

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY

LAISA FIGUEIREDO FERREIRA LÓS DE ALCÂNTARA

O SENTIDO DO AGIR PROFISSIONAL NA PRÁTICA
AMBULATORIAL DE ENFERMEIROS ONCOLOGISTAS DO INCA

Rio de Janeiro
2008

LAISA FIGUEIREDO FERREIRA LÓS DE ALCÂNTARA

O SENTIDO DO AGIR PROFISSIONAL NA PRÁTICA
AMBULATORIAL DE ENFERMEIROS ONCOLOGISTAS DO INCA

Tese de Doutorado submetida ao Núcleo de Pesquisa de Enfermagem e Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Enfermagem

Orientadores:

Dr^a Elisabete Pimenta Araújo Paz

Dr^a Teresa Caldas Camargo

Rio de Janeiro

2008

O sentido do agir profissional na prática ambulatorial de enfermeiros oncologistas do INCA

Laisa Figueiredo Ferreira Lós de Alcântara

Tese submetida a Banca Examinadora Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor.

Aprovada por:

Profª Drª Elisabete Pimenta Araújo Paz – Presidente
Professora Adjunto da Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ

Profª Drª Maria de Fátima Batalha Menezes – 1ª Examinadora
Enfermeira do setor de Educação Continuada do Hospital do Câncer I e
Membro da Comissão de Ética e Pesquisa do Instituto Nacional do Câncer

Profº Drº Otávio Muniz Vargens – 2º Examinador
Professor Titular da Faculdade de Enfermagem Rachel Hadock Lobo – UERJ

Profª Drª Maria Gaby Rivero Gutierrez – 3ª Examinadora
Professora Associada do Departamento de Enfermagem da UNIFESP

Profª Drª Ivis Emília de Oliveira Souza – 4ª Examinadora
Professora Titular da Escola de Enfermagem Anna Nery - UFRJ

Suplentes:

Profª Drª Ann Mary Tinoco Feitosa Rosas
Professora Adjunto da Escola de Enfermagem Anna Nery - UFRJ

Profª Drª Teresa Caldas Camargo
Enfermeira coordenadora do setor de Educação Continuada do Hospital do Câncer III e Membro da Comissão de Ensino do Instituto Nacional de Câncer

Rio de Janeiro
2008

FICHA CATALOGRÁFICA

A347

Alcântara, Laisa Figueiredo Ferreira Lós de

O sentido profissional da prática ambulatorial de enfermeiros oncológicos./Laisa Figueiredo Ferreira Lós de Alcântara. – Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2008.

96 p.

Orientadores: Elisabete Pimenta Araújo Paz, Teresa Caldas Camargo
Tese (Doutorado_ - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa, 2008.

Referências bibliográficas: 96 -106.

1. Enfermagem oncológica 2. Assistência ambulatorial 3. Prática profissional I. Paz, Elisabete Pimenta Araújo II. Camargo, Teresa Caldas III. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery. Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa IV. Título

CDD 610.73

ORIENTADORA

PROFESSORA DOUTORA

ELISABETE PIMENTA ARAÚJO PAZ

Sua orientação amigável, firme e constante possibilitou uma abertura que me des-velou os modos fenomenais no qual existimos no mundo.

Dedico

A minha mãe Laís Lós

*Que em seu modo de ser- com, ensinou-me a olhar
compreensivamente os seres ou entes que nos vem ao
encontro e deste modo poder-ser-no-mundo como
pessoa.*

AGRADECIMENTOS

Agradecer é um momento muito especial e ao concluir este *pro-jeto* pessoal, compreendo como essa experiência possibilitou a aproximação com os outros, colegas de trabalho e ou clientes e, deste modo, abriu um espaço favorável ao *encontro*.

Agradeço ao Grande EU SOU, Senhor Deus, o sustento o ânimo durante essa caminhada, possibilitando encontrar pessoas e mãos dadas com elas, construir esta tese comigo. “(...) que darei ao Senhor por todos os benefícios para comigo?” (Sl 116:12)

Ao KK (Meu esposo), que *com-partilhou* cada passo neste *pro-jeto* e *sendo-com*, assumiu a lida diária e *cuidou* da nossa família para que eu seguisse o *percurso* planejado.

A Lucas e David, o carinho com que abriram espaços no cotidiano familiar, *disponíveis* a presentear a todo instantes com sorrisos, abraços e muitos beijos, a mãe atarefada.

Aos colegas dos ambulatórios do Instituto Nacional de Câncer, que disponibilizaram tempo e consideração ao colocarem-se como ser-sujeito-de-pesquisa e possibilitarem a construção desta tese.

As colegas Maria Cristina, Maria Inez e Marise que *de-monstraram* *consideração* e *dis-ponibilidade* para ajudar durante o tempo que, envolvida com a construção desta tese, tive dificuldades em responder as solicitações do mundo do trabalho.

A Sonia, Sylvia, Jorge, Sandra, Marlon, Íris e Marai Lúcia, a disposição e solicitude, ao disponibilizar recursos e esclarecimentos quanto as muitas exigências formais a serem cumpridas, sem abrir mão de um cuidado singular, que amigavelmente, tornou possível o meu caminhar.

A Prof^a Maria Gaby a *dis-ponibilidade* incondicional ao *com-partilhar* a construção desta tese.

A Fátima, o carinho com que se *lançou* ao meu *encontro* e contribuir com este *pro-jeto*.

A Ivís Emília, que com *dis-ponibilidade* e afeto, decidiu *ser-com* e em um *encontro singular*, garantiu um “porto seguro” em meio ao *per-curso* deste *pro-jeto*.

Ao Otávio, a confiança e amizade e como ser-aí, escolheu guiar o meu olhar em direção às possibilidades e me lançou nesta caminhada.

A Ann Mary, *pre-sença* na minha vida, guiou-me no mundo do trabalho e colocou-me *em jogo*, possibilitando o *des-velar* do modo de cuidar do outro e assim, *ser-enfermeira*.

A Marlea, que com *dis-posição* e paciência, respondeu as minhas solicitações e com afeto, optou em seguir comigo nesse *per-curso* acadêmico.

A Teresa, colega de todos os dias, que se deixou envolver pelos meus *pro-jetos* e *ao ser-com*, *com-partilhou* das dificuldades cuidadosamente, mostrou possibilidades para caminhar.

A Elisabete, a Betinha, que iluminou o caminho percorrido com disposição e cuidado. Sendo *pre-sença*, *com-partilhou* seu mundo em um querer encontrar sincero e deste modo, me ensinou a caminhar.

Enfim, agradeço a todos aqueles que de algum modo, ofereceram o seu brilho e a sua paciência para que um *pro-jeto* fosse possível e deste modo *des-lasse* o *ser-enfermeiro-pesquisador* no mundo que habito.

Obrigada

RESUMO

ALCÂNTARA, Laisa Figueiredo Ferreira Lós de. O Sentido do agir profissional na prática ambulatorial de enfermeiros oncologistas do INCA. Rio de Janeiro, 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

A investigação trata do modo como se desenvolve o cuidado realizado por enfermeiros oncologistas a partir da atividade diária no cotidiano assistencial de ambulatórios especializados. Os objetivos do estudo são: descrever o cotidiano do cuidar em ambulatórios oncológicos; compreender o comportamento profissional de enfermeiros que cuidam dos clientes/pessoas nos espaços assistenciais de ambulatórios oncológicos e desvelar o sentido desse comportamento profissional no campo da oncologia ambulatorial. Trata-se de um estudo qualitativo descritivo, de abordagem fenomenológica na ótica heideggeriana, desenvolvido em cinco unidades hospitalares do Instituto Nacional de Câncer, órgão do Ministério da Saúde, prestador de serviços oncológicos no âmbito do Sistema Único de Saúde. Participaram da pesquisa 19 enfermeiros que atuam nos setores ambulatoriais, com os quais foi realizada uma entrevista na perspectiva fenomenológica. A partir dessa etapa, construíram-se quatro unidades de significação que denotaram a compreensão vaga e mediana do cuidado realizado por enfermeiros no cotidiano dos ambulatórios oncológicos. Evidenciou-se a possibilidade do *des-encobrimento* da técnica, enquanto uma *com-posição* do saber científico oriundo da tradição de investigação no campo da medicina, com a habilidade humana de consideração com o outro, ou seja, elemento constituinte da ação de cuidar. Concluiu-se que os enfermeiros no seu dia-a-dia agregam à manualidade técnica que lhes é exigida pelos protocolos terapêuticos, uma atitude de ajuda, pois lançam mão do que têm de mais próprio no sentido profissional, o cuidado ativo àqueles que necessitam de ajuda. Esse modo de ser, de agir e de cuidar confere a esses profissionais um sentido singular, em que o conhecimento científico, portanto técnico, está imbricado consigo mesmo, pois no mundo do trabalho são *ser-aí-com*, expressão mais fundante de cuidar. Encontrar-se nos ambulatórios é *possibilidade de estar-junto-a-alguém* e, nesse encontro, autenticamente, desenvolver a *cura*.

ABSTRACT

ALCÂNTARA, Laisa Figueiredo Ferreira Lós de. O Sentido do agir profissional na prática ambulatorial de enfermeiros oncologistas do INCA. Rio de Janeiro, 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

This study is about the way how it develops the care given by oncologists nurses from the daily activity in the quotidian of oncology ambulatories. The objectives were to reveal the sense of care of nurses in the assistance spaces of oncology ambulatories and understand the nurses' professional behavior in this field of the oncology in ambulatories. A descriptive, qualitative study, of phenomenological approach, in the Heidegger's view, was developed in five hospital units of the National Cancer Institute (INCA) (render of oncology services in the scope of the Unique System of Health). Participated of the research 17 nurses who work in the ambulatory services, whom I realized a phenomenological interview. From this stage, I constructed four signification units that indicated the vague and median comprehension of the professional acting in the quotidian of the oncology ambulatories. It evidenced the possibility of the *dis - covering* of the technique, as a with-position of the scientific knowledge originated from the tradition of investigation in the field of the contemporary medicine, with the human ability of consideration with the other, or better, constituting element of the action of care. It concludes that the nurses in their day-by-day surpass the technical handling that is required for them by the assistance practices, as lay hold of they have of more appropriate in the professional sense, the active care to someone that needs of aid. This way of being, of acting and caring confers to these professionals a singular sense where scientific knowledge, therefore technical, is penetrated with himself, as in the world of work are being - there - with, more funding expression of care. The action of meet in the ambulatories *is possibility of being - near - to - someone and in this meeting authentically develop the cure.*

RESUMÉ

ALCÂNTARA, Laisa Figueiredo Ferreira Lós de. O sentido profissional da prática ambulatorial de enfermeiros oncologistas. Orientadoras: Elisabete Pimenta Araújo Paz e Teresa Caldas Camargo Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2008. 100p.

Cet étude est sur la manière comme se développe le soin réalisé par infirmiers oncologues à partir d'activité quotidienne dans le quotidien d'ambulatoires oncologiques. L'objectifs furent dévoiler le sens de soigner d'infirmiers dans les espaces d'assistance d'ambulatoires oncologiques et comprendre le comportement professionnel d'infirmiers dans ce champ d'oncologie en ambulatoire. Un étude qualitatif descriptif, d'abordage phénoménologique dans la optique heideggeriane, a développée en cinq unités hospitaliers du Institute National de Cancer IINCA) prêteur de services oncologiques dans le contexte de le Système Seul de Santé). Ils ont participé de la recherche 17 infirmiers que agissent dans les secteurs d'ambulatoires, avec lesquels j'ai réalisé une entrevue phénoménologique. À partir de cette étape, j'ai construit quatre unités de signification que ont dénoté la compréhension vide et moyenne de l'agir professionnel d'infirmiers dans le quotidien de l'ambulatoires onologiques. Il s'a prouvé la possibilité de le *des-encouvrement* de la technique, comme une avec-position de le savoir scientifique, originaire de la tradition d'investigation dans le champ de la médecine contemporain, avec l'habilité humaine de consideration avec l'autre, e'est à dire, élément constitutif de l'action de soigner. Il conclut que les infirmiers dans sien quotidien dépassent la manualité technique dot ils leur est exigé par les pratiques d'assistance donc lancent main dot on plus propre dans le sens professionnel, les soins actifs auxlequels ont besoin d'aide. Cette manière d'être, d'agir e de soigner confère a ces professionnels un sens singulier ou connaissance scientifique, donc technique, est imbriqué néussis même, donc dans le monde du travail sont être-là-avec, expression plus fundante de soigner. Se trouver dans les ambulatoires est possibilité d'être joint à – quelqu'un et dans cette rencontre authentiquement développer la cure.

SUMÁRIO

RESUMO	ix
ABSTRACT	x
RESUMÉ	xi
CAPÍTULO I	
Introdução	01
CAPÍTULO II	
SOLO de TRADIÇÃO	10
§ Do Câncer para Oncologia.....	10
§ O espaço ambulatorial oncológico	14
§ A Humanização em ambulatórios oncológicos.....	18
§ A dinâmica assistencial nos ambulatórios oncológicos do INCa.....	21
§ O espaço ambulatorial e as enfermeiras oncologistas.....	30
CAPÍTULO III	
A FENOMENOLOGIA COMO SOLO FILOSÓFICO.....	35
§ A Fenomenologia de Martin Heidegger	41
§ Método em HEIDEGGER	45

CAPÍTULO IV

O PERCURSO METODOLÓGICO_____	50
§ I Tipo de Estudo	51
§ II Campo de Investigação.....	52
§ III Sujeitos do estudo	53
§ IV Ambientação como etapa prévia a entrevistas com os enfermeiros.....	54
§ V Obtenção de Depoimentos.....	55

CAPÍTULO V

O MODO ÔNTICO DO AGIR PROFISSIONAL _____	58
§ Unidade 1: Os enfermeiros ao realizarem o cuidado ambulatorial se ocupam em orientar e esclarecer os doentes e seus acompanhantes durante o tratamento, e expressam-se a partir de um discurso acolhedor.	59
§ Unidade 2: Os enfermeiros significam as atividades que desenvolvem no ambulatório com satisfação, atuam com autonomia e sentem que são fundamentais no processo de tratamento para o câncer.....	65
§ Unidade 3: Os enfermeiros mostram que o envolvimento com as atividades de cuidar de pessoas com câncer favorece o crescimento pessoal e a realização profissional.	71
§ Unidade 4: Os enfermeiros significam as atividades de cuidar que desenvolvem nos ambulatórios como necessárias ao tratamento de pacientes com câncer	77

CAPÍTULO VI

Análise Compreensiva.....	83
---------------------------	----

CONCLUSÕES	92
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
ANEXOS	107

INTRODUÇÃO

O interesse em ampliar a compreensão sobre a atuação do enfermeiro oncologista no espaço dos ambulatorios tem dirigido o caminhar das investigações realizadas por esta pesquisadora, incluindo sua dissertação de mestrado que investigou como se desenvolvia na prática assistencial a consulta de enfermagem em ambulatorios de uma unidade hospitalar especializada no tratamento para o câncer de mama, do Instituto Nacional de Câncer (INCA), no município do Rio de Janeiro.

Nesse estudo, havia a aparência de que a consulta de enfermagem não era entendida pelos próprios enfermeiros e que, apesar de um envolvimento permanente com as questões assistenciais do cotidiano profissional, a prática da consulta no espaço relacional do ambulatorio mostrava-se *encoberta*¹ pelas demais atividades da assistência oncológica.

O estudo desvelou que o sentido profissional dos enfermeiros, ao desenvolver a consulta, transcendia o aspecto do modelo assistencial biomédico, cujos atendimentos são planejados e executados dentro de um contexto de prevenção, tratamento e controle do câncer, e no qual o ser humano aparece como secundário ante a terapêutica que precisa ser implementada. Observou-se que os enfermeiros, por vezes, romperam com esse modelo, ressaltando-se a singularidade existencial das pacientes,

¹ As palavras em itálico no texto indicam o pensamento fenomenológico de Martin Heidegger que fundamenta a trajetória do estudo.

o que favorecia o *cuidado*² nos ambulatórios oncológicos da unidade estudada. A consulta de enfermagem mostrou-se em seu objetivo e sentido: o cuidar.

Esses profissionais se mostraram envolvidos em um cuidado singularizado às pessoas nos serviços, movendo-se pela preocupação com o bem-estar do outro e sua realização como pessoa enfrentando o câncer de mama. O enfermeiro mostrou não se deter ocupado nas etapas da consulta, mas *pré-ocupado*, estabelecendo uma relação de autenticidade com aquele que precisa vivenciar o tratamento oncológico e responder às necessidades trazidas por esse ser humano que precisa ser cuidado.

Esse resultado direcionou o foco de atenção para outras questões na busca de compreender como se dão as demais atividades cotidianas desenvolvidas pela enfermagem no espaço profissional do ambulatório, visto que há um desdobramento de ações onde a especialização do campo oncológico dá o tom da prática profissional, considerando-se as especificidades de cada tipo de neoplasia diagnosticada, a participação do profissional no tratamento proposto, que compreende a orientação e a execução de procedimentos técnicos de enfermagem ou de outras especialidades afins ao tratamento.

Quando se trata de serviços assistenciais como os ambulatórios oncológicos, tem-se que considerar que a enfermagem realiza uma diversidade de cuidados aos pacientes. Trata-se de uma prática com a característica das terapias oncológicas, usualmente com procedimentos complexos, que requerem dos profissionais conhecimentos especializados para a sua execução, em que a precisão técnica e a

² O cuidado compreendido como “condição existencial de possibilidade de cuidado com a vida e dedicação“, uma atitude relacional com o outro inserido na realidade que vivencia cotidianamente e, concebido como cuidado em um sentido originário, ou seja, ontológico (Heidegger, 2000, p.265)

eficácia são importantes, porém sem desconsiderar a habilidade humana necessária ao momento de cuidar de uma clientela com câncer (MOORE-HIGGS, 2003).

Partindo dessas considerações, este estudo permanece na mesma instituição especializada no tratamento para o câncer e procura ampliar a compreensão do agir profissional, a assistência de enfermagem no cotidiano ambulatorial oncológico. Considera-se que esse cotidiano não se resume às consultas de enfermagem, pois na dinâmica assistencial, os enfermeiros se mostram inseridos em uma multiplicidade de ações que requerem não apenas o conhecimento científico sobre o que realiza, mas também que possam aplicá-lo com habilidade, traduzida em eficácia quanto ao resultado, como se mostra ao integrar uma equipe de saúde.

O cuidar humano relacional parece estar presente na mesma proporção, pois os enfermeiros se empenham em responder aquilo que se apresenta como necessidade pessoal a ser atendida no plano particular de cada paciente, pois “... *deixam aparecer um agir direcionado pelas possibilidades de cuidar com resolutividade e humanizado em meio à realização de cada cuidado de enfermagem*” (CURY, 2000).

Na dinâmica dos ambulatórios oncológicos, a atuação de enfermeiros mostra-se na realização de ações que envolvem alta complexidade, como administração de antineoplásicos, curativos ou orientações pré-cirúrgicas, entre outras. Tais ações são direcionadas especificamente a cada indivíduo e os enfermeiros, ao estarem com diversas pessoas em diferentes fases do tratamento, procuram estabelecer uma relação compatível com o que é necessário para tratar a doença, sem deixar de lado o cuidado humano que a pessoa merece.

Nesse cuidar, a enfermagem assume o compromisso com seus clientes de assisti-los em suas necessidades básicas e torná-los independentes durante o percurso

do tratamento, que objetiva o controle eficaz da doença. Esse compromisso se traduz não só no modo como os procedimentos técnicos são realizados, mas no apoio à família, na implantação de consultas de enfermagem e com mudanças no fluxo de atendimento (agendamentos concentrados em uma mesma data, grupos diários em horários fixos, troca de turnos de atividade para aproveitar as lacunas no fluxo, etc), desdobrando-se em alterações de condutas ou na introdução de novas estratégias assistenciais que oportunizem um espaço para que o cuidado de enfermagem aconteça e, assim, possa atender às necessidades do paciente no cotidiano assistencial de ambulatórios oncológicos.

Importa aqui compreender como a enfermagem oncológica³ desenvolve o seu fazer no cenário dos ambulatórios, qual o percurso que os enfermeiros oncologistas⁴ estão construindo? O sentido do fazer desse enfermeiro oncologista é o mesmo anunciado na consulta de enfermagem anteriormente estudada na dissertação de mestrado? O modo de agir profissional como hoje se vê nos ambulatórios oncológicos depende do processo patológico que acomete os doentes, das características pessoais de cada um dos enfermeiros na sua relação com os doentes e com o trabalho assistencial, ou é resultado da incorporação de valores que transcendem as objetivações naturais afetas a procedimentos em prol do cuidado? (ALCÂNTARA, 2002)

Para responder a tais questionamentos, torna-se necessário deixar a compreensão *mostrar-se*, visto que esta não foi explicitada nas pesquisas de enfermagem. Buscou-se, portanto, olhar a dinâmica ambulatorial desenvolvida pelos

³ Assistência de enfermagem ao paciente com câncer nas várias etapas que compõem um tratamento oncológico.

⁴ Enfermeiro que atua em serviços especializados em oncologia há mais de dois anos ou que tenha título de especialista outorgado pela Sociedade Brasileira de Enfermagem Oncológica (SBEO).

enfermeiros oncologistas na prática dos ambulatórios oncológicos, e compreender aquilo que se mostra no cotidiano desse espaço assistencial ou, como diz Popim (2005)

(...) evidenciar a natureza desse cuidado, revelando sentimentos ou motivos os quais escapam à observação objetiva, mas que estão acompanhando, interferindo em nosso modo de agir, de pensar, enfim, de existir.

(POPIM, 2005)

A possibilidade de analisar o cuidado realizado pelos enfermeiros nos espaços de ambulatórios oncológicos permite conhecer o enfermeiro exercendo o que lhe é mais próprio (cuidar) e, então, ser compreendido em sua essência, no *espaço* onde a singularidade do indivíduo *se* mostra a partir de um cotidiano de ocupações, pois “quanto mais o homem moderno vivencia suas ações cotidianas, mais caminha em direção a uma abertura para sua essência” (CAMARGO, 2003; COFEN/BRASIL, 1987; HEIDEGGER, 2004).

Ampliando as considerações sobre o tecnicismo que se mantém presente na assistência oncológica para os diferentes tratamentos clínicos como: quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia, iodoterapia ou as cirurgias oncológicas, observa-se que outras tecnologias leves ganham espaço nessa assistência, como os grupos de acolhimento para os que precisam de internação cirúrgica e de acompanhamento pós-cirúrgico, bem como grupos de orientação para o autocuidado, que auxiliam os pacientes a entender ou aceitar aquilo que lhe é proposto como opção terapêutica, por exemplo (MATTOS, 2001).

Apesar de estarem presos às questões relacionadas ao tempo cronológico para a indicação dos procedimentos e obterem a melhor resposta terapêutica, os profissionais de enfermagem atuam *lançando mão* de competência técnica, de

conhecimentos científicos específicos da clínica oncológica e de empatia para compreender o ser humano naquilo que vivencia com o paciente ou o familiar em um ambulatório oncológico (CAMARGO, 2003).

O enfermeiro responde a necessidades emergentes da doença e seu tratamento, agindo como um elo entre o paciente e a instituição, pois cuidar da saúde das pessoas não significa *lidar* apenas com suas enfermidades, mas vê-las como *seres* abertos ao mundo. Assim o profissional e o cliente se relacionam e deixam aparecer o seu modo de ser, construindo ou des-construindo relações (PORTER, 1995; LINDOLFO, 1996).

No entanto, ainda não está claro como os enfermeiros compreendem as práticas de cuidar que desenvolvem no espaço ambulatorial, pois estão naturalmente envolvidos pelas rotinas da dinâmica assistencial oncológica, atuando com procedimentos técnicos, com princípios da ciência e da humanização, mas parecem não refletir sobre o que desenvolvem, e não se dão conta de estarem construindo o modo próprio de ser enfermeiro oncologista. À aproximação do pensamento de Martin Heidegger que apresenta sua filosofia sobre o modo de ser do homem e seu estar no mundo, observa-se que este ser se mostra no modo da disposição, ocupando-se, e que:

(...) A disposição é tão pouco trabalhada pela reflexão que faz com que a pre-sença se precipite para o "mundo" das ocupações numa dedicação e abandono irrefletidos...

(HEIDEGGER, 2000. p.191)

Ao pesquisar na literatura sobre a questão do cuidado de enfermagem em oncologia, Camargo (2000) e Camargo e Souza (2003) identificam o descompasso existente entre o tecnicismo da assistência prestada e o cuidado que os enfermeiros realizam para cada paciente, pois ao mesmo tempo em que reproduzem um discurso que valoriza o padrão dos procedimentos oncológicos, eles têm preocupação e

cuidados específicos para cada um, respeitando-lhes o tempo e a compreensão de suas situações, para cumprir as etapas do tratamento. Esse comportamento foi observado e descrito antecipadamente por Zanchetta ao estudar a assistência em enfermagem na oncologia, quando diz:

(...) o desejo de ações mais efetivas, a ânsia de experimentar novas formas de agir, a tendência positiva de criticar, provocar e participar ativamente nos processos de mudanças.

(ZANCHETTA, 1993. p.131)

ALCÂNTARA e MALVEIRA (2004), ao falarem da prática de enfermeiras na consulta à mulher com câncer de mama, concluíram que elas mostram dinamismo ao realizá-la e um compromisso que não se restringe aos consultórios, porque entendem que a clientela em tratamento tem vida pessoal, familiar, social e, portanto, devem atuar valorizando todos esses aspectos. As autoras mostraram uma prática que destoa da idéia restritiva de ações que se dão a partir de uma assistência oncológica hermética e rígida em termos de procedimentos para o controle e tratamento. Por trás dessa assistência tecnicista, está presente o cuidado de modo singularizado e ampliado a cada paciente em função das situações que vivenciam nas várias fases de seus tratamentos.

Assim, para investigar o cuidado cotidiano de enfermeiros, optou-se neste trabalho pela abordagem fenomenológica, cuja proposta é compreender aquilo que acontece a partir do dia-a-dia familiar e que, mesmo conhecido pelos sujeitos envolvidos, nem sempre é de fácil compreensão.

Martin Heidegger (2000, p.313) afirma que *“quando a ocupação respeita e considera a originalidade do que se toma, trata-se de uma relação de preocupação”*. Se se transportar esse pensamento para o espaço ambulatorial oncológico, na prática de

assistencial, isto é, o cuidar, busca-se na relação paciente-enfermeiro o diálogo e a troca de experiências que fortificam o indivíduo que vivencia uma doença grave. Mesmo que, na maioria das vezes, não se dêem conta da dimensão de suas ações de cuidar, no instante em que se estabelece o cuidado, os enfermeiros se apresentam como *ser-com* esta pessoa, que também é um *ser* humano como ele. Em suas ações e intervenções, já promovem uma abertura ao outro que favorece o cuidado. A compreensão acontece no âmbito do cuidar e do trabalhar, onde...

(...) o simples praticamente não nos impressiona mais em sua capacidade porque o modo de pensar científico habitual destruiu a capacidade de se maravilhar com o óbvio

(HEIDEGGER, 2001. p.129)

A proposta deste estudo é desvelar o modo como se desenvolve o cuidado realizado por enfermeiros oncologistas a partir da atividade diária no cotidiano de ambulatórios oncológicos. Nesse espaço assistencial - profissional, a situação a ser desvelada é o sentido da prática de enfermeiros oncologistas e de como aliam conhecimento técnico-científico à humanização do tratamento. Para atuarem profissionalmente, não abrem mão de uma especificidade técnica baseada no desenvolvimento da ciência, acrescentando à sua expertise, atenção com a singularidade de cada paciente, levando em conta os princípios de ajuda e de alívio do sofrimento nas várias fases e estadiamentos da doença neoplásica.

Buscou-se compreender o sentido do cuidado assistencial de enfermeiros oncologistas que alia conhecimentos teóricos do campo da biomedicina e das ciências humanas a um fazer humanizado, lidando cotidianamente com pessoas em diferentes etapas de tratamento, agindo ora de modo impessoal, cumprindo regras rotineiras do

serviço ditadas por manuais técnicos, ora agindo de forma singular, respondendo a cada paciente naquilo que expressam como necessidade.

A questão do sentido do *ser-enfermeiro* oncologista ainda precisa ser respondida, pois o profissional na dinâmica assistencial mostra um modo de agir, no espaço comum do serviço, habitualmente entendido por todos como o mundo do trabalho, das ocupações. No sentido fenomenológico, o mundo para Heidegger é o espaço onde tudo se dá e acontece:

(...) o mundo da pre-sença libera o ente que vem ao encontro numa totalidade conjuntural, familiar ao impessoal e nos limites estabelecidos pela medianidade.

(HEIDEGGER, 2000. p.182)

Esses enfermeiros mostram que há um sentido diferente que deixa aparecer uma solicitude em atender ao outro na sua individualidade, mesmo que atendam a pessoas com um mesmo problema, como o câncer. Que sentido têm suas atividades, que muitas vezes não são compreendidas nos ambulatórios oncológicos, por ser um espaço que congrega um fazer que parece comum e conhecido de todos os que atuam com as questões de saúde e de doença?

Portanto os objetivos deste estudo são:

- § Descrever o cotidiano do cuidar em ambulatórios oncológicos;
- § Compreender o comportamento profissional de enfermeiros que cuidam dos clientes/pessoas nos espaços assistenciais de ambulatórios oncológicos;
- § Desvelar o sentido desse comportamento profissional no campo da oncologia ambulatorial.

CAPÍTULO II

SOLO DE TRADIÇÃO

Do Câncer para a Oncologia

Um dos grandes problemas de saúde pública em nosso país é o câncer, por ser uma doença crônica e que não representa uma única moléstia, mas sim um processo comum a um grupo heterogêneo de enfermidades que diferem etiologicamente em frequência e manifestações clínicas. É uma doença crônica multifatorial, resultante da interação de fatores etiológicos que afetam os processos de controle da proliferação e crescimento celular (LOURO, 2000; KLIGERMAN, 2002; LIMA, 2005).

O câncer, enquanto problema de saúde pública, pode ser caracterizado pelo aumento gradativo da incidência e mortalidade específicas proporcionalmente ao crescimento demográfico e ao desenvolvimento socioeconômico, bem como pelo desafio que isso representa para o sistema de saúde brasileiro no sentido de se garantir o acesso pleno e equilibrado da população ao diagnóstico e tratamento dessa doença (KLIGERMAN, 2002).

Esse processo fisiopatológico se inicia quando uma determinada população de células sofre transformações no material genético contido no núcleo (ácido-desoxirribonucléico – DNA), dando origem a descendentes insensíveis aos mecanismos reguladores do crescimento e divisão celular normal. Atualmente, identifica-se uma variedade de formas de câncer e já se reconhece a impossibilidade de agrupá-las sob uma única doença. Então, compreende-se que as pessoas expostas a diferentes fatores de risco podem responder de maneiras distintas aos inúmeros tratamentos disponíveis quando acometidas por uma neoplasia maligna (SECOLI, 2005).

A assistência oncológica está vinculada à situação de doença apresentada por cada indivíduo atendido, pois conforme o estadiamento clínico⁵ do câncer é possível construir o diagnóstico diferencial dessa doença e definir as condutas que deverão ser propostas para o tratamento eficaz do paciente oncológico. Assim, essa assistência especializada conta com uma gama diversificada de possibilidades de tratamento, pois as terapêuticas disponíveis nos serviços contam com condutas clínicas e cirúrgicas, que podem ser associadas concomitantemente ou seqüencialmente, segundo as necessidades identificadas em cada paciente. São elas: a quimioterapia, a radioterapia, a hormonioterapia e as cirurgias, implementadas por protocolos e que consideram as características identificadas na avaliação do paciente e suas condições clínicas frente ao estágio da doença diagnosticada (CAPONERO, 2003).

A importância crescente desse grupo de doenças tem sido acompanhada de aumento proporcional ao esforço de investigação e de investimentos para a pesquisa na área da oncologia, incluindo numerosos projetos que tratam de aspectos da ciência básica, desenvolvimento genético e de biologia molecular, e não apenas testes de medicamentos. Apoiada na pesquisa científica, a oncologia demarca sua trajetória e desenvolve um corpo de conhecimentos, firmando-se como uma especialidade no campo da saúde (ZAGO, 2004; SILVEIRA, 2005).

Apesar dos avanços terapêuticos alcançados, ao incremento de ações assistenciais no campo do diagnóstico / tratamento e a possibilidade de cura em cerca de 50% dos cânceres diagnosticados mundialmente, as altas taxas de incidência e

⁵ Estadiamento clínico de tumores (TNM) é o conjunto de sinais observados no organismo do paciente portador de câncer, os quais delimitam o tamanho do tumor (T), a progressão sistêmica locorregional ou linfonodal (N) e a presença de metástases à distância do tumor primário diagnosticado (M). Norteia ações de saúde e uniformiza as condutas terapêuticas no tratamento para o câncer.

mortalidade por câncer continuam preocupantes (MATTOS, 2001). Durante as três últimas décadas, foi possível conhecer a biologia e a patologia do câncer, fato que estimulou o desenvolvimento de drogas que atuassem de modo específico e com menos efeitos colaterais, e agentes menos agressivos ao paciente em tratamento oncológico (INCA, 2003).

A detecção precoce é o principal objetivo das ações de saúde preconizadas nessa área. A identificação de lesões precursoras ou do câncer em estágios iniciais mostra-se uma estratégia favorável para o êxito do tratamento oncológico. A suscetibilidade individual é reconhecida como importante fator que influencia o processo de doença associada às situações de riscos como a exposição ambiental, ocupacional, terapêutica e/ou endógenas aliadas ou não ao estilo de vida de cada indivíduo (ROSSIT, 2000).

Os estudos epidemiológicos indicam que fatores ambientais podem estar associados ao desenvolvimento de até 70% a 90% dos casos de câncer, e as mudanças na frequência da detecção do câncer confirmam o meio ambiente e o estilo de vida como fatores modificadores do comportamento da neoplasia maligna continuamente, seja entre grupos étnicos migrantes seja nos indivíduos que exercem atividades ocupacionais específicas, bem como a potencialização do risco para os fumantes (INCA, 2000; THULER, 2004).

As estimativas epidemiológicas para o Brasil em 2008 mostram que o câncer de pele não-melanoma é o mais incidente na população, e o câncer de mama como a mais comum neoplasia em mulheres que vivem em regiões urbanas e de classe social mais elevada, ressaltando-se ainda sua colocação como a primeira causa de morte por câncer no sexo feminino. Entre os homens, o câncer de pulmão e o de próstata são os

mais freqüentes, no entanto a mortalidade por câncer de próstata é relativamente baixa e a detecção precoce tem aumentado nas regiões onde é comum o rastreamento da população pelo teste Antígeno Prostático Específico (PSA) (INCA, 2007).

Em relação à progressão das neoplasias, as estimativas mostram que 52% dos casos novos e 46% dos óbitos esperados serão em mulheres, ratificando o câncer de mama como o primeiro entre os cânceres que acometem as mulheres. O câncer de pulmão continua o mais incidente no Brasil, com 12,3% de casos novos e também como causa de morte por câncer mais freqüente em homens e a segunda nas mulheres, apesar das ações direcionadas à sua prevenção e ao controle do tabagismo, importante fator de risco para todos os tipos de câncer. Fazem-se necessários investimentos tecnológicos voltados tanto à educação e saúde quanto na área assistencial, com vistas ao controle dessa doença (INCA, 2003; 2005; 2006; 2007).

Como diretriz de política de assistência nacional de controle do câncer de mama, o Consenso de Mama propõe estratégias que organizem e/ou melhorem a qualidade da assistência oncológica prestada nas várias regiões do país, com ações acessíveis e abrangentes no manejo terapêutico da neoplasia, e subsídios para a discussão de práticas usuais (INCA, 2004).

O desafio presente para os gestores de serviços especializados vinculados ao SUS, quando se trata da assistência oncológica, é como viabilizar recursos, garantir o acesso de indivíduos ao atendimento e promover a atualização de profissionais quanto aos avanços científicos e tecnológicos de modo a incorporá-los rapidamente às unidades assistenciais, considerando que a realidade vivenciada pela população brasileira é de pacientes que, ao buscar o tratamento, apresentam-se em condições clínicas mais graves e estadiamentos compatíveis com doença avançada, condições

desfavoráveis à remissão total de doença ou cura do câncer diagnosticado (KLIGERMAN, 2002; INCA, 2005).

A Rede de Atenção Oncológica⁶ vem então como uma estratégia para implantar ações assistenciais que contemplem áreas de baixa cobertura, suprir os déficits quanto a recursos técnico-científicos, melhorar o acesso da população aos serviços especializados e reorganizar a assistência oncológica no Brasil. Uma proposta que visa a articular saberes, serviços e profissionais na formação de uma rede nacional integrada que contribuirá para ampliar o acesso aos serviços de saúde, sejam eles locais ou regionais, públicos ou privados, na busca de um cuidado singularizado, com resolutividade e humanização, articuladas às práticas desenvolvidas na assistência oncológica oferecida à população (INCA, 2005; PINHEIRO, 2003).

O espaço ambulatorial oncológico

A assistência ambulatorial em oncologia no contexto da saúde configura-se como um conjunto de saberes e práticas de cuidado à clientela, pois o espaço do ambulatório favorece o encontro do profissional com o usuário do serviço, e valoriza a pessoa como sujeito ativo em um processo de doença, que coloca para os serviços demandas específicas (ALCÂNTARA, 2002; CARVALHO e VALE, 2002; PINHEIRO, 2003; OLIVEIRA, 2005).

No capítulo referente à saúde, na Constituição Federal Brasileira artigo 196, lê-se:

⁶ Organização de serviços com o objetivo de ampliar ações de prevenção e diagnóstico precoce de câncer com vistas a responder às demandas oncológicas da população brasileira, a partir das disposições contidas na Política Nacional de Atenção Oncológica lançada em 2005 pelo Ministério da Saúde/Brasil.

(...) a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, produção e recuperação (...)
(BRASIL, 2008. p.108)

Os ambulatorios se caracterizam como espaços de múltiplas atividades de complexidade variada, traduzindo um grande incentivo à modificação do padrão hospitalocêntrico da assistência a partir da melhoria qualitativa do atendimento ambulatorial, com alternativas administrativas gerenciais que favoreçam a redução de internações e uma maior resolutividade dos serviços disponíveis. Desenvolvem ações básicas como acolhimento, triagem e consultas, bem como as especializadas como exames diagnósticos (core-biopsia e marcações pré-cirúrgicas), quimioterapias e radioterapias (SAS/MS, 2001; MURPHY, 2003; VENÂNCIO, 2003).

Em oncologia, observam-se nuances diversas no âmbito da assistência ambulatorial; conforme cada etapa ou estadiamento da doença apresentada pela clientela, modificam-se fluxos e/ou implantam-se novas ações assistenciais, requerendo dos membros da equipe multidisciplinar adaptações de condutas que tragam resolutividade a esse espaço assistencial (VENÂNCIO, 2003; IRELAND, 2004; INCA, 2005).

Os serviços ambulatoriais especializados em oncologia requerem recursos humanos qualificados para atuar nessa área, pois se multiplicam as oportunidades profissionais com vistas ao trabalho multidisciplinar na assistência aos pacientes com câncer. Desse modo, os profissionais vêm construindo um corpo de conhecimento próprio, que se desdobra na prática diária dos serviços oncológicos. Criam-se áreas de especialização profissional, cursos de treinamento em serviço (residências e estágios

de treinamento profissional) e dissemina-se uma prática fundamentada cientificamente e resolutive, frente às demandas da clientela, agregando avanços técnicos gerados pela pesquisa na área da cancerologia, favorecendo o acesso da população a novas tecnologias terapêuticas (MASSOROLLO, 2000; IRELAND, 2004; INCA, 2005; CAMARGO, 2007).

O ambulatório oncológico mostra diferenças quando comparado aos ambulatórios da rede de Atenção Básica. É um serviço especializado que exerce o papel de porta de entrada, desenvolvendo tanto atividades e procedimentos de baixa complexidade como também condutas que envolvem procedimentos de média e alta complexidade. Em sua dinâmica assistencial específica, desenvolvem-se procedimentos e condutas que vão se multiplicando conforme as necessidades do paciente em tratamento para o câncer (OLIVEIRA, 2005; HESSIG, 2004).

Desse modo, os ambulatórios especializados são espaços assistenciais que oferecem serviços definidos a partir de um perfil epidemiológico, inserindo-se no sistema de saúde conforme as características demográficas (agrupamentos populacionais superiores a 30 mil habitantes) apresentadas na região enfocada. Também prestam apoio terapêutico e diagnóstico em uma relação direta com as outras unidades de saúde da área, e por apresentarem especificidade tecnológica e de recursos humanos, visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos referenciados da população (SAS/MS, 2001; LAMKIN, 2002; OLIVEIRA, 2006).

Esses serviços especializados compõem um bloco com características especiais, de maior densidade tecnológica e/ou custo, que devem ser ofertados em municípios-pólos de regiões, bem como dispor de tratamento diferenciado no processo de programação da assistência em alta complexidade. São serviços que pretendem

contribuir com o equacionamento da crescente demanda da assistência especializada no tratamento para o câncer, com vistas ao alcance de melhores resultados e que possam contar com indicadores de avaliação para o aprimoramento das práticas assistenciais (SAS/MS, 2001; RICHARDSON, 2002; IRELAND, 2004).

O ambulatório oncológico é um serviço de pacientes externos onde se realizam exames diagnósticos como a core-biopsia, curativo pós-operatório mediato (no sétimo dia pós-cirurgia), quimioterapias, radioterapias entre outros procedimentos, que são oferecidos ao paciente de maneira rotineira, ou seja, uma realidade que envolve práticas de alta complexidade e requer resolutividade, pois o paciente permanecerá em seguimento ambulatorial na maioria das etapas previstas em um tratamento oncológico (INCA, 2003; IRELAND, 2004).

Observam-se modificações marcantes na dinâmica desses serviços que, de acordo com as tecnologias implementadas, agregam atividades antes realizadas nas unidades de internação às suas práticas ambulatoriais rotineiras, compatibilizando a assistência com a visão gerencial que busca minimizar riscos de infecção, otimização de recursos operacionais e diminuir os afastamentos da pessoa doente de seu cotidiano pessoal (SAS/MS, 2001; INCA, 2003).

Essa tendência de unidade ambulatorial com serviços complexos na área da oncologia não está restrita ao Brasil. Trata-se de uma estratégia mundial para suprir as demandas trazidas pela população no que se refere às necessidades de saúde. Alguns pontos têm sido valorizados no desenvolvimento de tratamentos ambulatoriais de doenças crônicas, como por exemplo, a redução do afastamento do doente de seu cotidiano familiar, a possibilidade de diminuição do risco frente aos processos infecciosos decorrentes da hospitalização, a otimização de custos institucionais e a

participação do paciente durante as terapêuticas propostas. Tais situações podem ser apontadas como benefícios desse tipo de assistência (JEZEWSKI, 2003; SANTINI, 2006).

É necessário, no entanto, que essas atividades sejam desenvolvidas segundo as especificidades de cada neoplasia diagnosticada e articuladas com as práticas interdisciplinares necessárias ao paciente em tratamento oncológico. A dinâmica assistencial requer competência técnica, humana e organizacional para aproximar valores profissionais e institucionais às necessidades apresentadas pelo paciente na situação de doença (FERREL, 2003; BRANDT, 2004).

A Humanização em ambulatórios oncológicos

A Humanização se mostra no espaço assistencial como um movimento que favorece a adoção de práticas individualizadas com novas formas de agir e produzir o cuidado, a assistência e a relação com o cliente em saúde. Uma tendência de âmbito mundial, que influencia políticas de saúde e padrões de qualidade na assistência prestada à população; propõe a garantia de acessibilidade da população aos serviços de saúde conforme uma rede organizada, a partir de uma regionalização e hierarquização da assistência e proporciona oportunidade para agregar a integralidade às ações de cuidado (CAPRARA e FRANCO, 1999; DESLANDES, 2004; PONTES, 2006).

Para cuidar dessa dimensão fundamental do atendimento à saúde, foi criada a Política Nacional de Humanização (Humaniza-SUS) e um conjunto de estratégias para alcançar a qualidade da atenção e da gestão em saúde no SUS. Como um objetivo a ser alcançado, emerge a necessidade de resgatar as relações entre profissionais e

usuários, dos profissionais entre si, da instituição com os profissionais e dos serviços assistenciais com a comunidade (INCA, 2004; OLIVEIRA, 2005).

O Humaniza-SUS é iniciado com a finalidade de garantir que a oferta de atendimento com qualidade aconteça articulada aos avanços tecnológicos da assistência, bem como ações que favoreçam o cuidado individualizado, isto é, humanizado. São ações relacionadas ao acolhimento da clientela atendida, na promoção de ambientes favoráveis ao cuidado e também às condições de trabalho dos profissionais, qualificando esses serviços naquilo que oferecem ao atender à clientela integralmente nas necessidades sentidas enquanto uma pessoa doente (INCA, 2004).

Com essa política de qualificação dos serviços orientada pelo Ministério da Saúde (Humaniza-SUS) e divulgada em toda rede assistencial no SUS, observa-se que:

(...) a Humanização, como uma política transversal, supõe necessariamente que sejam ultrapassadas as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção de saúde (...)

(INCA, 2004)

Humanizar dá espaço no cotidiano assistencial àquilo que é característico do ser humano: a necessidade de se comunicar com o outro e de compreender a situação vivida; as situações usuais que interferem na resolutividade da conduta proposta e que parecem requerer dos profissionais práticas mais adequadas às necessidades de cada cliente, mostram-se como marca positiva da assistência resolutiva.

Na prática, essa proposta é um processo amplo, demorado e complexo; estimula a implementação de medidas que favorecem as relações humanas durante a realização de um cuidado e ratificam a importância de serem mantidos valores humanitários como a responsabilidade e a consideração, incorporados às atitudes profissionais e, assim,

viabilizar ambientes terapêuticos satisfatórios à clientela no processo de diagnóstico, tratamento e reabilitação (OLIVEIRA, 2005; OLIVEIRA, 2006).

Tal abordagem implica garantir a utilização de tecnologias de saúde disponíveis para melhorar e prolongar a vida e a sua viabilidade diante da situação vivida por cada indivíduo atendido nos serviços ambulatoriais oncológicos; requer um aparato tecnológico aliado a novos fazeres sustentados pelo cuidar singular que permite ver o cliente como ser humano de modo a provocar um efeito positivo sobre a situação que apresenta (DESLANDES, 2004; ALCÂNTARA e PAZ, 2007).

Em uma dinâmica assistencial especializada no tratamento para o câncer e a partir de uma estratégia como o Humaniza-SUS, o cuidado prestado envolve mudanças de comportamento através de ações mais próximas às necessidades de cada indivíduo que é atendido. Uma situação nova a cada atendimento pode despertar nos profissionais uma sensação de insegurança e resistência diante das estratégias propostas pelo programa de humanização. No entanto, além da relação do paciente com o profissional, fatores relacionados aos pacientes (idade, contexto familiar, hábitos de vida, etc), à doença e sua cronicidade, aos tratamentos (efeitos indesejáveis, esquemas complexos, etc), ou até aqueles relacionados à instituição (acesso ao serviço, fluxo de atendimento, etc) influenciam a adesão ou não das equipes multidisciplinares às estratégias de humanização na prática dos serviços ambulatoriais em oncologia. E, apesar dessas dificuldades, a humanização do cuidado prestado se faz necessário quando se lida com pessoas com câncer e a uma gama de necessidades comuns aos pacientes e seus familiares ao vivenciarem um diagnóstico positivo de neoplasia maligna (OLIVEIRA, 2006; INCA, 2004).

A dinâmica assistencial do INCA nos ambulatórios oncológicos

O Instituto Nacional de Câncer (INCA), como instituição pública, cumpre diversos papéis: prestador de serviços na saúde coletiva, no nível terciário e quaternário de assistência oncológica; agente formador de recursos humanos, promovendo a realização de cursos de treinamento profissional, residência e especializações; no desenvolvimento de pesquisas científicas tanto como pesquisador principal quanto membro de programas nacionais e/ou internacionais no âmbito da oncologia; e também como órgão normativo ministerial, participando na elaboração de normas e rotinas na área da oncologia, bem como ao prestar assessoria a outros serviços na implantação da rede oncológica de assistência (INCA, 2005).

O INCA tem sua rede assistencial formada por cinco unidades hospitalares, no município do Rio de Janeiro, que funcionam em regime ambulatorial e de internação, com serviços diversificados para tratamento das várias neoplasias. Uma instituição que dissemina dessa maneira os valores científicos, as normas técnicas e administrativas para organização e funcionamento de serviços assistenciais especializadas em âmbito nacional (INCA, 2005).

Enquanto agente regulador e normatizador da assistência em oncologia no país, o INCA estabelece parâmetros diagnóstico-terapêuticos, desenvolve mecanismos de controle de procedimentos oncológicos, coordena programas de formação profissional centrados no controle de câncer e ainda participa com assessoria técnica na reorganização da assistência em oncologia no Brasil (INCA, 2003).

Um exemplo de seu desempenho enquanto instituição do Ministério da Saúde foi a participação no lançamento, em dezembro de 2005, da Política Nacional de Atenção Oncológica, que passou a tratar o câncer como um problema de saúde pública. Assim,

o trabalho é interligado em Redes Regionais de Atenção Oncológica, formando uma Rede Nacional, que tem como objetivo envolver diferentes parceiros governamentais e não-governamentais em uma mobilização social para o controle do câncer (INCA, 2005).

Outra ação de integração disponibilizada pelo INCA é o treinamento de profissionais de saúde para a melhoria da habilidade no manejo de casos, inseridos no programa Expande/INCA. Esse programa visa à disseminação de serviços especializados na assistência oncológica no país, bem como a oferta de cursos de residência, aperfeiçoamento e especialização em cancerologia a profissionais de saúde atuante nessa área assistencial (INCA, 2003).

Nesse contexto, a proposta do Humaniza-SUS chega ao INCA para estimular que a oferta de atendimento de qualidade seja articulada a avanços tecnológicos e ações de acolhimento, à melhoria dos ambientes de cuidado e quanto às condições de trabalho dos profissionais nos vários serviços que dispõe. Na prática, essa proposta veio reforçar as medidas já implementadas no Programa de Qualidade Total em 1997, ratificando a incorporação de atitudes necessárias à valorização dos pacientes e dos ambientes terapêuticos que recebem os indivíduos e os profissionais no processo de diagnóstico, tratamento e reabilitação no campo da assistência oncológica (BRASIL, 1997).

Nesses serviços assistenciais mostra-se um forte movimento no sentido da adoção de práticas humanizadas nos seus vários setores, porém é no ambulatório que se podem observar, mais facilmente, as modificações na realização do cuidado em saúde, pois o relacionamento direto de clientes e profissionais promove o diálogo e as trocas necessárias para que uma prática humanizada aconteça.

Nos ambulatórios, diversos profissionais especializados compõem a equipe multidisciplinar: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, cirurgiões plásticos entre outros, o que a torna mais resolutiva ao atendimento frente a desdobramentos possíveis de uma doença crônica como o câncer (LEMON, 2005).

Na dinâmica assistencial, a clientela é atendida a partir de encaminhamentos médicos. Trata-se de uma demanda referenciada que chega necessitando de atendimento, que é realizado após ser avaliado cada caso. A partir daí, o cliente pode ser re-encaminhado ao serviço de origem ou matriculado para tratamento na instituição.

Vale ressaltar que as unidades hospitalares do INCA formam hoje uma rede de serviços especializados, articulando ações e suprimindo lacunas entre elas, desencadeando uma dinâmica bastante resolutiva dentro da proposta de integralidade preconizada pelo sistema SUS. Porém essas unidades não são iguais, assemelham-se ao assumirem a missão assistencial na área da oncologia, mas conservam características peculiares em cada serviço, pois percorreram caminhos distintos até constituírem hoje o INCA.

A construção de cada serviço se deu a partir de realidades diferentes, e cada um deles se desenvolveu de forma independente até 1991 quando, por decisão ministerial, foram agrupados como uma única instituição. Com exceção do Hospital do Câncer III, que iniciou suas atividades como um Centro de Pesquisa, com cunho preventivo vinculado a práticas de saúde pública, as outras unidades hospitalares começaram na assistência médico-hospitalar, centradas no controle do câncer e com administrações específicas quanto ao modelo de gestão adotado (INCA, 2003).

Em 1998, seguindo a estratégia operacional de agrupar os tipos de neoplasias e otimizar os recursos tecnológicos, humanos e organizacionais disponíveis ao atendimento da clientela, buscou-se a adequação de recursos específicos e inter-relacionados aos tratamentos realizados (sejam materiais ou profissionais e sua especialidade) articulados aos avanços científicos diante da demanda que se apresenta nesse campo da oncologia (INCA, 1999).

Nas cinco unidades hospitalares, encontram-se serviços ambulatoriais segundo as características clínicas do atendimento que oferecem, em uma apresentação fragmentada de acordo com a localização da doença maligna diagnosticada. Assim, organizados conforme a neoplasia a ser tratada, parecem ter sua atuação restrita ao acesso do usuário à assistência especializada, recebendo apenas a identificação de “ambulatório do hospital” e não um serviço sistemático que desenvolve atividades conforme as necessidades requeridas por pessoas em tratamento oncológico. Dessa maneira, o INCA se apresenta como rede assistencial na qual cada unidade tem o ambulatório organizado e direcionado para o tipo de neoplasia atendida: Hospital do Câncer I (HC I), Hospital do Câncer II (HC II), Hospital do Câncer III (HC III), Hospital do Câncer IV (HC IV) e Centro de Transplante de Medula Óssea (CEMO) (INCA, 2005).

O Hospital do Câncer I (HC I) é a unidade que oferece maior variedade de clínicas oncológicas e também maior número total de atendimentos. O serviço ambulatorial do HC I se apresenta diversificado com atividades que contemplam os tipos de neoplasia atendida nessa unidade; há uma organização administrativa hierárquica que compreende: a chefia de enfermagem ambulatorial na coordenação dos ambulatórios e no pronto atendimento (ou emergência), e a gerência setorial que se subdivide em uma chefia cirúrgica e outra clínica/diagnóstica. Em cada clínica, há uma

enfermeira-líder na coordenação administrativa que também atua nas atividades rotineiras de atendimento aos pacientes oncológicos e seus familiares.

Agendamento de consultas, equipes de saúde e espaços físicos são divididos e atuam independentes entre si. Os ambulatórios funcionam, algumas vezes, em locais distintos, como o caso da clínica de cabeça e pescoço e a triagem para essas clínicas, bem como os curativos, que funcionam em uma estrutura externa ao prédio do HC I.

O Hospital do Câncer II (HC II) iniciou suas atividades em 1976, como um órgão vinculado ao Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social (INAMPS) e atualmente é um serviço ambulatorial que atende a pacientes em tratamento de câncer ginecológico e abdominal. Dispõe de uma chefia única de enfermagem no ambulatório que coordena os setores de ginecologia, clínica cirúrgica e pronto atendimento (emergência). A enfermeira que atende ao setor de oncologia clínica utiliza os consultórios do ambulatório sempre que há demanda de paciente para atendimento de primeira vez.

No HCII, várias equipes de saúde compartilham um espaço reduzido frente à demanda de serviços que a clientela solicita. A enfermagem está presente desde o acolhimento ao paciente que chega para o tratamento, em consultas de primeira vez (anterior ao tratamento), após definição da proposta terapêutica, no pós-cirúrgico e em grupos operativos de orientação à clientela com indicação de tratamento radioterápico, que se dá fora da unidade hospitalar, seja em unidades do INCA ou na rede SUS. A assistência de enfermagem se realiza em um espaço físico específico, fato que facilita a atuação dos enfermeiros oncologistas nos vários momentos do tratamento oncológico da clientela.

O Hospital do Câncer III (HC III) iniciou suas atividades como unidade de atenção primária da Fundação das Pioneiras Sociais (FPS), uma instituição assistencialista, presidida pela então primeira dama - a Sr^a Sarah Kubistschek - e até 1957 concentrava suas ações prioritariamente no campo da educação fundamental e da assistência social. Inaugurada em 1957, foi a primeira unidade de saúde voltada para atividades preventivas referentes ao câncer ginecológico e odontológico em nível ambulatorial da instituição (FPS. s/d).

O serviço ambulatorial passou por várias modificações e, inicialmente, desenvolveu ações voltadas à assistência ginecológica, desde exames preventivos a condutas terapêuticas, tanto no tratamento de doenças ginecológicas benignas quanto malignas. Em 1990, já com o nome de Hospital Luiza Gomes de Lemos, foi incorporado ao INCA e mudou seu perfil assistencial, passando a atender à clientela oncológica, porém ainda com as características de um serviço voltado a uma demanda de maioria feminina. Em 1998, restringiu sua assistência ao tratamento para o câncer de mama (INCA, 2000).

Os enfermeiros ambulatoriais desenvolvem suas atividades organizadas administrativamente em gerência do ambulatório, de radioterapia e da Central de Quimioterapia, as quais estão em igual nível hierárquico no organograma da Divisão de Enfermagem. Esses profissionais realizam procedimentos técnicos específicos, realizam consultas e coordenam grupos operativos de orientação. Implementam, assim, as condutas de enfermagem conforme o tratamento prescrito, empenhados em promover uma assistência resolutiva à clientela atendida e, inseridos nessa dinâmica assistencial multidisciplinar dos ambulatórios oncológicos. Esses enfermeiros desenvolvem suas atividades nos diversos momentos do tratamento para o câncer de

mama, envolvidos nessa dinâmica de atendimento preconizado no serviço ambulatorial do HC III.

O Hospital do Câncer IV (HC IV) é a unidade hospitalar especializada em cuidados paliativos na rede INCA, e o único nesse tipo de assistência no setor público brasileiro. As atividades desenvolvidas garantem um espaço amplo à assistência de enfermagem, pois está centrada no controle de sintomas e promoção de qualidade de vida ao paciente oncológico fora de possibilidades de cura.

Os enfermeiros oncologistas no serviço ambulatorial se dividem entre consultas, realização de procedimentos técnicos como curativos, trocas de sondas e drenos, bem como na coordenação de grupos operativos a pacientes e acompanhantes com vistas a responder às necessidades de uma clientela. Lidam com os desdobramentos trazidos por uma sobrevida mais longa, uma realidade possível aos pacientes oncológicos.

No entanto, é nos ambulatórios de cuidados paliativos que se colocam de maneira mais forte perguntas como: que qualidade de vida é possível? Assim, a equipe de enfermeiros busca aproximar-se do doente que chega ao serviço e desenvolver uma nova cultura no cuidar, pois agregam práticas do cotidiano pessoal a procedimentos necessários à situação vivencial do paciente e às conseqüências do adoecimento pelo câncer no seu dia-a-dia.

A quinta unidade hospitalar do INCA é o Centro de Transplante de Medula Óssea (CEMO), uma unidade que assiste à clientela referenciada das outras unidades da rede INCA na busca de uma possibilidade terapêutica oferecida pelo transplante de medula óssea. Apesar de ser uma unidade assistencial independente do HC I, funciona no mesmo prédio.

O serviço ambulatorial foi ampliado há um ano, com inauguração de um espaço físico para as atividades complementares ao transplante de medula óssea, que anteriormente aconteciam de maneira restrita em uma sala externa ao setor de internação do CEMO. Os enfermeiros atuam no período pré-transplante, quando iniciam com a orientação aos pacientes e seus acompanhantes e, conforme cada caso, realizam a terapêutica medicamentosa prescrita; no período após a alta hospitalar, em que o paciente necessita retornar freqüentemente ao serviço para a administração de medicamentos e controle de sintomas que possam indicar qualquer efeito colateral ao tratamento realizado (doença enxerto-contra-hospedeiro), que é primordial para o sucesso do tratamento de pacientes transplantados. Esse é o momento do cuidado ambulatorial no CEMO, uma fase do tratamento em que é preciso estimular o paciente no retorno ao meio familiar, realizar a quimioterapia de suporte e também manter um controle rígido dos sinais e sintomas que indiquem qualquer complicação durante o restabelecimento de um paciente transplantado.

A assistência de enfermagem é organizada com uma gerência ambulatorial e com dois a três enfermeiros (um diarista e os demais plantonistas) para as atividades assistenciais, dando cobertura ao período de doze horas de funcionamento desse setor. Isto quer dizer que esse serviço funciona os sete dias da semana, devido à necessidade de atenção contínua ao paciente que se submeteu a um transplante de medula óssea.

Percebe-se, nos ambulatórios do INCA, que o cuidado humanizado traz para o serviço um conjunto de iniciativas que caracterizam a assistência e, ao mesmo tempo, abre espaço para o reconhecimento do paciente como ser humano, com subjetividade e

modos de compreender o que está acontecendo com ele durante uma trajetória terapêutica oncológica.

Como referência especializada, os ambulatórios do INCA apresentam diversos níveis de complexidade, conforme a especificidade requerida pelas clínicas, com características de organização e operacionalização que favoreçam a atenção integral em permanente interação com ações de promoção de saúde, proteção da vida, recuperação de danos agudos e reabilitação (COLLI, 1979; GIVEN, 2005).

(...) Essa divisão se justifica pelas especificidades de cada um desses níveis, no que diz respeito ao modelo de atenção; organização da rede; distribuição de responsabilidades; dispersão/concentração de serviços; disponibilidade de acesso da população e lógica de financiamento da proposta.(...)

(SAS/MS, 2001)

Em geral, os serviços ambulatoriais do INCA vêm crescendo em número de atividades e atendimentos realizados. Muitas clínicas atendem sua clientela quase em sua totalidade em seguimento clínico ambulatorial, conseqüência do aumento de sobrevivência dos pacientes, graças aos avanços terapêutico-tecnológicos e melhoria da assistência oncológica, o que determina um prolongamento no acompanhamento ambulatorial.

Exemplos dessa afirmação é a Radioterapia ou a Estomatoterapia que funcionam ambulatorialmente e assistem a seus clientes de maneira satisfatória e com resolutividade em um seguimento predominantemente ambulatorial. Como também pode-se citar a necessidade de um seguimento pós-tratamento (a médio e em longo prazo) de pacientes sobreviventes ao câncer de mama, descrita por Jeffrey et al. (2007), pois há evidências de que essas mulheres têm apresentado complicações tardias ao tratamento oncológico, como fadiga, insônia e dificuldades cognitivas.

Jeffrey et al. (2007) nos desafiam a assistir essas pessoas que precisam de cuidado contínuo ao vivenciar alterações bio-psicossociais decorrentes das terapêuticas utilizadas, pois o *per-curso* iniciado com o adoecimento não está findo após o término do tratamento. Ao discutir atitudes e práticas que venham a resgatar o cuidado humanizado, aliando-o a uma assistência ágil, resolutiva, contínua e com integralidade, abre-se a possibilidade de uma sobrevida com qualidade, apesar da experiência de uma doença crônica e, nesse espaço assistencial, o ambulatório oncológico vem se mostrando uma opção efetiva no acompanhamento de pacientes com a vivência de um câncer (CANDEIAS, 2000; DESLANDES, 2005; SECOLI, 2005; JEFFREY, 2007).

O espaço ambulatorial e os enfermeiros oncologistas

As práticas assistenciais de enfermeiros oncologistas se desenvolvem e se diversificam nos espaços ambulatoriais, ratificando as inovações trazidas pela produção científica aliada à demanda existente. Esses profissionais desenvolvem algumas ações que mostram um movimento para humanizar a assistência em enfermagem, pois os enfermeiros falam da importância de responder às solicitações e necessidades expressadas por pacientes e acompanhantes durante a dinâmica assistencial. Eles orientam com detalhes o passo-a-passo de cada conduta terapêutica proposta e adaptam, na maioria das vezes, o cuidado de enfermagem à situação apresentada pela pessoa com câncer.

Em oncologia, os enfermeiros se encontram continuamente buscando uma atualização, pois a clientela se apresenta com necessidades específicas a partir das condutas terapêuticas usuais no tratamento prescrito; e esse profissional está atento em todo o processo de assistir ao paciente e seus familiares no que diz respeito à área

preventiva, curativa e paliativa, possibilitando cuidados mais individualizados que respondam às necessidades sentidas e à capacidade de resposta com o uso do arsenal técnico-tecnológico requerido, como também ações que privilegiam a subjetividade que marca o percurso de adoecimento de pacientes oncológicos (MOSCATELLO, 2006; LIMA, 2002; BRESSAN, 2002).

Os enfermeiros oncologistas gerenciam o serviço a partir de uma visão de utilização racional do espaço físico, conversam com os colegas de outras equipes profissionais e planejam, a cada turno, onde e como as atividades programadas se realizarão na dinâmica assistencial dos ambulatórios oncológicos. Trata-se de um processo sistemático e dinâmico, composto de uma seqüência de pensamentos desse profissional no sentido de tomar decisões sobre suas ações, as quais modulam e dão especificidade a cada situação vivenciada nesses espaços da assistência oncológica (CORRÊA, 2003; IRELAND, 2004).

No cotidiano de enfermeiros em serviços ambulatoriais oncológicos, estes se mostram desenvolvendo ações administrativas como agendamentos concentrados em uma mesma data para consultas, curativos e/ou para a realização de exames, através de uma melhoria do fluxo de atendimento nos ambulatórios, com redução do tempo de espera do cliente tanto para atendimento ou para encaminhamento para membros da equipe multidisciplinar. Nos ambulatórios, os enfermeiros realizam procedimentos técnicos antes dependentes de internação como nas administrações quimioterápicas de longa duração, e acompanham clientes nos exames diagnósticos invasivos como a core-biopsia, ou mesmo na desobstrução e retirada de drenos tubulares na assistência de enfermagem pós-cirúrgica, entre outras ações; estão envolvidos com propostas que

incentivam o diálogo entre profissionais da equipe multidisciplinar voltada à construção de uma prática assistencial humanizada e resolutiva (IRELAND, 2004).

Mostra-se uma dinâmica nos serviços ambulatoriais onde as atividades se multiplicam em número e complexidade, conforme as especificidades de cada clínica, e um movimento que deixa evidente modelos assistenciais distintos (biomédico e holístico) quase que ocorrendo simultaneamente, pois os enfermeiros oncologistas ampliam sua base técnica de cuidar e incorporam tecnologias complexas ao atuarem nesses espaços com seus pacientes (ALCÂNTARA e PAZ, 2007).

A equipe de enfermagem atua de modo próximo, com o conhecimento da dinâmica do serviço, identifica lacunas e propõe alternativas no fluxo de atendimento e, colocando-se mais perto do paciente, age no sentido de atendê-lo naquilo que ele traz como necessidade. E, desse modo, intensificam-se as ações de acolhimento de pacientes, na realização de exames diagnósticos, na execução das propostas terapêuticas e dos procedimentos técnicos bem como orientação e apoio emocional, tanto durante o tratamento quanto do encaminhamento ao suporte terapêutico aqueles que não respondem aos métodos usuais (INCA, 2005).

O enfermeiro se utiliza de inúmeras estratégias para “costurar” o fluxo de atendimento, desde a confirmação do diagnóstico, o tratamento, a reabilitação até cuidados paliativos, conforme o tipo e estadiamento clínico da neoplasia enfocada, de modo a contemplar as muitas etapas de um tratamento oncológico e seus desdobramentos. (NETTO, 2001; SECOLI, 2005; INCA, 2003).

Assim, os enfermeiros zelam para que o setor se mantenha dinâmico, resolutivo e democrático, pois esse é um espaço compartilhado por todos os profissionais que atuam na assistência a pacientes em tratamento para o câncer. Os enfermeiros se

movem no sentido de cuidar a partir da competência profissional conquistada, onde a cientificidade e humanização parecem estar em “pé de igualdade” (ISAKSEN, 2000; SILVA, 2002).

Novas consultas podem ser introduzidas nas rotinas ambulatoriais, ampliando as oportunidades para o cliente perguntar, questionar sobre seu tratamento cirúrgico e assim poder expressar suas necessidades diante das propostas terapêuticas oferecidas a partir da confirmação do diagnóstico de uma doença maligna. Desse modo, possibilitam-se esclarecimentos às dúvidas individualmente e respeita-se o nível de entendimento de cada um, seja paciente ou familiar (TRESVISAN, 2003; SANTOS, 2004).

Modificações que, na prática ambulatorial, favorecem a enfermagem que se mostra nesse espaço da assistência com uma “*visão de cuidar da pessoa no que ela traz como a sua possibilidade mais própria*”, nos diz ALCÂNTARA (2002. p.89). Nesse cuidar cotidiano dos ambulatórios oncológicos, os enfermeiros não “costuram” tão somente o fluxo do atendimento, mas outros fluxos vitais para o paciente nesse espaço do cuidado, ou mesmo fora dele.

O estudo realizado por Mizuno, Arita e Kakuto (2005) com pacientes com câncer em tratamento ambulatorial no Japão mostrou que as necessidades dos pacientes ainda são pouco percebidas pelos profissionais a despeito do muito que conhecem sobre as características das neoplasias e os protocolos terapêuticos. Moreira (2002) e Alcântara (2002) contrapõem essa afirmativa, ao afirmar em seus estudos que, muitas vezes, durante a dinâmica assistencial, os enfermeiros oncologistas anunciam um agir próprio ao cuidar no espaço dos ambulatórios especializados, seja em um gesto

simples, em um diálogo ou na disponibilidade para conversar durante a dinâmica assistencial cotidiana desses serviços.

Evidencia-se, então, um espaço assistencial favorável à investigação e discussão de uma prática peculiar ao agir de enfermeiros oncologistas no momento de cuidar, envolvidos pela dinâmica assistencial e inseridos em um processo terapêutico que se desenvolve a cada dia em busca de responder às demandas assistenciais no campo da oncologia no país (SECOLI, 2005; MASSAROLLO, 2000).

