

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM ENFERMAGEM

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

O SIGNIFICADO DO CUIDADO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM ÀS CLIENTES
PORTADORAS DE CÂNCER DE COLO UTERINO SUBMETIDAS À RADIOTERAPIA:
PERCEPÇÃO DA ENFERMEIRA

CLÁUDIA QUINTO SANTOS DE SOUZA

JOSÉTE LUZIA LEITE
ORIENTADORA

RIO DE JANEIRO
DEZEMBRO DE 2010

O SIGNIFICADO DO CUIDADO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM ÀS CLIENTES
PORTADORAS DE CÂNCER DE COLO UTERINO SUBMETIDAS À RADIOTERAPIA:
PERCEPÇÃO DA ENFERMEIRA

CLÁUDIA QUINTO SANTOS DE SOUZA

Pesquisa referente à dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Neri / UFRJ, Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional em Enfermagem – GESPEN, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre.

JOSÉTE LUZIA LEITE
Orientadora

RIO DE JANEIRO
DEZEMBRO DE 2010

O SIGNIFICADO DO CUIDADO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM ÀS CLIENTES
PORTADORAS DE CÂNCER DE COLO UTERINO SUBMETIDAS À RADIOTERAPIA:
PERCEPÇÃO DA ENFERMEIRA

CLÁUDIA QUINTO SANTOS DE SOUZA

Banca examinadora

Presidente
Dra Marléa Chagas Moreira

1ª Examinadora
Dra Leila Milman Alcântara

2ª examinadora
Dra Nereida Lúcia Palko dos Santos

Suplente
Dra: Laísa Figueiredo Ferreira Lós de Alcântara

Orientadora
Dra Joséte Luzia Leite

FICHA CATALOGRÁFICA

Souza, Cláudia Quinto Santos de

O significado do cuidado na consulta de enfermagem às pacientes portadoras de câncer de colo uterino submetidas à radioterapia: percepção da enfermeira/ Cláudia Quinto Santos de Souza. Rio de Janeiro: UFRJ / EEAN, 2010.

126 f

Orientadora: Joséte Luzia Leite

Dissertação (mestrado) –UFRJ/EEAN/GESPEN, 2010.

1- Enfermagem; 2 – Integralidade; 3 – Gerenciamento do cuidado;

4 – Radioterapia.

ORIENTADORA

Professora Joséte Luzia Leite

À minha querida orientadora Joséte, que soube me conduzir com doçura e firmeza e que acima de tudo confiou em mim.

Obrigada por sua sabedoria, humildade e disponibilidade.

AGRADECIMENTOS

- À Deus, por ter me dado a oportunidade de estar aqui.
- Aos meus amigos espirituais por terem me sustentado e guiado durante essa caminhada, principalmente nos momentos difíceis em que pensei em desistir.
- Às minhas filhas, Carolina e Natasha, Seres de Luz a mim confiados que souberam esperar e compreender as minhas ausências, me apoiando sempre.
- À minha mãe, exemplo maior de minha vida e incentivadora incansável de minhas realizações, todo o meu amor e reconhecimento pelo apoio.
- Ao meu pai, pela presença amorosa, silenciosa e firme.
- Aos meus irmãos, cunhados e sobrinho por todo amor, apoio e confiança durante esse período.
- À minhas avós Andreлина e Danúzia (in memoriam) e minha tia Magdalena (in memoriam), mulheres, nordestinas e vencedoras, por me ensinarem o valor da luta em busca das realizações.
- À minha amiga Letícia Batista por todo amor a mim dedicado neste tempo em que convivemos.
- Aos amigos Patrícia Claro, Alan Peixoto, Ilse Ferreira e Valdecyr Herdir, pessoas especiais, grandes incentivadores e responsáveis diretos pelo meu ingresso no mestrado.
- Às professoras Leila Milman Alcantara, Marléa Moreira, Laísa Alcântara e Nereida Santos pelas contribuições valiosas na construção deste trabalho.

- Aos docentes do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery e aos colegas do curso de mestrado e doutorado, pela riqueza de nossas aulas.
- À secretaria da Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery e seus representantes Sonia e Jorge Anselmo.
- Ao Chefe da Divisão de Enfermagem do HC II /INCA - Carlos Alberto Camilo Alves pelo incentivo, confiança e apoio necessários para o desenvolvimento deste trabalho.
- Aos enfermeiros Mary Mirian, Ana Paula, Maria Cláudia, Ubiratan, Ana Isabel, Mônica e Graça companheiros no trabalho diário e a toda minha equipe de enfermagem, pela parceria e toda força que me deram neste período.
- Aos queridos secretários Eduardo Cavalcante, Cláudia Figueiredo e Renata Giorgi pelo apoio constante.
- As enfermeiras e clientes que concordaram em participar deste estudo.
- A todos os que contribuíram direta ou indiretamente para a conclusão desta jornada.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Acelerador linear	36
Figura 2 - Aparelho de braquiterapia alta taxa de dose (HDL)	37
Figura 3 - Instrumental da braquiterapia.....	38
Figura 4 - Foto do Hospital do Câncer I e Cemo.....	54
Figura 5 - Foto do Hospital do Câncer II.....	55
Figura 6 - Foto do Hospital do Câncer III.....	55
Figura 7 - Foto do Hospital do Câncer IV.....	56

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos casos de câncer de colo de útero por estadiamento	15
Gráfico 2 – Distribuição dos sujeitos por sexo.....	62
Gráfico 3 – Distribuição dos sujeitos por unidade de atuação.....	62
Gráfico 4 – Distribuição dos sujeitos por idade.....	63
Gráfico 5 – Tempo de formação.....	63
Gráfico 6 – Tempo de atuação em radioterapia.....	64
Gráfico 7 – Faixa etária de clientes.....	64

RESUMO

SOUZA, Cláudia Quinto Santos de. **O significado do cuidado na consulta de enfermagem as clientes portadoras de câncer de colo uterino submetidas à radioterapia: percepção da enfermeira** Dissertação de mestrado (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Ana Nery, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro. RJ, 2010. Orientadora: Joséte Luzia Leite

A consulta de enfermagem à cliente portadora de câncer de colo uterino submetida à radioterapia deve ser realizada a partir da integração de ações sistematizadas e coerentes, dirigidas para a produção de resultados que possibilitem um cuidado humanizado, de qualidade e com vistas à integralidade. Neste sentido, este estudo tem como objeto o gerenciamento do cuidado na consulta de enfermagem ambulatorial às clientes portadoras de câncer de colo uterino com indicação de radioterapia. Seus objetivos foram: identificar os significados atribuídos pela enfermeira ambulatorial ao cuidado as clientes portadoras de câncer do colo uterino e submetidas à radioterapia; descrever as ações desenvolvidas pelas enfermeiras durante a consulta de enfermagem a estas clientes; discutir suas implicações para o gerenciamento do cuidado destas clientes e propor a sistematização do cuidado de enfermagem para as clientes portadoras de câncer de colo do útero submetidas a radioterapia, durante o seguimento ambulatorial, sob a ótica das enfermeiras e das clientes. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, tendo como referencial teórico o Interacionismo Simbólico. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada com 8 enfermeiras que atuam na assistência ambulatorial as clientes portadoras de câncer de colo uterino e submetidas à radioterapia, e, 13 clientes que participaram da referida consulta. Os cenários do estudo foram os Hospitais do Câncer I, II e III do Instituto Nacional do Câncer, localizado no município do Rio de Janeiro. Os resultados revelaram uma assistência de enfermagem diferenciada no que concerne a atuação da enfermeira, porém, ainda não completamente sistematizada, onde a profissional identifica a consulta de enfermagem como fundamental para o desenvolvimento de ações educativas e como um espaço que favorece a relação interacional por meio da escuta ativa. No que se refere às implicações para o gerenciamento do cuidado as enfermeiras percebem fatores institucionais que levam à descontinuidade do cuidado da cliente, dificultando a criação de vínculos e o desenvolvimento de ações mais efetivas que garantam a integralidade da assistência. O estudo apresenta uma proposta de sistematização da assistência a cliente portadora de câncer de colo de útero submetida à radioterapia, tendo como perspectiva contribuir para o desenvolvimento de ações que favoreçam o cuidado integral desta clientela.

Descritores: Enfermagem, Integralidade, Gerenciamento do cuidado, Radioterapia

ABSTRACT

SOUZA, Cláudia Quinto Santos de. **The meaning of care in nursing consultation of women with cervical cancer subjected to radiotherapy: the perception of the nurse. Master's degree paper** (Nursing master's degree). Escola de Enfermagem Ana Nery, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro. RJ, 2010.
Advisor: Joséte Luzia Leite

The nursing consultation to women with cervical cancer subjected to radiotherapy must be done through the integration of systematized and coherent actions, driven to the production of results that allow a humanized, full of quality and integral care. In this sense this study focus on the management of care in nursing consultation in out-patient clinic to cervical cancer bearer women with indication of radiotherapy. Its aim were: identify the meanings attributed by the out-patient clinic nurse in health care to cervical cancer bearer women subjected to radiotherapy; To describe the actions developed by the nurses during the nursing consultation to that clients. Discuss its implications towards health care management to these clients and propose a nursing care systematization to the cervical cancer bearer women subjected to radiotherapy, during the out-patient clinic segment, under clients' and nurses points of view. It deal with a qualitative, descriptive study having as a theoretical reference the Symbolic Interactionism. The data collection was realized through a semi structured interview done with 8 nurses that work in out-patient clinics that treat cervical cancer bearer women subjected to radiotherapy and with 13 clients that took part of the fore mentioned consultation. The study took place inside Hospitais do Câncer I, II e III that belong to the Instituto Nacional do Câncer, in Rio de Janeiro. The results revealed that a differentiated assistance concerned to the nurse performance, but not totally systematized, where she identifies the nursing consultation as essential to the developments of education actions and as a environment that helps the interactional relationship through the active listening. As far as implications in management of nursing care are concerned the nurses notice institutional factor that lead to the end of clients' care, making difficult the ties creation and the development of effective actions that ensure an integral assistance. The study shows a proposal of assistance systematization to the cervical cancer bearer women subjected to radiotherapy, focused on contribute to the development of actions that favour the integral health care of these costumers.

Key words: Nursing, Integrality, Health care management, Radiotherapy.

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E GRÁFICOS	VI
RESUMO.....	VII
ABSTRACT.....	VIII
1 – CONSIDERAÇÕES INICIAIS	11
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO	13
1.2 – JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO.....	19
2 – BASES CONCEITUAIS	23
2.1 – O CUIDADO NA ENFERMAGEM	23
2.2 – ENFERMAGEM - GERÊNCIA – CUIDADO	26
2.3 – PANORAMA POLÍTICO DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER.....	29
2.4 – CÂNCER DO COLO DO ÚTERO	31
2.4.1 História Natural e Fatores de Risco.....	31
2.4.2 – Tratamento do câncer do colo do útero	33
2.5 – A CONSULTA DE ENFERMAGEM EM RADIOTERAPIA.....	38
2.6 – O PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	41
3 – REFERENCIAL TEÓRICO	44
3.1 – INTERACIONISMO SIMBÓLICO	44
4 – METODOLOGIA.....	52
4.1 – CENÁRIO DA PESQUISA	53
4.2 – ASPECTOS ÉTICOS.....	55
4.3 – SUJEITOS DO ESTUDO	56
4.4 – PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	57
4.5 – A ANÁLISE DOS DADOS	58
5 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS DA PESQUISA.....	61
5.1 - CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS	61
5.1.1 – Enfermeiras.....	61
5.1.2 – Clientes	63
5.1.3 – Categorias	64
6 – PROPONDO A SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO	92
6.1 - PRESSUPOSTOS DA EFETIVAÇÃO DA PROPOSTA	92
6.2 – PROPOSTA DE FORMULÁRIO	94
7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
8 – REFERÊNCIAS:	101
APÊNDICE A	108
APÊNDICE B.....	109
APÊNDICE C.....	110
APÊNDICE D	112
ANEXO I – ESTADIAMENTO DO CÂNCER DO COLO DE ÚTERO	114
ANEXO II – FOLHA DE ROSTO DE CADASTRO DA PESQUISA NO CONEP	115
ANEXO III – TERMO DE APROVAÇÃO DO CEP-INCA.....	116
ANEXO IV - FORMULÁRIOS INCA	117

Considerações Iniciais



O CARTÃO POSTAL – TARSILA DO AMARAL

1 – CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Em minha trajetória profissional, venho desenvolvendo atividades focadas principalmente na área de saúde da mulher, oncologia e gerência. Minha pretensão inicial era atuar na área de prevenção, e para tal realizei minha habilitação em saúde pública. Entretanto, após aprovação em um concurso, passei a atuar na área hospitalar e, depois de algum tempo, especificamente com clientes oncológicos, em um hospital especializado.

A atuação da enfermeira¹ nesta instituição era extremamente valorizada, sendo a prática da consulta de enfermagem uma realidade. A enfermeira realizava o exame citopatológico (Papanicolau), o toque vaginal, o exame clínico das mamas, a prescrição de medicações protocoladas e orientações à cliente, tudo atendendo ao modelo biomédico tradicional. Além dessas atividades, realizava também ações educativas em grupo.

Na década de 90, esse hospital foi incorporado ao Instituto Nacional do Câncer (INCA), que também tinha foco no atendimento oncológico. Com esta fusão, a instituição passa a ter serviços de onco-ginecologia em três unidades diferentes. Por questões político-administrativas, em 1998, a forma de gestão dos serviços foi modificada e os serviços de ginecologia unidos em um só local no Hospital do Câncer II (HC II), localizado no bairro do Santo Cristo, com vistas a concentrar os recursos tecnológicos, humanos e, assim, organizar a assistência oferecida nas diferentes clínicas.

No ano de 2000, fui transferida para essa unidade, passando a atuar no serviço de clientes externos, que dispunha até então somente de duas enfermeiras, o que dificultava o desenvolvimento da consulta de enfermagem, em função do número reduzido de profissionais. Apesar disso, a clientela recebia um atendimento diferenciado da enfermeira, no que concerne à recepção e acolhimento, orientações pré-operatórias, pré-radioterapia e de seguimento cirúrgico (incluindo a realização de curativos), mas, para isso, era necessária a participação das enfermeiras das unidades de internação.

Após algum tempo, assumi a gerência do ambulatório, e com o gradual aumento do número de enfermeiras, pudemos rever algumas condutas e estabelecer novas atividades. Paralelo à adequação do quantitativo de profissionais às demandas da clientela, o panorama institucional também apresentava mudanças, uma vez que a partir de 2004 a instituição submeteu-se a um processo educativo, visando à Acreditação Hospitalar pelo Joint Commission International Accreditation Standards – Consórcio Brasileiro de Acreditação. A acreditação é uma avaliação externa, de caráter voluntário, na qual uma organização, em geral não-

¹ Optamos neste estudo por usar o termo no feminino.

governamental, avalia periodicamente as instituições de saúde para determinar se as mesmas atendem a um conjunto de padrões concebidos para melhorar a qualidade do cuidado ao cliente. É baseada em padrões aplicáveis, predeterminados e publicados. A avaliação é realizada *in loco*, por uma equipe de avaliadores composta por pares, e ocorre geralmente a cada três anos (Consórcio Brasileiro de Acreditação, 2010). Durante esse período educativo, muitos seguimentos foram revistos, desde a estrutura física do hospital, ao dimensionamento de pessoal e à parte assistencial propriamente dita.

A certificação foi alcançada no ano de 2009, porém os processos de gestão e assistência hospitalar devem submeter-se a avaliação contínua, buscando sempre uma melhor e mais humanizada atenção ao cliente. Aos profissionais da enfermagem cabe um papel importante na manutenção e avaliação da qualidade desta assistência, verificando se a proposta assistencial encontra-se em consonância com as necessidades do cliente.

Um dos critérios verificados para certificação é a prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), objeto da resolução COFEN 358/2009, que dispõe sobre a SAE e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. No início do processo educativo, esse assunto era do conhecimento de poucos profissionais da unidade e, diante disto, a chefia da Divisão de Enfermagem criou estratégias que favorecessem a atualização e o aprofundamento nos estudos sobre a temática, reconhecendo a possibilidade de desenvolver um cuidado diferenciado a nossa clientela. As enfermeiras passam, então, por um processo de capacitação em SAE, e é formado um grupo executivo², do qual eu faço parte, com o objetivo de desenvolver o processo de implantação e implementação no hospital.

Nesse contexto, conceitos aprendidos na graduação, como teorias de enfermagem, processo de enfermagem, metodologia da assistência de enfermagem, tornam-se mais presentes em minha rotina de trabalho, obrigando-me a rever alguns paradigmas. Iniciei, então, um exercício reflexivo, buscando estabelecer a ligação entre estes conceitos e as atividades profissionais exercidas atualmente, principalmente no que se refere ao gerenciamento do cuidado prestado ao cliente oncológico em nível ambulatorial.

² Grupo Executivo do HC II – grupo constituído de enfermeiros gerentes, enfermeiros clínicos e enfermeiros do Serviço de Educação Continuada com vistas a implantação e implementação da SAE

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

Apesar do progresso nas pesquisas e tratamento do câncer e da divulgação dessas informações, o câncer ainda é uma doença estigmatizada, por possuir conotações extremamente negativas e estar associada à ideia de morte, sofrimento e tratamentos mutiladores, que afetam a integridade física.

O cliente oncológico é habitualmente fragilizado e tem medo de sua doença, do tratamento e de seu prognóstico, e esse sentimento se estende a seus familiares, estando muito relacionado à possibilidade de morte ou desfiguramento e à incerteza quanto ao futuro. O conhecimento do diagnóstico pode desencadear no indivíduo e na família uma série de consequências físicas, emocionais, religiosas e profissionais. Algumas variáveis devem ser consideradas: experiências passadas com relação ao câncer, momento de vida que o cliente atravessa quando recebe o diagnóstico, características da personalidade, preconceitos culturais, entre outras.

No caso da cliente portadora de câncer de colo uterino, outros fatores podem estar associados, visto ser uma patologia relacionada ainda ao baixo nível socioeconômico e à baixa escolaridade, além de acometer mulheres em idade economicamente produtiva. Em seu estudo sobre as condições de vida de mulheres com câncer de colo do útero avançado, CARVALHO (2004, p.10) afirma que, conforme a progressão do estágio da doença, inversamente, reduzem-se as possibilidades de tratamento e cura da doença. Quanto mais avançada, maiores são as possibilidades de sequelas e as repercussões de ordem física, psíquica, social e econômica. Esse quadro traz sérios comprometimentos para a mulher e para a família, significando mudanças radicais na dinâmica familiar: pelo sofrimento imposto pela doença; pelo comprometimento à atividade laborativa da mulher e de outros membros da família, com risco para possível redução do poder aquisitivo.

O foco da enfermagem é o cuidado do ser humano. O olhar da enfermeira deve ir além do corpo, pois não somente o físico merece atenção no cuidado realizado, mas a pessoa que adoece. Isso acarreta uma ampliação do fazer profissional, requerendo uma atuação assistencial, educativa e humanizada. O desafio é cuidar do ser humano em sua totalidade, nas dimensões física, psíquica, social e espiritual, sem esquecer a competência tecnocientífica e humana requerida pela doença. A humanização dos serviços de saúde implica mudanças no modo como se concebe o usuário do serviço – de objeto passivo a sujeito. É necessário trabalhar com a expectativa do cliente, com a percepção do que ele espera do cuidado. A enfermeira necessita de habilidade tanto para ajudar o cliente a comunicar suas necessidades,

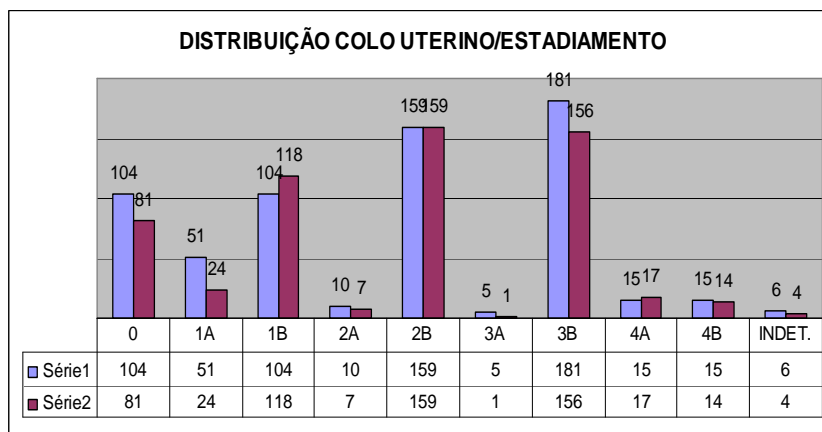
como também para compreender aquilo que ele tenta comunicar sem palavras. É importante que exista também uma filosofia institucional que defina como se deseja estabelecer as relações dos profissionais de saúde com os clientes, deixando clara a importância que se dá à qualidade do cuidado oferecido (BERESIN, 2008, p.2. LEITE, 2007. p. 188-192).

O processo de trabalho das enfermeiras no âmbito ambulatorial deve incluir em sua prática a consulta de enfermagem, em atendimentos individuais, com agendamento prévio ou por demanda espontânea, e ainda o uso de grupos multiprofissionais de educação para a saúde. A coordenadora da atividade é a enfermeira, assim como a responsável pelas ações de enfermagem que contribuam tanto para a prevenção da doença quanto para a recuperação da saúde. Na área oncológica, as frentes de atuação são diversas, uma vez que o cliente é fundamentalmente ambulatorial, com repetidas idas à instituição para realização de exames, acompanhamento pré e pós-cirúrgico, aplicação de quimioterapia, radioterapia, participação em grupos educativos entre outras necessidades.

Esta é a realidade no caso das clientes portadoras de câncer colo de útero, já que seu diagnóstico no Brasil ainda ocorre em estadiamento avançado (ANEXO I). Segundo dados estatísticos do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital do Câncer II/ INCA³, do total de mulheres matriculadas naquele hospital:

- no ano de 2007 - 375 mulheres tinham diagnóstico de câncer de colo de útero com estadiamento entre II b e IV b
- No ano de 2008 - 347 mulheres tinham diagnóstico de câncer de colo de útero com estadiamento entre II b e IV b

GRÁFICO 1



³ Dados fornecidos pelo Registro Hospitalar de Câncer do HC II, em novembro de 2010.

Nestes casos, já existe invasão grosseira do colo uterino e de tecidos adjacentes, e o tratamento indicado é geralmente a teleterapia (radioterapia externa) associada à braquiterapia (radioterapia interna), podendo a quimioterapia ser utilizada concomitantemente. (FRIGATO & HOGA 2003)

Os principais aspectos do trabalho da enfermeira que assiste ao cliente de radioterapia a nível ambulatorial seriam orientar e auxiliar os clientes e seus familiares, na adaptação e convivência com a doença e com a terapêutica, e realizar as intervenções de enfermagem de modo a auxiliar o cliente a lidar com os efeitos colaterais e com as mudanças que o tratamento poderá causar em suas vidas.

VANZIN & NÉRI (2000, p. 51) consideram a consulta de enfermagem uma atividade em que há integração de ações que guardam relações de interdependência, sugerindo uma ação sistematizada dirigida para a produção de resultados esperados conforme padrões pré-estabelecidos e requerendo determinados recursos para a sua produção.

É recomendado que aconteça a partir da aplicação do processo de enfermagem, que se desenvolve de forma sistemática e por fases, podendo ser assim divididas: histórico ou coleta de dados (que compreende entrevista, exame físico e observação), diagnóstico de enfermagem (análise e interpretação das informações obtidas visando ao direcionamento das ações), planejamento assistencial (objetivando a resolução dos problemas identificados, controle de sintomas e promoção da qualidade de vida do cliente), implementação (realizada na maioria das vezes pelo próprio cliente ou família, tendo por base as orientações na consulta) e registro. Este método possibilita uma abordagem apropriada, coerente, sistemática, humanizada, e vem ao encontro da necessidade da cliente submetida à radioterapia, de uma assistência diferenciada e de qualidade. Sua realização exige investimento em recursos materiais, equipamentos e recursos humanos com capacitação específica. A enfermeira, para realizá-la, deve ter conhecimento técnico científico e compreender que sua complexidade exige metodologia própria e objetivos claramente definidos, sem esquecer o aspecto acolhedor e educativo que esta atividade requer, uma vez entendida como espaço de interação entre o profissional e o cliente.

Na Instituição onde desenvolvemos este estudo, a cliente, ao ser matriculada, é informada pelo médico sobre suas possibilidades de tratamento, têm os exames para estadiamento solicitados e suas consultas subsequentes agendadas. No caso das clientes portadoras de câncer de colo uterino, que tenham a radioterapia como tratamento indicado, ocorre uma consulta de enfermagem pré-radioterapia, quando a cliente comparece ao serviço especificamente para o atendimento com a enfermeira ambulatorial.

Inicialmente é realizada uma ação educativa em grupo para aproximadamente oito clientes e pelo menos um acompanhante de cada. Essa ação é coordenada pela enfermeira e com a participação de um nutricionista, quando são colocadas as principais orientações sobre o tratamento. Posteriormente a cliente é atendida individualmente pela enfermeira na consulta de enfermagem, quando é realizada uma entrevista com preenchimento de um instrumento de coleta de dados. São fornecidas informações específicas para cada caso, de acordo com suas particularidades, e é neste momento que a enfermeira busca identificar os problemas junto à cliente e priorizar sua resolatividade.

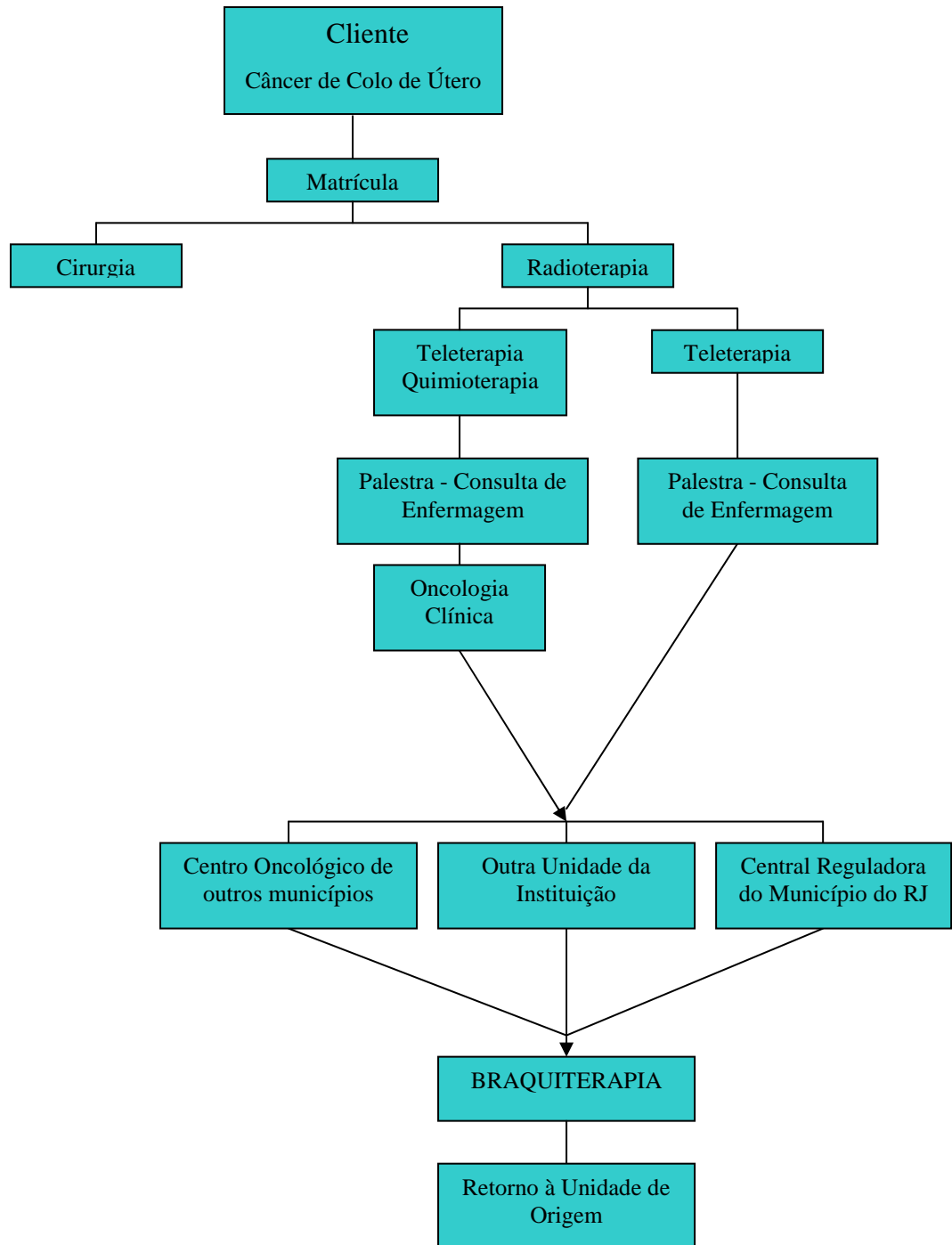
As unidades do INCA que dispõem do tratamento radioterápico são as unidades I e III, podendo prestar atendimento nas modalidades de teleterapia e braquiterapia. Em função disso, a cliente portadora de câncer de colo de útero com indicação de radioterapia, apesar de matriculada no HC II, deverá realizar seu tratamento em outro local, uma vez que esta unidade não dispõe de parque radioterápico próprio.

