. Seria uma contradição se, amoroso, humilde e cheio de fé, o diálogo não provocasse este clima de confiança entre seus sujeitos”. Sobre a interação da enfermeira com o cliente, ‘Zizi’ ressalta:

*\_ As enfermeiras são maravilhosas!!! Elas tratam você com a maior humanidade [...] Isso levanta o seu astral, faz você pensar assim. Eu vou ficar boa... Mesmo que isso não seja verdade, mas já te incentiva [...]. (S5)*

Ao questionar sobre sua participação no diálogo com a enfermeira perguntei a ‘Zizi’ porque havia escolhido a gravura (produção artística nº 14). Ela respondeu:

*\_ Porque desde o início e até agora para mim é mesmo como se fôssemos uma família, bem unida, e como diz à gravura, tudo isso para mim é um ato de amor. (S5)*



**Produção artística nº 14**

Sobre a relação que se estabelece entre o amor e o diálogo, Freire (1980, p.83) salienta que “o amor é ao mesmo tempo o fundamento do diálogo e o próprio diálogo, e não pode surgir numa relação de dominação”.

'Deise' reitera o discurso de 'Zizi':

*\_ A enfermeira nos dá uma injeção de ânimo! (Produção artística nº15) (S3)*

## INJEÇÃO DE ÂNIMO



**Produção artística nº 15**

O cuidado neste pensar existe quando compreendido e aceito por ambos. O contrário se caracteriza como um descuidado. O cuidado é o objetivo, a missão da enfermagem visando à transformação da realidade das pessoas envolvidas em várias dimensões. Para que isso aconteça, a enfermeira tem a obrigação moral de tornar-se cada vez mais consciente de sua própria condição humana, convivendo e aprendendo com o outro e ajudando-o a tornar-se mais consciente, como pessoa e cidadão, do seu compromisso com a vida e com seu bem estar.

Para Santos (2002), o cuidado de enfermagem se torna possível pelo exercício da solidariedade e sensibilidade do profissional. A enfermeira (agente cuidador) identifica a necessidade e desejo do outro (cliente) de ser cuidado, se reconhece como possuidora de conhecimentos e habilidades especiais (saber/fazer), sente uma energia cósmica em seu próprio corpo (instrumento do cuidado que utiliza seus sentidos, como uma antena, na ausculta/escuta sensível das necessidades e desejos de cuidado), sente-se capaz de ajudar o outro, de promover a interação energética entre cuidador e ser cuidado.

Prosseguindo com a análise sobre o diálogo com a enfermeira, ‘**Suzana**’ declarou enfaticamente:

*\_ Nossa! Nem sei como estaria neste momento. A força que as enfermeiras me deram não tem preço que pague. Elas foram essenciais e espetaculares!*  
(S9)

Atributos como carinho, atenção, paciência, respeito e proteção na relação do cuidado estiveram, de algum modo, presentes no discurso de todos os sujeitos, participantes da pesquisa:

**Rosa:** *\_ Não é por estar na sua frente e estar fazendo esta entrevista, sinceramente, estou gostando muito, muito mesmo [...]. As enfermeiras são atenciosas, assim, com um carinho[...].* (S2)

Franco *et al.* in Silva e Franco (1996, p. 41) ressaltam alguns pressupostos básicos para um relacionamento efetivo:

[...] o oferecimento de apoio pode ser manifestado de diversas maneiras: quando ficamos ao lado da pessoa enferma/sadia atendendo as suas necessidades expressas verbalmente ou não, quando oferecemos segurança a até mesmo quando paramos para ouvi-la [...].

Ficar ao lado de alguém, manifestar apoio, seja através de um olhar, de um carinho, da fala, da escuta, são maneiras de demonstrar atenção e qualificam o diálogo entre o cliente e a enfermeira. Barcelos (2003, p.51) refere que “o outro é fundamental e indispensável em todo o processo dialógico, pois somente assim o homem na relação com o outro, forma sua própria consciência e se constitui como sujeito”.

**Maneco:** *\_ Sou 100% respeitado, muito respeitado. Aqui, o relacionamento entre as enfermeiras e os pacientes, entre as enfermeiras e o ‘Maneco’ é muito bom, não tem como melhorar. É o que eu esperava.*

Waldow (1999) defende que o cuidado humano é uma atitude ética em que os seres humanos percebem e reconhecem os direitos uns dos outros. Tendo em vista que respeito implica em ética, logo, para cuidar é necessário respeitar o outro, valorizá-lo na sua condição plena de sujeito.

No contexto da quimioterapia, ‘**Margô**’ concebe o diálogo com a enfermeira como sendo de “extrema ajuda”:

*\_ Acredito que seja de extrema ajuda, pois neste momento eu me sinto muito bem... A enfermeira consegue tornar algo tão difícil em um momento menos doloroso, passando um pouco de calor humano (produção artística nº 16) (S4)*



**Produção artística nº 16**

Já para ‘**Durval**’, embora considere as enfermeiras “solícitas”, “gentis”, há limites impostos no diálogo com a enfermeira:

*\_ Elas se limitam a responderem as minhas perguntas... Algumas vezes gostaria que a conversa (entre ele e a enfermeira) transcorresse além dos assuntos técnicos. (S6)*

‘**Durval**’, ao explicar o por que escolheu a figura a seguir (produção artística nº 17) na construção de seu Almanaque deixou claro que se trata de um encontro formal, meramente técnico, diferente daquele que espera exista com a enfermeira, tendo na conversa a sua base de sustentação. Isto porque, a conversa ultrapassa a formalidade mesma da transmissão de informações ou de respostas diretivas e padronizadas. Ao invés disso, a conversa emerge como importante canal de comunicação através da qual as pessoas podem interagir e compartilhar experiências. Quando usada pela enfermeira como ação não espontânea, mas sim, pensada como algo que qualifica o cuidado, torna-se um ato intencional, com o objetivo de estabelecer vínculo, promover o encontro, construir relações, acessar o outro.