CAPÍTULO III

A FENOMENOLOGIA COMO SOLO FILOSÓFICO

A Enfermagem é uma profissão diferente no campo da saúde, pois além de vincular ciência e arte, o enfermeiro agrega singularidade ao ato de cuidar. O cuidado em saúde é o cuidado ao ser humano e pode se dar de diferentes modos: individualmente, às famílias, em ações de promoção, de acolhimento (quando se instaura um processo patológico), de reabilitação, ou pela coordenação de setores técnicos que constituem o trabalho multidisciplinar que tem como objetivo a restauração do equilíbrio humano (ROCHA e ALMEIDA, 2000).

O cuidado na enfermagem em suas diferentes áreas, inclusive na oncológica, vem se modificando com o passar das décadas, pois o enfermeiro parece reconhecer e valorizar a necessidade de uma relação interpessoal mais intensa e terapêutica. Desse modo, vem construindo o seu saber a partir daquele a quem cuida, bem como do cuidado que realiza, encontrando nas abordagens qualitativas uma opção para também refletir essa prática envolvida pelo cotidiano assistencial, como por exemplo, a fenomenologia (BRESSAN e SCATENA, 2002; ALVES, 2004).

O método fenomenológico na pesquisa científica é um caminho para investigar os objetos a partir da apreensão das coisas nelas mesmas; descreve a gênese do fenômeno [*Phänomen*] no fazer junto ao outro em um cotidiano próximo. Propõe assim pensar os atos humanos e seu conteúdo relacional na situação vivenciada em uma realidade.

Segundo Capalbo, a fenomenologia

(...) instaura a atitude dialogal e do acolhimento do outro em suas opiniões, idéias e sentimentos, procurando colocar-se na perspectiva do outro para compreender e ver como o outro vê, sente ou pensa.

(CAPALBO, 1996. p.39)

O pensamento moderno tem se afastado da experiência original do homem, voltando-se para a objetivação das coisas para poder dominá-las e transformá-las pela técnica. A fenomenologia é exatamente a análise desses atos de visar um objeto que caracteriza a consciência voltada para alguma coisa, como consciência de algo, nos diz Husserl (CAPALBO, 1996).

O problema que surge para a fenomenologia é o de saber como essas vivências se mostram na essência daquilo que acontece no cotidiano. A atitude fenomenológica convida a deixar as coisas aparecerem com as características que se dão nessa transparência dos fenômenos, não alterando a essência manifesta neles. Compreender o ato humano implica em olhar de modo atento para a plenitude de sua significação, deixar emergir a totalidade das suas conexões, das suas inter-relações, em situá-los na totalidade da experiência (CAPALBO, 1996).

Husserl, no início do século XX, ao trazer o conceito de fenomenologia, contrapôs-se ao psicologismo vigente na época e propôs investigar as condições em que a ciência se instaura, o seu ponto de partida e sua sustentação enquanto conhecimento humano conquistado. Afirma que toda ciência se dá a conhecer como fenômeno que aparece à consciência e esta visa sempre um objeto. A fenomenologia definida por ele é apresentada como a análise desses atos onde o interesse busca

compreendê-los através de uma descrição na qual o sujeito percebe os objetos, imagina, julga, etc., isto é, em uma relação aberta guiada por significações atribuídas à consciência intencional (SCHMITZ, 2002).

Assim, a fenomenologia é apresentada por Husserl como uma ciência rigorosa, mas não exata, a qual busca contemplar as muitas possibilidades de o ser humano interpretar o mundo onde vive. Ele a define como “*uma direção de nosso olhar se voltando das realidades experimentadas para o caráter de serem experimentadas*”. Mostra um caminho para estudar o comportamento do homem, sua experiência original de existir na realidade, e reconhece a familiaridade dos atos humanos cotidianos, a ciência e a técnica como instrumentos que possibilitam o acesso à convivência mundana com o outro, em um modo compreensivo de interpretar a realidade que se apresenta.

O fenômeno, na fenomenologia, é compreendido a partir da palavra grega *phainestai* / mostrar-se, a qual traz em sua significação a idéia daquele “*o que se mostra em si mesmo*”, um *mostrar-se* de modo singular, no qual deixa aparecer aquilo que lhe é peculiar nos afazeres diários e, assim, por estar tão próximo e familiar, pode ser encoberto ou despercebido como um modo possível de viver as situações diárias (DUBBOIS, 2004).

Para Schmitz, um fenômeno é

(...) para alguém, em um certo tempo, um estado de coisas em relação ao qual essa pessoa, apesar de variar tanto quanto possível suas suposições, não pode seriamente deixar de crer que se trata de um fato, de modo que precisa considerá-lo como tal. Esse conceito de fenômeno referente a um estado de coisas, por exemplo, à fórmula que se mostra, e isto é um estado de coisas (...)

(SCHMITZ, 2002)

Ainda, pode-se entender os fenômenos que se dão na experiência voluntária ou involuntária do viver humano como

(...) Fenômeno refere-se a qualquer coisa que se faça presente, seja ela um ruído, um perfume, uma lembrança, qualidade ou atributo que, ao ser experienciada, passa a ser descrita por aquele que a vivenciou (...)
(ESPOSITO, 1994)

A palavra se coloca para a fenomenologia como um caso particular da expressão humana e, através dela, busca-se o fenômeno que emerge na reflexão dos significados que permeiam os atos e atitudes que dão sentido ao cotidiano em questão. “*A palavra não é uma relação; a palavra revela, abre. O decisivo da linguagem é o significado*”, nos diz Heidegger (2001).

Ao buscar o conhecimento ôntico⁷ do ente⁸ no pensamento de Kant, o fenômeno [*Erscheinung*] determina-se *a priori* na sua fenomenalidade e assim sugere a possibilidade do conhecimento ontológico: as formas puras da intuição, o espaço e o tempo, trazendo a idéia de uma ontologia fundamental,... “*donde se segue que o sujeito “racional” se origina de um sujeito “temporal”, que precisamente não é mais simplesmente um sujeito, mas temporalidade originária.*” E desse modo traz a subjetividade do sujeito transcendental a sua própria temporalidade. No entanto, Heidegger fala que para se compreender o ser humano é preciso lidar uns com os outros e estar disposto a se relacionar e deixar aparecer o que há de humano nas

⁷ Ôntico pode ser compreendido como uma orientação prévia do procurado, isto é a descrição do fato a partir da questão apresentada a qual abre acesso para que dela brote a questão explícita do sentido do ser e a tendência para o seu conceito (HEIDEGGER, 2000. p.31-32)

⁸ Chamamos de “ente” a tudo que falamos, tudo que entendemos, com que nos comportamos dessa ou daquela maneira; ente é também o que e como nós mesmos somos (HEIDEGGER, 2000. p.32).

relações e na realidade que se compartilha, reconhecer o instante em que o ser é e mostra-se enquanto ser-aí no mundo (DUBOIS, 2004).

BICUDO (1997) ressalta que a *essência do fenômeno* se mostra pela realização de uma pesquisa rigorosa, ao se buscar as raízes, os fundamentos primeiros do que é visto (compreendido) e que o pesquisador toma cuidado com cada passo empreendido na direção da verdade (“mostração” da essência). O rigor do pesquisador fenomenológico se impõe a cada momento em que interroga o fenômeno e seu próprio pensar esclarecedor. Para tanto, são básicos dois momentos: *epoché*⁹, quando se põe o fenômeno em suspensão, destacando-o dos demais co-presentes; e *redução*, quando se descreve o visto, e selecionam-se as partes da descrição consideradas essenciais ao fenômeno.

Esses momentos se mostram determinantes para a realização da interpretação fenomenológica, pois possibilita ao pesquisador desvencilhar-se de suas crenças e pressupostos e, assim, poder perceber o sentido que emerge dos discursos, refletir sobre aquilo que aparece no mundo vivido pelos sujeitos da pesquisa e favorecer o estabelecimento das condições para o distanciamento necessário à *epoché*, isto é, preserva o sentido emergente dos discursos, propicia as condições de realizar uma reflexão, bem como *possibilita o acesso ao desvelamento do ser* buscado na investigação, descrevendo aquilo que é falado pelos entes, pois “... *tudo que falamos, tudo que entendemos, com que nos comportamos dessa ou daquela maneira, ente é*

⁹ *Epoché* é palavra que significa na filosofia grega: *suspensão do julgamento*. Utilizada quando os filósofos não viam solução para o problema em foco e propunham que nesses casos de controvérsia, deveriam adotar uma atitude de não-envolvimento. Porém ao pensar em fenomenologia, Husserl adota essa palavra despojada de seu significado grego e traz a idéia de *ir além* ou *ultrapassar* enquanto redução fenomenológica ou transcendental, isto é, a posição que assumimos diante do mundo real e suspendemos as nossas crenças na tradição e nas ciências no momento em que olhamos as coisas que se apresentam no cotidiano (MOREIRA, 2002).

também o que e como nós mesmos somos" (HEIDEGGER, 2000. p.32; CAMARGO, 2000. p.39-40).

A *Epoché* ou redução fenomenológica é um método de investigação, o qual não propõe duvidar da existência do mundo, mas essa existência deve ser colocada entre parênteses, visto que *epoché* é a forma pela qual o conhecimento do mundo conhecido se revela e irá mover o pesquisador em seu percurso de pesquisa. Pode-se examinar desse modo os conteúdos como se dão e, assim, descrevê-los em sua pureza a partir de *"uma atitude natural diante de uma realidade que existe sempre ou está postada diante do mundo"* (MOREIRA, 2002. p.87-88).

Redução eidética é a forma pela qual se deve apreender aquilo que é essência no *eidós*¹⁰, ou seja, naquilo que existe em sua estrutura essencial e invariável, separado de tudo que é contingente ou acidental. Olham-se os acontecimentos e busca-se captar o que se mostra de característico no objeto de estudo; começa-se pelo concreto e suas variações, buscando as limitações dessas variações no mundo conhecido e então, identificar o *eidós* do que é estudado, a própria essência (COLTRO, 2000; MARTINS, 2006; BICUDO, 1997).

O caminho que surge nesse contexto desafia a voltar o pensamento ao ser humano, fala-nos Merleau-Ponty onde *"o mundo não é aquilo que penso, mas aquilo que vivo, porém não o possuo, pois ele é inesgotável"* (CAPALBO, 1997. p.40). A atitude fenomenológica e as idéias centrais que orientam a fenomenologia abrem um

¹⁰ *Eidos* significa "forma" em grego e é o princípio ou estrutura necessária da coisa, isto é, descartam-se algumas características e, ainda assim, preserva-se o objeto; então percebe-se o que é característico ao *eidós* da coisa, a essência.

caminho no qual a pesquisa qualitativa se desenvolve e contrapõe o pensamento moderno que interpreta os fenômenos humanos restringindo-os à realidade.

A Fenomenologia de Martin Heidegger

Martin Heidegger, discípulo de Husserl, apresenta-se como um investigador do homem em sua temporalidade, despreza o pensar que “vivemos no tempo” e demonstra que “vivemos tempo” (LOPES, 1997). É na experiência que Heidegger busca conhecer as características do ser e suas significações relacionadas às práticas cotidianas, propõe olhar o dia-a-dia sob uma ótica reflexiva e, a partir dessa realidade, compreender algo como o *ser* que nós mesmos somos e na maioria das vezes, nem o percebemos em meio às muitas ocupações realizadas.

Convida-nos a pensar um pouco mais neste *ser*, ou *Dasein*, ou *ser-aí*, ou *presença*, como relacional com o mundo, no qual o ser enquanto *presença* mostra-se nas diversas *possibilidades do aparecer* e seus desdobramentos na história que constrói cotidianamente; trazem, dessa maneira, o tempo como condição para a compreensão do *ser-no-mundo* a partir da *experiência* do existir humano em sua própria história.

(...) Na base desse *ser-no-mundo determinado pelo com*, o mundo é sempre o mundo compartilhado com os outros. O mundo da *presença* é mundo compartilhado (...) (HEIDEGGER, 2000. p.170)

Heidegger fala que *ser* é permanecer engajado numa *possibilidade de si mesmo*, quer se tenha ou não escolhido, de tal modo que essa possibilidade traz o *sentido da existência* de maneira concreta e singular. O homem em seu fazer diário deixa-se desvelar na sua existencialidade, mostra-se *presença* com o outro a partir de como se

relaciona com ele, seja trocando experiências ou as compartilhando ou então pode apresentar-se como *ente no mundo circundante* onde vivencia a tarefa existencial do homem (DUBBOIS, 2004 p.104).

(...) A tradição usa o termo existência para dizer simplesmente ser como realidade. Nós, ao contrário, reservamos existência para designar o modo de ser no sentido de cuidado e, assim, o relacionamento do ser no cuidado como fato de sempre estar em jogo o ser do próprio ser.

(HEIDEGGER, 2007. p.225)

A questão de como significar esse mundo conhecido permanece, pois é necessário enxergar aquilo que é “o simples” e que muitas vezes é encoberto pelo universo tecnológico contemporâneo. O mundo onde se busca compreender *o ser* enquanto *pre-sença* é o espaço que possibilita as várias maneiras do ser dos entes se relacionarem com os outros em uma maneira envolvente e significativa. Um espaço onde *ter consideração* e *ter paciência* mostram-se como possibilidades humanas no *des-velar* do agir humano, pois o *ser-no-mundo* é o modo básico de *ser-aí* através do qual todos os modos de ser são codeterminados e é, também, aquilo que orienta a investigação (HEIDEGGER, 1981). Inwood nos diz que:

(...) a grandeza interior do homem encontra-se não no uso que ele faz das coisas, na sua utilidade, mas na possibilidade de ir além de si mesmo e de tomar uma posição,... a filosofia é apenas o deixar-acontecer desta tomada de posição.

(INWOOD, 2002. p.70-71)

O mundo sobre o qual se discorre na presente investigação é o “mundo do trabalho assistencial ambulatorial oncológico”, ambiente familiar que envolve os entes em seus afazeres cotidianos e, assim, na maioria das vezes, encobre o *ser-aí* de

profissionais em sua vivência diária. Um espaço onde as referências e indicações, oportunas ou possíveis para responder aos usuários naquilo que trazem como necessidades, possibilitam a realização do cuidado em saúde.

(...) Mundo não significa um espaço geográfico delimitado ou homogêneo no qual o *ser-aí-existe*, mas, sim, quer dizer mundo das coisas e dos outros *sujeitos*, mundo da cultura, onde o *Dasein* relaciona-se com os entes que vêm ao seu encontro, onde con-vive com os outros que também são *ser-aí*.(...) (CAMARGO, 2000. p.44)

Ao se pretender lançar um olhar reflexivo sobre a prática desenvolvida por enfermeiros que atuam em ambulatórios oncológicos, há a possibilidade de identificar influências e transformações que mostram inovações e reproduções na relação com os clientes, requeridas pelas propostas terapêuticas disponibilizadas à população, pois a convivência diária deixa emergir o *ser-no-mundo* que cada um é no *per-curso* do adoecimento e tratamento (CONHEN, 2004; MOORE-HIGGS, 2003).

A essência daquilo que hoje se chama ciência é a investigação, no entanto ela está centrada no acontecimento segundo o domínio do ente e seu ideal científico, mas Heidegger afirma que o processo fundamental da investigação é o abrir de uma área, na qual a busca pela *essência* fenomenal do acontecimento seja possível. Nesse movimento o investigador se lança em um *avançar* cognoscente indicado pelo modo no qual se liga à área que foi aberta; essa ligação é o *rigor da investigação* (HEIDEGGER, 2000 p.69; HEIDEGGER, 2005).

Ao propor uma abordagem fenomenológica para analisar os fenômenos da experiência direta, para esta pesquisadora este é o melhor caminho para “penetrar” na experiência vivida pelos enfermeiros oncologistas e compreender o que acontece na trajetória de um cotidiano assistencial específico que se mostra com uma diversidade

de modos de cuidar. A fenomenologia traz, entre as suas características, a abertura para compreender o ser humano e sua relação com o mundo; oportuniza o desvelar daquilo que lhe é próprio no seu cuidar cotidiano, no momento que este se dá. Ao se trazer a fenomenologia para o campo do cuidado observa-se que:

(...) Por fenomenologia entendemos a maneira pela qual o cuidado se torna um fenômeno para a nossa consciência, mostra-se em nossa experiência e concretiza-se em nossas práticas (...) (BOFF, 2005)

Realizar uma investigação em uma dinâmica profissional específica como é a proposta deste estudo, permite a aproximação de um dia-a-dia onde o modelo assistencial ainda está centrado no tecnicismo científico com seus protocolos técnicos e na pessoa com quem nos relacionamos nos espaços profissionais. A ocupação que se dá nos espaços ambulatoriais oncológicos, entendida habitualmente como práticas de “cuidado”, remete à possibilidade de uma *circunvisão*¹¹ dentre as várias atividades de um serviço de saúde e descobrir quando se interroga o profissional, o(s) modo(s) de como ele, *ser-no-mundo*, muitas vezes permanece *encoberto* pelas rotinas formais dos ambulatórios.

Ao observar a prática cotidiana no espaço dos ambulatórios, encontra-se um fazer profissional fundado nos avanços tecnológicos disponibilizados pela ciência, na execução de procedimentos específicos ao tratamento de neoplasias, planejado conforme a topografia do órgão atingido pela enfermidade e o estadiamento do

¹¹ A circunvisão, segundo o pensamento heideggeriano, é a observação de um ambiente como **um** todo e ao mesmo tempo articulado; a identificação daquilo que é específico à investigação colocada em questão pelo pesquisador (HEIDEGGER, 2000 p.314).

câncer. Essa perspectiva trazida pela ciência, ensina a controlar os sintomas, eliminar a doença e leva tecnicamente à cura.

A fenomenologia de Heidegger também fala de uma técnica que auxilie, mas não tire de nós mesmos a autoria de nossa destinação histórica e, enquanto técnica, que ela reponha em cada ser humano a liberdade de decidir o que quer fazer com as possibilidades que lhe vêm ao encontro. Para o filósofo, a técnica tem um significado de *desencobrimto*. Ao relacionar-se com o outro e ao compartilhar experiências em um cotidiano familiar, realiza a técnica enquanto disposição, como um modo de *desencobrimto* (HEIDEGGER, 2001; INWOOD, 2002).

Método em HEIDEGGER

"Método significa o caminho no qual o caráter do campo a ser conhecido é aberto e limitado", ensina Heidegger (2000). Pelo método, busca-se apreender o ser dos entes e explicar o próprio *ser* a partir de sua experiência cotidiana de se relacionar como o mundo no qual está imerso. Heidegger convida a refletir sobre o que nos inquieta a partir das coisas como elas se dão, como acontecem. Propõe afastar-se das idéias pré-concebidas ou preconceitos, adotando um olhar investigativo que, como um detetive, olha o que se mostra e através dessas evidências, descreve e compreende o fenômeno que se apresenta. A investigação a realizar se acha na possibilidade do *ser* que se mostra nos relacionamentos entre pessoas que compartilham espaços e *"como eles o são"* (HEIDEGGER, 2000. p.56).

O filósofo discute o conhecimento humano contemporâneo construído em um *logos* onde a técnica que se realiza é a essência da ciência moderna, caracterizada

pela primazia do método sobre essa mesma ciência. Questiona a técnica limitada no “*tornar-se útil (...) para que eu possa agir com segurança perante ela*”. Heidegger ainda fala de uma técnica que se abre para a possibilidade de liberdade em sua constituição ontológica, tornando-a disponível em uma interpretação do ente propriamente histórico em sua historicidade (HEIDEGGER, 2001*. p.47) e não somente como na perspectiva da ciência moderna, que entende a técnica a partir da tecnologia disponível por um campo de conhecimento.

Considerando a perspectiva heideggeriana, o sentido do ser é a questão buscada e o seu desvelar pode se mostrar ou não, porém o espaço cotidiano é o lugar desse acontecimento, um espaço onde o homem vive e convive em uma relação contínua com o mundo que o circunda. A convivência no mundo, que é anteriormente dado ao homem, exige que ele se empenhe para ocupar seu lugar na dinâmica das relações sociais cotidianas. Em relação ao empenhar-se, observa-se que:

(...) ao *empenho*... pertence a vontade que haja sucesso; como também a coragem de assumir, quando fracassa, isto é, de aprender, não, porém, para no futuro ser mais precavido e falar contra, e sim para refrear-lhe a força e assim pô-la em jogo com mais segurança e coragem e levar a coragem de agir o mais longe e por mais tempo possível. (HEIDEGGER, 2007. p.93-94)

A fenomenologia heideggeriana apresenta como primeiro passo para a compreensão do ser dos entes, que se encontra velado, o questionamento do ente, pois o ser está essencialmente escondido sob o peso da tradição, do impessoal. O homem é o campo de pesquisa, e seu modo de agir o objeto de estudo. Nesse sentido, ensina a interpretar compreensivamente *o ser* que se mostra,

(...) primeiro, caracterizando o que designam os dois componentes do termo, a saber, “*fenômeno*” e “*logos*” e, segundo, fixando o sentido da expressão resultante de sua *composição* (...)

(HEIDEGGER, 2000. p.57)

Aquilo que se questiona - “o questionado” - é o ponto de partida para se dirigir ao que se procura, ao que se busca conhecer e compreender. O segundo movimento é procurar o sentido do real, “o perguntado”, o que ainda para nós é desconhecido. O terceiro pólo é o interrogado, ou seja, o que se interroga para conhecer a respeito do que foi questionado (HEIDEGGER, 2000).

Não há uma atitude adequada, mas sim, um convite à compreensão de possibilidades de *ex-sistir* no mundo, refletindo e deixando-se mudar a partir das experiências de *ser-no-mundo* (HEIDEGGER, 2003).

(...) O encontro com os outros não se dá numa apreensão prévia em que um sujeito, de início já simplesmente dado, se distingue dos demais sujeitos, nem numa visão primeira de si onde então se estabelece o referencial da diferença. Eles vêm ao encontro a partir do mundo em que a *pre-sença* se mantém, de modo essencial, *em-penhada* em ocupações guiadas por *circunvisão* (...)

(HEIDEGGER, 2000. p.170)

A interpretação compreensiva ou hermenêutica é o sentido metódico da descrição fenomenológica e deve oferecer para a própria *presença* a possibilidade de abertura originária e assim conceituar existencialmente o conteúdo fenomenal que se abre ao *ser-aí*.

Um modo de investigação sistemática da questão do ser que a partir da *historicidade* e *temporalidade*, reconhece a *facticidade*¹² como um ponto importante na

¹² Facticidade é o caráter do ser no sentido existencial (*ser-aí, dasein*), que lançado no mundo de modo irrefletido, mostra-se encoberto e assim vivencia o cotidiano em suas tarefas diárias (HEIDEGGER, 2000. p.94-95).

tarefa de compreender a condição do ser humano, pois é em seu *per-curso* cotidiano que se abre a possibilidade de *ser-aí* no dia-a-dia, mesmo quando envolvido nos afazeres rotineiros, isto é, um método que convida a olhar atentivamente para a experiência de *ser-aí* em meio aos outros entes com quem se convive no mundo, de *ser-no-mundo-com-os-outros*.

(...) Heidegger pensa o ser num modo além da metafísica tradicional, por isso a compreensão não é uma operação oposta à vida constituinte, senão que é o próprio modo original da vida humana. O ser não está onde possamos identificar uma essência e, portanto, conhecê-lo conceitualmente. A determinação não esgota o ser, porque as possibilidades de determinação são infinitas. O ser se encontra onde o que acontece pode ser compreendido (...) (HERMANN, 2002. p.34)

A hermenêutica heideggeriana nos conduz à compreensão daquilo que se está pesquisando, pois propõe uma reflexão exaustiva, constante e contínua sobre a importância, validade e finalidade dos questionamentos, indagações e respostas obtidas. Uma interpretação fundada na compreensão do *ser* entendido como essência, a partir do ente que nos é dado em sua *facticidade*. (MACHADO, 2005; MARTINS, 2006. p.17).

(...) cada pre-sença se acha *dispersa* na impessoalidade, precisando ainda encontrar a si mesma. Essa dispersão caracteriza o 'sujeito' do modo de ser que conhecemos como *ocupação* que se empenha no mundo que vem imediatamente ao encontro (...)

(HEIDEGGER, 2000. p.182)

Heidegger ao considerar o sentido do ser, situando-o em uma dinâmica temporal e hermenêutica, propõe uma nova conceituação no que tange à verdade. Amplia esse conceito de verdade, visto que não mais a restringe na idéia de autenticidade ou prova de existência do real, mas lança o ser dos entes ao encontro das possibilidades

imersas no tempo, na busca por aquilo que é essencial ao ser-aí na sua experiência de mundo compartilhado.

(...) Sempre que o homem abre os olhos e ouvidos e desprende o coração, sempre que se entrega a pensar sentidos e a empenhar-se por propósitos, sempre que se solta em figuras e obras ou se esmera em pedidos e agradecimentos, ele se vê inserido no que já se lhe revelou (...)
(HEIDEGGER, 2002. p.22)

A compreensão torna-se, a partir de Heidegger, um movimento de “transcendência” e direciona-se como totalidade, e a linguagem como meio de acesso ao mundo e às coisas (STEIN, 1996; INWOOD, 2007).

Por isso a compreensão não é uma operação oposta à vida constituinte, mas sim o próprio modo original da vida humana, considerando que o homem compreende o mundo dentro de um projeto interpretativo que se efetua pela linguagem, nos diz Herman (2002).

CAPÍTULO IV

O PERCURSO METODOLÓGICO

Escolheu-se, neste trabalho, realizar uma investigação que possibilitasse buscar compreender, nas situações de saúde e doença comuns ao agir de enfermeiros oncologistas, o modo como fazem enfermagem nesse espaço profissional, dinâmico e multifacetado como são os serviços ambulatoriais na assistência oncológica.

Tais serviços apresentam uma variedade de procedimentos de enfermagem e sua execução é valorizada no meio técnico assistencial, pois o trabalho é pautado pelo rigor metodológico que a medicina se vale para tratar de feridas, doenças e seres humanos.

A escolha pelos ambulatórios da rede INCA, referência no campo da assistência especializada, deu-se pela possibilidade de investigar enfermeiros que ao compartilhar com pacientes oncológicos a experiência de um tratamento, envolvem-se em ações de cuidar e ser cuidado. Nesses locais, o enfermeiro tem a possibilidade de realizar o cuidado individualizado em um contexto assistencial tecnicista, sistematizado e predominantemente resolutivo, visto que se trata de um ambulatório especializado em oncologia. Um espaço assistencial favorável para ouvir enfermeiros oncologistas e buscar compreender o que os move nesse dia-a-dia dos serviços ambulatoriais (ALCÂNTARA, 2004).

Esse percurso metodológico se iniciou com o encaminhamento do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição e sua conseqüente aprovação.

As etapas subseqüentes foram desenvolvidas segundo o método fenomenológico: após as entrevistas, os depoimentos gravados foram ouvidos repetidas vezes na busca de apreender as idéias e significações expressas pelos enfermeiros participantes. Realizou-se a transcrição das falas e seguidas leituras, buscando-se agrupar essas falas conforme a significado expresso em cada depoimento. Foram construídas as unidades de significação que fundamentaram a análise das falas e das significações apreendidas durante um movimento reflexivo da investigadora, situação necessária ao desenvolvimento do método fenomenológico.

I - Tipo de estudo

Estudo qualitativo descritivo, de abordagem fenomenológica. Esta opção possibilita “*pensar a realidade*” com rigor, bem como orienta o olhar na direção dos significados, atitudes e posturas frente ao emaranhado de relações, práticas e *fenômenos* possíveis de serem vivenciados. Propõe interpretar a verdade como adequação à realidade e não como um lócus primário da verdade. Uma busca como descoberta de âmbitos ainda desconhecidos, e não como a definição de uma certeza, mas o abrir à discussão sobre a relação do ser e o mundo no qual se move e existe (INWOOD, 2002).

A fenomenologia de Heidegger surge como um caminho para a investigação das questões de subjetividade, pois compreender o enfermeiro em um ambulatório de tratamento para o câncer é uma situação que, apesar de sugerir uma rotina conhecida, deixa aparecer o cuidado, como também o não acontecer desse mesmo cuidado.

Para Malveira (1998), a fenomenologia enquanto ciência descritiva traz o existir do ser humano, recuperando-o em sua estrutura fundante. Tello-Pompa (2003) afirma que a fenomenologia é um conhecimento original sobre o outro a partir de uma *disponibilidade* do ser-profissional em ouvir e deixar o outro (cliente) mostrar-se como um ser com especificidade e mundo próprios.

A fenomenologia, como fundamento filosófico, suscita um repensar da ciência moderna, um olhar atento de uma realidade conhecida em um deixar aparecer da ação realizada de um modo próprio de fazer durante a trajetória de *ser-no-mundo*. E apesar dessa ciência moderna fundamentada na certeza, a criatividade se mostra no instante que transgride a rotina impessoal do cotidiano (HEIDEGGER, 2000; HEIDEGGER, 2005).

(...) O pensamento filosófico e científico contemporâneo oferece assim um caminho metodológico profícuo para a reflexão e compreensão da existência humana, que busca a humanidade do homem (...)

(LUZ, 2001. p.15)

II - Campo da Investigação

Este estudo foi desenvolvido em cinco unidades hospitalares do Instituto Nacional de Câncer (INCA), órgão da administração direta do Ministério da Saúde vinculado à Secretaria de Assistência à Saúde, localizado no município do Rio de Janeiro. Como campo de referência nacional, presta serviços oncológicos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Foram escolhidos os serviços ambulatoriais de cada unidade hospitalar, que desenvolvem ações no seguimento terapêutico e de cuidados paliativos, estes últimos destinados a suporte terapêutico para melhoria da qualidade de

vida. As unidades envolvidas foram: Hospital do Câncer I (HC I), Hospital do Câncer II (HC II), Hospital do Câncer III (HC III), Hospital do Câncer IV (HC IV) e o Centro de Transplante de Medula Óssea (CEMO).

Atualmente, os ambulatórios oncológicos vêm ampliando seu campo de atuação, pois com os avanços tecnológicos disponíveis a essa área da saúde, diversas condutas para o tratamento do câncer tornam-se ambulatoriais, seguindo a orientação do sistema de saúde vigente no país. Como serviços de alta complexidade, os ambulatórios especializados em oncologia recebem a clientela encaminhada para iniciar o tratamento, a partir da confirmação do diagnóstico de câncer, bem como para seguimentos terapêuticos clínicos e cirúrgicos ou cuidados paliativos.

Nos ambulatórios das diferentes unidades do INCA, foram escolhidas as seguintes clínicas: Cabeça e Pescoço, Abdômen e Tórax no HC I; Ginecologia e Oncologia Clínica, no HC II, Radioterapia e Mastologia, no HC III; Ambulatório de Cuidados Paliativos, no HC IV; e o Ambulatório do CEMO.

III – Sujeitos do estudo

Os encontros entre pesquisador e sujeitos da pesquisa tiveram a finalidade de iniciar o caminho da investigação pelo diálogo. O diálogo se iniciou por uma questão aberta que guiou o discurso em direção ao que é pesquisado, e buscou-se uma atitude que favorecesse a confiança, a exposição franca de idéias e a tranquilidade para rememorar experiências.

Participaram da pesquisa 19 enfermeiros que atuam nos setores ambulatoriais já mencionados. Como critério de inclusão foi considerado: ser enfermeiro lotado nos ambulatórios há mais de um ano, expressar interesse pessoal em participar do estudo, e estar de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após sua leitura. Garantiu-se o respeito ao anonimato dos depoentes, seguindo-se as diretrizes da Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Quanto ao número de participantes do estudo, foi obedecido o princípio da convergência de idéias expressas no discurso, sem atribuir meta numérica que indicasse limite para a coleta de dados.

IV – A Ambientação como etapa prévia às entrevistas com os enfermeiros

Em um primeiro momento, para que se pudesse obter o depoimento dos sujeitos da pesquisa, foi necessário conhecer a dinâmica do ambiente escolhido para desenvolvimento do estudo; uma fase denominada ambientação. O objetivo dessa fase foi uma aproximação da dinâmica assistencial a ser investigada e, desse modo, reunir os elementos que propiciassem melhor conhecimento e familiaridade dos sujeitos e do campo de estudos pelo investigador; ou mesmo ampliar o conhecimento do objeto de pesquisa em uma etapa que é anterior à coleta de dados e proporcionar momentos de reflexões profundas e enriquecedoras. Assim, foram realizadas visitas a todos os ambulatórios, observando-se a dinâmica de funcionamento e o modo de agir dos profissionais, conversando com eles de maneira informal sobre o dia-a-dia dos serviços.

V – Obtenção dos depoimentos

Na fase de coleta de dados, as entrevistas foram agendadas com cada um dos enfermeiros segundo suas disponibilidades de horário, procurando assegurar um ambiente que facilitasse o diálogo entre pesquisadora e participante.

A entrevista, que também é uma possibilidade de encontro, foi guiada por uma questão norteadora sem que se impusesse uma direção rígida às falas das depoentes. O objetivo foi possibilitar o *encontro* de pesquisador e sujeito, sem preocupação em seguir um modelo estabelecido ou definir um tempo ideal para a realização da entrevista. A empatia entre pesquisador e sujeito de pesquisa foi favorecida nesse momento, visando oportunizar o *espaço* comum para que *o ser-aí se mostre em si mesmo* e então, possibilitar a compreensão do fenômeno.

As questões colocadas aos enfermeiros que possibilitaram a expressão de suas vivências no ambulatório foram:

§ Fale-me sobre o que você faz no ambulatório.

§ Como você significa o seu cuidar no dia-a-dia nos ambulatórios?

Pelo discurso dos profissionais buscou-se o significado da sua experiência assistencial, pois o discurso para Heidegger é um deixar e fazer ver a partir daquilo sobre o qual se discorre, isto é, *“retirar de seu velamento o ente sobre que se discorre... e deixar e fazer ver o ente como algo desvelado... em suma descobrir”*. (HEIDEGGER, 2000. p.63).

(...) O discurso é a articulação “significativa” da compreensibilidade do ser-no-mundo (...) no discurso... em

significações da compreensibilidade inserida na disposição... a compreensão... torna-se clara a partir de uma possibilidade existencial inerente ao próprio discurso, a qual seja, a escuta (...)

(HEIDEGGER, 2000. p.221-222)

As entrevistas foram gravadas em fita magnética após o consentimento verbal e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respeitando-se as orientações da Resolução CNS 196/96. Os enfermeiros foram identificados por pseudônimos de cores, conforme sugestão inicial de um dos participantes, aceita pelos demais.

Os relatos dos profissionais foram transcritos pela pesquisadora, possibilitando, à medida que as gravações eram transcritas, rememorar os encontros, buscar entender as modulações de voz ou silêncios, os significados expressos nos discursos. Realizaram-se várias leituras onde se buscou reduzir pressupostos e apreender idéias expressas conforme os significados atribuídos, de modo intuitivo, como um “mergulho” nas falas dos sujeitos, agrupando-as em unidades de significação. Os significados contidos nas falas deixam aparecer o modo de ser e relacionar-se dos sujeitos com o mundo circundante. As palavras não têm significados fixos e unívocos, independentemente de seu uso e aplicação. Os significados se acumulam nas palavras a partir de inter-relações que constituem nosso mundo. Após esta etapa, iniciou-se a construção das unidades de significação.

Reduzindo seus pressupostos, o investigador busca no pensamento fenomenológico de Heidegger, a fundamentação que possibilitará a interpretação compreensiva do ser daquilo que se mostra nas unidades de significação, aquilo que *des-velado*, mostra *pre-sença* dos seres em seu existir.

A análise compreensiva permitiu compreender o agir profissional dos enfermeiros no cotidiano dos ambulatórios oncológicos, a partir da assistência de enfermagem prestada.

CAPÍTULO V

O MODO ÔNTICO DO AGIR PROFISSIONAL

A prática de enfermeiros e como desenvolvem suas atividades nos diversos espaços da assistência em ambulatórios, de maneira geral, mostra um fazer profissional pouco compreendido, na maioria das vezes, pelos próprios profissionais, mas “familiar” enquanto um fazer comum no dia-a-dia do ambulatório. Os serviços ambulatoriais oncológicos não diferem dessa realidade e a partir dessa circunstância, buscou-se ouvir os profissionais que atuam nos espaços especializados em oncologia e, assim, compreender como esses enfermeiros dão significado o seu fazer profissional cotidiano.

As transcrições das fitas foram realizadas imediatamente após os encontros, e a lembrança recente dos diálogos facilitou esse processo, tornando mais rápida a construção das unidades de significação, após o agrupamento dos trechos que continham idéias comuns extraídas das falas dos participantes, e que deixam aparecer as significações encobertas no falatório cotidiano desse espaço assistencial.

Essas unidades indicam a compreensão vaga e mediana dos profissionais de enfermagem sobre a assistência que desenvolvem à clientela, ou seja, como significam de modo mais imediato seu agir no cotidiano assistencial de enfermagem: o modo habitual de prestar cuidados, gerenciar, relacionar-se com o cliente, enfim, o comportamento profissional assumido nos espaços dos ambulatórios oncológicos.

Critelli (2002) nos ensina que *o ser “se dá quando usamos e não quando falamos dele e queremos definir”*, ou seja, ao refletir, poder-se-á compreender como acontece

um agir profissional de enfermeiros oncologistas no cotidiano assistencial no campo da oncologia.

Neste contexto, são apresentadas as unidades de significação:

Unidade 1:

Os enfermeiros, ao realizarem o cuidado ambulatorial, dedicam-se a orientar e esclarecer os doentes e seus acompanhantes durante o tratamento, e se expressam a partir de um discurso acolhedor.

"(...) Então a gente tenta colocar tudo em um vocabulário que fique fácil para o paciente e seu acompanhante,... não pode chegar aqui e usar palavras aqui mirabolantes, vai entrar por aqui e sair por aqui..."

(OURO)

"(...) Tem que ter toda uma abordagem assim delicada nesse acolhimento desse paciente que tem um montão de dúvidas, dúvidas até que não esclareceu com o médico dele durante o tratamento. Então o serviço de enfermagem no ambulatório, além de toda parte técnica do enfermeiro (curativo, explicação sobre curativos, sonda, sobre a pele, sobre úlceras de decúbito), além de toda essa nossa parte técnica mesmo, o serviço de acolhimento. E explicar para ele o que está acontecendo e junto com ele tentar superar toda aquela carga. Você tem que saber que toda aquela agressividade não é com você, não é contra a instituição, mas com a vida dele."

(VIOLETA)

"(...) O que eu faço é literalmente a consulta de enfermagem..., na primeira ... foi papoterapia, só papoterapia, ninguém se encostou. Na segunda consulta ... ele veio com a camisa do time e não sei o quê e a gente começou a entrar por aí, por esse lado, pela brecha que ele deu... Então ele me deu abertura..."

(PINK)

"(...) a consulta de enfermagem aqui,... a gente gasta o tempo com a educação, com a educação, com o cuidado... a gente tem essa grande fatia... estão todos ali, todos olham para você e a gente se comunica..."

(INDIGO)

"(...) A gente está sempre esclarecendo as coisas... tem consulta de internação... consulta pós-diagnóstica... grupo de orientação para internação a gente faz todo dia... É chegar, falar e as coisas às vezes mudam o dia-a-dia, o curso do tratamento da pessoa..."

(LAVANDA)

"(...) Oh, aqui no ambulatório nós fazemos consultas com os pacientes, tiramos as dúvidas das pacientes... assim mais a partir das dúvidas deles que a gente esclarece as coisas, percebe também pacientes muito carentes, tanto com relação à informação quanto em relação aos cuidados mesmo. Então assim, é uma atividade que requer muito da gente, a gente trabalha muito com o lado psicológico, a gente se dá muito aqui nas atividades do ambulatório."

(BRANCO)

"(...) é a porta de entrada porque o paciente recebe o diagnóstico aqui, eles vêm as primeiras vezes aqui, ele e uma família estressada... o paciente precisa da gente, é a gente que está aqui o tempo todo com ele... a gente é que dá aquela palavra de conforto, cuida. Um cuidado é muito próximo, muito íntimo".

(VERMELHO)

"(...) é a gente que ensina como se cuidar... relacionado a absolutamente tudo... e eu me vejo no compromisso de proporcionar alguma coisa para ele."

(CEREJA)

"(...) Eu faço as consultas de triagem, admissão do paciente, pré e pós, vejo exames para o dia seguinte, dou uma explicação vamos dizer assim, tiro algumas dúvidas..."

(CINZA)

"(...) Eu faço a triagem dos pacientes da plástica, consulta de enfermagem de primeira vez, todos os pacientes da plástica têm em seis meses, obrigatoriamente têm que passar na consulta de enfermagem que é feita aqui no INCA,... A da plástica é feita... no próprio ambulatório onde é feita a consulta com o staff... você agiliza alguns exames junto à equipe médica,... A gente consegue pautar alguns cuidados para o paciente, junto com a equipe médica, reforça até alguma orientação que o cirurgião tenha

passado, a gente reforça de maneira que o paciente entenda, no pré-operatório e no pós-operatório melhor... Assim, de qualidade de vida. A gente não pensa só na doença...

(ESMERALDA)

"(...) Porque aqui a gente orienta as pessoas no pré e na pós-radioterapia, são dadas aulas... feitas entrevistas, a gente faz os testes de resíduo... tem o tratamento de feridas, então é uma gama de atividades."

(MARROM)

"(...) o paciente chega à consulta de uma maneira na consulta e quando ele sai, ele sai de outra, com outra visão, tem primeiro a palestra, depois tem a consulta. Então ele sai com outra visão porque são passadas as informações, aquelas duvidinhas, porque a própria doença, o próprio câncer... o câncer deixa que qualquer uma dorzinha na ponta do pé..., então às vezes em uma conversa, em uma consulta você tira toda aquela idéia dele e isso eu observo que ajuda muito, melhora muito o paciente, ele tem mais segurança..."

(CORAL)

"(...) eu faço... curativo, passagem de sonda, troca de cânula, dou orientação às vezes para cirurgia... quando eu faço o curativo, orientação como cuidar da ferida, como vai limpar, lavar e fazer a manutenção ... quando passo a sonda faço o encaminhamento muito para nutrição para poder receber a dieta tudo direitinho, os frasquinhos que eles precisam ... É um trabalho de orientação, de educação para o cuidado, o autocuidado, a higiene, para tudo que tem a ver em relação com a doença. A gente dá essa assistência..."

(QUARTZO)

"(...) O tempo todo, desde o momento em que entro no hospital, arrumo, organizo o ambiente para que ele (paciente) se sinta bem. Desde o momento que eu peço à recepcionista para tratá-la de senhora e senhor, e não como paciente porque quando eu cheguei aqui era paciente Maria. Agora não! É sr. ou sr^a. Maria ... me acho educando o paciente, informar o paciente sobre o seu tratamento, tudo é para o conforto e bem-estar do paciente."

(ORQUÍDEA)

"(...) Aquele que vem, "o extra" que eu faço a triagem, e o que fala comigo ("n" situações!). E chega sem saber o que precisa, chega às vezes... quer conversar alguma coisa, quer tirar uma dúvida que não foi esclarecida da cirurgia, é "n" situações. Muita coisa!"

(LILÁS)

"(...) quando eu exercito a consulta de enfermagem eu me sinto mais próxima dessa coisa do cuidado mesmo, do lidar com o outro, trocar com ele, dar e receber também. Então eu acho que contribuo à medida que eu levo para ele a certeza de que apesar de ele ter uma doença que naquele momento está deixando muitas vezes ele transtornado, sem rumo, sem chão, sem saber muito que fazer; o que eu procuro dar a ele o sentido, que ele pode se tratar..."

(AZUL)

"(...) Eu tento me colocar na situação delas e a parte técnica também, a gente aqui, cada dia aprende mais um pouquinho, cada uma vem com uma queixa, uma coisa diferente que você identifica e tenta tratar, eu acho isso superlegal!"

(VERDE)

"(...) Tem paciente que é extremamente receptiva, tem outra que não estão nem um pouco a fim de escutar nada do que você está falando. Então você tem que mudar, tem paciente que brincando você consegue atingir o objetivo, tem outra que se você brincar pode parecer que você não está levando a sério. Então acho que isso depende muito da paciente, na minha idéia... meu sentimento sempre é de perceber como é aquela paciente, tentar perceber pelo menos e a partir daí é que vou nortear o contato com ela..."

(TURQUESA)

"(...) Eh... depende de como elas vêm para a gente, né? Dependendo de como elas saem no momento de triagem, as dúvidas que elas apresentam, e aí a gente tem que direcionar conforme o perfil da cliente, né? Às vezes você tem que esmiuçar muito, as questões que elas apresentam, as dúvidas e assim a gente vai lidando com essa clientela, depende da cliente ..."

(AMARELO)

Os enfermeiros se mostraram envolvidos em orientar da melhor maneira os doentes em tratamento, bem como os familiares que os acompanham. Preocupam-se em orientar com detalhes, em esclarecer as dúvidas que trazem e se responsabilizam em supervisionar as ações terapêuticas propostas para que sejam realizadas com segurança, promovendo assim as condições favoráveis para que cada paciente tenha melhores chances no controle da doença.

Valorizam os momentos de orientação, do encontro com os doentes para conversar sobre aquilo que eles têm receio, procuram palavras que possam acalmá-los no momento do atendimento, pois sabem que dúvidas ou receios não dissipados podem atrapalhar a trajetória dos pacientes no serviço e, conseqüentemente, o programa terapêutico. Essa preocupação em capacitar os doentes para o cuidado que devem ter consigo ou que vão precisar realizar tem fundamento na questão humana, pois os enfermeiros mostraram que também se preocupam com a pessoa na sua singularidade. Trazem em seu discurso orientador, a responsabilidade em dar à pessoa condições que possam ajudá-la a superar os momentos difíceis que acompanham o diagnóstico do câncer.

Mostram que assumem a responsabilidade de tornar mais fácil o acesso terapêutico oferecido na instituição aos pacientes. Tal responsabilidade os leva a analisar a situação de cada pessoa em tratamento oncológico com segurança e colocam-se disponíveis para conversar e tranquilizar e, como atuam em diferentes fases do fluxo do atendimento ambulatorial, procuram facilitar o desenvolvimento das condutas prescritas, sem perder de foco a pessoa. Nesse sentido, a organização do

ambiente terapêutico e o gerenciamento dos setores é um aspecto importante, pois essa organização vai favorecer o acesso a condutas ou procedimentos específicos a cada etapa do tratamento.

Reconhecem o quanto é difícil para cada paciente seguir a trajetória terapêutica prescrita e procuram estar atentos às necessidades expressas por cada pessoa que atendem na dinâmica assistencial dos serviços. Deixam-se envolver, e envolvidos buscam caminhos para contribuir com esse paciente de algum modo para que receba os procedimentos e as condutas prescritos, e assim parecem querer diminuir o sofrimento ou as dificuldades que um tratamento pode causar na vida de pacientes e suas famílias no enfrentamento de uma doença como o câncer.

Ao ocupar-se com a pessoa com câncer, os enfermeiros oncologistas evidenciam uma postura de acolhimento, vêem-se facilitando o desenvolvimento das ações requeridas pelo tratamento. Mostram responsabilidade com aquele a quem cuidam, e valorizam essa forma de cuidar que favorece não apenas o tratamento, mas a qualidade de vida dos doentes.

Ao exercerem seu papel profissional, ocupam-se em suas tarefas, assumem responsabilidades, compromissos e vínculos afetivos com a clientela nesse espaço técnico, disponíveis para ajudar a quem necessita, respondendo ao que se apresenta no momento que cuidam de seres humanos diante de uma doença grave como o câncer.

Unidade 2:

Os enfermeiros dão significado as atividades que desenvolvem no ambulatório com satisfação. Atuam com autonomia e sentem que são fundamentais no processo de tratamento para o câncer.

"(...) Tem a consulta de enfermagem, que agora para gente está tendo um volume muito maior, nossa infra-estrutura, ter mais consultórios, nós temos mais enfermeiros no ambulatório, então isso nós estamos conseguindo amarrar bem: consulta pré-transplante, na qual a gente pode identificar alguma coisa que pode suspender a internação dele e automaticamente o transplante, às vezes você identifica uma coisa boba, uma micosezinha lá no dedão do pé, mas se ele internar assim, quando ele estiver imunodeprimido, vai tudo por água abaixo."

(OURO)

"(...) O que significa pra mim... a enfermagem hoje é autonomia... Satisfação de estar implantando o que você conhece,... pôr em prática aquilo que você aprende... Você consegue sair daqui satisfeito, vai para casa assim com o sentimento de dever cumprido."

(ESMERALDA)

"(...) Acho que isso é essencial. Eu acho é o que eu faço bem, me faz falta... me faz falta não fazer,... mas é essencial tanto pra mim, o que eu sinto é isso: é essencial tanto para mim quanto para eles, há uma grande troca no que eu faço e no que eu recebo dos pacientes do ambulatório. Há uma grande sintonia nisso: eu preciso que eles venham e eles precisam que eu esteja aqui. Me faz bem!"

(PINK)

"(...) uma sensação de satisfação e eu acho que a gente aqui está fortalecendo a profissão do enfermeiro... eu cresci muito como profissional aqui fora, desenvolvi autonomia e capacidade de resolução de problemas... Eu trabalho o tempo todo protegendo a imagem da minha profissão, me preocupo muito com isso" (INDIGO)

"(...) Para mim significa muito... é o primeiro contato que eu tenho com a parte de oncologia, então é muito importante ouvir, ouvir assim as experiências dos pacientes e a partir dessas experiências, pegar até um pouquinho dessas coisas para mim também, para o meu dia-a-dia, a gente passa até a dar valor... até dar mais valor à vida e às pequenas coisas." (BRANCO)

"(...) Sinceramente, eu sinto assim, eu me sinto muito importante porque eu gosto do que eu faço nesse tipo de atividade." (CINZA)

"(...) Para mim eu digo que é tudo... o enfermeiro que presta esse tipo de cuidado no ambulatório, ele imprime uma marca no paciente... Se for positiva você conseguiu que aquele paciente recupere a saúde, que mantenha o seu estado atual de saúde... que não acontecesse alguma complicação,... Se é negativa, você não conseguiu nada disso... eu acho que o nosso cuidado com o paciente transcende os muros desse hospital, entendeu?... Somos nós que estamos viabilizando que o tratamento dele dê certo." (CEREJA)

"(...) vou estar fazendo o bem para alguém... estou beneficiando em relação ao tratamento, meu atendimento, em relação a esclarecer dúvidas, são pequenas dúvidas mas para eles são coisas, né?... Então é um trabalho muito enriquecedor porque a gente está ajudando esse paciente mesmo a agilizar o tratamento dele, orientá-lo, educá-lo em relação ao autocuidado, então é um prazer muito grande, sei que sou útil, faço um trabalho de utilidade mesmo para as pessoas." (QUARTZO)

"(...) eu como pessoa acho que me adaptei bem, e pra mim está sendo muito bom... Pra mim está sendo muito bom... é uma visão completamente diferente do que eu tinha..."

eu não imaginava que se desenvolvesse aqui tanta coisa como enfermagem... você tem muito mais autonomia frente ao paciente..."

(MARROM)

"(...) eu fico muito satisfeita de trabalhar lá porque é um lugar que você vê que suas atitudes mudam e que você vê que tem um canal tanto com o paciente e às vezes até com a equipe médica de discutir as coisas de melhor forma e você tem uma certa autonomia e eu gosto muito de lá!"

(LAVANDA)

"(...) o cuidar para mim é fazer com que ele se sinta bem naquele estado... no estado que ele se encontra, que possa sentir bem-estar, que ele não sinta dor, que ele possa ter uma boa assistência, que ele tenha condições... seja bem orientado, tenha condições de fazer um bom curativo, tenha condições de realizar... Então o meu cuidar é isso, é visar o bem-estar desse cliente, esse é o conceito de cuidar para mim, utilizando o que eu sei (os meus conhecimentos) e orientando ele para aquela necessidade dele."

(QUARTZO)

"(...) E eu como enfermeira, acho, flui melhor essa parte que ele está recebendo a notícia que tem um câncer e um tratamento que vai fazer, a opção de tratamento que é dada a ele para fazer. Então, isso é bem melhor para ele aceitar, trabalhar isso na cabeça dele... Tem uma continuidade, a gente faz com que haja uma continuidade. Nós preparamos no ambulatório o paciente, damos as informações, preparando ele para as situações que ele vai enfrentar para que quando ele enfrentar essas situações ele já tenha outra visão sobre o tratamento e aceitá-lo melhor..."

(ORQUÍDEA)

"(...) Então o primeiro contato não é que leve à resistência, mas sim aproxime; mostrar para ele que tem sensibilidade, tem liberdade, atrás do jalecão existe uma pessoa que se importa sim com o que ele está falando, com a dor dele e aí você está com o paciente ganho aqui no trabalho."

(VIOLETA)

"(...) Eu acho que tudo no ambulatório deslança a partir do que a gente faz aqui, do que a gente decide, do que a gente vê como melhor... É como ele chega aqui, como ele

é recebido, como ele circula aqui dentro orientado, como ele é atendido, como ele realiza as necessidades dele de exames, de tudo que ele precisa fazer aqui dentro, de forma confortável. Eu vejo o meu cuidado assim, indiretamente assim, que ele chegue aqui bem orientado para andar nesses corredores atrás de exames.” (VERMELHO)

“(...) a gente pode modificar todo essa... esse fluxo desse paciente e melhorar muito. Então eu acho que quando a enfermagem entra nisso daí, dá um equilíbrio, melhora isso, acho que melhora muito em relação ao doente.” (CORAL)

“(...) Tem... tem um fluxo que a própria recepção... eles orientam que me procure (entendeu?), telefone (orientado acho que pelas recepcionistas) “quero falar com a...”, uma por aquele lado que acha que eu vou dar um jeito de puxar a cirurgia pra frente,... consulta, às vezes confusos sem saber como é... quando é ... onde é ... aí fala “fala com a Coral”, aí vem aqui...” (LILÁS)

“(...) Então eu acho que contribuo à medida que eu levo para ele a certeza de que apesar de ele ter uma doença que naquele momento está deixando muitas vezes ele transtornado, sem rumo, sem chão, sem saber muito o que fazer; o que eu procuro dar a ele o sentido, que ele pode se tratar..., mas eu sei que ele pode ser cuidado, que ele pode melhorar a qualidade de vida dele se ele seguir aquelas orientações que a gente está dando. Que ele pode compartilhar com o familiar aquela situação que ele está vivenciando naquele momento. Então eu sinto muito isso durante o atendimento de consulta...” (AZUL)

“(...) me sinto assim como uma âncora do ambulatório porque tudo entra na minha sala, elas me pedem, me chamam, problemas eu tento solucionar com relação aos pacientes (atendimentos, chegam atrasadas...), então eu tento ao máximo puxar até elas para mim mesmo, manter essa aproximação que eu acho legal isso ... A enfermeira é que resolve tudo ali fora, além do meu consultório ainda tenho lá fora para resolver...”

(VERDE)

"(...) a enfermeira aqui acaba sendo uma aliada, uma parceira para aquilo ali dar certo. E a gente tenta fazer muito isso na consulta, de que a gente está passando orientação, mas se ela não colaborar, não vai adiantar. A gente sempre fala: vou te passar tudo isso aqui, está ciente desses cuidados, se você não fizer junto com a gente, não vai adiantar. E... a gente vai ter que interagir (claro!)..." (TURQUESA)

"(...) Dependendo de como elas saem no momento de triagem, as dúvidas que elas apresentam e aí a gente tem que direcionar conforme o perfil da cliente, né? Às vezes você tem que esmiuçar muito as questões que elas apresentam, as dúvidas e assim a gente vai lidando com esta clientela..." (AMARELO)

Os enfermeiros expressam que gostam do que fazem e nesse agir encontram satisfação profissional. Valorizam seu papel enquanto membro da equipe multidisciplinar e a autonomia que possuem, pois atuam com liberdade para realizar o que julgam necessário a cada paciente, ou para realizar aquilo que vai trazer melhor bem-estar à pessoa, a partir do que ela coloca como importante ao seu momento de vida.

Possuem uma prática fundada em uma visão ampla sobre as necessidades dos pacientes e para atendê-las conjugam o conhecimento científico com os valores humanitários como a ajuda, a consideração e a responsabilidade, pois como enfermeiros estão colocando em prática os valores essenciais do cuidar humano. Nos espaços ambulatoriais, estão disponíveis para os doentes, atentos a tudo e julgam ser esse o seu papel. Sentem-se gratificados em ver o paciente aderir à terapêutica, conscientes das etapas pelas quais vai passar e com respostas às suas dúvidas e inquietações e, mais ainda, satisfazem-se com os resultados obtidos com esse modo de atuar.

Utilizam no dia-a-dia o tecnicismo característico da especialidade, pois estão empenhados em não deixar que faltem as condições materiais e técnicas para a realização dos procedimentos terapêuticos, mas estes devem ser desenvolvidos de modo humanizado, pois os enfermeiros sabem que estão diante de pessoas que atravessam um momento delicado em suas vidas. Têm o compromisso de minimizar danos, de apoiar os pacientes nos serviços, de contribuir com a qualidade de vida.

Apesar de investigar a técnica em um espaço onde o tecnicismo é valorizado e reconhecido condição primordial para o “bom desenvolvimento de um tratamento oncológico”, percebeu-se que os enfermeiros, ao lidarem com os pacientes com câncer nos ambulatorios, anunciavam “algo” mais que um simples cumprir regras ou um executar de procedimentos técnicos, e com esta questão, buscou-se conhecer a realidade dos serviços e olhar atentivamente o que acontecia à medida que pudesse pesquisar aquilo que se dá no cotidiano de ambulatorios especializados e *“... põe o homem a dispor do real, como disponibilidade”* (HEIDEGGER, 2001. p.21-23).

Relacionam-se com a clientela com sinceridade, pois falam de trocas e experiências que modificam seu modo de cuidar e pensar a sua própria vida, e pegam *“até um pouquinho dessas coisas”* para uso no seu dia-a-dia.

Acreditam que a ajuda que desenvolvem favorece o tratamento, pois se reconhecem como um canal de comunicação entre pacientes, família e os demais membros da equipe multidisciplinar. Constroem sua especialidade fundada no cuidado relacional, executam procedimentos técnicos, apóiam o doente com câncer e estabelecem com os demais profissionais o diálogo que vai permitir adotar uma nova

conduta ou definir-se por modificar ou ajustar as que estão sendo realizadas, pois valorizam os limites do paciente no processo do tratamento.

Unidade 3:

Os enfermeiros evidenciam que o envolvimento com as atividades de cuidar de pessoas com câncer favorece o crescimento pessoal e a realização profissional.

“(...) A coisa de ser... a gente quer sempre resolver. Talvez, quem sabe, seja aquela coisa que a gente foi educado para curar ... talvez seja da nossa formação acadêmica... ou pode ser mania da gente mesmo, enfermeiro é bicho muito enxerido, se mete em tudo... se não pode fazer nada, a gente dá um jeitinho de ir comendo pelas beiradas... Isso é que me emociona muito, não sei o que faria se trabalhasse em outro lugar, mas talvez eu não tivesse aprendido tanto quanto aprendi aqui...eu preciso disso aqui, talvez eu precise mais de estar no ambulatório junto do doente do que o próprio doente precisar de mim...”

(CEREJA)

“(...) eu me sinto confortável, e no momento acho que alguma diferença estou fazendo. E eu quero fazer mais... No momento que isso não for legal, não estou fazendo diferença nenhuma ... eu desisto, eu saio.”

(VIOLETA)

“(...) vontade de ajudar, de querer ver o paciente bem, a gente tem que se colocar no lugar do outro, se fosse você que estivesse ali, não queria ser bem atendida?... E isso para mim é realização como profissional, sei que estou fazendo o bem para alguém... mas eu me sinto bem, me encaixo bem no cuidado, por causa das clientes que me realizo profissionalmente...”

(QUARTZO)

"(...) Estou vivenciando sempre com o paciente no limite,... no limite de tudo o que pode acontecer... por vezes um paciente pode vir com uma grande expectativa... Então nós somos a porta de entrada, nós estamos assumindo esse papel de acolher esse público, dessa maneira... a gente precisa se mostrar muito para esse paciente... aceitar iniciar um tratamento..."

(PINK)

"(...) o que eu estou fazendo aqui? Estou ajudando os pacientes... você acaba aprendendo com o sofrimento do outro... de uma certa forma enriquecendo você mesmo, você acaba crescendo, isso te favorece um crescimento, não é assim com o sofrimento do outro, não é isso, mas você está aqui com o intuito realmente é de ajudar."

(OURO)

"(...) cada coisa que você vai vivenciando me faz crescer não só tecnicamente, mas também na vida, ter uns certos olhares diferentes, aprender de repente a ser mais tolerante, ver a vida com outros olhos, eu acho."

(LAVANDA)

"(...) gosto muito dessa parte do cuidar... e aqui é direto assistência, a gente direto com o paciente... Eu gosto muito, para mim é muito bom, como eu falei, é uma experiência que eu tiro para a minha própria vida, escutar as histórias dos pacientes, poder orientar, ver que o paciente saiu da consulta mais tranquilo..."

(BRANCO)

"(...) eu me sinto próximo do paciente e exercitando mais o que eu... optei enfermagem: que é o cuidar... o cuidar literalmente, quer dizer o trocar ali com o paciente... eu me sinto mais próxima dessa coisa do cuidado mesmo, do lidar com o outro, trocar com ele, dar e receber também..."

(AZUL)

"(...) Eu me sinto bem, principalmente ajudando assim essas pessoas completamente perdidas (entendeu?), você consegue é... nortear pelo menos,... até gosto desse trabalho aqui no ambulatório, a gente faz de tudo, tanto a parte técnica quanto essa parte dentro do consultório que às vezes, (na verdade a maioria das vezes) o médico

não tem muito tempo pra... [cada paciente]... ficar conversando;... me satisfaz, gosto, gosto disso, gosto mesmo."

(LILÁS)

"(...) você aqui, entre as atividades de consulta de enfermagem, de triagem, de admissão, controle da dor, ou seja, até de orientação; você já ganhou uma espécie de meio de campo, você direciona o paciente para ele não se perder no fluxo do hospital. Porque quando ele se perde, ele se perde mesmo... fica esperando para tratar,... direcionando para os lugares certos, nos momentos certos, tem-se um fluxo melhor e melhora o trabalho do hospital e melhora o trabalho com a doença e melhora o direito de informação do paciente do que está sendo feito com ele. Enriquece o meu trabalho."

(CINZA)

"(...) O enfermeiro não vê um corpo por parte, ali tem uma pessoa, um ser humano que sofre a cada dia. Quando ele sai daqui com o sentimento de que foi bem assistido, que o profissional conhece o histórico dele, que sabe que pode contar com o aconchego do paciente, assim há satisfação. Você consegue sair daqui satisfeito, vai para casa assim com o sentimento de dever cumprido..."

(ESMERALDA)

"(...) Enfermeira não é só uma palavra, enfermeira é muita coisa, é tudo, é um tudo! É administrar, é ser útil, é dar conforto, e acolher a pessoa, é você fazer com que a pessoa que chega aqui sofrendo, tenha dignidade, um tratamento digno. Então acho que é muito importante isso para o ser humano, a pessoa não ser vista não como um tumor, mas como um ser humano..."

(ORQUÍDEA)

"(...) a gente tem esse cuidado de estar preocupada com o conforto desse doente que fica aqui tanto tempo, tantas horas por dias, tantos anos, a gente sabe que sobreviver livre de doença e sobreviver com qualidade é o máximo que se pode alcançar a cada terapêutica que é iniciada e a gente procura, junto com a equipe médica, administrar da melhor forma possível, minimizando os efeitos colaterais desse tratamento..."

(INDIGO)

"(...) tinha que ter um espaço que a gente... atendesse à demanda espontânea ou encaminhada por outros profissionais para o atendimento... Não sei se é o meu jeito de ser, cada um tem um jeito de tentar resolver, tentar melhorar, ter uma qualidade de vida melhor e eu acredito na enfermagem, eu acho que... o paciente precisa da gente é a gente que está aqui o tempo todo com ele... é que dá aquela palavra de conforto, cuida..."

(VERMELHO)

"(...) não esperava que tivesse tanta atividade de enfermagem no ambulatório e de tanta importância... orienta as pessoas... a gente faz os testes de resíduo... têm os atendimentos assistenciais no pós-cirúrgico, todos os pacientes passam por nós... então é uma gama de atividades. Observo também aqui é a integração da equipe da enfermagem, da integração da equipe de fisioterapeutas, equipe médica são muito grande e realmente as atividades que se desenvolvem... que a gente faz, é valorizada por essas equipes. O que eu não imaginava, entendeu? Porque a visão que eu tenho lá de fora é completamente diferente do que se desenvolve aqui. Eu acho que a enfermagem aqui galgou um espaço muito bom, é valorizada... solicitam a gente... procuram... encaminham... pra gente atender, acreditam e confiam no que é desenvolvido ali dentro..."

(MARRON)

"(...) a enfermagem tem uma visão de que ela só visa aquilo dali, a assistência, aquele cuidado, a consulta é diferente, uma consulta de enfermagem... E eu gosto muito de fazer o que eu faço hoje, de conversar com o doente, de cuidar dele, adoro mexer em feridas... se eu faço aquele acompanhamento, eu me lembro de como era antes, olho aquele ponto falo assim... e aí "vou tratar essa outra aqui", criar situações para melhorar o doente e me gratifica muito quando vê ele bem... aquilo assim é um estímulo... cuida e melhora, isso estimula mais para fazer..."

(CORAL)

"(...) numa consulta, vejo elas, e acabam criando um vínculo por muito tempo, elas vêm ... vêm sempre ver a gente aqui na sala. Eu acho no tratar com carinho, com amor, dar atenção, ouvir os problemas... não sei... E elas vêm direitinhas, elas acompanham direitinho... é isso que a gente faz aqui"

(VERDE)

“(...) você começa a ser envolver porque ele traz para cá a roupa que ele veste, ele vem vestido, ele não está descaracterizado por uma camisola de hospital, ele está vestido... acho que aparece mais, o ser humano, a impressão que eu tenho é que aparece mais...”

(TURQUESA)

“(...) estou me sentindo muito motivada com o que estou fazendo... eu e as minhas colegas, as outras enfermeiras, a gente está querendo sempre ... não é inventar, mas sim ... é uma maneira, um caminho que a gente possa resolver as questões que surgem, os problemas que surgem para poder estar melhorando o nosso trabalho...”

(AMARELO)

Os enfermeiros dizem que sua atuação nos ambulatórios tem o sentido de ajuda e que, no contato direto com a clientela, revigoram-se como pessoas e profissionais. Mantêm-se atentos para direcionar os pacientes ao que de melhor a instituição oferece e para realizar os procedimentos técnicos sob sua responsabilidade. Para isto precisam conhecer não só o fluxo do ambulatório, mas também estarem envolvidos com a situação pessoal de seus assistidos.

Os enfermeiros reconhecem que os serviços ambulatoriais desempenham um papel de “porta” de entrada institucional e empenham-se em torná-la acessível à clientela que chega, muitas vezes, no limite de suas forças frente a um diagnóstico desfavorável. Em suas falas pode-se ver que exercitam o colocar-se no lugar do outro como uma atitude necessária à compreensão da situação de vida dos doentes, e atribuem grande significado profissional a essa experiência, pois esse colocar-se no lugar do outro favorece o melhor desenvolvimento do seu trabalho.

Observa-se também que os enfermeiros não vêem obstáculos para desenvolver as suas atividades, porque estabelecem um envolvimento que consideram natural à sua profissão e esse envolvimento aproxima pacientes e equipe, o que dá significado ao trabalho no ambulatório, ao enfermeiro enquanto pessoa e profissional, e ao paciente que encontra apoio e ajuda no serviço. Os enfermeiros se consideram essenciais para o êxito do programa terapêutico e sabem que fazem diferença na dinâmica dos serviços. Nos depoimentos obtidos, nota-se que há uma preocupação com os pacientes no sentido de apoiá-los, fortalecê-los e torná-los mais autônomos em relação à doença e ao tratamento.

O envolvimento com o outro e o empenho em facilitar o acesso de pessoas ao tratamento no campo da oncologia e suas muitas possibilidades terapêuticas parecem guiar esses enfermeiros no sentido de realizar um cuidado singularizado a cada situação que lhes chega. Falam que, nesse agir, realizam-se profissionalmente a cada passo que o paciente conquista no controle da doença e percebe-se ser essa a diferença que querem empreender no percurso terapêutico de pacientes oncológicos. Buscam nesse cuidar cotidiano, a motivação necessária para se manterem atuantes e satisfeitos, ainda que imersos em uma dinâmica assistencial tecnicista como é peculiar em ambulatórios oncológicos.

A experiência vivida com os pacientes no ambulatório é valorizada, pois cada história de vida impulsiona o profissional a dar o máximo de si para cuidar, a ênfase de sua profissão.

Unidade 4:

Os enfermeiros significam as atividades de cuidar que desenvolvem nos ambulatórios como necessárias ao tratamento de pacientes com câncer

"(...) apesar de eles estarem aqui, e a gente não passa a idéia de fazer por fazer, não, tem uma chance de cura. Que eu estou aqui com o propósito de ajudar e aprender, não só as coisas relacionadas à minha profissão, mas aprender também a ser um pouco mais ainda um ser humano."