As clientes poderão então ser encaminhadas para as unidades do INCA, ou de volta para seu município de origem ou ainda encaminhadas pela Central Reguladora do Município do Rio de Janeiro para as clínicas conveniadas do SUS.

A cliente somente retorna ao HC II para nova consulta de enfermagem ao término das aplicações radioterápicas, o que pode significar um intervalo de até três meses. Em alguns casos pontuais, a cliente volta por iniciativa própria, procurando a enfermeira para esclarecer alguma dúvida. A próxima consulta com o médico assistente ocorrerá entre quatro e seis meses após o término da radioterapia, dependendo de sua resposta ao tratamento.

No esquema a seguir, apresentamos o fluxo destas clientes:

Fluxo de atendimento a pacientes de câncer de colo de útero matriculadas no HC II e submetidas a radioterapia



Fonte: Elaboração da autora (2010)

Entendemos que os profissionais envolvidos na assistência a essas clientes obedecem a diretrizes institucionais que no momento não podem ser modificadas, entretanto, acreditamos que os diversos caminhos percorridos pela cliente dentro e fora da Instituição favorecem a criação de situações que podem ocasionar a fragmentação do cuidado.

Baseando-me nestas reflexões, surgiram alguns questionamentos sobre a forma como as enfermeiras envolvidas neste processo gerenciam o cuidado prestado à cliente, e qual significado é atribuído por elas a este cuidado. Quais estratégias seriam utilizadas de forma a garantir a integralidade da assistência e a continuidade do cuidado, ainda que a cliente não permaneça todo o tempo do tratamento na mesma unidade.

Tendo em vista essas considerações, o **objeto deste estudo** será o gerenciamento do cuidado na consulta de enfermagem ambulatorial às clientes portadoras de câncer de colo do útero com indicação de radioterapia.

Assim, este estudo pretende responder as seguintes **questões norteadoras**:

1. Qual o significado atribuído pela enfermeira ambulatorial ao cuidado devido às clientes portadoras de câncer de colo do útero submetidas ao tratamento radioterápico, e quais são suas implicações para o processo assistencial?
2. Qual a proposta de cuidado de enfermagem adequada às clientes portadoras de câncer de colo do útero submetidas à radioterapia e atendidas na consulta de enfermagem sob a ótica das enfermeiras e das clientes?

Para tanto, os **objetivos** do estudo compreendem:

1. Identificar os significados atribuídos pela enfermeira ambulatorial ao cuidado às clientes portadoras de câncer de colo uterino e submetidas à radioterapia;
2. Descrever as ações desenvolvidas pelas enfermeiras durante a consulta de enfermagem a estas clientes;
3. Discutir suas implicações para o gerenciamento do cuidado destas clientes;
4. Propor a sistematização do cuidado de enfermagem para as clientes portadoras de câncer de colo do útero submetidas a radioterapia, durante o seguimento ambulatorial, sob a ótica das enfermeiras e das clientes.

1.2 – JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

O processo de atuação da enfermeira baseia-se no cuidado, mas para que aconteça de forma efetiva, é necessária a identificação das necessidades do cliente e da família, na perspectiva holística e humanizada. Na concepção de Waldow (2008, p. 90),

O cuidar implica um movimento em direção a algo ou alguém que é motivo de interesse ou preocupação. O exercício de cuidar é, portanto, uma ação que possui direcionalidade concreta e determinada. É uma ação moral que objetiva (...) aliviar, satisfazer, ajudar, confortar, apoiar. A ação de cuidar tem sempre a conotação para prover, favorecer o bem para outro ser.

O alto índice de mulheres portadoras de câncer de colo de útero em estágio avançado indica-nos a necessidade de um atendimento diferenciado para essas clientes, que proporcione a elas melhor sobrevida e qualidade de vida pós-tratamento. Sabemos que pode haver muitas repercussões na vida da mulher submetida ao tratamento radioterápico, nos aspectos pessoais, sociais, afetivos, sexuais, trabalhistas, entre outros. Aliado a essas repercussões, estão os efeitos adversos decorrentes do tratamento.

De acordo com COELHO, SILVA & ALMEIDA (2009. p. 155), a integralidade na atenção a saúde da mulher deve ser compreendida como a concretização de práticas de atenção que garantam o acesso das mulheres a ações resolutivas construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas. O cuidado deve ser permeado pelo acolhimento com escuta sensível de suas demandas, valorizando-se a influência das relações de gênero, raça/cor, classe e geração no processo de saúde e de adoecimento das mulheres.

A consulta de enfermagem oferece condições para construção dessa relação de cuidado, uma vez que durante o seu exercício, a enfermeira pode conhecer a cliente e suas expectativas, assim como estabelecer uma relação de confiança com ela, favorecendo a sua adesão ao tratamento. Entretanto, é necessário que a enfermeira tenha definido claramente os objetivos da consulta, exerça-a com método e com uma abordagem adequada da cliente. A utilização do processo de enfermagem propicia ordem e direção ao cuidado, auxiliando a profissional a tomar decisões, prever ações e avaliar consequências. É um método que favorece o desenvolvimento dos papéis específicos da Enfermagem, demonstrando através deste fazer profissional a complexidade do cuidado singularizado, auxiliando-nos a não

reproduzir o modelo cartesiano biomédico, que considera fundamentalmente a doença e não o indivíduo.

A enfermeira tem um papel importante na construção coletiva de processos de trabalho em saúde, visto ser um de seus articuladores, interagindo com todos os profissionais da saúde e coordenando sua organização. É comum que ela seja o ponto de convergência e distribuição de informações para o usuário, para maioria dos profissionais da equipe de saúde, assim como para os diferentes serviços que fazem parte do universo hospitalar (ROSSI & LIMA, 2005. p. 463). Por isso, é necessário que o profissional se instrumentalize, ampliando seu conhecimento, buscando garantir um atendimento de qualidade a essa clientela com características tão específicas, através de ações sistematizadas e que proporcionem resolutividade às suas necessidades.

Ao buscarmos um aprofundamento no estudo do tema, iniciamos um levantamento bibliográfico, visando a conhecer a produção científica sobre o assunto do ano 2000 até outubro de 2009. Consultamos as bases de dados LILACS, MEDLINE E BDNF, utilizando os descritores - cuidados de enfermagem, neoplasias do colo do útero e radioterapia. Observamos grande produção com os descritores isoladamente, mas o mesmo não acontece quando os combinamos. Encontramos apenas treze artigos e três teses, dos quais nove abordavam a prevenção do câncer do colo uterino e cinco abordavam a assistência de enfermagem e/ou a consulta de enfermagem. Isto demonstra haver um grande campo para pesquisa nesta área, principalmente se considerarmos o número de clientes com esta patologia e toda a complexidade que envolve o assistir a essa clientela. Por isso, consideramos relevante a realização de estudos que nos auxiliem a conhecer mais esse universo, proporcionando-nos a oportunidade de melhorarmos a qualidade da assistência a essas clientes.

Pretendemos, com este estudo, contribuir para a construção do conhecimento de enfermagem no que tange ao cuidado à cliente portadora de câncer de colo uterino, submetida à radioterapia, entendendo que este ato seja considerado complexo, visto envolver outro ser humano, com sua história de vida, crenças, desejos e sentimentos. Nessa perspectiva, concordamos com as reflexões de FERREIRA (2002, p.76), quando destaca as vertentes técnicas e tecnológicas do cuidado de enfermagem para a materialização do cuidado (*aqui caracterizado pela Radioterapia*), mas nos alertando que, se não aplicadas de forma crítica, podem imprimir impessoalidade e frieza, tornando o cuidado desumano.

Buscaremos levantar subsídios que possam auxiliar a gerência de enfermagem da instituição em que o trabalho desenvolvido, no sentido de aprimorar o planejamento e a

gerência do cuidado a essa clientela, visem ao estabelecimento de uma relação de ajuda efetiva enfermeira-cliente, favorecendo ainda o fluxo institucional dessa cliente. Desejamos, ainda, lançar um olhar atento ao profissional que atende a essa clientela, uma vez que essa relação envolve sentimentos de proximidade, por ser ela também uma mulher, ou, quando um profissional do sexo masculino, por ter também em suas relações mulheres (na figura das mães, esposas, filhas e outras).

No que concerne à pesquisa em enfermagem, pretendemos incentivar novas reflexões, incrementando o debate principalmente no Núcleo de Pesquisa, Gestão em Saúde e Exercício Profissional de Enfermagem – GESPEN da EEAN/ UFRJ, podendo subsidiar novos trabalhos e projetos sobre o processo interativo enfermeira-cliente na consulta de enfermagem, sobre o exercício do cuidado e seu gerenciamento.

Bases Conceituais



O MORRO DA FAVELA – TARSILA DO AMARAL

2 – BASES CONCEITUAIS

2.1 – O CUIDADO NA ENFERMAGEM

A história da civilização demonstra que o cuidar sempre esteve presente nas diferentes dimensões do processo de viver, adoecer e morrer, mesmo antes do surgimento das profissões. O cuidado é a mais antiga prática da história do mundo, cuja função é assegurar a continuidade da vida do grupo e da espécie, tendo em vista a garantia das funções vitais (NEVES 2002. p.79-92, TERRA et al 2006, p. 164-9).

A Enfermagem, em seu desenvolvimento, passa por diversas fases no processo evolutivo da civilização, caminhando pelo cuidado intuitivo e empírico aplicado nas comunidades primitivas pelos sacerdotes ou feiticeiros, e passando por reis-sacerdotes-mágicos que durante a civilização antiga eram considerados intermediários entre as divindades e os mediadores da saúde.

No período compreendido entre a Idade Antiga e Média, o cuidado de enfermagem foi desenvolvido por feiticeiros, sacerdotes, “bruxas” e religiosos, pois a magia era considerada a única forma de curar as doenças. Nos primeiros séculos da Idade Média, com a ascendência da Igreja e do clero sobre a sociedade, a imagem do enfermo e dos necessitados associa-se à imagem dos santos. O trabalho da Enfermagem era reconhecido como um trabalho divino, o enfermo era visto como uma oportunidade para aliviar sofrimentos e, assim, conquistar a salvação da alma. A Enfermagem era entendida como atividade caritativa. Entretanto, como consequência da Reforma Protestante, houve uma crise conhecida como o “período negro” da Enfermagem, quando a atenção aos pobres e doentes foi negligenciada, tornando-se necessário o recrutamento de pessoas leigas e marginalizadas para atuarem em hospitais.

A partir do século XVIII, o capitalismo reforça a necessidade premente de força de trabalho, e a doença passa a ser considerada como uma ameaça às forças produtivas. Torna-se necessária a criação de uma medicina que garanta a reprodução de uma força de trabalho. Nesse contexto, a prática médica que até então esteve fora do hospital começa a interessar-se por esse espaço de produção de saber. No século XIX, surge a enfermagem moderna, com a finalidade principal de disciplinar os agentes e o espaço hospitalar. Chegamos, então, a Florence Nightingale, mulher que com suas ideias e concepções revolucionárias implantou a divisão técnica do trabalho de enfermagem e desenvolveu o primeiro modelo de assistência de

enfermagem por meio da sistematização do trabalho. (ESPÍRITO SANTO & PORTO, 2006. p.24-8. FIGUEIREDO, 2005. p.21-36)

Nightingale foi pioneira ao propor e demonstrar os efeitos dos ambientes de cuidado na promoção da saúde das pessoas. Lutou para mudar desde o comportamento das enfermeiras até a estrutura do hospital, pois para ela o cuidado das pessoas tinha fundamento no conhecimento e no calor humano. O cuidado passa a ter valor em si mesmo, como condição para a cura (NEVES, 2002).

Contudo, a prática da enfermagem, na primeira metade do século XX, vai se distanciando dos valores morais e religiosos herdados do passado e adota o modelo biomédico, que valoriza o tecnicismo. Essa forma de concepção ganha mais impulso face ao crescente avanço tecnológico e institucionalização das formas de tratamento da doença. A ênfase no “papel da enfermeira” passa a ser predeterminada pelos médicos e instituições. A enfermeira, muitas vezes, determina as linhas de ação do cuidado, mas efetivamente pouco se envolve nele. Com a perda do significado do cuidar, a maioria dos cuidados passa a ser atividades parceladas do tratamento médico. A enfermagem relega, assim, a segundo plano, aquilo que tinha como sentido o assegurar a continuidade da vida dos homens e a sua razão de existir (TERRA et al. 2006. p.166. SOUZA, 1999. p. 201).

Algumas correntes contrárias a esse modelo começam a surgir, e na década de 50:

... inicia-se o foco na assistência holística da enfermagem. A visão dominante quanto ao cuidado vinculado apenas aos sistemas biológicos começa a ser enriquecida com um novo enfoque no ser humano. Surge, então, a ênfase no cuidado de enfermagem como um processo interpessoal, centralizando a assistência de enfermagem não mais na patologia, mas na pessoa e na promoção da sua integridade, percebendo-se o doente como pessoa com necessidades a serem atendidas pelas enfermeiras. (TANNURE & GONÇALVES, 2008. p. 8)

Para NEVES (2002), o desenvolvimento teórico do cuidar em enfermagem iniciou-se na década de 50 com Madeleine Leininger, quando esta teórica passou a defender as concepções de que cuidado é uma necessidade humana essencial, e cuidar é a essência da enfermagem e um modo de alcançar saúde e bem estar. Segundo GEORGE (2000, p.297-298), declarações de reconhecimento pelo atendimento de enfermagem, feitas por clientes, alertam a Leininger para o valor dos cuidados e levam-na a focar o cuidado como a característica dominante da enfermagem. Ela assegura que o cuidado humano é central para a enfermagem como disciplina e profissão, reconhecendo e propondo a preservação do cuidado como a essência da enfermagem.

No Brasil, na década de 70, Wanda de Aguiar Horta desenvolve seus conceitos com base nas necessidades humanas básicas, sendo o cuidado centrado na assistência ao indivíduo com o objetivo de suprir as necessidades afetadas. Ela define o assistir em enfermagem como “fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo; ajudar ou auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se autocuidar; orientar ou ensinar, supervisionar e encaminhar a outros profissionais”. Os cuidados de enfermagem são gerados a partir dos diagnósticos estabelecidos por meio do processo de enfermagem (HORTA, 1979. p. 30).

Outras perspectivas teóricas sobre cuidado humano em enfermagem foram surgindo, a partir da década de 80, entre elas a de Jean Watson que acredita que o principal enfoque da enfermagem está nos fatores de cuidado que derivam da perspectiva humanística combinados com a base de conhecimentos científicos. Considera o cuidado como o atributo mais valioso que a enfermagem tem para oferecer à humanidade, apesar de ter recebido menos ênfase ao longo do tempo do que outros aspectos da prática de enfermagem. Afirma que o cuidado é a essência da enfermagem e denota a reciprocidade entre a enfermeira e a pessoa. (TALENTO in GEORGE, 2000. p.253-254).

A partir da década de 90, o movimento sobre o cuidar em enfermagem se difundiu mais amplamente no mundo, incrementando-se as perspectivas teóricas e/ou filosóficas e as pesquisas para compreensão dos significados do cuidar. No Brasil, isso ocorreu por meio de iniciativas de enfermeiras, grupos de pesquisa e instituições, para a difusão do conhecimento sobre esta temática (NEVES, 2002. p.81). É um assunto de interesse atual, que mobiliza a enfermagem na busca da compreensão da natureza do cuidado, sua origem e sua expressão profissional.

Na avaliação de Waldow, o processo de cuidar pode ser entendido como um conjunto de ações e comportamentos realizados no sentido de favorecer, manter ou melhorar a condição humana no processo de viver ou morrer. A autora diz ainda que o processo de cuidar engloba os seguintes comportamentos: interesse, compaixão, afetividade, consideração... Também estão aí incluídos os atos de aliviar, confortar, apoiar, ajudar, favorecer, promover, restabelecer, fazer (WALDOW, 1998, p. 73; WALDOW, 2001, p. 285).

2.2 – ENFERMAGEM - GERÊNCIA – CUIDADO

A enfermagem moderna surge na Inglaterra, com Florence Nightingale, quando se institucionaliza como área específica de trabalho, dada a necessidade de organizar os hospitais militares no transcorrer da Guerra da Criméia. Posteriormente, responde ao projeto político social da época, que dá ênfase à necessidade social de recuperação da força de trabalho, em face da produção capitalista que se instalava. A enfermagem garante a sua inserção no processo de trabalho em saúde, visto que o hospital estava sendo organizado como local de cura. (FELLI & PEDUZZI, 2005. p. 4)

Para GOMES (1997 apud FELLI & PEDUZZI, 2005. p. 4), o trabalho de enfermagem organizou-se em três direções: no sentido de organizar o cuidado do doente por meio da sistematização das técnicas de enfermagem; no sentido de organizar o ambiente terapêutico, por meio de mecanismos de purificação de ar, limpeza e higiene; e no sentido de organizar os agentes de enfermagem, via treinamento, utilizando as técnicas e mecanismos disciplinares.

Assim, depreende-se que a enfermagem moderna surge exercendo o gerenciamento, pois assume tanto a organização do ambiente quanto a organização e treinamento dos agentes de enfermagem. No que se refere à organização e execução do cuidado do doente, o faz formando duas categorias diferentes – as *lady nurses* que executavam atividades de supervisão e ensino, e as *nurses*, responsáveis pelo cuidado propriamente dito. (Op.Cit. 2005. p.4)

O trabalho de enfermagem sofre as influências da gerência científica inaugurada por Taylor no final do século XIX, incorporando os princípios de controle, hierarquia e disciplina. Ao longo do tempo, disciplinas de administração e planejamento integram o currículo de graduação em Enfermagem, com o objetivo de preparar e direcionar as enfermeiras para desempenhar o papel de administradores do processo de trabalho da enfermagem. As enfermeiras foram preparadas para ocupar cargos de direção, e as atividades assistenciais passaram a ser executadas pelos atendentes e auxiliares de enfermagem. A institucionalização da enfermagem leva à adoção de conceitos como a divisão técnica do trabalho, dividindo as ações do cuidado entre as categorias profissionais existentes na enfermagem, ocorrendo, com isso, a fragmentação do seu processo de trabalho (WILLIG 2004, p. 26).

Segundo FELLI & PEDUZZI (2005. p. 6), existe uma divisão de trabalho no interior da equipe de enfermagem, segundo a qual cabem ao pessoal de enfermagem de nível médio,

majoritariamente, as atividades assistenciais, e à enfermeira as ações de gerenciamento do cuidado e da unidade.

WILLIG, LENARDT & TRENTINI (2006, p. 178) consideram que a formação da enfermeira deve ser a de um profissional altamente preparado para exercer o cuidado individualizado com bases científicas; entretanto, na prática, o que se espera desse profissional é a gerência dos serviços, caracterizada geralmente pelo controle de material e pessoal, em detrimento do gerenciamento do cuidado. Para as autoras, o trabalho cotidiano desenvolvido pelas enfermeiras administrativas mostra que elas não cuidam do cliente, mas desenvolvem funções burocráticas que contribuem para manter esse processo em que o cliente não tem sido o centro das ações organizacionais. As atividades de cuidado e de administração têm sido consideradas inconciliáveis, ainda que façam parte do mesmo processo que é o cuidado ampliado.

Estudo conduzido por HAUSMANN & PEDUZZI (2009, p. 259) demonstra que há uma dificuldade de articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do trabalho da enfermeira. Percebe-se que a enfermeira que está na administração tende a valorizar esta ação como aquela que subsidia a viabilização do cuidado; por outro lado, quem está no cuidado tende a menosprezar a atividade do gerenciamento, atribuindo-lhe um cunho burocrático.

Entretanto, este modelo de divisão de trabalho, com conseqüente fragmentação do cuidado, já não atende os anseios da enfermagem, que busca uma administração mais flexível, para superar o paradigma da administração clássica de receber e executar ordens. Faz-se necessária uma revisão dos conceitos relacionados às questões gerenciais de enfermagem, visando à reflexão e aos desafios para novas possibilidades de “fazer”, tendo em vista o indivíduo como foco dos processos gerenciais da enfermeira. (AZZOLIN & PEDUZZI, 2007, p. 550; ROSSI & LIMA, 2005, p.461).

Não há como negar a importância da função gerencial como elemento integrante do trabalho da enfermeira, entendida em uma lógica que privilegia os interesses coletivos e dando concretude a uma assistência segura que leve em consideração as reais necessidades da clientela. Nessa realidade, a enfermeira é o elemento da equipe de saúde que gerencia o cuidado prestado ao cliente. (GAIDZINSKI, 2004, p. 465)

O ambiente ambulatorial exige o desenvolvimento das competências gerenciais da enfermeira, por serem essas profissionais responsáveis por favorecer um ambiente de cuidado, prover a infra-estrutura física de pessoal para atendimento, agendamento e agilização do serviço. Também é tarefa das enfermeiras fazer fluir o atendimento, minimizando o tempo do cliente na unidade; orientar os clientes e/ou familiares; desenvolver educação para saúde;

registrar os procedimentos; controlar os dados para fins de estatística; supervisionar as condições ambientes para a realização do cuidado. Devem ser sensíveis às necessidades dos clientes e também da equipe de saúde que atua junto com ela, buscando um clima harmonioso de confiança e respeito.

Cabe ao profissional enfermeiro, responsável pela gerência do cuidado, buscar inovações na esfera gerencial, “integrando novos conhecimentos e habilidades, sintonizados a uma prática administrativa mais aberta, mais flexível e participativa, fundamentada não só na razão, mas também na sensibilidade e na intuição”. (ALCANTARA, 2005. p. 39-40)

Concordamos com ROSSI & LIMA quando dizem:

O diferencial que irá demarcar o gerenciamento feito pelos enfermeiros como sendo verdadeiramente gerenciamento do cuidado será seu posicionamento diante do modo como desenvolvem o trabalho.(...) O enfermeiro gerencia o cuidado quando o planeja, o delega ou o faz, quando prevê e provê recursos, capacita sua equipe, educa o usuário, interage com outros profissionais, ocupa espaços de articulação e negociação em nome da concretização e melhorias do cuidado. (ROSSI & LIMA ,2005. p. 466)

Para essas autoras, as tecnologias leves, caracterizadas por MERHY (2002. p. 49) como tecnologias de relação do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento e gestão podem ser importantes ferramentas de gerenciamento utilizadas pela enfermeira na busca da qualidade do cuidado prestado aos usuários. Estas tecnologias estabelecem momentos de intercessão entre trabalhadores e usuários, permitindo a real possibilidade de reconhecimento e satisfação das necessidades do indivíduo. Daí poderem ser utilizadas para a concretização e sustentação de um modelo de assistência que venha a contemplar um cuidado humanizado.

2.3 – PANORAMA POLÍTICO DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER

As mulheres são a maioria da população brasileira (50,77%) e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS vem sendo implementado com base nos princípios e diretrizes contidos na legislação básica: Constituição de 1988, Lei nº 8.080 e Lei nº 8142, Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), editadas pelo Ministério da Saúde. Suas ações e serviços integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituem um sistema único, organizado, descentralizado, com direção única em cada esfera de governo, prestando atendimento integral, a partir da priorização de atividades preventivas (sem prejuízo das assistenciais) e com participação popular. (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes - MS – 2009; GOMES & PINHEIRO, 2005. p. 288).

As desigualdades sociais, econômicas e culturais revelam-se no processo de adoecer e morrer das populações e de cada pessoa em particular de maneira diferenciada. De acordo com os indicadores de saúde, as populações expostas a precárias condições de vida estão mais vulneráveis e vivem menos. A situação de saúde envolve diversos aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente, o lazer, a alimentação e as condições de trabalho, moradia e renda. Em se tratando da mulher, sua vulnerabilidade frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos.

Entre os objetivos específicos e estratégias da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher estão: fortalecer a atenção básica no cuidado com a mulher e ampliar o acesso e qualificar a atenção clínico-ginecológica na rede do SUS, assim como reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina, organizando em municípios alguns pólos de microrregiões, redes de referência e contra-referência para o diagnóstico e o tratamento de câncer de colo uterino e de mama. (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes - MS – 2009).

O câncer de colo uterino é o segundo mais comum em mulheres no mundo (BRASIL, 2009), tendo as mais altas taxas de incidência observadas em países pouco desenvolvidos. Isso indica uma forte associação desse tipo de câncer com as condições de vida precária, com os baixos índices de desenvolvimento humano, com a ausência ou fragilidade das estratégias de educação comunitária e com a dificuldade de acesso a serviços públicos de saúde. Esse

tipo de câncer pode ser prevenido com medidas de fácil execução e de baixo custo, entretanto sua prevenção, assim como seu diagnóstico precoce e tratamento, requerem a implantação articulada de medidas como sensibilização e mobilização da população feminina; investimento tecnológico e em recursos humanos, organização da rede, disponibilidade dos tratamentos e melhoria dos sistemas de informação. É preciso ainda mobilizar as mulheres mais vulneráveis a comparecerem aos postos de saúde e implementar os sistemas de referência para os casos que necessitem de encaminhamento. (BRASIL, 2006)

Os elevados índices de incidência e mortalidade no Brasil justificam a implementação de ações voltadas para a prevenção e o controle desse tipo de câncer. Embora tenha havido um aumento do acesso ao exame preventivo, em muitas regiões o diagnóstico ainda é feito em estágios mais avançados da doença. O diagnóstico tardio pode estar relacionado com a dificuldade de acesso aos serviços e programas de saúde, à baixa capacitação dos recursos humanos envolvidos na atenção oncológica, à capacidade do Sistema Público de Saúde para absorver a demanda que chega às unidades de saúde e às dificuldades dos gestores municipais e estaduais em definir e estabelecer um fluxo assistencial. (Op cit , 2006)

Considerando a importância epidemiológica do câncer no Brasil e sua magnitude social, a POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA, instituída pela Portaria nº 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005, resolve, entre outras questões, ampliar a cobertura de atendimento aos doentes de câncer, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso à assistência oncológica; qualificar a assistência e promover a atenção permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da Política de Atenção Oncológica, em acordo com os princípios da integralidade e humanização e fomentar a formação e a especialização de recursos humanos para a rede de atenção oncológica.

COELHO et al (2009, p.155) definem integralidade como um princípio constitucional defendido como prerrogativa da humanização do cuidado em saúde, que busca a possibilidade de apreender as necessidades mais abrangentes do ser humano, valorizando a articulação entre as atividades preventivas e assistenciais.

A humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado. A qualidade da atenção deve ir além da resolução de problemas ou da disponibilização de recursos tecnológicos, assim como a humanização é mais que tratar bem,

com delicadeza ou de forma amigável. (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes - MS – 2009).

2.4 – CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

O câncer do colo do útero é o responsável anualmente, por cerca de 500 mil casos novos de câncer no mundo e pelo óbito de aproximadamente 230 mil mulheres por ano, sendo esperados no Brasil, no ano de 2010 e válidos para 2011, aproximadamente 18.430 casos novos. Sua incidência torna-se evidente na faixa etária de 20 a 29 anos, e o risco aumenta rapidamente até atingir seu pico geralmente na faixa etária de 45 a 49 anos. Em países desenvolvidos, a sobrevida média estimada em cinco anos varia de 51% a 66%. Nos países em desenvolvimento, os casos são encontrados em estágios relativamente avançados e, conseqüentemente, a sobrevida média é menor, cerca de 41% após cinco anos. A média mundial estimada é de 49% (BRASIL, 2009).

2.4.1 História Natural e Fatores de Risco

As células normais de todo organismo vivo coexistem em perfeita harmonia citológica, histológica e funcional, harmonia orientada no sentido da manutenção da vida. O crescimento celular responde às necessidades específicas do corpo e é um processo cuidadosamente regulado.