‘Durval’ se ressent da conversa com a enfermeira que, para ele, deveria transcender os assuntos técnicos do tratamento, ou seja, para sentir-se verdadeiramente cuidado. Denota-se daí que a conversa só será cuidado se afetarmos o outro naquilo que o outro espera e deseja.



**Produção artística nº 17**

**Cris:** *\_ Como falei, no começo ficava na minha, triste, normal, né? Agora, estou mais confiante, e as enfermeiras me ajudam, conversam com a gente, na maioria das vezes esclarecem nossas dúvidas, quando não sabem perguntam aos médicos e nos respondem... As conversas são boas, temos uma boa convivência, elas são muito legais, tentam conversar, nos distrair.* (S12)



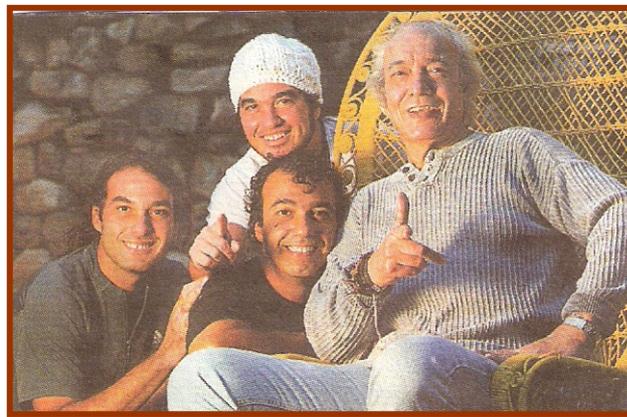
**Produção Artística nº 18**

‘Marília Vitoriosa’ se sente protegida:

*\_ Eu me sinto protegida, toda hora, vem uma olha, se preocupa, eu tenho muita preocupação com a veia, se perder eu acho o fim. Por exemplo, os*

*cuidados que devemos ter com as veias NUNCA (mudou tom de voz), ninguém me falou sobre isso, nem imaginava nada disso. (S11)*

Repara-se que o procedimento que ela exemplifica é técnico, mas o que ela espera da enfermeira está no âmbito do expressivo, do humano. O que deseja é que alguém lhe dê as devidas explicações sobre os cuidados e que escute seus anseios (produção artística nº 19).



**Produção artística nº 19**

Pesquisadora: \_ *Que tipo de diálogo você gostaria que existisse?*

**Marília Vitoriosa:** \_ *O que eu notei é que elas explicam... Eu acho que se eu tiver dúvidas elas vão me responder, achei elas bem competentes, e acho que se eu perguntar alguma coisa, que elas não souberem, vão correr atrás para me esclarecer.*

Em síntese, o que importa ao cliente é que a relação com a enfermeira corresponda às suas expectativas de cuidado, seja respondendo seus questionamentos, esclarecendo suas dúvidas, demonstrando competência técnica, seja garantindo com sua presença constante a expressão do afeto, do carinho, da atenção, do zelo. E o diálogo emerge como fundamental nesse processo, mesmo quando a relação técnica torna-se imperativa, como veremos na próxima subcategoria analítica.

### ⇒ O diálogo sustentado na relação técnica do cuidado

A pesquisa mostrou que, embora os clientes, sujeitos da pesquisa, vivenciem experiências positivas no diálogo com a enfermeira durante o tratamento quimioterápico antineoplásico, a despeito do impacto inicial do diagnóstico da doença, alguns momentos sentem-se de certa forma desubjetivados<sup>2</sup>, apresentando um discurso ambivalente. Foi possível apreender em algumas falas que, numa leitura freiriana, a relação entre eles nem sempre se caracteriza propriamente como diálogo, mas se constrói por meio de perguntas direcionadas e respostas por vezes evasivas por parte da enfermeira, sem explicações ou comentários que satisfaçam às expectativas e anseios dos clientes.

**Durval:** *\_ Não tenho muita coisa a dizer, elas (as enfermeiras) têm sido solícitas, gentis, esclarecendo algumas coisas, mas não dizem tudo, são muito econômicas! (S6)*

**Marcos:** *\_ Até o momento, penso que o diálogo tem sido normal, uma relação amistosa, até o momento em que começo a indagar aspectos como sobrevida, metástase... é que não sou bem atendido ou pelo menos não me sinto satisfeito com as respostas que recebo, são sempre muito evasivas[...]. (S8)*

Lindolpho (1996, p. 109) ressalta que

durante a assistência ao cliente em tratamento quimioterápico, nós, os profissionais, nos sentimos temerosos, pois não sabemos até que ponto ele possui conhecimento de sua situação. Por isso neste assistir nos colocamos à distância, por temer os questionamentos que nos farão, ou por ajuizarmos que suas solicitações são sem fundamento e não pensamos que neste seu pedido de atenção poderá está camuflado o que ele realmente quer.

Esta posição, por vezes assumida pela enfermeira, gera dúvidas e frustração nos clientes. Apesar de referirem ter uma relação de cordialidade com as enfermeiras, por vezes, carecem de maiores esclarecimentos e de verem seus questionamentos atendidos a contento.

---

<sup>2</sup> Termo utilizado para referir ao modo pelo qual muitas vezes na assistência de enfermagem, o cliente perde sua condição de sujeito, agindo de forma passiva, sem questionamentos ou sem participação no processo de cuidado.