(OURO)

"(...) você tentar mudar essa imagem de que "eu vim aqui para morrer". E ser bastante direta! Mas direta assim, você vai devagar porque todos esses processos de evasão, revolta, ele passa por isso tudo. Então você tem que ser uma pessoa mais para saber o que ele e a família...é sempre ele e a família, não dá para separar no processo que ele está passando e você respeitar, esperar ele superar aquele processo (e você junto com ele!)... e não estou falando da parte técnica que todo mundo sabe o que é nós temos que fazer, mas é o momento que esse paciente quer alguém que olhe nos olhos e escute a história dele."

(VIOLETA)

"(...) é vir para cá todo dia, é dar atenção ao paciente, você estar ali podendo mudar o curso do tratamento dele, às vezes com uma palavra que você faça, com uma atitude que você faz, a pessoa mais para frente quando te encontra diz "olha naquele momento você falou comigo de uma forma "... aí que você sente que o que te move é uma coisa é do teu interior. É chegar, falar e as coisas às vezes mudam o dia-a-dia, o curso do tratamento da pessoa, dependendo de um toque que você teve ou uma palavra de conforto, então é instinto!"

(LAVANDA)

"(...) Eu acho que o nosso cuidado, embora a gente esteja inserida dentro do ambiente hospitalar (tudo bem que é ambulatório, mas a gente está dentro de uma instituição que é o próprio modelo biomédico), mas eu acho que o nosso cuidado com o paciente transcende os muros desse hospital, entendeu? Eu acho que quando a gente" pega "esse paciente, a gente está na verdade vendo tudo dele fora. Somos nós que estamos

viabilizando que o tratamento dele dê certo... É simplesmente isso, só que é tão simples que parece ridículo,... Eu estou pensando em seres humanos que são portadores de câncer e estão aqui procurando uma chance e eu me vejo no compromisso de proporcionar alguma coisa para ele.”

(CEREJA)

“(...) acho que o paciente tem que estar preparado para saber o que ele vai passar, ele tem o direito de saber o que ele tem... dá ao paciente o apoio que ele precisa e a família também, pois a família fica abalada e se vê seu paciente tão bem cuidado, tão bem tratado, tão bem orientado como é aqui dentro, pelo menos pra mim... acho que é um diferencial muito importante, muito significativo... se eu fui claro...”

(MARROM)

“(...) A grande maioria das vezes a gente segue aquele roteiro, mas não de uma maneira linear, você vai indo e voltando ou vai mudando de acordo com o que você percebe dela... tentar perceber pelo menos, e a partir daí é que vou nortear o contato com ela.”

(TURQUESA)

“(...) eu aprendi que não são só as coisas... não só a parte profissional, são as emoções que ela passa, a vivência dela lá fora tem muito a ver no lidar com elas. Eu gostei e estou amando fazer consulta de enfermagem, esclarecer as dúvidas, tentar resolver os problemas que elas trazem para a gente...”

(AMARELO)

“(...) ele sai daqui vendo que ele é uma pessoa, que ele é visto como um todo poderia ser visto melhor, está se organizando ainda, vai melhorar daqui pra frente, já foi um ganho... estar esses seis meses com a consulta é o diferencial do enfermeiro aqui...”

(ESMERALDA)

“(...) E eu como enfermeira, acho, flui melhor essa parte que ele está recebendo a notícia que tem um câncer e um tratamento que vai fazer ou a opção de tratamento que é dada a ele para fazer. Então, isso é bem melhor para ele aceitar, trabalhar isso na cabeça dele...”

(ORQUÍDEA)

"(...) Então eu acho que a gente acaba conquistando... a cada dia, com grandes lacunas é lógico...; isso é uma coisa que ainda me angustia... o fato de... não ter uma enfermeira no posto avançado... Acho que... teria muito a fazer... quando eles estão nessa etapa de transição da unidade que acolheu, da equipe que eles confiam para outro lugar... eles precisavam de alguma coisa nessa transição..."acabou o tratamento, me mandaram para cá, o que eu vou fazer aqui? Iniciar o tratamento aqui." Essa a fala da equipe, iniciar um tratamento de controle de sintomas, é esse o nosso tratamento, é esse o nosso ponto..."

(PINK)

"(...) reconhecimento.... é uma coisa muito boa, é um ganho aqui no trabalho... A gente fica muito gratificada, sabe quando... consegue. Eles têm esse vínculo estabelecido com a gente, que... é a pessoa que vai resolver os problemas dele....."

(INDIGO)

"(...) Eu acho que tudo no ambulatório deslança a partir do que a gente faz aqui, do que a gente decide, do que a gente vê como melhor... Hoje com as novas tecnologias, novas medicações, os nossos pacientes têm durado muito, então eles ficam anos voltando no ambulatório. Isso cria um vínculo muito forte, muito grande com a gente..."

(VERMELHO)

"(...) É um trabalho de orientação, de educação para o cuidado, o autocuidado, a higiene, para tudo que tem a ver em relação com a doença, a gente dá essa assistência... e sei que vou beneficiar alguém, no caso aqui o paciente... oncológico... em relação ao tratamento, meus atendimentos, em relação a esclarecer dúvidas, são pequenas dúvidas, mas para eles são coisas, né?..."

(QUARTZO)

"(...) um cuidado que você direciona em várias partes esse doente, ele tem vários caminhos conosco... então às vezes em uma conversa, em uma consulta... ajuda muito, melhora muito o paciente,... diversificar determinados assuntos e não criar coisas... porque isso atrapalha no próprio andamento do tratamento dele..."

(CORAL)

"(...) e você direcionando para os lugares certos, nos momentos certos, tem-se um fluxo melhor e melhora o trabalho do hospital e melhora o trabalho com a doença e melhora o direito de informação do paciente do que está sendo feito com ele. Enriquece o meu trabalho..."

(CINZA)

"(...) Eu me sinto bem, principalmente ajudando assim essas pessoas completamente perdidas (entendeu?), você consegue é... nortear pelo menos, aquele monte de papel... estão completamente perdidas..."

(LILÁS)

"(...) mas eu sei que ele pode ser cuidado, que ele pode melhorar a qualidade de vida dele se ele seguir aquelas orientações que a gente está dando... Então eu sinto muito isso durante o atendimento de consulta... mas o significado pra mim é este: poder responder. Dar a ela alguma resposta que ela esteja necessitando naquele momento, atendê-la na necessidade que ela está demonstrando naquele momento... Quando você consegue levar ao outro, mesmo que você não possa resolver o problema dele como ele gostaria, mas ele entende como vai poder resolver de outra forma..."

(AZUL)

Os enfermeiros falam de como se sentem importantes ao cuidarem de pessoas com câncer. Para realizarem suas atividades junto aos doentes, têm necessidade de *conhecer a pessoa como um todo*, a sua história, para estabelecer a conduta terapêutica que mais possa ajudá-los durante o tratamento, pois o ambulatório favorece que haja o conhecimento não só daqueles que precisam se tratar, mas também dos familiares que os acompanham no processo.

Mostraram em seus discursos que valorizam as habilidades técnicas, mas que não são apenas mero tecnicistas, pois sabem de antemão que estão lidando com seres humanos. Essa condição faz com que possam atuar de modo personalizado a partir de

necessidades que identificam a cada vez que os doentes comparecem para o seguimento do tratamento.

Também se observou nas falas que a preocupação com a pessoa em sua totalidade gera no profissional um comportamento resolutivo. Os enfermeiros querem dar resposta aos problemas cotidianos que estão associados às diferentes fases do tratamento. Isto os faz agir com empenho para buscarem soluções práticas ou mesmo oferecer conforto que pode se traduzir em uma conversa interessada e esclarecedora.

Os conhecimentos técnicos que utilizam em suas rotinas de trabalho, possibilitam compreender cada situação dos que estão em tratamento, e buscam apoiá-los a não desistirem da luta para vencer o câncer. Esse apoio é construído a cada encontro e não é determinado apenas pelo protocolo de tratamento. Fica claro que a condição em que a pessoa se encontra é que definirá o que poderá ser feito no dia do comparecimento ao serviço. Seu modo de contribuir com as metas estabelecidas pelos protocolos terapêuticos é valorizar o que cada pessoa tem de essencial, e essa valorização traz gratificação pessoal, pois a relação profissional-cliente está baseada na atenção humanizada.

Ao assumirem a responsabilidade de agir a partir de uma relação interpessoal, o cuidado realizado como ação profissional ganha o sentido de contribuição para a melhoria da qualidade de vida daqueles a quem cuidam.

Nas falas dos profissionais, nota-se que o empenho em ajudar o ser humano com câncer, não é uma “tarefa fácil”, pois os espaços assistenciais são também locais de aprendizagem, não apenas das coisas relacionadas à profissão, mas de aprender sobre as pessoas com suas histórias, e assim desenvolverem o cuidado assistencial mais adequado ao momento de cada um. Podem, então, se aprimorar cada vez mais

como enfermeiros, podem fazer diferença na dinâmica assistencial, podem perceber o reconhecimento dos doentes e da família, reforçando que o caminho profissional que escolheram foi acertado.

CAPÍTULO VI

ANÁLISE COMPREENSIVA

Na compreensão vaga e mediana sobre o dia-a-dia nos ambulatórios oncológicos, os enfermeiros mostraram um modo de cuidar em que a consideração e o compromisso com o ser humano doente e seus familiares os guiam em sua prática profissional. Mostrou-se um fazer profissional singular, que os remetem à responsabilidade, compromisso com o outro e sua saúde e satisfação profissional.

Buscou-se o sentido que funda esse modo de agir à luz da dimensão existencial e *des-velar* o que não se mostra claramente, mas aparece no conjunto de atividades descritas nos discursos dos enfermeiros.

(...) Por mais que a compreensão do ser oscile, flutue e se mova rigorosamente no limiar de um mero conhecimento verbal – esse estado indeterminado de uma compreensão do ser já sempre disponível é, em si mesmo, um fenômeno positivo que necessita de esclarecimento.
(HEIDEGGER, 2000. p.31)

Os enfermeiros oncologistas, apesar da influência do modelo biomédico, valorizam o que fazem e falam da satisfação e do reconhecimento que encontram ao cuidar do outro. O “tom” do cuidado é dado pelas necessidades sentidas daqueles a quem cuidam. Quando a clientela chega ao serviço ambulatorial, os enfermeiros se colocam disponíveis a escutá-la. Esse é o primeiro passo para o processo de tratamento: esclarecem, orientam, motivam, executam procedimentos, enfim, tudo o que estiver ao seu alcance para assegurar ao paciente acesso ao tratamento oferecido na instituição, pois acreditam ser esse o melhor caminho para que a pessoa recupere a sua saúde. Pois...

(...) o assistir caminha em duas direções: uma para o fazer pelo (...) e o outro o fazer com o outro. Todas estas levando a cura no dizer da enfermagem que é a capacidade de restabelecer o organismo doente, (a pessoa) o indivíduo para a sociedade (...) (ANDRADE, 1997)

Um modo de *preocupação* para com os outros, ancorado no ficar ao lado, acompanhando-o e até relembrando-o daquilo que lhe compete. Esse modo de relação com o outro é compreendido pelos enfermeiros oncologistas nos ambulatorios como fundamental no cuidar daqueles que, envolvidos pelo câncer, percorrem uma trajetória terapêutica.

(...) Os "sentidos "só podem ser" estimulados "e" ter sensibilidade para", de maneira que o estimulante se mostre na afecção, porque eles pertencem do ponto de vista ontológico, a um ente que possui o modo de ser disposto no mundo (...)
(HEIDEGGER, 2000. p.192)

No cotidiano ambulatorial dos enfermeiros oncologistas, observou-se que a técnica especializada é compreendida a partir da *dis-posição* que move o profissional na direção de cuidar do outro. E que ao cuidarem dos pacientes, assumem a responsabilidade de *ser-com* aquele que está em tratamento e desenvolvem suas atividades a partir de uma ótica técnica específica ao momento existencial do paciente. Suas condições e perspectivas no cotidiano são importantes no planejamento e no desenvolvimento de atividades técnicas.

(...) A disposição é um modo existencial básico em que a pre-sença é o pre. Ontologicamente, ela não apenas caracteriza a pre-sença como também é de grande importância metodológica para a analítica existencial, devido à sua capacidade de abertura. Esta possibilidade, ademais, como toda interpretação ontológica, a se escutar, por assim dizer, o ser dos entes que antes já se abriram. Nesse sentido, deverá ater-se às possibilidades de abertura privilegiadas e mais abrangentes da pre-sença para delas retirar a explicação desse ente (...)
(HEIDEGGER, 2000. p.194)

Os enfermeiros oncologistas em espaços ambulatoriais estão envolvidos com os protocolos terapêuticos de controle do câncer, e mostram-se pre-ocupados com o paciente que vivencia uma doença grave. Estão envolvidos com tarefas, porém é esse envolvimento que os mantém empenhados em responder às necessidades trazidas pela clientela ou pelos familiares. Parece que sempre é possível “tirar um tempinho” e conversar, dar atenção ao paciente durante o atendimento ambulatorial, pois...

(...) Pertence à estrutura ontológica da pre-sença uma compreensão do ser. E sendo que a pre-sença está aberta para si mesmo em seu ser. Disposição e compreensão constituem o modo de ser desta abertura (...)

(HEIDEGGER, 2000. p.245)

Os enfermeiros, ao se ocuparem de suas tarefas, assumem responsabilidades, compromissos, e mostram antecipadamente que é preciso oferecer a melhor atenção, antevendo nessa ocupação as necessidades do outro. Mostram essa responsabilidade no apoio ao paciente, ao facilitarem o acesso terapêutico daquele que chega aos serviços, ao se colocarem disponíveis para tranquilizar o outro diante do futuro que pode ser incerto, pois esse paciente requer tempo e consideração para prosseguir seu *per-curso* no tratamento para o câncer. Em Loparic (1999) vemos que:

(...) A questão da responsabilidade bifurca...: uma linha vai em direção dos projetos *a priori* do sentido do ser e a outra em direção do deixar-ser os entes eles mesmos, os humanos e os intramundanos, à luz desse ou daquele sentido do ser, anteriormente projetado, e num mundo-projeto em que nos movemos (...)

(LOPARIC, 1999. p.204)

Ao se ocuparem com o paciente nas diferentes etapas do fluxo ambulatorial, os enfermeiros evidenciam uma postura acolhedora. Desse modo, o foco não está apenas nos procedimentos técnicos que exigem precisão, mas no como as condutas

profissionais contribuem para a melhoria na qualidade de vida dos doentes. Pode-se observar esse aspecto nos trechos abaixo:

(...) Eu faço... a consulta de enfermagem... agiliza alguns exames junto à equipe médica, reforça até alguma orientação... de maneira que o paciente entenda... A gente não pensa só na doença (...)
(ESMERALDA)

(...) Eu acho que o nosso cuidado... com o paciente transcende os muros desse hospital,... estou pensando em seres humanos que são portadores de câncer e estão aqui procurando uma chance e eu me vejo no compromisso de proporcionar alguma coisa para eles.
(CEREJA)

A vida diária permite inovações, adaptações ou opções por novos caminhos para a realização do cuidado assistencial. Parece que os enfermeiros não abrem mão do que há de humano na convivência com pessoas em tratamento oncológico, pois compreendem que a tecnologia disponível é importante na tarefa de oferecer resolubilidade ao problema do câncer. Assim, podem aproximar o que é necessário como procedimento assistencial à dimensão humana que deve existir na relação profissional-paciente. Essa compreensão foi evidenciada em vários depoimentos como se pode observar neste trecho:

(...) não estou falando da parte técnica que todo mundo sabe o que é nós temos que fazer, mas é o momento que esse paciente quer alguém que olhe nos olhos e escute a história dele (...)
(VIOLETA)

Mais do que a resolubilidade advinda da implementação do tratamento indicado a cada caso, sobressai a relação de ajuda estabelecida com o usuário do serviço. Em cada etapa do seguimento ambulatorial, podem apoiar a pessoa na superação de problemas que venham a interferir no andamento dos protocolos, retardando a vitória

sobre a doença ou o seu controle. Sobre este modo de ser profissional pode-se aproximar ao que Heidegger afirma sobre o modo de ser do homem no mundo:

(...) o de-monstrar da constituição ontológica-existencial de toda determinação e do conhecimento na disposição do ser-no-mundo não deve ser confundido com a tentativa de abandonar onticamente a ciência ao “sentimento”. (HEIDEGGER, 2000. p.193)

Heidegger explicita que a técnica é uma modificação *sui generis* do fazer ou agir humano no qual o ser é *sempre possibilidades* que descobrimos nos entes e que nos empenhamos por realizar. Motiva-nos a saltar para fora do círculo vicioso da *pro-vocação* e pensar a *pro-dução* e o *pro-duzir* em toda a sua amplitude, e estar disponível a ouvir o chamado que não brota do hábito, mas da possibilidade de *cuidar do ser* a partir do tempo de esvaziamento e disponibilidade para algo novo (CRITELLI, 2002; HEIDEGGER, 2002; HEIDEGGER, 2007).

O desenvolvimento das condutas assistenciais sob responsabilidade do enfermeiro dá-se em uma dimensão diferente da usualmente entendida na perspectiva tecnicista, pois o que emergiu é a exigência de *dar sentido à pre-sença*. Os enfermeiros parecem buscar, de modo personalizado a cada usuário no ambulatório, caminhos para tornar mais fácil a superação do processo de adoecimento por câncer, pois...

(...) o ser é sempre as possibilidades que descobrimos nos entes e que nos empenhamos por realizar... um possível entregue aos cuidados e sob nossa responsabilidade. (CRITELLI, 2002. p.88)

No empenhar-se pelo bem-estar do outro, os enfermeiros estão dispostos a ajudar e a responder ao que se apresenta de imediato no cotidiano assistencial, como expressado pelo participante Quartz, em seu depoimento:

(...) o cuidar para mim é fazer com que ele se sinta bem naquele estado..., que possa sentir bem-estar, que ele não sinta dor, que ele possa ter boa assistência,... Então o meu cuidar é isso, é visar o bem-

estar desse cliente,... utilizando o que eu sei (os conhecimentos) e orientando ele para aquela necessidade dele. (QUARTZO)

Pode-se notar no comportamento profissional dos enfermeiros oncologistas em ambulatorios o modo como se apresenta no habitual do serviço, o modo ôntico. Ao trazer a questão fundamental do ente enquanto *ser-no-mundo*, Heidegger nos apresenta que:

(...) subsiste ainda a possibilidade de ampliar a análise através de uma caracterização comparativa dos desdobramentos da ocupação e sua circunvisão, da preocupação e sua consideração e, através da explicação mais apurada de ser de todos os entes intramundanos possíveis, distinguir a pre-sença dos entes não dotados do caráter da pre-sença.” (HEIDEGGER, 2000. p.185)

Na sua ocupação diária, os enfermeiros se deixam levar em muitos momentos pela impessoalidade da rotina dos ambulatorios oncológicos. Para isso procuram diferentemente do modo impessoal de ser profissional, com sua rotina a cumprir, dar tempo aos pacientes, de modo que possam compreender todo o processo em suas fases, respeitando-se a condição física, social, bem como a condição psicológica do paciente.

(...) Somente à medida que este cuidado da presença, o cuidado com o poder ser e o dever ser for ele mesmo, tomar-se o cuidado em sentido absoluto é que se cumpre e acontece o empenho do homem pelo mundo, é que a regência e o domínio do mundo se expõe em lei, configuração, atitude e obra. Somente, então, o sendo e qualquer coisa há de abrir-se em sua essência. (HEIDEGGER, 2007. p.101)

O modo de contribuir com as metas estabelecidas pelos protocolos terapêuticos é valorizar o que cada ser humano tem de essencial, e essa valorização traz gratificação pessoal, pois fundamenta o fazer profissional no cuidado relacional onde o vínculo com o paciente se constrói a partir da confiança e do respeito (ROCHA, 2000).

Os enfermeiros ao tomarem para si a responsabilidade em favorecer boas condições para os que estão no percurso do tratamento oncológico, quando estão realizando cuidados assistenciais de forma direta ou indireta, na administração dos serviços lançam mão de uma técnica que se sustenta na *dis-ponibilidade*. Heidegger nos apresenta em *Ser e Tempo*:

(...) A essência da técnica moderna põe o homem a caminho do desencobrimento que sempre conduz o real, de maneira mais ou menos perceptível, à dis-ponibilidade. Pôr a caminho significa: destinar. Por isso, denominamos de *destino* a força de reunião encaminhadora, que põe o homem a caminho de um desencobrimento. É pelo *destino* que se determina a essência de toda história.

(HEIDEGGER, 2001*. p.27)

No modo empenhado de ser-enfermeiro nos ambulatórios oncológicos, reside a idéia de um cuidado comprometido com o desencobrimento da técnica, ou seja, abrir-se ao que se apresenta no cotidiano e agir conforme as necessidades sentidas por aqueles que buscam tratamento.

(...) Trata-se da forma de desencobrimento da técnica que o desafia a explorar a natureza, tomando-a por objeto da dis-ponibilidade.

(HEIDEGGER, 2001. p.22)

Evidenciou-se a possibilidade do *des-encobrimento* da técnica, enquanto composição do saber científico com a habilidade humana de *consideração* com o outro, de pré-ocupação com o outro, elemento fundante do cuidar como *Sorge* (cura). Uma perspectiva de cuidar que não se restringe ao factual da doença, mas a compreensão de cura como possibilidade que existe para cada um dos que estão em tratamento, sabendo que o câncer e o estadiamento do tumor não retira do outro sua condição de ser-aí singular, que tem em suas mãos a possibilidade de assumir seu presente e seu futuro. Nesse sentido, a falar das relações que o cuidado possibilita, Heidegger afirma

em *Ser e Tempo* que o *ser-aí* no seu horizonte relacional, “(...) *Desses entes não se cuida, mas se procura por eles (Fürsorgen)*” (HEIDEGGER, 2000, p.137).

Ao analisar a dimensão do fenômeno da cura a partir do cotidiano de enfermeiros ambulatoriais, encontrou-se um discurso ambíguo, porém esta ambigüidade não advém da curiosidade ou do falatório, mas se mostra na ambigüidade do *ser-aí-com* no cotidiano assistencial. A ambigüidade que resulta da pretensão de que tudo é acessível e já se sabe do que se trata em qualquer caso ou assunto. Na ambigüidade, a indecisão se mostra presente e o *ser-aí* “fica em cima do muro”, ora privilegia-se um aspecto do real ora outro, sem decisão e sem o aprofundamento da questão, empenha-se em realizar os protocolos preconizados no campo da oncologia.

(...) Tudo tem o aspecto de genuinamente compreendido, captado e dito e, no fundo, não o está; ou não tem tal aspecto e no fundo, está (...)
(HEIDEGGER, 1974. p.193 *apud* COLPO, 2000)

Desvelou-se o sentido da *CURA (Sorge)* como guia (na maioria das vezes) de um agir profissional, trazendo a preocupação com o outro como uma das características ontológicas do *ser-aí*. Esse modo de relação com o outro é compreendido pelos enfermeiros oncologistas nos ambulatórios como fundamental no cuidar daqueles que, envolvidos pelo câncer, percorrem uma trajetória terapêutica oncológica .

(...) gosto muito dessa parte do cuidar... e aqui é direto assistência, a gente direto com o paciente... Eu gosto muito... é uma experiência... escutar as histórias dos pacientes, poder orientar, ver que o paciente saiu da consulta mais tranquilo (...)
(BRANCO)

(...) Eu me sinto bem, principalmente ajudando assim essas pessoas completamente perdidas, você consegue é... nortear pelo menos... até gosto desse trabalho aqui no ambulatório, a gente faz de tudo, tanto a parte técnica quanto essa parte dentro do consultório (...)
(LILÁS)

Tal cuidado diz respeito ao cuidado para com a saúde, para com o corpo, para com os entes que nos servem cotidianamente, mas também deixa aparecer o cuidado em seus modos deficientes como a negligência, o desinteresse, a indiferença. Este é um ponto crítico e uma possibilidade quando se conjuga a especialização com a organização, e também possibilidade de avançar no sentido de um cuidar autêntico.

Desvelou-se que a prática assistencial de enfermeiros oncologistas em ambulatórios de unidades especializadas no tratamento de câncer tem uma essência singular: o cuidado em seu sentido fenomenológico *de cura, de preocupação*.

O sentido profissional da prática ambulatorial de enfermeiros oncologistas é *possibilidade de estar-junto-a-alguém, e nesse encontro, autenticamente, desenvolver a cura*, pois o enfermeiro sabe que a pessoa com câncer e em tratamento ambulatorial pode dar sentido às suas vivências e se responsabilizar por elas, pois está vivendo suas possibilidades existenciais.

CONCLUSÕES

O sentido do agir profissional na prática ambulatorial oncológica

Ao olhar o cotidiano de enfermeiros oncologistas em ambulatórios especializados para o tratamento do câncer, encontrou-se uma prática assistencial fundada na tradição científica que é própria da tecnologia moderna, mas ao mesmo tempo carregada de subjetividade, de atenção para o problema de cada indivíduo que está em tratamento. Com essa forma de realizar a enfermagem, os profissionais deixam aparecer o sentido do comportamento profissional que os liga ao mundo dos pacientes e ao seu mundo próprio, enquanto *ser-aí-com*.

Foi possível observar que esses profissionais atuam abertos às experiências de tratar pessoas com câncer, com valorização de um conhecimento científico que se renova com a evolução das terapêuticas oncológicas, mas que oferece também, à medida que esse conhecimento passa a ser de uso corrente, incorporado na vida diária, a possibilidade de promover um cuidado particularizado nas necessidades daquele que vem ao encontro do enfermeiro no espaço dos serviços.

O sentido profissional que parece guiar o cuidado oferecido pelos sujeitos dessa investigação traz a possibilidade de compreender como a técnica pode ser utilizada em uma práxis cotidiana, por si especializada, a partir da disposição que move o enfermeiro na direção de cuidar de um outro. Evidenciou-se a possibilidade do *des-encobrimento* da técnica, enquanto uma *com-posição* do saber científico oriundo da tradição de investigação no campo da medicina contemporânea, com a habilidade humana de ter consideração com o outro, elemento constituinte da ação de cuidar.

O desafio que se apresentou foi como compreender a técnica, instrumento de trabalho dos enfermeiros, associada à dimensão existencial do indivíduo, objeto do cuidado, em uma relação assistencial entre dois *daseins*.

Observou-se que os enfermeiros, em ambulatórios, estão além da manualidade de protocolos, pois podem se lançar em direção ao outro para conhecer ou reconhecer suas necessidades, e esse conhecer cada situação é que desencadeia o cuidado singularizado que envolve o benefício que esperam proporcionar ao estarem junto aos pacientes. Aí se tem uma abertura construída pela disposição em *ser-com* no mundo do trabalho, e essa abertura ao outro possibilita o cuidar como um encontro existencial.

Esse estudo possibilitou discutir a técnica enquanto essência das ações profissionais que ocorrem nos ambulatórios especializados de um serviço assistencial oncológico, isto é, o modo de agir que possibilita descobrir o que há de importante em cada situação na vida compartilhada do cotidiano. Desvelou-se um fazer técnico que na sua essência, é *dis-ponibilidade com* aquele que vem ao encontro.

(...) Assim desafiado e provocado, o homem se acha imerso na essência da *com-posição*... cujas ações e omissões se acham por toda parte desafiadas e *pro-vocadas*, ora às claras ora às escondidas, pela *com-posição*. E sobretudo nunca chega tarde e atrasada a questão se e de que modo nós nos empenhamos no processo em que a própria *composição* vige e vigora. (HEIDEGGER, 2002. p.26-27)

Heidegger coloca a técnica como modo de realização no contexto da ciência, mas lembra que o *logos* moderno é a *técnica* que se realiza em sua essência, empenhada em experimentar possibilidades para a realização de algo. No campo da oncologia, pode-se inferir que é o desdobramento das ações realizadas no cotidiano das ações de cuidado, no sentido existencial de *cura*, isto é,

(...) A cura é sempre ocupação e preocupação, mesmo que de modo privativo. No querer, só se apreende um ente já compreendido, isto é,

um ente já projetado em suas possibilidades como ente a ser tratado na ocupação ou ser cuidado em seu ser na preocupação (...)
(HEIDEGGER, 2000. p.259)

Nesse ambiente altamente tecnicista e tecnológico como os ambulatórios especializados no tratamento do câncer, também reside a possibilidade de os enfermeiros deixarem emergir o modo de *ser-com* as pessoas em tratamento, valendo-se do seu conhecimento científico que se evidencia em práticas e procedimentos técnicos. Essa não é uma situação especial, é uma situação corriqueira, pois nesse imediatismo profissional os enfermeiros estão mergulhados. Nesse sentido, concorda-se com Fogel quando, ao interpretar o pensamento heideggeriano, afirma:

(...) A tecnologia como nosso ser-no-mundo é a nossa situação, nossa circunstância, isto é, o mundo ou a realidade do real, pela qual somos tomados, determinados (...)
(FOGEL, 1996. p.41)

Ao se preocuparem com os pacientes ambulatoriais, os enfermeiros concretizam suas próprias possibilidades como *ser-aí*. Enquanto *ser-aí* estão no campo da saúde, cuidando de facilitar a vida dos que foram atingidos pelo câncer e por seu tratamento que, muitas vezes, é prolongado. Os enfermeiros se mostraram facilitadores das condições indispensáveis para o enfrentamento da situação, tanto em relação aos pacientes como em relação aos familiares, que são os que mais de perto são atingidos quando um parente recebe o diagnóstico.

Ser um facilitador nessa etapa de vida da pessoa (*ser-aí* como nós) é estar envolvido, ligado ao outro. É preocupação positiva, empenhando-se em tudo fazer para que o êxito no controle do câncer se relacione ao êxito pessoal, daquele outro que foi atingido pela doença; pela disposição em fazer o melhor, o que for possível tendo em vista a qualidade de vida do indivíduo.

Os enfermeiros, em ambulatórios oncológicos, assumem compromissos que não se limitam ao espaço físico dos consultórios ou dos grupos, porque entendem que as pessoas têm que continuar usufruindo de suas vidas social, afetiva e familiar. O que está ao alcance de imediato é outro *ser-aí* e, portanto, reconhecem em sua ajuda, na forma de cuidado assistencial, que esta pode ser mais efetiva se eles *cuidarem da pessoa* e não do câncer.

Os enfermeiros se deixaram conhecer pela responsabilidade com o paciente em tratamento. Possuem responsabilidade pelo bem-estar, pela melhoria das condições clínicas, pela autonomia que os pacientes destacam nos diferentes períodos de seus tratamentos, enfim, sentem-se co-responsáveis com o existir dos que estão sob sua atenção direta ou indireta, pois realizam as atividades administrativas do processo de cuidar. Tal responsabilidade não advém apenas da circunvisão de cuidar, apreendida desde a formação acadêmica, mas de seu compromisso como ser humano que também pode ser afetado por um câncer, pois também tem a possibilidade do adoecer.

Esta investigação se iniciou querendo descobrir o valor para os enfermeiros de suas práticas profissionais em ambulatórios oncológicos, por entender que em alguns momentos eles não conseguiam dar-lhes destaque, apesar de parecer que incessantemente estavam mergulhados em um grande número de atribuições. Desvelou-se que a prática assistencial de enfermeiros oncologistas em ambulatórios de unidades especializadas no tratamento de câncer tem uma essência singular: o cuidado em seu sentido fenomenológico - de cura. Este sentido é que move o enfermeiro, é o que faz com que ele se empenhe em ajudar, apoiar, incentivar, respeitar o tempo particular da pessoa para o enfrentamento das etapas que envolvem a dinâmica do tratamento do câncer, pois

(...) A cura existencial não é apenas um retorno à saúde, permite a recuperação da identidade, do em si mesmo no sentido originário ao desvelá-lo como ser-aí, não mais considerando-o como entidade (...)
(ANDRADE, 1997. p.90)

Assim, ao buscar o sentido do agir de enfermeiros oncologistas nos ambulatórios do INCA, encontrou-se um modo de agir profissional no qual a cura é o modo de existir de todos os enfermeiros que têm a compreensão antecipada de cuidar do outro como essencial ao seu *ser-no-mundo*.

Acredita-se que os resultados desta investigação permitiram mais aproximação com o enfermeiro sendo-no-mundo dos espaços profissionais especializados, com suas possibilidades de ir ao encontro do que estabeleceu como projeto para o momento presente, para o que permite a compreensão de seu modo de ser, seu lugar e posição no mundo da saúde e da doença.

Evidenciou-se ainda a necessidade de continuar investigando os processos de cuidar em enfermagem que estão sedimentando o solo de tradição da especialização profissional que caracteriza a assistência de enfermagem ambulatorial oncológica, e possibilitam a construção de novos espaços de atuação para enfermeiros nos programas assistenciais no campo da saúde pública.

No mundo do trabalho, os enfermeiros se mostraram em seus discursos, *ser-aí-com*, expressão mais fundante de cuidar. Encontrar-se com seus pacientes em tratamento nos ambulatórios, é *possibilidade de estar-junto-a-alguém* e, nesse encontro, autenticamente, desenvolver a cura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCÂNTARA, L.F.F.L. Enfermeiras cuidando em oncologia ambulatorial: a consulta de enfermagem e o sentido do cuidar. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2002.

ALCÂNTARA, L.F.F.L.; MALVEIRA, E.A.P. Enfermeiras cuidando em oncologia ambulatorial: a consulta de enfermagem e o sentido do cuidar. Revista de Enfermagem da UERJ, p.259-264, 2004.

ALCÂNTARA, L.F.F.L.; PAZ, E.A.P. Assistência de enfermagem em ambulatórios oncológicos: um estudo sobre a prática. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 14., 2007, Florianópolis. Anais... Florianópolis, SC, 2007.

ALVES, L.M.M., NOGUEIRA, M.S., GODOY, S. Pesquisa básica na enfermagem. Revista Latino-americana de Enfermagem, v.12, n.1, p.122-127, 2004.

ANDRADE, M. A cura como conceito vivido: o ex-sistir das pessoas que se submetem à poliquimioterapia para tratamento da hanseníase. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1997.

BICUDO, M.A.V.; ESPÓSOTO, V.H.C. Pesquisa qualitativa em educação: um enfoque fenomenológico. 2. ed. Piracicaba, São Paulo: Unimep, 1997.

BOFF, L. Tempo de transcendência: o ser humano como um projeto infinito. Rio de Janeiro: Sextante, 2005.

BRANDT, P.A. et al. Assessing the strength and integrity of an intervention. Oncology Nursing Forum, v.3, n.4, p.833, 2004.

BRASIL. Código Penal e Constituição Federal (1988). 14. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humanização SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Secretaria de Assistência em Saúde (SAS/MS). Organização e programação da assistência: subsídios para a programação da assistência ambulatorial e hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. COFEN. Decreto-Lei nº 94.406, de 8 de junho de 1987 referente à legislação profissional da Enfermagem no País.

BRESSAN, V.R., SCATENA, M.C.M. O cuidar do doente mental crônico na perspectiva do enfermeiro: um enfoque fenomenológico. Revista Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, São Paulo, v.5, n.10, p.682-689, 2002.

CAMARGO, T.C. O Ex-sistir feminino enfrentando a quimioterapia para o câncer de mama: estudo de enfermagem na ótica de Martin Heidegger. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2000.

CAMARGO, T.C.; SOUZA, I.E.O. Atenção à mulher mastectomizada: discutindo os aspectos ônticos e a dimensão ontológica da atuação da enfermeira no Hospital do Câncer III. Revista Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, São Paulo, v.5, n.11, p.614-621, 2003.

CAMARGO, T.C. Sobre a enfermagem oncológica. [Editorial]. Enfermagem Atual, Rio de Janeiro, n.38, p.4, 2007.

CANDEIAS, J.A.N. Fatos ou pura ficção em ciência. [Editorial]. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.34, n.4, 2000.

CAPALBO, C. Fenomenologia e ciências humanas. 3. ed. Londrina: UEL, 1996.

CAPONERO, R. Câncer de mama guia: condutas clínicas, exames, CID-10 – oncologia. São Paulo: Lemos editorial, s.d.

CAPRAPA, A.; FRANCO, A.L. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.3, n.15, p.647-654, 1999.

CARVALHO, M.D.B.; VALE, E.R.M. Pesquisa fenomenológica e enfermagem. *Acta Scientiarum*, Maringá, Paraná, v.24, n.3, p.843-847, 2002.

COLLI, A.S. et al. Características de um ambulatório para adolescentes. *Pediatria*, São Paulo, n.1, p.77-84, 1979.

COLPO M.O. A Cura (*Sorge*) e a Virtude da *Prudentia* - a Queda (*Verfallen*) do *Dasein* e o Pecado da Acídia (a ontologia fundamental de M. Heidegger e o pensamento de Tomás de Aquino). Banco de teses e dissertações da Faculdade de Filosofia, FEUSP, São Paulo. Disponível em: < Acesso em: em 20 jun. 2008.

COLTRO, A. A Fenomenologia: um enfoque metodológico para além da modernidade. *Caderno de Pesquisas em Administração*, São Paulo, v.1, n.11, p.37-45, 2000.

CONHEN, M.Z.; BUMBAUGH, M. Group Dream Work: a holistic resource for oncology nurses. *Oncology Nursing Forum*, v.3, n.4, p.817, 2004.

CORRÊA, C.G. Raciocínio Clínico: o desafio de cuidar. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2003.

CRITELLI, D. Martin Heidegger e a essência da técnica. *Revista Margem*, São Paulo, n.16, p.83-89, 2002.

CURY, M.A.L.; FREITAS, L.C.M.; COELHO, M.J. O cuidar/cuidado planejado no ambulatório de cateteres de adultos do Hospital do Câncer I – INCA. *Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v.2, n.4, p.249-256, 2000.

DESLANDES, S.F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.1, n.9, p.7-14, 2004.

DUBOIS, C. Heidegger: introdução a uma leitura. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

ESPOSITO V.H.C. Pesquisa qualitativa: modalidade fenomenológico-hermenêutica - relato de uma pesquisa. In: BICUDO M.A.V., ESPOSITO V.H.C. (Org). *A pesquisa qualitativa em educação: um enfoque fenomenológico*. Piracicaba, São Paulo: Unimep, 1994. p.81-93.

FERREL, B.R. et al. The Role of oncology nursing to ensure quality care for cancer survivors: a report commissioned by the National Cancer Policy Board and Institute of Mediam. Oncology Nursing Forum, v.30, n.1, p.32, 2003.

FOGEL, G.L. Martin Heidegger, et coetera e a questão da técnica: o que nos faz pensar. Cadernos do Departamento de Filosofia da PUC/RJ, Rio de Janeiro, v.2, n.10, p.37-67, 1996.

FUNDAÇÃO DAS PIONEIRAS SOCIAIS. Resumo das atividades 1958. Relatório Balanço Geral. [Rio de Janeiro]: s.ed., sd., 1v.

GIVEN, B.A.; SHERWOOD, P. A nurse led educational intervention for cancer pain. management was effective in cancer patients in settings. BMJ Evidence Based Nursing, 2005. doi:10.1136/ebn.8.1.17. Disponível em: <<http://ebn.bmjournals.com/cgi/content/full/8/1/17>> Acesso em 8 jun. 2008.

HEIDEGGER, M. Ser e tempo. Parte I. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

_____. Ser e tempo. Parte II. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

_____. Ensaio e conferências. Petrópolis: Vozes, 2001.

_____. Tempo (Época) de Visão de Mundo. In: Caminhos de Floresta. Lisboa: Calouste Gulbenkian, 2005.

_____. Ser e verdade: a questão fundamental da filosofia da essência da verdade. Petrópolis: Vozes, 2007.

_____. Todos nós... ninguém: um enfoque fenomenológico do social. São Paulo: Moraes, 1981.

HERMAN, N. A contribuição de Martin Heidegger para a hermenêutica. In: HERMAN N. Hermenêutica e Educação. Rio de Janeiro: DP&A, 2002. p.31-40.

HESSIG, R.E.; ARCAND, L.L.; FROST, M.H. The effects of an educational intervention on oncology nurses: attitude, perceived knowledge and self-reported application of complementary therapies. *Oncology Nurse Forum*, v.31, n.1, p.71, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Curso de treinamento em Qualidade Total. Manual de treinamento em gestão de recursos humanos. Rio de Janeiro: INCA, 1997.

_____. Relatório Anual 2000. Rio de Janeiro: INCA, 2000.

_____. Relatório Anual 2002. Rio de Janeiro: INCA, 2003.

_____. Consenso de mama. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

_____. Estimativas da incidência e mortalidade por câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2002.

_____. Estimativas da incidência e mortalidade por câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2003.

_____. Estimativas da incidência e mortalidade por câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2005.

_____. Estimativas da incidência e mortalidade por câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

_____. Estimativas da incidência e mortalidade por câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2007.

_____. Relatório Anual 2003. Rio de Janeiro: INCA, 2003.

_____. Relatório Anual 1999. Rio de Janeiro: INCA, 1999.

INWOOD, M. Dicionário Heidegger. Rio de Janeiro: Zahar, 2002.

_____. Hermenêutica. Disponível em <<http://criticanarede.com/filosofia.html>> Acesso em 2 jun. 2007.

IRELAND, A.M. et al. The oncology nursing society ambulatory office nurse survey. *Oncology Nursing Forum*, v. 31, n.5, p.147, 2004.

ISAKSEN, A.S.; GJENGEDAL, E. The significance of fellow patients for the patients with cancer: what can nurses do? *Cancer Nursing Philadelphia*, v.23, n.5, 2000.

JEFFREY, K.H. et al. Randomized controlled trial of the effects of print materials and step pedometers on physical activity and quality of life in breast cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology*, v.25, n.17, p.2352-2359, 2007.

JEZEWSKI, M.A., MEEKER, M.A., SCHRADER, M. Voices of oncology nurses: what is need to assist patients with advance directives. *Cancer Nursing Philadelphia*, v.26, n.2, p.105-112, 2003.

KLIGERMAN, J. Estimativas sobre a incidência e mortalidade por câncer no Brasil [Editorial]. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v.48, n.2, p.175-179, 2002.

LAMKIN, L. et al. Oncology Nursing Society workforce survey part II: perceptions of the nursing workforce environment and adequacy of nurse staffing in outpatient and inpatient oncology settings. *Oncology Nursing Forum*, v.29, n.1, p.93-100, 2002.

LEMON, S.C., ZARPKA, J.G., PULEO, E. Comprehensive cancer screening in a primary care popul: gender differences in the impact of ambulatory care system factors. *The Journal of Ambulatory Care Management*, v.12, 2005.

LIMA, R. Representação social das mulheres sobre o câncer de mama: implicações para o cuidado. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2002.

LIMA, C.R.A.; CHOR, D. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.21, n.5, 2005.

LINDOLFO, M.C. O cliente submetido à quimioterapia sob a ótica compreensiva do enfermeiro: o significado do tratamento. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1996.

LOPARIC, Z. Origem e sentido da responsabilidade em Heidegger. Veritas Revista de Filosofia, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, v.44, n.1, p.201-220, 1999.

LOURO, I.D. et al. Genética molecular do câncer. São Paulo: MSG, 2000.

LUZ, M.H.B.A. A dimensão cotidiana da pessoa ostomizada: um estudo de enfermagem no referencial de Martin Heidegger. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2001.

MACHADO, C.E.; JORGE, M.S.B. Ser profissional de saúde em uma unidade neonatal de alto e médio risco: o visível e o invisível. Estudos de Psicologia, Campinas, São Paulo, v.22, n.2, p.197-204, 2005.

MALVEIRA, E.A.P. A enfermagem no cuidado de saúde à criança em unidades básicas: uma abordagem fenomenológica. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1998.

MASSOROLLO, M.C.K.B.; KURCGARNT, P.O. O vivencial dos enfermeiros no programa de transplante de fígado de um hospital público. Revista Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, São Paulo, v.8, n.4, p.66-72, 2000.

MARTINS, J. Estudos sobre existencialismo, fenomenologia e educação. 2. ed. São Paulo: Centauro, 2006.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. (Org). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

MIZUNO, M.; ARITA, H.; KAKUTO, M. Needs of ambulatory patients with cancer who visited outpatient units in Japanese hospitals. *Oncology Nursing Forum*, v.32, n.3, 2005.

MOORE-HIGGS, G.J. et al. The role of licensed nursing personal in radiation oncology. Part B: integrating the ambulatory care nursing conceptual framework. *Oncology Nursing Forum*, v.30, n.1, p.59, 2003.

MOSCATELLO, E.L.; BICUDO, F.G.; DENARDI, U.A. Enfermagem oncológica. In: KOWALSKI, P. et al. (Ed). Manual de condutas diagnósticas e terapêuticas em oncologia. 3. ed. São Paulo: Âmbito, 2006.

MOREIRA, M.C. O cuidado de ajuda no alívio da ansiedade de clientes com câncer em tratamento quimioterápico paliativo: **contribuição ao conhecimento de enfermagem**. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2002.

MURPHY-END, K. Advanced practice nursing: reflections on the past, issues for the future. *Oncology Nursing Forum*, v.30, n.6, 2003.

NETTO, J.A.C. Vivência das enfermeiras com clientes mastectomizadas: **um estudo de caso**. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2001.

OLIVEIRA, A.L. Gestão de ambulatório público: **organização direcionada para o bom atendimento**. [Dissertação de Mestrado]. Taubaté, São Paulo: Universidade de Taubaté, 2005.

OLIVEIRA, J. Regionalização da assistência à saúde: **um estudo dos limites à implantação da norma operacional de assistência à saúde – NOAS - na região norte do estado do Rio de Janeiro**. [Dissertação de Mestrado]. Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense, 2006.

PINHEIRO, A.M.C. et al. Melanoma cutâneo: características clínicas, epidemiológicas e histopatológicas no Hospital Universitário de Brasília entre janeiro de 1994 e abril de 1999. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, Rio de Janeiro, v.78, n.2, p.179-186, 2003.

PONTES, A.L. Entrevista Ana Lúcia Pontes – Integralidade em Saúde. EnsinaSUS, 2006. Disponível em <<http://www.lappis.org.br>> Acesso em 30 jun. 2006.

POPIM, R.C.; BOEMER, M.R. Cuidar em oncologia na perspectiva de Alfred Schütz. Revista Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, São Paulo, v.13, n.5, p.677-685, 2005.

PORTER, H.B. The effect of ambulatory oncology nursing practice models on health resource utilization. Part 1: Collaboration or compliance? Journal of Nursing Administration, v.25, n.1, p.21-29, 1995.

RICHARDSON, A.; MILLER, M.; POTTER, H. Developing, delivering and evaluating cancer nursing services: searching for a United Kingdom evidence base for practice. Cancer Nursing, v.25, n.5, p.404-415, 2002.

ROCHA, S.M.M.; ALMEIDA, M.C.P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. Revista Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, São Paulo, v.8, n.6, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em 23 out. 2007.

ROSSIT, A., CONFORTI-FROES, N.D.T. Suscetibilidade genética, biometabolismo e câncer. Revista da Sociedade Brasileira de Cancerologia, v.46, n.1, 2000.

SANTINI, L.A. Carta ao Leitor. Informe INCA, Rio de Janeiro, n.215, mar/2ª quinzena, 2006.

SANTOS, D.V. Nurses' attitude towards revealing the prognosis of treatment possibility a matter of bioethics. Revista Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, São Paulo, v.12, n.5, p.790-6, 2004.

SCHMITZ, H. Fenomenologia antiga e nova. Veritas Revista de Filosofia, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, v.47, n.1, p.53-59, 2002.

SECOLI, S.R.; PADILHA, K.G.; LEITE, R.C.B.O. Avanços tecnológicos em oncologia: reflexões para a prática de enfermagem. Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro, v.51, n.4, p.331-337, 2005.

SILVA, A.L.; PADILHA, M.I.C.S.; BORESNSTEIN, M.S. Professional image and identity in the construction of nursing knowledge. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, São Paulo, v.10, n.4, p.586-95, 2002.

SILVEIRA, C.S. A pesquisa em enfermagem oncológica no Brasil: uma revisão integrativa. [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto, São Paulo: Universidade de São Paulo, 2005.

STEIN, E. Aproximações sobre a hermenêutica. *Coleção Filosofia*, v.40. Porto Alegre, Rio Grande do Sul: Edepucrs, 1996.

TELLO-POMPA, C.A. O cotidiano de vida e saúde de mulheres peruanas em uma comunidade rural. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2003.

THULER, L.C. Editorial. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v.50, n.1, p.4, 2004.

TRESVISAN, M.A.; MENDES, I.A.C.; MELO, M.R.A.C. Building competences in the core, according to Boff: a new perspective of nurse's ethical conduct. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, São Paulo, v.11, n.5, p.652-657, 2003.

VENÂNCIO, V.R. Enfermeiro no Programa da Saúde da Família: reflexões sobre a atuação na perspectiva da Teoria da Contingência. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2003.

ZAGO, M.A. Pesquisa clínica no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p.363-374, 2004.

ZANCHETTA, M.S. Enfermagem em cancerologia: prioridades e objetivos assistenciais. Rio de Janeiro: Revinter, 1993.

SUMÁRIO

RESUMO	ix
ABSTRACT	x
RESUMÉ	xi
CAPÍTULO I	
Introdução	01
CAPÍTULO II	
SOLO de TRADIÇÃO	10
§ Do Câncer para Oncologia.....	10
§ O espaço ambulatorial oncológico	14
§ A Humanização em ambulatórios oncológicos.....	18
§ A dinâmica assistencial nos ambulatórios oncológicos do INCa.....	21
§ O espaço ambulatorial e as enfermeiras oncologistas.....	30
CAPÍTULO III	
A FENOMENOLOGIA COMO SOLO FILOSÓFICO.....	35
§ A Fenomenologia de Martin Heidegger	41
§ Método em HEIDEGGER	45

CAPÍTULO IV

O PERCURSO METODOLÓGICO_____	50
§ I Tipo de Estudo	51
§ II Campo de Investigação.....	52
§ III Sujeitos do estudo	53
§ IV Ambientação como etapa prévia a entrevistas com os enfermeiros.....	54
§ V Obtenção de Depoimentos.....	55

CAPÍTULO V

O MODO ÔNTICO DO AGIR PROFISSIONAL _____	58
§ Unidade 1: Os enfermeiros ao realizarem o cuidado ambulatorial se ocupam em orientar e esclarecer os doentes e seus acompanhantes durante o tratamento, e expressam-se a partir de um discurso acolhedor.	59
§ Unidade 2: Os enfermeiros significam as atividades que desenvolvem no ambulatório com satisfação, atuam com autonomia e sentem que são fundamentais no processo de tratamento para o câncer.....	65
§ Unidade 3: Os enfermeiros mostram que o envolvimento com as atividades de cuidar de pessoas com câncer favorece o crescimento pessoal e a realização profissional.	71
§ Unidade 4: Os enfermeiros significam as atividades de cuidar que desenvolvem nos ambulatórios como necessárias ao tratamento de pacientes com câncer	77

CAPÍTULO VI

Análise Compreensiva.....	83
---------------------------	----

CONCLUSÕES	92
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
ANEXOS	107

INTRODUÇÃO

O interesse em ampliar a compreensão sobre a atuação do enfermeiro oncologista no espaço dos ambulatórios tem dirigido o caminhar das investigações realizadas por esta pesquisadora, incluindo sua dissertação de mestrado que investigou como se desenvolvia na prática assistencial a consulta de enfermagem em ambulatórios de uma unidade hospitalar especializada no tratamento para o câncer de mama, do Instituto Nacional de Câncer (INCA), no município do Rio de Janeiro.

Nesse estudo, havia a aparência de que a consulta de enfermagem não era entendida pelos próprios enfermeiros e que, apesar de um envolvimento permanente com as questões assistenciais do cotidiano profissional, a prática da consulta no espaço relacional do ambulatório mostrava-se *encoberta*¹ pelas demais atividades da assistência oncológica.

O estudo desvelou que o sentido profissional dos enfermeiros, ao desenvolver a consulta, transcendia o aspecto do modelo assistencial biomédico, cujos atendimentos são planejados e executados dentro de um contexto de prevenção, tratamento e controle do câncer, e no qual o ser humano aparece como secundário ante a terapêutica que precisa ser implementada. Observou-se que os enfermeiros, por vezes, romperam com esse modelo, ressaltando-se a singularidade existencial das pacientes,

¹ As palavras em itálico no texto indicam o pensamento fenomenológico de Martin Heidegger que fundamenta a trajetória do estudo.

o que favorecia o *cuidado*² nos ambulatórios oncológicos da unidade estudada. A consulta de enfermagem mostrou-se em seu objetivo e sentido: o cuidar.

Esses profissionais se mostraram envolvidos em um cuidado singularizado às pessoas nos serviços, movendo-se pela preocupação com o bem-estar do outro e sua realização como pessoa enfrentando o câncer de mama. O enfermeiro mostrou não se deter ocupado nas etapas da consulta, mas *pré-ocupado*, estabelecendo uma relação de autenticidade com aquele que precisa vivenciar o tratamento oncológico e responder às necessidades trazidas por esse ser humano que precisa ser cuidado.

Esse resultado direcionou o foco de atenção para outras questões na busca de compreender como se dão as demais atividades cotidianas desenvolvidas pela enfermagem no espaço profissional do ambulatório, visto que há um desdobramento de ações onde a especialização do campo oncológico dá o tom da prática profissional, considerando-se as especificidades de cada tipo de neoplasia diagnosticada, a participação do profissional no tratamento proposto, que compreende a orientação e a execução de procedimentos técnicos de enfermagem ou de outras especialidades afins ao tratamento.

Quando se trata de serviços assistenciais como os ambulatórios oncológicos, tem-se que considerar que a enfermagem realiza uma diversidade de cuidados aos pacientes. Trata-se de uma prática com a característica das terapias oncológicas, usualmente com procedimentos complexos, que requerem dos profissionais conhecimentos especializados para a sua execução, em que a precisão técnica e a

² O cuidado compreendido como “condição existencial de possibilidade de cuidado com a vida e dedicação“, uma atitude relacional com o outro inserido na realidade que vivencia cotidianamente e, concebido como cuidado em um sentido originário, ou seja, ontológico (Heidegger, 2000, p.265)

eficácia são importantes, porém sem desconsiderar a habilidade humana necessária ao momento de cuidar de uma clientela com câncer (MOORE-HIGGS, 2003).

Partindo dessas considerações, este estudo permanece na mesma instituição especializada no tratamento para o câncer e procura ampliar a compreensão do agir profissional, a assistência de enfermagem no cotidiano ambulatorial oncológico. Considera-se que esse cotidiano não se resume às consultas de enfermagem, pois na dinâmica assistencial, os enfermeiros se mostram inseridos em uma multiplicidade de ações que requerem não apenas o conhecimento científico sobre o que realiza, mas também que possam aplicá-lo com habilidade, traduzida em eficácia quanto ao resultado, como se mostra ao integrar uma equipe de saúde.

O cuidar humano relacional parece estar presente na mesma proporção, pois os enfermeiros se empenham em responder aquilo que se apresenta como necessidade pessoal a ser atendida no plano particular de cada paciente, pois “... *deixam aparecer um agir direcionado pelas possibilidades de cuidar com resolutividade e humanizado em meio à realização de cada cuidado de enfermagem*” (CURY, 2000).

Na dinâmica dos ambulatórios oncológicos, a atuação de enfermeiros mostra-se na realização de ações que envolvem alta complexidade, como administração de antineoplásicos, curativos ou orientações pré-cirúrgicas, entre outras. Tais ações são direcionadas especificamente a cada indivíduo e os enfermeiros, ao estarem com diversas pessoas em diferentes fases do tratamento, procuram estabelecer uma relação compatível com o que é necessário para tratar a doença, sem deixar de lado o cuidado humano que a pessoa merece.

Nesse cuidar, a enfermagem assume o compromisso com seus clientes de assisti-los em suas necessidades básicas e torná-los independentes durante o percurso

do tratamento, que objetiva o controle eficaz da doença. Esse compromisso se traduz não só no modo como os procedimentos técnicos são realizados, mas no apoio à família, na implantação de consultas de enfermagem e com mudanças no fluxo de atendimento (agendamentos concentrados em uma mesma data, grupos diários em horários fixos, troca de turnos de atividade para aproveitar as lacunas no fluxo, etc), desdobrando-se em alterações de condutas ou na introdução de novas estratégias assistenciais que oportunizem um espaço para que o cuidado de enfermagem aconteça e, assim, possa atender às necessidades do paciente no cotidiano assistencial de ambulatórios oncológicos.

Importa aqui compreender como a enfermagem oncológica³ desenvolve o seu fazer no cenário dos ambulatórios, qual o percurso que os enfermeiros oncologistas⁴ estão construindo? O sentido do fazer desse enfermeiro oncologista é o mesmo anunciado na consulta de enfermagem anteriormente estudada na dissertação de mestrado? O modo de agir profissional como hoje se vê nos ambulatórios oncológicos depende do processo patológico que acomete os doentes, das características pessoais de cada um dos enfermeiros na sua relação com os doentes e com o trabalho assistencial, ou é resultado da incorporação de valores que transcendem as objetivações naturais afetas a procedimentos em prol do cuidado? (ALCÂNTARA, 2002)

Para responder a tais questionamentos, torna-se necessário deixar a compreensão *mostrar-se*, visto que esta não foi explicitada nas pesquisas de enfermagem. Buscou-se, portanto, olhar a dinâmica ambulatorial desenvolvida pelos

³ Assistência de enfermagem ao paciente com câncer nas várias etapas que compõem um tratamento oncológico.

⁴ Enfermeiro que atua em serviços especializados em oncologia há mais de dois anos ou que tenha título de especialista outorgado pela Sociedade Brasileira de Enfermagem Oncológica (SBEO).

enfermeiros oncologistas na prática dos ambulatórios oncológicos, e compreender aquilo que se mostra no cotidiano desse espaço assistencial ou, como diz Popim (2005)

(...) evidenciar a natureza desse cuidado, revelando sentimentos ou motivos os quais escapam à observação objetiva, mas que estão acompanhando, interferindo em nosso modo de agir, de pensar, enfim, de existir.

(POPIM, 2005)

A possibilidade de analisar o cuidado realizado pelos enfermeiros nos espaços de ambulatórios oncológicos permite conhecer o enfermeiro exercendo o que lhe é mais próprio (cuidar) e, então, ser compreendido em sua essência, no *espaço* onde a singularidade do indivíduo *se* mostra a partir de um cotidiano de ocupações, pois “quanto mais o homem moderno vivencia suas ações cotidianas, mais caminha em direção a uma abertura para sua essência” (CAMARGO, 2003; COFEN/BRASIL, 1987; HEIDEGGER, 2004).

Ampliando as considerações sobre o tecnicismo que se mantém presente na assistência oncológica para os diferentes tratamentos clínicos como: quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia, iodoterapia ou as cirurgias oncológicas, observa-se que outras tecnologias leves ganham espaço nessa assistência, como os grupos de acolhimento para os que precisam de internação cirúrgica e de acompanhamento pós-cirúrgico, bem como grupos de orientação para o autocuidado, que auxiliam os pacientes a entender ou aceitar aquilo que lhe é proposto como opção terapêutica, por exemplo (MATTOS, 2001).

Apesar de estarem presos às questões relacionadas ao tempo cronológico para a indicação dos procedimentos e obterem a melhor resposta terapêutica, os profissionais de enfermagem atuam *lançando mão* de competência técnica, de

conhecimentos científicos específicos da clínica oncológica e de empatia para compreender o ser humano naquilo que vivencia com o paciente ou o familiar em um ambulatório oncológico (CAMARGO, 2003).

O enfermeiro responde a necessidades emergentes da doença e seu tratamento, agindo como um elo entre o paciente e a instituição, pois cuidar da saúde das pessoas não significa *lidar* apenas com suas enfermidades, mas vê-las como *seres* abertos ao mundo. Assim o profissional e o cliente se relacionam e deixam aparecer o seu modo de ser, construindo ou des-construindo relações (PORTER, 1995; LINDOLFO, 1996).

No entanto, ainda não está claro como os enfermeiros compreendem as práticas de cuidar que desenvolvem no espaço ambulatorial, pois estão naturalmente envolvidos pelas rotinas da dinâmica assistencial oncológica, atuando com procedimentos técnicos, com princípios da ciência e da humanização, mas parecem não refletir sobre o que desenvolvem, e não se dão conta de estarem construindo o modo próprio de ser enfermeiro oncologista. À aproximação do pensamento de Martin Heidegger que apresenta sua filosofia sobre o modo de ser do homem e seu estar no mundo, observa-se que este ser se mostra no modo da disposição, ocupando-se, e que:

(...) A disposição é tão pouco trabalhada pela reflexão que faz com que a pre-sença se precipite para o "mundo" das ocupações numa dedicação e abandono irrefletidos...

(HEIDEGGER, 2000. p.191)

Ao pesquisar na literatura sobre a questão do cuidado de enfermagem em oncologia, Camargo (2000) e Camargo e Souza (2003) identificam o descompasso existente entre o tecnicismo da assistência prestada e o cuidado que os enfermeiros realizam para cada paciente, pois ao mesmo tempo em que reproduzem um discurso que valoriza o padrão dos procedimentos oncológicos, eles têm preocupação e

cuidados específicos para cada um, respeitando-lhes o tempo e a compreensão de suas situações, para cumprir as etapas do tratamento. Esse comportamento foi observado e descrito antecipadamente por Zanchetta ao estudar a assistência em enfermagem na oncologia, quando diz:

(...) o desejo de ações mais efetivas, a ânsia de experimentar novas formas de agir, a tendência positiva de criticar, provocar e participar ativamente nos processos de mudanças.

(ZANCHETTA, 1993. p.131)

ALCÂNTARA e MALVEIRA (2004), ao falarem da prática de enfermeiras na consulta à mulher com câncer de mama, concluíram que elas mostram dinamismo ao realizá-la e um compromisso que não se restringe aos consultórios, porque entendem que a clientela em tratamento tem vida pessoal, familiar, social e, portanto, devem atuar valorizando todos esses aspectos. As autoras mostraram uma prática que destoa da idéia restritiva de ações que se dão a partir de uma assistência oncológica hermética e rígida em termos de procedimentos para o controle e tratamento. Por trás dessa assistência tecnicista, está presente o cuidado de modo singularizado e ampliado a cada paciente em função das situações que vivenciam nas várias fases de seus tratamentos.

Assim, para investigar o cuidado cotidiano de enfermeiros, optou-se neste trabalho pela abordagem fenomenológica, cuja proposta é compreender aquilo que acontece a partir do dia-a-dia familiar e que, mesmo conhecido pelos sujeitos envolvidos, nem sempre é de fácil compreensão.

Martin Heidegger (2000, p.313) afirma que *“quando a ocupação respeita e considera a originalidade do que se toma, trata-se de uma relação de preocupação”*. Se se transportar esse pensamento para o espaço ambulatorial oncológico, na prática de

assistencial, isto é, o cuidar, busca-se na relação paciente-enfermeiro o diálogo e a troca de experiências que fortificam o indivíduo que vivencia uma doença grave. Mesmo que, na maioria das vezes, não se dêem conta da dimensão de suas ações de cuidar, no instante em que se estabelece o cuidado, os enfermeiros se apresentam como *ser-com* esta pessoa, que também é um *ser* humano como ele. Em suas ações e intervenções, já promovem uma abertura ao outro que favorece o cuidado. A compreensão acontece no âmbito do cuidar e do trabalhar, onde...

(...) o simples praticamente não nos impressiona mais em sua capacidade porque o modo de pensar científico habitual destruiu a capacidade de se maravilhar com o óbvio

(HEIDEGGER, 2001. p.129)

A proposta deste estudo é desvelar o modo como se desenvolve o cuidado realizado por enfermeiros oncologistas a partir da atividade diária no cotidiano de ambulatórios oncológicos. Nesse espaço assistencial - profissional, a situação a ser desvelada é o sentido da prática de enfermeiros oncologistas e de como aliam conhecimento técnico-científico à humanização do tratamento. Para atuarem profissionalmente, não abrem mão de uma especificidade técnica baseada no desenvolvimento da ciência, acrescentando à sua expertise, atenção com a singularidade de cada paciente, levando em conta os princípios de ajuda e de alívio do sofrimento nas várias fases e estadiamentos da doença neoplásica.

Buscou-se compreender o sentido do cuidado assistencial de enfermeiros oncologistas que alia conhecimentos teóricos do campo da biomedicina e das ciências humanas a um fazer humanizado, lidando cotidianamente com pessoas em diferentes etapas de tratamento, agindo ora de modo impessoal, cumprindo regras rotineiras do

serviço ditadas por manuais técnicos, ora agindo de forma singular, respondendo a cada paciente naquilo que expressam como necessidade.

A questão do sentido do *ser-enfermeiro* oncologista ainda precisa ser respondida, pois o profissional na dinâmica assistencial mostra um modo de agir, no espaço comum do serviço, habitualmente entendido por todos como o mundo do trabalho, das ocupações. No sentido fenomenológico, o mundo para Heidegger é o espaço onde tudo se dá e acontece:

(...) o mundo da pre-sença libera o ente que vem ao encontro numa totalidade conjuntural, familiar ao impessoal e nos limites estabelecidos pela medianidade.

(HEIDEGGER, 2000. p.182)

Esses enfermeiros mostram que há um sentido diferente que deixa aparecer uma solicitude em atender ao outro na sua individualidade, mesmo que atendam a pessoas com um mesmo problema, como o câncer. Que sentido têm suas atividades, que muitas vezes não são compreendidas nos ambulatórios oncológicos, por ser um espaço que congrega um fazer que parece comum e conhecido de todos os que atuam com as questões de saúde e de doença?

Portanto os objetivos deste estudo são:

- § Descrever o cotidiano do cuidar em ambulatórios oncológicos;
- § Compreender o comportamento profissional de enfermeiros que cuidam dos clientes/pessoas nos espaços assistenciais de ambulatórios oncológicos;
- § Desvelar o sentido desse comportamento profissional no campo da oncologia ambulatorial.

CAPÍTULO II

SOLO DE TRADIÇÃO

Do Câncer para a Oncologia

Um dos grandes problemas de saúde pública em nosso país é o câncer, por ser uma doença crônica e que não representa uma única moléstia, mas sim um processo comum a um grupo heterogêneo de enfermidades que diferem etiologicamente em frequência e manifestações clínicas. É uma doença crônica multifatorial, resultante da interação de fatores etiológicos que afetam os processos de controle da proliferação e crescimento celular (LOURO, 2000; KLIGERMAN, 2002; LIMA, 2005).

O câncer, enquanto problema de saúde pública, pode ser caracterizado pelo aumento gradativo da incidência e mortalidade específicas proporcionalmente ao crescimento demográfico e ao desenvolvimento socioeconômico, bem como pelo desafio que isso representa para o sistema de saúde brasileiro no sentido de se garantir o acesso pleno e equilibrado da população ao diagnóstico e tratamento dessa doença (KLIGERMAN, 2002).

Esse processo fisiopatológico se inicia quando uma determinada população de células sofre transformações no material genético contido no núcleo (ácido-desoxirribonucléico – DNA), dando origem a descendentes insensíveis aos mecanismos reguladores do crescimento e divisão celular normal. Atualmente, identifica-se uma variedade de formas de câncer e já se reconhece a impossibilidade de agrupá-las sob uma única doença. Então, compreende-se que as pessoas expostas a diferentes fatores de risco podem responder de maneiras distintas aos inúmeros tratamentos disponíveis quando acometidas por uma neoplasia maligna (SECOLI, 2005).

A assistência oncológica está vinculada à situação de doença apresentada por cada indivíduo atendido, pois conforme o estadiamento clínico⁵ do câncer é possível construir o diagnóstico diferencial dessa doença e definir as condutas que deverão ser propostas para o tratamento eficaz do paciente oncológico. Assim, essa assistência especializada conta com uma gama diversificada de possibilidades de tratamento, pois as terapêuticas disponíveis nos serviços contam com condutas clínicas e cirúrgicas, que podem ser associadas concomitantemente ou seqüencialmente, segundo as necessidades identificadas em cada paciente. São elas: a quimioterapia, a radioterapia, a hormonioterapia e as cirurgias, implementadas por protocolos e que consideram as características identificadas na avaliação do paciente e suas condições clínicas frente ao estágio da doença diagnosticada (CAPONERO, 2003).

A importância crescente desse grupo de doenças tem sido acompanhada de aumento proporcional ao esforço de investigação e de investimentos para a pesquisa na área da oncologia, incluindo numerosos projetos que tratam de aspectos da ciência básica, desenvolvimento genético e de biologia molecular, e não apenas testes de medicamentos. Apoiada na pesquisa científica, a oncologia demarca sua trajetória e desenvolve um corpo de conhecimentos, firmando-se como uma especialidade no campo da saúde (ZAGO, 2004; SILVEIRA, 2005).

Apesar dos avanços terapêuticos alcançados, ao incremento de ações assistenciais no campo do diagnóstico / tratamento e a possibilidade de cura em cerca de 50% dos cânceres diagnosticados mundialmente, as altas taxas de incidência e

⁵ Estadiamento clínico de tumores (TNM) é o conjunto de sinais observados no organismo do paciente portador de câncer, os quais delimitam o tamanho do tumor (T), a progressão sistêmica locorregional ou linfonodal (N) e a presença de metástases à distância do tumor primário diagnosticado (M). Norteia ações de saúde e uniformiza as condutas terapêuticas no tratamento para o câncer.

mortalidade por câncer continuam preocupantes (MATTOS, 2001). Durante as três últimas décadas, foi possível conhecer a biologia e a patologia do câncer, fato que estimulou o desenvolvimento de drogas que atuassem de modo específico e com menos efeitos colaterais, e agentes menos agressivos ao paciente em tratamento oncológico (INCA, 2003).