Em algumas ocasiões, entretanto, ocorre uma ruptura dos mecanismos reguladores da multiplicação celular e, sem que seja necessário ao tecido, uma célula começa a crescer e dividir-se desordenadamente. Pode resultar daí um clone de células descendentes, herdeiras dessa propensão ao crescimento e divisão anômalos, insensíveis aos mecanismos reguladores normais, que resulta na formação do que se chama tumor ou neoplasia, que pode ser benigna ou maligna. A carcinogênese refere-se ao desenvolvimento de tumores malignos. (Brasil, 2008)

O papiloma vírus humano (HPV – *human papilloma viruses*) é o principal agente etiológico de câncer do colo do útero. A inserção desse vírus no genoma da célula hospedeira leva a alterações na maquinaria celular responsável por controlar a proliferação celular, contribuindo, dessa forma, para o crescimento exacerbado das células infectadas e o surgimento de clones malignos (COELHO et al, 2008. p.28).

Quase 40 tipos de HPV infectam células epiteliais do trato genital. Dependendo do tipo e do resultado das lesões causadas, eles podem ser classificados em duas categorias: de

alto risco e de baixo risco. Os tipos de alto risco incluem o HPV 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 e 66, e estão associados a lesões epidermóides de alto grau e ao desenvolvimento de câncer do colo do útero (Op.cit, 2008. p. 54).

Outros fatores que contribuem para a etiologia desse tumor são o tabagismo, multiplicidade de parceiros sexuais, uso de contraceptivos orais, multiparidade, baixa ingestão de vitaminas, iniciação sexual precoce e coinfeção por agentes infecciosos como o vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e *Chlamydia trachomatis*. (BRASIL, 2009)

O câncer do colo do útero é uma afecção progressiva, iniciada com transformações intra-epiteliais que podem evoluir para um processo invasor, num período que varia de 10 a 20 anos. Na fase pré-invasora, a doença está restrita ao epitélio escamoso cervical, não ultrapassando a sua membrana basal. Do ponto de vista histológico, são classificadas como neoplasias intra-epiteliais cervicais e assim denominadas:

NIC I: lesão intra-epitelial de baixo grau (anormalidades do epitélio em um terço proximal da membrana).

NIC II: lesão intra-epitelial de alto grau (que compromete até dois terços da espessura do epitélio).

NIC III: lesão intra-epitelial de alto grau (alterações de quase toda a espessura do epitélio, poupando as células mais superficiais) e carcinoma in situ.

O reconhecimento das NICs é feito pela citologia e colposcopia, necessitando serem diagnosticadas pelo exame histopatológico. Não produzem sintomas e não são observadas clinicamente. Nesse estágio, existe a possibilidade de cura completa pela destruição ou remoção cirúrgica do tecido anormal, pois as células alteradas ainda estão confinadas ao lado epitelial da lâmina basal. (BRASIL, 2008; VIDAL, 2008. p.22).

Entre as lesões precursoras e o carcinoma francamente invasor, existe uma forma de câncer do colo minimamente invasiva: o carcinoma micro invasor. Essa lesão é definida microscopicamente, já que não se pode avaliar o grau de invasão na macroscopia. Importante ressaltar que a medida da microinvasão é definida a partir da membrana basal e tem de levar em conta a extensão horizontal da lesão na superfície epitelial de até 7 mm. A partir dessa medida ou de 5 mm de profundidade, o diagnóstico muda de microinvasão para invasão. Quando a doença se encontra no seu estadiamento inicial, a cirurgia possibilita a remoção completa do tumor e propicia maiores chances de cura. (COELHO et al, 2008. p. 202-205 e FRIGATO & HOGA, 2003. p. 210)

Quando ocorrem manifestações clínicas, trata-se de câncer avançado, podendo ser observado no exame especular lesão exofítica, formando massas polipóides, friáveis; tumor

infiltrante, sem ulcerações ou pouco ulcerado, podendo ter consistência rochosa; ou lesão ulcerativa, que pode se manifestar como erosão ou destruir todo o colo uterino, invadindo o fundo-de-saco vaginal, quando forma uma grande cratera, associada às infecções e fluxos vaginais. Nesses casos, a lesão ultrapassa os limites da membrana basal e passa a ser considerada invasiva de tecidos vizinhos ao epitélio, evoluindo de uma área restrita ao colo para órgãos e estruturas próximas, como vagina, paramétrios, linfonodos pélvicos etc. (TRINDADE, 2001. p. 1273).

2.4.2 – Tratamento do câncer do colo do útero

O tratamento é indicado com base no estadiamento tumoral, tipo histológico, idade da cliente, condição clínica, desejo de procriar e recursos disponíveis.

O tratamento do câncer invasor é preferencialmente cirúrgico para os estágios I e IIa e radioterápico para todos os demais estágios. A cirurgia é indicada nos casos iniciais, em clientes com idade menor de 65 anos e que não sejam obesas.

O emprego de radioterapia no tratamento das neoplasias do colo do útero data do início do século XX, porém sua história começa no fim do século XIX.

Wilhelm Conrad Röntgen, um dedicado professor e pesquisador alemão, descobre o raio X em 1895, e sua descoberta ganha repercussão imediata e universal nos meios acadêmicos e entre a imprensa e o público leigo, impressionados com as “fotografias do invisível”. Seu trabalho trouxe uma contribuição inestimável a todos os campos da ciência. (SALVAJOLI et al, 1999, p. 8).

Para a radioterapia, tão importante como a descoberta do raio X foi a da radioatividade. Antonie Henry Becquerel, físico e professor, verificou que sais de urânio emitiam radiações espontaneamente, radiações similares aos raios X, porém muito mais penetrantes. Estava descoberta a radioatividade natural. Becquerel era amigo e professor de uma jovem imigrante polonesa, chamada Marie Sklodowska Curie, que viera originalmente a Paris para estudar, e casara-se com Pierre Curie. Becquerel sugere, então, que ela investigue a natureza dos raios emitidos pelo urânio, o que ela faz, vindo mais tarde a chamar o fenômeno de radioatividade. Em 1898, o casal Marie e Pierre Curie descobriram o elemento rádio. Os dois contribuíram muito para a ciência das radiações. (Op. Cit. 1999. p. 9)

Os primeiros pesquisadores da radioatividade notaram que os raios X também apresentavam propriedades biológicas e vários fatores contribuíram para seu rápido emprego

terapêutico. Em 1896, uma cliente portadora de um volumoso câncer de mama foi tratada pela primeira vez por um tubo de raio X, com finalidade terapêutica.

Houve um rápido desenvolvimento tecnológico nos aparelhos de radioterapia, após o advento de transformadores mais eficientes e do desenvolvimento do tubo de Colidge em 1917.(Op. Cit. p. 11)

A radiação ionizante começou a ser usada em procedimentos médicos no início da década de 30, com a utilização do rádio natural, que era implantado diretamente no tumor. (BARROS & GIORDANI, 2000. p. 188)

Radiações ionizantes agem sobre o DNA nuclear levando a célula à morte ou à perda de sua capacidade reprodutiva. Como o conteúdo de DNA duplica durante a mitose, células com alto grau de atividade mitótica são mais radiosensíveis do que aquelas com baixa taxa de mitose. A mitose é a fase do ciclo celular mais sensível à radiação ionizante.

A radiosensibilidade é um fenômeno complexo que depende não só da histologia, mas de inúmeros outros fatores que incluem o volume tumoral, a morfologia da lesão, o aporte sanguíneo e oxigenação celular, além de condições relativas a idade, condição clínica da cliente, terapias associadas e fatores técnicos relacionados à administração da radiação. (COELHO et al, 2008. p.497-498)

Proteção Radiológica - A Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN) é o órgão responsável no Brasil pela normatização e fiscalização de procedimentos que envolvem o uso de elementos ou fontes radioativas. Rigorosas normas regulamentam o emprego das radiações com o objetivo de reduzir as chances de exposições não justificadas.

Quanto ao ambiente, recomenda-se que as salas que abrigam os aparelhos possuam paredes de concreto, portas de chumbo, circuito interno de TV ou visor de vidro duplo plumbífero. Na braquiterapia, há a obrigatoriedade do uso de placas e/ou biombos de chumbo. A área deve ser de circulação restrita, com a identificação da restrição na entrada, em local visível.

A exposição do profissional em relação à fonte de radiação deve ser no menor tempo e à maior distância possível, para a realização de seu trabalho. Eles devem usar o dosímetro⁴ de forma a monitorar mensalmente a dose radioativa a que foram expostos e devem ser submetidos a exames hematológicos semestrais. No caso de detectada alguma alteração, o profissional deve ser afastado da unidade e encaminhado para exames mais específicos. (BARROS & GIORDANI, 2000. p. 189)

⁴ Aparelho utilizado para medir a quantidade de radiação, podendo ser individuais ou ambientais.

Técnicas de radioterapia - Radioterapia externa ou teleterapia – O feixe de radiação é dirigido ao tumor, aos tecidos vizinhos e áreas de envolvimento subclínico potencial, sendo portanto uma forma de tratamento loco-regional. A dose é liberada em frações diárias, sendo seu objetivo liberar dose homogênea e efetiva ao volume-alvo com proteção das estruturas vizinhas. Constitui a etapa inicial do tratamento do câncer, possibilitando a redução tumoral e facilitando a realização da braquiterapia subsequente.(COELHO et al, 2008. p. 502)

Após a consulta com o radioterapeuta, é realizado o planejamento radioterápico que pode ser classificado de simples, intermediário ou complexo, sendo utilizado neste procedimento um aparelho denominado simulador. A etapa da simulação é de grande importância para o sucesso do tratamento. O simulador é usado para simular as aplicações realizadas nos aparelhos de megavoltagem, que são os aceleradores lineares ou bombas de cobalto. Faz escopia, radiografa a área desejada, possibilita a delimitação dos campos a serem tratados, possibilitando o cálculo da dose recebida e a frequência do tratamento. Após a determinação da área a ser irradiada, faz-se a marcação com tinta especial ou outros meios. Durante o planejamento, estuda-se a necessidade de confecção de blocos para proteção de estruturas vizinhas. (BARROS & GIORDANI, 2000. p. 190-1)

A teleterapia é conduzida preferencialmente com fótons de megavoltagem dos aceleradores lineares, e a técnica mais utilizada no tratamento do colo do útero é a de quatro campos: anterior, posterior, lateral direito e lateral esquerdo, de tal forma que a dose é concentrada no colo, paramétrios e diminuída na bexiga e no reto. (VIDAL, 2008. p 27)

Figura 1



Acelerador linear⁵

Braquiterapia – Consiste em uma modalidade de tratamento em que as fontes radioativas são colocadas em contato direto com o tumor, introduzidas em uma cavidade

⁵ Fonte: *Google* imagens, acesso em 20 de outubro de 2010.

corporal (braquiterapia intracavitária). Ela permite que doses elevadas de radiação sejam liberadas ao tumor, com adequada proteção dos tecidos vizinhos. A anatomia feminina constitui condição ideal para a inserção de fontes radioativas no interior do útero e da vagina, tornando a braquiterapia intracavitária a forma mais comum de braquiterapia e parte integrante do tratamento dos tumores do colo do útero. (COELHO et al, 2008. p. 509)

É utilizada como complemento do tratamento radioterápico iniciado com a teleterapia, tendo por objetivo aumentar a dose radioativa no local comprometido, causando menores danos para as estruturas vizinhas. Na braquiterapia, a modalidade de tratamento mais utilizada é a HDR, ou seja, alta taxa de dose, que trouxe benefícios tanto para o cliente como para os profissionais. (BARROS & GIORDANI, 2000. p. 197-198)

Essa técnica utiliza uma fonte radioativa diminuta, móvel, de alta atividade, comandada por controle remoto e operada por computador. A fonte é armazenada em um contêiner especial e impulsionada por um cabo, cujo deslocamento e tempo de parada em locais determinados permitem a liberação de dose maior ou menor na área afetada. Os aplicadores são introduzidos através da vagina e a verificação do posicionamento correto é feita por meio de exames de imagem. O tempo de aplicação é de 5 (cinco) a 10 (dez) minutos.

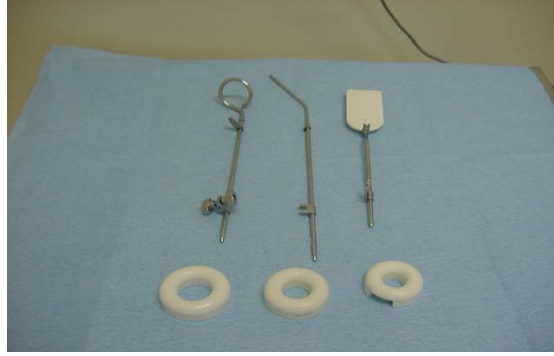
Figura 2



MicroSelectron HDR - Varisource - Varian Nucletron⁶

Figura 3

⁶ Fonte: http://www.INCA.gov.br/pqrt/download/trab/minicurso_radioprotecao_aula1.pdf Acesso em 20 de outubro de 2010.



Instrumental usado na braquiterapia⁷

A radioterapia, como qualquer outra modalidade de tratamento, traz benefícios e reações. Os benefícios incluem a cura, a palição ou o alívio dos sintomas. Os clientes que recebem tratamento com radiação convivem com os efeitos agudos e tardios dessa terapia, bem como com a ansiedade causada pelo diagnóstico e tratamento. (SALVAJOLI et al, 1999)

Os efeitos dependem da localização e volume do tumor, energia utilizada, dose total e estado geral do cliente. Os efeitos agudos têm bom prognóstico, e os mais relatados pela literatura são: mucosites, náuseas e vômitos, diarreia, fadiga, reação de pele, inapetência e alopecia. Já os tardios são mais severos e de difícil controle clínico. Entre eles estão: alterações de pele, tecido subcutâneo, mucosa, intestino, bexiga, uretra, osso, ovário, colo uterino e função sexual (VIDAL, 2008. p.33).

⁷ Fonte: acervo da autora

2.5 – A CONSULTA DE ENFERMAGEM EM RADIOTERAPIA

As raízes da atividade atualmente denominada consulta de enfermagem remontam o início da profissão no Brasil. Em 1925, no manual escrito pelas enfermeiras americanas para as enfermeiras de saúde pública, constava como atribuição destas, no que se refere a doenças venéreas, realizar entrevistas pós-clínicas com cada cliente nova, objetivando-se entre outras coisas, a prevenção da disseminação da doença. Posteriormente, a atuação disseminou-se para assistência aos clientes com tuberculose, mais adiante no atendimento a gestantes saudáveis e posteriormente a crianças saudáveis. Em 1968, o termo consulta de enfermagem (CE) começa a ser utilizado e torna-se difundido. No campo da saúde da comunidade, a CE é identificada como atividade final de maior importância e exclusiva da enfermeira, sem possibilidade de delegação. Em 1972, o Setor de Enfermagem da Divisão Nacional de Organização Sanitária reconhece a CE como uma das três medidas gerais importantes no tratamento de problemas de enfermagem. Em nível federal, a CE foi legalizada com a aprovação da Lei que regulamenta o exercício de enfermagem no país, em junho de 1986. (CASTRO, 1975. VANZIN & NERY 2000)

A CE é uma atividade privativa da enfermeira, que enfatiza a proteção e promoção da saúde, tendo o ser humano como sujeito e como marco referencial das teorias de enfermagem. É a atenção prestada ao indivíduo, à família e à comunidade de modo sistemático e contínuo, realizada pela enfermeira com a finalidade de promover a saúde mediante o diagnóstico e tratamento precoces. Funciona como um recurso para o diagnóstico de enfermagem, contribuindo para a elaboração de um plano de assistência e resolutividade dos problemas identificados. (VANZIN & NERY 2000)

No contexto do tratamento radioterápico, a resolução COFEN 211/1998 que regulamenta a atuação dos profissionais de enfermagem nos serviços de Radioterapia, Medicina Nuclear e Imagem, lista entre as competências da enfermeira:

- O planejamento, organização, supervisão, execução e avaliação de todas as atividades de enfermagem em clientes submetidos a radiação ionizante, alicerçados na metodologia assistencial de enfermagem;
- Promover e difundir medidas de saúde preventivas e curativas por intermédio da educação aos clientes e familiares através da consulta de enfermagem;
- Promover e participar da integração da equipe multiprofissional, procurando garantir uma assistência integral ao cliente e familiares.

A assistência de enfermagem à cliente portadora de câncer e a seu familiar deve permitir a verbalização dos sentimentos, valorizando-os; a identificação de áreas potencialmente problemáticas; auxílio na identificação de fontes de ajuda e informações; e busca de soluções dos problemas. Deve encorajar a participação nas tomadas de decisão sobre o tratamento proposto e estimular o auto cuidado. (LORENCETTI & SIMONETTI, 2005)

O diagnóstico de câncer do colo do útero tem diferentes repercussões na vida da mulher e de seus familiares, com consequências nas dimensões biopsicoespirituais da mulher. Ocorre, então, uma diversidade de enfrentamento e respostas negativas relacionadas, sobretudo, ao temor da morte. Ademais as alterações físicas comprometem o bem estar e a qualidade de vida. (OLIVEIRA et al, 2005)

Para MANDÚ (2004), a experiência individual do adoecer é vivida de modo particular e único (embora espelhe o coletivo), constituindo-se comumente em um momento de desordem física, subjetiva e contextual. Tais desordens são acompanhadas da procura da reorganização da vida, da retomada da independência perdida, do viver sem sofrimento e com qualidade.

A CE surge facilitando a construção do cuidado desse cliente. Deve ser direcionadora das ações de enfermagem dispensadas ao cliente, e estar fundamentada na necessidade de cientificidade das ações desenvolvidas. Pressupõe o domínio pelas enfermeiras das habilidades de comunicação, observação e técnicas propedêuticas. A necessidade de sistematizá-la tem como finalidade, dentre outras, dar à atividade um caráter profissional, organizar a abordagem do cliente e definir a competência da enfermeira. (MACIEL & ARAÚJO, 2003)

Sua realização pressupõe a aplicação do processo de enfermagem (PE), constituindo-se este no mecanismo pelo qual os conhecimentos são aplicados à prática profissional, fundamentando as ações de enfermagem. Configura-se num conjunto teórico, que é a ciência de enfermagem, expressa operacionalmente pelo PE, o qual busca pela sistematização das ações um nível de qualidade compatível com as necessidades do cliente, de sua família e da comunidade. (GERK & BARROS, 2005)

Durante a consulta de enfermagem da cliente com câncer de colo uterino, a enfermeira poderá esclarecer dúvidas sobre o tratamento radioterápico, desfazendo mitos e auxiliando no controle da ansiedade e no medo do desconhecido. Imagens da aparelhagem a ser utilizada devem ser mostradas, a participação dos membros da equipe de saúde no processo terapêutico deve ser esclarecida, assim como as alterações na integridade física que possam ocorrer. O auto cuidado deve ser enfatizado. É importante o fornecimento por escrito das informações,

para que possam ser posteriormente consultadas pela cliente ou familiar. (ARAÚJO, 2007. p. 31)

É fundamental a realização do exame físico para que alterações que possam influenciar na efetividade do tratamento sejam precocemente identificadas e as ações para sua correção rapidamente implementadas. Deve-se registrar a presença de dor, sangramento ou secreção vaginal, lesões em região genital, que podem ser causadas em função do fluxo de secreções características da patologia, o que leva a cliente ao uso de absorventes, que, por sua vez, provoca o aquecimento da região. Ações no sentido de manter o conforto da cliente devem ser recomendadas, assim como orientações quanto à manutenção de relação sexual com preservativo. É necessário verificar se a cliente apresenta dor, e se o plano terapêutico para o controle da mesma está sendo eficaz. O funcionamento das vias urinárias deve ser monitorado na tentativa da identificação precoce de infecção urinária, assim como o funcionamento intestinal e suas possíveis reações, como diarreia e cólicas abdominais. (BARROS & GIORDANI, 2000. p.190-199)

As clientes devem ser informadas também que estarão sujeitas a fadiga, o que poderá diminuir sua capacidade de realização de atividades diárias, sendo muitas vezes necessário um período de repouso durante o dia. Entretanto, a enfermeira deve tranquilizar a cliente quanto à transitoriedade desta situação. (BRASIL, 2008)

A pele do local irradiado deve ser adequadamente preparada e vistoriada, prevenindo-se os efeitos cutâneos. O mais comum é a radioepitelite, que é mais suscetível em regiões de dobras, devido à umidade e fricção local (região inguinal, vulva e ânus).

A CE, enquanto estratégia eficaz para detecção precoce de alterações de saúde e de acompanhamento às medidas instituídas ao bem estar das pessoas envolvidas, diferencia-se das várias outras maneiras de cuidar, pois possibilita a aproximação e estabelece uma relação interpessoal de ajuda concreta diante das variáveis culturais. Por causa destas variáveis, o desenvolvimento da CE exige da enfermeira a compreensão de cada ser, bem como do meio onde este vive. Nessa perspectiva, a qualidade da interação entre a enfermeira e a pessoa com câncer, durante a CE, é fator imprescindível para a eficácia da sistematização do cuidado de Enfermagem. (ROSA et al, 2007)

2.6 – O PROCESSO DE ENFERMAGEM

O Conselho Federal de Enfermagem, em sua resolução de número 358/2009, que dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem, considera o processo de enfermagem como um instrumento metodológico que orienta o cuidado e a documentação da prática profissional, devendo ser realizado de modo deliberado e sistemático em todos os ambientes em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem. Deve basear-se em um suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento do diagnóstico de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem, e que forneça a base para a avaliação dos resultados alcançados.

Para PAUL & REEVES (2000), dois pressupostos proporcionam orientação e direção ao uso do processo de enfermagem: a enfermagem é de natureza interpessoal, e a enfermeira vê o ser humano holisticamente. Para as autoras, o processo de enfermagem é o esquema subjacente que propicia ordem e direção ao cuidado de enfermagem. É uma atividade intelectual deliberada, na qual a prática é abordada de maneira ordenada e sistemática. Consideram que, para que seu uso seja efetivo, as enfermeiras precisam entender e aplicar os conceitos e as teorias apropriadas da enfermagem e das ciências biológicas, físicas, comportamentais e humanas. Esses conceitos e teorias proporcionam uma justificativa para a tomada de decisão, o julgamento, os relacionamentos interpessoais e as ações, fornecendo a estrutura para o cuidado de enfermagem.

CARPENITO-MOYET (2007, p.18) define processo de enfermagem como um método de solução de problemas, organizado para auxiliar o enfermeiro a abordar de forma lógica as situações que podem causar problemas.

HORTA (1979, p. 35) define processo de enfermagem como a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos, que são definidos por ela como histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, evolução e o prognóstico de enfermagem.

Há certa divergência entre os autores quanto ao número de fases do processo, entretanto, neste estudo, consideraremos cinco fases do processo de enfermagem:

1 - Investigação ou histórico: é a primeira fase no processo de enfermagem e consiste na coleta e na análise sistemática dos dados sobre o estado de saúde do cliente com a finalidade de fazer o diagnóstico de enfermagem. A coleta ordenada e sistemática de dados é

essencial para que a enfermeira saiba se foram coletados dados suficientes. (PAUL & REEVES, 2000. p. 22-23)

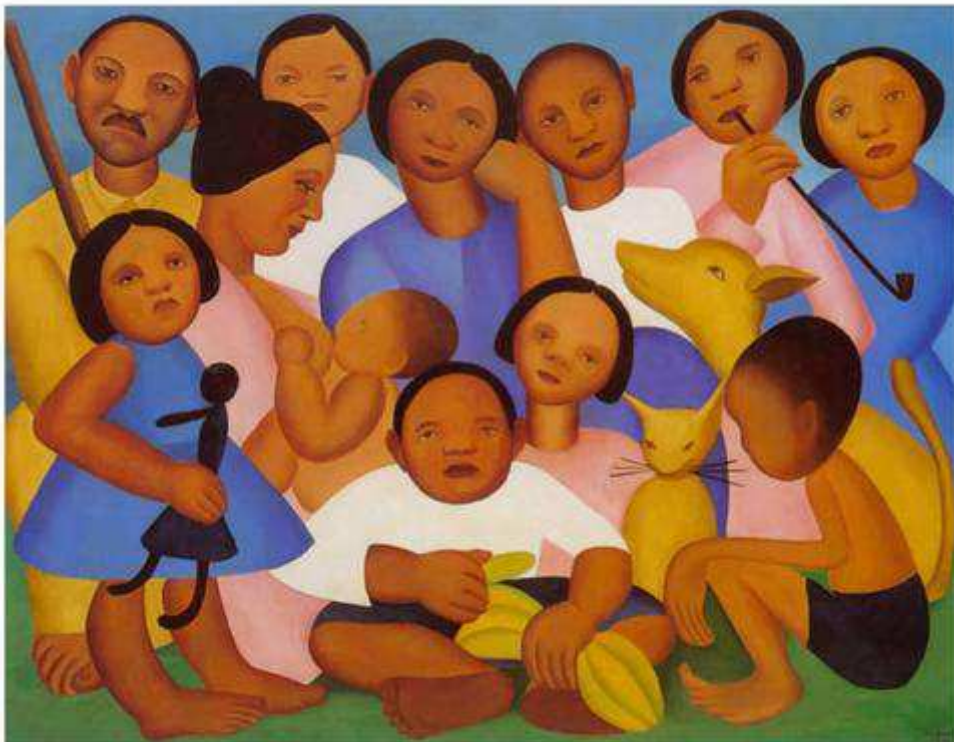
2 - Diagnóstico de enfermagem: é um julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. Proporciona a base para a seleção das intervenções de enfermagem, visando a alcançar resultados pelos quais o enfermeiro é o responsável. É formulado após terem sido atingidas conclusões ou decisões baseadas na análise dos dados, e deve ser arranjado em ordem de prioridade, devendo ter atenção especial para aquelas áreas que têm maior impacto sobre o cliente, a família ou ambos. (CARPENITO-MOYET, 2009. p.24. PAUL & REEVES, 2000. p. 25)

3 - Planejamento: o plano para o fornecimento do cuidado de enfermagem pode ser descrito como a determinação do que pode ser feito para ajudar o cliente. Envolve o estabelecimento mútuo de metas e objetivos, o julgamento de prioridades e o desenvolvimento de métodos para a solução de problemas reais ou potenciais. As ações são baseadas em princípios científicos e em teorias de enfermagem, devendo ser específicas. Proporciona um meio de organização, direcionamento e significado para a ação de enfermagem usada para auxiliar o cliente, a família ou ambos a resolverem os problemas de saúde. (PAUL & REEVES, 2000. p. 26 e 28)

4 - Implementação: refere-se às ações iniciadas para a obtenção das metas e objetivos definidos. É frequentemente considerada como a real prestação de cuidados de enfermagem, é a colocação do plano em ação. É a fase que engloba todas as ações de enfermagem dirigidas à resolução do problema e ao preenchimento das necessidades de atendimento de saúde do cliente. (Op. cit., 2000. p. 28 e 29)

5 - Avaliação: é a última fase do processo de enfermagem e consiste na ação de acompanhar as respostas do cliente aos cuidados prescritos, por meio de anotações no prontuário ou nos locais próprios, da observação direta da resposta do cliente à terapia proposta, bem como do seu relato. A enfermeira avalia o progresso do cliente, institui medidas corretivas e, se necessário, revê o plano de cuidados (prescrição de enfermagem). Apesar de ser a última fase do processo, não o conclui, pois deve levar à reavaliação, que resulta em reiniciar o processo. (TANNURE & GONÇALVES, 2008. p. 115 -116)

Referencial Teórico



A FAMÍLIA – TARSILA DO AMARAL

3 – REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico direciona o estudo e dá sustentação à formulação do problema de pesquisa e seus desdobramentos. Apresentamos neste capítulo os princípios teóricos do Interacionismo Simbólico, abordagem que subsidiou a nossa busca pela compreensão do significado do cuidado para as enfermeiras que cuidam de clientes portadoras de câncer de colo do útero submetidas ao tratamento de radioterapia.

Para GOLDEMBERG (2004, p. 27):

O interacionismo simbólico destaca a importância do indivíduo como intérprete do mundo que o cerca e, conseqüentemente, desenvolve métodos de pesquisa que priorizam os pontos de vista dos indivíduos. O propósito destes métodos é compreender as significações que os próprios indivíduos põem em prática para construir seu mundo social. Como a realidade social só aparece sob a forma de como os indivíduos vêem este mundo, o meio mais adequado para captar a realidade é aquele que propicia ao pesquisador ver o mundo através “dos olhos dos pesquisados”.

3.1 – INTERACIONISMO SIMBÓLICO

De acordo com COULON (1995, p 19), desde o final do século XIX, o Interacionismo Simbólico (IS) exerce uma grande influência sobre a sociologia de Chicago, através da presença de George Herbert Mead e do filósofo americano John Dewey. A Escola de Chicago surgiu em 1892. Em 1910, o seu departamento de Sociologia e Antropologia tornou-se o principal centro de estudos e de pesquisas sociológicas dos EUA. John Dewey lecionava na Universidade de Michigan, quando em 1894 foi convidado para trabalhar na Universidade de Chicago, cargo que aceitou, levando com ele o amigo George Mead, tornando a universidade o novo centro do pragmatismo americano.