É importante que nesta relação entre a enfermeira e o cliente crie-se um envolvimento emocional entre ambos, pois o profissional precisa envolver-se emocionalmente se é que deseja estabelecer verdadeiramente uma relação de cuidado com o cliente.

Segundo Travelbee in Santos e Shiratori (2005), envolvimento emocional é a capacidade de transcender-se a si mesmo e interessar-se por outra pessoa sem que este interesse nos inabilite. É através do envolvimento que nós nos apercebemos do outro, tornando-nos sensíveis à situação que está vivenciando o que nos mobiliza a oferecer ajuda necessária.

Sobre o diálogo sustentado na relação do cuidado, ‘**Rosa**’ declarou:

*\_ Você é bem atendida... As enfermeiras vêm, punccionam, fazem o trabalho delas. Algumas são mais amigas... Outras só fazem o trabalho, mas eu respeito isso. Umas são mais amigas, comunicativas, outras só cumprem o trabalho. (S2)*

‘**Deise**’ e ‘**Margô**’ reiteram a fala de Rosa:

**Deise:** *\_ [...] tudo é muito novo, desconhecido, meio técnico demais... Falam apenas o necessário e nós, pacientes, ficamos quietos, parados só aguardando o que irão fazer com a gente [...]. (S3)*

**Margô:** *\_ Estava me sentindo um objeto de estudo... Falavam muito de mim uns com os outros[...]. (S4)*

A relação técnica no cuidado de enfermagem tende a produzir subjetividades “dóceis”, o que conduz a um processo de alienação do cliente, reduzindo a sua capacidade de decisão. Nesta perspectiva, o cliente é tomado como objeto, em uma relação de reificação. Impera a posição do opressor frente ao oprimido, do dominante ao dominado, do sujeito ao objeto. O cuidado fica dogmatizado, de poder, prestado de alguém (a enfermeira, agente ativo do processo de cuidar) ‘para’ alguém (o cliente, agente passivo).

A respeito dessa relação ‘opressor-oprimido’, Freire (2005, p.37) refere que

*se descobrir na posição de opressor, mesmo que sofra por este fato, não é ainda solidarizar-se com os oprimidos. Solidarizar-se com estes é algo mais que prestar assistência a trinta ou a cem, mantendo-os atados, contudo, à*

mesma posição de dependência. Solidarizar-se não é ter a consciência de que explora e “racionalizar” sua culpa paternalistamente. A solidariedade exige de quem se solidariza que “assuma” a situação de com que se solidarizou, é uma atitude radical.

Na relação de cuidado em que prevalecem os procedimentos técnicos, o cliente é ocupado pelo tratamento, pela doença, pelas intervenções de enfermagem, pelos profissionais de saúde, sempre se submetendo às manipulações alheias, seja do médico, da enfermeira, sempre disponível a alguém ou, mesmo a sua revelia, no esforço de cumprir a exigência de permanecer como corpo passivo e dócil, supondo que assim procedendo estará garantindo o direito de ser cuidado ou o restabelecimento de sua saúde (BARCELOS, 2003). Vejamos o desabafo de ‘**Marcos**’:

*\_ Me sinto uma cobaia: \_ bom dia senhor. Posso dar uma olhadinha no seu braço, para puncionar a veia? É só uma picadinha [...]. (S8)*

Penso que para cuidarmos, precisamos em primeiro lugar respeitar o ser cuidado. Por isso, o cuidado não pode ser visto exclusivamente como domínio de procedimentos técnicos e da tecnologia, mas algo que transcende, que é o lidar com o outro, sendo o cuidar uma via de mão dupla, ou seja, sujeitos cuidando de outros sujeitos, como revela Ferreira (2002, p.17):

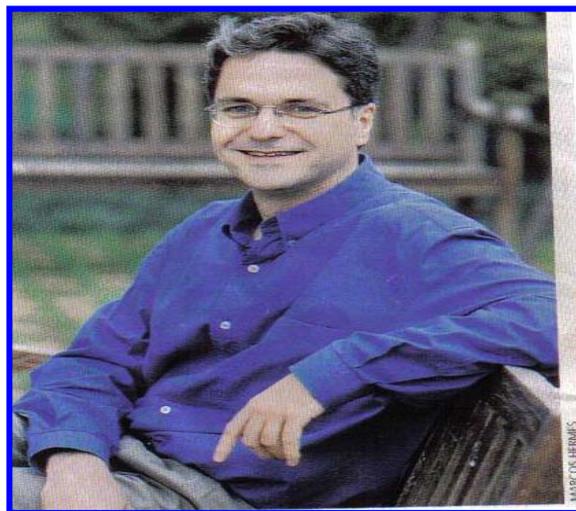
*Se a técnica e a tecnologia são importantes e, por vezes, imprescindíveis na promoção da saúde e manutenção da vida, a vertente expressiva cria a necessidade do contato, do encontro face a face, oportunizando a construção e reconstrução das relações interpessoais, tão ricas nos processos humanos de convivência.*

Vale ressaltar que se entendermos a enfermagem como a arte de cuidar do outro, isto nos faz pensar o cuidado como além do prescritivo, depositário, daquele que é exercido pela enfermeira ‘para’ o cliente. Na perspectiva do cuidado humano, o cuidado assume conotação diferenciada, ele se objetiva na inter-relação que se estabelece com o outro que participa conosco deste cuidado (WALDOW, 1999). Logo, a enfermeira cuida ‘com’ o outro, no sentido de valorizar sua participação em todo o processo de cuidar.