A detecção precoce é o principal objetivo das ações de saúde preconizadas nessa área. A identificação de lesões precursoras ou do câncer em estágios iniciais mostra-se uma estratégia favorável para o êxito do tratamento oncológico. A suscetibilidade individual é reconhecida como importante fator que influencia o processo de doença associada às situações de riscos como a exposição ambiental, ocupacional, terapêutica e/ou endógenas aliadas ou não ao estilo de vida de cada indivíduo (ROSSIT, 2000).

Os estudos epidemiológicos indicam que fatores ambientais podem estar associados ao desenvolvimento de até 70% a 90% dos casos de câncer, e as mudanças na frequência da detecção do câncer confirmam o meio ambiente e o estilo de vida como fatores modificadores do comportamento da neoplasia maligna continuamente, seja entre grupos étnicos migrantes seja nos indivíduos que exercem atividades ocupacionais específicas, bem como a potencialização do risco para os fumantes (INCA, 2000; THULER, 2004).

As estimativas epidemiológicas para o Brasil em 2008 mostram que o câncer de pele não-melanoma é o mais incidente na população, e o câncer de mama como a mais comum neoplasia em mulheres que vivem em regiões urbanas e de classe social mais elevada, ressaltando-se ainda sua colocação como a primeira causa de morte por câncer no sexo feminino. Entre os homens, o câncer de pulmão e o de próstata são os

mais freqüentes, no entanto a mortalidade por câncer de próstata é relativamente baixa e a detecção precoce tem aumentado nas regiões onde é comum o rastreamento da população pelo teste Antígeno Prostático Específico (PSA) (INCA, 2007).

Em relação à progressão das neoplasias, as estimativas mostram que 52% dos casos novos e 46% dos óbitos esperados serão em mulheres, ratificando o câncer de mama como o primeiro entre os cânceres que acometem as mulheres. O câncer de pulmão continua o mais incidente no Brasil, com 12,3% de casos novos e também como causa de morte por câncer mais freqüente em homens e a segunda nas mulheres, apesar das ações direcionadas à sua prevenção e ao controle do tabagismo, importante fator de risco para todos os tipos de câncer. Fazem-se necessários investimentos tecnológicos voltados tanto à educação e saúde quanto na área assistencial, com vistas ao controle dessa doença (INCA, 2003; 2005; 2006; 2007).

Como diretriz de política de assistência nacional de controle do câncer de mama, o Consenso de Mama propõe estratégias que organizem e/ou melhorem a qualidade da assistência oncológica prestada nas várias regiões do país, com ações acessíveis e abrangentes no manejo terapêutico da neoplasia, e subsídios para a discussão de práticas usuais (INCA, 2004).

O desafio presente para os gestores de serviços especializados vinculados ao SUS, quando se trata da assistência oncológica, é como viabilizar recursos, garantir o acesso de indivíduos ao atendimento e promover a atualização de profissionais quanto aos avanços científicos e tecnológicos de modo a incorporá-los rapidamente às unidades assistenciais, considerando que a realidade vivenciada pela população brasileira é de pacientes que, ao buscar o tratamento, apresentam-se em condições clínicas mais graves e estadiamentos compatíveis com doença avançada, condições

desfavoráveis à remissão total de doença ou cura do câncer diagnosticado (KLIGERMAN, 2002; INCA, 2005).

A Rede de Atenção Oncológica⁶ vem então como uma estratégia para implantar ações assistenciais que contemplem áreas de baixa cobertura, suprir os déficits quanto a recursos técnico-científicos, melhorar o acesso da população aos serviços especializados e reorganizar a assistência oncológica no Brasil. Uma proposta que visa a articular saberes, serviços e profissionais na formação de uma rede nacional integrada que contribuirá para ampliar o acesso aos serviços de saúde, sejam eles locais ou regionais, públicos ou privados, na busca de um cuidado singularizado, com resolutividade e humanização, articuladas às práticas desenvolvidas na assistência oncológica oferecida à população (INCA, 2005; PINHEIRO, 2003).

O espaço ambulatorial oncológico

A assistência ambulatorial em oncologia no contexto da saúde configura-se como um conjunto de saberes e práticas de cuidado à clientela, pois o espaço do ambulatório favorece o encontro do profissional com o usuário do serviço, e valoriza a pessoa como sujeito ativo em um processo de doença, que coloca para os serviços demandas específicas (ALCÂNTARA, 2002; CARVALHO e VALE, 2002; PINHEIRO, 2003; OLIVEIRA, 2005).

No capítulo referente à saúde, na Constituição Federal Brasileira artigo 196, lê-se:

⁶ Organização de serviços com o objetivo de ampliar ações de prevenção e diagnóstico precoce de câncer com vistas a responder às demandas oncológicas da população brasileira, a partir das disposições contidas na Política Nacional de Atenção Oncológica lançada em 2005 pelo Ministério da Saúde/Brasil.

(...) a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, produção e recuperação (...)
(BRASIL, 2008. p.108)

Os ambulatórios se caracterizam como espaços de múltiplas atividades de complexidade variada, traduzindo um grande incentivo à modificação do padrão hospitalocêntrico da assistência a partir da melhoria qualitativa do atendimento ambulatorial, com alternativas administrativas gerenciais que favoreçam a redução de internações e uma maior resolutividade dos serviços disponíveis. Desenvolvem ações básicas como acolhimento, triagem e consultas, bem como as especializadas como exames diagnósticos (core-biopsia e marcações pré-cirúrgicas), quimioterapias e radioterapias (SAS/MS, 2001; MURPHY, 2003; VENÂNCIO, 2003).

Em oncologia, observam-se nuances diversas no âmbito da assistência ambulatorial; conforme cada etapa ou estadiamento da doença apresentada pela clientela, modificam-se fluxos e/ou implantam-se novas ações assistenciais, requerendo dos membros da equipe multidisciplinar adaptações de condutas que tragam resolutividade a esse espaço assistencial (VENÂNCIO, 2003; IRELAND, 2004; INCA, 2005).

Os serviços ambulatoriais especializados em oncologia requerem recursos humanos qualificados para atuar nessa área, pois se multiplicam as oportunidades profissionais com vistas ao trabalho multidisciplinar na assistência aos pacientes com câncer. Desse modo, os profissionais vêm construindo um corpo de conhecimento próprio, que se desdobra na prática diária dos serviços oncológicos. Criam-se áreas de especialização profissional, cursos de treinamento em serviço (residências e estágios

de treinamento profissional) e dissemina-se uma prática fundamentada cientificamente e resolutiva, frente às demandas da clientela, agregando avanços técnicos gerados pela pesquisa na área da cancerologia, favorecendo o acesso da população a novas tecnologias terapêuticas (MASSOROLLO, 2000; IRELAND, 2004; INCA, 2005; CAMARGO, 2007).

O ambulatório oncológico mostra diferenças quando comparado aos ambulatórios da rede de Atenção Básica. É um serviço especializado que exerce o papel de porta de entrada, desenvolvendo tanto atividades e procedimentos de baixa complexidade como também condutas que envolvem procedimentos de média e alta complexidade. Em sua dinâmica assistencial específica, desenvolvem-se procedimentos e condutas que vão se multiplicando conforme as necessidades do paciente em tratamento para o câncer (OLIVEIRA, 2005; HESSIG, 2004).

Desse modo, os ambulatórios especializados são espaços assistenciais que oferecem serviços definidos a partir de um perfil epidemiológico, inserindo-se no sistema de saúde conforme as características demográficas (agrupamentos populacionais superiores a 30 mil habitantes) apresentadas na região enfocada. Também prestam apoio terapêutico e diagnóstico em uma relação direta com as outras unidades de saúde da área, e por apresentarem especificidade tecnológica e de recursos humanos, visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos referenciados da população (SAS/MS, 2001; LAMKIN, 2002; OLIVEIRA, 2006).

Esses serviços especializados compõem um bloco com características especiais, de maior densidade tecnológica e/ou custo, que devem ser ofertados em municípios-pólos de regiões, bem como dispor de tratamento diferenciado no processo de programação da assistência em alta complexidade. São serviços que pretendem

contribuir com o equacionamento da crescente demanda da assistência especializada no tratamento para o câncer, com vistas ao alcance de melhores resultados e que possam contar com indicadores de avaliação para o aprimoramento das práticas assistenciais (SAS/MS, 2001; RICHARDSON, 2002; IRELAND, 2004).

O ambulatório oncológico é um serviço de pacientes externos onde se realizam exames diagnósticos como a core-biopsia, curativo pós-operatório mediato (no sétimo dia pós-cirurgia), quimioterapias, radioterapias entre outros procedimentos, que são oferecidos ao paciente de maneira rotineira, ou seja, uma realidade que envolve práticas de alta complexidade e requer resolutividade, pois o paciente permanecerá em seguimento ambulatorial na maioria das etapas previstas em um tratamento oncológico (INCA, 2003; IRELAND, 2004).

Observam-se modificações marcantes na dinâmica desses serviços que, de acordo com as tecnologias implementadas, agregam atividades antes realizadas nas unidades de internação às suas práticas ambulatoriais rotineiras, compatibilizando a assistência com a visão gerencial que busca minimizar riscos de infecção, otimização de recursos operacionais e diminuir os afastamentos da pessoa doente de seu cotidiano pessoal (SAS/MS, 2001; INCA, 2003).

Essa tendência de unidade ambulatorial com serviços complexos na área da oncologia não está restrita ao Brasil. Trata-se de uma estratégia mundial para suprir as demandas trazidas pela população no que se refere às necessidades de saúde. Alguns pontos têm sido valorizados no desenvolvimento de tratamentos ambulatoriais de doenças crônicas, como por exemplo, a redução do afastamento do doente de seu cotidiano familiar, a possibilidade de diminuição do risco frente aos processos infecciosos decorrentes da hospitalização, a otimização de custos institucionais e a

participação do paciente durante as terapêuticas propostas. Tais situações podem ser apontadas como benefícios desse tipo de assistência (JEZEWSKI, 2003; SANTINI, 2006).

É necessário, no entanto, que essas atividades sejam desenvolvidas segundo as especificidades de cada neoplasia diagnosticada e articuladas com as práticas interdisciplinares necessárias ao paciente em tratamento oncológico. A dinâmica assistencial requer competência técnica, humana e organizacional para aproximar valores profissionais e institucionais às necessidades apresentadas pelo paciente na situação de doença (FERREL, 2003; BRANDT, 2004).

A Humanização em ambulatórios oncológicos

A Humanização se mostra no espaço assistencial como um movimento que favorece a adoção de práticas individualizadas com novas formas de agir e produzir o cuidado, a assistência e a relação com o cliente em saúde. Uma tendência de âmbito mundial, que influencia políticas de saúde e padrões de qualidade na assistência prestada à população; propõe a garantia de acessibilidade da população aos serviços de saúde conforme uma rede organizada, a partir de uma regionalização e hierarquização da assistência e proporciona oportunidade para agregar a integralidade às ações de cuidado (CAPRARA e FRANCO, 1999; DESLANDES, 2004; PONTES, 2006).

Para cuidar dessa dimensão fundamental do atendimento à saúde, foi criada a Política Nacional de Humanização (Humaniza-SUS) e um conjunto de estratégias para alcançar a qualidade da atenção e da gestão em saúde no SUS. Como um objetivo a ser alcançado, emerge a necessidade de resgatar as relações entre profissionais e

usuários, dos profissionais entre si, da instituição com os profissionais e dos serviços assistenciais com a comunidade (INCA, 2004; OLIVEIRA, 2005).

O Humaniza-SUS é iniciado com a finalidade de garantir que a oferta de atendimento com qualidade aconteça articulada aos avanços tecnológicos da assistência, bem como ações que favoreçam o cuidado individualizado, isto é, humanizado. São ações relacionadas ao acolhimento da clientela atendida, na promoção de ambientes favoráveis ao cuidado e também às condições de trabalho dos profissionais, qualificando esses serviços naquilo que oferecem ao atender à clientela integralmente nas necessidades sentidas enquanto uma pessoa doente (INCA, 2004).

Com essa política de qualificação dos serviços orientada pelo Ministério da Saúde (Humaniza-SUS) e divulgada em toda rede assistencial no SUS, observa-se que:

(...) a Humanização, como uma política transversal, supõe necessariamente que sejam ultrapassadas as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção de saúde (...)

(INCA, 2004)

Humanizar dá espaço no cotidiano assistencial àquilo que é característico do ser humano: a necessidade de se comunicar com o outro e de compreender a situação vivida; as situações usuais que interferem na resolutividade da conduta proposta e que parecem requerer dos profissionais práticas mais adequadas às necessidades de cada cliente, mostram-se como marca positiva da assistência resolutiva.

Na prática, essa proposta é um processo amplo, demorado e complexo; estimula a implementação de medidas que favorecem as relações humanas durante a realização de um cuidado e ratificam a importância de serem mantidos valores humanitários como a responsabilidade e a consideração, incorporados às atitudes profissionais e, assim,

viabilizar ambientes terapêuticos satisfatórios à clientela no processo de diagnóstico, tratamento e reabilitação (OLIVEIRA, 2005; OLIVEIRA, 2006).

Tal abordagem implica garantir a utilização de tecnologias de saúde disponíveis para melhorar e prolongar a vida e a sua viabilidade diante da situação vivida por cada indivíduo atendido nos serviços ambulatoriais oncológicos; requer um aparato tecnológico aliado a novos fazeres sustentados pelo cuidar singular que permite ver o cliente como ser humano de modo a provocar um efeito positivo sobre a situação que apresenta (DESLANDES, 2004; ALCÂNTARA e PAZ, 2007).

Em uma dinâmica assistencial especializada no tratamento para o câncer e a partir de uma estratégia como o Humaniza-SUS, o cuidado prestado envolve mudanças de comportamento através de ações mais próximas às necessidades de cada indivíduo que é atendido. Uma situação nova a cada atendimento pode despertar nos profissionais uma sensação de insegurança e resistência diante das estratégias propostas pelo programa de humanização. No entanto, além da relação do paciente com o profissional, fatores relacionados aos pacientes (idade, contexto familiar, hábitos de vida, etc), à doença e sua cronicidade, aos tratamentos (efeitos indesejáveis, esquemas complexos, etc), ou até aqueles relacionados à instituição (acesso ao serviço, fluxo de atendimento, etc) influenciam a adesão ou não das equipes multidisciplinares às estratégias de humanização na prática dos serviços ambulatoriais em oncologia. E, apesar dessas dificuldades, a humanização do cuidado prestado se faz necessário quando se lida com pessoas com câncer e a uma gama de necessidades comuns aos pacientes e seus familiares ao vivenciarem um diagnóstico positivo de neoplasia maligna (OLIVEIRA, 2006; INCA, 2004).

A dinâmica assistencial do INCA nos ambulatórios oncológicos

O Instituto Nacional de Câncer (INCA), como instituição pública, cumpre diversos papéis: prestador de serviços na saúde coletiva, no nível terciário e quaternário de assistência oncológica; agente formador de recursos humanos, promovendo a realização de cursos de treinamento profissional, residência e especializações; no desenvolvimento de pesquisas científicas tanto como pesquisador principal quanto membro de programas nacionais e/ou internacionais no âmbito da oncologia; e também como órgão normativo ministerial, participando na elaboração de normas e rotinas na área da oncologia, bem como ao prestar assessoria a outros serviços na implantação da rede oncológica de assistência (INCA, 2005).

O INCA tem sua rede assistencial formada por cinco unidades hospitalares, no município do Rio de Janeiro, que funcionam em regime ambulatorial e de internação, com serviços diversificados para tratamento das várias neoplasias. Uma instituição que dissemina dessa maneira os valores científicos, as normas técnicas e administrativas para organização e funcionamento de serviços assistenciais especializadas em âmbito nacional (INCA, 2005).

Enquanto agente regulador e normatizador da assistência em oncologia no país, o INCA estabelece parâmetros diagnóstico-terapêuticos, desenvolve mecanismos de controle de procedimentos oncológicos, coordena programas de formação profissional centrados no controle de câncer e ainda participa com assessoria técnica na reorganização da assistência em oncologia no Brasil (INCA, 2003).

Um exemplo de seu desempenho enquanto instituição do Ministério da Saúde foi a participação no lançamento, em dezembro de 2005, da Política Nacional de Atenção Oncológica, que passou a tratar o câncer como um problema de saúde pública. Assim,

o trabalho é interligado em Redes Regionais de Atenção Oncológica, formando uma Rede Nacional, que tem como objetivo envolver diferentes parceiros governamentais e não-governamentais em uma mobilização social para o controle do câncer (INCA, 2005).

Outra ação de integração disponibilizada pelo INCA é o treinamento de profissionais de saúde para a melhoria da habilidade no manejo de casos, inseridos no programa Expande/INCA. Esse programa visa à disseminação de serviços especializados na assistência oncológica no país, bem como a oferta de cursos de residência, aperfeiçoamento e especialização em cancerologia a profissionais de saúde atuante nessa área assistencial (INCA, 2003).

Nesse contexto, a proposta do Humaniza-SUS chega ao INCA para estimular que a oferta de atendimento de qualidade seja articulada a avanços tecnológicos e ações de acolhimento, à melhoria dos ambientes de cuidado e quanto às condições de trabalho dos profissionais nos vários serviços que dispõe. Na prática, essa proposta veio reforçar as medidas já implementadas no Programa de Qualidade Total em 1997, ratificando a incorporação de atitudes necessárias à valorização dos pacientes e dos ambientes terapêuticos que recebem os indivíduos e os profissionais no processo de diagnóstico, tratamento e reabilitação no campo da assistência oncológica (BRASIL, 1997).

Nesses serviços assistenciais mostra-se um forte movimento no sentido da adoção de práticas humanizadas nos seus vários setores, porém é no ambulatório que se podem observar, mais facilmente, as modificações na realização do cuidado em saúde, pois o relacionamento direto de clientes e profissionais promove o diálogo e as trocas necessárias para que uma prática humanizada aconteça.

Nos ambulatórios, diversos profissionais especializados compõem a equipe multidisciplinar: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, cirurgiões plásticos entre outros, o que a torna mais resolutiva ao atendimento frente a desdobramentos possíveis de uma doença crônica como o câncer (LEMON, 2005).

Na dinâmica assistencial, a clientela é atendida a partir de encaminhamentos médicos. Trata-se de uma demanda referenciada que chega necessitando de atendimento, que é realizado após ser avaliado cada caso. A partir daí, o cliente pode ser re-encaminhado ao serviço de origem ou matriculado para tratamento na instituição.

Vale ressaltar que as unidades hospitalares do INCA formam hoje uma rede de serviços especializados, articulando ações e suprimindo lacunas entre elas, desencadeando uma dinâmica bastante resolutiva dentro da proposta de integralidade preconizada pelo sistema SUS. Porém essas unidades não são iguais, assemelham-se ao assumirem a missão assistencial na área da oncologia, mas conservam características peculiares em cada serviço, pois percorreram caminhos distintos até constituírem hoje o INCA.

A construção de cada serviço se deu a partir de realidades diferentes, e cada um deles se desenvolveu de forma independente até 1991 quando, por decisão ministerial, foram agrupados como uma única instituição. Com exceção do Hospital do Câncer III, que iniciou suas atividades como um Centro de Pesquisa, com cunho preventivo vinculado a práticas de saúde pública, as outras unidades hospitalares começaram na assistência médico-hospitalar, centradas no controle do câncer e com administrações específicas quanto ao modelo de gestão adotado (INCA, 2003).

Em 1998, seguindo a estratégia operacional de agrupar os tipos de neoplasias e otimizar os recursos tecnológicos, humanos e organizacionais disponíveis ao atendimento da clientela, buscou-se a adequação de recursos específicos e inter-relacionados aos tratamentos realizados (sejam materiais ou profissionais e sua especialidade) articulados aos avanços científicos diante da demanda que se apresenta nesse campo da oncologia (INCA, 1999).

Nas cinco unidades hospitalares, encontram-se serviços ambulatoriais segundo as características clínicas do atendimento que oferecem, em uma apresentação fragmentada de acordo com a localização da doença maligna diagnosticada. Assim, organizados conforme a neoplasia a ser tratada, parecem ter sua atuação restrita ao acesso do usuário à assistência especializada, recebendo apenas a identificação de “ambulatório do hospital” e não um serviço sistemático que desenvolve atividades conforme as necessidades requeridas por pessoas em tratamento oncológico. Dessa maneira, o INCA se apresenta como rede assistencial na qual cada unidade tem o ambulatório organizado e direcionado para o tipo de neoplasia atendida: Hospital do Câncer I (HC I), Hospital do Câncer II (HC II), Hospital do Câncer III (HC III), Hospital do Câncer IV (HC IV) e Centro de Transplante de Medula Óssea (CEMO) (INCA, 2005).

O Hospital do Câncer I (HC I) é a unidade que oferece maior variedade de clínicas oncológicas e também maior número total de atendimentos. O serviço ambulatorial do HC I se apresenta diversificado com atividades que contemplam os tipos de neoplasia atendida nessa unidade; há uma organização administrativa hierárquica que compreende: a chefia de enfermagem ambulatorial na coordenação dos ambulatórios e no pronto atendimento (ou emergência), e a gerência setorial que se subdivide em uma chefia cirúrgica e outra clínica/diagnóstica. Em cada clínica, há uma

enfermeira-líder na coordenação administrativa que também atua nas atividades rotineiras de atendimento aos pacientes oncológicos e seus familiares.

Agendamento de consultas, equipes de saúde e espaços físicos são divididos e atuam independentes entre si. Os ambulatórios funcionam, algumas vezes, em locais distintos, como o caso da clínica de cabeça e pescoço e a triagem para essas clínicas, bem como os curativos, que funcionam em uma estrutura externa ao prédio do HC I.

O Hospital do Câncer II (HC II) iniciou suas atividades em 1976, como um órgão vinculado ao Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social (INAMPS) e atualmente é um serviço ambulatorial que atende a pacientes em tratamento de câncer ginecológico e abdominal. Dispõe de uma chefia única de enfermagem no ambulatório que coordena os setores de ginecologia, clínica cirúrgica e pronto atendimento (emergência). A enfermeira que atende ao setor de oncologia clínica utiliza os consultórios do ambulatório sempre que há demanda de paciente para atendimento de primeira vez.

No HCII, várias equipes de saúde compartilham um espaço reduzido frente à demanda de serviços que a clientela solicita. A enfermagem está presente desde o acolhimento ao paciente que chega para o tratamento, em consultas de primeira vez (anterior ao tratamento), após definição da proposta terapêutica, no pós-cirúrgico e em grupos operativos de orientação à clientela com indicação de tratamento radioterápico, que se dá fora da unidade hospitalar, seja em unidades do INCA ou na rede SUS. A assistência de enfermagem se realiza em um espaço físico específico, fato que facilita a atuação dos enfermeiros oncologistas nos vários momentos do tratamento oncológico da clientela.

O Hospital do Câncer III (HC III) iniciou suas atividades como unidade de atenção primária da Fundação das Pioneiras Sociais (FPS), uma instituição assistencialista, presidida pela então primeira dama - a Sr^a Sarah Kubistschek - e até 1957 concentrava suas ações prioritariamente no campo da educação fundamental e da assistência social. Inaugurada em 1957, foi a primeira unidade de saúde voltada para atividades preventivas referentes ao câncer ginecológico e odontológico em nível ambulatorial da instituição (FPS. s/d).

O serviço ambulatorial passou por várias modificações e, inicialmente, desenvolveu ações voltadas à assistência ginecológica, desde exames preventivos a condutas terapêuticas, tanto no tratamento de doenças ginecológicas benignas quanto malignas. Em 1990, já com o nome de Hospital Luiza Gomes de Lemos, foi incorporado ao INCA e mudou seu perfil assistencial, passando a atender à clientela oncológica, porém ainda com as características de um serviço voltado a uma demanda de maioria feminina. Em 1998, restringiu sua assistência ao tratamento para o câncer de mama (INCA, 2000).

Os enfermeiros ambulatoriais desenvolvem suas atividades organizadas administrativamente em gerência do ambulatório, de radioterapia e da Central de Quimioterapia, as quais estão em igual nível hierárquico no organograma da Divisão de Enfermagem. Esses profissionais realizam procedimentos técnicos específicos, realizam consultas e coordenam grupos operativos de orientação. Implementam, assim, as condutas de enfermagem conforme o tratamento prescrito, empenhados em promover uma assistência resolutiva à clientela atendida e, inseridos nessa dinâmica assistencial multidisciplinar dos ambulatórios oncológicos. Esses enfermeiros desenvolvem suas atividades nos diversos momentos do tratamento para o câncer de

mama, envolvidos nessa dinâmica de atendimento preconizado no serviço ambulatorial do HC III.

O Hospital do Câncer IV (HC IV) é a unidade hospitalar especializada em cuidados paliativos na rede INCA, e o único nesse tipo de assistência no setor público brasileiro. As atividades desenvolvidas garantem um espaço amplo à assistência de enfermagem, pois está centrada no controle de sintomas e promoção de qualidade de vida ao paciente oncológico fora de possibilidades de cura.

Os enfermeiros oncologistas no serviço ambulatorial se dividem entre consultas, realização de procedimentos técnicos como curativos, trocas de sondas e drenos, bem como na coordenação de grupos operativos a pacientes e acompanhantes com vistas a responder às necessidades de uma clientela. Lidam com os desdobramentos trazidos por uma sobrevida mais longa, uma realidade possível aos pacientes oncológicos.

No entanto, é nos ambulatórios de cuidados paliativos que se colocam de maneira mais forte perguntas como: que qualidade de vida é possível? Assim, a equipe de enfermeiros busca aproximar-se do doente que chega ao serviço e desenvolver uma nova cultura no cuidar, pois agregam práticas do cotidiano pessoal a procedimentos necessários à situação vivencial do paciente e às conseqüências do adoecimento pelo câncer no seu dia-a-dia.

A quinta unidade hospitalar do INCA é o Centro de Transplante de Medula Óssea (CEMO), uma unidade que assiste à clientela referenciada das outras unidades da rede INCA na busca de uma possibilidade terapêutica oferecida pelo transplante de medula óssea. Apesar de ser uma unidade assistencial independente do HC I, funciona no mesmo prédio.

O serviço ambulatorial foi ampliado há um ano, com inauguração de um espaço físico para as atividades complementares ao transplante de medula óssea, que anteriormente aconteciam de maneira restrita em uma sala externa ao setor de internação do CEMO. Os enfermeiros atuam no período pré-transplante, quando iniciam com a orientação aos pacientes e seus acompanhantes e, conforme cada caso, realizam a terapêutica medicamentosa prescrita; no período após a alta hospitalar, em que o paciente necessita retornar freqüentemente ao serviço para a administração de medicamentos e controle de sintomas que possam indicar qualquer efeito colateral ao tratamento realizado (doença enxerto-contra-hospedeiro), que é primordial para o sucesso do tratamento de pacientes transplantados. Esse é o momento do cuidado ambulatorial no CEMO, uma fase do tratamento em que é preciso estimular o paciente no retorno ao meio familiar, realizar a quimioterapia de suporte e também manter um controle rígido dos sinais e sintomas que indiquem qualquer complicação durante o restabelecimento de um paciente transplantado.

A assistência de enfermagem é organizada com uma gerência ambulatorial e com dois a três enfermeiros (um diarista e os demais plantonistas) para as atividades assistenciais, dando cobertura ao período de doze horas de funcionamento desse setor. Isto quer dizer que esse serviço funciona os sete dias da semana, devido à necessidade de atenção contínua ao paciente que se submeteu a um transplante de medula óssea.

Percebe-se, nos ambulatórios do INCA, que o cuidado humanizado traz para o serviço um conjunto de iniciativas que caracterizam a assistência e, ao mesmo tempo, abre espaço para o reconhecimento do paciente como ser humano, com subjetividade e

modos de compreender o que está acontecendo com ele durante uma trajetória terapêutica oncológica.

Como referência especializada, os ambulatórios do INCA apresentam diversos níveis de complexidade, conforme a especificidade requerida pelas clínicas, com características de organização e operacionalização que favoreçam a atenção integral em permanente interação com ações de promoção de saúde, proteção da vida, recuperação de danos agudos e reabilitação (COLLI, 1979; GIVEN, 2005).

(...) Essa divisão se justifica pelas especificidades de cada um desses níveis, no que diz respeito ao modelo de atenção; organização da rede; distribuição de responsabilidades; dispersão/concentração de serviços; disponibilidade de acesso da população e lógica de financiamento da proposta.(...)

(SAS/MS, 2001)

Em geral, os serviços ambulatoriais do INCA vêm crescendo em número de atividades e atendimentos realizados. Muitas clínicas atendem sua clientela quase em sua totalidade em seguimento clínico ambulatorial, conseqüência do aumento de sobrevivência dos pacientes, graças aos avanços terapêutico-tecnológicos e melhoria da assistência oncológica, o que determina um prolongamento no acompanhamento ambulatorial.

Exemplos dessa afirmação é a Radioterapia ou a Estomatoterapia que funcionam ambulatorialmente e assistem a seus clientes de maneira satisfatória e com resolutividade em um seguimento predominantemente ambulatorial. Como também pode-se citar a necessidade de um seguimento pós-tratamento (a médio e em longo prazo) de pacientes sobreviventes ao câncer de mama, descrita por Jeffrey et al. (2007), pois há evidências de que essas mulheres têm apresentado complicações tardias ao tratamento oncológico, como fadiga, insônia e dificuldades cognitivas.

Jeffrey et al. (2007) nos desafiam a assistir essas pessoas que precisam de cuidado contínuo ao vivenciar alterações bio-psicossociais decorrentes das terapêuticas utilizadas, pois o *per-curso* iniciado com o adoecimento não está findo após o término do tratamento. Ao discutir atitudes e práticas que venham a resgatar o cuidado humanizado, aliando-o a uma assistência ágil, resolutiva, contínua e com integralidade, abre-se a possibilidade de uma sobrevida com qualidade, apesar da experiência de uma doença crônica e, nesse espaço assistencial, o ambulatório oncológico vem se mostrando uma opção efetiva no acompanhamento de pacientes com a vivência de um câncer (CANDEIAS, 2000; DESLANDES, 2005; SECOLI, 2005; JEFFREY, 2007).

O espaço ambulatorial e os enfermeiros oncologistas

As práticas assistenciais de enfermeiros oncologistas se desenvolvem e se diversificam nos espaços ambulatoriais, ratificando as inovações trazidas pela produção científica aliada à demanda existente. Esses profissionais desenvolvem algumas ações que mostram um movimento para humanizar a assistência em enfermagem, pois os enfermeiros falam da importância de responder às solicitações e necessidades expressadas por pacientes e acompanhantes durante a dinâmica assistencial. Eles orientam com detalhes o passo-a-passo de cada conduta terapêutica proposta e adaptam, na maioria das vezes, o cuidado de enfermagem à situação apresentada pela pessoa com câncer.

Em oncologia, os enfermeiros se encontram continuamente buscando uma atualização, pois a clientela se apresenta com necessidades específicas a partir das condutas terapêuticas usuais no tratamento prescrito; e esse profissional está atento em todo o processo de assistir ao paciente e seus familiares no que diz respeito à área

preventiva, curativa e paliativa, possibilitando cuidados mais individualizados que respondam às necessidades sentidas e à capacidade de resposta com o uso do arsenal técnico-tecnológico requerido, como também ações que privilegiam a subjetividade que marca o percurso de adoecimento de pacientes oncológicos (MOSCATELLO, 2006; LIMA, 2002; BRESSAN, 2002).

Os enfermeiros oncologistas gerenciam o serviço a partir de uma visão de utilização racional do espaço físico, conversam com os colegas de outras equipes profissionais e planejam, a cada turno, onde e como as atividades programadas se realizarão na dinâmica assistencial dos ambulatórios oncológicos. Trata-se de um processo sistemático e dinâmico, composto de uma seqüência de pensamentos desse profissional no sentido de tomar decisões sobre suas ações, as quais modulam e dão especificidade a cada situação vivenciada nesses espaços da assistência oncológica (CORRÊA, 2003; IRELAND, 2004).

No cotidiano de enfermeiros em serviços ambulatoriais oncológicos, estes se mostram desenvolvendo ações administrativas como agendamentos concentrados em uma mesma data para consultas, curativos e/ou para a realização de exames, através de uma melhoria do fluxo de atendimento nos ambulatórios, com redução do tempo de espera do cliente tanto para atendimento ou para encaminhamento para membros da equipe multidisciplinar. Nos ambulatórios, os enfermeiros realizam procedimentos técnicos antes dependentes de internação como nas administrações quimioterápicas de longa duração, e acompanham clientes nos exames diagnósticos invasivos como a core-biopsia, ou mesmo na desobstrução e retirada de drenos tubulares na assistência de enfermagem pós-cirúrgica, entre outras ações; estão envolvidos com propostas que

incentivam o diálogo entre profissionais da equipe multidisciplinar voltada à construção de uma prática assistencial humanizada e resolutiva (IRELAND, 2004).

Mostra-se uma dinâmica nos serviços ambulatoriais onde as atividades se multiplicam em número e complexidade, conforme as especificidades de cada clínica, e um movimento que deixa evidente modelos assistenciais distintos (biomédico e holístico) quase que ocorrendo simultaneamente, pois os enfermeiros oncologistas ampliam sua base técnica de cuidar e incorporam tecnologias complexas ao atuarem nesses espaços com seus pacientes (ALCÂNTARA e PAZ, 2007).

A equipe de enfermagem atua de modo próximo, com o conhecimento da dinâmica do serviço, identifica lacunas e propõe alternativas no fluxo de atendimento e, colocando-se mais perto do paciente, age no sentido de atendê-lo naquilo que ele traz como necessidade. E, desse modo, intensificam-se as ações de acolhimento de pacientes, na realização de exames diagnósticos, na execução das propostas terapêuticas e dos procedimentos técnicos bem como orientação e apoio emocional, tanto durante o tratamento quanto do encaminhamento ao suporte terapêutico aqueles que não respondem aos métodos usuais (INCA, 2005).

O enfermeiro se utiliza de inúmeras estratégias para “costurar” o fluxo de atendimento, desde a confirmação do diagnóstico, o tratamento, a reabilitação até cuidados paliativos, conforme o tipo e estadiamento clínico da neoplasia enfocada, de modo a contemplar as muitas etapas de um tratamento oncológico e seus desdobramentos. (NETTO, 2001; SECOLI, 2005; INCA, 2003).

Assim, os enfermeiros zelam para que o setor se mantenha dinâmico, resolutivo e democrático, pois esse é um espaço compartilhado por todos os profissionais que atuam na assistência a pacientes em tratamento para o câncer. Os enfermeiros se

movem no sentido de cuidar a partir da competência profissional conquistada, onde a cientificidade e humanização parecem estar em “pé de igualdade” (ISAKSEN, 2000; SILVA, 2002).

Novas consultas podem ser introduzidas nas rotinas ambulatoriais, ampliando as oportunidades para o cliente perguntar, questionar sobre seu tratamento cirúrgico e assim poder expressar suas necessidades diante das propostas terapêuticas oferecidas a partir da confirmação do diagnóstico de uma doença maligna. Desse modo, possibilitam-se esclarecimentos às dúvidas individualmente e respeita-se o nível de entendimento de cada um, seja paciente ou familiar (TRESVISAN, 2003; SANTOS, 2004).

Modificações que, na prática ambulatorial, favorecem a enfermagem que se mostra nesse espaço da assistência com uma “*visão de cuidar da pessoa no que ela traz como a sua possibilidade mais própria*”, nos diz ALCÂNTARA (2002. p.89). Nesse cuidar cotidiano dos ambulatórios oncológicos, os enfermeiros não “costuram” tão somente o fluxo do atendimento, mas outros fluxos vitais para o paciente nesse espaço do cuidado, ou mesmo fora dele.

O estudo realizado por Mizuno, Arita e Kakuto (2005) com pacientes com câncer em tratamento ambulatorial no Japão mostrou que as necessidades dos pacientes ainda são pouco percebidas pelos profissionais a despeito do muito que conhecem sobre as características das neoplasias e os protocolos terapêuticos. Moreira (2002) e Alcântara (2002) contrapõem essa afirmativa, ao afirmar em seus estudos que, muitas vezes, durante a dinâmica assistencial, os enfermeiros oncologistas anunciam um agir próprio ao cuidar no espaço dos ambulatórios especializados, seja em um gesto

simples, em um diálogo ou na disponibilidade para conversar durante a dinâmica assistencial cotidiana desses serviços.

Evidencia-se, então, um espaço assistencial favorável à investigação e discussão de uma prática peculiar ao agir de enfermeiros oncologistas no momento de cuidar, envolvidos pela dinâmica assistencial e inseridos em um processo terapêutico que se desenvolve a cada dia em busca de responder às demandas assistenciais no campo da oncologia no país (SECOLI, 2005; MASSAROLLO, 2000).

CAPÍTULO III

A FENOMENOLOGIA COMO SOLO FILOSÓFICO

A Enfermagem é uma profissão diferente no campo da saúde, pois além de vincular ciência e arte, o enfermeiro agrega singularidade ao ato de cuidar. O cuidado em saúde é o cuidado ao ser humano e pode se dar de diferentes modos: individualmente, às famílias, em ações de promoção, de acolhimento (quando se instaura um processo patológico), de reabilitação, ou pela coordenação de setores técnicos que constituem o trabalho multidisciplinar que tem como objetivo a restauração do equilíbrio humano (ROCHA e ALMEIDA, 2000).

O cuidado na enfermagem em suas diferentes áreas, inclusive na oncológica, vem se modificando com o passar das décadas, pois o enfermeiro parece reconhecer e valorizar a necessidade de uma relação interpessoal mais intensa e terapêutica. Desse modo, vem construindo o seu saber a partir daquele a quem cuida, bem como do cuidado que realiza, encontrando nas abordagens qualitativas uma opção para também refletir essa prática envolvida pelo cotidiano assistencial, como por exemplo, a fenomenologia (BRESSAN e SCATENA, 2002; ALVES, 2004).

O método fenomenológico na pesquisa científica é um caminho para investigar os objetos a partir da apreensão das coisas nelas mesmas; descreve a gênese do fenômeno [*Phänomen*] no fazer junto ao outro em um cotidiano próximo. Propõe assim pensar os atos humanos e seu conteúdo relacional na situação vivenciada em uma realidade.

Segundo Capalbo, a fenomenologia

(...) instaura a atitude dialogal e do acolhimento do outro em suas opiniões, idéias e sentimentos, procurando colocar-se na perspectiva do outro para compreender e ver como o outro vê, sente ou pensa.

(CAPALBO, 1996. p.39)

O pensamento moderno tem se afastado da experiência original do homem, voltando-se para a objetivação das coisas para poder dominá-las e transformá-las pela técnica. A fenomenologia é exatamente a análise desses atos de visar um objeto que caracteriza a consciência voltada para alguma coisa, como consciência de algo, nos diz Husserl (CAPALBO, 1996).

O problema que surge para a fenomenologia é o de saber como essas vivências se mostram na essência daquilo que acontece no cotidiano. A atitude fenomenológica convida a deixar as coisas aparecerem com as características que se dão nessa transparência dos fenômenos, não alterando a essência manifesta neles. Compreender o ato humano implica em olhar de modo atento para a plenitude de sua significação, deixar emergir a totalidade das suas conexões, das suas inter-relações, em situá-los na totalidade da experiência (CAPALBO, 1996).

Husserl, no início do século XX, ao trazer o conceito de fenomenologia, contrapôs-se ao psicologismo vigente na época e propôs investigar as condições em que a ciência se instaura, o seu ponto de partida e sua sustentação enquanto conhecimento humano conquistado. Afirma que toda ciência se dá a conhecer como fenômeno que aparece à consciência e esta visa sempre um objeto. A fenomenologia definida por ele é apresentada como a análise desses atos onde o interesse busca

compreendê-los através de uma descrição na qual o sujeito percebe os objetos, imagina, julga, etc., isto é, em uma relação aberta guiada por significações atribuídas à consciência intencional (SCHMITZ, 2002).

Assim, a fenomenologia é apresentada por Husserl como uma ciência rigorosa, mas não exata, a qual busca contemplar as muitas possibilidades de o ser humano interpretar o mundo onde vive. Ele a define como “*uma direção de nosso olhar se voltando das realidades experimentadas para o caráter de serem experimentadas*”. Mostra um caminho para estudar o comportamento do homem, sua experiência original de existir na realidade, e reconhece a familiaridade dos atos humanos cotidianos, a ciência e a técnica como instrumentos que possibilitam o acesso à convivência mundana com o outro, em um modo compreensivo de interpretar a realidade que se apresenta.

O fenômeno, na fenomenologia, é compreendido a partir da palavra grega *phainestai* / mostrar-se, a qual traz em sua significação a idéia daquele “*o que se mostra em si mesmo*”, um *mostrar-se* de modo singular, no qual deixa aparecer aquilo que lhe é peculiar nos afazeres diários e, assim, por estar tão próximo e familiar, pode ser encoberto ou despercebido como um modo possível de viver as situações diárias (DUBBOIS, 2004).

Para Schmitz, um fenômeno é

(...) para alguém, em um certo tempo, um estado de coisas em relação ao qual essa pessoa, apesar de variar tanto quanto possível suas suposições, não pode seriamente deixar de crer que se trata de um fato, de modo que precisa considerá-lo como tal. Esse conceito de fenômeno referente a um estado de coisas, por exemplo, à fórmula que se mostra, e isto é um estado de coisas (...)

(SCHMITZ, 2002)

Ainda, pode-se entender os fenômenos que se dão na experiência voluntária ou involuntária do viver humano como

(...) Fenômeno refere-se a qualquer coisa que se faça presente, seja ela um ruído, um perfume, uma lembrança, qualidade ou atributo que, ao ser experienciada, passa a ser descrita por aquele que a vivenciou (...)
(ESPOSITO, 1994)

A palavra se coloca para a fenomenologia como um caso particular da expressão humana e, através dela, busca-se o fenômeno que emerge na reflexão dos significados que permeiam os atos e atitudes que dão sentido ao cotidiano em questão. “*A palavra não é uma relação; a palavra revela, abre. O decisivo da linguagem é o significado*”, nos diz Heidegger (2001).

Ao buscar o conhecimento ôntico⁷ do ente⁸ no pensamento de Kant, o fenômeno [*Erscheinung*] determina-se *a priori* na sua fenomenalidade e assim sugere a possibilidade do conhecimento ontológico: as formas puras da intuição, o espaço e o tempo, trazendo a idéia de uma ontologia fundamental,... “*donde se segue que o sujeito “racional” se origina de um sujeito “temporal”, que precisamente não é mais simplesmente um sujeito, mas temporalidade originária.*” E desse modo traz a subjetividade do sujeito transcendental a sua própria temporalidade. No entanto, Heidegger fala que para se compreender o ser humano é preciso lidar uns com os outros e estar disposto a se relacionar e deixar aparecer o que há de humano nas

⁷ Ôntico pode ser compreendido como uma orientação prévia do procurado, isto é a descrição do fato a partir da questão apresentada a qual abre acesso para que dela brote a questão explícita do sentido do ser e a tendência para o seu conceito (HEIDEGGER, 2000. p.31-32)

⁸ Chamamos de “ente” a tudo que falamos, tudo que entendemos, com que nos comportamos dessa ou daquela maneira; ente é também o que e como nós mesmos somos (HEIDEGGER, 2000. p.32).

relações e na realidade que se compartilha, reconhecer o instante em que o ser é e mostra-se enquanto ser-aí no mundo (DUBOIS, 2004).

BICUDO (1997) ressalta que a *essência do fenômeno* se mostra pela realização de uma pesquisa rigorosa, ao se buscar as raízes, os fundamentos primeiros do que é visto (compreendido) e que o pesquisador toma cuidado com cada passo empreendido na direção da verdade (“mostração” da essência). O rigor do pesquisador fenomenológico se impõe a cada momento em que interroga o fenômeno e seu próprio pensar esclarecedor. Para tanto, são básicos dois momentos: *epoché*⁹, quando se põe o fenômeno em suspensão, destacando-o dos demais co-presentes; e *redução*, quando se descreve o visto, e selecionam-se as partes da descrição consideradas essenciais ao fenômeno.

Esses momentos se mostram determinantes para a realização da interpretação fenomenológica, pois possibilita ao pesquisador desvencilhar-se de suas crenças e pressupostos e, assim, poder perceber o sentido que emerge dos discursos, refletir sobre aquilo que aparece no mundo vivido pelos sujeitos da pesquisa e favorecer o estabelecimento das condições para o distanciamento necessário à *epoché*, isto é, preserva o sentido emergente dos discursos, propicia as condições de realizar uma reflexão, bem como *possibilita o acesso ao desvelamento do ser* buscado na investigação, descrevendo aquilo que é falado pelos entes, pois “... *tudo que falamos, tudo que entendemos, com que nos comportamos dessa ou daquela maneira, ente é*

⁹ *Epoché* é palavra que significa na filosofia grega: *suspensão do julgamento*. Utilizada quando os filósofos não viam solução para o problema em foco e propunham que nesses casos de controvérsia, deveriam adotar uma atitude de não-envolvimento. Porém ao pensar em fenomenologia, Husserl adota essa palavra despojada de seu significado grego e traz a idéia de *ir além* ou *ultrapassar* enquanto redução fenomenológica ou transcendental, isto é, a posição que assumimos diante do mundo real e suspendemos as nossas crenças na tradição e nas ciências no momento em que olhamos as coisas que se apresentam no cotidiano (MOREIRA, 2002).

também o que e como nós mesmos somos" (HEIDEGGER, 2000. p.32; CAMARGO, 2000. p.39-40).

A *Epoché* ou redução fenomenológica é um método de investigação, o qual não propõe duvidar da existência do mundo, mas essa existência deve ser colocada entre parênteses, visto que *epoché* é a forma pela qual o conhecimento do mundo conhecido se revela e irá mover o pesquisador em seu percurso de pesquisa. Pode-se examinar desse modo os conteúdos como se dão e, assim, descrevê-los em sua pureza a partir de *"uma atitude natural diante de uma realidade que existe sempre ou está postada diante do mundo"* (MOREIRA, 2002. p.87-88).

Redução eidética é a forma pela qual se deve apreender aquilo que é essência no *eidós*¹⁰, ou seja, naquilo que existe em sua estrutura essencial e invariável, separado de tudo que é contingente ou acidental. Olham-se os acontecimentos e busca-se captar o que se mostra de característico no objeto de estudo; começa-se pelo concreto e suas variações, buscando as limitações dessas variações no mundo conhecido e então, identificar o *eidós* do que é estudado, a própria essência (COLTRO, 2000; MARTINS, 2006; BICUDO, 1997).

O caminho que surge nesse contexto desafia a voltar o pensamento ao ser humano, fala-nos Merleau-Ponty onde *"o mundo não é aquilo que penso, mas aquilo que vivo, porém não o possuo, pois ele é inesgotável"* (CAPALBO, 1997. p.40). A atitude fenomenológica e as idéias centrais que orientam a fenomenologia abrem um

¹⁰ *Eidos* significa "forma" em grego e é o princípio ou estrutura necessária da coisa, isto é, descartam-se algumas características e, ainda assim, preserva-se o objeto; então percebe-se o que é característico ao *eidós* da coisa, a essência.

caminho no qual a pesquisa qualitativa se desenvolve e contrapõe o pensamento moderno que interpreta os fenômenos humanos restringindo-os à realidade.

A Fenomenologia de Martin Heidegger

Martin Heidegger, discípulo de Husserl, apresenta-se como um investigador do homem em sua temporalidade, despreza o pensar que “vivemos no tempo” e demonstra que “vivemos tempo” (LOPES, 1997). É na experiência que Heidegger busca conhecer as características do ser e suas significações relacionadas às práticas cotidianas, propõe olhar o dia-a-dia sob uma ótica reflexiva e, a partir dessa realidade, compreender algo como o *ser* que nós mesmos somos e na maioria das vezes, nem o percebemos em meio às muitas ocupações realizadas.

Convida-nos a pensar um pouco mais neste *ser*, ou *Dasein*, ou *ser-aí*, ou *presença*, como relacional com o mundo, no qual o ser enquanto *presença* mostra-se nas diversas *possibilidades do aparecer* e seus desdobramentos na história que constrói cotidianamente; trazem, dessa maneira, o tempo como condição para a compreensão do *ser-no-mundo* a partir da *experiência* do existir humano em sua própria história.

(...) Na base desse *ser-no-mundo determinado pelo com*, o mundo é sempre o mundo compartilhado com os outros. O mundo da *presença* é mundo compartilhado (...) (HEIDEGGER, 2000. p.170)

Heidegger fala que *ser* é permanecer engajado numa *possibilidade de si mesmo*, quer se tenha ou não escolhido, de tal modo que essa possibilidade traz o *sentido da existência* de maneira concreta e singular. O homem em seu fazer diário deixa-se desvelar na sua existencialidade, mostra-se *presença* com o outro a partir de como se

relaciona com ele, seja trocando experiências ou as compartilhando ou então pode apresentar-se como *ente no mundo circundante* onde vivencia a tarefa existencial do homem (DUBBOIS, 2004 p.104).

(...) A tradição usa o termo existência para dizer simplesmente ser como realidade. Nós, ao contrário, reservamos existência para designar o modo de ser no sentido de cuidado e, assim, o relacionamento do ser no cuidado como fato de sempre estar em jogo o ser do próprio ser.

(HEIDEGGER, 2007. p.225)

A questão de como significar esse mundo conhecido permanece, pois é necessário enxergar aquilo que é “o simples” e que muitas vezes é encoberto pelo universo tecnológico contemporâneo. O mundo onde se busca compreender *o ser* enquanto *pre-sença* é o espaço que possibilita as várias maneiras do ser dos entes se relacionarem com os outros em uma maneira envolvente e significativa. Um espaço onde *ter consideração* e *ter paciência* mostram-se como possibilidades humanas no *des-velar* do agir humano, pois o *ser-no-mundo* é o modo básico de *ser-aí* através do qual todos os modos de ser são codeterminados e é, também, aquilo que orienta a investigação (HEIDEGGER, 1981). Inwood nos diz que:

(...) a grandeza interior do homem encontra-se não no uso que ele faz das coisas, na sua utilidade, mas na possibilidade de ir além de si mesmo e de tomar uma posição,... a filosofia é apenas o deixar-acontecer desta tomada de posição.

(INWOOD, 2002. p.70-71)

O mundo sobre o qual se discorre na presente investigação é o “mundo do trabalho assistencial ambulatorial oncológico”, ambiente familiar que envolve os entes em seus afazeres cotidianos e, assim, na maioria das vezes, encobre o *ser-aí* de

profissionais em sua vivência diária. Um espaço onde as referências e indicações, oportunas ou possíveis para responder aos usuários naquilo que trazem como necessidades, possibilitam a realização do cuidado em saúde.

(...) Mundo não significa um espaço geográfico delimitado ou homogêneo no qual o *ser-aí-existe*, mas, sim, quer dizer mundo das coisas e dos outros *sujeitos*, mundo da cultura, onde o *Dasein* relaciona-se com os entes que vêm ao seu encontro, onde con-vive com os outros que também são *ser-aí*.(...) (CAMARGO, 2000. p.44)

Ao se pretender lançar um olhar reflexivo sobre a prática desenvolvida por enfermeiros que atuam em ambulatórios oncológicos, há a possibilidade de identificar influências e transformações que mostram inovações e reproduções na relação com os clientes, requeridas pelas propostas terapêuticas disponibilizadas à população, pois a convivência diária deixa emergir o *ser-no-mundo* que cada um é no *per-curso* do adoecimento e tratamento (CONHEN, 2004; MOORE-HIGGS, 2003).

A essência daquilo que hoje se chama ciência é a investigação, no entanto ela está centrada no acontecimento segundo o domínio do ente e seu ideal científico, mas Heidegger afirma que o processo fundamental da investigação é o abrir de uma área, na qual a busca pela *essência* fenomenal do acontecimento seja possível. Nesse movimento o investigador se lança em um *avançar* cognoscente indicado pelo modo no qual se liga à área que foi aberta; essa ligação é o *rigor da investigação* (HEIDEGGER, 2000 p.69; HEIDEGGER, 2005).

Ao propor uma abordagem fenomenológica para analisar os fenômenos da experiência direta, para esta pesquisadora este é o melhor caminho para “penetrar” na experiência vivida pelos enfermeiros oncologistas e compreender o que acontece na trajetória de um cotidiano assistencial específico que se mostra com uma diversidade

de modos de cuidar. A fenomenologia traz, entre as suas características, a abertura para compreender o ser humano e sua relação com o mundo; oportuniza o desvelar daquilo que lhe é próprio no seu cuidar cotidiano, no momento que este se dá. Ao se trazer a fenomenologia para o campo do cuidado observa-se que:

(...) Por fenomenologia entendemos a maneira pela qual o cuidado se torna um fenômeno para a nossa consciência, mostra-se em nossa experiência e concretiza-se em nossas práticas (...) (BOFF, 2005)

Realizar uma investigação em uma dinâmica profissional específica como é a proposta deste estudo, permite a aproximação de um dia-a-dia onde o modelo assistencial ainda está centrado no tecnicismo científico com seus protocolos técnicos e na pessoa com quem nos relacionamos nos espaços profissionais. A ocupação que se dá nos espaços ambulatoriais oncológicos, entendida habitualmente como práticas de “cuidado”, remete à possibilidade de uma *circunvisão*¹¹ dentre as várias atividades de um serviço de saúde e descobrir quando se interroga o profissional, o(s) modo(s) de como ele, *ser-no-mundo*, muitas vezes permanece *encoberto* pelas rotinas formais dos ambulatórios.

Ao observar a prática cotidiana no espaço dos ambulatórios, encontra-se um fazer profissional fundado nos avanços tecnológicos disponibilizados pela ciência, na execução de procedimentos específicos ao tratamento de neoplasias, planejado conforme a topografia do órgão atingido pela enfermidade e o estadiamento do

¹¹ A circunvisão, segundo o pensamento heideggeriano, é a observação de um ambiente como **um** todo e ao mesmo tempo articulado; a identificação daquilo que é específico à investigação colocada em questão pelo pesquisador (HEIDEGGER, 2000 p.314).

câncer. Essa perspectiva trazida pela ciência, ensina a controlar os sintomas, eliminar a doença e leva tecnicamente à cura.

A fenomenologia de Heidegger também fala de uma técnica que auxilie, mas não tire de nós mesmos a autoria de nossa destinação histórica e, enquanto técnica, que ela reponha em cada ser humano a liberdade de decidir o que quer fazer com as possibilidades que lhe vêm ao encontro. Para o filósofo, a técnica tem um significado de *desencobrimto*. Ao relacionar-se com o outro e ao compartilhar experiências em um cotidiano familiar, realiza a técnica enquanto disposição, como um modo de *desencobrimto* (HEIDEGGER, 2001; INWOOD, 2002).

Método em HEIDEGGER

“Método significa o caminho no qual o caráter do campo a ser conhecido é aberto e limitado”, ensina Heidegger (2000). Pelo método, busca-se apreender o ser dos entes e explicar o próprio *ser* a partir de sua experiência cotidiana de se relacionar como o mundo no qual está imerso. Heidegger convida a refletir sobre o que nos inquieta a partir das coisas como elas se dão, como acontecem. Propõe afastar-se das idéias pré-concebidas ou preconceitos, adotando um olhar investigativo que, como um detetive, olha o que se mostra e através dessas evidências, descreve e compreende o fenômeno que se apresenta. A investigação a realizar se acha na possibilidade do *ser* que se mostra nos relacionamentos entre pessoas que compartilham espaços e *“como eles o são”* (HEIDEGGER, 2000. p.56).

O filósofo discute o conhecimento humano contemporâneo construído em um *logos* onde a técnica que se realiza é a essência da ciência moderna, caracterizada

pela primazia do método sobre essa mesma ciência. Questiona a técnica limitada no “*tornar-se útil (...) para que eu possa agir com segurança perante ela*”. Heidegger ainda fala de uma técnica que se abre para a possibilidade de liberdade em sua constituição ontológica, tornando-a disponível em uma interpretação do ente propriamente histórico em sua historicidade (HEIDEGGER, 2001*. p.47) e não somente como na perspectiva da ciência moderna, que entende a técnica a partir da tecnologia disponível por um campo de conhecimento.

Considerando a perspectiva heideggeriana, o sentido do ser é a questão buscada e o seu desvelar pode se mostrar ou não, porém o espaço cotidiano é o lugar desse acontecimento, um espaço onde o homem vive e convive em uma relação contínua com o mundo que o circunda. A convivência no mundo, que é anteriormente dado ao homem, exige que ele se empenhe para ocupar seu lugar na dinâmica das relações sociais cotidianas. Em relação ao empenhar-se, observa-se que:

(...) ao *empenho*... pertence a vontade que haja sucesso; como também a coragem de assumir, quando fracassa, isto é, de aprender, não, porém, para no futuro ser mais precavido e falar contra, e sim para refrear-lhe a força e assim pô-la em jogo com mais segurança e coragem e levar a coragem de agir o mais longe e por mais tempo possível. (HEIDEGGER, 2007. p.93-94)

A fenomenologia heideggeriana apresenta como primeiro passo para a compreensão do ser dos entes, que se encontra velado, o questionamento do ente, pois o ser está essencialmente escondido sob o peso da tradição, do impessoal. O homem é o campo de pesquisa, e seu modo de agir o objeto de estudo. Nesse sentido, ensina a interpretar compreensivamente *o ser* que se mostra,

(...) primeiro, caracterizando o que designam os dois componentes do termo, a saber, “*fenômeno*” e “*logos*” e, segundo, fixando o sentido da expressão resultante de sua *composição* (...)

(HEIDEGGER, 2000. p.57)

Aquilo que se questiona - “o questionado” - é o ponto de partida para se dirigir ao que se procura, ao que se busca conhecer e compreender. O segundo movimento é procurar o sentido do real, “o perguntado”, o que ainda para nós é desconhecido. O terceiro pólo é o interrogado, ou seja, o que se interroga para conhecer a respeito do que foi questionado (HEIDEGGER, 2000).

Não há uma atitude adequada, mas sim, um convite à compreensão de possibilidades de *ex-sistir* no mundo, refletindo e deixando-se mudar a partir das experiências de *ser-no-mundo* (HEIDEGGER, 2003).

(...) O encontro com os outros não se dá numa apreensão prévia em que um sujeito, de início já simplesmente dado, se distingue dos demais sujeitos, nem numa visão primeira de si onde então se estabelece o referencial da diferença. Eles vêm ao encontro a partir do mundo em que a *pre-sença* se mantém, de modo essencial, *em-penhada* em ocupações guiadas por *circunvisão* (...)
(HEIDEGGER, 2000. p.170)

A interpretação compreensiva ou hermenêutica é o sentido metódico da descrição fenomenológica e deve oferecer para a própria *presença* a possibilidade de abertura originária e assim conceituar existencialmente o conteúdo fenomenal que se abre ao *ser-aí*.

Um modo de investigação sistemática da questão do ser que a partir da *historicidade* e *temporalidade*, reconhece a *facticidade*¹² como um ponto importante na

¹² Facticidade é o caráter do ser no sentido existencial (*ser-aí, dasein*), que lançado no mundo de modo irrefletido, mostra-se encoberto e assim vivencia o cotidiano em suas tarefas diárias (HEIDEGGER, 2000. p.94-95).

tarefa de compreender a condição do ser humano, pois é em seu *per-curso* cotidiano que se abre a possibilidade de *ser-aí* no dia-a-dia, mesmo quando envolvido nos afazeres rotineiros, isto é, um método que convida a olhar atentivamente para a experiência de *ser-aí* em meio aos outros entes com quem se convive no mundo, de *ser-no-mundo-com-os-outros*.

(...) Heidegger pensa o ser num modo além da metafísica tradicional, por isso a compreensão não é uma operação oposta à vida constituinte, senão que é o próprio modo original da vida humana. O ser não está onde possamos identificar uma essência e, portanto, conhecê-lo conceitualmente. A determinação não esgota o ser, porque as possibilidades de determinação são infinitas. O ser se encontra onde o que acontece pode ser compreendido (...) (HERMANN, 2002. p.34)

A hermenêutica heideggeriana nos conduz à compreensão daquilo que se está pesquisando, pois propõe uma reflexão exaustiva, constante e contínua sobre a importância, validade e finalidade dos questionamentos, indagações e respostas obtidas. Uma interpretação fundada na compreensão do *ser* entendido como essência, a partir do ente que nos é dado em sua *facticidade*. (MACHADO, 2005; MARTINS, 2006. p.17).

(...) cada pre-sença se acha *dispersa* na impessoalidade, precisando ainda encontrar a si mesma. Essa dispersão caracteriza o 'sujeito' do modo de ser que conhecemos como *ocupação* que se empenha no mundo que vem imediatamente ao encontro (...)

(HEIDEGGER, 2000. p.182)

Heidegger ao considerar o sentido do ser, situando-o em uma dinâmica temporal e hermenêutica, propõe uma nova conceituação no que tange à verdade. Amplia esse conceito de verdade, visto que não mais a restringe na idéia de autenticidade ou prova de existência do real, mas lança o ser dos entes ao encontro das possibilidades

imersas no tempo, na busca por aquilo que é essencial ao ser-aí na sua experiência de mundo compartilhado.

(...) Sempre que o homem abre os olhos e ouvidos e desprende o coração, sempre que se entrega a pensar sentidos e a empenhar-se por propósitos, sempre que se solta em figuras e obras ou se esmera em pedidos e agradecimentos, ele se vê inserido no que já se lhe revelou (...)
(HEIDEGGER, 2002. p.22)

A compreensão torna-se, a partir de Heidegger, um movimento de “transcendência” e direciona-se como totalidade, e a linguagem como meio de acesso ao mundo e às coisas (STEIN, 1996; INWOOD, 2007).

Por isso a compreensão não é uma operação oposta à vida constituinte, mas sim o próprio modo original da vida humana, considerando que o homem compreende o mundo dentro de um projeto interpretativo que se efetua pela linguagem, nos diz Herman (2002).

CAPÍTULO IV

O PERCURSO METODOLÓGICO

Escolheu-se, neste trabalho, realizar uma investigação que possibilitasse buscar compreender, nas situações de saúde e doença comuns ao agir de enfermeiros oncologistas, o modo como fazem enfermagem nesse espaço profissional, dinâmico e multifacetado como são os serviços ambulatoriais na assistência oncológica.

Tais serviços apresentam uma variedade de procedimentos de enfermagem e sua execução é valorizada no meio técnico assistencial, pois o trabalho é pautado pelo rigor metodológico que a medicina se vale para tratar de feridas, doenças e seres humanos.

A escolha pelos ambulatórios da rede INCA, referência no campo da assistência especializada, deu-se pela possibilidade de investigar enfermeiros que ao compartilhar com pacientes oncológicos a experiência de um tratamento, envolvem-se em ações de cuidar e ser cuidado. Nesses locais, o enfermeiro tem a possibilidade de realizar o cuidado individualizado em um contexto assistencial tecnicista, sistematizado e predominantemente resolutivo, visto que se trata de um ambulatório especializado em oncologia. Um espaço assistencial favorável para ouvir enfermeiros oncologistas e buscar compreender o que os move nesse dia-a-dia dos serviços ambulatoriais (ALCÂNTARA, 2004).

Esse percurso metodológico se iniciou com o encaminhamento do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição e sua conseqüente aprovação.

As etapas subseqüentes foram desenvolvidas segundo o método fenomenológico: após as entrevistas, os depoimentos gravados foram ouvidos repetidas vezes na busca de apreender as idéias e significações expressas pelos enfermeiros participantes. Realizou-se a transcrição das falas e seguidas leituras, buscando-se agrupar essas falas conforme a significado expresso em cada depoimento. Foram construídas as unidades de significação que fundamentaram a análise das falas e das significações apreendidas durante um movimento reflexivo da investigadora, situação necessária ao desenvolvimento do método fenomenológico.

I - Tipo de estudo

Estudo qualitativo descritivo, de abordagem fenomenológica. Esta opção possibilita “*pensar a realidade*” com rigor, bem como orienta o olhar na direção dos significados, atitudes e posturas frente ao emaranhado de relações, práticas e *fenômenos* possíveis de serem vivenciados. Propõe interpretar a verdade como adequação à realidade e não como um lócus primário da verdade. Uma busca como descoberta de âmbitos ainda desconhecidos, e não como a definição de uma certeza, mas o abrir à discussão sobre a relação do ser e o mundo no qual se move e existe (INWOOD, 2002).

A fenomenologia de Heidegger surge como um caminho para a investigação das questões de subjetividade, pois compreender o enfermeiro em um ambulatório de tratamento para o câncer é uma situação que, apesar de sugerir uma rotina conhecida, deixa aparecer o cuidado, como também o não acontecer desse mesmo cuidado.

Para Malveira (1998), a fenomenologia enquanto ciência descritiva traz o existir do ser humano, recuperando-o em sua estrutura fundante. Tello-Pompa (2003) afirma que a fenomenologia é um conhecimento original sobre o outro a partir de uma *disponibilidade* do ser-profissional em ouvir e deixar o outro (cliente) mostrar-se como um ser com especificidade e mundo próprios.

A fenomenologia, como fundamento filosófico, suscita um repensar da ciência moderna, um olhar atento de uma realidade conhecida em um deixar aparecer da ação realizada de um modo próprio de fazer durante a trajetória de *ser-no-mundo*. E apesar dessa ciência moderna fundamentada na certeza, a criatividade se mostra no instante que transgride a rotina impessoal do cotidiano (HEIDEGGER, 2000; HEIDEGGER, 2005).

(...) O pensamento filosófico e científico contemporâneo oferece assim um caminho metodológico profícuo para a reflexão e compreensão da existência humana, que busca a humanidade do homem (...)

(LUZ, 2001. p.15)

II - Campo da Investigação

Este estudo foi desenvolvido em cinco unidades hospitalares do Instituto Nacional de Câncer (INCA), órgão da administração direta do Ministério da Saúde vinculado à Secretaria de Assistência à Saúde, localizado no município do Rio de Janeiro. Como campo de referência nacional, presta serviços oncológicos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Foram escolhidos os serviços ambulatoriais de cada unidade hospitalar, que desenvolvem ações no seguimento terapêutico e de cuidados paliativos, estes últimos destinados a suporte terapêutico para melhoria da qualidade de

vida. As unidades envolvidas foram: Hospital do Câncer I (HC I), Hospital do Câncer II (HC II), Hospital do Câncer III (HC III), Hospital do Câncer IV (HC IV) e o Centro de Transplante de Medula Óssea (CEMO).

Atualmente, os ambulatórios oncológicos vêm ampliando seu campo de atuação, pois com os avanços tecnológicos disponíveis a essa área da saúde, diversas condutas para o tratamento do câncer tornam-se ambulatoriais, seguindo a orientação do sistema de saúde vigente no país. Como serviços de alta complexidade, os ambulatórios especializados em oncologia recebem a clientela encaminhada para iniciar o tratamento, a partir da confirmação do diagnóstico de câncer, bem como para seguimentos terapêuticos clínicos e cirúrgicos ou cuidados paliativos.

Nos ambulatórios das diferentes unidades do INCA, foram escolhidas as seguintes clínicas: Cabeça e Pescoço, Abdômen e Tórax no HC I; Ginecologia e Oncologia Clínica, no HC II, Radioterapia e Mastologia, no HC III; Ambulatório de Cuidados Paliativos, no HC IV; e o Ambulatório do CEMO.

III – Sujeitos do estudo

Os encontros entre pesquisador e sujeitos da pesquisa tiveram a finalidade de iniciar o caminho da investigação pelo diálogo. O diálogo se iniciou por uma questão aberta que guiou o discurso em direção ao que é pesquisado, e buscou-se uma atitude que favorecesse a confiança, a exposição franca de idéias e a tranquilidade para rememorar experiências.

Participaram da pesquisa 19 enfermeiros que atuam nos setores ambulatoriais já mencionados. Como critério de inclusão foi considerado: ser enfermeiro lotado nos ambulatórios há mais de um ano, expressar interesse pessoal em participar do estudo, e estar de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após sua leitura. Garantiu-se o respeito ao anonimato dos depoentes, seguindo-se as diretrizes da Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Quanto ao número de participantes do estudo, foi obedecido o princípio da convergência de idéias expressas no discurso, sem atribuir meta numérica que indicasse limite para a coleta de dados.

IV – A Ambientação como etapa prévia às entrevistas com os enfermeiros

Em um primeiro momento, para que se pudesse obter o depoimento dos sujeitos da pesquisa, foi necessário conhecer a dinâmica do ambiente escolhido para desenvolvimento do estudo; uma fase denominada ambientação. O objetivo dessa fase foi uma aproximação da dinâmica assistencial a ser investigada e, desse modo, reunir os elementos que propiciassem melhor conhecimento e familiaridade dos sujeitos e do campo de estudos pelo investigador; ou mesmo ampliar o conhecimento do objeto de pesquisa em uma etapa que é anterior à coleta de dados e proporcionar momentos de reflexões profundas e enriquecedoras. Assim, foram realizadas visitas a todos os ambulatórios, observando-se a dinâmica de funcionamento e o modo de agir dos profissionais, conversando com eles de maneira informal sobre o dia-a-dia dos serviços.

V – Obtenção dos depoimentos

Na fase de coleta de dados, as entrevistas foram agendadas com cada um dos enfermeiros segundo suas disponibilidades de horário, procurando assegurar um ambiente que facilitasse o diálogo entre pesquisadora e participante.

A entrevista, que também é uma possibilidade de encontro, foi guiada por uma questão norteadora sem que se impusesse uma direção rígida às falas das depoentes. O objetivo foi possibilitar o *encontro* de pesquisador e sujeito, sem preocupação em seguir um modelo estabelecido ou definir um tempo ideal para a realização da entrevista. A empatia entre pesquisador e sujeito de pesquisa foi favorecida nesse momento, visando oportunizar o *espaço* comum para que *o ser-aí se mostre em si mesmo* e então, possibilitar a compreensão do fenômeno.