Esta é uma filosofia de intervenção social que defende o envolvimento do pesquisador com a vida de sua cidade e seu interesse pela transformação social. Segundo essa escola, a atividade humana deve ser considerada sob o ângulo de três dimensões que não podem ser separadas: biológica, psicológica e ética. Ao agir, o indivíduo persegue uma meta, tem sentimentos e emoções. O interacionismo, iniciado por Charles Peirce e William James, foi desenvolvido principalmente por George Hebert Mead, um professor de filosofia da

Universidade de Chicago, no período de 1893 a 1931, considerado o arquiteto da perspectiva interacionista.

Mead foi um profundo estudioso das áreas de filosofia e psicologia e, embora tenha escrito diversos artigos, não publicou uma obra completa e sistemática sobre sua teoria. Seus quatro livros são póstumos e organizados por editores a partir de palestras, aulas e manuscritos fragmentários. Seu sistema de psicologia social é apresentado de forma completa em *Mind, Self and Society*, em que o autor explora a complexa relação entre a sociedade e o indivíduo, expõe a gênese do *self*, o desenvolvimento de símbolos significantes e o processo de comportamento da mente. Ele se referia à sua teoria em termos de “behaviorismo social”, entendendo por isso a descrição do comportamento do nível humano cujo dado principal é o ato social concebido não só como o comportamento “externo” observável, como também a atividade “encoberta” do ato. (SANTOS, 2009. p. 4. HAGUETTE, 2007. p. 26.)

Ao enfatizar a natureza simbólica da vida social, Mead determina que as atividades interativas dos indivíduos produzem as significações sociais, sendo uma consequência importante deste postulado a de que o pesquisador só pode ter acesso a esses fenômenos particulares, que são as produções sociais significantes dos indivíduos, quando participa do mundo que se propõe a estudar. (GOLDENBERG, 2004. p. 27)

As principais proposições do interacionismo simbólico, no entender de Mead, são resumidas por COULON (1995, p.21) em cinco hipóteses:

1. Construimos as significações do mundo e de nossas ações no mundo com a ajuda de símbolos;
2. Por termos em comum com os outros os mesmos símbolos é que temos a capacidade de tomar o lugar do outro;
3. Podemos prever muitas vezes o comportamento do outro por termos em comum uma cultura, um conjunto elaborado de significações e valores que guiam a maior parte de nossas ações;
4. Os símbolos não são isolados, fazem parte de conjuntos complexos, diante dos quais o indivíduo define o seu “papel”;
5. O pensamento é o processo pelo qual soluções potenciais são examinadas sob o ponto de vista das vantagens e desvantagens com relação a seus valores.

Mead é considerado o inspirador do interacionismo simbólico, contudo esta expressão foi utilizada pela primeira vez apenas em 1937 por Herbert Blummer. Ao desejar efetuar a

síntese entre a abordagem individual e a macrosociológica, achou que a ideia de “si” cumpriria esse papel, desde que o “si” fosse visto como a interiorização do processo social pelo qual os grupos de indivíduos interagem com outros (COULON, 1995. p.20).

O agente aprende a construir seu “si”, e o dos demais, graças à sua interação com estes. A ação individual pode então ser considerada como a criação mútua de vários “si” em interação. Desse modo, os “si” adquirem um significado social, tornam-se fenômenos sociológicos, que constituem a vida social. (op. cit. p. 20)

Segundo Blummer, o Interacionismo Simbólico é fundamentado em três premissas simples: o ser humano age em relação às coisas com base no que tais coisas significam para ele; o significado de tais coisas, às vezes, surge de uma interação social que a pessoa tem com seus iguais; esses significados são manipulados e modificados através de um processo interpretativo, usado pela pessoa para lidar com as coisas que ela encontra. (BLUMMER 1969, p.2)

A concepção interacionista das relações sociais se fundamenta no princípio de que o comportamento humano é autodirigido e observável em dois sentidos: o simbólico e o interacional. Isso permite ao ser humano planejar e dirigir suas ações em relação aos outros e conferir significado aos objetos que utiliza para realizar seus planos. A vida social é concebida como um consenso estabelecido na inter-relação, por isso, o sentido atribuído às ações é manipulado, redefinido e modificado através de um processo interpretativo consensual ao grupo. (MINAYO 2004, p. 54)

A ordem dos fatos sociais e o sentido das ações estão sujeitas às mudanças, e cada ato pode ser considerado uma nova interação. Deve-se observar o cotidiano das relações estabelecidas pelos atores no cenário social e procurar interpretar o sentido que eles dão a cada ato, no contexto que se inserem, seja no tempo ou no espaço. O interacionismo simbólico, dentro do paradigma interpretativo, se preocupa em compreender os aspectos internos experimentais da conduta humana, ou seja, a maneira como as pessoas percebem os fatos ou a realidade à sua volta e como elas agem em relação às suas convicções. Está centrado na natureza social. Significa dizer que as atividades das pessoas são dinâmicas e sociais, e acontecem entre e dentro delas. (SANTOS, 2009. p. 2-3)

Segundo LOPES & JORGE (2005. p. 105), a teoria desenvolve uma micro-análise por estudar as interações interindividuais, a negociação individual e reação do outro, levando às atividades interpretativas, determinadas pela situação e interação das pessoas.

Para Mead, toda atividade grupal se baseia no comportamento cooperativo. A associação humana surge apenas quando cada indivíduo percebe a intenção na ação do outro, daí, constrói sua própria resposta tendo em vista a intenção percebida. O comportamento humano não é uma questão de resposta direta às atividades dos outros, mas envolve uma resposta às intenções dos outros, ou seja, ao futuro e intencional comportamento dos outros e não somente às suas ações presentes. Tais intenções são transmitidas por meio de gestos que se tornam simbólicos, ou seja, passíveis de serem interpretados. O componente significativo de um ato acontece através do role-taking: o indivíduo deve colocar-se no lugar da outra pessoa, deve identificar-se com ela. (HAGUETTE, 2007. p 27-28)

Os gestos constituem o mecanismo básico do ato social. Neste sentido, os gestos são símbolos, uma vez que indicam, significam e provocam ações adequadas nas etapas ulteriores do ato do qual são os primeiros fragmentos, e secundariamente, adequadas aos objetos envolvidos em tais atos. Quando o gesto representa a ideia que se tem detrás dele e provoca essa ideia no outro indivíduo, então temos um símbolo significante. (TEIXEIRA, 2005. p. 64)

De acordo com Mead, o processo de comunicação social envolve duas fases: “a conversa de gestos” e a “conversa de gestos significativos”. Ambas pressupõem um contexto social em que dois ou mais indivíduos estão em interação uns com os outros. Nessa conversa, a comunicação ocorre sem que o indivíduo se conscientize da reação que seu gesto provoca em outros. E, conseqüentemente, como não está ciente das reações das outras pessoas a seus gestos, ele não é capaz de responder a seus próprios gestos do ponto de vista dos outros. Ou seja, a conversa de gestos é inconsciente da comunicação. (MEAD, 1962. p.47)

No entanto, a comunicação consciente ou linguagem emerge de fora da conversa de gestos. A linguagem é a comunicação através de símbolos significantes (geralmente vocais), que produzem no indivíduo que faz o gesto a mesma compreensão produzida no indivíduo ao qual o gesto é dirigido.

O autor descreve o processo comunicacional como um ato social, uma vez que requer pelo menos dois indivíduos em interação um com outro. Os atos desta comunicação seriam: 1) um gesto inicial por parte de um indivíduo; 2) a resposta a esse gesto por parte de outro indivíduo; 3) o resultado da ação iniciada no primeiro gesto. Nesse caso, o indivíduo pode antecipar as respostas dos outros podendo, portanto, consciente e intencionalmente fazer gestos que produzam a resposta desejada. (Op. Cit. 1962, p.76, 81)

Para RIBEIRO (2007, p.28), em virtude da nossa capacidade para vocalizar símbolos significantes, podemos literalmente nos ouvir, respondendo a nós próprios como os outros nos

respondem. Ao imaginarmos o que é ser receptor de nossas próprias mensagens, podemos empatizar com o ouvinte, assumindo o seu papel, completando a resposta do outro em nossas cabeças. O componente significativo de um ato que representa uma atividade mental ocorre quando o indivíduo coloca-se na posição da outra pessoa, identificando-se com ela.

Mead destaca que o ser humano possui um *self*, enfatizando que da mesma forma que o indivíduo age socialmente com relação a outras pessoas, ele interage socialmente consigo mesmo, podendo tornar-se objeto de suas próprias ações dentro da sociedade, sendo esta anterior à existência do *self*. O desenvolvimento do *self* inicia-se ainda na infância, no estágio de imitação por parte da criança, ainda sem um componente significativo. Posteriormente, ela passa a assumir o papel de outros em relação a si própria, como, por exemplo, o papel de “mãe”, “mocinho”, “bandido”.

Ao conseguir fazer o jogo de diferentes papéis, ou seja, quando o indivíduo passa a responder simultaneamente de um modo generalizado a muitos outros, ele já constrói um papel coletivo, refletindo o que ele adquiriu no curso de sua associação com os outros e cujas expectativas internalizou. Para Mead, o *self* representa um processo social no interior do indivíduo, envolvendo duas fases analíticas distintas: o *EU* e o *MIM*. O Eu é a tendência impulsiva do indivíduo, representa o aspecto inicial, espontâneo e desorganizado da experiência humana. O Mim representa o “outro” incorporado ao indivíduo, compreendendo o conjunto organizado de atitudes comuns ao grupo. Todo ato começa na forma de um “Eu”, terminando geralmente na forma de um “Mim”, porque o “Eu representa a iniciação do ato antes dele cair sob o controle das definições e expectativas dos outros (o “Mim”). O “Eu” dá propulsão ao ato, enquanto o “Mim” dá direção. (HAGUETTE, 2007. p. 29-30. MEAD, 1962, p. 195)

A formação do *self*, assim como o ato humano, tem fundamentação social, sendo ambos dinâmicos. Consequentemente, evoluem ou se modificam de acordo com as mudanças nos padrões e nos conteúdos das interações vivenciados pelo indivíduo com os outros e consigo mesmo. Por possuir um *self*, o indivíduo é capaz de fazer indicações para si próprio, caracterizando sua vida mental, o que lhe possibilita dirigir e controlar seu comportamento. (HAGUETTE, 2007. p. 31)

O fundamento da teoria de Mead sobre o conceito de **Mente** está na conversação de símbolos significativos. Somente assim sua existência é possível. A mente é concebida como um processo que se manifesta sempre que o indivíduo interage consigo próprio, usando símbolos significantes. Essa significância ou sentido é também social em origem. Da mesma forma, a mente é social tanto em sua origem como em sua função, pois ela surge do processo

social de comunicação e se desenvolve na conversa interna da pessoa consigo mesma. O aparato fisiológico do organismo (o cérebro) é indispensável para o desenvolvimento da mente, mas ele não o faz sozinho. O organismo humano seleciona os estímulos que são relevantes para as suas necessidades e para seus desejos, rejeitando os que ele considera irrelevantes. Todo comportamento associa-se em uma percepção seletiva de situações. Com isso, a percepção não pode ser concebida como uma mera impressão de alguma coisa exterior ao indivíduo. (MEAD, 1962. p.47. HAGUETTE, 2007. p. 32)

Alguns conceitos centrais servem de base à compreensão do interacionismo simbólico:

- **Símbolo** – é o ponto central do interacionismo simbólico, pois sem ele não podemos interagir uns com os outros. Símbolos são uma classe de objetos sociais usados para representar alguma coisa e são usados para pensar, comunicar, representar. Só é simbólico quando há um significado (uma representação), uma intencionalidade. Podem ser objetos físicos, ações humanas ou palavras. Quando uma pessoa compartilha a sua perspectiva com os outros através de qualquer tipo de linguagem, isto é simbólico. (DUPAS,1997. p. 221)
- **Self** – da mesma forma como o indivíduo age socialmente com relação a outras pessoas, ele interage socialmente consigo mesmo. Ele pode tornar-se objeto de suas próprias ações. A sociedade representa, pois, o contexto dentro do qual o *self* surge e se desenvolve. O *self* representa o processo social no interior do indivíduo, envolvendo duas fases analíticas distintas: o “eu” e o “mim”. O “eu” é a reação do organismo às atitudes dos outros (impulsivo, espontâneo, não socializado). O “mim” é a série de atitudes organizadas que o indivíduo adota, determinante da conduta, objeto que surge da interação; é o *self* social. (DUPAS 1997, p. 222-223 e HAGUETTE 2007, p.29-30).
- **Mente** – é concebida como um processo que se manifesta sempre que o indivíduo interage consigo próprio, usando símbolos significantes. Ela é social, tanto em origem quanto em função, pois surge do processo de interação com os outros e é necessária para entender os outros e para determinar linhas de ação em relação aos objetos e situações. (DUPAS 1997, p. 223 e HAGUETTE 2007, p.32).
- **Interação social** – quando interagimos, nós nos tornamos objetos sociais uns para os outros, usamos símbolos, direcionamos o *self*, nos engajamos em ação mental, tomamos decisões, mudamos direções, definimos situações e assumimos o papel do outro. Assim, os seres humanos são atores sociais: eles levam outros em conta quando

agem, e os outros fazem diferença nas suas ações. A interação social é simbólica: intencionalmente comunicamos quando agimos e outros interpretam o que fazemos. (DUPAS 1997, p. 224 e SANTOS, 2009. p.10).

- **Sociedade** – É toda atividade grupal que se baseia no comportamento cooperativo. O comportamento humano envolve uma resposta às intenções dos outros. Essas intenções são transmitidas através de gestos que se tornam simbólicos, isto é, passíveis de serem interpretados. É descrita como um processo, conceitualizado no sentido dinâmico. Os indivíduos, ao interagirem, definem e alteram a direção dos atos uns dos outros. Os indivíduos agem e, quando eles agem cooperativamente, constroem uma sociedade. (DUPAS 1997, p. 224-225 e SANTOS, 2009. p.11)

LOPES & JORGE (2005, p.104) consideram que esse referencial tem sido utilizado com sucesso na Enfermagem, por se tratar de uma teoria em que o significado é o conceito central, em que as ações individuais e coletivas são construídas a partir da interação entre as pessoas que, definindo situações, agem no contexto social a que pertencem.

Pretendemos, neste estudo, conhecer a forma como as enfermeiras vivenciam a experiência do cuidado às clientes portadoras de câncer de colo do útero submetidas ao tratamento de radioterapia, que significados dão a esse cuidado e como interpretam esta vivência. Daí a nossa opção por utilizar o Interacionismo Simbólico como referencial teórico, buscando ampliar conhecimentos na construção de ações e estratégias, visando a um relacionamento interativo entre a enfermeira e a cliente portadora de câncer de colo do útero submetida a radioterapia.

Metodologia



CENTRAL DO BRASIL – TARSILA DO AMARAL

4 – METODOLOGIA

A pesquisa científica pode ser definida como o processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico. Exige criatividade, disciplina, organização e modéstia, baseando-se no confronto permanente entre o possível e o impossível, entre o conhecimento e a ignorância. Seu objetivo fundamental é descobrir respostas para problemas mediante o emprego de procedimentos científicos. Partindo-se desta conceituação, pesquisa social poderia ser definida como o processo que, utilizando a metodologia científica, permite a obtenção de novos conhecimentos no campo da realidade social, e método científico como o conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adotados para atingir esses conhecimentos. (GIL 2008, p.8 e 26; GOLDENBERG 2004, p. 13).

Para MINAYO (2004, p. 22), metodologia pode ser compreendida como o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade. Inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador.

Uma pesquisa qualitativa produz resultados não alcançados por meio de procedimentos estatísticos ou de outros meios de quantificação. Pode se referir à vida das pessoas, experiências vividas, comportamentos, emoções e sentimentos, e também à pesquisa sobre funcionamento organizacional, movimentos sociais, fenômenos culturais, etc. (STRAUSS & CORBIN, 2008, p.23). Esse tipo de pesquisa propõe-se a trabalhar com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2004, p.28).

A partir dessa linha de pensamento acerca da pesquisa qualitativa, surgiu nosso interesse em desenvolver esse estudo. É, portanto, descritivo, porque busca primordialmente a descrição das características de determinada população e elucidação dos fenômenos, aqui relacionados à profissão de enfermagem, no que se refere à atuação em área de ginecologia e oncologia, especialmente no cuidado desenvolvido com clientes encaminhadas à radioterapia. Nesses casos, os pesquisadores usam métodos aprofundados para descrever as dimensões, as variações, a importância e o significado dos fenômenos.

4.1 – CENÁRIO DA PESQUISA

Escolhemos como campo do estudo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), órgão auxiliar do Ministério da Saúde no desenvolvimento e coordenação das ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no Brasil. Essas ações compreendem a assistência médico-hospitalar, prestada direta e gratuitamente aos clientes com câncer, como parte dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Está localizado na cidade do Rio de Janeiro, e é composto hoje por cinco unidades hospitalares:

- *Hospital do Câncer I (HC I)*– maior unidade hospitalar do Instituto, inaugurada em 1957. Estruturado para atender clientes adultos e crianças com diversos tipos de câncer, sendo também a unidade de maior complexidade tecnológica, dispendo de parque radioterápico.

Figura 4



Hospital do Câncer I e CEMO

- *Centro de Transplante de Medula Óssea (CEMO)* - é a unidade clínica do INCA que tem como finalidade o tratamento de clientes com doenças hematológicas, tais como a anemia aplásica e as leucemias. Funciona no mesmo prédio do Hospital do Câncer I

- *Hospital do Câncer II (HC II)* - (antigo Hospital de Oncologia do INAMPS, incorporado ao INCA, em 1992), destinado ao tratamento de clientes da Clínica de Ginecologia Oncológica, Oncologia Clínica e Tecido Ósseo e Conectivo (TOC). Não dispõe de parque radioterápico próprio. Encaminha as clientes para outras unidades do INCA e outros centros de radioterapia conveniados do SUS.

Figura 5



Hospital do Câncer II

- *Hospital do Câncer III (HC III)* - (antigo Hospital Luisa Gomes de Lemos, da Fundação das Pioneiras Sociais, também incorporado ao INCA, em 1992), atende a clientes com doenças malignas de mama. Possui parque radioterápico.

Figura 6



Hospital do Câncer III

- *Hospital do Câncer IV (HC IV)* - inaugurado em 1998, é a unidade assistencial do INCA, com a finalidade de oferecer cuidados paliativos aos clientes do Instituto.

Figura 7



Hospital do Câncer IV

Os sujeitos do estudo desenvolvem suas atividades em unidades onde o encaminhamento à radioterapia é uma proposta de tratamento, ou seja, nos Hospitais do Câncer I, II e III.

4.2 – ASPECTOS ÉTICOS

Após aprovação do projeto pela banca na Escola de Enfermagem Ana Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro, a pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa do INCA para avaliação em março de 2010, em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos. (ANEXO II)

A primeira manifestação do Comitê, após três meses do encaminhamento da proposta, foi no sentido de sugerir a inclusão, na amostra, de profissionais de enfermagem de nível médio, médicos, administradores e clientes. A partir daí, foi necessário o aprofundamento quanto ao nosso objeto de estudo - gerenciamento do cuidado na consulta de enfermagem - atividade privativa do enfermeiro, de acordo com a lei nº 7498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, em seu artigo 11, inciso I, alínea “i”. Acatamos a sugestão de incluirmos as clientes, entendendo que sua visão seria importante

para a construção de um modelo de cuidado de enfermagem voltado para as clientes portadoras de câncer de colo de útero submetidas a radioterapia.

O estudo foi então reapresentado ao Comitê de Ética e, apenas em 05 de julho de 2010, após reanálise, foi aprovado sob o registro CEP – INCA nº 34/10 (ANEXO III), o que provocou atraso no desenvolvimento do estudo, obrigando-nos a rever todo o cronograma previsto inicialmente.

4.3 – SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos do estudo foram enfermeiras e clientes (essas últimas, de forma complementar), pois buscamos suas impressões do atendimento durante a consulta de enfermagem.

As enfermeiras atuam na assistência ambulatorial, desenvolvendo a consulta de enfermagem com clientes submetidas a tratamento radioterápico. Consideramos como critério de inclusão a experiência mínima de 1 (um) ano nessa atividade, por entendermos que esse período já permite à enfermeira conhecer o perfil da clientela e identificar suas necessidades. A partir desse pré-requisito, identificou-se um universo de 9 (nove) enfermeiras. Foi feito, então, um contato com a chefia do serviço ambulatorial de cada hospital, solicitando a autorização para a realização das entrevistas e a apresentação inicial a essas profissionais. No período da coleta de dados, 1 (uma) das enfermeiras encontrava-se de férias, perfazendo, por isso, um total final de 8 (oito) enfermeiras entrevistadas. As entrevistas foram marcadas no horário mais conveniente para as entrevistadas e realizadas em seu local de trabalho.

Após a apresentação da pesquisadora, era lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), fornecidas informações relativas à pesquisa, seus objetivos e procedimentos envolvidos, e após isso, era oferecido espaço às entrevistadas para qualquer esclarecimento que se fizesse necessário. Todas as enfermeiras aceitaram participar do estudo. Após o registro da assinatura no TCLE, as entrevistas foram gravadas em um aparelho digital com posterior transcrição. No relatório, as entrevistadas serão identificadas pelo prefixo *Enf.*, seguido de numeração que corresponde à ordem de realização das entrevistas.

No que se refere às clientes, foi feito o levantamento, no mês de agosto de 2010, daquelas com diagnóstico de câncer de colo do útero e com retorno agendado para consulta pós-radioterapia no Hospital do Câncer II, uma vez que essa modalidade de consulta

caracteriza o término do tratamento radioterápico, e somente acontece na Unidade II. A partir desses critérios, foi identificado o total de 13 (treze) clientes.

Esse levantamento foi feito por meio do agendamento eletrônico, em que constam: nome, matrícula e telefone das clientes. De posse dessa informação, foi verificado no prontuário eletrônico o diagnóstico de cada cliente agendada, para possível inclusão no estudo. Utilizando a amostra por conveniência, as primeiras entrevistas aconteceram com 5 (cinco) clientes, número de agendamentos do ambulatório pós-radioterapia com diagnóstico de câncer do colo do útero.

Na véspera da consulta apazada, a pesquisadora fazia contato telefônico com as clientes, solicitando-lhes uma entrevista após o atendimento na consulta de enfermagem, explicando, sucintamente, o motivo da solicitação. Inicialmente houve aceitação por parte de todas as clientes contatadas. Apenas uma cliente, após a leitura do TCLE (APÊNDICE D), recusou-se a assinar e a conceder a entrevista. Durante os primeiros contatos, foi percebido que algumas clientes eram muito sucintas em suas respostas, daí estendermos para 13 (treze) o número de entrevistas, buscando uma coleta mais rica. No relatório, as entrevistadas serão identificadas pelo prefixo *Pac.*, seguido da numeração que corresponde à ordem de realização das entrevistas.

4.4 – PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A entrevista é uma forma de interação social. É uma técnica muito eficiente para obtenção de dados em profundidade acerca do comportamento humano: o que as pessoas sabem, creem, esperam, sentem, pretendem fazer, fazem ou fizeram. Dados obtidos dessa forma são suscetíveis a classificação e quantificação. (GIL, 2008. p. 109 e 110). Na entrevista semi-estruturada, o pesquisador se utiliza de um guia de tópicos escritos para garantir que todas as áreas das questões sejam cobertas, sendo a sua função encorajar os participantes a falarem sobre os tópicos (POLIT, BECK & HUNGLER, 2004. p. 252). Neste estudo, optamos por utilizar um roteiro composto por uma parte de identificação e outra com questões abertas. (APÊNDICE A).

As entrevistas foram realizadas no local de trabalho das enfermeiras entrevistadas, em horário determinado por elas, e gravadas por meio de aparelho digital, de forma a garantir a fidedignidade dos dados. No caso das clientes, as entrevistas ocorreram em um consultório do ambulatório de ginecologia do HC II, na sequência da consulta de enfermagem pós-

radioterapia. Também utilizamos um roteiro composto por uma parte de identificação e outra com questões abertas (APÊNDICE B) e um aparelho digital para registro das entrevistas. Buscamos, nesse momento, assegurar aos entrevistados o direito ao anonimato e à privacidade das informações fornecidas.

4.5 – A ANÁLISE DOS DADOS

A finalidade da análise dos dados é organizar, fornecer estrutura e extrair significado dos dados da pesquisa de forma que possibilite o fornecimento de respostas ao problema proposto para investigação. (GIL, 2008. p. 156, POLIT, BECK & HUNGLER 2004. p. 358) Ao dissertarem sobre a análise qualitativa, STRAUSS & CORBAIN (2008. p.24) referem-se não à quantificação dos dados qualitativos, mas ao processo não matemático de interpretação feito com o objetivo de descobrir conceitos e relações nos dados brutos e de organizar esses conceitos e relações em um esquema explanatório teórico.

Na pesquisa qualitativa, geralmente são seguidas três etapas para análise dos dados:

- Redução dos dados – fase que consiste no processo de seleção e posterior simplificação dos dados que aparecem nas notas redigidas no trabalho de campo. Envolve seleção, focalização, simplificação, abstração e transformação dos dados originais em sumários organizados.
- Apresentação – esta fase consiste na organização dos dados selecionados de forma a possibilitar a análise sistemática das semelhanças e diferenças e seu inter-relacionamento.
- Conclusão e verificação – a elaboração da conclusão requer uma revisão para considerar o significado dos dados, suas regularidades padrões e explicações. (MILES & HUBERMAN, 1994 apud GIL, 2008. p. 175)

Para análise dos dados deste estudo, organizamos o conjunto de depoimentos, procurando reunir e identificar as tendências e padrões relevantes presentes em seu conteúdo. Realizamos uma pré-análise, organizando o conjunto de dados na busca de seguimentos significativos, e agrupamos as respostas por convergência e similaridade, com o propósito de delimitarmos por categorias e subcategorias, para posteriormente iniciarmos uma descrição analítica à luz do referencial teórico adotado.

Os textos foram submetidos a uma revisão, quando suprimimos o excesso de vícios de linguagem e corrigimos algum possível erro gramatical, sem que alterássemos o sentido das falas.

Análise e Discussão dos Dados



O PESCADOR – TARSILA DO AMARAL

5 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS DA PESQUISA

5.1 - CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

5.1.1 – Enfermeiras

A primeira variável a ser considerada diz respeito ao sexo dos sujeitos enfermeiras. O sexo feminino corresponde a 100% da amostra, o que não nos surpreendeu, tendo em vista a questão de gênero associada ainda à escolha da profissão de enfermagem.

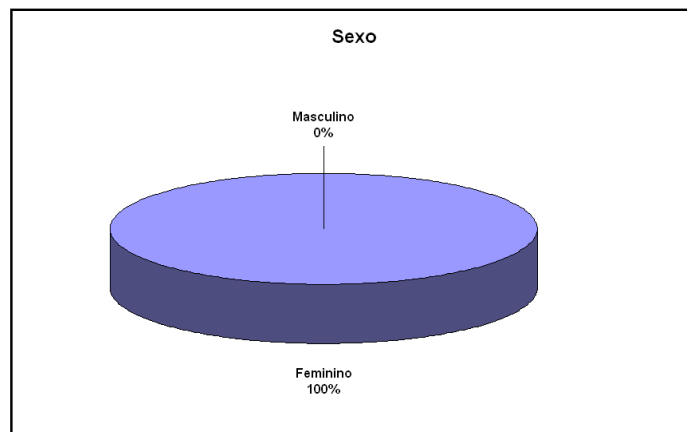


Gráfico 2 – Distribuição dos sujeitos por sexo

A segunda variável se refere à unidade de atuação das entrevistadas, sendo 37% da população entrevistada atuante no Hospital do Câncer I, 25% no Hospital do Câncer II, e 38% no Hospital do Câncer III.