Lindolpho (1996, p. 107) reitera que “enquanto enfermeiros que compõem a equipe multidisciplinar, cuidamos de pessoas envolvidas no ciclo de saúde-doença, lidamos com a facticidade da vida e a compartilhamos de tal maneira que não podemos simplesmente dela nos desligar”. Mas, necessitamos refletir a respeito da maneira com a qual estamos próximos dos clientes e se realmente permitimos que eles expressem a sua necessidade imanente.

Contudo, se a situação de submissão do cliente em relação aos profissionais de saúde e de enaltecimento do procedimento técnico e tecnológico em detrimento do cuidado expressivo prosseguem, a subjetividade do cliente tende a ser subtraída pela subjetividade própria do profissional que se sobrepõe a do cliente, devido à relação verticalizada, resultando em uma relação de poder, onde um fala, o outro escuta e se cala; um solicita, o outro atende à solicitação. Não há questionamento, não há troca, há transmissão de mensagens que precisam ser absorvidas, depositadas, quase que de forma mecânica, considerada, por vezes, ‘normal’ para o cliente:

**Duda:** *\_ Eu costumo ficar quieto... Fico na minha... Atendo a tudo que me solicitam [...]. (S7) (Produção artística nº 20)*



**Produção Artística nº 20**

**Rosa:** *\_ Sinceramente, eu não tenho o que dizer, não. Para mim, tudo bem. [...] as enfermeiras vêm, puncionam, fazem o trabalho delas... [...] Você sabe quando uma enfermeira pergunta como você está, aquela série de perguntas que elas fazem só para constar[...]. (S2)*

Sobre a posição da enfermeira no diálogo com o cliente, ‘**Durval**’ ressaltou:

*\_ Elas se limitam muitas das vezes a simplesmente responderem às minhas perguntas. (S6)*

Esta relação é definida por Freire (2001) como monológica, cujas bases se assentam na verticalização do saber. Nesse tipo de relação, há a pessoa que sabe, transmite o conhecimento ao outro, depositando-o no outro. Não considera o saber do outro como importante e necessário à construção e reconstrução de seu próprio saber, pois é auto-suficiente. Ocorre que, como refere Freire (2005, p.72), a auto-suficiência é incompatível com o diálogo:

Os homens que não têm humildade ou a perdem, não podem aproximar-se do povo. Não podem ser seus companheiros de pronúncia do mundo. Se alguém não é capaz de sentir-se e saber-se tão homem quanto os outros, é que lhe falta ainda muito que caminhar, para chegar ao lugar de encontro com eles. Neste lugar de encontro, não há ignorantes absolutos, nem sábios absolutos: há homens que, em comunhão, buscam saber mais.

Trazendo as idéias do autor para o campo do cuidado de enfermagem e da prática dialógica de cuidar da enfermeira, é mister que a enfermeira garanta voz aos clientes, de modo que possam expor suas dúvidas, receios, questionamentos, expressar suas angústias seus sentimentos, participar ativamente com a enfermeira na totalidade do cuidado. Seguindo outra direção, sem voz, sem questionamento, sem participação, não há espaço para crítica, para reflexão, para tomada de consciência; o cliente tornar-se-á objeto do cuidado, aceitando passivamente o que lhe é imposto.

Em uma análise freiriana, o homem só torna-se sujeito quando reflete sobre sua condição de sujeito, inserido histórico-socialmente. Freire (1980) destaca que quanto maior a capacidade de reflexão crítica do ser humano sobre sua existência melhor condição terá de atuar sobre ela de modo a transformá-la. O homem “temporalizado” e “situado” intervém na realidade, a partir da tomada de consciência e do desenvolvimento crítico que o possibilita à

condição de sujeito, tornando consciente de sua realidade, integrando-se nas condições do contexto, respondendo aos desafios, transformando a si e a sua realidade. Vejamos o discurso de **‘Marília itoriosa’**:

*\_ Em relação às meninas (enfermeiras) que vão pegar a veia, elas (as veias) ficam fininhas... Eu cheguei e já comecei a especular: \_ Quem é a boa aqui, eu não, não vai ficar me furando não, eu hoje já cheguei aqui assim... A minha preocupação é o que vai desencadear um nervosismo muito grande em mim, se ficarem me furando o tempo todo, começo a me sentir mal, ficar nervosa, me dá até vertigem. (S11)*

O discurso de ‘Marília Vitoriosa’ está amparado em um aspecto técnico do cuidado, voltado aos procedimentos que ela sabe que terão que ser realizados nela. Como possui uma experiência anterior muito negativa ela a traz para sua situação do momento. Fica a reflexão: como minimizar essa carga tão negativa da experiência anterior de cuidado? Quando questionada acerca do que tinha a dizer sobre o diálogo com a enfermeira, a necessidade imediata apresentada por ela foi falar de suas preocupações quanto ao manuseio técnico no seu corpo e as descargas emocionais que certamente iriam ser desencadeadas.

Assim como ‘Marília Vitória’, alguns outros participantes também já foram submetidos anteriormente a condutas médico-diagnósticas, procedimentos cirúrgicos e radioterapia. Cada um trazendo consigo suas experiências prévias de sofrimento, de êxito ou insucesso, atribuindo valor e importância diferenciados em relação ao tratamento.

É fundamental que a enfermeira desenvolva uma relação de ajuda com o cliente, colaborando com a sua integração no contexto da terapêutica quimioterápica que deve ultrapassar os limites da administração de drogas. Os clientes e familiares devem estar inseridos neste contexto, como participantes do processo.