As questões colocadas aos enfermeiros que possibilitaram a expressão de suas vivências no ambulatório foram:

§ Fale-me sobre o que você faz no ambulatório.

§ Como você significa o seu cuidar no dia-a-dia nos ambulatórios?

Pelo discurso dos profissionais buscou-se o significado da sua experiência assistencial, pois o discurso para Heidegger é um deixar e fazer ver a partir daquilo sobre o qual se discorre, isto é, *“retirar de seu velamento o ente sobre que se discorre... e deixar e fazer ver o ente como algo desvelado... em suma descobrir”*. (HEIDEGGER, 2000. p.63).

(...) O discurso é a articulação “significativa” da compreensibilidade do ser-no-mundo (...) no discurso... em

significações da compreensibilidade inserida na disposição... a compreensão... torna-se clara a partir de uma possibilidade existencial inerente ao próprio discurso, a qual seja, a escuta (...)

(HEIDEGGER, 2000. p.221-222)

As entrevistas foram gravadas em fita magnética após o consentimento verbal e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respeitando-se as orientações da Resolução CNS 196/96. Os enfermeiros foram identificados por pseudônimos de cores, conforme sugestão inicial de um dos participantes, aceita pelos demais.

Os relatos dos profissionais foram transcritos pela pesquisadora, possibilitando, à medida que as gravações eram transcritas, rememorar os encontros, buscar entender as modulações de voz ou silêncios, os significados expressos nos discursos. Realizaram-se várias leituras onde se buscou reduzir pressupostos e apreender idéias expressas conforme os significados atribuídos, de modo intuitivo, como um “mergulho” nas falas dos sujeitos, agrupando-as em unidades de significação. Os significados contidos nas falas deixam aparecer o modo de ser e relacionar-se dos sujeitos com o mundo circundante. As palavras não têm significados fixos e unívocos, independentemente de seu uso e aplicação. Os significados se acumulam nas palavras a partir de inter-relações que constituem nosso mundo. Após esta etapa, iniciou-se a construção das unidades de significação.

Reduzindo seus pressupostos, o investigador busca no pensamento fenomenológico de Heidegger, a fundamentação que possibilitará a interpretação compreensiva do ser daquilo que se mostra nas unidades de significação, aquilo que *des-velado*, mostra *pre-sença* dos seres em seu existir.

A análise compreensiva permitiu compreender o agir profissional dos enfermeiros no cotidiano dos ambulatórios oncológicos, a partir da assistência de enfermagem prestada.

CAPÍTULO V

O MODO ÔNTICO DO AGIR PROFISSIONAL

A prática de enfermeiros e como desenvolvem suas atividades nos diversos espaços da assistência em ambulatórios, de maneira geral, mostra um fazer profissional pouco compreendido, na maioria das vezes, pelos próprios profissionais, mas “familiar” enquanto um fazer comum no dia-a-dia do ambulatório. Os serviços ambulatoriais oncológicos não diferem dessa realidade e a partir dessa circunstância, buscou-se ouvir os profissionais que atuam nos espaços especializados em oncologia e, assim, compreender como esses enfermeiros dão significado o seu fazer profissional cotidiano.

As transcrições das fitas foram realizadas imediatamente após os encontros, e a lembrança recente dos diálogos facilitou esse processo, tornando mais rápida a construção das unidades de significação, após o agrupamento dos trechos que continham idéias comuns extraídas das falas dos participantes, e que deixam aparecer as significações encobertas no falatório cotidiano desse espaço assistencial.

Essas unidades indicam a compreensão vaga e mediana dos profissionais de enfermagem sobre a assistência que desenvolvem à clientela, ou seja, como significam de modo mais imediato seu agir no cotidiano assistencial de enfermagem: o modo habitual de prestar cuidados, gerenciar, relacionar-se com o cliente, enfim, o comportamento profissional assumido nos espaços dos ambulatórios oncológicos.

Critelli (2002) nos ensina que *o ser “se dá quando usamos e não quando falamos dele e queremos definir”*, ou seja, ao refletir, poder-se-á compreender como acontece

um agir profissional de enfermeiros oncologistas no cotidiano assistencial no campo da oncologia.

Neste contexto, são apresentadas as unidades de significação:

Unidade 1:

Os enfermeiros, ao realizarem o cuidado ambulatorial, dedicam-se a orientar e esclarecer os doentes e seus acompanhantes durante o tratamento, e se expressam a partir de um discurso acolhedor.

“(...) Então a gente tenta colocar tudo em um vocabulário que fique fácil para o paciente e seu acompanhante,... não pode chegar aqui e usar palavras aqui mirabolantes, vai entrar por aqui e sair por aqui...”

(OURO)

“(...) Tem que ter toda uma abordagem assim delicada nesse acolhimento desse paciente que tem um montão de dúvidas, dúvidas até que não esclareceu com o médico dele durante o tratamento. Então o serviço de enfermagem no ambulatório, além de toda parte técnica do enfermeiro (curativo, explicação sobre curativos, sonda, sobre a pele, sobre úlceras de decúbito), além de toda essa nossa parte técnica mesmo, o serviço de acolhimento. E explicar para ele o que está acontecendo e junto com ele tentar superar toda aquela carga. Você tem que saber que toda aquela agressividade não é com você, não é contra a instituição, mas com a vida dele.”

(VIOLETA)

“(...) O que eu faço é literalmente a consulta de enfermagem..., na primeira ... foi papoterapia, só papoterapia, ninguém se encostou. Na segunda consulta ... ele veio com a camisa do time e não sei o quê e a gente começou a entrar por aí, por esse lado, pela brecha que ele deu... Então ele me deu abertura...”

(PINK)

“(...) a consulta de enfermagem aqui,... a gente gasta o tempo com a educação, com a educação, com o cuidado... a gente tem essa grande fatia... estão todos ali, todos olham para você e a gente se comunica...”

(INDIGO)

"(...) A gente está sempre esclarecendo as coisas... tem consulta de internação... consulta pós-diagnóstica... grupo de orientação para internação a gente faz todo dia... É chegar, falar e as coisas às vezes mudam o dia-a-dia, o curso do tratamento da pessoa..."

(LAVANDA)

"(...) Oh, aqui no ambulatório nós fazemos consultas com os pacientes, tiramos as dúvidas das pacientes... assim mais a partir das dúvidas deles que a gente esclarece as coisas, percebe também pacientes muito carentes, tanto com relação à informação quanto em relação aos cuidados mesmo. Então assim, é uma atividade que requer muito da gente, a gente trabalha muito com o lado psicológico, a gente se dá muito aqui nas atividades do ambulatório."

(BRANCO)

"(...) é a porta de entrada porque o paciente recebe o diagnóstico aqui, eles vêm as primeiras vezes aqui, ele e uma família estressada... o paciente precisa da gente, é a gente que está aqui o tempo todo com ele... a gente é que dá aquela palavra de conforto, cuida. Um cuidado é muito próximo, muito íntimo".

(VERMELHO)

"(...) é a gente que ensina como se cuidar... relacionado a absolutamente tudo... e eu me vejo no compromisso de proporcionar alguma coisa para ele."

(CEREJA)

"(...) Eu faço as consultas de triagem, admissão do paciente, pré e pós, vejo exames para o dia seguinte, dou uma explicação vamos dizer assim, tiro algumas dúvidas..."

(CINZA)

"(...) Eu faço a triagem dos pacientes da plástica, consulta de enfermagem de primeira vez, todos os pacientes da plástica têm em seis meses, obrigatoriamente têm que passar na consulta de enfermagem que é feita aqui no INCA,... A da plástica é feita... no próprio ambulatório onde é feita a consulta com o staff... você agiliza alguns exames junto à equipe médica,... A gente consegue pautar alguns cuidados para o paciente, junto com a equipe médica, reforça até alguma orientação que o cirurgião tenha

passado, a gente reforça de maneira que o paciente entenda, no pré-operatório e no pós-operatório melhor... Assim, de qualidade de vida. A gente não pensa só na doença...

(ESMERALDA)

"(...) Porque aqui a gente orienta as pessoas no pré e na pós-radioterapia, são dadas aulas... feitas entrevistas, a gente faz os testes de resíduo... tem o tratamento de feridas, então é uma gama de atividades."

(MARROM)

"(...) o paciente chega à consulta de uma maneira na consulta e quando ele sai, ele sai de outra, com outra visão, tem primeiro a palestra, depois tem a consulta. Então ele sai com outra visão porque são passadas as informações, aquelas duvidinhas, porque a própria doença, o próprio câncer... o câncer deixa que qualquer uma dorzinha na ponta do pé..., então às vezes em uma conversa, em uma consulta você tira toda aquela idéia dele e isso eu observo que ajuda muito, melhora muito o paciente, ele tem mais segurança..."

(CORAL)

"(...) eu faço... curativo, passagem de sonda, troca de cânula, dou orientação às vezes para cirurgia... quando eu faço o curativo, orientação como cuidar da ferida, como vai limpar, lavar e fazer a manutenção ... quando passo a sonda faço o encaminhamento muito para nutrição para poder receber a dieta tudo direitinho, os frasquinhos que eles precisam ... É um trabalho de orientação, de educação para o cuidado, o autocuidado, a higiene, para tudo que tem a ver em relação com a doença. A gente dá essa assistência..."

(QUARTZO)

"(...) O tempo todo, desde o momento em que entro no hospital, arrumo, organizo o ambiente para que ele (paciente) se sinta bem. Desde o momento que eu peço à recepcionista para tratá-la de senhora e senhor, e não como paciente porque quando eu cheguei aqui era paciente Maria. Agora não! É sr. ou sr^a. Maria ... me acho educando o paciente, informar o paciente sobre o seu tratamento, tudo é para o conforto e bem-estar do paciente."

(ORQUÍDEA)

"(...) Aquele que vem, "o extra" que eu faço a triagem, e o que fala comigo ("n" situações!). E chega sem saber o que precisa, chega às vezes... quer conversar alguma coisa, quer tirar uma dúvida que não foi esclarecida da cirurgia, é "n" situações. Muita coisa!"

(LILÁS)

"(...) quando eu exercito a consulta de enfermagem eu me sinto mais próxima dessa coisa do cuidado mesmo, do lidar com o outro, trocar com ele, dar e receber também. Então eu acho que contribuo à medida que eu levo para ele a certeza de que apesar de ele ter uma doença que naquele momento está deixando muitas vezes ele transtornado, sem rumo, sem chão, sem saber muito que fazer; o que eu procuro dar a ele o sentido, que ele pode se tratar..."

(AZUL)

"(...) Eu tento me colocar na situação delas e a parte técnica também, a gente aqui, cada dia aprende mais um pouquinho, cada uma vem com uma queixa, uma coisa diferente que você identifica e tenta tratar, eu acho isso superlegal!"

(VERDE)

"(...) Tem paciente que é extremamente receptiva, tem outra que não estão nem um pouco a fim de escutar nada do que você está falando. Então você tem que mudar, tem paciente que brincando você consegue atingir o objetivo, tem outra que se você brincar pode parecer que você não está levando a sério. Então acho que isso depende muito da paciente, na minha idéia... meu sentimento sempre é de perceber como é aquela paciente, tentar perceber pelo menos e a partir daí é que vou nortear o contato com ela..."

(TURQUESA)

"(...) Eh... depende de como elas vêm para a gente, né? Dependendo de como elas saem no momento de triagem, as dúvidas que elas apresentam, e aí a gente tem que direcionar conforme o perfil da cliente, né? Às vezes você tem que esmiuçar muito, as questões que elas apresentam, as dúvidas e assim a gente vai lidando com essa clientela, depende da cliente ..."

(AMARELO)

Os enfermeiros se mostraram envolvidos em orientar da melhor maneira os doentes em tratamento, bem como os familiares que os acompanham. Preocupam-se em orientar com detalhes, em esclarecer as dúvidas que trazem e se responsabilizam em supervisionar as ações terapêuticas propostas para que sejam realizadas com segurança, promovendo assim as condições favoráveis para que cada paciente tenha melhores chances no controle da doença.

Valorizam os momentos de orientação, do encontro com os doentes para conversar sobre aquilo que eles têm receio, procuram palavras que possam acalmá-los no momento do atendimento, pois sabem que dúvidas ou receios não dissipados podem atrapalhar a trajetória dos pacientes no serviço e, conseqüentemente, o programa terapêutico. Essa preocupação em capacitar os doentes para o cuidado que devem ter consigo ou que vão precisar realizar tem fundamento na questão humana, pois os enfermeiros mostraram que também se preocupam com a pessoa na sua singularidade. Trazem em seu discurso orientador, a responsabilidade em dar à pessoa condições que possam ajudá-la a superar os momentos difíceis que acompanham o diagnóstico do câncer.

Mostram que assumem a responsabilidade de tornar mais fácil o acesso terapêutico oferecido na instituição aos pacientes. Tal responsabilidade os leva a analisar a situação de cada pessoa em tratamento oncológico com segurança e colocam-se disponíveis para conversar e tranquilizar e, como atuam em diferentes fases do fluxo do atendimento ambulatorial, procuram facilitar o desenvolvimento das condutas prescritas, sem perder de foco a pessoa. Nesse sentido, a organização do

ambiente terapêutico e o gerenciamento dos setores é um aspecto importante, pois essa organização vai favorecer o acesso a condutas ou procedimentos específicos a cada etapa do tratamento.

Reconhecem o quanto é difícil para cada paciente seguir a trajetória terapêutica prescrita e procuram estar atentos às necessidades expressas por cada pessoa que atendem na dinâmica assistencial dos serviços. Deixam-se envolver, e envolvidos buscam caminhos para contribuir com esse paciente de algum modo para que receba os procedimentos e as condutas prescritos, e assim parecem querer diminuir o sofrimento ou as dificuldades que um tratamento pode causar na vida de pacientes e suas famílias no enfrentamento de uma doença como o câncer.

Ao ocupar-se com a pessoa com câncer, os enfermeiros oncologistas evidenciam uma postura de acolhimento, vêem-se facilitando o desenvolvimento das ações requeridas pelo tratamento. Mostram responsabilidade com aquele a quem cuidam, e valorizam essa forma de cuidar que favorece não apenas o tratamento, mas a qualidade de vida dos doentes.

Ao exercerem seu papel profissional, ocupam-se em suas tarefas, assumem responsabilidades, compromissos e vínculos afetivos com a clientela nesse espaço tecnicista, disponíveis para ajudar a quem necessita, respondendo ao que se apresenta no momento que cuidam de seres humanos diante de uma doença grave como o câncer.

Unidade 2:

Os enfermeiros dão significado as atividades que desenvolvem no ambulatório com satisfação. Atuam com autonomia e sentem que são fundamentais no processo de tratamento para o câncer.

"(...) Tem a consulta de enfermagem, que agora para gente está tendo um volume muito maior, nossa infra-estrutura, ter mais consultórios, nós temos mais enfermeiros no ambulatório, então isso nós estamos conseguindo amarrar bem: consulta pré-transplante, na qual a gente pode identificar alguma coisa que pode suspender a internação dele e automaticamente o transplante, às vezes você identifica uma coisa boba, uma micosezinha lá no dedão do pé, mas se ele internar assim, quando ele estiver imunodeprimido, vai tudo por água abaixo."

(OURO)

"(...) O que significa pra mim... a enfermagem hoje é autonomia... Satisfação de estar implantando o que você conhece,... pôr em prática aquilo que você aprende... Você consegue sair daqui satisfeito, vai para casa assim com o sentimento de dever cumprido."

(ESMERALDA)

"(...) Acho que isso é essencial. Eu acho é o que eu faço bem, me faz falta... me faz falta não fazer,... mas é essencial tanto pra mim, o que eu sinto é isso: é essencial tanto para mim quanto para eles, há uma grande troca no que eu faço e no que eu recebo dos pacientes do ambulatório. Há uma grande sintonia nisso: eu preciso que eles venham e eles precisam que eu esteja aqui. Me faz bem!"

(PINK)

"(...) uma sensação de satisfação e eu acho que a gente aqui está fortalecendo a profissão do enfermeiro... eu cresci muito como profissional aqui fora, desenvolvi autonomia e capacidade de resolução de problemas... Eu trabalho o tempo todo protegendo a imagem da minha profissão, me preocupo muito com isso" (INDIGO)

"(...) Para mim significa muito... é o primeiro contato que eu tenho com a parte de oncologia, então é muito importante ouvir, ouvir assim as experiências dos pacientes e a partir dessas experiências, pegar até um pouquinho dessas coisas para mim também, para o meu dia-a-dia, a gente passa até a dar valor... até dar mais valor à vida e às pequenas coisas." (BRANCO)

"(...) Sinceramente, eu sinto assim, eu me sinto muito importante porque eu gosto do que eu faço nesse tipo de atividade." (CINZA)

"(...) Para mim eu digo que é tudo... o enfermeiro que presta esse tipo de cuidado no ambulatório, ele imprime uma marca no paciente... Se for positiva você conseguiu que aquele paciente recupere a saúde, que mantenha o seu estado atual de saúde... que não acontecesse alguma complicação,... Se é negativa, você não conseguiu nada disso... eu acho que o nosso cuidado com o paciente transcende os muros desse hospital, entendeu?... Somos nós que estamos viabilizando que o tratamento dele dê certo." (CEREJA)

"(...) vou estar fazendo o bem para alguém... estou beneficiando em relação ao tratamento, meu atendimento, em relação a esclarecer dúvidas, são pequenas dúvidas mas para eles são coisas, né?... Então é um trabalho muito enriquecedor porque a gente está ajudando esse paciente mesmo a agilizar o tratamento dele, orientá-lo, educá-lo em relação ao autocuidado, então é um prazer muito grande, sei que sou útil, faço um trabalho de utilidade mesmo para as pessoas." (QUARTZO)

"(...) eu como pessoa acho que me adaptei bem, e pra mim está sendo muito bom... Pra mim está sendo muito bom... é uma visão completamente diferente do que eu tinha..."

eu não imaginava que se desenvolvesse aqui tanta coisa como enfermagem... você tem muito mais autonomia frente ao paciente..."

(MARROM)

"(...) eu fico muito satisfeita de trabalhar lá porque é um lugar que você vê que suas atitudes mudam e que você vê que tem um canal tanto com o paciente e às vezes até com a equipe médica de discutir as coisas de melhor forma e você tem uma certa autonomia e eu gosto muito de lá!"

(LAVANDA)

"(...) o cuidar para mim é fazer com que ele se sinta bem naquele estado... no estado que ele se encontra, que possa sentir bem-estar, que ele não sinta dor, que ele possa ter uma boa assistência, que ele tenha condições... seja bem orientado, tenha condições de fazer um bom curativo, tenha condições de realizar... Então o meu cuidar é isso, é visar o bem-estar desse cliente, esse é o conceito de cuidar para mim, utilizando o que eu sei (os meus conhecimentos) e orientando ele para aquela necessidade dele."

(QUARTZO)

"(...) E eu como enfermeira, acho, flui melhor essa parte que ele está recebendo a notícia que tem um câncer e um tratamento que vai fazer, a opção de tratamento que é dada a ele para fazer. Então, isso é bem melhor para ele aceitar, trabalhar isso na cabeça dele... Tem uma continuidade, a gente faz com que haja uma continuidade. Nós preparamos no ambulatório o paciente, damos as informações, preparando ele para as situações que ele vai enfrentar para que quando ele enfrentar essas situações ele já tenha outra visão sobre o tratamento e aceitá-lo melhor..."

(ORQUÍDEA)

"(...) Então o primeiro contato não é que leve à resistência, mas sim aproxime; mostrar para ele que tem sensibilidade, tem liberdade, atrás do jalecão existe uma pessoa que se importa sim com o que ele está falando, com a dor dele e aí você está com o paciente ganho aqui no trabalho."

(VIOLETA)

"(...) Eu acho que tudo no ambulatório deslança a partir do que a gente faz aqui, do que a gente decide, do que a gente vê como melhor... É como ele chega aqui, como ele

é recebido, como ele circula aqui dentro orientado, como ele é atendido, como ele realiza as necessidades dele de exames, de tudo que ele precisa fazer aqui dentro, de forma confortável. Eu vejo o meu cuidado assim, indiretamente assim, que ele chegue aqui bem orientado para andar nesses corredores atrás de exames.” (VERMELHO)

“(...) a gente pode modificar todo essa... esse fluxo desse paciente e melhorar muito. Então eu acho que quando a enfermagem entra nisso daí, dá um equilíbrio, melhora isso, acho que melhora muito em relação ao doente.” (CORAL)

“(...) Tem... tem um fluxo que a própria recepção... eles orientam que me procure (entendeu?), telefone (orientado acho que pelas recepcionistas) “quero falar com a...”, uma por aquele lado que acha que eu vou dar um jeito de puxar a cirurgia pra frente,... consulta, às vezes confusos sem saber como é... quando é ... onde é ... aí fala “fala com a Coral”, aí vem aqui...” (LILÁS)

“(...) Então eu acho que contribuo à medida que eu levo para ele a certeza de que apesar de ele ter uma doença que naquele momento está deixando muitas vezes ele transtornado, sem rumo, sem chão, sem saber muito o que fazer; o que eu procuro dar a ele o sentido, que ele pode se tratar..., mas eu sei que ele pode ser cuidado, que ele pode melhorar a qualidade de vida dele se ele seguir aquelas orientações que a gente está dando. Que ele pode compartilhar com o familiar aquela situação que ele está vivenciando naquele momento. Então eu sinto muito isso durante o atendimento de consulta...” (AZUL)

“(...) me sinto assim como uma âncora do ambulatório porque tudo entra na minha sala, elas me pedem, me chamam, problemas eu tento solucionar com relação aos pacientes (atendimentos, chegam atrasadas...), então eu tento ao máximo puxar até elas para mim mesmo, manter essa aproximação que eu acho legal isso ... A enfermeira é que resolve tudo ali fora, além do meu consultório ainda tenho lá fora para resolver...”

(VERDE)

"(...) a enfermeira aqui acaba sendo uma aliada, uma parceira para aquilo ali dar certo. E a gente tenta fazer muito isso na consulta, de que a gente está passando orientação, mas se ela não colaborar, não vai adiantar. A gente sempre fala: vou te passar tudo isso aqui, está ciente desses cuidados, se você não fizer junto com a gente, não vai adiantar. E... a gente vai ter que interagir (claro!)..." (TURQUESA)

"(...) Dependendo de como elas saem no momento de triagem, as dúvidas que elas apresentam e aí a gente tem que direcionar conforme o perfil da cliente, né? Às vezes você tem que esmiuçar muito as questões que elas apresentam, as dúvidas e assim a gente vai lidando com esta clientela..." (AMARELO)

Os enfermeiros expressam que gostam do que fazem e nesse agir encontram satisfação profissional. Valorizam seu papel enquanto membro da equipe multidisciplinar e a autonomia que possuem, pois atuam com liberdade para realizar o que julgam necessário a cada paciente, ou para realizar aquilo que vai trazer melhor bem-estar à pessoa, a partir do que ela coloca como importante ao seu momento de vida.

Possuem uma prática fundada em uma visão ampla sobre as necessidades dos pacientes e para atendê-las conjugam o conhecimento científico com os valores humanitários como a ajuda, a consideração e a responsabilidade, pois como enfermeiros estão colocando em prática os valores essenciais do cuidar humano. Nos espaços ambulatoriais, estão disponíveis para os doentes, atentos a tudo e julgam ser esse o seu papel. Sentem-se gratificados em ver o paciente aderir à terapêutica, conscientes das etapas pelas quais vai passar e com respostas às suas dúvidas e inquietações e, mais ainda, satisfazem-se com os resultados obtidos com esse modo de atuar.

Utilizam no dia-a-dia o tecnicismo característico da especialidade, pois estão empenhados em não deixar que faltem as condições materiais e técnicas para a realização dos procedimentos terapêuticos, mas estes devem ser desenvolvidos de modo humanizado, pois os enfermeiros sabem que estão diante de pessoas que atravessam um momento delicado em suas vidas. Têm o compromisso de minimizar danos, de apoiar os pacientes nos serviços, de contribuir com a qualidade de vida.

Apesar de investigar a técnica em um espaço onde o tecnicismo é valorizado e reconhecido condição primordial para o “bom desenvolvimento de um tratamento oncológico”, percebeu-se que os enfermeiros, ao lidarem com os pacientes com câncer nos ambulatorios, anunciavam “algo” mais que um simples cumprir regras ou um executar de procedimentos técnicos, e com esta questão, buscou-se conhecer a realidade dos serviços e olhar atentivamente o que acontecia à medida que pudesse pesquisar aquilo que se dá no cotidiano de ambulatorios especializados e *“... põe o homem a dispor do real, como disponibilidade”* (HEIDEGGER, 2001. p.21-23).

Relacionam-se com a clientela com sinceridade, pois falam de trocas e experiências que modificam seu modo de cuidar e pensar a sua própria vida, e pegam *“até um pouquinho dessas coisas”* para uso no seu dia-a-dia.

Acreditam que a ajuda que desenvolvem favorece o tratamento, pois se reconhecem como um canal de comunicação entre pacientes, família e os demais membros da equipe multidisciplinar. Constroem sua especialidade fundada no cuidado relacional, executam procedimentos técnicos, apóiam o doente com câncer e estabelecem com os demais profissionais o diálogo que vai permitir adotar uma nova

conduta ou definir-se por modificar ou ajustar as que estão sendo realizadas, pois valorizam os limites do paciente no processo do tratamento.

Unidade 3:

Os enfermeiros evidenciam que o envolvimento com as atividades de cuidar de pessoas com câncer favorece o crescimento pessoal e a realização profissional.

“(...) A coisa de ser... a gente quer sempre resolver. Talvez, quem sabe, seja aquela coisa que a gente foi educado para curar ... talvez seja da nossa formação acadêmica... ou pode ser mania da gente mesmo, enfermeiro é bicho muito enxerido, se mete em tudo... se não pode fazer nada, a gente dá um jeitinho de ir comendo pelas beiradas... Isso é que me emociona muito, não sei o que faria se trabalhasse em outro lugar, mas talvez eu não tivesse aprendido tanto quanto aprendi aqui...eu preciso disso aqui, talvez eu precise mais de estar no ambulatório junto do doente do que o próprio doente precisar de mim...”

(CEREJA)

“(...) eu me sinto confortável, e no momento acho que alguma diferença estou fazendo. E eu quero fazer mais... No momento que isso não for legal, não estou fazendo diferença nenhuma ... eu desisto, eu saio.”

(VIOLETA)

“(...) vontade de ajudar, de querer ver o paciente bem, a gente tem que se colocar no lugar do outro, se fosse você que estivesse ali, não queria ser bem atendida?... E isso para mim é realização como profissional, sei que estou fazendo o bem para alguém... mas eu me sinto bem, me encaixo bem no cuidado, por causa das clientes que me realizo profissionalmente...”

(QUARTZO)

"(...) Estou vivenciando sempre com o paciente no limite,... no limite de tudo o que pode acontecer... por vezes um paciente pode vir com uma grande expectativa... Então nós somos a porta de entrada, nós estamos assumindo esse papel de acolher esse público, dessa maneira... a gente precisa se mostrar muito para esse paciente... aceitar iniciar um tratamento..."

(PINK)

"(...) o que eu estou fazendo aqui? Estou ajudando os pacientes... você acaba aprendendo com o sofrimento do outro... de uma certa forma enriquecendo você mesmo, você acaba crescendo, isso te favorece um crescimento, não é assim com o sofrimento do outro, não é isso, mas você está aqui com o intuito realmente é de ajudar."

(OURO)

"(...) cada coisa que você vai vivenciando me faz crescer não só tecnicamente, mas também na vida, ter uns certos olhares diferentes, aprender de repente a ser mais tolerante, ver a vida com outros olhos, eu acho."

(LAVANDA)

"(...) gosto muito dessa parte do cuidar... e aqui é direto assistência, a gente direto com o paciente... Eu gosto muito, para mim é muito bom, como eu falei, é uma experiência que eu tiro para a minha própria vida, escutar as histórias dos pacientes, poder orientar, ver que o paciente saiu da consulta mais tranquilo..."

(BRANCO)

"(...) eu me sinto próximo do paciente e exercitando mais o que eu... optei enfermagem: que é o cuidar... o cuidar literalmente, quer dizer o trocar ali com o paciente... eu me sinto mais próxima dessa coisa do cuidado mesmo, do lidar com o outro, trocar com ele, dar e receber também..."

(AZUL)

"(...) Eu me sinto bem, principalmente ajudando assim essas pessoas completamente perdidas (entendeu?), você consegue é... nortear pelo menos,... até gosto desse trabalho aqui no ambulatório, a gente faz de tudo, tanto a parte técnica quanto essa parte dentro do consultório que às vezes, (na verdade a maioria das vezes) o médico

não tem muito tempo pra... [cada paciente]... ficar conversando;... me satisfaz, gosto, gosto disso, gosto mesmo."

(LILÁS)

"(...) você aqui, entre as atividades de consulta de enfermagem, de triagem, de admissão, controle da dor, ou seja, até de orientação; você já ganhou uma espécie de meio de campo, você direciona o paciente para ele não se perder no fluxo do hospital. Porque quando ele se perde, ele se perde mesmo... fica esperando para tratar,... direcionando para os lugares certos, nos momentos certos, tem-se um fluxo melhor e melhora o trabalho do hospital e melhora o trabalho com a doença e melhora o direito de informação do paciente do que está sendo feito com ele. Enriquece o meu trabalho."

(CINZA)

"(...) O enfermeiro não vê um corpo por parte, ali tem uma pessoa, um ser humano que sofre a cada dia. Quando ele sai daqui com o sentimento de que foi bem assistido, que o profissional conhece o histórico dele, que sabe que pode contar com o aconchego do paciente, assim há satisfação. Você consegue sair daqui satisfeito, vai para casa assim com o sentimento de dever cumprido..."

(ESMERALDA)

"(...) Enfermeira não é só uma palavra, enfermeira é muita coisa, é tudo, é um tudo! É administrar, é ser útil, é dar conforto, e acolher a pessoa, é você fazer com que a pessoa que chega aqui sofrendo, tenha dignidade, um tratamento digno. Então acho que é muito importante isso para o ser humano, a pessoa não ser vista não como um tumor, mas como um ser humano..."

(ORQUÍDEA)

"(...) a gente tem esse cuidado de estar preocupada com o conforto desse doente que fica aqui tanto tempo, tantas horas por dias, tantos anos, a gente sabe que sobreviver livre de doença e sobreviver com qualidade é o máximo que se pode alcançar a cada terapêutica que é iniciada e a gente procura, junto com a equipe médica, administrar da melhor forma possível, minimizando os efeitos colaterais desse tratamento..."

(INDIGO)

"(...) tinha que ter um espaço que a gente... atendesse à demanda espontânea ou encaminhada por outros profissionais para o atendimento... Não sei se é o meu jeito de ser, cada um tem um jeito de tentar resolver, tentar melhorar, ter uma qualidade de vida melhor e eu acredito na enfermagem, eu acho que... o paciente precisa da gente é a gente que está aqui o tempo todo com ele... é que dá aquela palavra de conforto, cuida..."

(VERMELHO)

"(...) não esperava que tivesse tanta atividade de enfermagem no ambulatório e de tanta importância... orienta as pessoas... a gente faz os testes de resíduo... têm os atendimentos assistenciais no pós-cirúrgico, todos os pacientes passam por nós... então é uma gama de atividades. Observo também aqui é a integração da equipe da enfermagem, da integração da equipe de fisioterapeutas, equipe médica são muito grande e realmente as atividades que se desenvolvem... que a gente faz, é valorizada por essas equipes. O que eu não imaginava, entendeu? Porque a visão que eu tenho lá de fora é completamente diferente do que se desenvolve aqui. Eu acho que a enfermagem aqui galgou um espaço muito bom, é valorizada... solicitam a gente... procuram... encaminham... pra gente atender, acreditam e confiam no que é desenvolvido ali dentro..."

(MARROM)

"(...) a enfermagem tem uma visão de que ela só visa aquilo dali, a assistência, aquele cuidado, a consulta é diferente, uma consulta de enfermagem... E eu gosto muito de fazer o que eu faço hoje, de conversar com o doente, de cuidar dele, adoro mexer em feridas... se eu faço aquele acompanhamento, eu me lembro de como era antes, olho aquele ponto falo assim... e aí "vou tratar essa outra aqui", criar situações para melhorar o doente e me gratifica muito quando vê ele bem... aquilo assim é um estímulo... cuida e melhora, isso estimula mais para fazer..."

(CORAL)

"(...) numa consulta, vejo elas, e acabam criando um vínculo por muito tempo, elas vêm ... vêm sempre ver a gente aqui na sala. Eu acho no tratar com carinho, com amor, dar atenção, ouvir os problemas... não sei... E elas vêm direitinhas, elas acompanham direitinho... é isso que a gente faz aqui"

(VERDE)

“(...) você começa a ser envolver porque ele traz para cá a roupa que ele veste, ele vem vestido, ele não está descaracterizado por uma camisola de hospital, ele está vestido... acho que aparece mais, o ser humano, a impressão que eu tenho é que aparece mais...”

(TURQUESA)

“(...) estou me sentindo muito motivada com o que estou fazendo... eu e as minhas colegas, as outras enfermeiras, a gente está querendo sempre ... não é inventar, mas sim ... é uma maneira, um caminho que a gente possa resolver as questões que surgem, os problemas que surgem para poder estar melhorando o nosso trabalho...”

(AMARELO)

Os enfermeiros dizem que sua atuação nos ambulatórios tem o sentido de ajuda e que, no contato direto com a clientela, revigoram-se como pessoas e profissionais. Mantêm-se atentos para direcionar os pacientes ao que de melhor a instituição oferece e para realizar os procedimentos técnicos sob sua responsabilidade. Para isto precisam conhecer não só o fluxo do ambulatório, mas também estarem envolvidos com a situação pessoal de seus assistidos.

Os enfermeiros reconhecem que os serviços ambulatoriais desempenham um papel de “porta” de entrada institucional e empenham-se em torná-la acessível à clientela que chega, muitas vezes, no limite de suas forças frente a um diagnóstico desfavorável. Em suas falas pode-se ver que exercitam o colocar-se no lugar do outro como uma atitude necessária à compreensão da situação de vida dos doentes, e atribuem grande significado profissional a essa experiência, pois esse colocar-se no lugar do outro favorece o melhor desenvolvimento do seu trabalho.

Observa-se também que os enfermeiros não vêem obstáculos para desenvolver as suas atividades, porque estabelecem um envolvimento que consideram natural à sua profissão e esse envolvimento aproxima pacientes e equipe, o que dá significado ao trabalho no ambulatório, ao enfermeiro enquanto pessoa e profissional, e ao paciente que encontra apoio e ajuda no serviço. Os enfermeiros se consideram essenciais para o êxito do programa terapêutico e sabem que fazem diferença na dinâmica dos serviços. Nos depoimentos obtidos, nota-se que há uma preocupação com os pacientes no sentido de apoiá-los, fortalecê-los e torná-los mais autônomos em relação à doença e ao tratamento.

O envolvimento com o outro e o empenho em facilitar o acesso de pessoas ao tratamento no campo da oncologia e suas muitas possibilidades terapêuticas parecem guiar esses enfermeiros no sentido de realizar um cuidado singularizado a cada situação que lhes chega. Falam que, nesse agir, realizam-se profissionalmente a cada passo que o paciente conquista no controle da doença e percebe-se ser essa a diferença que querem empreender no percurso terapêutico de pacientes oncológicos. Buscam nesse cuidar cotidiano, a motivação necessária para se manterem atuantes e satisfeitos, ainda que imersos em uma dinâmica assistencial tecnicista como é peculiar em ambulatórios oncológicos.

A experiência vivida com os pacientes no ambulatório é valorizada, pois cada história de vida impulsiona o profissional a dar o máximo de si para cuidar, a ênfase de sua profissão.

Unidade 4:

Os enfermeiros significam as atividades de cuidar que desenvolvem nos ambulatórios como necessárias ao tratamento de pacientes com câncer

"(...) apesar de eles estarem aqui, e a gente não passa a idéia de fazer por fazer, não, tem uma chance de cura. Que eu estou aqui com o propósito de ajudar e aprender, não só as coisas relacionadas à minha profissão, mas aprender também a ser um pouco mais ainda um ser humano."

(OURO)

"(...) você tentar mudar essa imagem de que "eu vim aqui para morrer". E ser bastante direta! Mas direta assim, você vai devagar porque todos esses processos de evasão, revolta, ele passa por isso tudo. Então você tem que ser uma pessoa mais para saber o que ele e a família...é sempre ele e a família, não dá para separar no processo que ele está passando e você respeitar, esperar ele superar aquele processo (e você junto com ele!)... e não estou falando da parte técnica que todo mundo sabe o que é nós temos que fazer, mas é o momento que esse paciente quer alguém que olhe nos olhos e escute a história dele."

(VIOLETA)

"(...) é vir para cá todo dia, é dar atenção ao paciente, você estar ali podendo mudar o curso do tratamento dele, às vezes com uma palavra que você faça, com uma atitude que você faz, a pessoa mais para frente quando te encontra diz "olha naquele momento você falou comigo de uma forma "... aí que você sente que o que te move é uma coisa é do teu interior. É chegar, falar e as coisas às vezes mudam o dia-a-dia, o curso do tratamento da pessoa, dependendo de um toque que você teve ou uma palavra de conforto, então é instinto!"

(LAVANDA)

"(...) Eu acho que o nosso cuidado, embora a gente esteja inserida dentro do ambiente hospitalar (tudo bem que é ambulatório, mas a gente está dentro de uma instituição que é o próprio modelo biomédico), mas eu acho que o nosso cuidado com o paciente transcende os muros desse hospital, entendeu? Eu acho que quando a gente" pega "esse paciente, a gente está na verdade vendo tudo dele fora. Somos nós que estamos

viabilizando que o tratamento dele dê certo... É simplesmente isso, só que é tão simples que parece ridículo,... Eu estou pensando em seres humanos que são portadores de câncer e estão aqui procurando uma chance e eu me vejo no compromisso de proporcionar alguma coisa para ele.”

(CEREJA)

“(...) acho que o paciente tem que estar preparado para saber o que ele vai passar, ele tem o direito de saber o que ele tem... dá ao paciente o apoio que ele precisa e a família também, pois a família fica abalada e se vê seu paciente tão bem cuidado, tão bem tratado, tão bem orientado como é aqui dentro, pelo menos pra mim... acho que é um diferencial muito importante, muito significativo... se eu fui claro...”

(MARROM)

“(...) A grande maioria das vezes a gente segue aquele roteiro, mas não de uma maneira linear, você vai indo e voltando ou vai mudando de acordo com o que você percebe dela... tentar perceber pelo menos, e a partir daí é que vou nortear o contato com ela.”

(TURQUESA)

“(...) eu aprendi que não são só as coisas... não só a parte profissional, são as emoções que ela passa, a vivência dela lá fora tem muito a ver no lidar com elas. Eu gostei e estou amando fazer consulta de enfermagem, esclarecer as dúvidas, tentar resolver os problemas que elas trazem para a gente...”

(AMARELO)

“(...) ele sai daqui vendo que ele é uma pessoa, que ele é visto como um todo poderia ser visto melhor, está se organizando ainda, vai melhorar daqui pra frente, já foi um ganho... estar esses seis meses com a consulta é o diferencial do enfermeiro aqui...”

(ESMERALDA)

“(...) E eu como enfermeira, acho, flui melhor essa parte que ele está recebendo a notícia que tem um câncer e um tratamento que vai fazer ou a opção de tratamento que é dada a ele para fazer. Então, isso é bem melhor para ele aceitar, trabalhar isso na cabeça dele...”

(ORQUÍDEA)

"(...) Então eu acho que a gente acaba conquistando... a cada dia, com grandes lacunas é lógico...; isso é uma coisa que ainda me angustia... o fato de... não ter uma enfermeira no posto avançado... Acho que... teria muito a fazer... quando eles estão nessa etapa de transição da unidade que acolheu, da equipe que eles confiam para outro lugar... eles precisavam de alguma coisa nessa transição..."acabou o tratamento, me mandaram para cá, o que eu vou fazer aqui? Iniciar o tratamento aqui." Essa a fala da equipe, iniciar um tratamento de controle de sintomas, é esse o nosso tratamento, é esse o nosso ponto..."

(PINK)

"(...) reconhecimento.... é uma coisa muito boa, é um ganho aqui no trabalho... A gente fica muito gratificada, sabe quando... consegue. Eles têm esse vínculo estabelecido com a gente, que... é a pessoa que vai resolver os problemas dele....."

(INDIGO)

"(...) Eu acho que tudo no ambulatório deslança a partir do que a gente faz aqui, do que a gente decide, do que a gente vê como melhor... Hoje com as novas tecnologias, novas medicações, os nossos pacientes têm durado muito, então eles ficam anos voltando no ambulatório. Isso cria um vínculo muito forte, muito grande com a gente..."

(VERMELHO)

"(...) É um trabalho de orientação, de educação para o cuidado, o autocuidado, a higiene, para tudo que tem a ver em relação com a doença, a gente dá essa assistência... e sei que vou beneficiar alguém, no caso aqui o paciente... oncológico... em relação ao tratamento, meus atendimentos, em relação a esclarecer dúvidas, são pequenas dúvidas, mas para eles são coisas, né?..."

(QUARTZO)

"(...) um cuidado que você direciona em várias partes esse doente, ele tem vários caminhos conosco... então às vezes em uma conversa, em uma consulta... ajuda muito, melhora muito o paciente,... diversificar determinados assuntos e não criar coisas... porque isso atrapalha no próprio andamento do tratamento dele..."

(CORAL)

"(...) e você direcionando para os lugares certos, nos momentos certos, tem-se um fluxo melhor e melhora o trabalho do hospital e melhora o trabalho com a doença e melhora o direito de informação do paciente do que está sendo feito com ele. Enriquece o meu trabalho..."

(CINZA)

"(...) Eu me sinto bem, principalmente ajudando assim essas pessoas completamente perdidas (entendeu?), você consegue é... nortear pelo menos, aquele monte de papel... estão completamente perdidas..."

(LILÁS)

"(...) mas eu sei que ele pode ser cuidado, que ele pode melhorar a qualidade de vida dele se ele seguir aquelas orientações que a gente está dando... Então eu sinto muito isso durante o atendimento de consulta... mas o significado pra mim é este: poder responder. Dar a ela alguma resposta que ela esteja necessitando naquele momento, atendê-la na necessidade que ela está demonstrando naquele momento... Quando você consegue levar ao outro, mesmo que você não possa resolver o problema dele como ele gostaria, mas ele entende como vai poder resolver de outra forma..."

(AZUL)

Os enfermeiros falam de como se sentem importantes ao cuidarem de pessoas com câncer. Para realizarem suas atividades junto aos doentes, têm necessidade de *conhecer a pessoa como um todo*, a sua história, para estabelecer a conduta terapêutica que mais possa ajudá-los durante o tratamento, pois o ambulatório favorece que haja o conhecimento não só daqueles que precisam se tratar, mas também dos familiares que os acompanham no processo.

Mostraram em seus discursos que valorizam as habilidades técnicas, mas que não são apenas mero tecnicistas, pois sabem de antemão que estão lidando com seres humanos. Essa condição faz com que possam atuar de modo personalizado a partir de

necessidades que identificam a cada vez que os doentes comparecem para o seguimento do tratamento.

Também se observou nas falas que a preocupação com a pessoa em sua totalidade gera no profissional um comportamento resolutivo. Os enfermeiros querem dar resposta aos problemas cotidianos que estão associados às diferentes fases do tratamento. Isto os faz agir com empenho para buscarem soluções práticas ou mesmo oferecer conforto que pode se traduzir em uma conversa interessada e esclarecedora.

Os conhecimentos técnicos que utilizam em suas rotinas de trabalho, possibilitam compreender cada situação dos que estão em tratamento, e buscam apoiá-los a não desistirem da luta para vencer o câncer. Esse apoio é construído a cada encontro e não é determinado apenas pelo protocolo de tratamento. Fica claro que a condição em que a pessoa se encontra é que definirá o que poderá ser feito no dia do comparecimento ao serviço. Seu modo de contribuir com as metas estabelecidas pelos protocolos terapêuticos é valorizar o que cada pessoa tem de essencial, e essa valorização traz gratificação pessoal, pois a relação profissional-cliente está baseada na atenção humanizada.

Ao assumirem a responsabilidade de agir a partir de uma relação interpessoal, o cuidado realizado como ação profissional ganha o sentido de contribuição para a melhoria da qualidade de vida daqueles a quem cuidam.

Nas falas dos profissionais, nota-se que o empenho em ajudar o ser humano com câncer, não é uma “tarefa fácil”, pois os espaços assistenciais são também locais de aprendizagem, não apenas das coisas relacionadas à profissão, mas de aprender sobre as pessoas com suas histórias, e assim desenvolverem o cuidado assistencial mais adequado ao momento de cada um. Podem, então, se aprimorar cada vez mais

como enfermeiros, podem fazer diferença na dinâmica assistencial, podem perceber o reconhecimento dos doentes e da família, reforçando que o caminho profissional que escolheram foi acertado.

CAPÍTULO VI

ANÁLISE COMPREENSIVA

Na compreensão vaga e mediana sobre o dia-a-dia nos ambulatórios oncológicos, os enfermeiros mostraram um modo de cuidar em que a consideração e o compromisso com o ser humano doente e seus familiares os guiam em sua prática profissional. Mostrou-se um fazer profissional singular, que os remetem à responsabilidade, compromisso com o outro e sua saúde e satisfação profissional.

Buscou-se o sentido que funda esse modo de agir à luz da dimensão existencial e *des-velar* o que não se mostra claramente, mas aparece no conjunto de atividades descritas nos discursos dos enfermeiros.

(...) Por mais que a compreensão do ser oscile, flutue e se mova rigorosamente no limiar de um mero conhecimento verbal – esse estado indeterminado de uma compreensão do ser já sempre disponível é, em si mesmo, um fenômeno positivo que necessita de esclarecimento.
(HEIDEGGER, 2000. p.31)

Os enfermeiros oncologistas, apesar da influência do modelo biomédico, valorizam o que fazem e falam da satisfação e do reconhecimento que encontram ao cuidar do outro. O “tom” do cuidado é dado pelas necessidades sentidas daqueles a quem cuidam. Quando a clientela chega ao serviço ambulatorial, os enfermeiros se colocam disponíveis a escutá-la. Esse é o primeiro passo para o processo de tratamento: esclarecem, orientam, motivam, executam procedimentos, enfim, tudo o que estiver ao seu alcance para assegurar ao paciente acesso ao tratamento oferecido na instituição, pois acreditam ser esse o melhor caminho para que a pessoa recupere a sua saúde. Pois...

(...) o assistir caminha em duas direções: uma para o fazer pelo (...) e o outro o fazer com o outro. Todas estas levando a cura no dizer da enfermagem que é a capacidade de restabelecer o organismo doente, (a pessoa) o indivíduo para a sociedade (...) (ANDRADE, 1997)

Um modo de *preocupação* para com os outros, ancorado no ficar ao lado, acompanhando-o e até relembrando-o daquilo que lhe compete. Esse modo de relação com o outro é compreendido pelos enfermeiros oncologistas nos ambulatorios como fundamental no cuidar daqueles que, envolvidos pelo câncer, percorrem uma trajetória terapêutica.

(...) Os "sentidos "só podem ser" estimulados "e" ter sensibilidade para", de maneira que o estimulante se mostre na afecção, porque eles pertencem do ponto de vista ontológico, a um ente que possui o modo de ser disposto no mundo (...)
(HEIDEGGER, 2000. p.192)

No cotidiano ambulatorial dos enfermeiros oncologistas, observou-se que a técnica especializada é compreendida a partir da *dis-posição* que move o profissional na direção de cuidar do outro. E que ao cuidarem dos pacientes, assumem a responsabilidade de *ser-com* aquele que está em tratamento e desenvolvem suas atividades a partir de uma ótica técnica específica ao momento existencial do paciente. Suas condições e perspectivas no cotidiano são importantes no planejamento e no desenvolvimento de atividades técnicas.

(...) A disposição é um modo existencial básico em que a pre-sença é o pre. Ontologicamente, ela não apenas caracteriza a pre-sença como também é de grande importância metodológica para a analítica existencial, devido à sua capacidade de abertura. Esta possibilidade, ademais, como toda interpretação ontológica, a se escutar, por assim dizer, o ser dos entes que antes já se abriram. Nesse sentido, deverá ater-se às possibilidades de abertura privilegiadas e mais abrangentes da pre-sença para delas retirar a explicação desse ente (...)
(HEIDEGGER, 2000. p.194)

Os enfermeiros oncologistas em espaços ambulatoriais estão envolvidos com os protocolos terapêuticos de controle do câncer, e mostram-se pre-ocupados com o paciente que vivencia uma doença grave. Estão envolvidos com tarefas, porém é esse envolvimento que os mantém empenhados em responder às necessidades trazidas pela clientela ou pelos familiares. Parece que sempre é possível “tirar um tempinho” e conversar, dar atenção ao paciente durante o atendimento ambulatorial, pois...

(...) Pertence à estrutura ontológica da pre-sença uma compreensão do ser. E sendo que a pre-sença está aberta para si mesmo em seu ser. Disposição e compreensão constituem o modo de ser desta abertura (...)

(HEIDEGGER, 2000. p.245)

Os enfermeiros, ao se ocuparem de suas tarefas, assumem responsabilidades, compromissos, e mostram antecipadamente que é preciso oferecer a melhor atenção, antevendo nessa ocupação as necessidades do outro. Mostram essa responsabilidade no apoio ao paciente, ao facilitarem o acesso terapêutico daquele que chega aos serviços, ao se colocarem disponíveis para tranquilizar o outro diante do futuro que pode ser incerto, pois esse paciente requer tempo e consideração para prosseguir seu *per-curso* no tratamento para o câncer. Em Loparic (1999) vemos que:

(...) A questão da responsabilidade bifurca...: uma linha vai em direção dos projetos *a priori* do sentido do ser e a outra em direção do deixar-ser os entes eles mesmos, os humanos e os intramundanos, à luz desse ou daquele sentido do ser, anteriormente projetado, e num mundo-projeto em que nos movemos (...)

(LOPARIC, 1999. p.204)

Ao se ocuparem com o paciente nas diferentes etapas do fluxo ambulatorial, os enfermeiros evidenciam uma postura acolhedora. Desse modo, o foco não está apenas nos procedimentos técnicos que exigem precisão, mas no como as condutas

profissionais contribuem para a melhoria na qualidade de vida dos doentes. Pode-se observar esse aspecto nos trechos abaixo:

(...) Eu faço... a consulta de enfermagem... agiliza alguns exames junto à equipe médica, reforça até alguma orientação... de maneira que o paciente entenda... A gente não pensa só na doença (...)
(ESMERALDA)

(...) Eu acho que o nosso cuidado... com o paciente transcende os muros desse hospital,... estou pensando em seres humanos que são portadores de câncer e estão aqui procurando uma chance e eu me vejo no compromisso de proporcionar alguma coisa para eles.
(CEREJA)

A vida diária permite inovações, adaptações ou opções por novos caminhos para a realização do cuidado assistencial. Parece que os enfermeiros não abrem mão do que há de humano na convivência com pessoas em tratamento oncológico, pois compreendem que a tecnologia disponível é importante na tarefa de oferecer resolubilidade ao problema do câncer. Assim, podem aproximar o que é necessário como procedimento assistencial à dimensão humana que deve existir na relação profissional-paciente. Essa compreensão foi evidenciada em vários depoimentos como se pode observar neste trecho:

(...) não estou falando da parte técnica que todo mundo sabe o que é nós temos que fazer, mas é o momento que esse paciente quer alguém que olhe nos olhos e escute a história dele (...)
(VIOLETA)

Mais do que a resolubilidade advinda da implementação do tratamento indicado a cada caso, sobressai a relação de ajuda estabelecida com o usuário do serviço. Em cada etapa do seguimento ambulatorial, podem apoiar a pessoa na superação de problemas que venham a interferir no andamento dos protocolos, retardando a vitória

sobre a doença ou o seu controle. Sobre este modo de ser profissional pode-se aproximar ao que Heidegger afirma sobre o modo de ser do homem no mundo:

(...) o de-monstrar da constituição ontológica-existencial de toda determinação e do conhecimento na disposição do ser-no-mundo não deve ser confundido com a tentativa de abandonar onticamente a ciência ao “sentimento”. (HEIDEGGER, 2000. p.193)

Heidegger explicita que a técnica é uma modificação *sui generis* do fazer ou agir humano no qual o ser é *sempre possibilidades* que descobrimos nos entes e que nos empenhamos por realizar. Motiva-nos a saltar para fora do círculo vicioso da *pro-vocação* e pensar a *pro-dução* e o *pro-duzir* em toda a sua amplitude, e estar disponível a ouvir o chamado que não brota do hábito, mas da possibilidade de *cuidar do ser* a partir do tempo de esvaziamento e disponibilidade para algo novo (CRITELLI, 2002; HEIDEGGER, 2002; HEIDEGGER, 2007).

O desenvolvimento das condutas assistenciais sob responsabilidade do enfermeiro dá-se em uma dimensão diferente da usualmente entendida na perspectiva tecnicista, pois o que emergiu é a exigência de *dar sentido à pre-sença*. Os enfermeiros parecem buscar, de modo personalizado a cada usuário no ambulatório, caminhos para tornar mais fácil a superação do processo de adoecimento por câncer, pois...

(...) o ser é sempre as possibilidades que descobrimos nos entes e que nos empenhamos por realizar... um possível entregue aos cuidados e sob nossa responsabilidade. (CRITELLI, 2002. p.88)

No empenhar-se pelo bem-estar do outro, os enfermeiros estão dispostos a ajudar e a responder ao que se apresenta de imediato no cotidiano assistencial, como expressado pelo participante Quartz, em seu depoimento:

(...) o cuidar para mim é fazer com que ele se sinta bem naquele estado..., que possa sentir bem-estar, que ele não sinta dor, que ele possa ter boa assistência,... Então o meu cuidar é isso, é visar o bem-

estar desse cliente,... utilizando o que eu sei (os conhecimentos) e orientando ele para aquela necessidade dele. (QUARTZO)

Pode-se notar no comportamento profissional dos enfermeiros oncologistas em ambulatorios o modo como se apresenta no habitual do serviço, o modo ôntico. Ao trazer a questão fundamental do ente enquanto *ser-no-mundo*, Heidegger nos apresenta que:

(...) subsiste ainda a possibilidade de ampliar a análise através de uma caracterização comparativa dos desdobramentos da ocupação e sua circunvisão, da preocupação e sua consideração e, através da explicação mais apurada de ser de todos os entes intramundanos possíveis, distinguir a pre-sença dos entes não dotados do caráter da pre-sença.” (HEIDEGGER, 2000. p.185)

Na sua ocupação diária, os enfermeiros se deixam levar em muitos momentos pela impessoalidade da rotina dos ambulatorios oncológicos. Para isso procuram diferentemente do modo impessoal de ser profissional, com sua rotina a cumprir, dar tempo aos pacientes, de modo que possam compreender todo o processo em suas fases, respeitando-se a condição física, social, bem como a condição psicológica do paciente.

(...) Somente à medida que este cuidado da presença, o cuidado com o poder ser e o dever ser for ele mesmo, tomar-se o cuidado em sentido absoluto é que se cumpre e acontece o empenho do homem pelo mundo, é que a regência e o domínio do mundo se expõe em lei, configuração, atitude e obra. Somente, então, o sendo e qualquer coisa há de abrir-se em sua essência. (HEIDEGGER, 2007. p.101)

O modo de contribuir com as metas estabelecidas pelos protocolos terapêuticos é valorizar o que cada ser humano tem de essencial, e essa valorização traz gratificação pessoal, pois fundamenta o fazer profissional no cuidado relacional onde o vínculo com o paciente se constrói a partir da confiança e do respeito (ROCHA, 2000).

Os enfermeiros ao tomarem para si a responsabilidade em favorecer boas condições para os que estão no percurso do tratamento oncológico, quando estão realizando cuidados assistenciais de forma direta ou indireta, na administração dos serviços lançam mão de uma técnica que se sustenta na *dis-ponibilidade*. Heidegger nos apresenta em *Ser e Tempo*:

(...) A essência da técnica moderna põe o homem a caminho do desencobrimento que sempre conduz o real, de maneira mais ou menos perceptível, à dis-ponibilidade. Pôr a caminho significa: destinar. Por isso, denominamos de *destino* a força de reunião encaminhadora, que põe o homem a caminho de um desencobrimento. É pelo *destino* que se determina a essência de toda história.

(HEIDEGGER, 2001*. p.27)

No modo empenhado de ser-enfermeiro nos ambulatórios oncológicos, reside a idéia de um cuidado comprometido com o desencobrimento da técnica, ou seja, abrir-se ao que se apresenta no cotidiano e agir conforme as necessidades sentidas por aqueles que buscam tratamento.

(...) Trata-se da forma de desencobrimento da técnica que o desafia a explorar a natureza, tomando-a por objeto da dis-ponibilidade.

(HEIDEGGER, 2001. p.22)

Evidenciou-se a possibilidade do *des-encobrimento* da técnica, enquanto composição do saber científico com a habilidade humana de *consideração* com o outro, de pré-ocupação com o outro, elemento fundante do cuidar como *Sorge* (cura). Uma perspectiva de cuidar que não se restringe ao factual da doença, mas a compreensão de cura como possibilidade que existe para cada um dos que estão em tratamento, sabendo que o câncer e o estadiamento do tumor não retira do outro sua condição de ser-aí singular, que tem em suas mãos a possibilidade de assumir seu presente e seu futuro. Nesse sentido, a falar das relações que o cuidado possibilita, Heidegger afirma

em *Ser e Tempo* que o *ser-aí* no seu horizonte relacional, “(...) *Desses entes não se cuida, mas se procura por eles (Fürsorgen)*” (HEIDEGGER, 2000, p.137).

Ao analisar a dimensão do fenômeno da cura a partir do cotidiano de enfermeiros ambulatoriais, encontrou-se um discurso ambíguo, porém esta ambigüidade não advém da curiosidade ou do falatório, mas se mostra na ambigüidade do *ser-aí-com* no cotidiano assistencial. A ambigüidade que resulta da pretensão de que tudo é acessível e já se sabe do que se trata em qualquer caso ou assunto. Na ambigüidade, a indecisão se mostra presente e o *ser-aí* “fica em cima do muro”, ora privilegia-se um aspecto do real ora outro, sem decisão e sem o aprofundamento da questão, empenha-se em realizar os protocolos preconizados no campo da oncologia.

(...) Tudo tem o aspecto de genuinamente compreendido, captado e dito e, no fundo, não o está; ou não tem tal aspecto e no fundo, está (...)
(HEIDEGGER, 1974. p.193 *apud* COLPO, 2000)

Desvelou-se o sentido da *CURA (Sorge)* como guia (na maioria das vezes) de um agir profissional, trazendo a preocupação com o outro como uma das características ontológicas do *ser-aí*. Esse modo de relação com o outro é compreendido pelos enfermeiros oncologistas nos ambulatórios como fundamental no cuidar daqueles que, envolvidos pelo câncer, percorrem uma trajetória terapêutica oncológica .

(...) gosto muito dessa parte do cuidar... e aqui é direto assistência, a gente direto com o paciente... Eu gosto muito... é uma experiência... escutar as histórias dos pacientes, poder orientar, ver que o paciente saiu da consulta mais tranqüilo (...)
(BRANCO)

(...) Eu me sinto bem, principalmente ajudando assim essas pessoas completamente perdidas, você consegue é... nortear pelo menos... até gosto desse trabalho aqui no ambulatório, a gente faz de tudo, tanto a parte técnica quanto essa parte dentro do consultório (...)
(LILÁS)

Tal cuidado diz respeito ao cuidado para com a saúde, para com o corpo, para com os entes que nos servem cotidianamente, mas também deixa aparecer o cuidado em seus modos deficientes como a negligência, o desinteresse, a indiferença. Este é um ponto crítico e uma possibilidade quando se conjuga a especialização com a organização, e também possibilidade de avançar no sentido de um cuidar autêntico.

Desvelou-se que a prática assistencial de enfermeiros oncologistas em ambulatórios de unidades especializadas no tratamento de câncer tem uma essência singular: o cuidado em seu sentido fenomenológico *de cura, de preocupação*.

O sentido profissional da prática ambulatorial de enfermeiros oncologistas é *possibilidade de estar-junto-a-alguém, e nesse encontro, autenticamente, desenvolver a cura*, pois o enfermeiro sabe que a pessoa com câncer e em tratamento ambulatorial pode dar sentido às suas vivências e se responsabilizar por elas, pois está vivendo suas possibilidades existenciais.

CONCLUSÕES

O sentido do agir profissional na prática ambulatorial oncológica

Ao olhar o cotidiano de enfermeiros oncologistas em ambulatórios especializados para o tratamento do câncer, encontrou-se uma prática assistencial fundada na tradição científica que é própria da tecnologia moderna, mas ao mesmo tempo carregada de subjetividade, de atenção para o problema de cada indivíduo que está em tratamento. Com essa forma de realizar a enfermagem, os profissionais deixam aparecer o sentido do comportamento profissional que os liga ao mundo dos pacientes e ao seu mundo próprio, enquanto *ser-aí-com*.

Foi possível observar que esses profissionais atuam abertos às experiências de tratar pessoas com câncer, com valorização de um conhecimento científico que se renova com a evolução das terapêuticas oncológicas, mas que oferece também, à medida que esse conhecimento passa a ser de uso corrente, incorporado na vida diária, a possibilidade de promover um cuidado particularizado nas necessidades daquele que vem ao encontro do enfermeiro no espaço dos serviços.

O sentido profissional que parece guiar o cuidado oferecido pelos sujeitos dessa investigação traz a possibilidade de compreender como a técnica pode ser utilizada em uma práxis cotidiana, por si especializada, a partir da disposição que move o enfermeiro na direção de cuidar de um outro. Evidenciou-se a possibilidade do *des-encobrimento* da técnica, enquanto uma *com-posição* do saber científico oriundo da tradição de investigação no campo da medicina contemporânea, com a habilidade humana de ter consideração com o outro, elemento constituinte da ação de cuidar.

O desafio que se apresentou foi como compreender a técnica, instrumento de trabalho dos enfermeiros, associada à dimensão existencial do indivíduo, objeto do cuidado, em uma relação assistencial entre dois *daseins*.

Observou-se que os enfermeiros, em ambulatórios, estão além da manualidade de protocolos, pois podem se lançar em direção ao outro para conhecer ou reconhecer suas necessidades, e esse conhecer cada situação é que desencadeia o cuidado singularizado que envolve o benefício que esperam proporcionar ao estarem junto aos pacientes. Aí se tem uma abertura construída pela disposição em *ser-com* no mundo do trabalho, e essa abertura ao outro possibilita o cuidar como um encontro existencial.

Esse estudo possibilitou discutir a técnica enquanto essência das ações profissionais que ocorrem nos ambulatórios especializados de um serviço assistencial oncológico, isto é, o modo de agir que possibilita descobrir o que há de importante em cada situação na vida compartilhada do cotidiano. Desvelou-se um fazer técnico que na sua essência, é *dis-ponibilidade com* aquele que vem ao encontro.

(...) Assim desafiado e provocado, o homem se acha imerso na essência da *com-posição*... cujas ações e omissões se acham por toda parte desafiadas e *pro-vocadas*, ora às claras ora às escondidas, pela *com-posição*. E sobretudo nunca chega tarde e atrasada a questão se e de que modo nós nos empenhamos no processo em que a própria *composição* vige e vigora. (HEIDEGGER, 2002. p.26-27)

Heidegger coloca a técnica como modo de realização no contexto da ciência, mas lembra que o *logos* moderno é a *técnica* que se realiza em sua essência, empenhada em experimentar possibilidades para a realização de algo. No campo da oncologia, pode-se inferir que é o desdobramento das ações realizadas no cotidiano das ações de cuidado, no sentido existencial de *cura*, isto é,

(...) A cura é sempre ocupação e preocupação, mesmo que de modo privativo. No querer, só se apreende um ente já compreendido, isto é,

um ente já projetado em suas possibilidades como ente a ser tratado na ocupação ou ser cuidado em seu ser na preocupação (...)
(HEIDEGGER, 2000. p.259)

Nesse ambiente altamente tecnicista e tecnológico como os ambulatórios especializados no tratamento do câncer, também reside a possibilidade de os enfermeiros deixarem emergir o modo de *ser-com* as pessoas em tratamento, valendo-se do seu conhecimento científico que se evidencia em práticas e procedimentos técnicos. Essa não é uma situação especial, é uma situação corriqueira, pois nesse imediatismo profissional os enfermeiros estão mergulhados. Nesse sentido, concorda-se com Fogel quando, ao interpretar o pensamento heideggeriano, afirma:

(...) A tecnologia como nosso ser-no-mundo é a nossa situação, nossa circunstância, isto é, o mundo ou a realidade do real, pela qual somos tomados, determinados (...)
(FOGEL, 1996. p.41)

Ao se preocuparem com os pacientes ambulatoriais, os enfermeiros concretizam suas próprias possibilidades como *ser-aí*. Enquanto *ser-aí* estão no campo da saúde, cuidando de facilitar a vida dos que foram atingidos pelo câncer e por seu tratamento que, muitas vezes, é prolongado. Os enfermeiros se mostraram facilitadores das condições indispensáveis para o enfrentamento da situação, tanto em relação aos pacientes como em relação aos familiares, que são os que mais de perto são atingidos quando um parente recebe o diagnóstico.

Ser um facilitador nessa etapa de vida da pessoa (*ser-aí* como nós) é estar envolvido, ligado ao outro. É preocupação positiva, empenhando-se em tudo fazer para que o êxito no controle do câncer se relacione ao êxito pessoal, daquele outro que foi atingido pela doença; pela disposição em fazer o melhor, o que for possível tendo em vista a qualidade de vida do indivíduo.

Os enfermeiros, em ambulatórios oncológicos, assumem compromissos que não se limitam ao espaço físico dos consultórios ou dos grupos, porque entendem que as pessoas têm que continuar usufruindo de suas vidas social, afetiva e familiar. O que está ao alcance de imediato é outro *ser-aí* e, portanto, reconhecem em sua ajuda, na forma de cuidado assistencial, que esta pode ser mais efetiva se eles *cuidarem da pessoa* e não do câncer.

Os enfermeiros se deixaram conhecer pela responsabilidade com o paciente em tratamento. Possuem responsabilidade pelo bem-estar, pela melhoria das condições clínicas, pela autonomia que os pacientes destacam nos diferentes períodos de seus tratamentos, enfim, sentem-se co-responsáveis com o existir dos que estão sob sua atenção direta ou indireta, pois realizam as atividades administrativas do processo de cuidar. Tal responsabilidade não advém apenas da circunvisão de cuidar, apreendida desde a formação acadêmica, mas de seu compromisso como ser humano que também pode ser afetado por um câncer, pois também tem a possibilidade do adoecer.

Esta investigação se iniciou querendo descobrir o valor para os enfermeiros de suas práticas profissionais em ambulatórios oncológicos, por entender que em alguns momentos eles não conseguiam dar-lhes destaque, apesar de parecer que incessantemente estavam mergulhados em um grande número de atribuições. Desvelou-se que a prática assistencial de enfermeiros oncologistas em ambulatórios de unidades especializadas no tratamento de câncer tem uma essência singular: o cuidado em seu sentido fenomenológico - de cura. Este sentido é que move o enfermeiro, é o que faz com que ele se empenhe em ajudar, apoiar, incentivar, respeitar o tempo particular da pessoa para o enfrentamento das etapas que envolvem a dinâmica do tratamento do câncer, pois

(...) A cura existencial não é apenas um retorno à saúde, permite a recuperação da identidade, do em si mesmo no sentido originário ao desvelá-lo como ser-aí, não mais considerando-o como entidade (...)
(ANDRADE, 1997. p.90)

Assim, ao buscar o sentido do agir de enfermeiros oncologistas nos ambulatórios do INCA, encontrou-se um modo de agir profissional no qual a cura é o modo de existir de todos os enfermeiros que têm a compreensão antecipada de cuidar do outro como essencial ao seu *ser-no-mundo*.

Acredita-se que os resultados desta investigação permitiram mais aproximação com o enfermeiro sendo-no-mundo dos espaços profissionais especializados, com suas possibilidades de ir ao encontro do que estabeleceu como projeto para o momento presente, para o que permite a compreensão de seu modo de ser, seu lugar e posição no mundo da saúde e da doença.

Evidenciou-se ainda a necessidade de continuar investigando os processos de cuidar em enfermagem que estão sedimentando o solo de tradição da especialização profissional que caracteriza a assistência de enfermagem ambulatorial oncológica, e possibilitam a construção de novos espaços de atuação para enfermeiros nos programas assistenciais no campo da saúde pública.

No mundo do trabalho, os enfermeiros se mostraram em seus discursos, *ser-aí-com*, expressão mais fundante de cuidar. Encontrar-se com seus pacientes em tratamento nos ambulatórios, é *possibilidade de estar-junto-a-alguém* e, nesse encontro, autenticamente, desenvolver a cura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCÂNTARA, L.F.F.L. Enfermeiras cuidando em oncologia ambulatorial: a consulta de enfermagem e o sentido do cuidar. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2002.

ALCÂNTARA, L.F.F.L.; MALVEIRA, E.A.P. Enfermeiras cuidando em oncologia ambulatorial: a consulta de enfermagem e o sentido do cuidar. Revista de Enfermagem da UERJ, p.259-264, 2004.