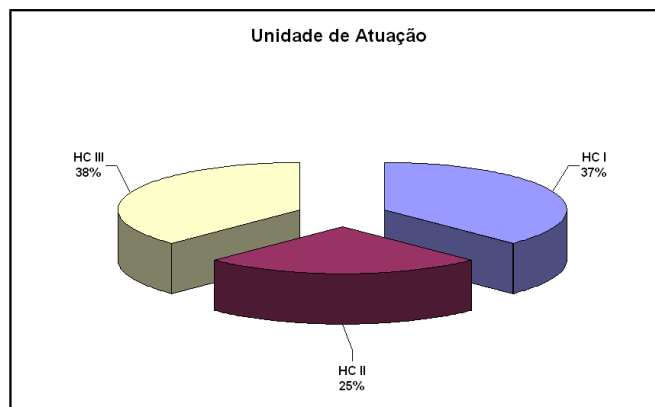


Gráfico 3 – Distribuição dos sujeitos por Unidade de atuação

Em seguida, temos a variável relativa à idade dos profissionais entrevistados. Observamos que os sujeitos se concentram na faixa dos 35 a 60 anos com uma predominância na faixa dos 50 anos, assim distribuídos: 25% de 30 a 39 anos, 25% de 40 a 49 anos, 37% de 50 a 59 anos, e 13% acima de 60 anos.

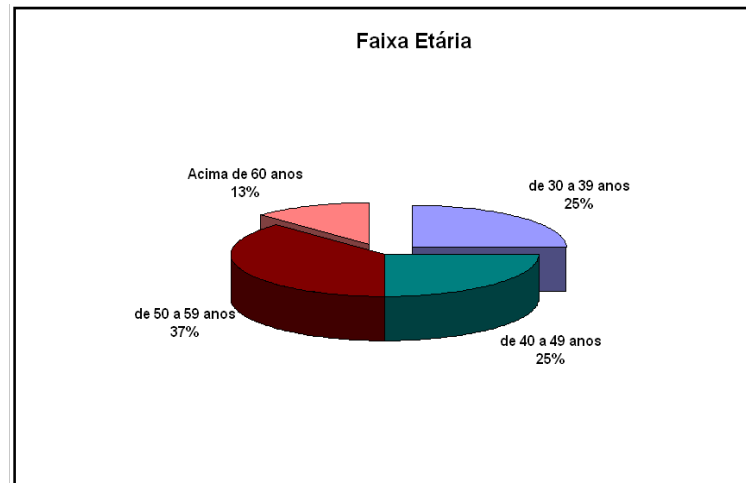


Gráfico 4 – Distribuição dos sujeitos por idade

Quanto ao tempo de formação profissional, 12,5% têm de 0 a 10 anos de formação, 25% têm entre 11 e 20 anos de formado, 50% encontram-se na faixa de 21 a 30 anos de formadas, e 12,5% com mais de 30 anos de formação.

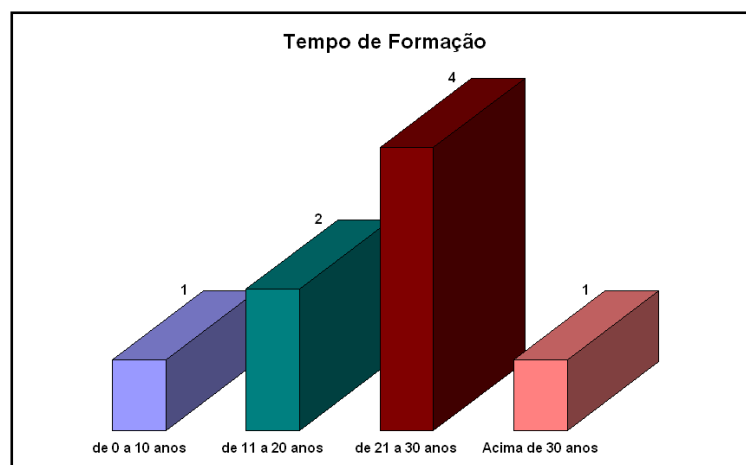


Gráfico 5 – Tempo de formação profissional

Finalmente, com relação ao tempo de atuação com clientes submetidas a radioterapia, temos a faixa entre 5 a 10 anos com quatro profissionais, duas entre 11 e 15 anos, e duas enfermeiras também entre 16 a 20 anos, caracterizando um perfil de enfermeiras experientes no desenvolvimento da assistência de enfermagem à clientela selecionada para este estudo.

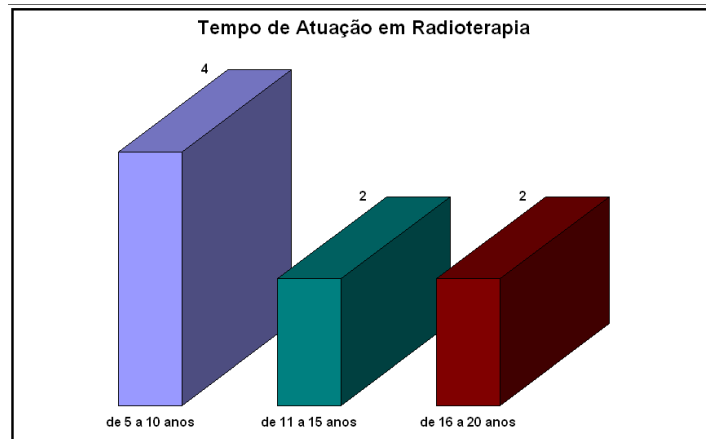


Gráfico 6 – Tempo de atuação em radioterapia.

5.1.2 – Clientes

Na identificação das clientes, buscamos conhecer a média de idade das mesmas. Os dados encontrados demonstram que, entre as entrevistadas, 39% tinham entre 35 e 44 anos, 23% estavam entre 45 e 54 anos de idade, 15% estavam na faixa de 55 a 64 anos, e 23% na faixa de 65 a 74 anos de idade.

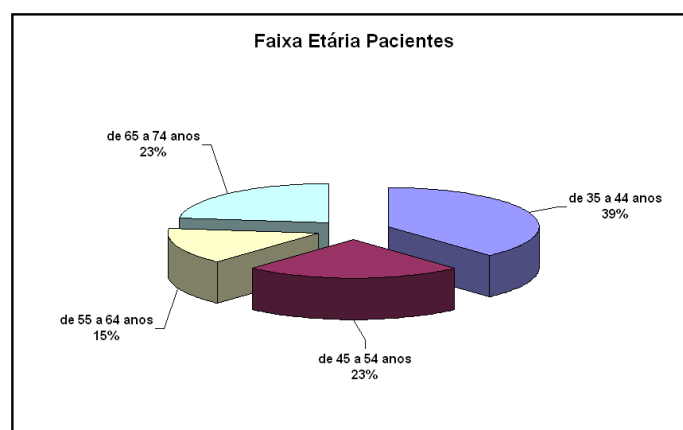


Gráfico 7 – Faixa etária clientes

5.1.3 – Categorias

Apresentaremos, a seguir, o resultado da análise dos depoimentos dos sujeitos, inicialmente de forma esquemática, para melhor visualização das categorias e subcategorias, com posterior desenvolvimento e inclusão das falas dos sujeitos.

CATEGORIA 1: Delineando aspectos do cuidar na consulta de enfermagem

- Agendando a consulta
- Registrando a consulta em formulário próprio
- Orientando durante a consulta
- Interagindo com a cliente portadora de câncer de colo uterino

CATEGORIA 2: A consulta de enfermagem como espaço educativo

- Prevenindo complicações
- Desmistificando a doença e o tratamento
- Acolhendo com escuta ativa

CATEGORIA 3: Significados para o gerenciamento do cuidado nesta condição específica

- Percebendo a descontinuidade do cuidado
- Faltando interação no processo de seguimento das clientes submetidas a radioterapia
- Percebendo a perda do vínculo com a cliente

CATEGORIA 4: Desenvolvendo estratégias para a continuidade do cuidado

- Envolvendo o companheiro e familiares
- Valorizando a interdisciplinaridade

Quanto às clientes, destacamos as seguintes categorias e subcategorias:

CATEGORIA 1: Percebendo-se acolhida pela enfermeira

- Sendo bem tratada
- Sentindo-se confortável com a enfermeira

CATEGORIA 2: Valorizando as orientações recebidas

- Compreendendo melhor a doença e o tratamento

➤ Encontrando espaço para falar

Neste estudo, buscou-se analisar o processo interacional das enfermeiras no cuidado das clientes com câncer de colo de útero submetidas a radioterapia, identificando os símbolos significantes utilizados nessa relação. Partimos do entendimento dos conceitos de Mead e Blummer, idealizadores do Interacionismo Simbólico, quando consideram que o conhecimento se processa através da interação entre os sujeitos e o ambiente. A natureza da interação simbólica, portanto, envolve a sociedade, a vida grupal, os objetos e as coisas da natureza humana. (BLUMMER, 1969. p.22)

No que se refere ao cliente oncológico, a enfermeira é um elemento primordial na teia multiprofissional de assistência, na medida em que sua postura e sua integração aos processos institucionais, visando ao atendimento às necessidades de saúde do usuário, podem ser um diferencial no cuidado prestado.

A integralidade em saúde é entendida como uma das diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde e, com base em seus princípios, os serviços devem ofertar ações de promoção à saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação segundo a dinâmica do processo saúde-doença, e estes devem estar articuladas e integradas em todos os espaços organizacionais do sistema de saúde (MACHADO et al, 2007. p. 338). Assim, a integralidade no SUS refere-se à satisfação das necessidades dos usuários no sentido de acesso aos diferentes níveis de complexidade e, também, ao atendimento por equipe multiprofissional.

No tocante ao atendimento a clientes com diagnóstico de câncer do colo do útero, é importante destacar que a atenção integral começa na chegada dessa mulher à unidade. A instituição deve ter claros os critérios de matrícula, realizando ampla divulgação dos mesmos (inclusive para os funcionários envolvidos direta ou indiretamente na assistência – exemplo: seguranças, recepção etc), devendo também estruturar a “triagem” de forma a atender as necessidades da população (estabelecendo quais são os dias de atendimento e determinando o número de atendimentos por dia).

Nessa perspectiva, “acolher” significa receber, atender, dar crédito a, mas, sobretudo, colocar-se disponível ao desvelamento das necessidades trazidas por essas clientes. Essas necessidades são permeadas por sua condição de vida, do ponto de vista objetivo (vulnerabilidade social, precariedade das condições de trabalho, limitado acesso aos serviços de saúde etc) e subjetivo (emoções, medos, ansiedades, estigmas, expectativas, desejos, conceito de felicidade etc).

O ambulatório de uma unidade de saúde é um local dinâmico, onde é encontrado habitualmente um ritmo frenético na movimentação de profissionais de saúde, clientes e familiares. É necessária uma engrenagem lubrificada de forma a garantir seu bom funcionamento, com conseqüente repercussão na qualidade de atendimento ao cliente. Nesse espaço, são desenvolvidas consultas multidisciplinares, entre elas a consulta de enfermagem, espaço interativo, em que, em atendimentos individuais, a enfermeira busca estabelecer uma relação de cuidado com o cliente, favorecendo o compromisso e o envolvimento, no sentido de agir, promovendo o bem estar do outro.

O cliente oncológico tem um perfil caracteristicamente ambulatorial, em função das opções de tratamento para essa patologia. Especificamente as clientes de câncer de colo de útero que tenham como determinação o tratamento radioterápico exclusivo ou combinado com quimioterapia, terão todo seu atendimento realizado em nível ambulatorial, salvo alguma intercorrência que ocasione a necessidade de uma internação. Para que a assistência aconteça de forma efetiva, são necessárias ações que garantam o acesso ao cuidado, assim como a sua continuidade, sendo fundamental o planejamento⁸ dessas ações.

A partir desta análise, emerge a primeira categoria chamada:

1 - Delineando aspectos do cuidar na consulta de enfermagem

1.1 – Agendando a consulta

Esta subcategoria aponta para o estabelecimento de uma relação respeitosa entre enfermeira e cliente, na medida em que o agendamento possibilita a organização da demanda e define um tempo/espaço específico para o atendimento a essas clientes, propiciando-lhes a oportunidade de expor as dúvidas, tendo satisfeitas suas necessidades de orientações e esclarecimentos. Outro aspecto ligado ao agendamento é a necessidade de seguimento durante o tratamento radioterápico, que busca a identificação precoce de possíveis complicações que possam vir a comprometer a continuidade das aplicações.

Enf. 1 – “Nós realizamos duas entrevistas com ela: a consulta de primeira vez, que seria no dia da primeira inserção⁹, antes dela começar o

⁸ Planejamento é aqui compreendido como um conjunto de conhecimentos práticos e teóricos ordenados de forma a possibilitar a interação, programar as estratégias e as ações necessárias, para alcançar os objetivos e metas desejadas e preestabelecidas.

⁹ Neste caso, a expressão *inserção* refere-se à colocação dos instrumentos utilizados nas aplicações da braquiterapia.

tratamento, e temos a consulta de término do tratamento, que é no final, depois que ela termina a terceira, quarta ou quinta inserção, que seja...”

Enf. 4 – “... As clientes são agendadas, nós temos o cartão de enfermagem e normalmente agendamos essas clientes no dia da revisão médica. Uma vez por semana elas passam no médico, e nós temos esse cartão aqui,... então nós agendamos o dia que ela tem que voltar...”

Enf. 8 – “... A agenda eletrônica é muito importante porque você pode manipular seus agendamentos, então isso é interessante porque você pega uma cliente aqui e garante a volta dela ali no sistema...”

A consulta de enfermagem deve ser um procedimento desenvolvido com o emprego de uma metodologia própria, não podendo ser confundida com atendimentos ou orientações realizados às pressas no corredor da instituição, aproveitando a “passagem” do profissional. Nesta perspectiva, o agendamento evidencia uma iniciativa de planejamento da ação em saúde. Na radioterapia, é condição fundamental o acompanhamento das clientes em função das reações que podem se apresentar em decorrência do tratamento. A atenção de enfermagem deve ser individualizada, uma vez que as reações variam de uma cliente para outra, podendo ir de efeitos leves, até efeitos graves que podem interferir na qualidade de vida da cliente. Tendo em vista a obrigação do comparecimento diário à unidade de saúde, no caso da radioterapia, é interessante que a cliente tenha um retorno semanal à consulta de enfermagem, para que as intercorrências sejam identificadas precocemente, evitando danos maiores.

A consulta necessita acontecer em um local privativo, onde a enfermeira possa examinar a área irradiada, de forma a não expor a cliente, dispondo de tempo para que a cliente se expresse e a enfermeira possa rever os diagnósticos de enfermagem identificados, o plano de cuidados estabelecido e reforçar as orientações.

O desenvolvimento da consulta de enfermagem requer habilidades como a capacidade de observação, de levantar informações e de fornecer orientações (de forma adequada à cliente e em perspectiva dialógica) que auxiliem na recuperação e manutenção do equilíbrio do indivíduo. O processo de enfermagem, por utilizar uma abordagem organizada e exigir da enfermeira a aplicação de seus conhecimentos no planejamento de suas ações, contribui para o alcance desses objetivos.

Para NÓBREGA & SILVA (2007, p. 17), no processo de enfermagem, a assistência é planejada para alcançar as necessidades específicas do cliente, possuindo um enfoque

holístico, ajudando a assegurar que as intervenções sejam elaboradas para o indivíduo e não somente para a doença, favorecendo os diagnósticos e o tratamento dos problemas de saúde potenciais ou vigentes.

Na descrição de suas atividades durante a consulta de enfermagem, as enfermeiras reconhecem etapas do processo de enfermagem, principalmente no que se refere à coleta de dados e a identificação de problemas, como verificamos na subcategoria a seguir:

1.2 – Registrando a consulta em formulário próprio

O registro do atendimento de enfermagem realizado em formulário próprio aponta para a definição de quais questões deverão ser abordadas de maneira a nortear o profissional em sua atuação e em suas intervenções, favorecendo o processo de cuidado.

Tais achados indicam a construção de ações que parametrizam, fornecem bases mínimas para o desenvolvimento da consulta de enfermagem, segundo as entrevistadas:

Enf. 1 – “...Nós temos um formulário, então preencho o formulário com ela, pegando as informações de saúde anteriores, queixa atual e tudo que precisamos para fazer o procedimento...”

Enf. 7 – “...tem um impresso da consulta onde nós colhemos informações inerentes ao estado dela...a parte de doenças, co-morbidades que ela possa ter, alergia, hipertensão, diabetes. Fazemos perguntas relacionadas à parte ginecológica, da evolução dela, depois a vemos como um todo. Fazemos o exame físico, examinamos a parte abdominal, mais a parte relacionada à doença que é o colo de útero...”

Enf. 8 – “Nós estamos implementando a parte de sistematização, então estamos tentando fazer a anamnese inicial, só que são muitas clientes ...então nós temos um roteiro, um histórico de enfermagem que vamos perguntando à cliente e por ali identificando os problemas dela...”

A etapa da coleta de dados é considerada a base para o desenvolvimento das demais etapas do processo de enfermagem (diagnóstico, prescrição, implementação das intervenções e avaliação das ações). Entretanto, sua construção não é tarefa simples, pois o planejamento do processo da assistência depende da objetividade, fidedignidade e abrangência com que os dados são coletados, devendo ser desenvolvidos com base em uma das abordagens teóricas ou

conceituais de enfermagem, contemplando o aspecto dinâmico da assistência. Deve ser concernente com a cultura institucional em que será aplicado e demonstrar a filosofia de trabalho adotada. (VIRGÍNIO & NÓBREGA, 2004. p. 53-54)

Observamos, entretanto, que existem formulários diversos para o atendimento nos diferentes serviços em que a pesquisa foi realizada, apesar de todos serem destinados a clientes com tumores ginecológicos, não havendo, assim, uma interação nas informações, visto que em cada local de atendimento é preenchido um novo instrumento, caracterizando um re-trabalho.

Na análise das diferentes fichas de atendimento (ANEXO IV), foi possível separar os conteúdos em: identificação, levantamento de dados e campo aberto para descrição da evolução e orientações.

O ponto comum está na identificação da cliente com base em: nome, idade, matrícula, diagnóstico/estadiamento. Outras informações encontradas são: dados de escolaridade, profissão, peso, cor e pigmentação da pele. Isso tudo, porém, é encontrado de maneira pontual e em fichas diferentes. Destacamos que não há registro referente à rede de apoio familiar e social da cliente. O envolvimento do companheiro ou familiar no processo terapêutico da cliente é um item valorizado na fala dos sujeitos, como veremos mais adiante em outra subcategoria.

No que se refere ao levantamento de dados, as informações comuns a todas as fichas são: queixa atual, doenças pré-existentes, alergias, eliminações fisiológicas e tratamentos realizados (cirurgias, quimioterapia, radioterapia). Outras informações encontradas, porém não em todas as fichas, são: hábitos de vida (tabagismo e etilismo), atividade sexual, presença de sangramento ou secreção vaginal, exame físico focalizado (encontrado somente em uma ficha), estado emocional (encontrado somente em uma ficha), exames realizados e registro de EVA¹⁰ (encontrados somente em uma ficha).

Ao analisarmos os instrumentos, não identificamos uma orientação teórica de enfermagem norteando sua construção, o que indica a utilização do modelo biomédico na coleta de dados. A impressão que fica ainda é que cada unidade busca as informações relevantes para o seu próprio atendimento, não considerando o fluxo de atendimento da cliente, pois se assim fosse, seria valorizada a coleta de dados feita anteriormente, utilizando-se um instrumento único. Entendemos que a coleta deva ser objetiva, evitando-se a investigação de dados não pertinentes à finalidade da assistência na unidade de radioterapia,

¹⁰ Escala de dor visual analógica

porém não podemos esquecer a visão holística que deve nortear a prescrição do cuidado à cliente em questão. Ressaltamos a possibilidade de viabilizar a construção de um instrumento informatizado, ao qual todas as unidades teriam acesso, possibilitando a interação das informações em tempo real.¹¹

Ainda na análise do instrumento, verificamos que no campo aberto encontram-se espaços para o registro da data dos procedimentos realizados e para evolução e descrição das orientações fornecidas. Em um dos instrumentos, a conduta é descrita no formato de *check list*.

Não houve referência, na fala dos sujeitos, quanto à etapa do diagnóstico de enfermagem. Quanto às intervenções de enfermagem, ficaram caracterizadas as orientações e ações que deverão ser desenvolvidas pela cliente, como medidas de auto-cuidado na prevenção de complicações.

Apesar do reconhecimento dos enfermeiros de algumas etapas do processo de enfermagem, a SAE ainda é uma meta a ser alcançada, como podemos depreender desta fala:

Enf. 6 – “...tomara já sair essa informatização, essa sistematização da assistência de enfermagem, porque aí não tem jeito, você vai ter que ler o que o colega escreveu para dar continuidade...”

1.3 – Orientando durante a consulta

A referência a orientação durante a consulta está presente em diversos momentos na fala dos sujeitos. Podemos inferir que ela indica o compromisso dos profissionais com a adesão da cliente a seu tratamento. À medida que estas recebem e fornecem informações em processo interativo, possibilitam seu engajamento no tratamento a partir da valorização do auto-cuidado, visando a transformações, no sentido de minimizar os efeitos desgastantes, do ponto de vista clínico, subjetivo e social, da radioterapia.

Enf. 1 – “Então a de primeira vez nós focamos em uma orientação de tudo o que vai acontecer. Geralmente nós pegamos a cliente muito amedrontada (...) na maioria das vezes com medo do procedimento, com medo

¹¹ O INCA encontra-se em fase de implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem e já dispõe de um formulário informatizado de coleta de dados para internação em fase de teste, que será comum a todas as unidades.

da anestesia (...). Então nós focamos muito no passo a passo, do que vai acontecer com elas.”

Enf. 4 – “Normalmente eu peço que ela chegue na primeira semana de tratamento, aí são dadas todas as orientações para ela, a ingestão hídrica, a roupa que tem que usar, tudo o que tem que evitar durante o período da radioterapia. Então nesse primeiro momento eu dou essas informações gerais.”

Enf. 6 – “...Nós apresentamos a ela como é o tratamento, porque o desconhecido faz o medo e o medo não é bom... Então nós orientamos detalhes que para nós parecem bobos, mas não são...”

A quarta subcategoria identificada foi:

1.4 – Interagindo com a cliente portadora de câncer de colo uterino

Esta subcategoria se refere à interação estabelecida entre a enfermeira e a cliente durante a consulta de enfermagem, quando podemos identificar, à luz do Interacionismo simbólico, como essas profissionais agem em relação às suas convicções diante da realidade vivenciada com essa clientela específica.

O cuidado é permeado pelas convicções, experiências técnicas e vivência pessoal e social daquele que cuida e também do ser que recebe o cuidado. É também influenciado pelo ambiente onde o cuidado se dá, e a interação social é estabelecida a partir da troca de sentimentos e ideias vivenciadas pelos indivíduos envolvidos. O contato direto com seres humanos coloca o profissional diante de sua própria vida, saúde ou doença, dos próprios conflitos e frustrações.

Na concepção de Martins (2003), a atividade assistencial se constitui de fonte de gratificação e de estresse para os profissionais de saúde, considerando como fatores gratificantes: diagnosticar e tratar corretamente; curar; prevenir; ensinar; aconselhar; educar; sentir-se competente; receber reconhecimento. Como fatores estressantes, a autora destaca: o contato frequente com dor e sofrimento e lidar com as expectativas dos clientes e familiares.

Sob o ponto de vista do Interacionismo simbólico, a enfermeira, ao perceber-se não só como profissional, mas também como mulher, põe-se no lugar do outro no exercício de auto-reflexão, agindo conforme o significado que atribui à situação encontrada, remetendo-nos ao conceito de *self*, como podemos extrair das falas a seguir:

Enf 1 – “... a primeira coisa que salta aos olhos é o fato de ser mulher... quando se trata de uma mulher com câncer na área ginecológica ou na área da mama, não há como não se identificar de cara...”

Enf 5 – “...colo uterino e mama são duas regiões em que aparece o câncer e mexe muito com a gente, principalmente nós mulheres. Eu acho que mexe muito....É muito difícil para mim porque às vezes você se coloca no lugar do paciente... eu fico mexida.”

O ser enfermeira não as isenta da possibilidade de também adoecer. A convivência diária e estreita com o câncer não pode ser um paralisador das atividades da profissional, com risco de ela não ser capaz de realizar suas tarefas. Entretanto, em algum momento no desenvolvimento de suas atividades, com alguma cliente em especial, a enfermeira é remetida à possibilidade de vivenciar a situação de adoecimento, por si mesma, ou por intermédio de algum familiar ou ente querido. A associação com o feminino se dá de forma mais intensa, como fica claro nos depoimentos, provavelmente em função de todo aspecto cultural presente no ideário da mulher e na representação que perpassa a mama e a área ginecológica para nossa sociedade.

Foi possível perceber também uma sensibilização maior com relação às clientes jovens, com câncer em estágio avançado. Esse sentimento de compaixão pode estar relacionado ao início de uma vida profissional, de um casamento, à possibilidade de ter filhos, situações que muitas vezes podem ser adiadas ou até mesmo definitivamente interrompidas. Daí a associação da juventude e a suposta injustiça da cliente jovem estar vivenciando de forma desmerecida essa situação, uma vez que o esperado/desejado é que as pessoas tenham tempo de completar o “ciclo da vida” - nascer, crescer, envelhecer, para *então* adoecer e morrer.

Enf 7 – “... é difícil, você vivencia, é bem difícil. Você vê aquelas clientes jovens, com uma doença às vezes avançada... você fica um pouco sensibilizada com toda a história de vida dessa cliente e todo o percurso que ela vai seguir...são clientes muito jovens...e isso me choca.”

O processo de cuidar envolve relacionamento interpessoal, originado no sentimento de compaixão e desejo de auxiliar. O cuidado é responsivo, quer dizer, a capacidade de cuidar é

evocada em resposta a alguém ou a alguma coisa a quem ou à qual se atribui alguma importância ou algum valor (Waldow, 2010. p.28).

Para Ferreira (2002. p. 76), o cuidar é um ato que envolve a complexidade do lidar com outro ser humano e toda sua bagagem de sentimentos, crenças, desejos e valores, aliada à tarefa de nos relacionarmos com as nossas próprias emoções, como vemos nas falas abaixo:

Enf 4 – “... eu as considero pacientes especiais, e eu falo para elas que são especiais, que precisam de cuidado devido à área, que é uma área difícil de tratar...”

Enf 8 – “ ...Eu acho importante, o cuidar é muito gostoso. Eu adoro trabalhar com o cuidado, botar a mão na paciente, no toque. Não sei... nós temos um papel , uma função assim muito importante nessa parte do câncer do colo de útero porque mexe com toda a paciente, com a sexualidade dela, com sua autoestima e muitas outras coisas.”

Nessa perspectiva de interação, o comportamento da cliente provoca o início do processo relacional, envolvendo a reação da enfermeira ao seu comportamento e sua ação subsequente, compartilhada com a cliente no sentido de identificar a necessidade de ajuda e a ação apropriada àquela situação.

A segunda categoria encontrada foi denominada:

2 – A consulta de enfermagem como espaço educativo

Observamos que os aspectos relacionados à educação e orientação estão intimamente ligados na percepção dos sujeitos à função da consulta de enfermagem, o que nos leva a deduzir que seu conteúdo e a perspectiva de atuação/interação com as clientes são considerados como fundamentais no olhar dessas enfermeiras.

SMELTZER et al (2005, p. 49) consideram a educação em saúde uma responsabilidade primária da profissão de enfermagem, enfatizando que todos os cuidados de enfermagem têm por fim promover, manter e restaurar a saúde, evitar a doença e assistir às pessoas em sua adaptação aos efeitos residuais da patologia. A educação em saúde pode ajudar o indivíduo em sua adaptação à doença, evitar complicações, auxiliá-lo a realizar a terapia prescrita e solucionar problemas quando confrontados com novas situações.

A habilidade do indivíduo em desenvolver seu próprio cuidado reveste-se de grande importância, no caso da cliente submetida a radioterapia. Entretanto, essa capacidade está condicionada a fatores internos e externos, sendo necessário, para a efetivação da educação em saúde, conhecer o contexto de vida do indivíduo e suas condições de receber a informação, transformando-a em ação a partir da mudança de comportamento. Alguns fatores influenciam nesta dinâmica, tais como: a percepção individual da patologia e suas repercussões em seu contexto de vida, a percepção dos benefícios que poderão resultar da mudança de comportamento e a percepção de suas habilidades para realizar o que está sendo proposto.

Cabe aqui ressaltar a importância do familiar no processo de assistência ao cliente com câncer, nos casos em que ele assume a responsabilidade de oferecer cuidados diretos, quando a cliente está incapacitada de fazê-los por si mesma, ou apoio indireto por meio do acompanhamento às consultas e do apoio emocional durante o tratamento.

A primeira subcategoria foi denominada:

2.1 - Prevenindo complicações

Podemos entender essa subcategoria como um desdobramento destacado das funções de educação e orientação. Esse destaque tem seu fundamento ao levarmos em consideração o próprio tratamento de radioterapia e suas possíveis complicações. Assim, a interação acerca desse conteúdo específico aponta um fazer profissional que se constrói a partir das necessidades dessas clientes.