Como vimos, o cuidado de enfermagem se assenta sob duas vertentes: uma objetivada no desenvolvimento de técnicas e procedimentos; e, a outra, de caráter subjetivo, se fundamenta nas relações estabelecidas entre a pessoa do cliente e da enfermeira e guardam qualidades próprias do humano.

Essas qualidades se expressam na criatividade, na sensibilidade, na cooperação, no respeito mútuo, na empatia, na valorização do outro, no amor, entre tantas outras qualidades que fazem a diferença no cuidado e que marcam a expressão técnica e humana não como excludentes, mas complementares e essenciais no cuidado de enfermagem. O cuidado, ainda que expresso em procedimentos técnicos, não deixa de ser cuidado humano, porque envolve o encontro entre seres humanos que imprimem na relação suas características eminentemente humanas.

*“Quero caminhar na certeza de chegar,  
Quero lutar na certeza de vencer,  
Quero buscar na certeza de alcançar,  
Quero saber esperar  
Para poder realizar os ideais do meu ser.  
ENFIM,  
Quero dar o máximo de mim,  
para viver intensamente.”*

Autor desconhecido

## **CAPÍTULO V**

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Viver e conviver com câncer continua sendo um fato social significativo. Possui conotações maléficas, desencadeia modificações importantes nas relações sociais do doente e na dinâmica familiar. A pessoa acometida por uma doença crônica a incorpora no seu processo de viver, requerendo mudanças no seu estilo de vida. Por vezes, essas mudanças traduzem-se em redução ou perda da capacidade de autocuidado e de agir com autonomia. Tanto o doente quanto sua família buscam nas suas potencialidades individuais e nas crenças religiosas o apoio que necessitam para seguir a vida e superar os obstáculos impostos pela doença.

Sem dúvida, a quimioterapia potencializa a possibilidade de prosseguir com a vida; no entanto, torna-se questionável sua qualidade, tendo em vista os efeitos agressivos das drogas que agem tanto físico quanto psicologicamente. Essas são responsáveis pela transformação nos corpos dos doentes, pelas mudanças na imagem corporal e na auto-estima, resultando em sentimentos conflituosos de dor, sofrimento, medo, frustração, angústia, desespero.

Nesse ínterim, o diálogo torna-se essencial no sentido de não reforçar no doente condição de inutilidade ou incapacidade na gerência de suas atividades diárias. É importante na prática dialógica da enfermeira discutir com o cliente que, a despeito das dificuldades enfrentadas no curso da doença ele reúne possibilidades de escolha e de decisão sobre si, preservando sua condição de sujeito, logo, ativo e participante do processo do cuidado.

Nesse sentido, as concepções do cliente com câncer sobre o diálogo com a enfermeira no contexto da terapêutica quimioterápica antineoplásica foram investigadas com o intuito de contribuir com o cuidado de enfermagem no âmbito desta terapêutica, colaborando com

mudanças na prática de cuidar da enfermeira junto a este cliente já tão estigmatizado pela própria construção social da doença.

O discurso dos sujeitos da pesquisa oportunizou descrever as bases do diálogo entre a enfermeira e os clientes no contexto desta terapêutica e o que eles pensam sobre o diálogo com a enfermeira nesse espaço, fundamentada nas suas experiências vivenciadas durante o tratamento no cenário ambulatorial. Essas concepções dos clientes conduziram a discussão sobre a prática dialógica da enfermeira como fundamental no cuidado.

Para desenvolver tais objetivos, parti da minha experiência profissional com clientes oncológicos em que muitas vezes verificava e outras tantas, reproduzia, uma relação de cuidado cuja prioridade se assentava nos procedimentos técnicos em detrimento dos expressivos. Embora existisse uma preocupação com o cliente cuidado e a presença de atributos indispensáveis à construção da relação humana, o que predominava era o cuidado tendo como base o modelo depositário, cuja posição do cliente se caracterizava como o de objeto do cuidado, espectador das ações dos profissionais de saúde sobre o seu corpo e mesmo sobre suas vidas.

Com base nas entrevistas realizadas com clientes sob tratamento ambulatorial, conjugadas à técnica de criatividade e sensibilidade “Almanaque”, a partir da temática apresentada para a produção artística dos sujeitos, qual seja: “o diálogo que se estabelece entre a enfermeira e o cliente durante a terapêutica quimioterápica”, os participantes dissertaram sobre o que, na sua concepção, se constituem como possibilidades do diálogo com a enfermeira, diante aos limites impostos pela situação mesma da doença.

Para retratar essas possibilidades, os participantes do estudo revelaram seus sentimentos, suas ações e reações frente ao impacto do diagnóstico, a exclusão dos papéis sociais, a auto-estima e a auto-imagem prejudicadas e o medo do desconhecido, levando, por vezes, ao apelo a crenças religiosas.

Estas dificuldades acabam por limitar o diálogo entre o cliente e a enfermeira, cabendo à enfermeira a habilidade para driblar a situação e diante dos limites encontrar as possibilidades de dialogar com o cliente. Além das dificuldades enfrentadas no início do tratamento antineoplásico, os clientes, participantes da pesquisa, também destacaram alguns atributos tanto da relação técnica quanto humana no cuidado como marcantes no diálogo com a enfermeira.

Ficou evidente a importância da prática dialógica da enfermeira com o cliente no cuidado, tentando aliviar sentimentos destrutivos e ameaçadores à sua integridade física e emocional, fornecendo-lhe as informações necessárias acerca da doença e seu tratamento, procurando estabelecer laços de confiança para que o cliente possa verbalizar seus temores, encorajando-os a expressarem suas dúvidas, preocupações, anseios e expectativas, em uma autêntica relação de ajuda, de solidariedade e apoio no enfrentamento das situações que se apresentam ao viver e conviver com o câncer.