ALCÂNTARA, L.F.F.L.; PAZ, E.A.P. Assistência de enfermagem em ambulatórios oncológicos: um estudo sobre a prática. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 14., 2007, Florianópolis. Anais... Florianópolis, SC, 2007.

ALVES, L.M.M., NOGUEIRA, M.S., GODOY, S. Pesquisa básica na enfermagem. Revista Latino-americana de Enfermagem, v.12, n.1, p.122-127, 2004.

ANDRADE, M. A cura como conceito vivido: o ex-sistir das pessoas que se submetem à poliquimioterapia para tratamento da hanseníase. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1997.

BICUDO, M.A.V.; ESPÓSOTO, V.H.C. Pesquisa qualitativa em educação: um enfoque fenomenológico. 2. ed. Piracicaba, São Paulo: Unimep, 1997.

BOFF, L. Tempo de transcendência: o ser humano como um projeto infinito. Rio de Janeiro: Sextante, 2005.

BRANDT, P.A. et al. Assessing the strength and integrity of an intervention. Oncology Nursing Forum, v.3, n.4, p.833, 2004.

BRASIL. Código Penal e Constituição Federal (1988). 14. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humanização SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Secretaria de Assistência em Saúde (SAS/MS). Organização e programação da assistência: subsídios para a programação da assistência ambulatorial e hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. COFEN. Decreto-Lei nº 94.406, de 8 de junho de 1987 referente à legislação profissional da Enfermagem no País.

BRESSAN, V.R., SCATENA, M.C.M. O cuidar do doente mental crônico na perspectiva do enfermeiro: um enfoque fenomenológico. Revista Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, São Paulo, v.5, n.10, p.682-689, 2002.

CAMARGO, T.C. O Ex-sistir feminino enfrentando a quimioterapia para o câncer de mama: estudo de enfermagem na ótica de Martin Heidegger. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2000.

CAMARGO, T.C.; SOUZA, I.E.O. Atenção à mulher mastectomizada: discutindo os aspectos ônticos e a dimensão ontológica da atuação da enfermeira no Hospital do Câncer III. Revista Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, São Paulo, v.5, n.11, p.614-621, 2003.

CAMARGO, T.C. Sobre a enfermagem oncológica. [Editorial]. Enfermagem Atual, Rio de Janeiro, n.38, p.4, 2007.

CANDEIAS, J.A.N. Fatos ou pura ficção em ciência. [Editorial]. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.34, n.4, 2000.

CAPALBO, C. Fenomenologia e ciências humanas. 3. ed. Londrina: UEL, 1996.

CAPONERO, R. Câncer de mama guia: condutas clínicas, exames, CID-10 – oncologia. São Paulo: Lemos editorial, s.d.

CAPRAPA, A.; FRANCO, A.L. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.3, n.15, p.647-654, 1999.

CARVALHO, M.D.B.; VALE, E.R.M. Pesquisa fenomenológica e enfermagem. *Acta Scientiarum*, Maringá, Paraná, v.24, n.3, p.843-847, 2002.

COLLI, A.S. et al. Características de um ambulatório para adolescentes. *Pediatria*, São Paulo, n.1, p.77-84, 1979.

COLPO M.O. A Cura (*Sorge*) e a Virtude da *Prudentia* - a Queda (*Verfallen*) do *Dasein* e o Pecado da Acídia (a ontologia fundamental de M. Heidegger e o pensamento de Tomás de Aquino). Banco de teses e dissertações da Faculdade de Filosofia, FEUSP, São Paulo. Disponível em: < Acesso em: em 20 jun. 2008.

COLTRO, A. A Fenomenologia: um enfoque metodológico para além da modernidade. *Caderno de Pesquisas em Administração*, São Paulo, v.1, n.11, p.37-45, 2000.

CONHEN, M.Z.; BUMBAUGH, M. Group Dream Work: a holistic resource for oncology nurses. *Oncology Nursing Forum*, v.3, n.4, p.817, 2004.

CORRÊA, C.G. Raciocínio Clínico: o desafio de cuidar. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2003.

CRITELLI, D. Martin Heidegger e a essência da técnica. *Revista Margem*, São Paulo, n.16, p.83-89, 2002.

CURY, M.A.L.; FREITAS, L.C.M.; COELHO, M.J. O cuidar/cuidado planejado no ambulatório de cateteres de adultos do Hospital do Câncer I – INCA. *Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v.2, n.4, p.249-256, 2000.

DESLANDES, S.F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.1, n.9, p.7-14, 2004.

DUBOIS, C. Heidegger: introdução a uma leitura. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

ESPOSITO V.H.C. Pesquisa qualitativa: modalidade fenomenológico-hermenêutica - relato de uma pesquisa. In: BICUDO M.A.V., ESPOSITO V.H.C. (Org). *A pesquisa qualitativa em educação: um enfoque fenomenológico*. Piracicaba, São Paulo: Unimep, 1994. p.81-93.

FERREL, B.R. et al. The Role of oncology nursing to ensure quality care for cancer survivors: a report commissioned by the National Cancer Policy Board and Institute of Mediam. Oncology Nursing Forum, v.30, n.1, p.32, 2003.

FOGEL, G.L. Martin Heidegger, et coetera e a questão da técnica: o que nos faz pensar. Cadernos do Departamento de Filosofia da PUC/RJ, Rio de Janeiro, v.2, n.10, p.37-67, 1996.

FUNDAÇÃO DAS PIONEIRAS SOCIAIS. Resumo das atividades 1958. Relatório Balanço Geral. [Rio de Janeiro]: s.ed., sd., 1v.

GIVEN, B.A.; SHERWOOD, P. A nurse led educational intervention for cancer pain. management was effective in cancer patients in settings. BMJ Evidence Based Nursing, 2005. doi:10.1136/ebn.8.1.17. Disponível em: <<http://ebn.bmjournals.com/cgi/content/full/8/1/17>> Acesso em 8 jun. 2008.

HEIDEGGER, M. Ser e tempo. Parte I. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

_____. Ser e tempo. Parte II. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

_____. Ensaio e conferências. Petrópolis: Vozes, 2001.

_____. Tempo (Época) de Visão de Mundo. In: Caminhos de Floresta. Lisboa: Calouste Gulbenkian, 2005.

_____. Ser e verdade: a questão fundamental da filosofia da essência da verdade. Petrópolis: Vozes, 2007.

_____. Todos nós... ninguém: um enfoque fenomenológico do social. São Paulo: Moraes, 1981.

HERMAN, N. A contribuição de Martin Heidegger para a hermenêutica. In: HERMAN N. Hermenêutica e Educação. Rio de Janeiro: DP&A, 2002. p.31-40.

HESSIG, R.E.; ARCAND, L.L.; FROST, M.H. The effects of an educational intervention on oncology nurses: attitude, perceived knowledge and self-reported application of complementary therapies. *Oncology Nurse Forum*, v.31, n.1, p.71, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Curso de treinamento em Qualidade Total. Manual de treinamento em gestão de recursos humanos. Rio de Janeiro: INCA, 1997.

_____. Relatório Anual 2000. Rio de Janeiro: INCA, 2000.

_____. Relatório Anual 2002. Rio de Janeiro: INCA, 2003.

_____. Consenso de mama. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

_____. Estimativas da incidência e mortalidade por câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2002.

_____. Estimativas da incidência e mortalidade por câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2003.

_____. Estimativas da incidência e mortalidade por câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2005.

_____. Estimativas da incidência e mortalidade por câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

_____. Estimativas da incidência e mortalidade por câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2007.

_____. Relatório Anual 2003. Rio de Janeiro: INCA, 2003.

_____. Relatório Anual 1999. Rio de Janeiro: INCA, 1999.

INWOOD, M. Dicionário Heidegger. Rio de Janeiro: Zahar, 2002.

_____. Hermenêutica. Disponível em <<http://criticanarede.com/filosofia.html>> Acesso em 2 jun. 2007.

IRELAND, A.M. et al. The oncology nursing society ambulatory office nurse survey. *Oncology Nursing Forum*, v. 31, n.5, p.147, 2004.

ISAKSEN, A.S.; GJENGEDAL, E. The significance of fellow patients for the patients with cancer: what can nurses do? *Cancer Nursing Philadelphia*, v.23, n.5, 2000.

JEFFREY, K.H. et al. Randomized controlled trial of the effects of print materials and step pedometers on physical activity and quality of life in breast cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology*, v.25, n.17, p.2352-2359, 2007.

JEZEWSKI, M.A., MEEKER, M.A., SCHRADER, M. Voices of oncology nurses: what is need to assist patients with advance directives. *Cancer Nursing Philadelphia*, v.26, n.2, p.105-112, 2003.

KLIGERMAN, J. Estimativas sobre a incidência e mortalidade por câncer no Brasil [Editorial]. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v.48, n.2, p.175-179, 2002.

LAMKIN, L. et al. Oncology Nursing Society workforce survey part II: perceptions of the nursing workforce environment and adequacy of nurse staffing in outpatient and inpatient oncology settings. *Oncology Nursing Forum*, v.29, n.1, p.93-100, 2002.

LEMON, S.C., ZARPKA, J.G., PULEO, E. Comprehensive cancer screening in a primary care popul: gender differences in the impact of ambulatory care system factors. *The Journal of Ambulatory Care Management*, v.12, 2005.

LIMA, R. Representação social das mulheres sobre o câncer de mama: implicações para o cuidado. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2002.

LIMA, C.R.A.; CHOR, D. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.21, n.5, 2005.

LINDOLFO, M.C. O cliente submetido à quimioterapia sob a ótica compreensiva do enfermeiro: o significado do tratamento. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1996.

LOPARIC, Z. Origem e sentido da responsabilidade em Heidegger. Veritas Revista de Filosofia, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, v.44, n.1, p.201-220, 1999.

LOURO, I.D. et al. Genética molecular do câncer. São Paulo: MSG, 2000.

LUZ, M.H.B.A. A dimensão cotidiana da pessoa ostomizada: um estudo de enfermagem no referencial de Martin Heidegger. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2001.

MACHADO, C.E.; JORGE, M.S.B. Ser profissional de saúde em uma unidade neonatal de alto e médio risco: o visível e o invisível. Estudos de Psicologia, Campinas, São Paulo, v.22, n.2, p.197-204, 2005.

MALVEIRA, E.A.P. A enfermagem no cuidado de saúde à criança em unidades básicas: uma abordagem fenomenológica. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1998.

MASSOROLLO, M.C.K.B.; KURCGARNT, P.O. O vivencial dos enfermeiros no programa de transplante de fígado de um hospital público. Revista Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, São Paulo, v.8, n.4, p.66-72, 2000.

MARTINS, J. Estudos sobre existencialismo, fenomenologia e educação. 2. ed. São Paulo: Centauro, 2006.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. (Org). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

MIZUNO, M.; ARITA, H.; KAKUTO, M. Needs of ambulatory patients with cancer who visited outpatient units in Japanese hospitals. *Oncology Nursing Forum*, v.32, n.3, 2005.

MOORE-HIGGS, G.J. et al. The role of licensed nursing personal in radiation oncology. Part B: integrating the ambulatory care nursing conceptual framework. *Oncology Nursing Forum*, v.30, n.1, p.59, 2003.

MOSCATELLO, E.L.; BICUDO, F.G.; DENARDI, U.A. Enfermagem oncológica. In: KOWALSKI, P. et al. (Ed). Manual de condutas diagnósticas e terapêuticas em oncologia. 3. ed. São Paulo: Âmbito, 2006.

MOREIRA, M.C. O cuidado de ajuda no alívio da ansiedade de clientes com câncer em tratamento quimioterápico paliativo: **contribuição ao conhecimento de enfermagem**. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2002.

MURPHY-END, K. Advanced practice nursing: reflections on the past, issues for the future. *Oncology Nursing Forum*, v.30, n.6, 2003.

NETTO, J.A.C. Vivência das enfermeiras com clientes mastectomizadas: **um estudo de caso**. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2001.

OLIVEIRA, A.L. Gestão de ambulatório público: **organização direcionada para o bom atendimento**. [Dissertação de Mestrado]. Taubaté, São Paulo: Universidade de Taubaté, 2005.

OLIVEIRA, J. Regionalização da assistência à saúde: **um estudo dos limites à implantação da norma operacional de assistência à saúde – NOAS - na região norte do estado do Rio de Janeiro**. [Dissertação de Mestrado]. Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense, 2006.

PINHEIRO, A.M.C. et al. Melanoma cutâneo: características clínicas, epidemiológicas e histopatológicas no Hospital Universitário de Brasília entre janeiro de 1994 e abril de 1999. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, Rio de Janeiro, v.78, n.2, p.179-186, 2003.

PONTES, A.L. Entrevista Ana Lúcia Pontes – Integralidade em Saúde. EnsinaSUS, 2006. Disponível em <<http://www.lappis.org.br>> Acesso em 30 jun. 2006.

POPIM, R.C.; BOEMER, M.R. Cuidar em oncologia na perspectiva de Alfred Schütz. Revista Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, São Paulo, v.13, n.5, p.677-685, 2005.

PORTER, H.B. The effect of ambulatory oncology nursing practice models on health resource utilization. Part 1: Collaboration or compliance? Journal of Nursing Administration, v.25, n.1, p.21-29, 1995.

RICHARDSON, A.; MILLER, M.; POTTER, H. Developing, delivering and evaluating cancer nursing services: searching for a United Kingdom evidence base for practice. Cancer Nursing, v.25, n.5, p.404-415, 2002.

ROCHA, S.M.M.; ALMEIDA, M.C.P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. Revista Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, São Paulo, v.8, n.6, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em 23 out. 2007.

ROSSIT, A., CONFORTI-FROES, N.D.T. Suscetibilidade genética, biometabolismo e câncer. Revista da Sociedade Brasileira de Cancerologia, v.46, n.1, 2000.

SANTINI, L.A. Carta ao Leitor. Informe INCA, Rio de Janeiro, n.215, mar/2ª quinzena, 2006.

SANTOS, D.V. Nurses' attitude towards revealing the prognosis of treatment possibility a matter of bioethics. Revista Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, São Paulo, v.12, n.5, p.790-6, 2004.

SCHMITZ, H. Fenomenologia antiga e nova. Veritas Revista de Filosofia, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, v.47, n.1, p.53-59, 2002.

SECOLI, S.R.; PADILHA, K.G.; LEITE, R.C.B.O. Avanços tecnológicos em oncologia: reflexões para a prática de enfermagem. Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro, v.51, n.4, p.331-337, 2005.

SILVA, A.L.; PADILHA, M.I.C.S.; BORENSTEIN, M.S. Professional image and identity in the construction of nursing knowledge. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, São Paulo, v.10, n.4, p.586-95, 2002.

SILVEIRA, C.S. A pesquisa em enfermagem oncológica no Brasil: uma revisão integrativa. [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto, São Paulo: Universidade de São Paulo, 2005.

STEIN, E. Aproximações sobre a hermenêutica. *Coleção Filosofia*, v.40. Porto Alegre, Rio Grande do Sul: Edepucrs, 1996.

TELLO-POMPA, C.A. O cotidiano de vida e saúde de mulheres peruanas em uma comunidade rural. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2003.

THULER, L.C. Editorial. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v.50, n.1, p.4, 2004.

TRESVISAN, M.A.; MENDES, I.A.C.; MELO, M.R.A.C. Building competences in the core, according to Boff: a new perspective of nurse's ethical conduct. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, São Paulo, v.11, n.5, p.652-657, 2003.

VENÂNCIO, V.R. Enfermeiro no Programa da Saúde da Família: reflexões sobre a atuação na perspectiva da Teoria da Contingência. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2003.

ZAGO, M.A. Pesquisa clínica no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p.363-374, 2004.

ZANCHETTA, M.S. Enfermagem em cancerologia: prioridades e objetivos assistenciais. Rio de Janeiro: Revinter, 1993.

Transcrições dos depoimentos colhidos em encontros fenomenológicos com enfermeiros oncologistas que atuam em ambulatórios especializados em oncologia no Instituto Nacional de Câncer

v OURO

ü Me fale sobre o seu dia-a-dia do ambulatório.

Bom na verdade como eu sou supervisora de enfermagem, então eu não estou diretamente ligada ao cuidado com o paciente, claro que havendo necessidade eu também entro com enfermeira assistencial também, mas muito das minhas atividades estão mais ligadas as administrativas, de abastecer o setor, mais administrativo mesmo, de prover de material, mas assistencialmente é muito esporádico.

ü Que significado isso tem para você enquanto enfermeira realizando o cuidado ambulatorial?

Olha, como falei para você eu sou da Escola Ana Nery, eu não sei se quem é da minha época vai dizer se eu estou certa ou errada, mas lá na Escola eu aprendi a ser enfermeira de cabeceira, então essa parte administrativa eu acredito que ficou muito a desejar; tanto é que hoje ainda apanho apesar do tempo que tenho na supervisão, mas eu ainda apanho em determinadas coisas e corro aqui para conversar com a R. ou com a C., para me ajudarem pois tem mais experiência, até pelos cursos de especialização, a R. com o Mestrado e a C. com a especialização lá fora, então para me orientar para que possa fazer um trabalho bonito também. Mas eu sinto dificuldade sim porque a minha formação é assistencial e eu gosto disso. Eu sinto falta de quando eu era plantonista do SN, principalmente do SN e não é porque trabalha menos e depois vai embora, não é isso não. E SN porque eu realmente ficava ligada ao paciente, não tinha o restante da equipe, só as equipes da enfermagem e um membro da equipe médica e outros profissionais naquele corre-corre durante o dia, tem também... e não te ajuda em nada, as vezes acho que não tem necessidade dessa agitação toda (mas tem sempre um que gosta de agitar!), mas eu sinto falta daquela coisa de pegar uma prescrição, interpretar o que o paciente está sentindo, ver com a prescrição, tirar dúvidas muitas vezes com o médico (isso eu ainda faço até hoje), mas aquela coisa de preparar a medicação, de ir lá manipular um cateter, puncionar uma veia, isso na verdade os meus colegas que são assistenciais, estão lá na ponta e eu fico só atrás vendo isso, e eu

sinto essa falta. Só que eu resolver fazer isso agora como rotina, vão me cobrar das outras coisas:”Ouro, você fez pedido de almoxarifado?” “Ouro você viu isso aqui, este carrinho está quebrado tem que pedir, tem que ligar para manutenção, tem que fazer isso, fazer aquilo ...” e aí eu vou deixar de fazer outras coisas que sou cobrada, assim participar de algumas reuniões, então se eu deixar isso de lado e passar a exercer o quê eu sempre aprendi, vai ficar meio que ruim. Então eu tento compensar como hoje, por exemplo, foi um dia: uma colega teve que sair do plantão para cobrir férias de outra, eu cheguei mais cedo aqui antes do meu horário para ajudar, faço para colher um sangue, faço uma medicação e isso até me faz um bem.

- ü Na hora que você está gerenciando todo o ambulatório que você tem essa visão ampla do ambulatório e o que precisa, o que as pessoas te solicitam, como você se sente fazendo isso?

Bom, eu sinto que também é importante o enfermeiro ter esse domínio. Como eu falei eu ainda tenho “uma certa” dificuldade, mas a minha dificuldade é muito ... não é porque eu não fiz um curso, porque eu não aprendi lá fora a me programar de repente de uma determinada forma; eu descobri que quando era plantonista não via isso mas como diarista e nesse cargo de supervisora, eu percebi que é muito difícil você lidar com outras pessoas e eu não falo de lidar com pacientes, com acompanhantes entre aspas que as vezes você orienta de uma forma e daqui a pouco ele está fazendo de um outro jeito. Então eu sinto essas dificuldades é lidar justamente com o meu colega, ou seja, o enfermeiro (o técnico nem tanto), é mais o enfermeiro e com as outras categorias, principalmente a categoria médica, que a gente está mais diretamente ligado, a enfermagem e a equipe médica, está mais lado a lado que as outras categorias. Então eu sinto essa dificuldade porque você tenta fazer a coisa, pelo menos você acha que é a coisa mais certa, e você vêem que no início é “não, não, é isso, vamos fazer”, mas daqui a pouco você está vendo que está malhando em ferro frio porque só você está fazendo, quer dizer: todo mundo concordou para ser daquele jeito, mas no final você vê que se a coisa está funcionando é porque você está fazendo, mas só que chega um ponto que você acaba absorvendo tantas coisas e você vai se cansando também. E não é deixar rolar, não é isso é de deixar rolar mais até pelo próprio cansaço você deixando de fazer alguma coisa, mas não pelo “cansei não vou fazer mais!”, não, até porque você acaba vendo uma outra coisa para fazer, então você vai vendo outra e daqui a pouco você vai ver tem um caminhão de coisas para você fazer. Então eu sou da seguinte opinião: eu peço, não mando (eu não gosto de ser mandado, gosto que as pessoas cheguem a mim e me peçam as coisas, então eu não gosto de mandar e nem sei mandar), talvez se isso é um defeito, é um defeito que eu tenho, não sei. Então eu vou peço muito

educadamente (eu sou educada), se fez muito bem, se não fez eu não imploro nada para ninguém porque para mim a única pessoa a quem eu tenho que implorar é a Deus. Eu não fico implorando a ninguém, eu tento mostrar que aquilo é o melhor, se a pessoa ou se a equipe me mostrar “pôxa Ouro eu acho que de outro jeito eu acho que vai fluir melhor” “tá gente, então vamos fazer desse jeito”, de repente for o melhor, quem sou eu para dizer que não eu na quero desse jeito porque não foi eu quem tive a idéia, eu quero essa daqui, eu nunca fiz isso. Eu acho que vou morrer desse jeito sem dizer que eu quero do meu jeito. Eu deixo que as pessoas me ajudem, me dêem idéias, sugestões, mas tem uns que dão sugestões, os outros concordam, mas no final das contas: “oh dei sugestão, você que se vira, você que vai ter que fazer”, não é assim. Então as pessoas são muito mal acostumadas, algumas pessoas são muito mal educadas, entendeu? Então, só que chega um ponto e aí você acaba cansando e algum tempo atrás eu era do SN, como eu falei, saí do SN e vim direto para SD (já fui plantonista do dia), mas eu vim para ser diarista, já cobrindo a função de supervisora do ambulatório. Mas, as pessoas apesar de alguns acharem que... sei lá ah isso aí é (como é que é?) imagina, o chefe não puxar o saco de um funcionário, vamos dizer assim, que na hierarquia está abaixo, né? Teria que ser o contrário. E eu por ser do SN, dificilmente eu tinha contato com a minha chefia, tinha assim, quando ficava até mais tarde para de repente discutir algum problema que tivesse acontecido no serviço noturno, alguma coisa assim. Então se eu sair a noite, e não estou dizendo que sou a melhor enfermeira, mas alguma coisa se destacou nesse período todo que eu passei a noite para ser convidada. Então fui convidada pela chefia de enfermagem, com aval da direção do CEMO (o atual diretor aceita também que eu fique e me inclui em outras coisas), então eu sei que posso não ser a melhor enfermeira, mas eu sei que descompromissada eu também não sou. Compromisso eu tenho sim, com o CEMO, com o INCA (afinal de contas fiz residência aqui, saí direto da faculdade e caí direto aqui, gostei, no início me assustei, ainda mais com os pacientes de cabeça e pescoço), mas passei a gostar e hoje eu espero sair daqui só aposentada. E então, eu sei que isso as vezes cria algumas dificuldades com algumas outras pessoas que de repente estavam aqui a algum tempo e talvez se achassem mais no direito do que eu. Não sei se isso serve de alguma barreira, mas faço de conta que também não estou vendo porque se eu fizer questão de enxergar isso, aí eu não vou trabalhar mais. Então há algum tempo eu estava me sentindo muito mal com isso, foi logo no início, cheguei para R. e disse “R. eu não quero mais, eu não quero mais...” porque para mim é muito mais fácil eu vir até aqui na chefe ou ir até o diretor do CEMO, pedi para me tirar do cargo (não deixa de ser um cargo de chefia), pedir para me tirar do cargo de chefia do que chegar até aqui e fazer alguma queixa de algum colega meu, entendeu? De dizer assim “olha, eu quero sair por causa de Fulano”, não eu não vou fazer isso, “eu estou pedindo para sair porque não estou me adaptando, de repente é uma falha minha”. Então eu

prefiro mil vezes sair a chegar aqui e pedi para tirar um colega. Eu nunca fiz isso. Então agora aos poucos estou tentando “Ouro, calma ... vai com calma”, então se eu resolver sair na será por esse motivo, vai ser de repente por uma outra situação, porque “estou almejando uma outra situação e gostaria de sair para ter mais tempo”, uma outra coisa.

ü E como você vê o cuidado ambulatorial que o enfermeiro faz no ambulatório do CEMO?

Olha, de uma forma geral, até usando uma fala que uma colega mesmo diz, uma equipe homogênea você não vai encontrar em lugar nenhum. Mas de uma forma geral a equipe como um todo tem comprometimento, é claro que alguns parecem que fazem questão que as coisas não fluam no caminho correto. Mas de uma forma geral vejo que o nosso atendimento não deixa a desejar. Claro que é aquilo, o 100% certo não existe, então falhas existem, quando a coisa é muito grosseira a gente também não é do tipo de abafar o caso, se tiver que compartilhar o que aconteceu com algum outro membro da equipe multiprofissional e sempre se estiver algum paciente envolvido, esse paciente tem ciência e com certeza isso que eu estou falando para você é real, a gente chama o paciente, esclarece o que foi que aconteceu, se algum erro (um erro de medicação), vai mostrar para ele que aquilo que aconteceu não está levando a nenhum agravo da saúde, a gente documenta isso, o profissional envolvido está junto também (porque é inadmissível que alguém assuma a responsabilidade por um erro, por exemplo, cometido por um outro) não que esse erro tenha sido proposital, não. Porque dentro de uma instituição, eu vou dizer que (tirando alguns doidos que a gente já ouviu na televisão), mas eu tenho certeza que aqui ninguém tem aquela intenção de “ah, eu vou fazer essa medicação porque eu quero me livrar daquele paciente” ou “vou fazer essa medicação aqui porque eu quero mais que ele tenha uma dor de barriga”, não. Eu acredito piamente (já corri todo o HC I todo) e tenho certeza que as pessoas de forma geral, no CEMO são comprometidas e fazem de tudo para que a coisa aconteça da forma correta, muitos as vezes não acontece, se há alguma falha, mas graças a Deus não é uma falha que leve agravo a saúde do paciente, principalmente.

ü Não o cuidado no ambulatório que uma enfermeira faz, você ou uma assistencial. Como é para você? Como significa esse cuidado?

Olha, p'ra gente por exemplo aqui do CEMO, que a gente tem a nível ambulatorial, os pacientes pré-transplante. É claro que no nosso atendimento do hospital dia, o grosso, o maior volume de pacientes é do pós-transplante. No pré-transplante fica restrito uma ou outra medicação e muitas das orientações que a gente acaba fazendo nessas reuniões

educativas. Então antes dele entrar para o transplante, ele tem uma reunião (uma, duas quantas forem necessárias) com o enfermeiro (mais o grupo, não é uma coisa individual) e com o restante de outros pacientes e acompanhantes que também fazem parte do mesmo grupo de pré-transplante. E aí então eu vejo isso como uma coisa super importante, pelo menos ele não está entrando com a informação somente no consultório médico, “olha o que você tem é um linfoma, é uma linfoma assim, assim e assim, é refratário, e não sei o que... então o seu protocolo é assim”. Porque você dá essa informação muito técnica, o pessoal se assusta, “meu Deus, não sei nem o que é transplante de medula”, “o que é isso Linfoma, peguei isso de alguém?” “Fui contaminado como?”. Então a gente tenta colocar tudo em um vocabulário que fique fácil para o paciente e seu acompanhante, até porque muitos a gente tem com um nível de instrução bem elevado mas a gente tem alguns que são analfabetos. Então a gente não pode chegar aqui e usar palavras aqui mirabolantes, vai entrar por aqui e sair por aqui e só vão aceitar de fazer porque ninguém está querendo morrer. Então no pré-transplante tem isso que eu acho super importante. Tem a consulta de enfermagem, que agora para gente está tendo em volume muito maior, nossa infra-estrutura, ter mais consultórios, nós temos mais enfermeiros no ambulatório, então isso nós estamos conseguindo amarrar bem: consulta pré-transplante, na qual a gente pode identificar alguma coisa que pode suspender a internação dele e automaticamente o transplante, as vezes você identifica uma coisa boba, uma micosezinha lá no dedão do pé, mas se ele internar assim, quando ele estiver imunodeprimido, vai tudo por água abaixo. Então “oh o paciente disse que ontem deu um espirro e fez uma febre”, então vamos fazer uns exames nele, faz raios-X e descobre que sinusite, o que acontece: suspende a internação. Então é muito importante isso. E o atendimento durante o dia que significa: paciente que já recuperou a medula, bom está fazendo um antibiótico aqui e tem que completar 10 do antibiótico aí, que quer que seja, que deu alguma coisa, cresceu alguma coisa ou a coisa é empírica mas a febre foi embora, “não foi isolado nada mas vamos fazer 10 dias de antibiótico”, vai manter (vamos dizer que tem 6 dias de antibiótico), vai suspender e corre o risco da febre voltar? Então “vamos fazer o esquema de 10 ou 14 dias, vamos dar alta para ele, “ele está bem está se alimentando, não está vomitando, não está com diarreia, a febre foi embora, mas ele tem que fazer o esquema de antibiótico venoso, então vamos dar alta para ele e faz o acompanhamento no ambulatório”. Agora, sem aquela necessidade de manter mais quatro dias internado e o que é melhor para ele é estar indo embora para casa, mesmo que seja para o hotel, estar fora do ambiente hospitalar e desocupando um leito que vai dar vez para um outro que vai precisar para o transplante. Então a gente tem isso, eu acho muito bom essa coisa do hospital dia. Vem para melhorar e muito o atendimento da gente, porque essa coisa do paciente ficar muito internado acaba surgindo aquela coisa do hospitalismo, acaba que ele está fazendo febre mas é por conta disso, você está entupindo de antibiótico e não

sei mais o que, né? E você continua o tratamento lá fora e pode acompanhar o paciente no dia-a-dia e o que mais a gente pode ver no pós-transplante... acompanhar até essas dificuldades que eles vivenciam porque se eles só fossem embora e não precisassem voltar, as dificuldades que talvez tivessem no dia-a-dia a gente só ia saber o que? Tipo daqui uma semana quando ele vier para o retorno ... ou então quando complicasse. Isso faz com que a gente tenha um acompanhamento dele diariamente, não é? E também é aquilo, ele não precisa ocupar um leito só para fazer um esquema de 6/6 horas ou 12/12, faz com a gente no ambulatório. Então eu acho isso muito bom para a gente também, não só na questão técnica da assistência, mas até no dia-a-dia, a vivência que a gente acaba tendo, se apegando a eles, já começa no pré-transplante, vai embora como... não sei se vale a pena falar, recebi uma notícia na recepção, paciente nosso antigo ... aí ele já tinha feito transplante e tudo, e ... depois de um tempo precisou fazer linfócitos, aí chamou o doador dele, fez. Então a gente estava sempre brincando, porque eu sou vascaína e ele era flamenguista, mas ele já tinha sido devolvido para a clínica de origem. ... E... ontem ele veio a falecer ... e é isso ... e é só assim, a gente não gosta, eu me apeguei a ele porque a gente estava sempre brincando, ele flamenguista e eu vascaína, e ele recebeu linfócitos do irmão dele e ele disse "meu irmão é igual a você, meu irmão é vascaíno" e eu ainda brincava com ele ... "então agora está tudo certo, tá vendo. Vai receber linfócitos de um vascaíno, "caramba"! Vai melhorar 100%!", mas ele foi devolvido para clínica de origem e bom... não sei o que foi que aconteceu, se foi reação a quimioterapia, porque ele recaiu da doença, né? Bom, enfim, eu soube hoje que ele veio a falecer ontem, então... as criancinhas, atualmente eu estou numa fase que me distancio, dos adultos não, mas eu olho para a criança, acho que criança é aquilo saúde, tem que correr, tem que brincar, tem que pular. Enquanto as crianças estão no ambulatório, mesmo recebendo medicação mais estão brincando, estão interagindo, muito bem. Aí eu vejo uma criança com a notícia que recaiu, está com uma suspeita, tem que fazer um mielograma, uma punção lombar, bom enfim um procedimento desses. E aí eu vejo aquela criança, aqueles tico-ticos lá e gente segura daqui, segura dali, aí eu não consigo. Chora a acompanhante e eu choro também. Eu não consigo atender criança, não consigo. Se antes eu não conseguia, depois que me tornei mãe, aí que piorou para o meu lado. Aí para não atrapalhar o tratamento, eu tento fazer de uma outra forma, o que eu posso fazer para ajudar? Se eu estiver que estar lá na frente para ouvir o choro da criança, eu não consigo. Aí eu tenho que sair de circulação, eu vou fazer o que, fiquei assim, não sei se isso tem cura, né? Mas por enquanto eu estou assim ... eu não sei se é porque eu tive uma experiência assim: engravidei, minha filha nasceu antes do tempo, ficou quase um mês internada em uma UTI, porque ela nasceu com agenesia da mão direita (ausência da mão direita e ficou mais internada por conta disso para rastrear e ver se tinha alguma outra mal formação, graças a Deus, não. Aí teve alta, veio para casa, alguns meses depois,

minha filha estava com uns sete meses, teve uma pneumonia, que aí pelo relato eu vi que era uma bronqueolite, então minha filha ficou internada mais de uma semana. Aquilo já me angustiava, porque minha filha precisou ficar com macronebulização, fazer nebulização de 2/2 horas, até com menos de 2/2horas e eu vendo aquilo tudo. Depois minha filha precisou ficar por uma terceira vez pela mesma coisa, logo depois que completou um aninho de idade, mesma coisa –pneumonia- aquela mesma coisa, meu Deus do Céu o que que é isso? Então agora quando ela fica com coriza, uma febre, eu fico olhando para ela se está com esforço respiratório, para o nebulizador que tenho em casa, já tenho Berotec, Adrovente e tudo! E já tento fazer aquilo e até falo com o pediatra dela e ele fala “mas você não parece que você é enfermeira, como é que você não percebeu?” ‘mas eu sou mãe!’), já entrei nessa paranóia, quando era do SN, tinha criança aqui e eu cuidava, se tivesse que puncionar uma veia, hoje em dia não consigo mais, mesmo que a veia esteja lá, eu não consigo, parece que me dá uma coisa, como eu estivesse vendo minha filha. ... Eu fico até o final, mas a duras penas. Antes eu pensava assim, “o que eu estou fazendo aqui nesse hospital?” Depois aqui como funcionário, “o que eu estou fazendo aqui, meu Deus” Quando teve uma determinada época, logo assim que a gente saiu do sétimo andar, até foi para o quarto andar, quando teve uma obra aqui em cima. E que infelizmente os nossos pacientes que fizeram transplante e estavam lá, se eu não estiver enganada, todos foram à óbito. Porque lá embaixo não tinha filtro e aquelas coisas todas. Bom enfim, o que eu estou fazendo aqui? Estou ajudando os pacientes a morrerem, mas depois eu entendi: tentativa que eu estou aqui para curar, não. Apesar de eles estarem aqui, e a gente não passa a idéia de fazer por fazer, não. Tem uma chance de cura! Mas isso não significa que eu estou dizendo para você que você faz o transplante que você vai ser curado, e uma diferença muito grande se eu digo para o paciente “você faz o transplante que você vai ser curado!” Eu estou atestando para ele 100% de chance de ser curado, e eu não sou Deus... nem eu em ninguém. Então você tem tanto por cento de chance de fazer e ficar curado. Agora pode acontecer realmente você ter uma recaída, ou então se você não tem uma recaída você vai ter algumas complicações decorrentes do transplante. Depois eu fiquei pensando: gente isso aqui é uma escola de vida, não é uma escola de eu aprender coisas relacionadas a enfermagem ou então vamos dizer coisas relacionadas com a medicina, não. É uma escola de vida, você acaba aprendendo com o sofrimento do outro, você acaba até, vamos dizer assim... eh... fugiu até a palavra, de uma certa forma enriquecendo você mesmo, você acaba crescendo, isso te favorece um crescimento, não é assim com o sofrimento do outro, não é isso, mas você está aqui com o intuito realmente é de ajudar. Porque eu sei que não posso dizer para ele que ele vai ser curado, quem dera, mas eu posso estar aqui naquele momento de felicidade, teve alta foi lá para fora, como a gente tem paciente que tem mais de dez anos de transplante. Mas eu também vou estar aqui para dar a mão a ele, quando

ele... de estar aqui no momento que ele precisar ele paciente ou até o acompanhante. Estar aqui e estender a minha mão, então isso fez com que eu continuasse aqui, de manter esse vínculo com a instituição. Eu confesso, já fui funcionária pública, mas eu pedi a saída, fiz concurso para o H.C.C. e passei. Lembro-me na época, quando eu fui até a secretaria do Estado, eu tive que ouvir desde o segurança até a pessoa mais lá para cima que eu estava fazendo a maior besteira da minha vida. E aí eu falei assim “eu quero sair porque eu quero o meu bem-estar, é inadmissível que eu vá para um plantão chorando, porque a coisa mais triste é você chegar e querer fazer alguma coisa por alguém que está precisando e você não ter o mínimo de condições, você acaba com o teu emocional... vamos dizer prejudicado, você não tem... por exemplo: não tinha esparadrapo não tinha um scalp, não tinha um equipo, não tinha um soro, não tinha uma determinada medicação, não tinha roupa aí você diz “o que eu estou fazendo aqui?”Então eu não podia compactuar com aquilo, então eu caí fora. Não sinto remorso de forma alguma, podia continuar como estatutária, funcionária do estado, mas eu quero o meu bem-estar. Sei que aqui o sofrimento é muito grande, o sofrimento aqui é muito maior que os pacientes estão no H.S.A., por exemplo, que entram e fazem lá uma cirurgia e tal e daqui a pouco vai embora para casa, pronto e acabou. Aqui não, o paciente às vezes, entra quando criança e graças a Deus continuam aqui até virarem adultos. Pelo menos conseguem dar um rumo na vida e passar pelas várias fases: criança, fase adolescente, um adulto, alguns conseguem ... mesmos que a gente não entenda ... mesmo depois de quimioterapia, uma radioterapia, até mesmo depois de um transplante, conseguem realizarem o sonho de ser mãe e pai. Então eu acho que isso para mim não me deixa tão para baixo. Que eu estou aqui com o propósito de ajudar e aprender, não só as coisas relacionadas a minha profissão, mas aprender também a ser um pouco mais ainda um ser humano.

v ESMERALDA

ü Me fale o que você faz no seu dia-a-dia no cotidiano do ambulatório?

Na dia-a-dia, na ausência da supervisora geral, a M. L., tem a R., e na ausência da R. sempre tem uma pessoa para checar a escala e manter um contato direto com a supervisão do hospital, nesse momento de sete até as oito, está passando em todos os andares, checando as escalas e nesse mesmo tempo nós começamos a checar as escalas do ambulatório, a presença do funcionário que ... assim não é muito rígido isso não pois a nossa chefe deixa isso livre, ela conhece todos os profissionais e não tem aquele rigor com o horário, o profissional que é do ambulatório ele tem ... assim são poucos os que saem fora

da rotina da instituição. O horário não é tão importante dentro do setor, o importante é o que você faz e sabe o que tem que fazer e na hora que tem que fazer.

ü O que você faz?

Eu faço a triagem dos pacientes da plástica, consulta de enfermagem de 1ª vez, todos os pacientes da plástica têm em seis meses, obrigatoriamente tem que passar na consulta de enfermagem que é feita aqui no INCA I, não na rua do Resende como em todas as clínicas. A da plástica é feita no amb... no próprio ambulatório onde é feita a consulta com o Staff. Ali é... você agiliza alguns exames junto a equipe médica, a necessidade da ... os exames mais rápidos junto com os auxiliares de enfermagem a gente consegue fazer com que o paciente tenha um atendimento mais rápido em relação a plástica, que geralmente é associado com outras clínicas. A gente consegue pautar alguns cuidados para o paciente, junto com a equipe médica, reforça até alguma orientação que o cirurgião tenha passado a gente reforça de maneira que o paciente entenda, no pré-operatório e no pós-operatório melhor, assim de qualidade de vida, a gente na pensa só na doença, geralmente o paciente vem para a plástica pensando só na ... na patologia, só na lesão, a gente consegue assim... ele sai daqui vendo que ele é uma pessoa, que ele é visto como um todo, poderia ser visto melhor, está se organizando ainda, vai melhorar daqui para frente, já foi um ganho para a gente estar esses seis meses com a consulta e o diferencial do enfermeiro aqui. Em pouco tempo nós conseguimos provar para eles que há necessidade de se ter um enfermeiro no ambulatório, na pesquisa de 1ª vez em relação à plástica.

ü Me explica como você conseguiu comprovar a necessidade do enfermeiro nessa atividade.

A visão do cirurgião é a visão do paciente. Paciente vem para o INCA, já vem com aquele estresse diário do dia-a-dia, com o estresse da doença, já vem com muitos fatores. Ele vem querendo na realidade mesmo fazer a biópsia da lesão, retirar a lesão e sair embora para casa, entendeu? Na realidade é assim, a gente consegue fazer com que o paciente saia daqui achando que ele não tem que ver só a lesão. Porque ele tem a visão que geralmente o cirurgião tem de retirar, existe um cuidado para aquela lesão não volte, principalmente em relação ao câncer, você sabe se não tiver um cuidado, aquela recidiva, os cuidados com o curativo, os cuidados para que aquela doença não volte. Em relação ao câncer de pele mais ainda. Tem inúmeros cuidados para que aquilo não volte e volte pior, né? Saem esclarecidos na realidade.

ü E você também atua aqui na clínica de cabeça e pescoço?

Na cabeça e pescoço tem menos de um mês, tinha uma enfermeira que foi remanejada para outro setor, a LD. que trabalhava junto com a Ca. Aqui não faz a consulta de 1ª vez, porque na maioria das clínicas é feita na triagem. A LD trabalha na parte assistencial e a Ca trabalha com Banco de Tumores, consulta também todas as pacientes que são eleitas para a doação de seu material para estudo. Se estiver tentando direcionar para organizar o sistema, quando começar a vir todos os pacientes do Banco de Tumores, vai ter que ter um enfermeiro exclusivo para estar fazendo a entrevistas, são muitas clínicas, não é só cabeça e pescoço que está mandando os pacientes para o Banco de Tumores, aí no caso ter que ficar um enfermeiro direcionado para isso e, a assistência de cabeça e pescoço, que você faz a consulta de pri... dos extras. Todos os extras que vêm fora as consultas que estão marcadas, você atende todos os extras e tem um contato direto com a equipe, você passa o caso do paciente para os médicos...

ü Então “o extra”, passa primeiro pelo enfermeiro?

Nós teríamos que ter até um clínico aqui, porque eu fico no extra, do extra eu vou para a sala de atendimento, é uma sonda, é uma traqueotomia, um cuidado, uma orientação com o paciente e família. Você faz... não está direcionado, a gente está para organizar, vai ter uma reunião agora com o pessoal da triagem, como a primeira vez é lá, muitas das orientações que são dadas aqui, serão dadas lá para evitar sobrecarga que está tendo no momento aqui, são 40/50 pacientes por dia de extra. A gente tem que correr todo o tempo, o paciente não está indicado ainda, alguns extras poderiam até estar vindo em outro dia, no dia da sua consulta (aqui é por dia, não é nem pelo Staff), segunda é uma equipe, terça é outra equipe, mas ele vem sexta-feira por uma falta de orientação que não foi dada ele vem na sexta em vez de vir na segunda, com o medo normal do paciente.

ü Esse cuidado que você faz como enfermeiro, que ele significa para você, Esmeralda?

Específico aqui do ambulatório, HC I, o que acontece: a menos de um ano não tinha enfermeiro, então assim equipe, paciente e família hoje eles conseguem vivenciar a qualidade do cuidado e como as coisas mudaram em pouco tempo. Paciente que é antigo daqui sabe, sai daqui já falando, conversa com o colega, a chefia fica sabendo, o profissional fica satisfeito de ser reconhecido, que ele está tendo um diferencial de assistência que não tem em outras unidades, outros hospitais públicos do Rio de Janeiro.

Ü O que seria isso?

Um cuidado assim... falando de câncer o cuidado é bem amplo, o espaço do enfermeiro é ... um espaço aqui dentro, na realidade é que não tinha, hoje se tem e se sair vão sentir falta. Eles viram a necessidade de se ter um profissional desse nível aqui.

Ü Mas o que isso fala para você? Como significa isso para você, quando você realiza o cuidado, inserido no cotidiano da clínica.

Satisfação de estar implantando o que você conhece, a visão de que se tem de outros locais, de faculdade, você consegue por em prática aquilo que você aprende, diferente da realidade de Brasil hoje.

Ü Me fale sobre este diferencial?

O enfermeiro não vê um corpo por parte, ali tem uma pessoa, um ser humano que sofre a cada dia, quando ele sai daqui com o sentimento de que foi bem assistido, que o profissional conhece o histórico dele, que sabe que pode contar, o aconchego do paciente, assim há satisfação. Você consegue sair daqui satisfeito, vai para casa assim com o sentimento de dever cumprido. Assim é um auxiliar para cada ambulatório, e hoje o próprio auxiliar que você trabalha junto com ele, que naquele primeiro momento ele não aceitava aquela pessoa que foi treinada pelos médicos e tinham a rotina deles e trabalhavam daquela maneira, paciente adorava, gostava... saía daqui também satisfeito, e vinha um pessoa tentando mudar as rotinas, mostrando seu diferencial, acaba que o técnico também conhece isso, tanto os profissionais em uma fase antes, e ele sabe que enfermeiro pode ser parceiro, tanto dele (ele não veio aqui retirar o espaço dele) os técnicos tinham uma situação precária, tinham uma sobrecarga, eles eram administrativos, técnicos de enfermagem, ajudavam os médicos nos procedimentos, iam apanhar os prontuários lá em cima. A gente conseguiu que viessem para o ambulatório, administrativos, secretários, auxiliares de enfermagem, cada um na sua função. E agora estão em novidade, fazendo coisas que eles não faziam antes por conta da sobrecarga e gostando do trabalho do enfermeiro.

Ü Você fala que o enfermeiro gerenciou melhor o setor.

Com certeza. Eles saem daqui até para o andar, por exemplo, na consulta de enfermagem se ele vem de uma Casa de Repouso, se ele vem de um CTI, ficou seis meses internado, tem a rotina pela Comissão de Infecção Hospitalar, ele colhe um swab e vai para

o centro cirúrgico, quando ele chega para internar o swab está em andamento, já sabe que o cara está em precaução, você acaba direcionando aqui no ambulatório a qualidade entre aspas da instituição, na triagem em princípio, ele é triado mais rápido, ele não fica perdido dentro do hospital, ele já vai para enfermaria em precaução de contato (um exemplo que eu estou te dando), você evita várias situações assim... uso indevido de antibióticos indevidos em pacientes, contato do profissional em saúde (já vem de outro local e tem risco de estar colonizado, outra patologia). O diferencial é que esse ano, a gente conseguiu mostrar que a gente pode muito mais, entendeu?

ü Você já tinha experiência em ambulatório?

São dez anos de gerência em CTI, coordenação na rede D'OR, a gente montou setores, eu tinha a visão de triagem, como deveria ser a triagem. Então isso me ajudou muito a estar engajado e você chega em um local que não tem essas coisas que não tem essas coisas e você tem tudo em mente, aos poucos ... aos poucos mesmo, é como formiguinha mesmo, porque é demorado, desestimula um tempo mas você sabe que as coisas vão acontecer. E é assim, você fica satisfeito com isso, você as coisas que implanta e dão certo, isso estimula o profissional a estar trabalhando, teve um ganho assim para instituição, e até com o processo de a acreditação veio em ajudar e muito isso.

ü E para você?

Mudou tudo! Tem um Esmeralda antes do INCA e um Esmeralda depois do INCA.

ü E quem é esse depois do INCA?

E um profissional que sabe para que veio, eu vim para isso. Sou temporário, tenho essa visão do temporário (ah a gente vai ficar aqui pouco tempo,não sei que ... mas nem a instituição sabe disso, se vai ficar ou não.), mas se eu sair daqui hoje eu sei que a sementinha ficou, entendeu? Na estrutura, entendeu? Consegui mudar alguma coisa! Isso não é nem o lado financeiro, que eu não vejo esse lado, que a gente que está assim ... tem suas dívidas, tem seu social lá mas você acaba nem vendo o lado financeiro, a satisfação profissional é tão grande quando você consegue implantar ... implantar rotinas, trabalhar com pessoal de 20 anos que espera não sei o que, hoje em dia te abraça e no setor muda as coisas, não é? Te manda os pacientes, isso aí há 6 meses as pessoas não acreditavam, até mesmo a chefia do hospital não acreditavam, você já vai ciente que vai passar isso, isso e isso, e aí você consegue mudar até a cabeça deles em prol do hospital e na realidade

reconhece o nosso serviço como mérito. A equipe hoje está madura em relação a outros profissionais como fonoaudiólogas aqui dentro (recebem melhor os encaminhamentos, as pessoas te perguntam...).

ü Fala para mim, o significado disso para você.

O que significa p'ra mim... a enfermagem hoje é autonomia, é claro que ela teve que se desvincular de muita coisa no novo sistema, a idéia de hospital hoje é um ambulatório (o que falta é espaço), um ambulatório só para enfermagem, que o paciente oncológico precisa ... é tão carente de cuidado e orientação que na realidade tem que ter um lugar para a enfermagem. Isso já está pautado com a direção, com as chefias e tem que encontrar um espaço. Você vê que a enfermagem ela consegue (além de ser a maioria) ela já sabe ... não o poder mas o poder que tem na instituição entre aspas. Porque com ela e sem ela, se não montar esse ambulatório é um exemplo, como vai ficar a assistência ambulatorial? Os residentes ajudando, enfermeiros do setor, hoje não tem residente no ambulatório, você está passando uma rotina do que faz aqui dentro, está faltando isso, direcionado a assistência que está sistematizando até. Mais ou menos isso.

ü Tem alguma coisa que você gostaria de falar p'ra mim?

O enfermeiro ainda está muito assim ligado as práticas médicas, não ser radical e sair mudando tudo, mas o enfermeiro ele, principalmente a nível ambulatorial, ele tem muito a... a dar. Ele não precisa estar fazendo receita para médico, fazendo procedimentos médicos, o valor do profissional não está nisso. E as vezes ele começa a fazer isso e para se desvincular dessas coisas fica até difícil, mas quando você já vem mostrando que já tem esse ... pautado em literatura, ainda está muito ruim aqui no Brasil, a gente tem que estar pautado em bibliografia, mostrar que tem literatura própria, que a gente tem o nosso cuidado, o nosso diferencial aqui dentro como enfermeiro, ainda mas quando está iniciante, tem que se vincular a ele para ele gostar se eu fizer isso depois eu vou implantar, não; a gente já vem com tudo organizado para que isso na aconteça, como aconteceu com os auxiliares de enfermagem, foram obrigados a semear e agora para se desvincular depois de 20 anos é uma dificuldade. O enfermeiro quer fazer uma mudança e não consegue porque ele já faz isso a 20 anos e na realidade tem uns 5 ou 6 profissionais que já vieram baseados em literatura, com nossas teóricas, com nossa sistematização do cuidado, com tudo isso em mente para não cair no ... não é que tenha sido o mal que os auxiliares caíram pois era aquilo que eles tinham no momento, e aquilo que foi bom, tiveram o momento, se organizaram em cada clínica, levaram isso para frente, teve o momento deles. Foi bom para o enfermeiro isso.

v ORQUÍDEA

ü Me fala sobre o seu dia-a-dia, o que você faz aqui no ambulatório?

O meu dia-a-dia aqui no ambulatório é entrevistar os pacientes que vão internar fazer as orientações pré-operatória, fazer entrevista para o banco de tumores, organizar a lista de palestras que faço para os pacientes em pré-operatório com uma equipe multidisciplinar onde os vários profissionais orientam como proceder no antes, durante e depois da cirurgia. Essas reuniões são realizadas de 15 em 15 dias, mas quem faz a listagem, separo os pacientes como enfermeira porque aqui no ambulatório só tem eu e eu que da parte de profissional que entende mais o nome das cirurgias, então sou eu que faço; diariamente eu capto pacientes para o Banco de Tumores, as que vem confirmar cirurgia e as orientações, fora as consultas extras também e administro o setor, o que tiver faltando, o que precisar consertar, o que tiver que limpar, o que tiver que arrumar, sou eu quem organizo.

ü O que é o cuidado para você? Você enfermeira fazendo o cuidado.

O tempo todo, desde o momento que entro no hospital, arrumo, organizo o ambiente para que ele se sinta bem. Desde o momento que eu peço a recepcionista para trato – lo de senhora e senhor e não como paciente, porque quando eu cheguei aqui era paciente X. Agora não! É sr. ou sr^a. X. ... Desde esse momento, então a gente, eu acho que ... me acho educando o paciente, informar o paciente sobre o seu tratamento, tudo é para o conforto e bem-estar do paciente.

ü E o que significa isso para você?

Tudo, eu adoro ser enfermeira. Eu acho ... eu sempre me coloco no lugar de outra pessoa, no caso aqui do paciente, da pessoa que está sendo matriculada, desde o momento que está sendo matriculado eu tento me transportar para o lugar dele e o que eu gostaria e como gostaria de ser recebida e tratada aqui dentro. Então eu tento dar a ele o máximo que eu puder dentro da possibilidade, que ele se sinta bem aqui dentro. E eu como enfermeira, acho flui melhor essa parte que ele está recebendo a notícia que tem um câncer e um tratamento que vai fazer a opção de tratamento que é dada a ele para fazer. Então, isso é bem melhor para ele aceitar, trabalhar isso na cabeça dele. Eu acho assim para você ser enfermeira, para você ser enfermeira e englobar toda essa palavra, você tem que realmente se doar assim ser, incorporar isso de ser enfermeira. Enfermeira não é só uma palavra,

enfermeira é muita coisa, é tudo, é um tudo! É administrar, é ser útil, é dar conforto, e acolher a pessoa, é você fazer com que a pessoa que chega aqui sofrendo, tenha dignidade, um tratamento digno. Então acho que é muito importante isso para ser humano, a pessoa não ser vista não como um tumor, mas como um ser humano.

ü Apesar de você não estar no ambulatório às 24 horas do dia,...

Tem uma continuidade, a gente faz com que haja uma continuidade. Nós preparamos no ambulatório o paciente, damos as informações, preparando ele para as situações que ele vai enfrentar para que quando ele enfrentar essas situações ele já tenha outra visão sobre o tratamento e aceita – lo melhor.

ü Quando você está realizando isso, como você vê isso?

Eu acho gratificante. Eu acho que mesmo, isso eu também estava pensando outro dia, eu tenho 25 anos de formada e quando um paciente entra aqui na minha sala chorando, tem paciente que vem aqui na minha sala só para chorar, eu deixo chorar e às vezes eu choro junto. Então eu acho isso importante, a gente não perdeu essa sensibilidade de na hora em que o paciente está sofrendo, você chorar junto com ele. Porque é muito triste, o paciente chega aqui e fala “oh Orquidea eu acabei... o médico acabou de dizer p’ra mim que não tem mais jeito, eu tenho pouco tempo, eu vou morrer...”

v VIOLETA

ü Me fale o que você faz no ambulatório?

Então têm que ter toda uma abordagem assim delicada nesse acolhimento desse paciente que tem um montão de dúvidas, dúvidas até que não esclareceu com o médico dele durante o tratamento. Porque eles primeiro falam “você tem câncer”, depois o tratamento e pegou toda a força que ele tinha e a família para seguir um tratamento extremamente agressivo (quimioterapia, radio, cirurgia) muito difícil para toda a família. Aí vem o segundo momento que é não vamos mais fazer nenhum tipo de tratamento com a proposta curativa. Aí pronto, a pessoa desaba mesmo. Desaba muito porque toda a força que ele estava contando para superar a doença, como tivesse desistido. Então tem que ter uma abordagem, uma maneira de falar nos cuidados paliativos (nem tem né?). Se “atende mal,” “eu não vou falar mais nada com você”, eu acho que acontece com o profissional médico principalmente, ele às vezes não tem a delicadeza de falar com esse paciente que

ele como vai ser transferido, que é um outro tipo de terapêutica (porque não deixa de ser uma terapêutica). É uma terapêutica, só que não vai vencer, como quando estava tentando acabar com a doença dele. Chega à mulher com ele, aí chega aqui derrotado eu sei, mas agressivo com todo mundo. Tem que entender a necessidade da pessoa, cheia de conseqüências da tensão (“ah eu vim aqui para morrer? O médico me disse que na tem nada mais para ser feito”). Então o primeiro impacto, na visão da enfermagem que é totalmente holística, é você tentar mudar essa imagem de que “eu vim aqui para morrer”. E ser bastante direta! Mais direta assim, você vai devagar porque todos esses processos de evasão, revolta, ele passa por isso tudo. Então você tem que ser uma pessoa mais para saber o que ele e a família... porque é sempre ele e a família não dá para separar no processo que ele está passando e você respeitar, esperar ele superar aquele processo (e você junto com ele!). Não adianta você adiantar nada para ele, ele tem que captar aquilo e você ser uma ouvinte. A parte técnica você vai explicar “oh esse curativo é assim”, “esta pele está assim por isso”, mas desde que ele compreenda. Não adianta usar inúmeros termos técnicos que o paciente não entendeu nada, bom tenho que ser bem direto “olha isso é” e até aqui se ele insistir, “mas o que você sabe para melhorar do campo é bom?”, você tem que tomar cuidado e dizer “não sei, mais vou procurar” e não reforçar que é uma droga curativa para isso. Olha vamos ver como melhorar e a enfermagem interagem. Então o serviço de enfermagem no ambulatório, além de toda parte técnica do enfermeiro:curativo, explicação sobre curativos, sonda, sobre a pele, sobre úlceras de decúbito; além de toda essa nossa parte, técnica mesmo, o serviço de acolhimento e explicar para ele o que está acontecendo e junto com ele tentar superar toda aquela carga. Você tem que saber que toda aquela agressividade não é com você, não é contra a instituição, mas com a vida dele. É mais um teste para ele, na verdade é mais um “puxa vida! Eu...”, é uma coisa doida, né? “Eu fiz tudo direitinho, organizei minha vida para fazer as minhas consultas, meu cabelo caiu, eu perdi tudo, eu perdi meu emprego, minha família esta me ajudando e agora dizer que não vai fazer mais nada p’ra mim?” entendeu? É muito complicado, e você tem que deixar a sua sensibilidade, pois só as pessoas que cercam você vão ver que não está sendo verdadeira. Então você tem que tentar jogar aquele jogo de olho - no - olho, porque é aí que você ganha o paciente, nesse momento é a primeira lição que fica, entendeu? E só unir os laços, todo dia estar tricotando... tem que estar tricotando, as vezes você chegou no meio do caminho e notou que aquele ponto que deu ontem não estava bom, vamos refazer para deixar mais bonitinho essa ... como se fosse uma colcha! Todo dia você está tricotando, todo dia você está prendendo um ponto no outro, que lidar com ser humano é isso, está sempre dando um pontinho. E eles também te ensinam um outro pontinho para fazer uma colcha bem bonita na medida do possível com todas essas emoções, com toda essas tristezas, com todas essas dificuldades que é viver, viver ainda com doença, viver com

problemas sociais, viver com muitas perdas, todo dia vai haver alguma coisa, está perdendo também, sempre perde: a gente se apega, se envolve com inúmeros problemas como se fosse uma grande família. Conta da filha, conta do marido que abandonou que ficou com outras mulheres, são pacientes “de colo de útero” e a gente conversa muito sobre sexualidade, isso porque elas têm uma liberdade de comentar a sexualidade, o que vai fazer o marido não entende. Eu sempre tenho a impressão de que um dia nunca é igual ao outro, nunca. São pessoas e cada pessoa tem um universo, então eu já procuro não ter preconceito: “ah aquela paciente de cabeça e pescoço”, eu sei que é estatística: que é paciente de cabeça e pescoço deve ter sido aquela história que bebeu todas, de repente vai ser barra. Eu espero cada um vir e contar a sua história para mim. O tempo que estamos aqui é para escutar a história de cada um. Eu acho que o profissional hoje está com muita pressa, não é culpa dele, a carga horária é muito exaustiva, tem um montão de gente e acaba não dando o atendimento. Mas no momento que estou com o paciente e não estou falando da parte técnica que todo mundo sabe o que é nós temos que fazer, mas é o momento que esse paciente quer alguém que olhe nos olhos e escute a história dele. Então cada um que chega é um contador de histórias, eles contam inúmeras histórias, abre o coração dele, deságua toda a cachoeira que eles têm que desaguar. Então o primeiro contato não é que leve a resistência, mas sim aproxime, mostrar para ele que tem sensibilidade, tem liberdade, atrás do jalecão existe uma pessoa que se importa sim com o que ele está falando, com a dor dele e aí você está com o paciente ganho aqui no trabalho.

ü O que significa para você, enfermeira, esse cuidado que realiza no teu dia-a-dia?

Olha, eu gosto de cuidar e eu gosto de lidar com pessoas, o que eu puder oferecer de esclarecimento, de educação, estou sempre educando, o que puder passar o seu conhecimento para aquela pessoa para facilitar o dia a dia dele, mesmo você fazendo um pouquinho... “olha eu estou fazendo um curativo”, passo a passo eu digo o que eu estou fazendo e porque eu estou fazendo, “fecha assim porque, você não tem cachorro na tua casa, então tem bicho, de repente pode uma mosca pousar, pode acontecer isso, isso e isso”. “E se esse machucado abrir? O que é que faço?” “Se por algum acaso abrir, você vai fazer assim, assim e assim” “Por que você usa esse creme e não usa esse aqui?” “Mas sabe por que esse creme a finalidade é disso, essa pomada é disso, a gente não quer que aconteça isso com você? Então estou usando esse óleo aqui para não agredir essa pele que está machucada. Tô lavando com sabão porque esse sabão é bom, não deixa as bactérias se alojarem aqui, sabe os micróbios?” Se ele não entendeu. “E tira esse cheio, vou usar esse gel e você vai se sentir mais confortável. Estou usando esse absorvente, o absorvente não absorve?” Então é passo a passo. “Por que você não deixa a dieta correr

mais rápido?” Então, “você não sente uma dor de barriga, a deixa ir de vagarzinho, sempre assim”, “Por que a água?” “ Para não ficar no final o pozinho da dieta”, tem que ser com calma, passo a passo e explorando o que ele sabe de tudo, da doença, do tratamento, das terapias alternativas que eles procuram, buscam na Internet e aí a gente tem que está sempre se reciclando, eles estão sempre trazendo o interesse deles de saber de uma novidade, estão sempre pesquisando mesmo. Lêem uma pesquisa e aí vem: leram que é bom usar um chá de não sei das quantas, “tem algum problema?” Dei uma olhadinha em fitoterapia para ver uma droga não é antagônica a outra, aquele montão de ervas ... aquilo tudo. A pessoa que está doente tende a procurar ajuda de alguma forma ... tem muito charlatão, né? Muitas vezes, um paciente gastava um dinheirão comprando aquele comprimidos de SOL, “tadinho, ele não tinha condição daquilo mas a esperança dele. E uma água, se disser que foi benta, bebe aquela água e se sente bem, ótimo continua bebendo. “Eu oro!”, Não sei o que, ‘tá bom, se é para ele conseguir segurar aquela situação que está passando.

ü O que move você?

Por enquanto é porque eu acho que estou fazendo a diferença, eu acho que se eu estivesse com problema, que tivesse uma pessoa me esclarecesse naquelas minhas dúvidas. Eu gostaria que em uma hora de dor que... em uma hora de dor, a pessoa totalmente fragilizada, então precisa. “Qual é o seu problema?” Chegar a um lugar que as pessoas te escutem, te olhem e te enxerguem ali, você não é um paciente ou um número de matrícula; você é Maria ou é João. Então eu preso muito por isso, se fosse comigo (meu Deus!) se eu chegasse aqui e as pessoas nem levantasse a cara para me olhar para mim e tudo acontecesse extremamente mecânica? Então eu acho que a diferença em tudo na vida é demonstrar. Não adianta levantar bandeira e no nosso dia a dia não somos amorosos com o nosso irmão, ter aquele olhar de piedade, que isso é dia a dia que absorve tudo. Não estou criticando, tem gente que gosta de criar polêmica, faz um bando de artigos, abraça a Lagoa, defendendo a baleia, mas no dia a dia com o irmãozinho que está do lado trata extremamente mal, fala de qualquer forma, discrimina, tem preconceito, né? Então eu acho que todo dia você tem que fazer aquela... eu não sou crente, eu sou católica mas gosto muita dessa palavra que os crentes dizem que oração sem obra não é válida. Então todo dia tem que fazer uma diferença, mudar alguma coisa. Não adianta na palestra ter um discurso bonito, mas sua ação? O que vão dizer? Nada. Então o que me move é que eu me sinto confortável, e no momento acho que alguma diferença estou fazendo. E eu quero fazer mais. O que puder fazer, aprender sempre, estar sempre estudando e aqui posso, apesar da carga horária que eu acho muito exaustiva, posso estar buscando novos conhecimentos. Se

eu for pensar no seu próprio conhecimento, temos que fazer o que é certo, pesquisa e somos estimulados para isso. E eu gosto de lugares onde as pessoas estão em busca de conhecimento e aqui é assim, ainda mais que somos uma unidade nova, a cada dia tem uma coisa nova. Então as pessoas estão sempre em busca de conhecimento, buscando sempre melhorar e acho isso legal, me toca. Nós somos pequenos, a gente se conhece e estamos sempre preocupados com o nosso..., no momento é isso. No momento que isso não for legal, não estou fazendo diferença nenhuma, estou achando aquilo uma mesmice, não tem nada que me move, eu desisto, eu saio. Não consigo ficar em um lugar que não exista nenhuma perspectiva assim de crescimento, mesmo que financeiro.

ü Então para você significa o cuidado que você realiza?

Para mim o cuidar?

ü É.

Nunca pensei no significado do meu cuidar, acho que eu estou sempre querendo buscar na luz. É isso que peço todo dia quando acordo, eu peço para Deus, que sempre me ilumine que seja sempre luz, a luz porque a luz reflete e afasta a escuridão. Então eu sempre peço a Deus que eu sempre esteja com essa luz e que as pessoas envolvidas percebam isso também.

ü O que seria essa luz?

A luz de chegar ao outro, de tocar, de cuidar, de escutar, de passar o seu melhor, porque assim gera gentileza, é meio isso, tudo de bom puder ficar perto de você. Quanto mais você praticar coisas boas e se iluminar, mas longe a escuridão fica, se afasta. Aqui é um lugar de muita, muita escuridão, muita dor, a vida não se tem respeito por ela, somente notícias terríveis que tendem jogar você muito para baixo, então você tem que se fortalecer na Luz de Deus. Eu trabalho em um lugar de muita dor, se eu não pedir todo dia essa Luz para me manter bem, para me manter serena, tranqüila e acreditando realmente no que eu acredito, porque só aquele que pode tudo, um ser maior. Se eu não conseguir, eu vou dar entrada para escuridão e eu não quero dar espaço para escuridão e me deixo também nas trevas se deixo a escuridão entrar você vai ficar uma pessoa extremamente negativa, não vai acreditar no outro você não vai olhar mais o outro. Então eu só peço isso.

v PINK

ü Me fale sobre o seu dia a dia aqui no ambulatório, me conte o que você faz .

O meu dia a dia em nível de rotina aqui no ambulatório?

ü É, o que você faz aqui no ambulatório?

Vamos lá, o horário do ambulatório é de 8 da manhã, seria o início de 8 às 5h. Mas eu chego sete, por quê? Porque existem pacientes que vem de outros municípios, transportes dos outros municípios e por vezes chegam aqui cinco e meia/ seis horas da manhã para um atendimento que vai ser duas horas da tarde, mas só tem aquele horário daquele transporte. Então eu geralmente chego 7 horas da manhã e pego esses pacientes, inicio o atendimento com esses pacientes que já madrugaram aí. O resto, os outros pacientes agendados, a agenda só chega as nossas mãos às 8 horas, é a hora que as recepcionistas conseguem dar como pronta à agenda do dia e aí não há uma seqüência fixa de quem será o primeiro a atender o paciente: pode passar primeiro pela Psicologia, pelo Serviço Social, pela Enfermagem, quem tiver disponível. Os prontuários vão ficar dispostos, arquivados, dispostos no escaninho que tem ali no corredor do ambulatório, designados enfermagem, nutrição, serviço social, tal, tal, tal e a partir do momento que você vai atendendo, você vai remanejando o prontuário para o próximo profissional a atender. Todos os pacientes de primeira vez passam por todos os profissionais, os secundários não, são direcionados geralmente para enfermagem e ao médico. À enfermagem para revisão de : exame físico, de integridade da pele, porque são pacientes com PS melhor, performance status, mas ainda acamados, menos que os internados, mas passam parte do tempo acamados e, revisão de ostomias, curativos e pedido de material, por isso passam sempre pela enfermagem. Quando tem alguma demanda tipo gastrotomia, sonda enteral, disfagia, a gente encaminha também para nutrição; seria a terceira pessoal no ranking de maiores atendimentos, digamos assim, seria a nutrição daqui da unidade.

ü O que você faz?