Enf. 1 – “Acho que tem o foco claro de orientação, nós temos foco de orientar o auto-cuidado, o que vai acontecer, a dinâmica do tratamento, a parte técnica...”

Enf. 2 – “Acho que é estar informando mesmo... estar preparando a cliente para o auto cuidado, porque nós passamos aquelas informações... os efeitos colaterais que podem acontecer... E depois mais a frente seria estar preparando para que ela tente minimizar os efeitos adversos da braquiterapia, que não são poucos.”

Enf. 6 – “Principalmente educação, principalmente educação e re-educação, porque ela vai ter que ser reeducada para outras coisas...”

Os efeitos adversos da radioterapia incluem, entre outros, reações de pele, sensação de cansaço e alterações de apetite, devendo a cliente ser alertada para realizar exame sistemático da pele em busca de alterações que possam comprometer a continuidade das aplicações. Deve ainda ser orientada com relação a alimentação e ingestão hídrica adequada durante o tratamento, além da necessidade de repouso na ocorrência de cansaço ou sonolência. A enfermeira deve enfatizar a importância de evitar a complicação de forma que o tratamento não seja interrompido. Isso cria a co-responsabilidade da cliente com o tratamento, propiciando seu envolvimento como sujeito ativo no processo. Por outro lado, isso só se dará na medida em que as orientações forem compreendidas como necessárias, provocando a mudança no comportamento.

A segunda subcategoria identificada foi:

2.2 – Desmistificando a doença e o tratamento

O câncer é visto ainda como uma doença estigmatizante, associada a sofrimento e morte, além de alterações físicas, mutilações e odores desagradáveis. A enfermeira conhece esta realidade, tendo conhecimento também das exigências dos tratamentos propostos, o que a torna importante como elemento facilitador e minimizador dos desconfortos trazidos por esse processo de adoecimento. O surgimento dessas questões na fala das enfermeiras aponta outro desdobramento da perspectiva de orientação/educação, levando em conta os aspectos culturais presentes na sociedade e, por sua vez, no cotidiano dessas clientes.

Enf 8 – “...E nós entramos justamente ali naquele caminho dela, orientando, tirando as dúvidas, tirando os fantasmas que o câncer gera nas pessoas...”

Enf. 1 – “...Eu acho que talvez para mim seja mais a vontade de mostrar para elas isso, que a vida pode continuar sendo normal, e que não foi a relação sexual que fez o sangramento, na verdade era uma doença que já existia, então acho que eu me foco muito nisso, na vontade de desmistificar. Por mais que esteja ligado, mostrar a ela que há vida depois do câncer de colo de útero, vida sexual e que antes também, não foi o que a levou a ter essa doença.”

A questão da sexualidade aparece diversas vezes na fala de diferentes sujeitos, transmitindo a necessidade de compreender melhor esse universo velado, principalmente quando se está intimamente relacionada ao processo de adoecimento, como no caso do câncer de colo do útero. Alguns fatores de risco desta patologia estão direta ou indiretamente relacionados ao exercício da sexualidade, como, por exemplo, o início precoce da atividade sexual ou a multiplicidade de parceiros.

Permeado por tabus e crenças, o comportamento do indivíduo está relacionado às convicções formadas ao longo da vida, determinando sua atitude e conduta, não sendo incomum que haja neste momento uma associação entre a doença e o comportamento sexual adotado até então, ou durante alguma fase da vida. É necessário que a enfermeira possa esclarecer a cliente, sem estabelecer julgamentos ou culpabilizá-la pela doença, de forma que ela venha a sentir confiança e possa se expor, sem medo de vir a ser alvo de atitudes de reprovação. A profissional deve estar atenta para não tornar-se ameaçadora e principalmente não assumir a postura de detentora do poder, daquela que sabe o certo e o errado, com risco de dificultar ou mesmo impedir a adesão da cliente ao processo do cuidado. Isso nos leva a uma terceira subcategoria:

2.3 – Acolhimento com escuta ativa

O acolhimento vem sendo trabalhado na Política Nacional de Humanização (PNH¹²). Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a cartilha com o tema “Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde”, definindo acolhimento como

Ato ou efeito de acolher, [...] uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. Essa atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém.

Encontramos, nessa política pública, argumento que reforça institucionalmente a importância do acolhimento, fato destacado pelas enfermeiras. É importante a compreensão

¹² A PNH é uma política pública implementada pelo governo federal a partir de 2004. São princípios básicos da PNH: Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS; Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade; Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS; Co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção; Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS; Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente.

dos elementos postos na realidade do SUS, para que possamos utilizá-los como estratégias na construção da atuação da enfermagem comprometida com a qualidade da atenção.

Essa subcategoria foi o diferencial nos achados acerca da função da consulta. Essa perspectiva possibilita um espaço de fala para a cliente que, ao sentir-se segura, cria condições para se expor, trazendo contribuições para seu tratamento. É necessário estimulá-la a participar, estar atenta às suas perguntas e responder às suas dúvidas quando possível, dando-lhe condições de buscar respostas também com a equipe multiprofissional.

Para WALDOW (2010, p.120-121), no momento em que a cuidadora permite à pessoa expressar-se sobre como é sentir-se doente, demonstrando sensibilidade para entender e ouvir a experiência do cliente, constata-se que a experiência é de ordem pessoal, única e significativa para ela. Para a autora, a abordagem carinhosa e interessada, aliada ao esclarecimento e educação do cliente, constituem elementos chaves para a segurança, confiança, aceitação e colaboração no cuidado.

Enf. 8 – “ ...mas a função seria mesmo de identificar, orientar, acompanhar o processo de doença dessa cliente, para que ela se sinta mais confortável, saber que tem uma pessoa ali que se importa com ela, que ouve suas queixas e tenta ajudá-la da melhor maneira possível. Acho que é isso.”

Enf. 1 – “...mas eu hoje sinceramente acho que dentro do processo todo do cuidado... o que falta muitas vezes é que elas sejam ouvidas... Eu acho que o principal da consulta é isso, é ter um espaço que elas possam falar delas, ouvir, tirar dúvidas. A gente pega clientes com dúvidas às vezes que teriam que ser tiradas no comecinho, e vem tirar com a gente, porque de alguma maneira elas se sentem acolhidas ... quando eu falo em consulta, o que mais me vem à cabeça é acolhimento, é alguém que está disposto a sentar e escutar. Vai falar claro, vai orientar, vai informar, mas também vai escutar.”

Mais uma vez, a questão da sexualidade foi muito pontuada pelas entrevistadas, mostrando toda a sensibilidade com que o assunto deve ser tratado, e também o quanto esta ainda é uma área delicada. É comum que o paciente com câncer passe a se preocupar mais com sua saúde, com os exames que deverá realizar, com o tratamento, do que com sua vida sexual. O desejo pode diminuir ou mesmo desaparecer. A sexualidade fica em segundo plano, dando lugar a preocupações mais urgentes: o medo, a baixa autoestima, a tristeza. No caso do câncer de colo de útero, ainda existem alterações físicas como a secreção

vaginal ou o sangramento, normalmente acompanhado de mau cheiro, além da dispauremia. Pode haver um constrangimento da cliente em comentar ou perguntar algo sobre sua vida sexual, levando-a a uma sensação de solidão. Em vista disso, o assunto deve ser abordado desde o início do tratamento, de forma delicada e preventiva, buscando evitar as alterações nas atitudes e comportamentos sexuais, e isso deve ser feito pela equipe multiprofissional.

Enf^a 3 – “... eu tive uma paciente que o parceiro queria ter relações com ela e ela não queria, a mãe insistia que ela não tinha que ter mais relação com o marido, tinha que se separar.”

Enf^a 1 – “... Uma coisa que me chama muito a atenção nessas pacientes é a sexualidade, está sempre comprometida de um jeito ou de outro. Você pega pacientes idosos que ainda têm relação sexual e a doença vai interferir, outras que têm certeza que ficaram doentes por conta do relacionamento sexual. Aí entra o marido que às vezes tem medo. No final, você pede para ela voltar à vida sexual e o marido tem medo de machucar a esposa....”

Percebemos que essa é uma preocupação acentuada das enfermeiras, por demandar das próprias clientes, podendo repercutir em sua qualidade de vida, mas também em função do que isso significa para o seguimento do tratamento, uma vez que a radioterapia pode levar ao estreitamento e ao ressecamento vaginal, prejudicando os exames que serão realizados posteriormente.

A terceira categoria que emergiu do discurso das enfermeiras foi:

3 - Significados para o gerenciamento do cuidado nessa condição específica

Entendemos o trabalho da enfermeira como multidimensional, envolvendo o assistir e o gerenciar. Com isso, estas duas atividades podem ser encaradas como complementares, devendo ter por fim a qualidade no cuidado prestado ao cliente. Entretanto, observamos que a enfermeira tem dificuldades de reconhecer ações importantes na articulação da assistência aos clientes de seu campo de atuação, atribuindo ao gerenciar apenas questões burocráticas. Para efetivação das atividades assistenciais, é necessária a articulação, o planejamento e a avaliação da gerência.

3.1 – Percebendo a descontinuidade do cuidado

De acordo com o manual para acreditação da Joint Commission International, no padrão que se refere a acesso e continuidade do cuidado (ACC), a instituição de saúde deve considerar a assistência oferecida como parte de um sistema integrado de serviços, profissionais de saúde e níveis de cuidado, assim compondo a continuidade do cuidado. O objetivo seria compatibilizar de forma adequada os serviços disponíveis com as necessidades dos clientes e coordenar os serviços que são oferecidos ao cliente na instituição. (Manual de Acreditação JCI, 2008)

Os sujeitos identificaram nessa subcategoria pontos sobre a não governabilidade da enfermeira acerca de todo o processo de tratamento, evidenciando a fragmentação na indicação e no tratamento radioterápico a que essas mulheres são submetidas:

Enf. 1 “...Às vezes isso me dá sensação de que eu não estou continuando o cuidado, é meio que a sensação assim: estou fazendo meu trabalho que não vai ser meu entre aspas. Aí entra essa coisa do prontuário não vir para cá, você não tem o depois. Você trata a cliente e ela vai embora e acabou.”

Enf. 2 “...Na verdade, o que vem são cópias, nós recebemos a anamnese, a evolução, em que eles colocam os registros e cópias de exames, então na verdade, nós temos informações sumárias... Embora a gente entenda que é difícil para o HC II estar liberando o prontuário, mas a gente se ressentem um pouquinho que vem uma história muito resumida, não tem muitos dados, o que acaba nos levando a perguntar mais.”

Enf. 4 “...não, o prontuário não vem para mim, só se eu precisar...O médico sempre pede para poder atender o cliente, e aí ele transcreve para ficha de tratamento o que vai fazer de radioterapia. Aí, precisando do prontuário, a gente pede e eles pegam, mas não para o mesmo dia.”

Tendo em vista o tratamento da paciente submetida a radioterapia ser desenvolvido em diversas unidades da mesma instituição, foi-nos relatada a impossibilidade do prontuário acompanhar a cliente nas diversas esferas do atendimento.

No interacionismo simbólico, as definições das situações vivenciadas são baseadas e marcadas pela cultura em que estão inseridas, sendo a atividade mental uma resposta a situações problemas, o que nos remete mais uma vez ao conceito de *self*. A primeira reação das profissionais é de insatisfação e inconformação, contudo, confrontadas com a situação

institucional e suas dificuldades, no exercício de auto-reflexão, elas aceitam a situação como mais uma sobre a qual não há governabilidade.

Entendemos o prontuário do paciente como o documento destinado ao registro dos cuidados prestados, devendo constituir-se de um documento único, devidamente identificado e que concentre todas as informações relativas à saúde do paciente, evidenciando as alterações e demonstrando a evolução desse paciente durante todo o período de atendimento. Para atender aos objetivos, o prontuário deve constituir-se como um meio de comunicação entre os profissionais de saúde, contribuindo nos cuidados do paciente, servindo de base para o planejamento individual dos cuidados e como fonte de informações do curso da doença e de seu tratamento. (MUNCK et al, 1999 apud CARVALHO, 2005. p.29)

Do ponto de vista legal, o decreto do COFEN nº 94.406/87, que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, em seu artigo 14 item II, lemos: incube a todo pessoal de enfermagem, quando for o caso, anotar no prontuário do paciente as atividades da assistência de enfermagem para fins estatísticos.

Destacamos ainda que, para implementação da sistematização da assistência de enfermagem e correta aplicação do processo de enfermagem, é necessário que a enfermeira tenha acesso a todas as informações relatadas pela cliente, assim como as observações realizadas pela equipe, principalmente a de enfermagem, com o objetivo de encontrar alternativas que conduzam à solução dos problemas identificados, direcionem o planejamento das intervenções de enfermagem e possibilitem a avaliação posterior dos resultados, garantindo a continuidade do cuidado.

Mediante essas reflexões, e, diante da fala dos sujeitos, podemos perceber a fragmentação a que é submetido o cuidado da cliente em tratamento radioterápico, uma vez que os profissionais têm acesso restrito a informações fundamentais para prestarem sua assistência. Seria necessária a mudança de alguns paradigmas institucionais, a ampliação das ações de integração e sistematização na assistência de enfermagem, visando a um cuidado humanizado, com foco na integralidade, e a aderência dos profissionais a uma assistência de enfermagem diferenciada e de qualidade.

3.2 – Faltando interação no processo de seguimento das clientes submetidas a radioterapia.

Nessa subcategoria, as profissionais destacaram que não há um monitoramento institucional do processo de tratamento em radioterapia que abarque os diferentes atores

envolvidos (intra e extra INCA). Percebemos certa dificuldade de articulação entre as profissionais das diversas unidades, como vemos a seguir:

Enf. 1 – “...Eu acho que falta um pouco de link da gente com o HC II. Eu sinto falta disso. Não digo culpa de ninguém não,...na época da especialização, foi muito bom ter passado por lá, porque eu vi as coisas como acontecem do outro lado. Vi as meninas, então eu acho que me deu até uma cancha maior, mas às vezes falta um pouco isso...”

Enf. 2 – “eu procuro sim, conversar com as colegas quando nos encontramos. Procuro saber com a enfermeira do ambulatório do HCII, que recebe as nossas clientes da pós braquiterapia. Ela é como um termômetro... Nós não conseguimos nos reunir e conversar mais a respeito, até para estar afinando algumas coisas. Mas é uma pena, eu lamento a gente não ter mais tempo para isso ... discutir rotina, unificar a rotina.

Enf. 5 - ... eu encaminho muito para a enfermeira do HC II, para que elas tenham uma continuidade com ela, conversem sempre com ela, que é uma ligação nossa com a enfermagem de lá...”

Há influência mútua na relação indivíduo e sociedade, em um movimento que vai da estrutura social à pessoa e vice-versa. O comportamento individual, a interação social e a pessoa são impulsionados pela estrutura social, podendo os indivíduos modificarem a estrutura social em que atuam por meio de seu comportamento. Identificamos significados construídos ao longo da prática profissional e social na enfermagem, no que se refere à escassez de tempo e acúmulo de tarefas. Nesse contexto, é frequente a referência a recursos humanos insuficientes e demanda de atividades superiores a que o profissional é capaz de dar conta. Como reflexo, a enfermeira pontua sua dificuldade de interação com as equipes das diferentes unidades, apesar do respeito profissional existente e do reconhecimento do trabalho realizado por cada uma. Isto demonstra a insatisfação do profissional, que apesar de desejar, não encontra meios de pôr em prática o convívio com seus pares em outros serviços.

A percepção é de que é necessário estabelecer uma ligação com as companheiras das outras unidades para garantir a qualidade e continuidade do cuidado, o que é feito na figura da enfermeira da unidade de origem da paciente, que simbolizaria essa continuidade.

3.3 – Percebendo a perda do vínculo com a cliente

Essa subcategoria emerge como aspecto fundamental a ser considerado na proposta de tratamento radioterápico, estando em consonância com ROSSI & LIMA (2005. p. 464), quando defendem as tecnologias leves (tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como forma de governar processos de trabalho) como importantes ferramentas de gerenciamento utilizadas pelas enfermeiras na busca de qualidade do cuidado prestado aos usuários. Entretanto, as entrevistadas apontaram esse vínculo como algo difícil de ser mantido, em função do percurso institucional da cliente e seu retorno à sua unidade de origem ao término do tratamento, o que provoca uma interrupção na relação considerada adequada pelos sujeitos entre a profissional e a cliente.

Enf. 2 “... eu me ressinto de não estar vendo na verdade, o final do trabalho que foi feito... com a ginecologia nós perdemos esse seguimento, ela vai embora e fica uma sensação de vazio porque nós acabamos não sabendo, se na verdade o trabalho que nós estamos realizando tem um retorno realmente, está sendo importante...”

Enf. 6 “ ... E no término eu perco ela. Tem a consulta de revisão e ela não volta mais pra mim. Leva um relatório médico para unidade de origem, pra instituição de origem porque a gente atende a outros hospitais também, ela volta e eu perco essa mulher...”

Enf. 7 “Se você não acompanha essa cliente no percurso dela do tratamento, não tem como cuidar dessa cliente, como gerenciar esse cuidado. Fica falho. Quando chega a consulta pós-radio, você sente que ela perdeu toda coisa. Você passa uma informação para ela naquele momento que ela já passou por todos os problemas, que não teve um acompanhamento da enfermagem, que houve um vácuo naquele momento importante para ela.”

Inferimos que as enfermeiras se utilizam de mecanismos de defesa na tentativa de frear o envolvimento excessivo com a cliente, reconhecendo que o convívio será temporário. Como deixar-se envolver ou criar vínculos (que pressupõem interação), se de antemão já se reconhece a iminência da separação? Isso fica patente principalmente no discurso das enfermeiras da braquiterapia, que têm habitualmente três ou quatro encontros com a cliente de câncer de colo do útero, antes de seu retorno à unidade de origem. Salientamos que o serviço de braquiterapia do INCA recebe clientes oriundas de outros hospitais, que comparecem

apenas para complementação do tratamento, o que torna seu contato com as enfermeiras ainda mais limitado.

Apesar das dificuldades, as enfermeiras deixam entrever que isso não diminui o empenho no desenvolvimento de suas atividades durante o período em que as clientes se encontram com elas, mas torna-se um fator desmotivador, uma vez que não poderão acompanhar a evolução da cliente e o desdobramento do cuidado prestado por elas.

A quarta categoria encontrada foi denominada:

4 - Desenvolvendo estratégias para a continuidade do cuidado

Nessa categoria, emergiram subcategorias que mostram a preocupação das entrevistadas em garantir um atendimento de qualidade e a importância do envolvimento de outros fatores nesse processo.

A primeira subcategoria encontrada foi chamada:

4.1 – Envolvendo o companheiro e familiares

Observamos a incorporação dos aspectos da vida dessas clientes como importantes para sua adesão e continuidade do tratamento. O apoio oriundo do companheiro, familiares e rede social é fundamental e se soma aos esforços empreendidos na consulta de enfermagem. A enfermeira deve incentivar a participação da família no processo de tratamento, mantendo-os informados sobre o diagnóstico e tratamento e estimulando-os, dentro do possível, a garantir um ambiente familiar harmônico e tranquilo para a cliente.

Enf. 4 – “... vir sempre com o acompanhante, nós orientamos também o acompanhante para que ele ajude a cliente a cumprir o que nós falamos...”

Enf. 6 – “...as estratégias são sempre educativas mesmo, como eu disse, quando tem o companheiro, eu solicito que ela venha com o companheiro para eu falar com ele também...”

Na concepção de SANCHEZ et al (2010. p.291), rede social se refere à dimensão estrutural ou institucional associada a um indivíduo como vizinhança, organizações religiosas, sistema de saúde ou escola. Apoio social possui uma dimensão individual, sendo constituído pelos membros da rede social que são efetivamente importantes para a pessoa.

A família pode ser considerada como a principal fonte de apoio do cliente com câncer, porém desenvolve também necessidades por ser diretamente afetada pelo adoecimento do familiar. Em função disso, nem sempre o elemento disponível para acompanhar a cliente é o mais adequado para o papel, tendo em vista suas próprias limitações emocionais, culturais ou

mesmo cognitivas. A enfermeira deve estar atenta na identificação do membro familiar que contribuirá no processo de tratamento da cliente de forma mais efetiva, papel que poderá ser desenvolvido pelo cônjuge, outros membros familiares e amigos próximos, favorecendo o planejamento das ações adequadas às necessidades daquela cliente em particular. O familiar deve ser considerado um parceiro, auxiliando na realização das orientações prestadas e na identificação precoce de alguma alteração que necessite de intervenção. Sob esta ótica, é importante destacar mais uma vez a ausência de referência ao familiar nos instrumentos aos quais tivemos acesso, o que demonstra que essa identificação fica a cargo da relevância dada à questão pelo profissional.

A segunda subcategoria foi identificada como:

4.2 – Valorizando a interdisciplinaridade

As enfermeiras apontam como importante a condição de identificar e encaminhar demandas referentes a outros profissionais, a fim de buscar dar conta das necessidades da cliente com câncer de colo do útero em tratamento radioterápico. A aproximação aos demais profissionais também possibilita níveis de acesso e continuidade de cuidado nas diferentes áreas.

Enf. 6 – “...Encaminhar algumas para alguns serviços...você vai pedir ajuda, encaminhar para nutrição, ela não está se adaptando, está deprimida, pode precisar da psicologia ou da psiquiatria...”

Enf. 8 – “O importante é você conhecer o fluxo de todo o hospital, a função de cada profissional... Você está vendo que ela está desidratada, não está comendo... vamos encaminhar para emergência, vamos marcar a nutricionista mais próxima, entrar em contato com a nutricionista...”

A busca pela interdisciplinaridade caracteriza um movimento em sentido oposto ao da fragmentação do cuidado baseado no modelo cartesiano de valorização das especializações. Pode ser considerada uma inter-relação e interação das disciplinas a fim de atingir um objetivo comum, um esforço por aproximar, comparar, relacionar e integrar conhecimentos.

A interdisciplinaridade deve ser também uma questão de atitude e filosofia de trabalho, pois a enfermeira consciente de seu saber profissional e preocupada com o cuidado integral da cliente buscará participar de ações que favoreçam a integração dos saberes, colocando-os à disposição da recuperação do equilíbrio do indivíduo. Para isso, é necessário

sua atualização e participação em discussões intra e extra-institucionais, que visem a seu crescimento e embasem sua atuação profissional, garantindo-lhe o lugar que lhe cabe na equipe multiprofissional.

Entretanto, a participação da enfermeira vai além, uma vez que ela tem muitas vezes o papel de articuladora nos processos de trabalho em saúde, justamente por interagir com todos os profissionais. Com isso, é necessária a compreensão do profissional, principalmente do ponto de vista gerencial, quanto à sua capacidade de elemento integrador das potencialidades dos demais membros da equipe de saúde, já que algumas vezes a dinâmica institucional dificulta esse papel, como vemos na fala a seguir:

Enf. 8 – “ ... elas passam na enfermagem e demoram muito a voltar no ginecologista por causa da rotina médica...Elas viram o médico antes da teleterapia... falta uma continuidade do médico, então eu sinto na consulta de enfermagem que elas ficam muito tristes quando eu digo que elas têm que voltar em seis meses...Então isso me incomoda...eu acho muito longe, tinha que ser mais perto.”

Percebe-se, no discurso, a sensação de impotência diante de determinadas situações que podem estar além da sua alçada de resoluções, mas que, no aspecto simbólico, refletem a relação social de poder ainda presente na cultura organizacional das instituições de saúde. Para a alteração desse cenário, consideramos necessárias ações que fortaleçam a participação da enfermeira nas decisões que digam respeito à vida na instituição, sua conscientização sobre a importância do papel de cada um nos processos de trabalho, assim como o exercício da responsabilidade compartilhada, de forma a estimular a reflexão sobre os desafios e possibilidades do fazer em enfermagem.

5.2 – Segundo grupo amostral – Clientes

Ao ouvir as clientes, buscamos compreender como é para elas participar da consulta de enfermagem e se há, em sua percepção, alguma contribuição dessa atividade para seu processo de tratamento, buscando ainda sugestões para melhoria da atividade.

Na análise das respostas das clientes, identificamos duas categorias principais.

A primeira foi denominada:

1 - Percebendo-se acolhida pela enfermeira

Um dos desafios a ser enfrentado por trabalhadores de saúde, gestores e usuários na efetivação do SUS, é garantir o princípio da universalidade de acesso, ou seja, garantir que todos os cidadãos possam ter acesso aos serviços de saúde.

A primeira subcategoria identificada foi:

1.1) Sendo bem tratada

A doença fragiliza o ser e muitas vezes o torna dependente das atitudes do outro. O cliente oncológico, em função do estigma da doença ainda muito presente em nossos dias, pode vivenciar esse sentimento de maneira acentuada. Apesar de a Constituição Brasileira garantir a todo o cidadão o acesso ao atendimento público de saúde, a realidade é que isso ainda não ocorre de forma integral. Em diversas ocasiões, o usuário do serviço de saúde, principalmente os mais carentes, vivencia situações em que é necessária sua peregrinação por diversas unidades de saúde em busca do atendimento. Quando consegue um atendimento minimamente digno, ele pode considerar-se privilegiado, identificando muitas vezes, na forma educada de ser tratado, um diferencial no seu cuidado, como destacamos nas falas abaixo:

P. 3 – “Pra mim foi ótimo, me trataram muito bem. Tanto aqui quanto no INCA 1. Com muito carinho...”

P. 6 - ...Com todas elas (enfermeiras) muito carinho, principalmente carinho. Os procedimentos foram realizados também com muito amor, muito carinho, muita simpatia ...”

P. 13 – “... quando eu cheguei aqui fui tão bem tratada por todos, todos que trabalham aqui... saí daqui feliz, tranquila, sabe?”

Para CECÍLIO (2001, p.115-116), a integralidade precisa ser trabalhada em várias dimensões, para que seja alcançada de forma mais completa possível. Deve ser entendida da seguinte forma: quando alguém procura um serviço de saúde, está trazendo “uma cesta de

necessidades de saúde”, cabendo à equipe ter sensibilidade e preparo para decodificar e saber atender ao paciente da melhor forma possível. Os autores ressaltam, ainda, que a ênfase da gestão, organização da atenção e capacitação dos trabalhadores deve ser no sentido de uma maior capacidade de escutar e atender às necessidades de saúde.

Isto nos remete à questão da resolutividade, fundamental ao usuário, que muitas vezes não consegue fazer-se entender em suas necessidades e é “jogado” daqui para ali sem que as mesmas sejam atendidas. Do ponto de vista do gerenciamento do cuidado, esse é um ponto importantíssimo a ser tratado, pois a enfermeira atenciosa será capaz de entender e dar o encaminhamento cabível, desde que conheça o fluxo institucional e identifique o(s) elemento(s) da equipe capaz(es) de dar resolução ao caso. Algumas vezes, a situação extrapola os limites da instituição, sendo preciso, inclusive, a articulação com outros serviços de saúde.

1.2) Sentido-se confortável com a enfermeira

A segunda subcategoria tem relação com a percepção do conforto e da confiança estabelecida entre a enfermeira e a cliente, a partir desta relação interativa proporcionada pela consulta de enfermagem. Em estudo de Bittes Jr.(1996, apud Waldow, 2010. p. 96), o autor conclui que o comportamento do cuidador é que garante a ocorrência do cuidado – o sentir-se cuidado. Os clientes percebem o cuidado como a conjugação de procedimentos técnicos e sentimentos (comportamentos) executados com amor e carinho.

P. 5 – “...é o jeito mesmo no tratar..., esse carinho que nos traz na hora do exame, nos deixa mais relaxada. Alguém bota a mão e diz “Vai doer só um pouquinho.”...Tudo isso ajuda”

P. 6 - “... Primeiramente elas conversam muito com a gente, explicam tudo direitinho pra gente, o que vai fazer, que não vai demorar, essas coisas todas. O jeito, a forma de tratamento, isso tudo assim...”

O relato das pacientes demonstra sua fragilidade no momento do encontro com a enfermeira, e o quanto a disponibilidade da profissional em atender a suas demandas e necessidades torna-se um fator relevante em seu processo de adesão ao tratamento. Observamos o quanto os gestos são simbólicos nesse processo de construção da relação de

ajuda, quando o tom de voz, as palavras, as expressões corporais e o toque proporcionam à cliente o sentido de ser importante e merecedora de atenção.

É interessante salientar também o reconhecimento social do trabalho desenvolvido pela enfermeira, o que traz um fortalecimento para sua atuação e um maior entendimento da população sobre o trabalho que ela desenvolve, contribuindo para sua autonomia profissional. No momento em que a cliente reconhece o trabalho da enfermeira, passa a buscá-lo e isso é diretamente reconhecido como a valorização da profissão.