Para isso, a enfermeira imprime à sua ação características essenciais e imprescindíveis na relação humana, tais como, o toque, o olhar, a expressão facial, atitudes indispensáveis à interação dialógica. É essencial garantir voz a estes clientes, deixando-os confiantes no tratamento, colocando-se à disposição, demonstrando interesse e compaixão, assegurando sua participação como sujeito do cuidado.

Na concepção freiriana, o homem, enquanto sujeito histórico-social, faz e refaz o mundo; a cada nova realidade que se apresenta é objeto de uma nova reflexão crítica que o leva a uma tomada de consciência. Ao tomar consciência sobre a realidade, ele passa de uma posição ingênua a crítica. Relacionando o pensamento de Freire ao presente estudo tem-se que, a dialogicidade, entendida como exercício vivo do diálogo, aplicada ao cuidado de enfermagem demanda um discurso e uma prática transformadores, mediados pela participação do sujeito (cliente) no processo do cuidar. Cria-se um espaço de integração, de trocas, em

contraposição à relação monológica, em um ato depositário de conhecimentos e exposição de idéias.

No que se refere às vertentes técnica e humana no cuidado, alguns sujeitos do estudo se ressentiram da falta do diálogo com a enfermeira na relação do cuidado, revelando que o encontro entre eles se dava através de perguntas e respostas direcionadas, caracterizando em uma relação vertical, de procedimentos técnicos em detrimento do cuidado humano.

Esta relação antidialógica reforça sentimentos que acompanham os clientes vivendo com câncer, como o medo, a solidão, a insegurança, sentimentos estes que determinam a posição passiva que ocupam no cuidado de enfermagem, ainda mais quando associados aos estigmas e preconceitos próprios da construção social da doença.

É fato que o câncer é considerado pela sociedade uma doença ameaçadora, atinge grande número de pessoas supostamente saudáveis que se deparam com a presença da doença, afetando sobremaneira a vida desse indivíduo e de sua família, devido sua vulnerabilidade frente à possibilidade de morte eminente e toda a problemática própria e resultante da doença.

Neste sentido, à enfermeira cabe ajudar o cliente a romper com estas barreiras com as quais se deparam, principalmente ao iniciar o tratamento quimioterápico antineoplásico, valorizando-o, procurando respeitar sua individualidade, seus valores, sua forma de estar e se relacionar com o mundo. Afinal, cada pessoa tem o seu tempo próprio para absorver os problemas que se encontram imbricados à condição de doente.

O diálogo que se fundamenta na pedagogia humanística contribui com a relação menos opressora entre a enfermeira e o cliente no cenário ambulatorial, na medida em que pressupõe abertura, troca, horizontalidade na relação interpessoal e no cuidado de enfermagem em si, pois o ato participativo é humanizante.

O espaço participativo, dialógico, vislumbra a reconstrução de idéias, posições, conhecimentos, que contribuem, sobremaneira, para reformulações no pensar e no agir, tanto

do profissional, quanto do ser cuidado. Desta forma, as enfermeiras, necessitam de capacitação contínua para o desenvolvimento e aprimoramento não somente das habilidades técnicas, mas, sobretudo, do relacionamento interpessoal com o cliente, de modo a minimizar as ansiedades e inseguranças que porventura estejam presentes na relação do cuidado.

Assim, quando se fala em cuidado humanizado junto ao cliente com câncer está se falando na condição plena do cliente manifestar-se como sujeito que toma consciência, opta e decide sobre si, ou seja, de exercer sua condição de ser autônomo. Vale ressaltar, contudo, que, isso não retira da enfermeira a responsabilidade de agir como facilitadora desse processo de cuidar, mantendo com o cliente uma relação de ajuda, criando um espaço de cuidado em que o cliente possa verbalizar seus sentimentos e descobrir suas potencialidades para lidar com a doença.

Também a enfermeira deve ajudá-lo na busca de alternativas de soluções dos problemas que emergem no decorrer do tratamento, o instrumentalizando para a tomada de decisões sobre a doença e sobre sua vida com a doença. Em síntese, propicia um ambiente verdadeiramente de cuidado, tendo no diálogo o fundamento da relação expressa nesse ambiente, colaborando no conhecimento de si e do outro na condução das ações terapêuticas.

Nessa linha de raciocínio, é oportuno destacar que quando se trata de entender e implementar o cuidado numa perspectiva humanizada, independe do tipo ou das características da instituição – se pública ou privada, pois o que está em voga é a relação pessoa-pessoa. Nesse sentido, o estudo ratificou que não há diferenças expressivas entre esses setores quando se trata da relação humana no âmbito do cuidado de enfermagem.

É oportuno também destacar que, como discutimos neste estudo, a relação técnica e humana são faces do mesmo cuidado, são interdependentes. Ao realizar um procedimento técnico o enfermeiro leva consigo suas qualidades humanas e as imprime no cuidado. Por sua vez, independente de procedimentos técnicos ou outro tipo qualquer de interação estabelecida

entre o cliente e a enfermeira, este pode não significar efetivamente um cuidado, sempre quando o outro (o cliente) não se sentir verdadeiramente cuidado.

A close-up photograph of two hands clasped together in a firm grip, symbolizing strength and support. The hands are positioned centrally, with fingers interlaced. The background is a soft, out-of-focus purple and blue gradient. The lighting is warm, highlighting the texture of the skin and the veins on the hands.