O que eu faço é literalmente é a consulta de enfermagem, rotina, o exame físico, atendimento ao familiar. Por vezes a gente vê que a compreensão, o nível de compreensão do paciente, o nível cognitivo é baixo, ou por deficiência auditiva ou a fonação não é adequada, a gente não consegue uma boa linguagem e aí nosso referencial passa a ser o familiar. Ele é que vai nos passar esse instrumento de transição dessa queixa, dessa

interrogação do paciente para a gente e aí ele passa a ser o nosso foco e nosso transmissor de informações, por vezes alguns pacientes nem vem ao ambulatório, só o familiar vem trazendo essa informação para a gente e levando a nossa conduta até o paciente. Às vezes é porque o paciente mora em área de risco e a VD não consegue chegar até o domicílio, por vezes é um paciente ambulatorial mesmo, mas que tem sintomas controlados em casa e não consegue se deslocar até o hospital e só vem o familiar com bom entendimento e a gente consegue uma boa troca, a gente chama de ambulatório à distância. No geral, o que a gente está assumindo de novo, como a nossa estometoterapeuta (que é a Y) passou a ser do plantão da noite por outras funções dela fora da unidade, a gente começou assumir também essa parte de estomas, digamos complicações de estomas, ela fica de stand by e a gente se reporta a ela sempre que necessário. Então o que a gente está vendo de mais gritante: muito granuloma em gastrotomia que a gente está fazendo um trabalho com AGE em cima desse granuloma, antes a gente tinha uma informação que nitrato de prata, por exemplo, seria indicado, mas como a gente repassa esse fazer ao cuidador, a gente treina ele para refazer isso em casa, começaram a aparecer queimaduras porque tem que ser com o nitrato de prata muito bem localizado e não estava dando certo e a gente estava conseguindo quase a redução total do granuloma com AGE. Então a coisa é bem bacana. Outra coisa, outro sintoma que está muito bem controlado na unidade é o odor com metronidazol, e é uma porcária que o metronidazol não seja utilizado em outras unidades como gel porque é a forma mais segura que a gente encontrou até hoje de utilização, sem risco na manipulação, na aspiração, é muito bom, você entra no ambulatório e não sente o cheiro dos nossos pacientes, e são lesões fungóides com odor 3, são lesões grau 4, são feridas muito feias e quando você abre o curativo, vê que era para ter um odor absurdo que não tem mais no momento, por conta do gel de metronidazol. Então a nossa meta é o controle de sintomas aqui na palição, o que a gente precisa fazer e fazer bem, é controlar sintomas, pelo menos esses que estão aflorando. No ambulatório a gente está conseguindo, principalmente o controle desse granuloma que é o que a gente mais vê assim e o odor; por exemplo, grandes dispnéias, grandes sangramentos, o paciente geralmente dar entrada pela SPA e vai direto para o andar, nem chega ao ambulatório com esses sintomas assim. Não é e não tem sido um forte nosso o controle de dispnéias ou sangramentos, não chega, eventualmente chega ao ambulatório, mas não tenho número para te falar.

ü O que significa esse fazer para você?

O quê significa... pergunta difícil ...

ü Esse teu dia a dia, o cuidado que você realiza dentro desse cotidiano que você vivencia todos os dias, o que significa para você, PINK, enfermeira, aqui nesse ambulatório. O que é isso para você?

Acho que isso é essencial. Eu acho que é o que eu faço bem, me faz falta... me faz falta não fazer e eu acho (não sei se eu vou me expressar bem) mas é essencial tanto p'ra mim, o que eu sinto é isso: é essencial tanto para mim quanto para eles. Há uma grande troca no que eu faço e no que eu recebo dos pacientes do ambulatório. É uma grande sintonia nisso: eu preciso que eles venham e eles precisam que eu esteja aqui. Me faz bem!

Merecemos ser vistos como uma unidade também de excelência assim como as outras, nossos paciente merecem tanto respeito como; nossos pacientes não são bonitos, são pacientes feios, deformados, caquéticos por vezes, mancos, coxos, mas merecem o mesmo respeito das crianças carequinhas e lindas da hemato, da pediatria. Então isso incomoda, ainda e isso se há um motorzinho que move a unidade, eu acho que é esse motor, o motor de mostrar que o nosso paciente tem uma beleza tão grande, tem tanto a passar para as demais pessoas quanto às crianças bonitinhas lá do CEMO, da Hemato, da Pediatria.

ü Qual é a verdade?

Estou vivenciando sempre com paciente no limite, a gente está sempre no limite de tudo que pode acontecer, de tudo que a gente espera que aconteça, então por vezes um paciente pode vir com uma grande expectativa como, por exemplo, o paciente AN de 23 anos, surfista, ex-surfista, que a vinda dele para cá (eu atendi esse paciente na 1ª vez), a vinda dele para cá foi muito traumática porque ele tinha uma idéia assim demoníaca da unidade. Então chegou muito revoltado, muito choroso, muito, muito, muito. E foi muito difícil a consulta de todos os profissionais com ele, não só da enfermagem, mas ele travou um vínculo com a enfermagem, ele tem um tumor de pênis, tem uma amputação peniana, tem uma ferida extensa nessa região e é muito novo e muito bonito. E tudo isso atrapalha muito a sua chegada ao paciente. Então, na primeira consulta à gente nem abordou a possibilidade de dar uma olhada na lesão, não tinha o porquê isso na primeira consulta, então foi papoterapia, só papoterapia, ninguém se encostou. Na segunda consulta do AN com a gente, o time dele tinha ganhado, ele veio com a camisa do time e não sei o quê e a gente começou a entrar por aí, por esse lado, pela brecha que ele deu. Então no final da consulta ele começou "oh! Dá p'ra sair um pacote de gaze aí? Não sei o que, não sei o que lá" e a gente "não dá não cara, deixa eu dar uma olhada como é que está. Como eu vou saber o que você precisa de material? Sai fora! Quer ver o quê?" Então ele me deu abertura

para hoje eu brincar com ele assim numa boa, e hoje ele é um grande paciente nosso, um grande parceiro nosso, que mesmo fora dos dias de consulta, ele vem p'ra cá para ver televisão ali no saguão, entrar nas salas, mexer com todo mundo, é um danado! Ele vem na cadeira de rodas dele, mas para zoar com a gente, literalmente. Vem para fazer nada no ambulatório. Então eu acho que a gente acaba conquistando, conquistando a cada dia, com grandes lacunas é lógico... como esse paciente de hoje que me dói saber que ... não vou conseguir abordar em nada, nem paciente, nem familiar, nem nada e é um paciente e uma família que entrou e vai sair daqui sem saber o que é o HC IV, o que a gente poderia ter feito ou não ter feito para eles.; isso é uma coisa que ainda me angustia. Me angustia o fato de a gente não ter uma enfermeira no posto avançado dos HCs. Acho que a gente teria muito a fazer, não tem, não há, só o assistente social e o médico. Então é um vazio, quando eles estão nessa etapa de transição da unidade que acolheu, da equipe que eles confiam para outro lugar, é um vazio, eles caem em um buraco negro. Acho que eles precisavam de alguma coisa nessa transição. É uma transição com muita falha e a porta de entrada acaba sendo o ambulatório, raras às vezes o paciente vem ... são pouquíssimos pacientes que vêm direto para a internação ou direto para a VD, a grande maioria passa a 1ª vez pelo ambulatório e daí é direcionado: esse paciente tem que ser VD, não esse paciente tem que internar agora. Então nós somos a porta de entrada, nós estamos assumindo esse papel de acolher esse público, dessa maneira. É por isso que (a X estava até brincando"1ª vez, 1ª vez...) todo mundo corre e tenta abraçar literalmente, literalmente, é uma guerra ter um prontuário de 1ª vez porque é um prontuário que requer muito da equipe, a gente precisa se mostrar muito para esse paciente para ele aceitar iniciar um tratamento nessa unidade.

ü E nessa 1ª vez é com todos os profissionais?

Com todos os profissionais, e tem que ficar claro que é isso mesmo, iniciar o tratamento aqui e não terminar o tratamento lá, "acabou o tratamento, me mandaram para cá, o que eu vou fazer aqui?" "Iniciar o tratamento aqui." Essa a fala da equipe, iniciar um tratamento de controle de sintomas, é esse o nosso tratamento, é esse o nosso ponto.

v INDIGO

ü Fale p'ra. mim sobre o que você faz aqui no ambulatório.

Aqui no ambulatório a gente tem um grupo de pacientes e eu os vejo assim: não são filhos, mas pessoas que sou responsável e a gente têm um envolvimento muito grande com

a cura deles, com o objetivo da cura ou pelo menos melhorar a qualidade de vida desses pacientes. Então aqui no ambulatório a gente tem uma atividade de supervisionar essa terapêutica, a implementação dessa terapêutica. Nós somos responsáveis por essa implementação e que isso seja feito da melhor forma possível, da forma mais confortável possível. Então a gente tem esse cuidado de estar preocupada com o conforto desse doente que fica aqui tanto tempo, tantas horas por dias, tantos anos, a gente sabe que sobreviver livre de doença e sobreviver com qualidade, o máximo que se pode alcançar a cada terapêutica que é iniciada e a gente procura, junto com a equipe médica, administrar da melhor forma possível, minimizando os efeitos colaterais desse tratamento. Um dos objetivos, por exemplo, é preservar a rede venosa desse doente, a gente aqui trabalha com CCIP sempre que possível, faz indicações e avaliações do melhor tipo de acesso venoso em conjunto com a equipe. A gente é sempre solicitada para estar avaliando isso, uma coisa que tem tido reciprocidade dentro da equipe médica, reconhecimento de estar buscando com a gente o que seria melhor, é uma coisa muito boa, é um ganho aqui no trabalho da gente. A gente fica muito gratificada, sabe quando a gente consegue. Eles têm esse vínculo estabelecido com a gente, que a gente é a pessoa que vai resolver os problemas deles, então se estabelece também um pouco de amizade, a gente conhece a família, tem pessoas que estão aqui há quatro anos, então a gente já conhece, tem essa troca, para mim é muito satisfatório. Mesmo em momentos que você vivencia problemas profissionais, o que sobra intacto, o que a gente procura preservar é essa relação com o cliente. Então para mim é o que mais me traz satisfação, então invisto nessa relação. Nessa relação de... tanto interpessoal com eles, que a humanização sai espontaneamente, porque ela acontece aqui “graças a Deus”, ela tem acontecido e ao mesmo tempo vendo essa parte técnica, tendo esse cuidado com a parte técnica. Então aqui no ambulatório, mesmo com esse grande número, a gente fica assim o tempo todo “fulano falta isso” “fulano falta aquilo”, os médicos Staff presentes em uma totalidade de tempo aqui conosco, interagindo com feedback são dois, só que o ambulatório é enorme, então apesar de termos outros profissionais atendendo, o feedback mesmo total... total que acontece com esses dois profissionais e a gente gostaria que isso crescesse, mas ainda não aconteceu, eles não conseguiram ainda fazer com que esse número de Staff ficasse interagindo de uma forma total acontecesse, ainda não acontece. Então quando a gente tem que resolver alguma coisa em prol do doente, a gente vai a busca, não fica lá “não é minha função”, não. A gente vem aqui e corre atrás! Chega a anotar a relação de problemas a ser resolvidos e encaminhados para eles. A avaliação clínica primeira, nós que fazemos lá, quando o doente chega com a queixa, com a febre, com a intercorrência, a gente faz esse registro, encaminha exames, já faz uma série de condutas que a gente já está totalmente interagindo com eles (pacientes) nesse sentido. Quando a gente chega para passar para os médicos, os principais exames já foram

colhidos, o paciente está viabilizado só para receber a terapêutica que eles vão prescrever. Então a gente trabalha diariamente nesse ritmo, todo dia tem esse tipo de coisa para ser feita. A gente aqui também aqui vê essa questão de isolamentos, é uma coisa desagradável demais para o doente, a gente sabe chateada, porque a gente sabe que ele deprime, que ele fica entristecido com isso e procuramos no isolamento trazer o maior conforto possível para eles, principalmente para as minhas crianças. As crianças a gente tem essa preocupação, pois se criou um espaço com brinquedo terapêutico, um espaço terapêutico mais adequado para eles e quando eles entram no isolamento, eles são tirados desse ambiente e levados para o isolamento lá atrás. Então ontem a gente já buscou um televisor, a gente já está falando com os voluntários para ter uma recreação lá no isolamento, para que eles não fiquem tão expostos, porque a mãe chora porque ficou triste por ter tirado a filho daqui, a criança fica triste “ah uma situação no início chata né?” E a gente procura estar solucionando esse problema. Que mais que a gente procura fazer aqui? Além disso, a gente tem que estar fazendo a previsão de material e insumos para que não falte nada na continuidade do atendimento. O plantonista ele não pode se preocupar com isso, ele tem que chegar e encontrar o material para estar desenvolvendo o atendimento. Então a gente que está também no dia a dia como diarista na assistência, tem também esse olho de ver toda essa previsão de material, de medicamentos e solicitar, por exemplo, televisores, a gente solicitou dois extras, já temos dois, mais um aqui e nós solicitamos mais dois para ser colocados lá dentro. Então a gente sempre está fazendo a solicitação, não sei se respondi sua pergunta, se tem mais alguma coisa.

ü O ambulatório de vocês é aos sábados e aos domingos também?

Direto, é de segunda a segunda porque ele é caracterizado hospital dia, e o transplantado nos primeiros 100 dias ele tem uma assistência contínua, medicamentosa, via intravenosa, com coletas diárias ou pelo menos duas ou três vezes na semana. Então é uma assistência bem intensa que ele passa aqui. Na verdade não é uma alta, ele sai da unidade para ter sua recuperação imunológica aqui conosco. Nesses primeiros 100 dias ele é um paciente de risco para infecções, infecções oportunista, para perda de enxerto, uma série de coisas. Então ele nesse período ele fica aqui. E nós temos aquele grupo de clientes que são pacientes transplantados a mais de 1 ano que desenvolve uma doença contra-hospedeiro crônica e esse doente fica com a gente durante anos porque ele tem que fazer imunossupressão, essa recuperação imunológica é comprometida, então devido a essa terapêutica imunossupressora, ele desenvolve algumas infecções a longo prazo; as vezes ele tem 3 anos e vem de casa com pneumocistecaríe, com uma exacerbação a doença crônica aparece como aguda, então ele vai para a fotofereze, tem alguns tratamentos

invasivos aqui que tem efeito colateral, então ele fica aqui com a gente também. Ele vai para casa, vive a sua vida, mas ele volta para a gente.

ü Ele não volta para sua clínica de origem?

Nem todos, porque o critério para ele não ir para clínica de origem é a doença de enxerto contra-hospedeiro. Então todos os pacientes com doença contra-hospedeiro vão ficar conosco. Aquele que não tem essa doença contra-hospedeiro digna de tratamento, mas que ele continua com uma recorrência infecciosa, ele retorna para clínica de origem. Tem paciente que faz sinusite Durante muito tempo, todo ano, em determinada época do ano ele faz sinusite, ele vai fazer aquele tratamento de catorze dias, então ele está sendo agora reencaminhado para a clínica de origem, mas com uma aceitação ruim por parte do cliente, ele não quer ir para sua clínica de origem, ele quer ficar aqui. Então isso é um trabalho educativo que está começando agora com estes pacientes, isto ainda não está na prática totalmente, 100%.

ü É algum grupo de orientação para esses pacientes?

Não, não existe grupo, isso é uma coisa que partiu do Staff responsável, até porque ele está vendo que nós não vamos ter estrutura para acumular todos esses pacientes. E nós temos um clima de amizade com esse doente, entendeu? Então tem que partir da direção de estar encaminhando para a clínica de origem, porque nós não podemos ficar nesse tiroteio, não podemos ficar.

ü É eu tenho visto a dificuldade

É a gente fica... para dar conta, né? Para dar conta de tudo isso e ainda estar trazendo aqui para eles (os médicos) os problemas para eles resolverem porque eles não pegam tudo, então a gente tem que estar com uma visão assim... para conseguir dar conta.

ü E o que significa isso para você Indigo, como enfermeira do ambulatório, todas essas atividades que existem e você está participando, o teu dia a dia. O que isso significa para você?

Eu gosto muito daqui, eu me sinto (como é que eu vou te falar?), uma sensação de satisfação e eu acho que a gente aqui está fortalecendo a profissão do enfermeiro, eu acho que eu estou cooperando com isso no momento que se estabelece uma postura

profissional, de que eles (médicos) têm respeito pela nossa avaliação clínica pelo que a gente encaminha para o doente e eu acho que isso é muito bom, gratificante e enriquecedor. ... Eu acho que o trabalho cresceu muito, eu cresci muito como profissional aqui fora, desenvolvi autonomia e capacidade de resolução de problemas ... só o enfermeiro resolvendo, então uma postura de proteger e preservar o espaço que o enfermeiro tem, a capacidade que o enfermeiro tem de solucionar os problemas no dia a dia de origem ou ordem clínica e administrativa e se fazer respeitar. Então eu acho isso muito importante.

ü E como você se sente?

Eu me sinto extremamente útil e importante nesse processo. Olha engrandecer minha profissão. Eu trabalho o tempo todo protegendo a imagem da minha profissão, me preocupo muito com isso, que eu acho que há uma degradação na profissão em outros serviços, eu vejo isso, eu vejo muita desmotivação dos demais profissionais. Eu vejo uma queda na auto-estima de alguns profissionais que não sabem a riqueza que tem na mão para estar desenvolvendo, então aqui eu protejo o tempo todo, 24 horas, enquanto eu estou aqui. Por exemplo, essa semana eu me queixei com o Staff responsável porque fui para capela duas vezes preparar quimioterápico, em um dia que estava extremamente atribulado que não havia necessidade. Então um médico novo, que não tem esse gancho de reciprocidade, de interação ainda e não sei se foi para fazer a vontade, ou outro que é antigo deu uma outra justificativa para mim que eu achei que cabia. Fui lá me empenhei e preparei, chegou no dia seguinte não aconteceu aquilo e eu vi que não tinha necessidade. Então fui a ele e fiz a queixa, falei para ele que não é por aí, que preciso de mais organização, que aqui não tem espaço para vaidade, de fazer vontade porque é um profissional médico, que não cabe isso aqui, que ele, por favor, orientasse suas médicas para melhorar nesse sentido. Eu acho que um dia que eu estiver muito atribulada e que sei que aquele procedimento pode ser feito no dia seguinte, que eu possa me recusar em prol do serviço e sem dar prejuízo para o paciente. Agora é uma postura que traz dores, mas eu sei que no futuro vai ter resultados, porque já teve muito.

ü A que você atribui isso?

Eu acho que a maior parte das horas o cliente fica conosco, nós detemos o cuidado e os outros profissionais se restringem a atendimento de consultório, por exemplo, a consulta de enfermagem aqui, ele faz uma prescrição por exemplo, mas ele não gasta o seu tempo para explicar que existe um vírus que positiva e que isso faz parte do acompanhamento da imunidade e que precisa fazer esse tratamento tantos dias, que durante este período ele vai

intercorrencias tais e tais, mas vai ser feito isso e isso. Então a gente gasta o tempo com a educação, com a educação, com o cuidado, eu acho nós temos esse controle porque a maior parte do tempo quem tem que manter o funcionamento do serviço é o enfermeiro. Quem mais fica com o cliente é o enfermeiro. Então a gente tem essa grande fatia, apesar de nem todos valorizarem isso, acho que eles vêem isso, as pessoas vêem isso como é mão de obra ou serviço, eu vejo como trabalho qualificado, eu vejo assim porque tem uma hora que os outros profissionais não estão mais aqui, mas nós vamos continuar.

ü À noite vocês ficam sozinhos?

Aqui termina as 19 e nós iniciamos uma equipe do meio do ano para cá em que na dupla de plantonista, fica um até as 20, para facilitar a passagem de plantão lá para dentro, porque se um doente estiver com necessidade, o enfermeiro que vai estar a noite ele vai poder vir aqui. Porque também não tem demanda para estar um escalado aqui à noite. Então existe essa carga horária toda, a gente faz, o plantonista continua e nós temos necessidade de ter esse domínio, de estar controlando as atividades que estão sendo desenvolvidas aqui.

ü Se você fosse me dar o significado do cuidado ambulatorial que é realizado pelo enfermeiro, o que você me diria?

Uma definição?

ü Sim

Nossa é tão complexo essa pergunta! Eu diria que engloba a necessidade de qualificação técnica, de tomada de decisões, de postura, de autonomia e desse profissional ter esse perfil, porque não são todos que têm. Então para trabalhar nessa área ambulatorial, com público em que todos os dias você entra nesse corredor, todos estão aqui fora, mesmo os que não estão conosco (estão aguardando médico), estão todos ali, todos olham para você e a gente se comunica, então eu acho que tem que deter essas qualificações, nem todos detem o perfil de estar desenvolvendo do trabalho aqui.

v LAVANDA

ü Me fale sobre o seu dia a dia com enfermeiro do ambulatório.

Eu chego mais ou menos umas sete e meia, sete e quarenta, procuro dar uma ajeitada no geral, desço tomo um café e aí quando volto à gente começa o atendimento. O atendimento na manhã é cirúrgico num primeiro momento e a partir de umas dez e meia a gente entra com os curativos clínicos, que são as lesões ulceradas. A gente pára para o almoço e a tarde retoma com atendimento até no máximo umas três, três e meia, só paciente cirúrgico. Nesses intervalos às vezes também faz algum encaixe, paciente que tem dúvidas, fora do agendamento. A gente está sempre esclarecendo as coisas lá na sala de curativo. Tem também, toda a parte de ambulatório aqui no quarto andar: tem consulta de internação na sala nove invariavelmente. Tem dias que estou na consulta de internação, tem consulta pós-diagnóstica aqui, na sala 21 que é também atribuição nossa. O grupo de orientação para internação a gente faz todo dia, mais ou menos no horário de 11 às 11:30h. Conforme vão acabando as consultas da sala 21, a gente faz o grupo. A coordenação geral, está aqui coordenando, vendo em que sala, designando os técnicos, vendo esse fluxo geral, isso mais ou menos todo dia.

ü E o que significa isso para você?

Como assim? Trabalhar aqui no ambulatório?

ü Todo esse trabalho que você desenvolve o que significa para você?

É assim, eu sempre quis em toda a minha vida trabalhar em um sistema assim de diarista, trabalhar em uma área ambulatorial mesmo, porque fora isso só plantão mesmo. Então é uma coisa que para mim, eu não posso dizer que não estou realizada porque era o que sempre quis trabalhar, chegar de manhã e ter aquela rotina, mesmo que seja a semana inteira, isso não me importa, então eu trabalho com gosto porque é o que eu queria para minha vida, trabalhar como... e gosto muito de trabalhar com paciente ambulatorial. Não que paciente internado não mereça tanto, gosto também de trabalhar com paciente internado, mas trabalhar com ambulatório é sempre aquele fluxo, é mais dinâmico, você vê todo o fluxo também do paciente, eu gosto muito. Trabalhar em ambulatório e trabalhar como diarista foi uma coisa que eu sempre quis na minha vida. Eu trabalho tranquila assim... meio que ...

ü O que te move?

E o desejo, é a realização profissional, é a... sei lá! É o que eu sempre quis, busca de novos conhecimentos é você estar diante de situações diferentes a cada dia. Sei lá, acho que “tá no sangue”, você... o que move é vir para cá todo dia, é dar atenção ao paciente,

você estar ali podendo mudar o curso do tratamento dele as vezes com uma palavra que você faça, com uma atitude que você faz, a pessoa mais para frente quando te encontra diz “olha naquele momento você falou comigo de uma forma”... aí que você sente que o que te move é uma coisa é do teu interior. É chegar, falar e as coisas às vezes mudam o dia a dia, o curso do tratamento da pessoa, dependendo de um toque que você teve ou uma palavra de conforto, então é instinto! O que move é à vontade de trabalhar e de por em prática o que você sempre aprendeu, mas aprender é sempre tão básico que cada dia você vai crescendo tanto... na prática como no emocional. E também, cada coisa que você vai vivenciando; crescer não só tecnicamente, mas também na vida, ter uns certos olhares diferentes, aprender de repente a ser mais tolerante, ver a vida com outros olhos, eu acho.

ü E você acha muita diferença das atividades que desenvolveu antes e estas que desenvolve aqui no ambulatório?

Acho que não, acho que agora o principal é o cuidado direto com o paciente, então é o cuidado direto mesmo, não vejo nada que diferencie muito, apesar minha experiência direta era uma coisa muito burocrática que eu até fazia consulta de enfermagem e tudo, mas era tipo sala 21, pegava prontuário, conversava, anotava os dados. Agora a experiência direta aqui, teve o Hemorio... lá eu gostava muito também. Acho que o contato direto com o paciente é que tem agora mais de diferente do que eu fazia antes na pesquisa, são os procedimentos e as coisas mais... e eu aqui, pelo menos o diferencial aqui, que eu sinto aqui no HC III é que você tem uma autonomia muito maior, então você tem um poder de decisão muito maior, então isso é uma coisa que eu gosto muito, o local aqui (agora assim lá na sala de curativos) eu fico muito satisfeita de trabalhar lá porque é um lugar que você vê que suas atitudes mudam e que você vê que tem um canal tanto com o paciente e as vezes até com a equipe médica de discutir as coisas de melhor forma e você tem um certa autonomia e eu gosto muito de lá! Como diz a I., “é cachaça”!

v BRANCO

ü Me fale sobre o teu dia a dia no ambulatório.

Oh, aqui no ambulatório nós fazemos consultas com os pacientes, tiramos as dúvidas das pacientes, a partir das dúvidas... assim mais a partir das dúvidas deles que a gente esclarece as coisas, percebe também pacientes muito carentes, tanto com relação a informação quanto em relação aos cuidados mesmo. Então assim, é uma atividade que

requer muito da gente, a gente trabalha muito com o lado psicológico, a gente se dá muito aqui nas atividades do ambulatório.

ü O que significa isso para você?

Para mim significa muito, até porque eu nunca tive assim... é o primeiro contato que eu tenho com a parte de oncologia, então é muito importante ouvir, ouvir assim as experiências dos pacientes e a partir dessas experiências pegar até um pouquinho dessas coisas para mim também, para o meu dia a dia, a gente passa até a dar valor ... até dar mais valor a vida e as pequenas coisas.

ü E você já tinha trabalhado em ambulatório?

Não, só estágio mesmo, mas trabalhar mesmo é o primeiro contato.

ü Essa relação o que ela traz para você?

É uma experiência que eu tiro para a minha própria vida, escutar as histórias dos pacientes, poder orientar, ver que o paciente saiu da consulta mais tranquilo, às vezes ele chega ao curativo e fala assim “nossa!” uma paciente chegou para mim falou assim “nossa aquele dia da consulta eu estava tão nervosa, você foi tão calminha, me orientou tão bem que eu fiquei tão calma para a cirurgia”, isso aí me dá uma motivação muito grande para continuar aqui.

v VERMELHO

ü Me fale sobre o que você faz aqui no ambulatório do HC I.

Eu sou responsável, enfermeira responsável e líder do ambulatório. Do ambulatório, não do ambulatório como um todo, mas assim a parte clínica e cirúrgica. A parte clínica compreende onco e hemato, e a parte cirúrgica são as clínicas cirúrgicas: abdome, cabeça e pescoço, urologia, neurocirúrgica, plástica, tórax, toque e dermatologia que fica junto com toque. Então a parte que lidero são essas clínicas, porque tem a área ambulatorial de quimioterapia, de radioterapia, de ioterapia, mas não é liderado por mim, então lidero essas áreas, em algumas áreas tem enfermeiro, em outras não, a pouco tempo que a gente tem enfermeiro, que a gente tem conseguido alguns daqueles antigos que não estão mais

conseguindo produzindo tanto no andar, que vem de licenças médicas com restrições e aí elas vem para o ambulatório. O que eu faço basicamente é a parte gerencial mesmo de escala, de férias. Gerencial do dia-a-dia, de algum problema, de resolver junto ao funcionário. É basicamente gerencial que eu faço, basicamente não, é a parte gerencial, eu não tenho trabalho assistencial junto ao paciente, é de organização com o funcionário.

Ü E você realizando essas atividades, como você significa tudo o que você faz?

Eu acho que tudo no ambulatório deslança a partir do que a gente faz aqui, do que a gente decide, do que a gente vê como melhor. Eu acho que tudo vem a partir daqui e... mas eu sinto as vezes um trabalho ingrato, um trabalho difícil porque a gente trabalha com recursos humanos muito restrito, a gente às vezes se anima, faz planos de fazer alguma coisa aqui dentro para melhorar o atendimento e a gente não consegue levar a frente. Eu acho que a área ambulatorial é uma área pouco valorizada, é esse o meu sentimento, eu estou há dez anos aqui. Eu gerenciava ambulatório e emergência, os dois e depois eu fiquei muito cansada, esgotada e pedi para sair da emergência, tem cinco anos que só estou no ambulatório. Mas acho que o ambulatório é pouco valorizado, por exemplo, chegam recursos humanos, são distribuídos pelos andares mesmo, para o ambulatório, vem as pessoas (como eu falei no início) que já não contribuem tanto por restrições físicas, psíquicas, vai e vem das licenças médicas aí são mandadas para o ambulatório, porque a cultura da enfermagem ainda é que a área ambulatorial é uma área que se trabalha pouco, é uma área que não necessita de pessoas muito capazes, digamos assim, para estar aqui. Isso é muito frustrante, a gente vê que as pessoas não mudam essa mentalidade, a chefia mesmo acha minha chefia eu a adoro... H... a T.D., mas eu acho que elas pensam assim, eu acho que não é culpa delas, é uma culpa da enfermagem, é preciso estar aqui no ambulatório para ver a importância do ambulatório. Para mim o ambulatório é tudo dentro de uma instituição, é a porta de entrada porque o paciente recebe o diagnóstico aqui, eles vêm às primeiras vezes aqui, ele e uma família estressada. Ele vai para o andar quando ele tem que internar para fazer uma cirurgia, ele passa no máximo uma semana a dez dias, e depois ele retorna para o ambulatório e fica até o fim da vida no ambulatório ou até ele ter a alta. Hoje com as novas tecnologias, novas medicações, os nossos pacientes têm durado muito, então eles ficam anos voltando no ambulatório. Isso cria um vínculo muito forte, muito grande com a gente... aqui dentro, e infelizmente nós temos pessoas assim pouco preparadas, contando tempo para a aposentadoria; não porque elas querem ou são ruins, mas elas estão cansadas, elas já trabalharam vinte anos lá pelos andares, a noite e tudo e aí são encaminhadas para o ambulatório. Nunca que tem concurso, chega gente nova, nunca vem para o ambulatório, à prioridade é sempre o andar. Então é um trabalho difícil

por isso eu me sinto muito desmotivada... muito desmotivada e assim frustrada mesmo porque eu não consigo fazer muita coisa aqui, eu não consigo botar as coisas, as idéias que eu tenho de melhoria para frente.

ü O que você tem vontade de fazer como melhoria?

Como melhoria assim eu penso em fazer grupos de pacientes, que os enfermeiros tivessem nessa disponibilidade, esse tempo de fazer grupos com pacientes, de atendimentos de enfermagem, eu tenho um projeto que (ele está até aqui) projeto de implantação de uma sessão ambulatorial de enfermagem em oncologia. Meu sonho é que tivesse um ambulatório de enfermagem, como tem o ambulatório do Serviço Social, o ambulatório de Nutrição. Que tivessem um espaço onde ficassem enfermeiras atendendo toda a demanda ambulatorial, o médico atende, o paciente necessita disso, disso, ele encaminha para a Nutrição ou para o S. Social ou para a Enfermagem. Onde ali a gente faria os procedimentos curativos, administração de medicamentos, orientações, a consulta. Onde a gente fizesse tudo isso num espaço com consultórios dignos para um atendimento. Porque outro problema que a gente tem aqui é espaço, enfermagem não tem espaço, o ambulatório é médico, tem os consultórios médicos. Os médicos muitas vezes não querem saber de enfermeiras no lado deles não, eles querem um auxiliar no máximo que façam as coisas para eles ali.

ü Com as enfermeiras seria outra forma...

Eles querem alguém que atenda as necessidades imediatas deles, que chame um paciente, que muitos deles até hoje ainda não querem mais pegar o telefone e pedir a recepcionista para chamar pelo microfone, eles querem que a auxiliar vá a porta e grite pelo paciente, que organiza uma filinha na porta do consultório dele para o paciente ir entrando e agilizar a consulta, que organize os prontuários para ele, então para ele não interessa muito a enfermeira assim nesse sentido lá. Então eu acho que a gente tinha que ter um espaço que a gente ficasse e a gente atendesse a demanda espontânea ou encaminhada por outros profissionais para o atendimento. Era assim um projeto, foi para o SISPLAN, Drª W aprovou e tal, mas como sempre, não tem espaço físico para ser implementada. Seria uma coisa, uma idéia que poderia dar certo.

ü Hoje para implementação seria só ter o espaço físico para vocês?

Já teria aprovação, porque nos próprios ambulatórios o enfermeiro... nos ambulatórios que tem enfermeiro, eles não tem uma espaço de ele fazer uma consulta, ele fica no corredor, não sei se você já percebeu a enf^a R. fica no corredor, o enf^o E. também, ele não tem uma sala para atender, os consultórios já ficam muito ocupados durante um certo período, o ambulatório é pouco, é pequeno, foi projetado por alguém que não ... nunca pediu a opinião da gente do que é melhor, o que não é, a gente trabalha com muita dificuldade por causa da área física, entendo que é pequena, não tem muito o que se fazer mas se desse uma organizada, dava para se trabalhar com mais condições e a gente não trabalha em boas condições.

ü Hoje você trabalha com quantos enfermeiros nessa área que você lidera?

Hoje eu tenho dois na cabeça e pescoço, um na plástica, um no tórax, um no abdômen, um na neuro; oh já está quase completo! Um na neuro, um na clínica da dor, um na onco e hemato e uma lá no Resende, que é meu também, na sala de curativo da cabeça e pescoço. Na sala de curativo que fica lá no Resende.

ü Com toda essa dificuldade, o que faz você continuar nessas tentativas, nessas reformulações tudo isso que você está me contando.

Eu atribuo assim em primeiro lugar porque sou enfermeira, sempre fui uma pessoa que gosto muito da minha profissão, eu gosto de ser uma pessoa dinâmica, eu me acho, eu gosto de ver as coisas acontecerem, estar mudando e fazendo melhorias. Eu não sei vir trabalhar e sair de casa desmotivada, sair sem vontade, quando estou assim dou um jeito de mudar para que eu venha motivada porque eu acho que o trabalho é muito importante na vida da gente, tenho até discutido isso muito com as meninas por conta do meu projeto também, minha dissertação de mestrado, não é que eu ache o trabalho o mais importante, tenho tentado mudar isso, eu e minha família estão em primeiro lugar mas o trabalho é muito importante também. A gente passa muito tempo aqui, eu preciso vir bem de casa, vir motivada, vir feliz para não ficar doente, se você tem que sair de casa todo dia para aquele lugar, chega lá não consigo fazer nada, é muito chato, aí não dá para viver assim. Não sei se é o meu jeito de ser, cada um tem um jeito de tentar resolver, tentar melhorar, ter uma qualidade de vida melhor e eu acredito na enfermagem, eu acho que a gente... o paciente precisa da gente, é a gente que está aqui o tempo todo com ele, as 24 h., a gente é que dá aquela palavra de conforto, cuida. Um cuidado é muito próximo, muito íntimo. Então você precisa estar muito bem.

ü Como você vê esse cuidar do paciente?

É como ele chega aqui, como ele é recebido, como ele circula aqui dentro orientado, como ele é atendido, como ele realiza as necessidades dele de exames, de tudo que ele precisa fazer aqui dentro, de forma confortável. Eu vejo o meu cuidado assim, indiretamente assim, que ele chegue aqui bem orientado para andar nesses corredores atrás de exames. Tem o projeto da triagem, o projeto que é o acolhimento do paciente. O chegar à triagem, aquele primeiro momento dele ali, como ele vai ser recebido, o que ele espera encontrar aqui, o que ele vai encontrar. Dar mais conforto nesse sentido.

ü Esse projeto envolve o quê? Projeto da triagem.

Ele envolve uma enfermeira lá, para estar fazendo a consulta logo que ele for atendido na triagem e matriculado na instituição, ele tem um primeiro contato com a enfermeira onde ele seria realmente orientado de tudo, onde ele teria uma pessoa que ele pudesse voltar para tirar alguma dúvida, nesse sentido.

ü Hoje ainda não tem?

Não temos. Já até teve, mas por causa de licença médica. E aqui tem isso também, você começa uma coisa e aí as pessoas entram de licença médica, aí não tem como dar continuidade...

ü Nem reposição...

Não tem.

ü Aí você tem que esperar outra oportunidade...

Tem um grande número de funcionários aqui no ambulatório que estão vindo só cumprir carga horária, porque eles não tem condições de trabalho, eles tem uma quantidade de doenças que teriam de dar aposentadoria, só que dão aposentadoria não integral, aquela aposentadoria de 25 anos. Ninguém quer se aposentar com 25 anos depois de ter trabalhado vinte e tantos aqui dentro, aí realmente é complicado porque as pessoas estão doente, estão mais velhas, gastam uma fortuna com medicação, com tratamento, fisioterapia e aí fica complicado. Não querem se aposentar, pedem pelo “amor de deus” para voltar e voltam e me dizem: “não posso fazer nada. E aí vou colocar você aonde?”

ü Esse ambulatório iniciou com o hospital de Cancerologia como está descrito na agenda. Ele sempre existiu como porta de entrada do instituto para o atendimento médico. Houve alguma mudança que você tenha vivenciado?

Muita... muita mudança tanto da estrutura física, que foi feito a obra aqui, como também na enfermagem, antigamente não tinha recepcionista, não tinha maqueiro, não tinha administrativo no ambulatório; a enfermagem fazia tudo, absolutamente tudo: se tinha oitenta pacientes para ser atendidos naquele ambulatório, era a enfermagem que pegava os oitenta prontuários no arquivo, não sei quantos Raios Xs no arquivo de chapas. No tempo que cheguei aqui, não tinha nem carrinhos para elas carregarem, carregavam em uma sacola, esses sacolões de feira, aqueles prontuários pesadíssimos, Raios Xs e bandejas para esterilização, elas marcavam consultas ali no balcão, tudo... organizavam prontuário ... além disso tudo, faziam a parte de enfermagem que era o acompanhamento dos procedimentos médicos, os curativos, as retiradas, tudo que era feito pela enfermagem também. Então a enfermagem fazia tudo no ambulatório. Com a chegada desse pessoal de administrativo,... de maqueiro, de recepcionista para marcar consulta mudou muito, a enfermagem ficou mais com a parte da enfermagem mesmo, com os procedimentos de enfermagem. Ao mesmo tempo, aumentou muito a complexidade desses procedimentos no ambulatório, porquê antigamente o paciente internava para fazer uma medicação, para fazer algum procedimento, como não era feito no ambulatório, internava para fazer. Hoje muitos procedimentos são feitos no ambulatório, muita medicação é feita no ambulatório, a gente tem umas medicações na onco e hemato que o paciente vem dia sim, dia não e ele fica de 8 da manhã às 5 da tarde fazendo aquela medicação sendo acompanhados pela enfermagem ambulatorial. E muitos procedimentos hoje em dia são realizados no ambulatório, então aumentou essa complexidade, aumentou o número de pacientes, conforme eu falei no início, os pacientes não morrem logo, eles duram mais tempo, então eles ficam anos sendo acompanhados pelo ambulatório e acho que aumenta aí a carga de trabalho também.

ü Hoje você tem oito enfermeiros...

São dez ao todo com as duas lá do Resende, do curativo lá do Resende.

ü E todo esse grupo dentro dessa dinâmica de atendimento que a cada dia vai se apresentando com maior número, maior complexidade... Te agradeço e pediria a sugestão de quais ambulatórios poderia estar conversando com colegas ...

Na cabeça e pescoço tem a Ca. que está de férias e volta sexta-feira e a LD. está saindo e indo para o andar e descendo uma enfermeira do andar, que foi uma troca a U. que foi lá para sala de curativos. Na plástica tem o E. (o E. é desse concurso novo, não vai saber te falar muita coisa da história do ambulatório), tem a enf^a A.B. que está no Tórax, acho que você pode conversar com ela, com a enf^a C.D., a enf^a E.F., a enf^a Ca. é da onco e hemato, a enf^a da neuro, M., tem um mês que está aqui só, ela era também do andar da neuro, lá do sexto andar, tem um mês que ela está no ambulatório. Então você está vendo que o ambulatório está se organizando, a maioria é nova, está vindo do andar agora, entendeu? A K. também era do ambulatório e foi para o andar, mas voltou agora a um mês também. A J. está de férias, a R. você já conversou, a C. é uma pessoa boa de conversar, sexta-feira ela está aí de volta (não sei se ela vem sexta ou só na segunda); a A.B. ... porque são mais antigas e assim podem saber mais alguma coisa: Ca., A.B., E.F.. da onco e hemato também.

v CEREJA

ü Me fale do que você faz no ambulatório, o cuidado que você realiza no ambulatório no seu dia-a-dia;

Cuidado direto ao paciente?

ü Todo cuidado que você faz.

Eu costumo dividir as coisas, eu sempre brinco com o pessoal, bom a gente tem dois tipos de cuidado de enfermagem: um que direto ao paciente e ao familiar e outro que na verdade é relacionado ao ambiente onde nos prestamos esse cuidado. Então tem toda a coisa, o enfermeiro tem aquela coisa de está vendo se tem material disponível, se os equipamentos estão com bom funcionamento, se há iluminação adequada, se a ventilação é boa, se isso está funcionando, se tem água para beber, se o banheiro está limpo e funcionando, quer dizer, eu vejo que a gente faz isso diariamente. A gente não se restringe, por exemplo, como outras categorias a entrar, sentar no consultório, chamar o paciente e acabou, nós não fazemos só isso. A gente chega antes do horário de atender o primeiro paciente para dar tempo de checar isso tudo, faz pedido de medicamentos, faz pedidos de materiais de consumo, faz pedido de manutenção, checa tudo antes de começar a trabalhar. Eu acho que isso é um cuidado de enfermagem, ver se tem elementos da equipe em número suficiente para poder trabalhar se não tiver então a gente remaneja um daqui outro

dali. Eu acho que isso é um cuidado que a gente tem com o ambiente que a gente trabalha, mas visa na verdade o paciente, porque se tiver alguma coisa que não está caminhando direito, o paciente não poderá ser bem atendido, não vai ser atendido a tempo e a hora vai dizer assim. Então no final das contas, a gente pensa sempre naquele que é o nosso alvo, que é o nosso paciente. Diretamente com o paciente, eu vejo que no ambulatório o cuidado que cada um de nós... aplica, desenvolve, não sei como posso dizer, vai variar de acordo com a especialidade clínica ou cirúrgica. Então por exemplo, o paciente da cirurgia de cabeça e pescoço é um paciente que demanda muito tratamento de ferida, é um paciente que demanda muito manejo de estomas, e estomas variados, que a gente tem estomas para a alimentação, a gente tem estomas para a respiração, a gente não tem estomas de drenagem, mas são estomas até mais tão complicados quanto aos estomas de drenagem. E os pacientes do Tórax, por exemplo, eu não tenho esse tipo de demanda com ele, com ele eu já tenho a inaloterapia, com ele eu já tenho as drenagens de tórax, as torococenteses que a gente tem que ficar monitorando, com ele eu já tenho em termos de tratamento de feridas a gente têm basicamente só retirada de pontos. A não ser quando a gente tem alguém com pleurodese, então aí sim eu tenho manejo de um estoma para drenagem grande, complicado e tal, mas é raro a gente ter paciente com pleurodese, nos dias de hoje, por exemplo, a gente só tem três pacientes com pleurodese que vem aqui uma única vez no mês para apanhar material, já está orientado, já está educado então ele já cuida da sua pleurodese sozinho, pleurodese não eu estou falando errado, não é nada de pleurodese é pleurostomia. Bom, mas então quer dizer, são pacientes diferentes, eu vejo o seguinte: o que o enfermeiro faz? O enfermeiro faz aquele cuidado que é mais complexo, então um cateterismo transtumoral, um cateterismo em uma região anatômica que a gente sabe que está alterada por algum motivo, pode ser uma cirurgia, por uma radioterapia, então isso geralmente é a gente quem providencia, o tratamento de feridas hoje é mais com o enfermeiro, o nível médio faz sim naquelas clínicas que não tem enfermeiro e que a demanda para o curativo é muito alta, por exemplo no toque nós não temos hoje um enfermeiro lá e aí, quem faz a maioria dos curativos é uma técnica de enfermagem, mas uma pessoa que já faz há bastante tempo aquilo e que recebe assessoria da Comissão de Curativos. Então quando ela tem algo mais complicado, mais grave que ela identifica ela encaminha para a enfermeira de lá ou chama a enfermeira de lá para vir ao ambulatório. Então ela tem supervisão, não fica sozinha em relação a isso. E que mais, toda a parte de orientação e de educação dos familiares e do próprio paciente para o cuidado domiciliar, é feito com o enfermeiro. E quando não tem o enfermeiro para fazer, isto não está sendo feito, porque o técnico ele tem muita pouca noção realmente sobre o que deve ser dito ou não para o paciente. Ele não sabe avaliar a capacidade que aquele paciente ou aquele familiar, ou aquele cuidador vamos dizer assim, que o cuidador tem para assimilar a informação.

Quando ele presta esse tipo de cuidado, entre aspas, eu chamo de cuidado entre aspas porque não é feito na sua totalidade, mais ou menos, então quando ele faz alguma coisa desse tipo, ele faz mecanicamente, abre a boca e fala tudo que tem que falar,... se o sujeito tem necessidades cognitivas daquele familiar ou daquele paciente, e se depois checa se realmente se eles assimilaram aquilo e faz uma prescrição por escrito desses cuidados para que tenham para onde correr, que dá o número de telefone para eles em casa se quando tiverem dúvidas liguem e possam ter suas dúvidas resolvidas sem ter que vir até aqui. Então aquele cuidado que o enfermeiro tem em relação se o paciente ou se o familiar pode resolver... fazer aquele cuidado em casa, isso ele não tem (o técnico), isso eu não chamo, não digo que é a mesma coisa, o que eu digo é quando não tem o enfermeiro isso não está sendo feito; em alguns lugares o técnico sequer fala: olha a senhora tem que fazer isso ou aquilo em casa, não fala não.

Ü E me diz uma coisa, o que significa para você esse cuidado que você realiza no dia-a-dia do ambulatório enquanto enfermeira?

O que significa para mim, para o paciente, para todo mundo ?

Ü P'ra você.

Para mim eu digo que é tudo, eu digo sempre uma coisa entrevistadora, p'ra mim o enfermeiro que presta esse tipo de cuidado no ambulatório, ele imprime uma marca no paciente. Ele deixa uma marca no paciente que pode ser positiva, que pode ser negativa. Se for positiva você conseguiu que aquele paciente recupere a saúde como que mantenha o seu estado atual de saúde ou você conseguiu que não acontecesse alguma complicação, uma complicação qualquer se desenvolvesse. E você também conseguiu um pronto restabelecimento, quer dizer um restabelecimento da saúde ou da melhor condição de saúde possível, dentro de um prazo mínimo de tempo, é isso que eu quero dizer. Se for negativo, você não conseguiu nada disso, muito pelo contrário, provavelmente seu paciente teve que bater em várias outras portas, então aumentou a demanda de serviço até para outros profissionais que não tem nada haver. Geralmente quando o paciente tem uma complicação qualquer ele procura o médico, então aumentou o número de consultas extras, aumentou provavelmente a frequência da emergência porque ele teve alguma complicação. Esse é um paciente que não vai nem saber te identificar no ambulatório como a fulana de tal e enfermeira, você entendeu? Então quando eu digo que a gente é capaz de imprimir uma marca no corpo de alguém, eu acho que sim, no corpo e na mente. Eu acho que o enfermeiro faz isso. Então esse cuidado para mim no ambulatório é tudo, é tudo

entrevistadora. Porque é a porta de entrada do hospital e a porta de saída, é no ambulatório que o paciente permanece mais tempo com a enfermeira, não é na enfermaria. Na enfermaria ele interna como? Ele interna quando ele vai operar, ele interna quando ele tem uma complicação clínica grave, importante que tem que ser revertida com a internação, ele interna quando ele está fazendo o que? Alguns protocolos de quimioterapia, que exige que sejam monitorados mais a miúdo então, eles internam, mas aí é um curto período de tempo. Agora na enfermaria todos nós sabemos que ele vai ficar o mínimo de tempo, assim o indispensável para algum equilíbrio desse paciente ou para evitar alguma gravíssima complicação. Depois ele está aonde? Ele está no ambulatório. Então esse paciente é meu quando ele procura a instituição para abrir matrícula, tem uma suspeita de câncer ou já tem um câncer e aí foi encaminhado para cá ou procurou a gente espontaneamente, na maioria das vezes quem é que presta orientação, quem é que dá informação, quem é que faz o encaminhamento desse paciente? E o enfermeiro: é o enfermeiro que "não, não pera aí! Deixa eu ver os seus exames!" "Deixa ver os seus papéis", e o enfermeiro que senta lá e "ah! Não, olha só o seu médico disse que fez tal e tal exame em você, então ele está encaminhando você para fazer isso, isso e isso", quem vê isso é o enfermeiro, bom eu faço isso e vejo outros colegas fazerem. Outro então, esse ainda é um estado de pré-matrícula, agora matriculou, quem é que checa tudo do paciente para saber se faltou, se o médico encaminhou para a nutricionista ou se o paciente marcou a consulta com a nutricionista, se ele precisa de uma assistente social, se já tem que entrar com o psicólogo dando suporte, se está vindo a essas consultas, se ele não está, se ele precisa de algum esclarecimento com relação aos exames que ele vai fazer, é a gente que faz os curativos, é a gente que ensina como se cuidar em casa relacionado a absolutamente tudo, é a gente que vê medicação, é a gente que vê se o paciente não ficou perdido lá em uma fila de espera, não se deram conta, não cumpriu os exames ou de repente simplesmente não marcaram uma "mesa redonda" que vai decidir a vida daquele paciente, é a gente que fica checando se tem resultado de exames lá online disponível para o médico, porque a partir dali o médico vai tomar alguma atitude com o paciente, as vezes é a gente que vê se o paciente está em um estado muito avançado de doença, se não tem que conversar com o staff para o staff encaminhar para os cuidados paliativos ou se vai ainda complementar os exames para estadiamento da doença, se tem um protocolo experimental sendo feito então eu vejo assim: é tudo! É a gente que acompanha ele durante o tratamento como quimioterapia, radioterapia, nas consultas de controle, é a gente que ensina ele a eliminar fatores de risco, somos nós. "Mas você vive aonde? Ah eu vivo em um casebre assim e assado, na beirada de um valão não sei qual..."; é a gente que está ensinando a limpar a casa, a ficar livre dos mosquitos, é a gente que está ensinando ou encaminhando a alguma instituição que dê apoio, não é assim? É a gente... "oh você não pode fumar, não pode beber, então para isso

“você tem que fazer isso, isso e isso”, “eu posso te encaminhar para tal lugar, o posto de saúde tem isso”, “você tem que cuidar da pressão”, “você tem que cuidar da diabetes”, olha a mãe (aquela que está dodói) você encaminha. Eu acho que o nosso cuidado, embora a gente esteja inserida dentro do ambiente hospitalar (tudo bem que é ambulatório, mas a gente está dentro de uma instituição que é o próprio modelo biomédico), mas eu acho que o nosso cuidado com o paciente transcende os muros desse hospital, entendeu? Eu acho que quando a gente pega esse paciente, a gente está na verdade vendo tudo dele fora. Somos nós que estamos viabilizando que o tratamento dele dê certo. Quando eu pego um paciente e o paciente me diz “oh!... (um exemplo) eu moro muito longe, eu moro lá em Parati, eu não sei como fazer para estar aqui às oito horas”, quem é que está fazendo contato com a ambulância para saber que horas essa ambulância ou micro-ônibus pode trazer esse paciente para o hospital, se há condição dele chegar aqui até as oito e trinta, se não tem de jeito nenhum e o enfermeiro que está indo lá no laboratório: “fulano, você me faria um favor, senhor beltrano, esse paciente aqui, ele vai chegar aqui dia tal, mas ele só pode chegar tal hora, ce me dá aí uns tubinhos que eu colho, eu trago o sangue, você aceita? Você está aí esse dia?” Essa articulação quem faz é o enfermeiro, e essa coisa principalmente, entrevistadora, que eu não vejo escrita,entendeu? Como a gente pode chamar ... essa teia, essa articulação que é feita com os outros profissionais e que é praticamente uma coisa informal, extra oficial na maioria das vezes, quem é que faz? É o enfermeiro. Porque o que eu vejo é: os outros profissionais eles não se articulam assim, é o preto no branco com eles, é o que está escrito, é porque é a norma, é porque é o regulamento da casa, é ... aquilo está instituído e normalizado, se a gente pode falar assim, se é o termo correto, mas assim quem faz essa outra coisa de pular esse protocolo, pular o que é a norma para viabilizar o tratamento do paciente ou conforto do paciente (sei lá!) é o enfermeiro e, isso não pode estar escrito, como que eu vou escrever que faço isso? Você entendeu?

Ü Não. Pode me falar um pouco mais?

Não? No exemplo que eu dei, se eu vou até ao laboratório e peço para o meu colega técnico de laboratório, me dá uns tubinhos porque eu vou fazer a coleta do paciente que só poderá estar aqui às 9 horas da manhã, eu levo essa amostra de sangue para ele depois das nove horas da manhã e estou pedindo a ele para fazer a gentileza de aceitar. Quando eu estou isso, eu sei que estou burlando aquilo que é a norma e o meu colega também e eu estou me responsabilizando, inclusive por fazê-lo pular o que é norma, isso eu posso escrever?

Ü É complicado.

Ah! É aí que a gente fala “a gente faz tanta coisa, mas onde que está?!” Mas eu não posso dizer tudo isso.

ü O que move o enfermeiro a ter esse...

Solidariedade, empatia, respeito pelo próximo, amor pelo próximo, não é? É não é? Me emociona falar isso mas é, a gente não faz isso todo dia, toda hora, entrevistadora quanto sapo a gente não engole aqui dentro a ponto de sair daqui as vezes até meio adoecida para poder atender ao paciente. A gente não faz? Maluquice! Maluquice minha? Não! Não é um dom nosso? É. Se você perguntar para a maioria das pessoas que fazem enfermagem, você via ouvir (quando você busca coisa lá no fundo!), mas a maioria das vezes você vai ouvir vontade de ajudar alguém. É simplesmente isso, só que é tão simples que parece ridículo, mas não é o que move a gente? É, se eu não conheço aquela pessoa, eu não conheço, não tenho intimidade com ela, não tenho nenhum vínculo de amizade ou de parentesco com ela, o que me faz fazer isso por ela? ... É aí que eu concordo com M. L. na coisa de dizer que a enfermagem é sim uma prática social. É, quando eu faço isso eu estou pensando em quê? Eu estou pensando em seres humanos que são portadores de câncer e estão aqui procurando uma chance e eu me vejo no compromisso de proporcionar alguma coisa para ele.

ü E essa alguma coisa...

Não sei... alguma coisa que faça com que ele restabeleça a saúde ou pelo menos possa viver da melhor maneira possível, mas eu me vejo na obrigação de fazer isso, entendeu? Me vejo sim na obrigação de fazer. Você já imaginou essa clientela que a gente atende (eu sei... entrevistadora, eu sei que você conhece muitíssimo bem), esse povo é muito pobre, é muito desinformado, eles são tão sem chance... que quando eu vejo essa gente eu digo:”meu Deus do céu!” Então esse é um dos motivos, mas outro porque (não sei pode ser uma piração minha!) mas assim ... eu tenho a sensação que nenhum de nós caiu aqui à toa, eu acho que todas nós viemos aqui aprender alguma coisa. Tudo o que acontece no nosso dia-a-dia, você pode reparar é sempre um desafio. Todo dia dentro de um ambulatório você tem um desafio novo. Por que será? Para que eu possa aprender. São barreiras que a gente tem que aprender a transpor, são coisas que a gente tem que sublimar para não se colocar em primeiro lugar, é outro aprendizado que eu acho que a gente tem que fazer aqui, ”aprende querida! Você não é o centro do mundo, os outros existem e eles têm tanto valor

quanto você”; viemos aprender a não ter alto piedade aquela coisa” coitado de mim! Por que comigo?” “Querida olha p’ro lado! Olha p’ra fora, meu bem!” Então a gente vem para aprender a ser gente, praticar a solidariedade, vem para aprender a praticar o amor, vem para aprender a deixar de ser egoísta e olhar só para o próprio umbigo, a não ser pedante, a não ser prepotente. Então eu só vejo benefícios por estar aqui, é sofrido? É às vezes você tem que arrancar aquilo lá de dentro e aquilo dói, mas a gente precisa estar aqui, não é à toa que a gente está aqui não. Então a questão da prática social é verdade? É, mas também tem essa coisa do crescimento de cada um de nós, do crescimento pessoal de cada um de nós, tem... tem sim... não tem ninguém bonzinho aqui. Essa a minha impressão, nem eles nem nós, nós viemos para aprender a conviver, agora eu acho que um ambulatório em oncologia se distingue por quê? Porque é uma doença bastante grave, né entrevistadora? Ah você está falando aí em gente mutilada, mas tem gente mutilada em endocrinologia para quem atende diabético, tem gente mutilada para quem trata hanseníase, tem gente mutilada para quem trata de traumato - ortopedia (oh! Senhor é óbvio! É óbvio!). Também são doenças, também são acidentes, mas um câncer tem algo mais, o câncer nunca é uma doença só do portador. Não sei o que acontece com o câncer. Com câncer me parece e eu estou dizendo me parece porque eu nunca vi um estudo medindo isso, mas me parece que uma doença da unidade familiar ou de uma comunidade. É uma doença que move todos, é uma doença as vezes insidiosa, caprichosa, ela parece ser uma entidade a nos desafiar todo santo dia. Aí dizem: “ah! Você tem umas histórias... você tem umas coisas de “Zora Ionara”. Mas não é ser “Zora Ionara” não, mas é verdade cara, você não vê chegar assim em qualquer outro ambulatório como eles chegam aqui. Quer ver o pior dia para o paciente? É o dia que ele se matricula no hospital e descobre que está com câncer. Meu Deus, eu recebi outro dia um paciente que me encaminharam para eu fazer uma entrevista, para a pesquisa, entrou no protocolo de pesquisa, aí me encaminharam para fazer entrevista com ele. Nós, falei assim, nós estamos pedindo isso para todas as pessoas, no dia que elas se matriculam aqui, que é quando a gente tem certeza que ele vai fazer algum exame no nosso instituto, aí ele falou: “Ah, é? Eu estou matriculado aqui?” “Tá sim, srº Fulano.” O homem abaixou a cabeça em cima da minha mesa e começou a chorar. Eu sempre digo isso para eles, “gente, o pior dia na vida desse paciente é o dia que ele se matricula!” Porque da suspeita de ter alguma doença ruim, como eles chamam, da suspeita eles passam a ter certeza. Porque eles estão se matriculando aonde? No hospital do Câncer. Que é do Instituto Nacional de Câncer. Entendeu? Eles sabem, eles podem até negar mas eles sabem que é câncer que eles tem. Vários dizem: “agora eu não sei, minha vida toda vai mudar!” “Vai mudar porque menino? Você está inteirinho, você tá bem de saúde ainda, porque vai mudar? Seu estado físico não é ruim, você pode continuar com tudo que fazia antigamente.” “Não de jeito nenhum, agora provavelmente a minha vida vai acabar e vou

repensar um monte de coisas”. O câncer faz repensar toda a vida deles: pessoal, familiar e profissional.

ü E o enfermeiro, você acha que ele faz esse movimento também diante dessa realidade?

É assim, você diz no envolvimento com eles ajudando eles a transpor essa fase... se eu repenso a minha vida? Com certeza quando eu vejo. Com certeza, eu não sou mais como cheguei aqui, eu sou hoje muito diferente de quando eu cheguei aqui. Eu acho que hoje eu sou uma pessoa melhor, era uma pessoa com mais defeitos, vamos dizer assim. Eu acho que fui mais lapidada aqui dentro, eu era muito assim: as coisas tinham que ser, se $1 + 1$ será 2 sempre. Mentira, aqui que eu tive que aprender que $1 + 1$ de repente é um só, que $1 + 1$ pode ser 1,25 e daí eu tenho que me satisfazer com isso e está acabado. Isso foi o câncer que me ensinou. Foram as pessoas com câncer, o câncer não me ensinou coisa nenhuma, mas as pessoas com câncer me ensinaram realmente. Foi aqui que eu aprendi, eu sempre fui perfeccionista, eu sempre... perfeccionista assim não a ponto de ser uma psicose, mas por exemplo se eu estou nessa sala, eu quero que a sala esteja limpa, que as coisas estejam no lugar, que as coisas estejam todas nos conformes, eu não vejo porque alterar essa ordem. “Querida! Aqui não tem disso, a ordem será alterada sim.” Independentemente da minha vontade. E eu vou ter que estar plenamente de acordo com a ordem alterada das coisas, porque nem sempre ordem das coisas é importante para a vida não. Existem coisas mais importantes. Aprendi alguns outros valores como, por exemplo, a empatia tem que te acompanhar em todas as relações com outros seres humanos, se não for assim, querida, não vai. Entendeu? Eu acho que uma outra coisa que eu aprendi, eu estou em fase de aprendizado ainda, mas uma coisa que aprendi aqui é a questão da rejeição. Você que pensa que se fizer tudo que é necessário, que você pensa que é necessário para o outro, você vai satisfazer, entendeu? E em alguns momentos aquilo que você oferece e que você sabe que é o certo, o adequado, o suficiente, sei lá. Aquilo que você oferece pode ser rejeitado sim e você tem que entender o momento do outro, eu não sabia esperar, era impaciente demais. Eu aprendi a ser muito mais paciente hoje aqui dentro com o paciente. Eh, uma outra coisa que aprendi aqui, a coisa de ser indulgente. Eu não era uma pessoa indulgente, eu nunca perdoava o erro dos outros (ah! Nunca também não vamos exagerar!), mas eu perdoava muito pouco, hoje eu aprendi a fazer isso, muito... com muita frequência. Isso foi o paciente com câncer que me ensinou, sabe por que entrevistadora, a gente não é nada entrevistadora. A gente é um amontoado de células, cada uma com a sua função que tem um papel no mundo de fazer alguma coisa para o aprendizado ou para o desenvolvimento do outro e de si próprio, acho que é essa a missão

principal que a gente carrega quando vem para cá e a gente tem que lembrar disso, mas aí normalmente o que a gente pensa? Em ter alguma coisa, ter bens materiais, ter projeção profissional, ter sucesso na profissão e ser um profissional reconhecido, sei lá, ganhar dinheiro. Na verdade nada disso é tão importante quanto um negócio desses, o que você faz... a não ser repensar realmente sua própria vida. A gente não tem que aprender com eles? Tem. Hoje em dia eu trago a minha filha para o colégio e vou buscar minha filha no colégio e ela fica aqui dentro comigo até as quatro horas da tarde, pessoal diz “você é louca!”. Acontece entrevistadora, que eu não sei o dia de amanhã, eu vou aproveitar todos os minutos, segundos, milésimos de segundo que Deus puder me dar com ela. Eu não sei o que eu vou ter amanhã. E outra coisa, a gente fala assim “tudo é o diagnóstico precoce”, “a lesão quando identificada muito precocemente a gente sabe que tem cura”, isso é uma verdade? É só que nem sempre a lesão é identificada precocemente? E não estou falando daqueles que não podem, não tem acesso a serviço de saúde e é por esse motivo que não tem diagnóstico precoce. E eu to falando de gente que tem todo poder econômico na mão e, portanto diagnóstico precoce é o que mais ele poderia ser contemplado. E aí quando ele chega aqui com um tumor desse tamanho, quer dizer aquele tumor enorme e que não há mais nada o que fazer e ele não sentiu absolutamente nada e em um simples check-up da vida que ele foi fazer, aquilo apareceu e ele veio para cá e aí? Isso é o que? Não tem alguma coisa diferente em oncologia, é por isso que eu digo “gente, olha tem um negócio diferente”. Aqui tem um negócio diferente e outra se eu gosto do negócio de aprender com gente, aqui você vê que quem aceita bem a doença, está resignado com ela; quem aceita muito a doença, está resignado sim, mas diz “eu vou lutar enquanto der e vou ficar bom” e fica mesmo, tem aquele que diz “o que? eu estou doente? Adeus mundo! Adeus vida! Vou chutar o balde!, não quero saber mais nada, acabou tudo p’ra mim” e tem aquele outro que diz assim para mim “eu com câncer? Eu não tenho é nada, eu não tenho coisa nenhuma, eu não tenho nada”. Então você vai vendo enfrentamentos de vida eu aprendi aqui. Eu aprendi aqui, eu não sabia nada (eu então era uma boboca! Filha única, a minha família era desse tamanho, então eu não tive muito em quem me espelhar não, a não ser pai e mãe), e a vida fora de casa a me ensinar, então isso aqui para mim foi uma grande escola. Eu acho que isso aqui mexe muito com a gente, não é só com o paciente não, é com a gente mesmo. Hoje mesmo eu tendo uma atividade ligada a pesquisa, eu aproveito esse momento para conversar muito com os meus pacientes, sabe? No sentido de... eu aproveito esse momento da pesquisa para dar força para eles, para tirar da cabeça deles aquele mito (ou estigma, não sei) aquele paradigma que câncer é uma doença fatal e incurável. Eh, que a gente está aqui disposta a ajudar e que ele tem todo o direito do mundo de nos pedir ajuda, que não é um favor o que estamos fazendo também, para ele aprender a elevar o padrão de exigência, saber lutar pelas coisas, já ir estabelecendo algumas estratégias de

enfrentamento ao não que pode receber toda hora. Mas um não às vezes pode significar... uma perspectiva muito curta, não pode? Pode então eu aproveito esse momento para ensinar a ele como se virar aqui dentro, já digo “provavelmente você tem que fazer isso, isso e isso...” “E isso é assim, assim e assado, é desse jeito”... entendeu? “Então vamos escrever: aqui no ambulatório você pode procurar de 8 até as 4 horas da tarde, aqui nesse setor você é atendida mesmo sem consulta marcada, naquele ali não, você tem que procurar aquela pessoa primeiro senão você não passa para lá ”. Eu ensino para ele a regra do jogo, aproveito essa hora para fazer isso. O familiar: “olha, vai precisar sim” “E aí, você trabalha? Quando vier você tem direito de pegar isso aqui, é uma declaração de comparecimento, aí você tem abonado o número de horas que você ficou aqui”, “você é servidor público, pode ser que em um tal momento seja necessário você tirar uma licença para acompanhar ele durante o tratamento aqui”. “Olha tem a nossa assistente social, é com ela que você vai se informar disso, disso e disso”, “não você não está comendo? Está muito magrinho, está sem fome? Ah, então vamos lá na nutricionista, lá você vai aprender isso, aquilo ...”, entendeu? É a hora que você aproveita para fazer absolutamente tudo no paciente.

ü O que seria inicialmente consulta...

Que seria uma simples entrevista por causa de um protocolo de pesquisa, aproveito esse momento, e também não tenho espaço outro lugar para fazer isso, então eu faço onde eu posso fazer. Ah! Eu falo muito, por isso eu acho que falo muito com os pacientes e eles saem rindo... mas eu deixo eles falarem também coitados se eles não falarem não podem se articularem, ouvindo o que eles tem a dizer que a gente descobre uma porção de coisas. Uma vez tivemos um paciente assim: a sou pobrezinho e tal, mas ninguém sabia da vida deles, menina sentaram na minha mesa, p’ra que, eu descobri que eles eram catadores do lixão (aquele lixão que tem lá em Duque de Caxias!) eles eram catadores e moravam lá em uma casa de papelão e eles tinham vindo para o ambulatório naquele dia, abrir matrícula com a melhor roupa que eles encontraram no lixão (tu acredita nisso?!), gente (pelo amor de Deus!) você olhava para eles, você não dava não, vieram p’ra cá uma segunda ou terceira vez comigo sabe para que? Aprender a usar o nebulizador, vê se o nebulizador que acharam no lixão estava funcionando adequadamente, como podia fazer para fazer a desinfecção do nebulizador...

ü São realidades distintas...