P. 11 – “... quando eu passei pela enfermeira, ela foi amenizando tudinho, foi conversando, falando que não era bicho de sete cabeças, passo a passo ... Eu fiquei com um elo maior com as enfermeiras do que com a médica.”

P.5 – “As enfermeiras, as pessoas que cuidam, têm que ter um dom... e é um dom muito bonito, têm que ter amor para lidar com vidas.”

Na segunda categoria, percebemos a valorização das orientações prestadas durante a consulta de enfermagem e suas repercussões durante o processo de tratamento na vida dessas clientes.

2) Valorizando as orientações recebidas

Para BITTES & MATHEUS (1996. p.65), as funções da comunicação no paradigma dominante são as de informar, persuadir (o que não significa convencer os outros a concordarem com conceitos, mas sim levar à mudança de comportamento, dentro de uma troca de experiências), ensinar ou discutir. A comunicação é entendida pelos autores como uma ferramenta utilizada pela enfermeira para desenvolver e aperfeiçoar o seu saber profissional. A qualidade da assistência de enfermagem prestada ao cliente pode ser diretamente afetada pela habilidade do profissional em se comunicar com ele. Caso a comunicação não ocorra efetivamente, o significado do cuidado pode ser afetado profundamente.

2.1) Compreendendo melhor a doença e o tratamento

O medo vem do desconhecido e do que a doença simboliza socialmente para o indivíduo. Ao ter suas dúvidas respondidas, ainda que parcialmente, a cliente se sente

fortalecida para encarar o processo que se inicia. A cliente tem direito a informações claras, simples e compreensíveis de forma a facilitar a compreensão do tratamento proposto e favorecer sua adesão de forma consciente.

P. 3 – “... as consultas contribuíram porque eu não sabia nem o que era radioterapia, e elas me explicaram tudo. Me deram um livro para eu ler, me explicaram o que eu podia e o que eu não podia fazer... e eu cumpri tudo direitinho.”

P. 13 – “contribuiu na orientação, porque a primeira vez que eu cheguei aqui, eu cheguei medrosa, assim apavorada, então quando fui à reunião, já saí daqui tranquila, feliz, toda sorridente, minha irmã nem acreditou.”

P. 4 – “... eu tava com medo do tratamento, porque a gente tem medo. Esse negócio de câncer, a gente sempre tem medo, mas eu fui muito bem tratada e o medo foi embora...”

Destacamos alguns pontos importantes para efetivação da educação em saúde: a utilização de linguagem acessível à compreensão da cliente e do familiar. O volume de informações fornecidas deve ser gradual para permitir a absorção e a utilização de folhetos explicativos como forma de permitir à cliente voltar às informações quando tiver dúvidas.

2.2) Encontrando espaço para falar

Em uma relação interacional, é necessária a participação ativa dos envolvidos. Para que se estabeleça a relação de cuidado, é necessário dar voz ao cliente, de forma que ele possa manifestar seus desejos, e seja respeitado em suas opções terapêuticas, desde que devidamente esclarecido sobre elas. Atualmente esta ainda não é uma prática efetiva, mas ao darmos espaço ao cliente para que se exponha, estabelecemos esta possibilidade como algo próximo ao viável.

P.6 – “...Tinha dúvidas sim, que elas esclareciam pra gente, a gente perguntava e ela esclarecia...”

p. 4 – “...ajudou porque conversava, explicava as coisas. Mesmo a gente não sabendo, a gente perguntava. Foi bom por isso...”

P. 5 – “...Elas levam a gente a falar, tratam bem, são carinhosas...”

As falas das clientes reiteram a importância do *acolhimento com escuta ativa* apontada pelas enfermeiras como uma subcategoria da *consulta de enfermagem como espaço educativo*, e demonstram que as pacientes percebem o canal aberto para expor suas necessidades.

Propondo a Sistematização do Cuidado



O MAMOEIRO – TARSILA DO AMARAL

6 – PROPONDO A SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO

6.1 - PRESSUPOSTOS DA EFETIVAÇÃO DA PROPOSTA

Considerando a perspectiva da integralidade na atenção a clientes portadoras de câncer de colo do útero submetidas ao tratamento de radioterapia e os resultados encontrados neste estudo, entendemos ser necessário que a prática da enfermeira se dê a partir de alguns pressupostos, quais sejam:

- a) Integração com a gestão da unidade de saúde – A enfermeira deve buscar uma postura assertiva e contribuir para a construção de ações que possam definir aspectos da organização do processo de trabalho, gestão e planejamento na busca pela integralidade da assistência. É necessário que ela tenha conhecimento do sistema como um todo, no que se refere à instituição e à política que guia as ações da gestão, à importância da enfermagem no contexto institucional, assim como suas perspectivas e expectativas, conhecendo também o perfil da clientela atendida;
- b) Exercício da interdisciplinaridade – A integralidade acontecerá na ampliação dos sentidos das necessidades da paciente na prática da enfermeira e, também, na integração desse trabalho às práticas dos demais profissionais, objetivando a construção da interdisciplinaridade no cotidiano da atenção prestada a essas mulheres. Deve acontecer por meio de ações desenvolvidas no cotidiano e em reuniões multidisciplinares em busca da efetivação do diálogo e integração dos saberes.
- c) Reafirmação da autonomia da enfermeira na realização do cuidado – A autonomia deve ser conquistada por meio de um arcabouço sólido de conhecimentos científicos, diferentes do modelo biomédico vigente, e a partir de respostas a questão acerca de quem é o profissional enfermeiro. Deverá refletir o entendimento do compromisso profissional com base nos interesses e necessidades da cliente a quem o cuidado é prestado.
- d) Registro em prontuário único – É necessário que as informações que envolvam a vida da cliente, proposta e seguimento do tratamento, estejam disponíveis a todos os

profissionais que desenvolvem o cuidado. Os registros das ações da enfermeira e dos demais profissionais da equipe envolvidos no processo deverão ser realizados em prontuário único e deverão “acompanhar” a paciente, no sentido literal do termo, durante todo o processo de tratamento. Caso seja possível o registro, deve ser eletrônico.

- e) Consulta concebida como ação assistencial e educativa – considerando o perfil das clientes (clínico, social e psicológico), é fundamental que a prática da enfermeira se dê nesse duplo sentido (assistencial e educativo). Na consulta de enfermagem, é possível identificar demandas objetivas com relação aos encaminhamentos à radioterapia (orientações sobre a dinâmica institucional, sobre o auto-cuidado, informações sobre as fases do tratamento, continuidade etc). Para que essas orientações/informações sejam absorvidas, é fundamental o estabelecimento de um diálogo em perspectiva educativa, assim como o estabelecimento do seguimento por parte da enfermeira para avaliação dos resultados das intervenções propostas. Ações de orientação em grupo são recomendadas, devendo contar com a participação de outras categorias profissionais.
- f) Utilização de formulário padronizado – a elaboração de instrumentos com objetivo de se obterem informações específicas e relevantes em relação à cliente submetida à radioterapia, com uma visão holística e embasados no marco teórico escolhido pelo serviço de enfermagem. Isto tornará possível a identificação das necessidades da cliente, a identificação dos diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações de enfermagem.
- g) Envolvimento de familiares ou rede social – uma visão integral trata não somente dos aspectos do sistema de saúde ou mesmo dos serviços; trata, sobretudo, dos diferentes aspectos da vida da mulher portadora de câncer de colo do útero. Dessa forma, é indispensável que a enfermeira estimule a participação/envolvimento de familiares da cliente ou sua rede de apoio (amigos, vizinhos etc) no processo de tratamento, de forma a dar suporte/apoio a essa mulher fora da instituição. Espera-se que, ao envolver o suporte de afeto da cliente, estejamos proporcionando melhores condições para adesão e continuidade do tratamento.

- h) Divulgação dos objetivos, desenvolvimento e resultados do cuidado – é frequente a sensação de isolamento e de não-reconhecimento da prática da enfermeira. Na mesma medida, é também comum que não divulguemos nossas ações. A sensação de isolamento é reiterada por nossa metodologia de ação (solitária e restritiva a categoria). Assim, é primordial que criemos no cotidiano das unidades de saúde formas de disseminação dos sentidos da prática da enfermeira, bem como as divulguemos ao corpo de enfermagem, aos demais profissionais das equipes e também aos gestores da unidade. Tal linha de ação contribui para o debate institucional acerca do tratamento de radioterapia em mulheres com câncer do colo do útero e cria condições para que também sejam explicitados os condicionantes para a construção do cuidado como ação integral.

A partir desses pontos, sugerimos a utilização de um formulário para registro do cuidado à cliente submetida a radioterapia, considerando que o modelo deverá ser construído tendo por base a teoria norteadora da prática de enfermagem do serviço em questão. Logo, nossa proposta é apenas pontuar os itens considerados fundamentais nessa construção.

6.2 – PROPOSTA DE FORMULÁRIO

A ideia é que o formulário contemple pelo menos quatro seguimentos:

- a) Identificação da cliente – além das informações comumente encontradas nos campos de identificação da cliente (ou dados pessoais), é necessário contemplar também informações sobre sua rede de apoio familiar ou social; condições de vida; acessos a direitos sociais, especialmente o passe livre e/ou vale social, uma vez que, como já dito anteriormente, a radioterapia é um tratamento que demanda vindas frequentes a unidade de saúde, etc. Nessa ótica, *identificar* a cliente é ir além de dados pessoais/cadastrais, mas *identificar* a realidade que perpassa seu processo de tratamento. Trata-se de qualificar os sentidos da identificação da cliente com informações singularizadas e pertinentes ao processo de tratamento de câncer em fase de radioterapia.
- b) Levantamento de dados – Etapa que deve ter por finalidade conhecer a cliente e conseguir informações que possibilitem a continuidade do processo de enfermagem,

documentando as informações de forma objetiva, científica e compreensiva, com o objetivo de se conhecer os problemas de enfermagem, direcionando a assistência para o atendimento das necessidades da cliente de forma individual.

- c) Planejamento do cuidado – deve ser elaborado a partir da interação da cliente com a enfermeira, com um programa de ação baseado em objetivos bem definidos a serem colocados em prática principalmente pela cliente ou familiar. Composto pelos seguintes itens:
- Diagnósticos de enfermagem – estabelecimento dos diagnósticos prioritários em consonância com o referencial teórico escolhido;
 - Resultados a serem alcançados - deverão ser centrados na cliente, refletindo aquilo que se deseja que ela alcance, a partir de sua participação. O prazo para alcance das metas deve ser estabelecido.
 - Intervenções de enfermagem – focadas na promoção, manutenção e restauração da saúde da cliente, direcionadas principalmente para o autocuidado, de forma a envolvê-la e comprometê-la no processo de cuidado;
- d) Campo aberto para observações – espaço para manifestar situações não contempladas e avaliações subsequentes.

Considerações Finais



MANACÁ – TARSILA DO AMARAL

7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento da incidência do câncer no mundo, relacionado entre outros fatores, ao aumento da expectativa de vida, à urbanização acelerada, a alterações nos modos de vida e a novos padrões de consumo, tem sido um motivador na busca dos profissionais de saúde pelo aprimoramento científico e por conhecimentos que possam embasar suas relações assistenciais com a população acometida por essa patologia.

Quando nos propusemos a realizar esta dissertação, tínhamos a preocupação em realizar um estudo que pudesse contribuir com a nossa prática profissional e com o desenvolvimento do cuidado às cliente portadora de câncer de colo do útero submetidas a radioterapia, principalmente no que se refere ao aspecto da integralidade do cuidado.

Essa preocupação relacionava-se principalmente com a fragmentação do cuidado prestado a essa clientela, em dissonância com o preconizado pela portaria nº2439/2005, que define em seu artigo 3º, que a Política Nacional de Atenção Oncológica seja constituída a partir da elaboração de políticas, estratégias e ações que ampliem os modos de viver mais favoráveis à saúde e à qualidade de vida e que *superem a fragmentação das ações de saúde mediante articulação intersetorial em busca de uma maior efetividade e eficiência*¹³.

O estudo demonstrou que, ao reconhecer as condições institucionais que dificultam a realização deste cuidado em particular, para a enfermeira desenvolver a atenção integral na prática de enfermagem a essas clientes com diagnóstico de câncer do colo de útero em tratamento radioterápico, torna-se necessário a efetivação de seu compromisso profissional sob uma ótica propositiva, criativa e cientificamente embasada. Para tanto, são necessárias reflexões referentes à prática profissional, com revisão e ampliação de conceitos relacionados a questões gerenciais do cuidado de enfermagem, tendo em vista o indivíduo como centralidade desses processos.

Atualmente, já existe o movimento de algumas instituições de saúde na busca de novos modelos assistenciais e práticas de gestão, a fim de alcançar resultados capazes de melhorar o bem-estar do indivíduo, humanizar a assistência, otimizar recursos e garantir a qualidade dos serviços prestados. A enfermagem tende a acompanhar as transformações da sociedade contemporânea, o que requererá da enfermeira responsável pelo gerenciamento do cuidado a busca por inovações na esfera gerencial que amenizem as consequências da

¹³ Grifo nosso.

gerência clássica adotada até hoje na maioria das instituições de saúde. (FERNANDES et al, 2003. p. 162)

O aspecto gerencial, entretanto, não pode ser dissociado do aspecto humano relacional, devendo levar em conta as necessidades sociais, desejos e interesses dos diferentes atores envolvidos no campo da saúde, no exercício de colocar-se no lugar do outro, buscando transformar a política assistencial por meio de ações materiais e concretas.

O referencial teórico escolhido permitiu a análise dos dados na busca dos significados atribuídos ao cuidado na consulta de enfermagem às pacientes portadoras de câncer de colo de útero, revelando o aspecto interativo desta relação, principalmente ao considerarmos as premissas do Interacionismo Simbólico.

A compreensão das profissionais sobre sua contribuição no processo de cuidado da cliente portadora de câncer de colo de útero é principalmente, mas não somente, no que se refere a questões educativas que propiciem a mudança do comportamento dessas clientes, com conseqüente repercussão em seu tratamento. O esforço empreendido por elas é no sentido de minimizar os efeitos adversos e dar à cliente condições de superar de forma satisfatória as dificuldades relativas à própria evolução da patologia e da dinâmica exigida pelo tratamento radioterápico.

A partir daí, movimentando uma série de sentimentos que surgem como consequência do cuidar, uma vez que cuidar é emoção, a enfermeira disponibiliza-se e propicia o estabelecimento de uma relação interacional, traduzindo a importância que ela atribui ao sujeito de seu cuidado por intermédio de gestos, palavras e expressões corporais. Colocando-se à disposição da cliente, favorece o diálogo e a escuta atenta de suas demandas.

Em consequência, o reconhecimento da cliente vai além do fazer técnico do profissional, no momento em que identifica na enfermeira o elemento da equipe de saúde que a auxilia na compreensão e transposição do estágio de perplexidade com o diagnóstico, para o de enfrentamento da realidade que se apresenta a partir da confirmação do mesmo. Identifica o profissional com o qual ela pode se abrir, expondo seus anseios e dúvidas, na certeza de encontrar compreensão para suas dificuldades de encarar a doença e o tratamento.

Conseqüentemente, é fundamental que o gerenciamento do cuidado aconteça a partir da singularidade do indivíduo, focado em suas necessidades, exigindo com isso que o profissional amplie sua visão gerencial, buscando atender ao cliente de forma integral.

Apesar de existir um movimento institucional de aproximação com a Sistematização da Assistência de Enfermagem, ainda não há a adesão absoluta das profissionais. Nossa sugestão é no sentido de que novos estudos sejam desenvolvidos, buscando a comprovação

dos benefícios trazidos por essa prática ao serviço e à cliente, e visando a unificação de ações que propiciem o estabelecimento da metodologia da assistência de enfermagem desejada pelas enfermeiras da instituição, bem como o alinhamento com as questões deontológicas da enfermagem.

A enfermeira tem consciência da amplitude de fatores que interferem no processo de cuidar da cliente submetida a radioterapia, como a descontinuidade do cuidado, o acesso restrito ao prontuário da cliente, a perda de vínculo e a falta de interação com as profissionais das outras unidades. Percebe-se, em alguns momentos, isolada institucionalmente e impotente para alterar o panorama atual, duvidando de sua força como potencial elemento promotor de mudanças. Contudo, é fundamental acreditar que ela pode e deve contribuir com a alteração desse quadro, focando-se na responsabilidade de garantir o acesso aos diversos setores de atendimento, a continuidade da assistência, a segurança e o bem estar ao indivíduo sob seus cuidados.

Desejamos que o trabalho auxilie a compreensão das enfermeiras, quanto à sua importância no processo de trabalho em saúde, na necessidade de sua participação nas decisões que dizem respeito à vida da instituição e na apreensão ampliada do conceito de cuidado, reforçando a necessidade de um aprofundamento teórico que subsidie a nossa prática. Destacamos, ainda, o compromisso ético profissional com a realização de uma enfermagem em consonância com nossa legislação, com a garantia do direito e o dever de registrar suas ações no prontuário do paciente.

Consideramos fundamental a maior integração entre as enfermeiras das diversas unidades, com objetivo de congregar ações com foco no cuidado, uma vez que o diálogo mais frequente entre os pares é entendido pelas profissionais como um fator que agrega valor à assistência prestada, assim como o exercício da interdisciplinaridade e a troca de saberes com as demais categorias profissionais. O desenvolvimento de ações neste sentido culminará no benefício da clientela, por propiciar uma visão que oferece condições para o cuidado integral, apesar de realizado em diferentes unidades da instituição, além de permitir sua continuidade.

Acreditamos ter alcançado os objetivos deste estudo, e consideramos que seus achados poderão subsidiar a Gerência de Enfermagem do INCA para reavaliação do planejamento do cuidado às clientes portadoras de câncer de colo de útero submetidas a radioterapia, assim como criar oportunidades para novas reflexões sobre a prática do cuidado a essas clientes sob a ótica da integralidade.

Referências



CARNAVAL EM MADUREIRA – TARSILA DO AMARAL

8 – REFERÊNCIAS:

ALCANTARA, L.M. **A enfermagem militar operativa gerenciando o cuidado em situações de guerra**. 2005. 242 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

ARAUJO, C.R.G. **O significado da consulta de enfermagem no setor de radioterapia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, na abordagem dos clientes e cuidadores**. 2007. 123 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

AZZOLIN, G.M.C.; PEDUZZI, M. Processo de trabalho gerencial e processo de enfermagem na perspectiva de docentes de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 4, p. 549-555, 2007.

BARROS, M.A.; GIORDANI, A.M.S. Radioterapia In: AYOUB, A.C. et al. **Planejando o cuidar na enfermagem oncológica**. São Paulo: Lemar, 2000. p. 188-199.

BERESIN, R. O cuidar na enfermagem: aspectos psicológicos. In: FARAH, O.G.D. SÁ, A.C. (Org.). **Psicologia aplicada à enfermagem**. Barueri: Manole, 2008.

BITTES JUNIOR, A; MATHEUS, M. C. C. *Comunicação*. In: CIANCIARULLO, TI. **Instrumentos básicos do cuidar: um desafio para a qualidade da assistência**. São Paulo: Atheneu, 1996.

BLUMMER, H. **Symbolic interactionism**. Los Angeles: University of Califórnia Press, 1969.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Informe Epidemiológico do SUS**, v.5, n. 2, p. 13-41, 1996. Suplemento 3.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2439, de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 de dez. 2005. Seção 1, p.113.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para profissionais de saúde**. 2.ed. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA. 2008

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Princípios e Diretrizes**. Brasília, DF, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Síntese de resultados e comentários. In: _____. Estimativa 2010. Rio de Janeiro: **INCA**, 2009. Disponível em: <http://www1.INCA.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=5>. Acesso em: 04 dez. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Introdução. In: _____. Estimativa 2010. Rio de Janeiro: **INCA**, 2009. Disponível em: <http://www1.INCA.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=2>. Acesso em: 04 dez. 2009.

CARPENITO-MOYET, L.J. **Compreensão do processo de enfermagem**: mapeamento de conceitos e planejamento do cuidado para estudantes. Porto Alegre: Artmed, 2007.

_____. **Diagnósticos de enfermagem**: aplicação à prática clínica. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CARVALHO, C.S.U. **Pobreza e câncer do colo do útero**: estudo sobre as condições de vida de mulheres com câncer do colo do útero avançado em tratamento no Hospital do Câncer II – Instituto Nacional de Câncer – Rio de Janeiro. 2004. 163 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social)- Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

CARVALHO, C.J.A. **Análise dos registros de enfermagem de uma unidade cirúrgica de um hospital escola**. São Paulo. 2005. 86 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-03102005-111948/pt-br.php>>. Acesso em: 09 out. 2010.

CASTRO, I.B. Estudo exploratório sobre a consulta de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 28, n. 4, p. 76-94, 1975.

CECILIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001.

COELHO, F.R.G. et al. **Câncer do colo do útero**. São Paulo: Tecmedd, 2008.

COELHO, E.A.C. et al. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Escola Anna Nery**, v. 13, n. 1, p. 154-160, jan./mar. 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem-SAE nas instituições de saúde brasileiras. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=10113§ionID=34>> Acesso em: 10 dez. 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 211/1998. Dispõe sobre as normas técnicas de radioproteção nos procedimentos a serem realizados por profissionais de enfermagem que trabalham com radiação ionizante em radioterapia, medicina

nuclear e serviços de imagem. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materiais.asp?ArticleID=70468§ionID=34>>. Acesso em: 01 mar. 2010.

_____. Decreto COFEn nº 94.406/87. Regulamenta a Lei nº 7498/86 que dispõe sobre o exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4173>>. Acesso em: 14 nov 2010.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO. Acreditação: definição. Disponível em: <<http://www.cbacred.org.br/front/acreditacao.php>>. Acesso em: 01 mar. 2010.

COULON, Alain° **A Escola de Chicago**. São Paulo: Papirus, 1995.

DUPAS, G.; OLIVEIRA, I.; COSTA, T.N.A. A importância do interacionismo simbólico na prática de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 31, nº 2, p. 219-226, ago. 1997.

ESPÍRITO SANTO, F.H.; PORTO, I.S. **Cuidado de enfermagem: saberes e fazeres de enfermeiras novatas e veteranas no cenário hospitalar**. Rio de Janeiro: EEAN/ UFRJ, 2006.

FELLI, V.E.A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCGANT, P. et al. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

FERNANDES, M.S. et al. A conduta gerencial da enfermeira: um estudo fundamentado nas teorias gerais de administração. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 11, n. 2, 161-167, mar./abr. 2003.

FERREIRA, M.A. As correntes teóricas e práticas das dimensões do cuidar na infância: abordagem introdutória ao tema. **Escola Anna Nery**, v. 6, n. 1, p. 75-78. dez. 2002. Suplemento.

FIGUEIREDO, N.M.A. **Fundamentos, conceitos, situações e exercícios**. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2005.

FRIGATO, S.; HOGA, L.A.K. Assistência à mulher com câncer de colo uterino: o papel da enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 49, n. 4, p. 209-214, 2003.

GAIDZINSKI, R.R.; PERES, H.H.C.; FERNANDES, M.F.P. Liderança: aprendizado contínuo no gerenciamento em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 4, p. 464-466, jul./ago. 2004.

GEORGE, J.B. Madeleine M. Leininger. In: GEORGE, J.B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

GERK, M.A.S.; BARROS, S.M.O. Intervenções de enfermagem para os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em dois serviços públicos de assistência à saúde da mulher. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 260-268, 2005.

- GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. 8. ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.
- GOMES, M.C.P.A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão de cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface: comunicação, saúde, educação**, v. 9, n. 17, p. 287-301, mar./ago. 2005.
- HAGUETTE, Tereza Maria Frota. **Metodologias qualitativas em sociologia**. Petrópolis: Vozes, 2007.
- HAUSMANN, M. PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 258-265, abr./jun. 2009.
- HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.
- LEITE, R.C.B.O. Assistência humanizada de enfermagem ao cliente oncológico. In: MOHALLEN, A.G.C.; RODRIGUES, A.B. **Enfermagem oncológica**. Barueri: Manole, 2007.
- LOPES, C.H.A.F.; JORGE, M.S.B. Interacionismo simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, n. 1, p. 103-108, 2005.
- LORENCETTI, A.; SIMONETTI, J.P. As estratégias de enfrentamento de clientes durante o tratamento de radioterapia. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 13, nº 6, p. 944-50, nov./dez. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0104116920050006&lng=pt&nrm=isso. Acesso em: 23 out. 2008.
- MACHADO, M.F.A.S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, mar./abr. 2007.
- MACIEL, I.C.F.; ARAUJO, T.L. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial em Fortaleza. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 207-214, mar./abr. 2003.
- MANDÚ, Edir Nei Teixeira. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 665-75, jul./ago. 2004.
- Manual Internacional de Padrões de Certificação Hospitalar**. Rio de Janeiro: Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde- CBA, 2008.
- MARTINS, M.C.F.Nº Humanização da assistência e formação do profissional de saúde. **Psychiatry on-line Brasil**, v. 8, n. 5, 2003. Disponível em: http://www.polbr.med.br/ano03/artigo0503_1.php. Acesso em: 12 out. 2010.
- MEAD, G. H. **Mind, self and society**. Chicago: University of Chicago Press, 1962. 401p.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

NEVES, Elaine Pereira. As dimensões do cuidar em enfermagem: concepções teórico-filosóficas. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro. v. 6, n. 1, p. 79-92, dez. 2002. Suplemento.

NÓBREGA, M.M.L.; SILVA, K.L. (Orgs.). **Fundamentos do cuidar em enfermagem**. João Pessoa: Imprima, 2007.

OLIVEIRA, M.S.; FERNANDES, A.F.C.; GALVÃO, M.T.G. Mulheres vivenciando o adoecer em face do câncer cérvico-uterino. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 150-155, 2005.

PAUL, C.; REEVES, J.S. Visão geral do processo de enfermagem. In: GEORGE, J.B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RIBEIRO, Janaína Mery. **Cuidado: experiência de um processo interativo-educativo com a equipe de enfermagem neonatal, fundamentado no interacionismo simbólico**. Florianópolis: 2007. Disponível em: <<http://www.tede.ufsc.br/teses/PNFR0567-D.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2010.

ROSA, L.M. et al. A consulta de enfermagem no cuidado à pessoa com câncer: contextualizando uma realidade. **Cogitare Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 487-493, out./dez. 2007.

ROSSI, F.R.; LIMA, M.A.D.S. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, n. 4, p. 460-468, 2005.

SALVAJOLI, J.V.; SOYRHAMI, L.; FARIA, S.L. **Radioterapia em oncologia**. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

SANCHEZ, K.O.L. et al. Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 290-99, 2010.

SANTOS, Sérgio Ribeiro dos. **Interacionismo simbólico: uma abordagem teórica de análise na saúde**. Disponível em: <<http://www.ccs.ufpb.br/gepaie/doku.php?id=home:publica%C3%A7%C3%B5es>>. Acesso em: 17 out. 2009.

SMELTZER, S.C. et al. Brunner & Suddart. **Tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOUZA, Ana Izabel Jatobá. Reflexões sobre o cuidado de enfermagem. In: LEOPARDI, Maria Tereza. **Teorias em enfermagem**: instrumentos para a prática. Florianópolis: Papalivros, 1999.

STRAUSS, Anselm.; CORBIN, Juliet. **Pesquisa qualitativa**: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TEIXEIRA, Marizete Argolo. **Meu neto precisa mamar! E agora? Construindo um cotidiano de cuidado junto a mulheres-avós e sua família em processo de amamentação**: um modelo de cuidar em enfermagem fundamentado no interacionismo simbólico. Florianópolis: 2005. Disponível em: < <http://www.tede.ufsc.br/teses/PNFR0509.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2010.

TALENTO, B. Jean Watson. In: GEORGE, J.B. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos à prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

TANNURE, M.C.; GONÇALVES, A.M.P. **Sistematização da assistência de Enfermagem-SAE**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

TERRA, Marlene Gomes et al. O significado de cuidar no contexto do pensamento complexo: novas possibilidades para a enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 15, n. esp. p. 164-169, 2006.

TRINDADE, Etelvino Souza. Etiopatogenia, diagnóstico e estadiamento do colo do útero. In: ____ . **Tratado de ginecologia**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. v. 2.

VANZIN, A.S.; NERY, M.E.S. **Consulta de enfermagem**: uma necessidade social? 2. ed. Porto Alegre: RM&L Gráfica, 2000.

VIDAL, M.L.B. **Efeitos adversos subseqüentes ao tratamento radioterápico para câncer de colo uterino na bexiga, reto e função sexual**. 2008. 94 f. Dissertação (Mestrado em Oncologia)- Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, 2008.