*“A luta é árdua, porém, a vitória, é gloriosa.”*

## REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, L.F.F.L **Enfermeiras cuidando em oncologia ambulatorial: a consulta de enfermagem e o sentido do cuidar**. 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

ALMEIDA, A.M.; MAMEDE, M. V. **Vivendo com a incerteza da doença**: a experiência de mulher com câncer de mama. 1997. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

ALVIM, N.A.T.; CABRAL, I. E. O lugar das plantas medicinais nos espaços privado-domiciliar e acadêmico-profissional das enfermeiras. **R. Enferm. Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 3, n.3, p. 90-10, 1999.

ALVIM, N.A.T.; FERREIRA, M.A. O cuidado de enfermagem pelas plantas medicinais. In: **Práticas de enfermagem**. Ensinando a cuidar em Saúde Pública. São Caetano do Sul: Difusão Enfermagem, 2003.

ANJOS, A. C. Y. dos; ZAGO, M. M. F. A experiência da terapêutica quimioterápica oncológica na visão do paciente. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n.1, p. 33-40, jan./fev. 2006.

BARBOSA, R.C.M.; XIMENES, L.B.; PINHEIRO, A.K.B. Mulher mastectomizada: desempenho de papéis e redes sociais de apoio. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 18-24, jan./mar. 2004.

BARCELOS, Luísa M. S. de. **O cuidado de enfermagem hospitalar na perspectiva de clientes vivendo com AIDS**. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2003.

BARCELOS, M. L de; ALVIM, N. A. T. Conversa: um cuidado fundamental de enfermagem na perspectiva do cliente hospitalizado. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF), v. 56, n. 3, p. 236-241, maio/jun. 2003.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARLETA, I. M. P. **A mulher com alterações corporais**: um estudo de representações sociais. 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2003.

BONASSA, E.M.A. **Enfermagem em quimioterapia**. São Paulo: Atheneu, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Lei nº 196/96**. Diretrizes e normas reguladoras de pesquisa com seres humanos. Brasília (DF), 1996.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil**. 2003. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativas/2003/index>>. Acesso em: 23 nov. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativas de novos casos de câncer por estados para 2005**. 2005. Disponível em:

<<http://www.inca.gov.br/cancer/estimativas/2006>>. Acesso em: 13 set. 2006.

CARVALHO, M. V. B. de; MERIGHTI, M. A. B. O cuidar no processo de morrer na percepção de mulheres com câncer: uma atitude fenomenológica. **Rev. Latino-americana Enfermagem**, v. 13, n.6, p. 951-9, nov./dez. 2005.

COELHO, Gleani S. **Os saberes e práticas de cuidar do universo comum de famílias de clientes com doença de Alzheimer**. 2004. 129f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

FERREIRA, M. de A. **O corpo no cuidado de enfermagem**: representações de clientes hospitalizados. 1999. 267p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

FERREIRA, M. de A. As correntes teóricas e práticas das dimensões do cuidar na infância. **Revista de Enfermagem Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.6, Suplemento 1, 2002.

FIGUEIREDO, N. M. A. de; MACHADO, W.C.A. 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.

FRANCO, M. C. et al. Construção epistemológica e cultural do cuidar em enfermagem. In: SILVA, Y. F.; FRANCO, M. C. **Saúde e Doença**. Uma abordagem cultural da enfermagem. Florianópolis: Papa-Livro, 1996. p.26-55.

FREIRE, Paulo. **Conscientização**: teoria e prática da libertação. São Paulo: Centauro, 1980.

\_\_\_\_\_. **Educação como prática da liberdade**. 19.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

\_\_\_\_\_. **Educação e mudança**. 20.ed. São Paulo: Paz e Terra, 1994. 79 p.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 27.ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996. (coleção leitura).

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da esperança**. 4.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998. 245 p.

\_\_\_\_\_. **Extensão ou comunicação?** 11.ed. São Paulo: Paz e Terra, 2001. 93 p.

\_\_\_\_\_. **Educação e Mudança**. 27.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do Oprimido**. 40.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GALLO, C.V.M. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.51, n.3, p.227-234, jul./ago./set. 2005.

JESUS, L. L. C.; LOPES, R. L. M. Considerando o câncer de mama e a quimioterapia na vida da mulher. **Rev. de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 11, n.2, p. 208-1, maio/jun. 2003

KOHN, Ruth C. A pesquisa pelos práticos: a implicação como modo de produção dos conhecimentos. Universidade de Paris VIII. **Bulletim de Psychologie**, n..377, 1984.

LESHAN, L. **O câncer como ponto de mutação**. 2.ed. São Paulo: Summus, 1992. p.39-72.

LINDOLPHO, M. da C. **O cliente submetido à quimioterapia oncológica sob a ótica compreensiva do enfermeiro**: o significado do tratamento. 1996. 161p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

LOPES, G. T. et. al. **Reflexões sobre a pesquisa em enfermagem**. Rio de Janeiro: ABEN, 1988. p.70. (Cadernos de Enfermagem, I).

LOURENÇO, Maria Teresa Cruz; COSTA, Célia Lúcia da. Psico-oncologia. In: BRENTANI, M.M.; COELHO, F.R.G.; KOWALSKI, L.P. (Orgs.). **Bases da oncologia**. 2.ed. São Paulo: Mariana e Tedmedd, 2003.

MENDES, P. W.; CASTRO, E. S.; FERREIRA, M. de A. As vertentes do cuidado de enfermagem: o técnico e o expressivo na assistência hospitalar. **Revista de Enfermagem Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p.239-46, 2003.

MENEZES, M. F. B.; CAMARGO, T. C. A fadiga relacionada ao câncer como temática na enfermagem oncológica. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 442-7, maio/jun. 2006.

MINAYO, M. C. de S. et. al. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 3.ed. São Paulo/ RJ: Hucitec-Abrasco, 1994.

MOREIRA, M.C. **Desvendando máscaras do câncer nas representações das enfermeiras**. 1996. Dissertação (Mestrado de Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1996.

MOREIRA, M.C. **O cuidado de ajuda da ansiedade de clientes com câncer**. 2002. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

OLIVEIRA, R. S. de. **A dialética do cuidado**: o humano e o tecnológico em um Centro de Terapia Intensiva. Rio de Janeiro. 2002. 131p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

PITIÁ, A C. de A. et. al. O corpo e o cuidado de enfermagem. **Revista Paulista de Medicina**, São Paulo, v.15, n.1, p. 93-94, 2002.

SANTOS, M.L.S. **Os caminhos da afetividade no cuidar de enfermagem**. **R Enferm Esc Enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.6, n.3, p.397-409, dez. 2002.

SOUTO, M. D.; SOUZA, I. E. de O. Sexualidade da mulher após a mastectomia. **R Enferm Esc de Enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 8, n.3, p. 402-10, dez. 2004.

TRAVELBEE, J.B.S.N. Intervención em enfermagem. In: SANTOS, Carla Cristina Viana; SHIRATORI, Kaneji. A influência da comunicação não verbal no cuidado de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm, Brasília**, v. 58, n. 4, p. 434-7, jul./ago. 2005.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1999. 202p.

\_\_\_\_\_. **Cuidado humano**: o resgate necessário. 3.ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

\_\_\_\_\_. **O cuidado na saúde**. As relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis: Vozes, 2004.

ZANCHETTA, M. S. **Enfermagem em Cancerologia** - prioridades e objetivos assistenciais. Rio de Janeiro: Revinter, 1993. p.2.

ZEFERINO, Luiz Carlos; COELHO, Francisco Ricardo Gualda. Organização de sistemas de saúde. In: BRENTANI, M.M.; COELHO, F.R.G.; KOWALSKI, L.P. (Orgs.). **Bases da oncologia**. 2.ed. São Paulo: Mariana e Tedmedd, 2003.

**APÊNDICE A**  
**CARTA DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

**À**

**Clínicas Oncológicas Integradas**

Na qualidade de Professora Doutora, Adjunta do Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, eu, Neide Aparecida T. Alvim, apresento a mestranda Conceição Adriana Sales Fontes, que vem por meio desta, solicitar autorização para que possa coletar os dados para a realização de sua dissertação de mestrado intitulada "O Diálogo com clientes com câncer submetidos à terapêutica quimioterápica: subsídios para o cuidado de enfermagem ambulatorial".

O estudo tem como objetivos: descrever o diálogo ocorrido entre a enfermeira e o cliente submetido a quimioterapia antineoplásica, na perspectiva do cliente; analisar as concepções destes clientes sobre a prática dialógica do cuidado de enfermagem; discutir as possibilidades do cuidado de enfermagem a estes clientes baseada na prática dialógica.

Os dados serão coletados no ambulatório desta Clínica junto aos clientes em tratamento quimioterápico. Cabe ressaltar que os dados coletados serão utilizados somente para fins científicos e que será garantido o anonimato dos clientes, sujeitos da pesquisa.

Cordialmente,

Prof. Dra. Neide Aparecida T. Alvim (orientadora da pesquisa)

Enf. Mestranda Conceição Adriana S. Fontes (aluna de mestrado, autora da pesquisa)

**APÊNDICE B**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado participante:

Gostaria de solicitar a sua participação na pesquisa que estou realizando sobre a perspectiva dialógica do cuidado de enfermagem junto a clientes submetidos à quimioterapia antineoplásica. Este estudo está sendo realizado como uma das atividades do Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ.

Deste modo, a sua relevância está relacionada, principalmente no fato de produzir um conhecimento acerca:

- 1 – Do diálogo entre o cliente e a enfermeira no início da quimioterapia;
- 2 – O diálogo nas sessões subseqüentes;
- 3 – As concepções do cliente sobre o diálogo no cuidado de enfermagem.

O principal benefício está relacionado a possibilitar reflexões e críticas construtivas a respeito do cuidado em enfermagem de qualidade, contribuindo também para a construção de um cuidado cada vez mais científica e humana.

Os instrumentos de coletas de dados compõem-se de técnicas de criatividade e sensibilidade, através de produção artística.

Será importante que ao aceitar participar desta pesquisa você saiba que os seguintes aspectos estarão assegurados:

- A garantia de sigilo que assegure que os dados confidenciais envolvidos na pesquisa não serão revelados.
- Os responsáveis pela realização do estudo se comprometerão a zelar pela integridade e bem estar dos participantes da pesquisa.
- Serão respeitados os seus valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como seus hábitos e costumes.
- Você terá liberdade para se recusar a participar ou a retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem penalização alguma e sem prejuízo.
- Não está previsto nenhum gasto financeiro para você.
- Solicito também sua autorização para gravar toda a discussão ocorrida nos encontros para a coleta de dados e scanear apenas as produções realizadas durante o encontro.

Sua imagem e identidade não serão reveladas. As fitas gravadas ficarão sob a minha guarda por cinco anos ao término dos quais serão destruídas. "

Em caso de dúvidas durante a pesquisa, você poderá solicitar esclarecimentos com a própria pesquisadora, Enfermeira Conceição Adriana Sales Fontes. Telefone: 021-22683265 e 99756781. Certos de contar com a sua colaboração.

Atenciosamente,

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

---

Assinatura do participante

---

Assinatura da pesquisadora

# 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](#)