VIRGÍNIO, N^oA.; NÓBREGA, M.M.L. Validação de instrumentos de coleta de dados de enfermagem para clientes adultos hospitalizados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 1, p. 53-56, jan./fev. 2004.

WALDOW, Vera Regina. Examinando o conhecimento na enfermagem. In: MEYER, D.E.; WALDOW, V.R.; LOPES, M.J.M. (Orgs.). **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p. 53-85.

_____. O cuidar humano: reflexões sobre o processo de enfermagem versus o processo de cuidar. **Revista Enfermagem Uerj**, v. 9, n. 3, p. 284-293, set./dez. 2001.

_____. Atualização do cuidar. **Aquichan**, v. 8, n° 1, p. 85-96, 2008. Disponível em: <<http://aquichan@unisabana.edu.co/index.php/aquichan/rt/prINTERfriendly/126/253>>. Acesso em: 29 nov. 2009.

_____. **Cuidar**: expressão humanizadora da enfermagem. 3. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2010.

WILLIG, MH. **Cuidar/ gerenciar**: possibilidade de convergência no discurso coletivo das enfermeiras. 2004. 121 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

WILLIG, M.H.; LENARDT, M.H.; TRENTINI, M. Gerenciamento e cuidado em unidades de hemodiálise. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 2, p. 177-182, mar./abr. 2006.

APÊNDICE A**ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA AS ENFERMEIRAS**

Identificador: _____

Unidade onde atua: _____

Sexo: feminino () Masculino ()

Idade: _____

Tempo de formação profissional: _____

1. Como você desenvolve a consulta de enfermagem?
2. Em sua opinião, qual a função da consulta de enfermagem no processo de cuidar da cliente com câncer de colo uterino submetida a radioterapia?
3. Como é, para você, cuidar da cliente portadora de câncer de colo uterino submetida a radioterapia?
4. Que estratégias você utiliza em sua atuação profissional de forma a garantir o cuidado prestado nesta condição específica?
5. O que significa, para você, gerenciar o cuidado de enfermagem nessa condição específica?

APÊNDICE B**ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA AS CLIENTES**

Identificador: _____

Idade: _____

1. Como foi para você participar da consulta de enfermagem durante seu tratamento de radioterapia?
2. Em sua opinião, a consulta de enfermagem contribuiu para o seu tratamento de radioterapia? De que forma?
3. O que pode ser modificado na consulta de enfermagem para melhorar o seu cuidado no tratamento de radioterapia?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS ENFERMEIRAS

O SIGNIFICADO DO CUIDADO DURANTE A CONSULTA DE ENFERMAGEM ÀS CLIENTES PORTADORAS DE CÂNCER DE COLO UTERINO SUBMETIDAS A RADIOTERAPIA: PERCEPÇÃO DA ENFERMEIRA .

Nome do Voluntário: _____

Você está sendo convidado(a) a participar de um estudo que envolve a realização de uma entrevista durante a qual conversaremos sobre o cuidado prestado durante a consulta de enfermagem a clientes portadoras de câncer de colo uterino e submetidas a radioterapia. Sua experiência nos auxiliará na busca do entendimento sobre a forma mais adequada de cuidar e gerenciar o cuidado a essa população específica, além de contribuir para o incremento e divulgação dos saberes específicos na área de enfermagem.

Sua participação é importante para melhorar os cuidados de enfermagem oferecidos à população, mas é absolutamente voluntária.

Para que você possa decidir se quer participar ou não deste estudo, precisa conhecer seus benefícios, riscos e implicações.

OBJETIVO DO ESTUDO - Os objetivos deste estudo são: identificar os significados atribuídos pela enfermeira ambulatorial ao cuidado às clientes com câncer de colo uterino e submetidas a radioterapia; descrever as ações desenvolvidas pelas enfermeiras durante a consulta de enfermagem a essas clientes, discutir as implicações para o gerenciamento do cuidado dessas clientes e propor a sistematização do cuidado de enfermagem para as clientes portadoras de câncer de colo uterino submetidas a radioterapia, durante o seguimento ambulatorial, sob a ótica das enfermeiras e das clientes.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO - Caso aceite participar desta pesquisa, será realizada uma entrevista, em dia e hora previamente agendados por você, que será gravada por meio de aparelho digital, com transcrição posterior pelo pesquisador. As informações destinam-se exclusivamente a esta pesquisa.

ALTERNATIVAS - Você poderá optar por não participar desta pesquisa, o que não ocasionará nenhuma interferência em sua atividade profissional.

RISCOS - Não haverá nenhum tipo de coação ou constrangimento caso você não queira participar desta pesquisa. Suas atividades profissionais não sofrerão interferências, e nenhum cuidado adicional será proposto no decorrer do estudo.

As entrevistas são entendidas como um espaço para trocas de experiências, orientações e exposição de sentimentos. Caso aconteça algum desconforto emocional, procuraremos suporte na equipe da própria unidade onde o estudo será desenvolvido.

BENEFÍCIOS - Não podemos garantir nenhum benefício imediato em sua rotina de trabalho; no entanto, ao participar deste estudo, você estará contribuindo através de suas opiniões e relatos para que o cuidado prestado seja considerado a partir do seu ponto de vista, o que poderá ocasionar a melhoria na prestação do cuidado de enfermagem e em seu gerenciamento, no ensino aos profissionais da área oncológica e na realização de outras pesquisas em saúde. Informamos que não haverá benefício adicional aos acima descritos ou qualquer outra vantagem de ordem pessoal para você.

ACOMPANHAMENTO, ASSISTÊNCIA E RESPONSÁVEIS - Não haverá alteração no fluxo de suas atividades profissionais durante o estudo. Você será acompanhado pela pesquisadora somente durante a realização da entrevista. Após esse encontro, sua rotina de trabalho terá continuidade.

CARÁTER CONFIDENCIAL DOS REGISTROS - As informações coletadas durante a entrevista poderão ser consultadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer (CEP-INCA) e pela pesquisadora/ orientadora envolvidas. Seu nome não será revelado, ainda que informações de seu registro sejam utilizadas para propósitos educativos ou de publicação, que ocorrerão independentemente dos resultados obtidos.

TRATAMENTO MÉDICO EM CASO DE DANOS - Todo e qualquer dano decorrente do desenvolvimento deste projeto de pesquisa e que necessite de atendimento médico ficará a cargo da instituição.

CUSTOS - Não haverá qualquer custo ou forma de pagamento por sua participação no estudo.

BASES DA PARTICIPAÇÃO - É importante que você saiba que a sua participação neste estudo é completamente voluntária e que você pode recusar-se a participar ou interromper sua participação a qualquer momento sem penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito. Caso decida interromper sua participação no estudo, as pesquisadoras deverão ser comunicadas e a coleta de dados relativa à pesquisa será imediatamente interrompida. Seu nome será retirado da pesquisa e, caso você já tenha concedido a entrevista, ela será desconsiderada.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS - Nós estimulamos você a fazer perguntas a qualquer momento do estudo. Nesse caso, por favor, ligue para a Enfermeira Cláudia Quinto Santos de Souza, no telefone (21) 2276-4890 ou celular (21) 8815-5781. Se você tiver perguntas com relação a seus direitos como participante do estudo, também pode contar com um contato imparcial, o CEP-INCA, situado à Rua André Cavalcanti 37, Centro, Rio de Janeiro, telefones (21) 3233-1410 ou (21) 3233-1353, ou também pelo e-mail: cep@INCA.gov.br

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO E ASSINATURA

Li as informações acima e entendi o propósito deste estudo, assim como os benefícios e riscos potenciais da participação no mesmo. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas. Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar neste estudo. Entendo que concederei uma entrevista e que não receberei compensação monetária por minha participação neste estudo.

Eu recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

_____/_____/_____
 (Assinatura da enfermeira) dia mês ano

 (Nome da enfermeira – letra de forma)

Contatos com a pesquisadora:

Enfª Cláudia Quinto Santos de Souza Tel Res: (21) 3215-9832

Cel:(21) 8815-5781

Trab. (21) 2276-4890

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS CLIENTES

O SIGNIFICADO DO CUIDADO DURANTE A CONSULTA DE ENFERMAGEM ÀS CLIENTES PORTADORAS DE CÂNCER DE COLO UTERINO SUBMETIDAS A RADIOTERAPIA: PERCEPÇÃO DA ENFERMEIRA .

Nome da Voluntária: _____

Você está sendo convidado(a) a participar de um estudo que envolve a realização de uma entrevista durante a qual conversaremos sobre o cuidado prestado durante a consulta de enfermagem a clientes portadoras de câncer de colo uterino e submetidas a radioterapia. Sua experiência como cliente que realizou a consulta de enfermagem durante seu tratamento de radioterapia nos auxiliará na busca do entendimento sobre a forma mais adequada de cuidar e gerenciar o cuidado.

Sua participação é importante, mas é absolutamente voluntária.

Para que você possa decidir se quer participar ou não deste estudo, precisa conhecer seus benefícios, riscos e implicações.

OBJETIVO DO ESTUDO - Os objetivos deste estudo são: identificar os significados atribuídos pela enfermeira ao cuidado das clientes com câncer de colo uterino submetida a radioterapia, descrever as ações desenvolvidas pelas enfermeiras durante a consulta de enfermagem a essas clientes, discutir as implicações da consulta de enfermagem para o gerenciamento do cuidado sob a ótica das enfermeiras e clientes e propor a sistematização do cuidado de enfermagem durante o seguimento ambulatorial do tratamento radioterápico, sob a ótica das enfermeiras e clientes nesta situação de cuidado.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO - Caso aceite participar desta pesquisa, será realizada uma entrevista, no dia da sua última consulta de enfermagem, após o término do tratamento radioterápico, que será gravada por meio de aparelho digital, com transcrição posterior pelo pesquisador. As informações destinam-se exclusivamente a esta pesquisa.

ALTERNATIVAS - Você poderá optar por não participar desta pesquisa, o que não ocasionará nenhuma interferência no seu tratamento.

RISCOS - Não haverá nenhum tipo de coação ou constrangimento, caso você não queira participar desta pesquisa. Seu tratamento não sofrerá interferências, e nenhum cuidado adicional será proposto no decorrer do estudo.

As entrevistas são entendidas como um espaço para trocas de experiências e informações. Caso aconteça algum desconforto emocional, procuraremos suporte na equipe da própria unidade onde o estudo será desenvolvido.

BENEFÍCIOS - Não podemos garantir nenhum benefício imediato em sua rotina de tratamento; no entanto, ao participar deste estudo, você estará contribuindo através de suas opiniões e relatos para que o cuidado prestado seja considerado a partir do seu ponto de vista, o que poderá ocasionar a melhoria na prestação do cuidado de enfermagem e em seu gerenciamento. Informamos que não haverá qualquer outra vantagem de ordem pessoal para você.

ACOMPANHAMENTO, ASSISTÊNCIA E RESPONSÁVEIS - Não haverá alteração no fluxo de seu tratamento durante o estudo. Você será acompanhado pela pesquisadora somente durante a realização da entrevista.

CARÁTER CONFIDENCIAL DOS REGISTROS - As informações coletadas durante a entrevista poderão ser consultadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer (CEP-INCA) e pela pesquisadora/orientadora envolvida. Seu nome não será revelado, ainda que informações prestadas por você sejam utilizadas para propósitos educativos ou de publicação, que ocorrerão independentemente dos resultados obtidos.

TRATAMENTO MÉDICO EM CASO DE DANOS - Todo e qualquer dano decorrente do desenvolvimento deste projeto de pesquisa, e que necessite de atendimento médico, ficará a cargo da instituição.

CUSTOS - Não haverá qualquer custo ou forma de pagamento por sua participação no estudo.

BASE DA PARTICIPAÇÃO - É importante que você saiba que a sua participação neste estudo é completamente voluntária e que você pode recusar-se a participar ou interromper sua participação a qualquer momento sem penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito. Caso decida interromper sua participação no estudo, a pesquisadora deverá ser comunicada e a coleta de dados relativa à pesquisa será imediatamente interrompida. Seu nome será retirado da pesquisa e, caso você já tenha concedido a entrevista, ela será desconsiderada.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS - Nós estimulamos você a fazer perguntas a qualquer momento do estudo. Neste caso, por favor, ligue para a Enfermeira Cláudia Quinto Santos de Souza, no telefone (21) 2276-4890 ou celular (21) 8815-5781. Se você tiver perguntas com relação a seus direitos como participante do estudo, também pode contar com um contato imparcial, o CEP-INCA, situado à Rua André Cavalcanti 37, Centro, Rio de Janeiro, telefones (21) 3233-1410 ou (21) 3233-1353, ou também pelo e-mail: cep@INCA.gov.br

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO E ASSINATURA

Li as informações acima e entendi o propósito deste estudo, assim como os benefícios e riscos potenciais da participação no mesmo. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas. Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar neste estudo.

Entendo que concederei uma entrevista e que não receberei compensação monetária por minha participação neste estudo.

Eu recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

_____/_____/_____
(Assinatura da cliente) dia mês ano

(Nome da cliente – letra de forma)







Contatos com a pesquisadora:

Enfª Cláudia Quinto Santos de Souza Tel Res: (21) 3215-9832


Cel:(21) 8815-5781

Trab. (21) 2276-4890

ANEXO I – ESTADIAMENTO DO CÂNCER DO COLO DE ÚTERO

ESTÁDIO 0		Carcinoma in situ	Biópsia/ Conização
		Invasão do estroma menor do que 3 mm, com extensão superficial até 7 mm	Conização de colo uterino/ hysterectomia abdominal tipo I, ou via vaginal, ou via laparoscópica/ braquiterapia
ESTÁDIO I CARCINOMA RESTRITO À CÉRVIX, SOMENTE DIAGNOSTICADO PELA MICROSCOPIA		Invasão do estroma de 3 mm a 5 mm, com extensão horizontal até 7 mm	Hysterectomia radical modificada tipo II/ traquelectomia radical com linfadenectomia pélvica/ radioterapia exclusiva
		IB1 Lesões clinicamente visíveis limitadas ao colo, com até 4 cm	Lesões menores do que 4 cm - IB1 – hysterectomia abdominal radical tipo III Lesões menores do que 2 cm – hysterectomia radical tipo II (em estudo)
ESTÁDIO II TUMOR QUE INVADE ALÉM DO ÚTERO, MAS NÃO ATINGE A PAREDE PÉLVICA OU TERÇO INFERIOR DA VAGINA		IB2 Lesão clinicamente visível, com mais de 4 cm	Traquelectomia radical com linfadenectomia pélvica (no caso de a cliente desejar engravidar) Lesões maiores do que 2 cm e menores do que 4 cm - IB1 – hysterectomia abdominal radical tipo III Quimioterapia concomitante à teleterapia e braquiterapia ou radioterapia exclusiva
		Invasão do terço superior e médio da vagina sem infiltração parametrial.	Traquelectomia radical com linfadenectomia pélvica Hysterectomia radical vaginal com linfadenectomia pélvica Radioterapia externa e braquiterapia
ESTÁDIO III TUMOR QUE SE ESTENDE À PAREDE PÉLVICA E OU COMPROMETE O TERÇO INFERIOR DA VAGINA E/OU CAUSA HIDRONEFROSE OU EXCLUSÃO RENAL		IIB Tumor invade além do útero, mas não atinge a parede pélvica ou terço inferior da vagina.	
		IIIA Tumor que compromete o terço inferior da vagina, sem extensão à parede pélvica	Quimioterapia e radioterapia (teleterapia + braquiterapia) concomitantes
ESTÁDIO IV TUMOR FORA DA PÉLVICA		IIIB Tumor que se estende à parede pélvica e/ou causa hidronefrose ou exclusão renal	
		IVA Invade a mucosa vesical ou retal e/ou se estende além da pelve verdadeira	Tratamento cirúrgico paliativo
ESTÁDIO IV TUMOR FORA DA PÉLVICA		IVB Metástase a distância	Neste estágio, a doença é incurável. Tratamentos são controversos, sendo a quimioterapia, a radioterapia e a cirurgia consideradas paliativas e indicadas em cada caso Considerar radioterapia anti-hemorrágica. Tratamentos com quimioterapia e radioterapia devem ser considerados somente inclusos em protocolos de estudo

ANEXO II – FOLHA DE ROSTO DE CADASTRO DA PESQUISA NO CONEP

 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS (versão outubro/99) Para preencher o documento, use as indicações da página 2.			
1. Projeto de Pesquisa: Prot 34/10 - O SIGNIFICADO DO CUIDADO DURANTE A CONSULTA DE ENFERMAGEM ÀS PACIENTES PORTADORAS DE CÂNCER DE COLO UTERINO SUBMETIDAS À RADIOTERAPIA			
2. Área do Conhecimento (Ver relação no verso) ENFERMAGEM		3. Código: 4.04	4. Nível: (Só áreas do conhecimento 4) D
5. Área(s) Temática(s) Especial (s) (Ver fluxograma no verso) Grupo III		6. Código(s): 4	7. Fase: (Só área temática 3) I () II () III () IV ()
8. Unitermos: (3 opções) ENFERMAGEM, CUIDADO, RADIOTERAPIA			
SUJEITOS DA PESQUISA			
9. Número de sujeitos Enfermeiros – 9 Pacientes – definido durante o a coleta		10. Grupos Especiais : <18 anos () Portador de Deficiência Mental () Embrião /Feto () Relação de Dependência (Estudantes , Militares, Presidiários, etc) () Outros () Não se aplica ()	
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
11. Nome: CLAUDIA QUINTO SANTOS DE SOUZA			
12. Identidade: 05708599-5	13. CPF.: 000258647-93	19. Endereço (Rua, n.º): RUA FLACK Nº 128 APTO 701	21. Cidade: RJ
14. Nacionalidade: BRASILEIRA	15. Profissão: ENFERMEIRA	20. CEP: 20960-150	22. U.F. RJ
16. Maior Titulação: ESPECIALIZAÇÃO	17. Cargo: TECNOLOGISTA SENIOR	23. Fone: (21) 2576-4890 (21) 8815-5781	24. Fax: (21) 2276-4952
18. Instituição a que pertence: INCA/HC II		25. Email: equinto@inca.gov.br e claudiaquintobr@yahoo.com.br	
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Data: 30/7/10			
Assinatura			
INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO			
26. Nome: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER		29. Endereço (Rua, n.º): RUA EQUADOR Nº 831	
27. Unidade/Orgão: HOSPITAL DO CÂNCER II		30. CEP: 20220-410	31. Cidade: RJ
28. Participação Estrangeira: Sim () Não (X)		33. Fone:	34. Fax:
35. Projeto Multicêntrico: Sim () Não (X) Nacional () Internacional () (Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil)			
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição) :Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução Data: 30/7/10			
Assinatura			
PATROCINADOR			
36. Nome:		39. Endereço	
37. Responsável:		40. CEP:	41. Cidade:
38. Cargo/Função:		43. Fone:	44. Fax:
Não se aplica (X)			
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP			
45. Data de Entrada: 12/3/2010	46. Registro no CEP: 34/10	47. Conclusão: Aprovado (x) Data: 24/6/2010	48. Não Aprovado () Data: / /
49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para: dezembro/2010 – junho/2011 Encaminhado a CONEP:		53. Coordenador/Assessoria Sítio Gerson Henrique Albuquerque Siqueira (Fone: 2423-1115) Coord. do Comitê de Ética em Pesquisa (Instituto) Hospital Nacional de Câncer	
50. Os dados acima para registro (X) 51. O projeto para apreciação ()		Anexar o parecer substanciado	
52. Data: 27/7/10			
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP			
54. Nº Expediente :		57. Registro na CONEP:	
55. Processo :			
58. Observações:			

ANEXO III – TERMO DE APROVAÇÃO DO CEP-INCA**Memo 256/10-CEP-INCA**

Rio de Janeiro, 5 de julho de 2010.

A(o): Enf^a Cláudia Quinto Santos de Souza
Pesquisador(a) Principal

Registro CEP nº 34/10 (Este nº. deve ser citado nas correspondências referentes a este estudo)
Título do Estudo: O significado do cuidado durante a consulta de enfermagem às pacientes portadoras de câncer de colo uterino submetidas à radioterapia – percepção do enfermeiro

Prezado(a) Pesquisador(a),

Informo que o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer **aprovou** após re-análise o estudo intitulado: **O significado do cuidado durante a consulta de enfermagem às pacientes portadoras de câncer de colo uterino submetidas à radioterapia – percepção do enfermeiro**, bem como o seu **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para as enfermeiras versão 2 e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para as pacientes versão 2**, em 24 de junho de 2010.

Ressalto que conforme descrito na folha de rosto (item 49), o(a) pesquisador(a) responsável deverá apresentar relatórios semestrais a respeito do seu estudo, os primeiros estão previstos para as seguintes datas: dezembro/2010 e junho/2011.

Atenciosamente,

Dra. Adriana Scheliga
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
CEP-INCA

C/c – Enf^o Carlos Alberto C. Alves – Chefe da Divisão de Enfermagem/HC II
Enf^a Ailse Bittencourt - Chefe da Divisão de Enfermagem/HC I
Enf^a M^a Cristina R. Caldas - Chefe da Divisão de Enfermagem/HC III
Dr. Reinaldo Rondinelli – Diretor do HC II

ANEXO IV - FORMULÁRIOS INCA



Ministério da Saúde

ENFERMAGEM - RADIOTERAPIA

Localização do tumor _____
 Clínica _____
 Pigmentação da pele _____
 Estabelecimento _____ Nº de Aplicações _____ Energia _____ Quimioterapia Sim Não
 Obs. _____

MATRÍCULA SEXO M F IDADE _____
 Nome _____

	ORIENTAÇÕES E AVALIAÇÃO	CARIMBO E RUBRICA
Primeira semana ____/____/____	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Segunda semana ____/____/____	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Terceira semana ____/____/____	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Quarta semana ____/____/____	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Quinta semana ____/____/____	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Reforço ____/____/____	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

**IDENTIFICAÇÃO**

Nome: _____
 Registro: _____ Idade: _____ Cor: _____
 Escolaridade: _____ Profissão: _____
 Diagnóstico: _____ Estadiamento: _____
 Tratamento Cirúrgico: _____
 Energia: _____

ANAMNESE

Queixa Atual: Não Sim _____
 Alergias: Não Sim _____
 Doenças Pré-Existentes: Não Sim _____
 Medicamentos de uso contínuo: Não Sim _____
 História progressiva de Câncer: Não Sim _____
 Etilismo: Não Sim _____
 Tabagismo: Não Sim _____
 Eliminações Intestinais: Sem alterações _____
 Eliminações Vesicais: Sem alterações _____
 Sangramento Vaginal: Não Sim _____
 Atividade Sexual: Não Sim _____
 Secreção Vaginal: Não Sim _____
 Quimioterapia: Não Sim _____
 Teleterapia: Não Sim _____

EVOLUÇÃO/CONDUTA

TRATAMENTO

Inserções	Registros	Assinatura
<p>Primeira Semana</p> <p>____/____/____</p>	<p>Anestesia: _____</p> <p>Aplicador: _____</p> <p>Evolução: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>Segunda Semana</p> <p>____/____/____</p>	<p>Anestesia: _____</p> <p>Aplicador: _____</p> <p>Evolução: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>Terceira Semana</p> <p>____/____/____</p>	<p>Anestesia: _____</p> <p>Aplicador: _____</p> <p>Evolução: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>Quarta Semana</p> <p>____/____/____</p>	<p>Anestesia: _____</p> <p>Aplicador: _____</p> <p>Evolução: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

INCA Instituto Nacional de Câncer
Ministério da Saúde
RADIOTERAPIA
Consulta de Enfermagem

MATRÍCULA

Nome _____

Topografia: _____

Nº de Aplicações: _____ Reforço: _____

Tel. / Consulta: _____

Observações

Segredo Sensitive/2008 nº 451

<i>Data</i>	<i>Hora</i>	<i>Data</i>	<i>Hora</i>
1ª		21ª	
2ª		22ª	
3ª		23ª	
4ª		24ª	
5ª		25ª	
6ª		26ª	
7ª		27ª	
8ª		28ª	
9ª		29ª	
10ª		30ª	
11ª		31ª	
12ª		32ª	
13ª		33ª	
14ª		34ª	
15ª		35ª	
16ª		36ª	
17ª		37ª	
18ª		38ª	
19ª		39ª	
20ª		40ª	



Ministério
da Saúde

RADIOTERAPIA - ENFERMAGEM

Consulta de Enfermagem - Braquiterapia de Alta Taxa de Dose

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Matrícula: _____

Sexo: _____ Idade: _____ Cor: _____ Peso: _____

Pressão Arterial: _____ Estadiamento: _____

Diagnóstico: _____

Teleterapia: Não Sim

Cirurgia: Não Sim

Quimioterapia: Não Sim

Estado emocional: Calmo Irritado Retraído Ansioso

Quixa atual: Dor Sangramento Alergia Diabetes Hipertensão

Especificar: _____

Atividade sexual: Não Sim

Eliminações vesicais: Normal Alterações

Especificar: _____

Eliminações intestinais: Normal Alterações

Especificar: _____

Tratamento: Anestesia

Observações: _____

Data: ____/____/____

CARIMBO E ASSINATURA

TRATAMENTO

Inserções	Registros	Carimbo
<i>Primeira Semana</i> ____/____/____	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<i>Segunda Semana</i> ____/____/____	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<i>Terceira Semana</i> ____/____/____	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<i>Quarta Semana</i> ____/____/____	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<i>Quinta Semana</i> ____/____/____	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

Enfermagem // Pré Radioterapia
Hospital do Câncer II / INCA

Nome: _____

Data: / /

MH: _____

Cor: _____

Idade: _____

DIAGNÓSTICO	<input type="checkbox"/> COLO DE ÚTERO <input type="checkbox"/> ENDOMÉTRIO <input type="checkbox"/> VULVA <input type="checkbox"/> OVÁRIO <input type="checkbox"/> VAGINA
ESTADIAMENTO	
TTO PROPOSTO	<input type="checkbox"/> RADIOTERAPIA <input type="checkbox"/> TELETERAPIA <input type="checkbox"/> BRAQUITERAPIA <input type="checkbox"/> QUIMIOTERAPIA
QUEIXA ATUAL	
EVA	
ANTECEDENTES PESSOAIS	DIABETES <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO ALERGIAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO OUTROS: _____
HISTÓRIA GINECOLÓGICA	ÚLTIMO PREVENTIVO: _____ FREQUÊNCIA: _____
HÁBITOS	TABAGISMO <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUANTOS? _____ OBS: _____ ETILISMO <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
EXAME FÍSICO	MUCOSA: _____ PELE: _____ ABDOME: _____ PELVE: _____ ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS: ELIMINAÇÕES VESICAIS: _____ ELIMINAÇÕES INTESTINAIS: _____ MEMBROS INFERIORES: _____ OBS: _____
EXAMES REALIZADOS	<input type="checkbox"/> EAS <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> RAIOS X <input type="checkbox"/> ULTRASSOM <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> RSC <input type="checkbox"/> CISTOSCOPIA
CONDUTA	<input type="checkbox"/> ORIENTAÇÃO PRÉ-RADIOTERAPIA EM GRUPO <input type="checkbox"/> ORIENTAÇÃO PARA SEGUIMENTO, AUTOCUIDADO E EFEITOS COLATERAIS <input type="checkbox"/> OFERECIDO CREME HIDRATANTE E FOLDER EXPLICATIVO <input type="checkbox"/> MARCO <input type="checkbox"/> PSICOLOGIA <input type="checkbox"/> ONCOLOGIA CLÍNICA <input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> OUTROS: _____
RETORNO	
DATA DA CARTA:	
OBSERVAÇÕES	

Anamnese Oncoginecológica
Radioterapia / Retorno

Nome: _____
MH: _____

Data: / /

PATOLOGIA:			
QUEIXA ATUAL	_____		
EVA	_____		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	_____		
TOXICIDADE	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
PELE			_____
ABDÔMEM SUPERIOR			_____
ABDÔMEM INFERIOR			_____
GENITURINÁRIO			_____
OBSERVAÇÕES	DATA DA CARTA:		
	TÉRMINO DA BRAQUITERAPIA:		
CONDUTA	<input type="checkbox"/> ORIENTAÇÃO PÓS RADIOTERAPIA		
	<input type="checkbox"/> OFERECIDO FOLDER EXPLICATIVO		
	<input type="checkbox"/> ORIENTAÇÃO PARA EXERCÍCIO DE DILATAÇÃO VAGINAL		
	<input type="checkbox"/> OUTROS		
RETORNO	<input type="checkbox"/> CONSULTA COM O GINECOLOGISTA _____		
	<input type="checkbox"/> CONSULTA DE ENFERMAGEM		
	<input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA		
	<input type="checkbox"/> OUTROS		