A gente não tem noção, não vai adiantar? Claro que adianta, olha aí! Eles cataram o nebulizador no lixão peça por peça, ele montou peça por peça p'ra ela, a única coisa que eu dei para eles foi a máscara e o copinho de nebulizar, o resto ele catou tudo no lixão. E 'tava funcionando bem, tá?! Então não ia adiantar? Ia sim, porque se não fosse adiantar ele nem ia procurar esse negócio. Então pode ser "birutice" ou não, mas eu falo sim pelos cotovelos com eles. Eles podem fazer de mim o que quiserem também, não tô nem aí! Uma coisa é muito engraçada também, a gente vem para cá (não sei acontece com você, mas eu acho que sim), às vezes a gente vem para cá jururu, desanimada, aquele dia assim que você acordou e tudo que você queria na vida era não vir para cá, mas aí você vem. Cara, aí chega aqui, meu Deus do céu, a gente sai outra, esquece completamente,... porque eu hoje acordei assim? Olha, várias vezes me peguei assim, eu preciso do paciente, eu preciso do paciente e do familiar, eu confesso que eu preciso da energia deles. Eu não sei se é energia deles, é alguma coisa deles, eu preciso deles. Eu preciso. Acho que é por isso, mesmo hoje em dia com as limitações físicas que eu tenho e trabalhando com a coisa da pesquisa, que poderia não me envolver tanto com eles, eu faço questão de me envolver, eu preciso deles. P'rá mim eu encaro esse cuidado como um dever meu, como dever eu tenho que fazer pelo menos isso com eles. Sabe a coisa de tentar instilar esperança neles, se eles não tiverem esperança nada adianta. Nada adianta, entrevistadora! As coisas só acontecem com a gente quando a gente tem esperança, é a esperança que move tudo no nosso corpo e na nossa cabeça. É principalmente instilar esperança, para ele paciente e para o familiar... e para o familiar. É por isso que faço questão inclusive de atender a todos juntos, não tiro o paciente de dentro do consultório para falar só com o paciente, não faço isso não, tirar familiar para falar só com o paciente eu nunca faço. "Ele pode?", "Ele quer que ele fique com você?", "Tem mais alguém aí fora? "Tem, a senhora deixa?" Já ficamos no consultório com aquela penca de gente: a neta, a sobrinha, a esposa velhinha, a filha mais velha, a filha mais nova, o genro mais querido; já fiquei assim. Todos estavam ali na mesma sintonia em prol da recuperação da saúde daquele paciente. Então foi super legal conversar com eles assim, ele estava a vontade, estava se sentindo bem, aquilo era importante naquele momento para ele, porque quando você sabe que tem uma doença tão importante como essa, que não é impossível mas vai levar mais tempo o tratamento e tudo mais, você saber que conta com a sua família. Você quer todo mundo do seu lado, olha como é gratificante você ter uma família grande, uma prole extensa e está todo mundo ali envolvido com você. Quem sou eu para dizer que só pode entrar um, eu? Eu não vou fazer isso e outra, eles querem estar lá e estar lendo lá nas entrelinhas no modo como falo, como olho, como me movimento se ele tem chance ou não. Não é não? É.

A gente bate o olho no paciente, no corpo dele, o nosso olhar eu acho muitas... se a gente quer, sabe ler o que ele está pensando. Isso é o que, eu não sei o que é isso. A N. diz

que é porque a gente é bruxa, ela diz: “todas nós fomos bruxas e fomos queimadas na fogueira um dia e a gente continua aqui exorcizando nossos pecados.” Mas eu não sei se é isso, mas eu acho que os bons profissionais, tanto que os enfermeiros que são assim eles são mais reconhecidos, eles são mais queridos pelos pacientes. Eu acho que essa coisa de ter esse olhar abrangente, de ver tudo (ah, peraí, o que tem nessa perna hoje? Você está andando diferente, você está sozinho, cadê seu acompanhante? Você está “meio boro cocho”...), a gente não faz isso? (o paciente está lá fora, tá todo mundo com umas caras...) Às vezes ainda não vimos nada, mas bate o olho lá fora, percebe que está acontecendo algo e a gente tem que intervir. Essa coisa do enfermeiro eu chamo de Dom para ser enfermeiro, eu penso que isso é vital ser efetivo na terapia do paciente, na readaptação dele, na reabilitação, na manutenção da saúde. Eu tenho paciente que até hoje me procura, sem doença nenhuma, é muito engraçado (“Fulana! Homem de Deus que você está fazendo aqui, você já teve alta!” “Ah! Eu vim te ver... são uns fofoqueiros, eles sabem tudo de mim”), sabe o que é... olha que legal o cara virou até multiplicador, ele aprendeu tanto com você dentro da instituição (com você e com os demais, não é só com a gente) mas assim por ele ter aderido ao tratamento, ter sido participativo, colaborativo dentro do hospital, ele adquiriu a possibilidade de ser multiplicador, então ele está identificando prováveis suspeitas de uma doença, isso tem vários, vários. E pacientes casos de câncer na família e que trouxeram os seus familiares para falar comigo, para orientar a quem procurar, quem é que referenciava para cá, então o nosso trabalho aqui e essa maneira de ser do enfermeiro, eu acho que transcende, não tem muros, não tem fronteiras no cuidado, não tem. Eu tinha uma paciente que foi para o cuidado paliativo e ele disse assim para mim: (ele fez uma cirurgia grande, teve uma complicação naquela ferida, teve uma ferida grande, a ferida abriu, fez uma deiscência grande. E esse paciente morava em Friburgo, a gente fez muita amizade, ele foi um paciente muito difícil, foi muito rebelde, ele ficou muito chateado, achou que a cirurgia deu errado porque a deiscência cirúrgica era grande, mas eu consegui convencer ele e a irmã dele que precisavam vir aqui, ...ela foi treinada, aprendeu a fazer o curativo ...esse paciente apresentou recidiva... aí a coisa ficou muito grave e se disseminou e ele foi embora para o cuidado paliativo”) ele quando se despediu de mim, ele disse assim: “Eu vou para lá, sei porque estou indo para lá mas digo uma coisa para você, em todos os momentos que estou desesperado, que eu sinto dor, eu sinto a sua mão em mim”. Valeu o meu salário de anos aqui dentro, valeu mais que esse dinheiro que eu ganho aqui dentro. Vale você ouvir isso. Como eu também já ouvi “você é insuportável! [e muito insistente e chata!”, falou assim...”você tem que aprender o limite dos outros!” Ah que droga! Não sei fazer como ele queria, os caras tem o direito de escolher o que eles querem para ele. A coisa de ser, “eu sou profissional da saúde e sei o que é melhor para você”, “é ruim, hein!” A gente não sabe mas a gente fica tão desesperado,...a gente quer sempre resolver, talvez quem sabe seja

aquela coisa que a gente foi educado para curar, ... talvez seja da nossa formação acadêmica, pode ser... ou pode ser mania da gente mesmo, enfermeiro é bicho muito enxerido, se mete em tudo. A gente é enxerida, tudo que se descobre que ninguém viu antes, foi o dedo de quem que viu primeiro? O safado do enfermeiro. ...se não pode fazer nada, a gente dá um jeitinho de ir comendo pelas beiradas,... Isso é que me emociona muito, não sei o que faria se trabalhasse em outro lugar, mas talvez eu não tivesse aprendido tanto quanto aprendi aqui, ...eu preciso disso aqui, talvez eu precise mais de estar no ambulatório junto do doente do que o próprio doente precisar de mim, ele não sabe quem eu sou até eu botar a mão nele (se eu botar a mão nele, ele vai ficar viciado). Se ele não me conhecer, ele não vai sentir falta de mim, o médico para ele é tudo aqui dentro, ele vem procurar o médico, não vem procurar a enfermeira. Ele vem procurar a enfermeira depois que ele aprende o que o enfermeiro faz por ele, se enfermeiro fizer alguma coisa, se não fizer também não muda nada, larga de mão, não procura nunca mais. Se fizer alguma coisa ele volta sim,... ele se sente melhor, acha que você está fazendo alguma coisa, está resolvendo alguma coisa, aí ele vai te procurar. Caso contrário, não. ...Então eu acho isso legal, alguma coisa há de positivo, senão eles não voltavam para conversar. Eles vêm para conversar. Eles não me procuram porque querem um remédio, eles não me procuram porque precisam de um curativo, eu acho isso legal, eles me procuram porque eles querem conversar comigo. Aonde eu consigo isso?! Até parece que faz diferença... ah eu acho que a gente tem que fazer a diferença para eles. É obrigação nossa, é o nosso dever. Por isso que venho, ninguém consegue me tirar daqui. ...

v QUARTZO

ü Me fale o que você faz no ambulatório nesse cuidado diário que você faz.

Bom, eu trabalho aqui especificamente, no ambulatório de cabeça e pescoço em um hospital de oncologia, um trabalho que eu faço em que eu atendo os pacientes, alguns eu agendo, outros eu vou atendendo de acordo com a necessidade, eu faço curativo, passagem de sonda, troca de cânula, dou orientação às vezes para cirurgia, quando eu faço o curativo, orientação como cuida da ferida, como vai limpar lavar e fazer a manutenção, em relação a troca de cânula como ele vai limpar a cânula de traqueotomia, cuidar daquele estoma, quando passo a sonda faço o encaminhamento para nutrição para poder receber a dieta tudo direitinho, os frasquinhos que eles precisam, mas só que antes disso a gente orienta "oh a gente está passando uma sonda por conta disso", até questão de medicação mesmo que ele tem dúvidas, a gente também orienta, explica como é que tem que usar aquela

medicação. E atendimento em geral, eles vem aqui para tirar uma dúvida, ou está com um probleminha “ah queria falar com a enfermeira, é que apareceu um carocinho aqui, o que eu devo fazer?” Então a gente está sempre orientando esse paciente. É um trabalho de orientação, de educação para o cuidado, o auto cuidado, a higiene, para tudo que tem a ver em relação com a doença, a gente dá essa assistência, até porque na clínica que eu trabalho, de cabeça e pescoço, ele não visa só a parte do tumor, ele tem... e´um tumor de boca tem a higiene adequada da cavidade oral, às vezes o paciente vai fazer radioterapia, a gente tem que encaminhar para o lugar certo, tem que orientar o retorno dele depois para a gente poder estar vendo ele, observar a pele dele como é que está, que vai acontecer em relação a radioterapia e os efeitos colaterais. Então todo esse trabalho de orientação, vendo o paciente como um todo, não só para aquela partizinha do tumor, são infinitas coisas que a gente tem que observar da cabeça aos pés.

Ü E o que significa isso para você, quando você está atuando, cuidar daquele paciente no dia-a-dia?

Bom, eu sei que é um trabalho muito prazeroso para mim porque às vezes a gente trabalha e até tem uma rotina no dia-a-dia: você chegar de casa, trabalhar depois do trabalho ir para casa, existe aquela rotina, mas eu sei que quando eu chego aqui, vou fazer bem para alguém. É um trabalho que eu faço e sei que vou beneficiar alguém, no caso aqui o paciente da cabeça e pescoço oncológico, estou beneficiando em relação ao tratamento, meus atendimentos, em relação a esclarecer dúvidas, são pequenas dúvidas mas para eles são coisas, né? O paciente está recebendo a notícia de que está com um tumor, recebe e acha que já vai morrer aquilo ali é muito negativo para ele; então ele encontrar alguém que possa ajuda - lo, ver esse lado dele, esse cuidar dele é uma relação muito prazerosa, além de uma observação que queria fazer: a gente aqui no ambulatório tenta agilizar algum exame, encaixar em uma consulta o paciente está precisando muito, a gente tenta dar um jeito para ele poder sempre está sendo visto para melhorar a vida para ele. A consulta está marcada para muito mais longe, mas aí dou uma olhada, ligo para determinado setor e “não tem como antecipar?”, e a gente consegue até antecipar e isso procura atender mais rápido porque é muita gente. A cabeça e pescoço é uma clínica no hospital de oncologia, aqui no HC I, que mais atende pacientes em relação a cirurgias e ambulatório, são uma média de 60 consultas por dia..70, quer dizer muita coisa, fora as extras que a gente atende também. Então é um trabalho muito enriquecedor porque a gente está ajudando esse paciente mesmo a agilizar o tratamento dele, orientá-lo, educá-lo em relação ao autocuidado, então é um prazer muito grande, sei que sou útil, faço um trabalho de utilidade mesmo para as pessoas.

ü O que te move a atuar assim cuidando nesse momento com o paciente, olhando para ele nesse cotidiano?

Eu sempre gostei de trabalhar em hospital e cuidar das pessoas, eu sempre gostei. Só que ao me formar não bem sabia para onde eu ia, desde a minha formação, a uns 6 ou 7 anos, eu sempre trabalhei com oncologia, paciente oncológico, então me acostumei a trabalhar com eles e então as pessoas falavam assim” ah você trabalha no hospital do câncer, nossa! Coitada!”, sempre aquele estigma e eu falo “isso aí não concordo, é uma benção”, então o que me move a fazer isso é o gostar de cuidar da pessoa, gostar de cuidar do paciente e saber que ele está feliz com o meu cuidado. Tanto que o resultado está aí, às vezes a gente ganha presente, é caneta, é bombom, é bala, é um monte de coisas que eles trazem para você, até coisas mais caras como um perfume, um sabonete porque eles sentem bem acolhidos, bem tratados. Então não é um cuidar bem para ganhar presente, isso aí é uma consequência, é a consequência do bom cuidado, mas o que move essa vontade de ajudar, de querer ver o paciente bem, a gente tem que se colocar do outro, se você que estivesse ali, não queria ser bem atendida? Pôxa também sou ser humano, também de vez em quando fico doente, tenho pais doentes e de vez em quando tem que ir para o hospital, então eu sinto a diferença de quando a pessoa é bem atendida quando não é, então a gente sabe que quando se coloca no lugar de paciente, a gente sabe que para gente é também importante uma orientação, a pessoa estar sempre do nosso lado se preocupando com a gente, mas você não cria um vínculo que ... não que vai estar ali com a pessoa pelo resto da vida, para sempre; mas naquele momento você dá aquela atenção que ela precisa, voltando para a necessidade dela. Então o que me move é isso, aquela vontade de cuidar, o carinho, me preocupa com eles mesmo assim de estar ali junto vendo como está naquele momento, como é que a gente pode resolver melhor para você, sorri para eles, dar um abraço, isso é muito bom. O que me move é isso essa vontade de ver o paciente bem, bem cuidado.

ü Se você fosse explicar para mim o que é o cuidar, o cuidar que você realiza, como você poderia me explicar?

O meu cuidar?

ü É.

Cuidar para mim nesse caso, independente do tipo de doença que o paciente venha a ter, independente do grau de comprometimento que o câncer pode vir estar trazendo para esse paciente, o cuidar para mim é fazer com que ele se sinta bem naquele estado que... no estado que ele se encontra, que possa sentir bem estar, que ele não sinta dor, que ele possa ter uma boa assistência, que ele tenha condições de ter um ... seja bem orientado, tenha condições de fazer um bom curativo, tenha condições de realizar ... às vezes não tem condições de realizar o autocuidado mas tem uma pessoa que possa cuidar dele, a gente se volta muito para o acompanhante, tem que fazer isso também, né? Então o meu cuidar é isso, é visar o bem estar desse cliente, esse é o conceito de cuidar para mim, utilizando o que eu sei, os meus conhecimentos e orientando ele para aquela necessidade dele.

ü O que isto (este cuidar) significa para você?

Acho que é bem estar para mim também, uma vez eu falei isso para uns colegas de trabalho, eu graças a Deus, as vezes você vê certo tipo de pessoa que não tem aquele cuidado que você tem, um atendimento diferente, o paciente vem reclamando, mas aí você fala “ah! Eu posso ter todos os defeitos do mundo mas graças a Deus eu durmo com a minha cabeça tranqüila no travesseiro porque eu sei que fiz boas ações no dia e os meus pacientes que passaram por mim estão felizes. Então isso são ... um conceito que eu tenho assim na minha cabeça e um significado para mim, essa consciência que tenho de que fiz o meu papel. Não só por fazer, eu vim aqui trabalhar e ser só uma coisa mecânica, mas que ... não dá para ser mecânico, cada paciente tem sua particularidade, cada um vem com sua necessidade, as vezes é o mesmo tipo de curativo mas tem que ver o prazo de atendimento dele, o paciente e do familiar, você tem que explicar de formas diferentes, então é bom que não tem rotina aqui, a rotina é só de acordar cedo para trabalhar e de cumprir o horário aqui, mas a rotina de cuidado é totalmente diferente de um para o outro. Às vezes tem paciente que vem aqui procurar você só para conversar, as vezes o pessoal brinca aqui comigo “nossa, enfermeira, está vindo aqui só por causa de você! Só porque você está aqui!” Aí eu vou, “tá bom!” Aí vou lá, mas a gente sabe que para eles é importante isso. E isso para mim é realização como profissional, sei que estou fazendo o bem para alguém, claro que na nossa profissão tem a parte de quem admiti, quem supervisiona, cada um tem o seu papel e é importante para o trabalho, mas eu me sinto bem, me encaixo bem no cuidado por causa das clientes que me realiza profissionalmente, saber que eles estão bem na condição deles, independente do tipo de tumor, do tamanho do tumor, se ele está p’ra ... p’ra ... está assim num período muito avançado, assim em um estágio muito avançado, mas é o bem estar deles naquele momento, né? Isso que é importante.

- ü Tem mais alguma coisa que você gostaria de acrescentar em relação ao que a gente conversou?

Acho que... assim a entrevista foi bem complexa, suas perguntas foram muito boas, as respostas foram bastante longas; acho que acima de tudo o objetivo que a gente tem que ter assim o cuidado ao cliente, seja no ambulatório ou na enfermaria, qual o setor que seja, mas a gente sempre buscar a qualidade de vida para esse doente, dentro da realidade dele, eu sei que a instituição que eu trabalho é uma instituição que em relação a recursos assim... material ...a gente tem uma disponibilidade boa. Eu sei que é difícil às vezes consegui, às vezes a gente não tem muito recurso, mas dentro da realidade dele, no mínimo que a gente possa ter ali, possa proporcionar uma qualidade boa é a satisfação para aquele cliente, um bem estar para ele.

- ü Você vê alguma diferença quando você cuida no ambulatório de quando você cuida na enfermaria, aproveitando que você tem essas duas experiências.

Eu acho que o cuidado assim do ambulatório... não é que o paciente seja mais solto, mas você conheça mais ele, mas na enfermaria ele fica mais preso, ele vive mais as rédeas ali, ele tem hora para comer, hora para o remédio, então ele fica muito ali, horário para tomar banho, é muito assim... é regradinho, então você fica e não “rola”. Pela consulta de enfermagem que você pode realizar, a gente realiza aqui, a gente tem mais espaço para ficar frente a frente com ele em um espaço privado que você pode conversar a vontade, você pode dar as dicas para ele, interagir bem, então você tem um pouco mais de liberdade. Porque na enfermaria são muitos leitos, você tem que fazer as rotinas administrativas e às vezes não dá aquela atenção que ele precisa, não que você não dê, isso depende de cada um, mas assim claro dar um pouco de atenção, fazer algum procedimento, explicar os procedimentos, tem que conversar com ele, mas você tem ele e mais não sei ... vinte, trinta para dar atenção. Ali não é só você ele naquele momento, acho que até conhece mais o paciente no ambulatório, eles vem aqui. Quando estão internados eles vivem a base de regras e quando vem no ambulatório não, eles vêm soltos, vem de casa, depois vai voltar para casa dele. Então que você tem... acho que o contato, não é que seja melhor, mas você tem um pouco mais de tempo, tempo assim depende também as vezes você tem muitas consultas para fazer e tem que saber regerar aquele tempo mas você pode agendar uma consulta (“olha você não quer vir aqui?”) na enfermaria quando ele vai embora, foi embora e só vai voltar se houver complicação, então você não tem como acompanhar aquele paciente. No ambulatório você pode acompanha – lo, ele ali foi embora, mas você tem como

acompanha - lo e agendar a consulta e ele pode voltar para a consulta que você agendou. Então você tem esse acompanhamento, acho que esse acompanhamento do dia-a-dia até para saber se o seu trabalho teve um bom resultado, se não teve: eu faço um curativo hoje, oriento, “mando” ele voltar daqui a uma semana, eu posso saber se ele está fazendo direitinho ou não, posso acompanhá-lo. Na enfermaria eu fiz o curativo, ele vai para casa, ele teve alta, mas aí ele vai ter outra pessoa que vai cuidar dele, não na enfermaria ali, ele já passou o seu período ali, a gente vive mais as rotinas dali a serem cumpridas.

ü Obrigada

v MARROM

ü Qual o significado do cuidar no cotidiano do ambulatório, desse dia - a – dia do ambulatório do HC II?

Olha o significado do cuidar... eu não tenho experiência em ambulatório, eu comecei aqui em setembro de 2006 e tinha até então, desde que me formei (anos), uma visão completamente diferente que estou aprendendo aqui no INCA. Venho de uma instituição que nos também temos ambulatório e eu acho um absurdo ter cinco enfermeiras no ambulatório na escala de lá, que eu na valorizava o serviço nesse ambulatório. E quando eu cheguei aqui eu vi que a minha visão era completamente errada. Eu também não sei dizer se eles desenvolvem um trabalho tão bonito como desenvolvem aqui. Mas quando eu entrei aqui, eu pude perceber que eu estava errada, entre aspas, e que eu não esperava que tivesse tanta atividade de enfermagem no ambulatório e de tanta importância. Porque aqui a gente orienta as pessoas no pré e na pós radioterapia, são dadas aulas, são feitas entrevistas, a gente faz os testes de resíduo, a gente está tentando ver de que maneira pode-se melhorar isso aí, têm os atendimentos assistenciais no pós-cirúrgico, todos os pacientes passam por nós, tem o tratamento de feridas, então é uma gama de atividades. Observo também aqui é a integração da equipe da enfermagem, da integração da equipe de fisioterapeutas, equipe médica é muito grande e realmente as atividades que se desenvolvem ali no ambulatório de curativo, que a gente faz, é valorizada por essas equipes. O que eu não imaginava, entendeu? Porque a visão que eu tenho lá de fora é completamente diferente do que se desenvolve aqui. Eu acho que a enfermagem aqui galgou um espaço muito bom, são valorizados, os médicos solicitam a gente, eles procuram a gente, eles encaminham p'ra. gente, p'ra. gente atender, acreditam e confiam no que é desenvolvido ali dentro, sabe? Vem à questão da humanização, lá a gente infelizmente

ainda não... se põe isso em prática e aqui estou assim aprendendo o que é humanização. A gente não vê, não fala, não sabe lá fora e aqui, a gente pelo menos tenta. a gente não sabe se consegue, mas pelo menos tenta desenvolver. É um tipo de paciente que eu também não tinha experiência, eu sempre trabalhei com paciente cirúrgico, de CTI, mas nunca com paciente oncológico. É claro que acontecia de aparecer um paciente oncológico no fluxo das cirurgias, mas não o tipo de cirurgia que se desenvolve aqui, mais específico, tudo muito mais específico para oncologia. E eu me sinto encantada aqui com o trabalho desenvolvido.

ü Qual significado que você dá a sua prática diária?

Eu acho... eu dou valor a isso, porque você vê a gratificação do paciente, como ele te agradece pelo atendimento, pelo carinho, pelo atendimento prestado. Eu acho que eu não tinha assim, eu fazia meus curativos cirúrgicos lá, mas não com tanto recurso como aqui tem, não com tanta diversidade de coberturas, isso está sendo bom p'ra mim, eu estou sentindo necessidade de aprimorar nessa área que a gente faz mais curativo nem tão específico como aqui. Então a gente desenvolve, todos estão desenvolvendo técnicas novas aqui dentro e acho que por uma parte é muito bom profissionalmente, você está aprendendo, estar desenvolvendo, buscando fazer cursos, congressos, para aperfeiçoar aquela área ali, eu não sabia nem que existia o teste de resíduo, eu nunca tinha visto lá fora, então agora a gente está buscando o quê que é isso, porque se faz, quando se faz, de que maneira se pode aprimorar, isso é que a A.P. quer desenvolver em 2007. Então é o aperfeiçoar profissional, é você executar, p'ra mim está sendo muito bom, novas técnicas, novas teorias, e o reconhecimento do próprio paciente, é isso que gratifica a gente como profissional, o paciente chegar como que nem hoje a paciente chegou e falou assim "olha, meu marido está encantado com vocês aqui dentro, como vocês cuidam da gente, como carinho com que se cuida do paciente, é as orientações" que a gente dá, é o marido que não conhece a gente, só ela que entra aqui, está encantado com o serviço que se desenvolve, entendeu? Acho que isso é o cuidar do paciente, é dar atenção, é o toque mesmo. Eu estava falando esses dias com as residentes "a gente tem que tocar chegar próximo dele", ele já está tão debilitado e aí ele se sente abraçado, aquele aconchego, entendeu? A gente tenta desenvolver aqui até mesmo pela doença é um paciente mais... que necessita de mais de carinho, de cuidado, é uma outra... não é uma hérnia que estou recuperando, não uma vesícula, é muito diferente. E acho que, graças a Deus até hoje, tem o quê cinco meses que estou aqui, para mim está sendo muito bom, estou aprendendo técnicas novas, desenvolvendo (eu não sabia que isso existia), vim aprender a finalidade do teste de resíduo, você explica, você fala, você orienta e ela sae daqui assim, não é contente porque vai sair com uma sonda, mas saem contente com as atividades que desenvolvem aqui,

ainda não vi, tirando o INCA, deixando o INCA assim de fora, não vejo isso em outros hospitais e a gente ... e eu percebo que a A.P. está aqui a mais tempo, como os pacientes procuram o serviço Da A.P. aqui. Eles podem estar no hospital que eles vêm procurar a A.P. p'ra qualquer coisa, "A.P. estou disso! A.P resolve p'ra mim! A.P. eu não sei o quê!" Então eu acho que é porque eles são bem recebidos aqui, o carinho... tudo que a gente tenta, que a A.P. tenta desenvolver e fazer por eles aqui, a procura é muito grande, não só para fazer um curativo, mas para resolver qualquer problema.

ü E como é que você está se sentindo aqui, como você está integrando nesse universo de agora, é pouco tempo, mas já está integrada, né?

Eu acho que me adaptei, bem, eu acho que elas que tem que me avaliar, mas acho eu como pessoas acham que me adaptei bem, e p'ra mim está sendo muito bom, esse o contato, o paciente vem hoje e ele tem que voltar depois de amanhã, não é um paciente que você perde por aí, você um dia e "até logo!" e vai embora. E quando você trabalha, vamos supor, trabalha em cirurgia geral ele opera e diz "tchau!" E eu nunca mais sei dele, ele vai para o ambulatório, ele vai para o médico, tira ponto e a gente... quando a gente se encontra já nem lembra da senhora. Mas aqui não, aqui o retorno é muito próximo, sabe? Eu não sei se também o hospital é pequeno e quando eles chegam à emergência eles vem aqui, eles fazem questão de vir aqui procurar a gente "olha, minha mãe, minha tia está na emergência, dá um pulinho lá, ela internou...". Então se eles não fossem tão bem recebidos aqui, eu acho que eles passariam pela emergência, internariam e não dariam um retorno para gente, sabe? P'ra mim está sendo muito bom, mais pela parte de humanização, eu estou aprendendo isso aqui dentro. É a patologia em si, p'ra está sendo muito bom, passar pelo ambulatório é uma visão completamente diferente do que eu tinha, eu não sabia, eu não imaginava que se desenvolvesse aqui tanta coisa como enfermagem. Porque a visão que gente tem do ambulatório é a do médico, o médico faz a consulta, a técnica põe o paciente na cama, tira o paciente da cama, vai... vai e tum!, foi embora e você nem toca no paciente. Mas aqui é diferente, quando ele opera, não retorna para o médico. Ele retorna primeiro para enfermagem, para retirada de pontos, para curativos, para ver sonda, para ver drenos e a enfermagem... e daqui a pouco ele vai, e claro que tem que voltar para o médico para a consulta em 30 dias, mas antes com 10 dias, 15 dias, com 20 dias, ele fica vindo aqui. E a gente tenta... o médico é aqui pertinho, está com alguma dificuldade vai ali e a gente resolve, ah! se solicita exame, você tem muito mais é autonomia frente ao paciente que você tem, acredito que tenha, por aí a fora em outros ambulatórios. Aqui...

ü E o que você acha disso?

É um trabalho conquistado, né? Eu acho que não deve ter sido fácil criar esse espaço, criar esse ambulatório de curativo, quem criou deve ter... tem que ter embasamento teórico-científico, tem que saber porque está fazendo aquilo, mostrar o serviço que você faz perante as outras equipes e principalmente buscar ser valorizada. Eu acho que quem iniciou esse trabalho bonito aí, realmente conseguiu objetivo, alcançou o objetivo, até a emergência chama a gente p'ra atender lá. Todo mundo procura, todo mundo procura esse ambulatório. Eu acho que foi um trabalho aí que desenvolveram, deve ter levado anos a fio para conquistar esse espaço. A gente só vê a enfermagem perdendo, né? Perde espaço p'ra cá, perde espaço p'ra lá! Mas aqui é diferente isso é diferente, aqui ela conquistou esse espaço.

ü Um espaço que parece contar com uma equipe ...

Isso em qualquer lugar, não necessariamente no ambulatório, pode ser qualquer lugar. Se não vestir a camisa, não se sentir bem em determinado setor, o seu serviço não rende. ... Primeiro e, p'ra mim são cirurgias novas como vulvectomia, que não via. Lá fora aparece um tumor de ovário, um tumor de colo de útero, abre, às vezes abre e fecha, não fazem com tanta técnica, com tanto...

ü Essa forma de trabalho que você está conhecendo aqui, você acha que é por que é um ambulatório oncológico?

A minha experiência lá fora e não tenho em ambulatório e não também tenho em oncologia, embora já tenha cuidado de paciente oncológico, mas de outra maneira. Eu acho que por ser um ambulatório aqui do INCA e só tem isso, você não vê outra coisa aqui dentro, aí muda tudo. Muda as cirurgias, cirurgia que a gente nunca ouviu falar aqui acontece, a maneira de tratar, os tipos de tratamentos, tipos de atividades que a enfermagem desenvolve, palestra p'ra isso, palestra p'ra aquilo. Eu não sei se lá fora, quando você vai a um consultório particular, descobre que está com câncer de colo de útero, " eu vou te indicar um tratamento radio-químio", a enfermagem (eu não sei como é que é) a enfermagem vai e marca? Eu não sei como é que é você passa por esse processo que passa aqui dentro?

ü Não sei.

Entendeu? Eu acho que ele não faz. Eu acho. É a atenção, a atenção é fundamental! Você orienta.

ü Fundamental como?

Eu acho que o paciente se sente mais tranquilo e mais preparado para enfrentar, do que você chegar e ir direto para um tratamento sem saber o que é a radio vai causar, quais os cuidados que tem que ter. Aqui não, tem folder p'ra isso, grupo p'ra aquilo, é muita orientação que você recebe.

ü Você acredita que é necessário?

Ah eu acho! Para o paciente e para a família. A família vem, a família vem às palestras, acompanha o paciente, ligam p'ra gente, mesmo você dando folder explicativo... tudo, eles ligam e tiram dúvidas com a gente. E lá fora, ligam p'ra quem? Não sei. Não sei se em uma clínica de radioterapia você tem tudo isso, não sei te dizer. Então p'ra mim está sendo muito diferente, porque aquele paciente oncológico que eu recebia lá, "ah deu positivo, vamos encaminhar..." ele sai do setor, é encaminhado diretamente para quimioterapia e vai o hospital e eu não sei mais notícias dele. Será que ele é orientado, não é, pelo menos na minha instituição. Ele não tem essa explicação, folder explicativo, toda essa orientação, todo esse trabalho que se faz. Ele vai e faz. Então eu acho que o paciente tem que estar preparado para saber o que ele vai passar, ele tem o direito de saber o que ele tem, tem que estar preparado se acontecer isso, a câmbra na perna isso é normal não vou me apavorar, ele sai daqui sabendo tudo nas nossas palestras, o que ele tiver é normal, ou vir a sentir-se mal vir à emergência, sai daqui com todas as explicações, acho que isso é um ponto muito bom, acho que por isso a procura a instituição é muito grande também. Acho que todo mundo gostaria de tratar assim, eu se tiver um dia algum problema desse, eu gostaria de vir p'ra cá, eu sempre falei isso, embora eu tenha meu plano de saúde e outras oportunidades, mas acho que aqui é realmente um hospital de ponta com um serviço muito bonito desenvolvido no ambulatório, acredito que seja nos andares, não tenho experiência nos andares, mas pelo o que eu observo também é um trabalho diferenciado que envolve todas as profissões. Você tem palestra com a nutrição, com as psicólogas, o paciente já sai daqui com tudo agendado, o apoio psicológico que é muito importante, será que lá fora ele tem isso? É um hospital realmente especializado e isso tudo dá ao paciente o apoio que ele precisa e a família também, pois a família fica abalada e se vê seu paciente tão bem cuidado, tão bem tratado, tão bem orientado como é aqui dentro, pelo menos p'ra mim está sendo até hoje, acho que é um diferencial muito importante, muito significativo. ..se eu fui claro ...

ü Te agradeço muito ter respondido a pesquisa ...

Eu não posso te ajudar muito porque não é assim a minha praia, né?

ü Mas você me ajudou muito!

É, mas se fosse p'ra falar de outras coisas, mas oncologia p'ra mim é coisa nova. Estou aprendendo muito aqui, até encima de mama, até isso! A gente aprende.

ü As diferenças são parecidas...

É muito especializado, muito... a gente não vê, quando fiz faculdade não tinha, não sei se hoje já tem cadeira de oncologia.

ü Algumas têm como eletivas.

Esse negócio que o INCA tem de clínica ampliada, mesa redonda, são tantas atividades para interagir as equipes, não tem distinção do médico (cala boca, deixa eu falar enfermeira!) eles escutam, interrompem, sabe? Assim em uma harmonia, basta olhar fundo, uma harmonia muito grande, quem dera que nos hospitais por aí a fora... tivessem um momento desse, como falei as pessoas ficam em pé, não tem onde sentar, mas todo mundo vai, p'ra discutir um tratamento, p'ra o quê pode melhorar p'ra o paciente ... esses dias participei de um que a filha da paciente estava presente e escutou todo mundo, desde o relato da paciente desde que entrou aqui, que aconteceu com ela, onde é que poderia melhorar, ah! Tem que chamar... vamos chamar então o psiquiatra p'ra dar uma ajuda nela pois ela está meio deprimida. Quem dera que todos os outros lugares tivessem esse tipo de acolhimento, essa preocupação que o INCA tem. Eu acho que p'ra mim... eu gostaria de continuar aqui aprendendo ainda mas caso contrário tenho que sair, eu sou temporário, né?

v CORAL

ü Qual o significado do cuidado que você faz no ambulatório, p'ra você enquanto enfermeira na sua prática?

Olha, o cuidado que a gente faz é um cuidado assim bem amplo, como eu já tinha falado com você. Um cuidado que você direciona em várias partes esse doente, ele tem vários

caminhos conosco e ele acaba tendo essa ligação até um pouco maior que no próprio andar, né? Porque como... ele passa mais tempo ambulatorial, então tem esse trabalho, essa coisa ... a visão que ele tem uma ligação maior com a enfermagem. E é um trabalho assim bem amplo, precisa-se trabalhar mais, ainda está muito... muito ainda cru, precisa-se avaliar mais, até porque pela visão que as pessoas têm de que o ambulatório é uma coisa tranqüila e tal, não tem muito funcionário, não tem muito enfermeiro. Então ele precisa ser melhorado nesse ponto de você ter um consultório para fazer as consultas de enfermagem, é uma coisa que aprendi na faculdade... que tem a consulta de enfermagem mas que muitas vezes outros profissionais não entendem que é a enfermagem. Por que ela vai fazer consulta de enfermagem, para que ela faz? Qual o objetivo disso? E até mesmo colocar isso em pesquisa, jogar isso na pesquisa para que outros profissionais entendam que a gente pode modificar todo essa... esse fluxo desse paciente e melhorar muito. A gente tem: consultas (aqui né?), de radio... o paciente chega à consulta de uma maneira na consulta e quando ele sai, ele sai de outra, com outra visão, tem primeiro a palestra, depois tem a consulta. Então ele sai com outra visão porque são passadas as informações, aquelas dúvidazinhas, porque a própria doença, o próprio câncer... o câncer deixa que qualquer uma dorzinha na ponta do pé ... a dor na cabeça também é relacionado como doença, é o tumor que está crescendo está indo p'ra minha cabeça, não é? Mas é. Esquece das outras... o tumor está indo p'ra minha cabeça, então as vezes em uma conversa, em uma consulta você tira toda aquela idéia dele e isso eu observo que ajuda muito, melhora muito o paciente, ele tem mais segurança, ele tem mais ... consegue (eh...) diversificar determinados assuntos e não criar coisas ... porque isso atrapalha no próprio andamento do tratamento dele. Porque ele fica aqui dentro cinco anos em acompanhamento com a gente e de repente, no mínimo, pois você pode ficar até mais, no mínimo, então ele fica naquela coisa assim que tudo que tem vem p'ra cá, tudo ele tem... há coisas que pode ser resolvido fora, ele pode não tem aquela restrição de que ... tem que ter a importância do problema em si e o que pode agravar p'ra ele mas em outras situações não. Então eu acho que quando a enfermagem entra nisso daí, dá um equilíbrio, melhora isso, acho que melhora muito em relação ao doente.

- ü A melhora... você poderia dizer p'ra mim o que você vê de melhora, como que vai direcionando a tua prática, de que forma que vem influenciando o teu fazer.

Em relação ao profissional ou ao doente?

- ü Não sei.

Eu sinceramente... eu estou assim, eu estou aqui em baixo uns sete ou oito meses e estou adorando trabalhar porque é uma outra coisa, é um outro lado da enfermagem que não é tão desenvolvido assim que você pode criar o seu perfil, a sua idéia de outra forma, eu acho que a enfermagem também ... não só beira de leito, você pode fazer assistência mas tem que levar o que você tem conhecimento da assistência até p'ra essa coisa, o ambulatório sempre ser uma decorrência depois que você saiu de uma assistência, você tem um conhecimento na assistência, aquela coisa mais especial, aquela coisa básica do cuidado, aquela condição e o ambulatório ele já não é mas você pensa esse olhar, isso melhora muito, acho que mais a frente para o paciente, acho tem uma boa ... boa resposta mesmo p'ra ele, entendeu? Não sei se deu p'ra entender a minha resposta.

ü Mais ou menos.

Deixa eu ver se ... vamos ver se eu consigo p'ra você entender. Uma coisa diferente e ao mesmo tempo tem benefício...

ü Você estava falando de uma melhoria, que precisava de um conhecimento que a assistência tem que ter p'ra vincular e você ia me explicar como que você vê isso de uma forma mais...

Eu vejo para a enfermagem muito boa, muito produtiva. Essa forma de você modificar, eu acho é uma coisa, como você fala mesmo, você não consegue em pesquisa ter trabalho sobre isso, o que eu acho que a enfermagem tem uma visão de que ela só visa aquilo dali, a assistência, aquele cuidado, a consulta é diferente, uma consulta de enfermagem. Porque o atendimento ambulatorial é básico, é isso, é consulta de enfermagem. A enfermagem ainda não tem essa visão, então é uma coisa que está engatinhando, que está começando, então é assim, eu acho que mais a frente à gente pode até dizer" eu "... o meu olhar a frente acho que é muito produtivo para a enfermagem, é um outro caminho. Sabe, é um outro caminho que você ... a gente está percorrendo e de repente mais a frente vai ter boas respostas, uma maneira de melhorar profissionalmente, ter uma outra visão do profissional da enfermagem.

ü E a Coral, como é que a Coral significa esse cuidado?

Bem direcionado p'ra mim? Eu adoro a enfermagem, gosto muito da enfermagem, eu adoro cuidar, acho que é muito... eu sempre ... engraçado, antes de eu começar a fazer ... essa pergunta me fez lembrar a época de faculdade. Antes de eu entrar na faculdade eu falava assim, me perguntava p'ra mim mesmo, eu quero fazer uma coisa que ajudem os

outros, as outras pessoas e fazer o bem. Aí ficava pensando, vou fazer isso, vou fazer medicina, assim vou ajudar as pessoas e tal. Primeiro tentei fazer prova para medicina, não passei e aí da outra no vestibular... porque uma médica conversou comigo e disse que ... e eu tinha uma visão totalmente da enfermagem, era dar medicação ... e quando eu entrei na faculdade eu vi que não era nada disso, era isso sim mas que tinha uma outra coisa e aí eu me apaixonei pela enfermagem, sabe? E eu gosto muito de fazer o quê eu faço hoje, de conversar com o doente, de cuidar dele, adoro mexer em feridas, se duvidar eu fico horas encima de uma ferida. As pessoas ficam assim “mas como!”... eu olho e tal, eu lembro ... se eu faço aquele acompanhamento, eu lembro de como era antes, olho aquele ponto falo assim ... faço como um retrato fotográfico, eu lembro, minha memória registra “não melhorou então nessa parte, e aí vou tratar essa outra aqui” , criar situações para melhorar o doente e me gratifica muito quando vê ele bem. Então em que você muitas vezes, eu não tinha esse muito no andar, o que eu falo do doente... ao chegar no andar, o que me deixava muito frustrada é que ia logo a morte, morria entendeu? Tinha algum problema, ah! tem evolução de doença, então você tem uma idéia do paciente oncológico, no andar, diferente do que você tem a visão do ambulatório, que ele pode evoluir muito bem como uma pessoa comum, normal, ele não tem câncer, ele tem câncer mais ele não tem... não está com doença assim a vista, entendeu? Nesse lado aqui da parte da ginecologia, lógico, você tem outras clínicas que você visualiza isso bem melhor. Mas aqui não, você não consegue visualizar isso em um doente. Isso te dá um estímulo maior, porque às vezes, muitas das vezes o câncer te deprime, né? Você aquele doente, você faz, faz por ele e depois você vê que ele some na sua mão assim e aí você perde isso. No ambulatório você consegue... te dá forças para você enfrentar isso. Então isso p’ra mim foi muito bom, eu gosto muito disso.

- ü E dentro desses cuidados todos que você realiza, dessa rotina, desse cotidiano que parece nos ambulatórios, como o daqui ou nos outros hospitais, existe um paciente vem e vai e você vai cuidando, o quê te move p’ra te manter aqui em atividade?

Como eu falei, eu gosto mesmo da enfermagem. Também isso me faz mover, quando eu o vejo bem, aquilo assim é um estímulo. Você vê o doente, o paciente, ele chegar aquela coisa, estou falando da ferida que é o que mais a vê aquela situação, cuida e melhora, isso estimula mais para fazer.

- ü Telefone toca. O encontro encerrado.

v CINZA

ü Gostaria de saber, como você significa o cuidado que você realiza no dia-a-dia do ambulatório? Qual o significado dele para você?

O que entende qual o feeling disso. Eu acho que eu sempre falei aqui nesse ambulatório você... Primeiro, é porta de entrada, a primeira impressão que o paciente tem da instituição. Segundo, você aqui, entre as atividades de consulta de enfermagem, de triagem, de admissão, controle da dor, ou seja, até de orientação; você já ganhou uma espécie de meio de campo, você direciona o paciente para ele não se perder no fluxo do hospital. Porque quando ele se perde, ele se perde mesmo porque ele fica esperando para tratar, como todo brasileiro fica sentado esperando que os outros o conduza e às vezes... quando acontece aqui na instituição, aí a fila fica ineficiente durante três/ quatro meses, ele fica três ou quatro meses. E você direcionando para os lugares certos, nos momentos certos, tem-se um fluxo melhor e melhora o trabalho do hospital e melhora o trabalho com a doença e melhora o direito de informação do paciente do que está sendo feito com ele. Enriquece o meu trabalho.

ü Como você se sente como enfermeiro dentro desse movimento do dia-a-dia?

Dentro do que eu faço?

ü É.

Muito importante talvez seja a função mais importante que tem nesse hospital. Sinceramente, eu sinto assim, eu me sinto muito importante porque eu gosto do que eu faço nesse tipo de atividade.

ü O que você mais gosta de fazer?

O que eu gosto de fazer? O que eu faço.

ü O que você faz?

Eu faço as consultas de triagem, admissão do paciente, pré e pós, vejo exames para o dia seguinte, dou uma explanação vamos dizer assim, tiro algumas dúvidas que as vezes ...

o médico nunca sabe chegar no paciente, questão ou de elitismo ou questão de falta de tempo mesmo, não consegue falar a linguagem do paciente, é muito mais fácil a gente falar, que a gente consegue transformar isso melhor, em uma linguagem prática ... mais ... leiga e isso tipo de preocupação paciente nem sente, paciente está sempre apoiada, hoje atendi uma paciente com tumor grande, já histeriotomizada no H.S.F. se eu não me engano e você pode marcar uma mesa redonda para tal dia ou você pode intervir nisso e resolver no ato, a internação ... muita coisa acontece. Você joga uma coisa meio administrativa, mas, no entanto muito técnica na verdade, porque você direciona, você está ali para receber o paciente, para brigar por ele na questão do “deixa p’ra lá” do médico, não isso é assim mesmo? Existe no Ministério da Saúde o INCA, sempre foi um gestor de câncer, HC I, quando eu falo INCA é HC I, até hoje o HC II é o Hospital de Oncologia. Então eles tinham um padrão de atendimento muito complexo, a gente sempre trabalhou com clientela de baixo nível, porque no INAMPS só atendia a clientela de carteira assinada, e as Pioneiras Sociais tinha uma situação mais elitista, o C.P. Aqui sempre foi uma cultura em torno do HC I, mas o HC I era diferente, o pessoal... aqui a coisa é mais brasileiro, vamos dizer assim, aquela coisa que o paciente passa por você e dá um tapinha nas costas, conversa, às vezes enche o saco porque você está cheio de coisas para fazer mas tem que parar e conversar com o cara. Eu acho que é um clima mais de amizade, pelo que os clientes de outras unidades e por experiências de pessoas vieram trabalhar aqui, inclusive como a C. Dá para sentir a diferença, até com os colegas, quer resolver alguma coisa na radiologia, um ultra som... precisa de um ultra som de urgência, sem médico, oh a gente precisa por isso e consegue, nem o R. que é diretor do hospital, a gente chama de Dr, são pessoas daqui, oh R. está acontecendo isso, preciso, resolve-se as coisas assim aqui ... é uma coisa diferente, você não vai ligar para o HC I agora, você não tem essa ligação direta de resolução.

Ü Isso é por causa do tamanho? Acha que tem haver?

Acho que acontece com as pessoas que trabalham aqui, apesar de... o que falo sempre, o INCA é uma administração muito diferente, é um hospital burro, em relação aos recursos humanos e a enfermagem, as pessoas da enfermagem, o INCA queima a satisfação das pessoas. Quando comecei a trabalhar aqui, trabalhava 40 horas de segunda a sexta-feira, dava um plantão no final de semana, tinha uma jornada reduzida por conta disso, no final trabalhávamos seis horas ou seis horas e meia, tínhamos tempo e trabalhávamos satisfeitos, pode acreditar que tínhamos um time de futebol e saía para jogar bola, saía todo mundo, todo mundo do hospital, só sentia prazer de estar junto. Com o tempo a gente perdeu isso, os terceirizados têm um time de futebol... não existe mais isso de querer estar

junto. Fazer alguma coisa aqui para estar junto é muito difícil. Você vai ver é uma coisa rara. Antigamente era muito freqüente.

ü Quando você começou aqui?

Em 79.

ü E você sabe quando foi inaugurado?

77 ou 78

ü Começou como hospital mesmo?

Hospital começou como hospital só que antes ele ser do INAMPS, era da Santa Matilde, um comodato, existia como um hospital de câncer e tinha um bom hospital, sinceramente era muito melhor, não ficava devendo nada a esse, atendia bem e era de graça.

v LILÁS

ü Como você cuida no teu dia-a-dia da clientela, aquilo você faz...

Bem na verdade o que eu faço, eu faço uma triagem de todos os atendimentos extras do setor do abdômen. Eu trio todo paciente que chega que não está com consulta agendada, que é considerada consulta extra, passa por mim para fazer uma triagem. Aí dentro das coisas que eu posso resolver eu resolvo, quando não eu encaminho para o médico, mas aí eu já passo esse caso é isso, isso e isso, porque que veio já passo o caso do paciente para o médico, ou se for um parecer, encaminho o parecer, aí dentro do que eu posso fazer eu faço o que estiver fora da minha competência eu passo para o médico. Isso é um serviço que eu faço aqui, na verdade no ambulatório a minha função, eu faço os atendimentos extras. A gente começa logo... e logo quando começa o dia, já começa uma série de atendimentos extras. Isso é uma coisa que eu faço, assim atividades que eu faço: curativos, retiradas de pontos, (entendeu? ...na verdade...) a parte de gerência do setor, pedido de material, farmácia, tudo isso. E faço grupo de pré-operatório, eu, a enfermeira do quarto andar e a fisioterapeuta também. A gente faz grupo de pré-operatório toda segunda-feira à tarde. É um grupo no qual dá informações aos pacientes que estão com consulta... com cirurgia marcada; eles vem aleatoriamente, qualquer segunda-feira pode comparecer e fazem esse grupo, a gente faz esse grupo com as orientações pré, trans e pós- operatórias. Na verdade as atividades que eu faço aqui são essas. Que eu estou me lembrando.

ü Então você tem desde procedimentos técnicos até os administrativos.

É, eu sou a única enfermeira aqui do ambulatório.

ü Tudo que tiver...

Na sessão do abdômen, listagem para mesa redonda, pacientes para mesa redonda...

ü Você tem uma equipe de quantos auxiliares?

São técnicas, são técnicas de enfermagem.

ü Como é o fluxo já que tudo passa por você?

Tem... tem um fluxo que já vem direto... tem um fluxo que já vem direto, tem um fluxo que a própria recepção eles orientam que me procure (entendeu?), telefone (orientado acho que pelas recepcionistas) “quero falar com a enf^a R.”, uma por aquele lado que acha que eu vou dar um jeito de puxar a cirurgia para frente, eh... consulta, as vezes confusos sem saber como é que marca, quando é que marca, onde é que marca, aí fala “fala com a enf^a R.”, aí vem aqui. Quer dizer, eu faço a consulta de enfermagem propriamente dita (né?), fora o extra, fora a triagem do extra, faço também a consulta de enfermagem. Esses pacientes que não são extras chegam com o cartão e falam: “quero falar com a enf^a R.”, “n” situações, desde de orientações a cateterismo intermitente, “n” situações que os próprios médicos mandam vir me procurar e coisas que ficam sabendo “*ah fala com a enf^a vê se ela consegue*” (é aquele negócio né?), marcação, cirurgia, uma série de coisas, quer dizer, além da triagem do extra, eu faço essa consulta de enfermagem que é qualquer atendimento meu que não seja do paciente que chega que “*eu quero uma consulta extra!*”, é fora isso. Eu separo a consulta de enfermagem e consulta extra, são duas coisas diferentes.

ü São duas clientela?

Aquele que vem “o extra” que eu faço a triagem, e o que fala comigo (“n” situações!). É chega sem saber o que precisa, chega às vezes... quer conversar alguma coisa, quer tirar uma dúvida que não foi esclarecida da cirurgia, é “n” situações. Muita coisa!

Ü É um universo bem diversificado...

Bem diversificado... muito diversificado.

Ü Como é que você se sente fazendo aquilo que você...

Eu me sinto bem, principalmente ajudando assim essas pessoas completamente perdidas (entendeu?), você consegue é... nortear pelo menos, aquele monte de papel, não marcou nada, não marcou consulta nenhuma, estão completamente perdidas, não sabem o que é um risco cirúrgico. Ontem o paciente ligou, mandou me procurar, tem um risco marcado e queria saber o que é isso, o que ele precisa trazer, que documentos ele precisa, aí eu expliquei, risco cirúrgico é uma consulta médica, um clínico, vai avaliar as condições clínicas dele, se está em condições clínicas, se está apto a operar. "Ah, então 'tá bom". Mas tudo bem, eu me sinto muito bem, até gosto desse trabalho aqui no ambulatório, a gente faz de tudo, tanto a parte técnica quanto essa parte dentro do consultório que às vezes, (na verdade a maioria das vezes) o médico não tem muito tempo p'ra... [cada paciente]... ficar conversando; aí eles vem me procurar e tirar dúvidas, pergunta porque, "*ah meu amigo também está com isso, será que estou com a mesma coisa? Eu estou usando essa sonda*". Querem tirar a sonda e não está em dia de consulta, sonda de alimentação, sonda enteral aí manda conversar aqui comigo, aí quer tirar, diz que está com dor, aí eu converso sobre a importância. Que essa sonda é passada na endoscopia, aí o paciente vai fazer uma endoscopia, sai com essa sonda até sem nem saber o porquê e manda ele para a nutrição. Então o paciente ... "*ah eu tô com medo*", aí eu explico a questão do tumor, a diminuição, vai diminuir a luz do órgão, essa sonda é uma porta. Aí entendeu? Eu consigo minimizar até às vezes a dor que ele diz estar sentido (não sei o que), vai ... é orientado a importância dessa sonda, que ele sai da endoscopia sem saber isso (entendeu?). E eles vêm aqui embaixo querendo tirar aquilo, que já não agüentam mais, porque nem sabem por que estão botando. Aí vários pacientes eu atendo sobre isso, sonda naso-enteral, oriento, falo porque é importante, estar comendo pela boca, se alimenta pela sonda também, é duas... dois locais de introdução de alimento para ele recuperar o peso, para ele agüentar a cirurgia e não sei o quê. Aí saem daqui orientados, é o termo na verdade o que eu faço: orientação.

Ü E isso te satisfaz?

Ah! Me satisfaz, gosto disso, gosto mesmo. Inclusive essa consulta extra foi eu que instituiu a começar a fazer essa triagem, os médicos aprovam (lógico!), mas realmente ... Às vezes todos ficam esperando horas para serem atendidos e às vezes é uma besteira. Quer

saber se pode puxar uma cirurgia que está marcada para o dia tal para o dia tal, está com problema que é o casamento do filho e não quer operar naquele dia (entendeu?) e não tem com quem falar, vai marcar consulta médica só daqui a não sei quanto tempo que o médico deu o papelzinho para ele marcar. Aí tenta um extra para saber para saber essas informações e às vezes eu resolvo sem nem precisa passar pelo médico, às vezes dúvidas, as vezes ansiedade, esclarecimento; ou então faço a triagem nesses, esclareço tudo isso e nem precisa passar pelo médico, nem pegar prontuário. A procura é muito grande, às vezes vinte, vinte poucos, extras. É o que eu faço de triagem.

ü A sua consulta?

É de triagem de extras! Encaminhamentos, orientações e às vezes logicamente, passo para eles como o caso, é dor coisa que não cabe a mim.

ü E como você se coloca nessa situação? Como você se vê? Como você falaria para mim? Como você sente isso como profissional trabalhando aqui, ...

De tudo que eu faço? Ah, me sinto muito bem, satisfatoriamente bem! Quando eu não estou aqui, as meninas falam: *“ah! Você não estava aí, teve um monte de extra! Na verdade essas consultas extras eu atendo sem o prontuário, realmente quando tem alguma coisa de relato no prontuário, mas quando é uma coisa de esclarecimento, alguma coisa, então é menos quantidade de prontuário para buscar no arquivo e com isso minimiza o serviço. É uma primeira linha de contato, dentro do ambulatório, é o primeiro contato com os pacientes extras. A tendência então é as consultas de enfermagem em geral, durarem um pouco mais. O cliente veio buscar uma consulta médica que ele não está marcado, aí mostra umas coisas que não tem nada haver, problema na unha, mas como sabe que tem a doença câncer, ele vem para ver se tem alguma coisa. Aí falo para procurar o dermatologista, dou a orientação porque acha que qualquer coisa que tenha tem a ver (uma dor de cabeça, resfriado, “eu estou resfriado, mas eu vim aqui porque eu queria saber se posso tomar vitamina?”). Tem umas coisas assim que... quando posso resolver eu resolvo, quando não passo para eles (os médicos). Peço a menina para buscar o prontuário, e aí falo ao paciente: aguardar.*

ü Tem mais alguma coisa que você gostaria de acrescentar?

Sobre a oportunidade de esses pacientes comparecerem a esse grupo de pré-operatório, a gente tinha convites, mas os médicos esqueciam-se de dar. Aí eu criei uma estratégia

nova, a gente dá dois vidros de laxol, eu coloco junto, coloco esses vidros de laxol em um saco plástico, coloco o convite dentro do saco e amarro. Quer dizer, o médico entrega esse laxol, vai junto o convite para ele participar do grupo. É um kit, o pessoal aqui os papeizinhos ficavam aqui na mesa, faziam rascunho e não se lembravam de entregar para o paciente. Esse convite dentro do saco, junto à medicação vai e assim o pessoal chama de kit laxol. Desse modo com o Kit laxol, todos recebem o convite para o grupo, ninguém esquece e a orientação sobre a cirurgia e os cuidados, esclarece as dúvidas, as coisas que são necessárias na internação e assim é legal.

v AZUL

ü Me fale o que você faz no ambulatório nesse cuidado diário que você faz.

O ambulatório do HC II é um ambulatório que basicamente presta atendimento a pacientes com patologias ginecológicas, para ser matriculada aqui nesta unidade o paciente tem que ter o diagnóstico firmado de câncer ginecológico ou forte indicação que seja portadora desta patologia. Essas são as pacientes matriculadas aqui, o ambulatório recebe ainda alguns pacientes da oncologia clínica que são encaminhados de outros hospitais, do HC I / do HC III, para fazer tratamento de quimioterapia aqui. Esses pacientes não são matriculados aqui, mas são atendidos no ambulatório pelos oncologistas daqui. Esses são os dois tipos de pacientes mais comuns.

A gente ainda tem algum resquício de pacientes de mama, mas é muito pouco: pacientes mais antigo da época ainda do Hospital de Oncologia e de outras patologias que permaneceram em acompanhamento aqui, mas é muito pouquinho mesmo, não sei nem te dizer o percentual exato.

Bom, quando o paciente vem pela primeira vez ele passa primeiro pela recepção integrada. Então ele é atendido na recepção, ainda sem nenhum contato com um profissional de saúde, mas ele já traz os exames com ele ou algum que justifique o atendimento dele aqui. A recepção verifica se esses exames estão de acordo com as exigências para uma matrícula e caso sim, ela recebe um número de triagem. O número de triagem normalmente são dez por dia, sendo que os pacientes encaminhados pelo SITEC já vêm com a consulta marcada direitinho, naquele papelzinho; esses não entram no número de triagem, são atendidos conforme vão chegando. E as pacientes que são encaminhadas também para a Braquiterapia somente, já fizeram radioterapia fora, só vem complementar; essas não entram nesses dez números de triagem. Dez números de triagem são realmente para aquelas pacientes de primeiro atendimento geral.

Essa paciente recebe um número, é encaminhada para o atendimento com o ginecologista, no ambulatório de ginecologia. São dos “triagistas” por dia, cada “triagista” então recebe uma média de cinco pacientes, salvo alguma exceção que às vezes a gente abre e permite que seja de onze a doze atendimentos. Quando ela é entrevistada pelo médico, ele já tem na sala... ele é acompanhado por uma técnica de enfermagem e aí ele verifica os exames e se for o caso faz o exame físico, colhe material se necessário (preventivo ou biópsia, o que for), faz anamnese e aí abre a matrícula da paciente e diz para ela que ela vai ser matriculada aqui. Depois de tudo isso ele (médico) faz as solicitações da marcação dos exames e tal, aí a paciente é encaminhada ao setor de matrícula, que é aqui no ambulatório mesmo para abrir o prontuário. Aí ela sai da sala do médico depois de todo o atendimento e vai abrir o prontuário, abertura física do prontuário e marca os exames. Normalmente que exames são esses: ela marca exame de sangue, Raios X, ultrassonografia e eletrocardiograma, normalmente esse são os exames mais comuns; às vezes tem outros como a cistoscopia, alguns exames mais específicos dependendo do tipo de tratamento que ela vai fazer. Aí ela agenda esses exames, abre o prontuário e aí é encaminhada para a enfermeira que faz a consulta de primeira vez, que é a consulta que a gente chama de Acolhimento. Nessa consulta o enfermeiro vai conversar com a paciente e ver a noção que ele tem da compreensão do tratamento que ele vai ser submetido. A gente entrevista o paciente, pergunta se ele compreendeu, se entendeu todas as orientações que o médico deu e explica o fluxo da instituição. Quer dizer, o que vai acontecer com ele agora que ele foi matriculado, que já está com os exames marcados, para onde ele vai e quais serão as consultas subsequentes ter e porque. Isso já é feito no primeiro dia. Porque quantas vezes o paciente sai da consulta do médico sem entender nada, porque ele está tão tenso, tão ansioso, tão naquela perspectiva “vai ser matriculado ... se tem câncer ... não tem” que ele não presta atenção muitas vezes no que o médico fala e na maioria das vezes ela é atendida sem acompanhante (que é uma área restrita né?). E aí nessa consulta com a enfermeira ele já pode vir com o acompanhante, a gente procura orientar tanto o paciente quanto o familiar.

ü No mesmo dia?

No mesmo dia, na seqüência: abriu a matrícula, marcou os exames vem para o enfermeiro. Saiu desta consulta com o enfermeiro, passa para a consulta com o assistente social que já faz a primeira intervenção social necessária, é isso que a gente chama de recepção integrada: ela é a consulta médica, a consulta do enfermeiro e a consulta do assistente social, tudo no mesmo dia. Passou por isso aí ela vai p’ra. casa, já com as orientações necessárias para os exames e tudo mais e já com a próxima consulta marcada;

então como é essa consulta? Se a conduta para essa paciente é cirúrgica, o médico já determinou que o caso dela é cirúrgico, ela já vai sair daqui com a consulta de risco cirúrgico marcado. O risco cirúrgico são quatro consultas interligadas, é a consulta primeira com o clínico, em seguida com a anestesista e depois com a assistente social e a enfermeira, ou vice-versa a ordem não atrapalha o importante é que ela passa por essas quatro consultas no mesmo dia. Caso ela seja liberada para o procedimento ela vai passar por todas as quatro consultas. Nessa consulta com o enfermeiro, que a consulta que a gente chama de pré-operatória, ela vai receber as informações relativas à internação. Então o enfermeiro mais uma vez verifica o grau de compreensão dessa paciente, se ela sabe o procedimento cirúrgico que ela vai ser submetida, como esse procedimento é realizado, que às vezes ela desconhece se é feito via abdominal, se é feito via vaginal, se é laparoscopia, se é laparotomia, a gente reforça... as vezes mostra na figura para ela (quando é possível). E o que vai ser necessário em termos de cuidados depois, se ela vai permanecer com cateteres, com drenos; isso tudo a gente explica nessa consulta.

Depois dessa consulta ela passa pela mesa redonda, que é uma junta médica com os ginecologistas que eles vão deliberar se o procedimento cirúrgico é aquele mesmo que foi proposto inicialmente. Porque aí eles têm os resultados dos exames direitinhos para confirmar o estadiamento, e aí então marca para a cirurgia dela e a internação. Mas isso é feito em outro dia, mesa redonda... deixa eu ver se eu explico melhor. Ela vem para o risco cirúrgico, passou no risco cirúrgico? Aí a gente marca a mesa redonda em um outro dia. Bom isso é a consulta de pré-operatório; e tem a consulta pré-radioterapia. A paciente veio no primeiro dia, o médico já deliberou que o atendimento dela vai ser radioterapia, combinada com quimioterapia ou radioterapia exclusiva, nesse dia ela sai com a consulta pré-radioterapia marcada. É uma consulta com a enfermeira também, onde a paciente inicialmente participa de uma palestra educativa quando a enfermeira vai explicar a ela todos os cuidados necessários durante o tratamento: o que ela vai ter que ter em termos de cuidados físicos, alimentares e tudo mais, durante o período que ela estiver se tratando e, isso é feito na palestra onde o familiar também participa o acompanhante (a gente sempre pede para vir um acompanhante, normalmente uma pessoa mais ligada a ela para auxiliar, pois são muitas informações, para auxiliar...). Essa palestra é feita normalmente às oito horas da manhã, de oito até oito e quarenta e cinco / nove horas e depois vem a consulta de enfermagem propriamente, que é feita a anamnese, o diagnóstico de enfermagem e a intervenção de enfermagem. E depois dessa consulta, no mesmo dia, ela vai para o serviço social também (para fazer o atendimento da parte social). Aí nesse dia a paciente é orientada para vir pegar a carta que é o encaminhamento para iniciar, porque nem sempre a paciente vai fazer a radioterapia aqui no INCA. Às vezes ela faz no Inca, mas não faz nessa Unidade, a gente tem aqui uma unidade que presta serviço que é a clínica * Machado, mas

às vezes ela vai fazer na “Cruz Vermelha” ou às vezes vai fazer mais próximo do domicílio, então vai fazer lá em Nova Iguaçu, Petrópolis... aí a gente encaminha para lá, a paciente faz só a radioterapia e depois retorna para a gente.

Bom, nesse meio tempo o que pode acontecer? A paciente fica com a referência, quem é a referência dela? Normalmente é a enfermeira que fez a palestra, que orientou e tudo mais, então ela vem muito aqui se tiver alguma intercorrências durante o tratamento, buscando uma orientação desse profissional, às vezes tem também a questão da pele que ela recebe o hidratante e tudo mais (às vezes o hidratante acaba e ela tem que vir buscar o outro e aí é um momento de contato e tudo mais), mas isso já são contatos informais e da demanda da própria paciente. Quando ela conclui o tratamento radioterápico e se tiver necessidade da braquiterapia também, aí quando ela termina é marcada p'ra. consulta de enfermagem pós-radioterapia. Ela já terminou todo o tratamento lá onde ela fez, na “Cruz Vermelha” ou em outra unidade, ela é encaminhada de volta para a gente aqui e é marcada essa consulta de enfermagem, antes de ela voltar para o médico ela volta para a enfermeira. Nessa consulta, a enfermeira vai fazer também, uma anamnese verificando todo o processo durante o tratamento: se ela ficou com alguma seqüela, como ela reagiu ao tratamento, se ela teve alguma reação adversa e vai fazer esse levantamento e vai ensinar a ela os exercícios para dilatação vaginal, que são necessários no (pós-operatório, desculpe) na pós-radioterapia e então são ensinados nesse momento para ela. E nesse momento, a paciente muitas vezes traz todas as alterações psicológicas em termos de relações sexuais com o companheiro, problemas familiares advindos da doença.

Esse momento da “pós” é um momento muito importante que muitas vezes é o momento que a gente encaminha a paciente para outros profissionais, não só nesse momento, mas nesse momento principalmente e ela chega aqui assim, já bem mexida de todo o tratamento e às vezes ela exterioriza essa necessidade. Aí a gente encaminha para fisioterapia, nutrição, psicologia, dependendo da necessidade dela. E aí também é marcado o retorno médico, ela vai voltar na ginecologia... no ginecologista depois de algum tempo. Bom esse é o pós-radioterapia. Como é o pós-operatório? No pós-operatório a paciente também retorna para o enfermeiro. Ela vai retornar para que seja verificada a incisão cirúrgica, retirar ponto, ver se tem alguma necessidade de intervenção ali também ou se é só a retirada e liberar. E naquelas pacientes que permanecem mais tempo em acompanhamento em função de estarem com cateterismo de demora ou com drenos (hemovac), no caso de vulvectomia e outras cirurgias que sejam necessárias. E ela fica em acompanhamento pela enfermeira por algum tempo, esse tempo varia muito, não dá para eu precisar para você exatamente, vai de acordo com a cirurgia que ela fez. Então acaba que a gente centraliza um pouco por quê? Porque você tem noção de todo o fluxo. Tem clínico

que vem aqui uma vez por semana, ele não sabe, não conhece mesmo a rotina, o outro vem duas vezes (mas não conhece...).

ü Você vê como uma vantagem ou uma desvantagem essa vivência entre gerência e assistência...

Eu acho excelente! O que é ruim é o acúmulo de trabalho. Que a assistência te suga muito tem dia que você atende, eu já tive dias de atender nesses dias aqui nesse período que fiquei sozinha, vinte duas pacientes entre consultas de primeira vez, consultas seguimento. Então não dá, vai dizer: ou você atende bem ou você gerencia bem. Não tem como! Não vai dizer que o cara vai fazer as duas coisas juntas. Agora eu conto com uma equipe muito colaborativa, até bem pouco tempo atrás toda hora batia na porta, tudo era em cima de mim. Com o tempo eles foram conseguindo perceber que algumas coisas eles poderiam resolver sem estar toda hora me solicitando, mas algumas coisas que não dá, sou eu mesma que tenho que resolver. Então não adianta, você vai dizer: você gerencia ou vai ... a consulta de enfermagem para o enfermeiro que gosta de fazer, é uma coisa que ele tem que fazer direito... senão... . A gente pega paciente que às vezes está precisando falar, você vai fazer o que? Consultar paciente e dizer “olha querido não dá”, me desculpe mais... complicado. É complicado, p’ra. o enfermeiro ainda ... não sei... é complicado isso.

ü Isto tem haver com o enfermeiro ou tem haver com a clínica que esse enfermeiro está atuando?

Não eu acho que a clínica é fundamental, o fato de a gente estar trabalhando com ginecologia faz diferença sim. Porque uma coisa e você estar colhendo a história de um paciente hígido que está vindo fazer uma cirurgia de amígdala, é completamente diferente daquele paciente da oncologia que sabe que ele tem por trás daquela patologia (principalmente aqui que a gente trata de patologia ginecológica), a enfermeira então vai ter um envolvimento todo diferenciado ali com aquela mulher: se é jovem, se regula com a mesma idade do profissional que está fazendo a entrevista; tudo isso. Eu acho que esses sentimentos não têm como não perpassar ali naquele momento, o sentimento que você está vivenciando durante a consulta, não tem jeito. Você às vezes olha o paciente quando chega p’ra. você, ele chega com uma carga emocional você fica ali e se interessa em saber como é que foi que o paciente chegou até aqui, isso as vezes se estende para a família também, que é aquela família muito envolvida, muito participativa, você fica assim satisfeita de ver que o paciente está amparado. E o paciente oncológico tem isso, não tem jeito. O paciente oncológico que chega aqui sozinho, você pergunta (ele chega aqui na consulta): você está

sozinho? Tô. Dependendo do tom do “tô” que ele te responde, você vê que lê está sozinho não porque ele quer, mas ele está abandonado, porque ele não quer que a família saiba, porque ele vai ter problemas se a família descobrir que ele está com câncer. Então é uma gama de sentimentos muito grande ali. E aí já pensou se você pegar e falar me responde isso assim, ah... obrigada e tchau. Não é assim, aí você vai ter que diferenciar esse atendimento.

___ E aqui a gente não tem a coleta do papanicolau, né?

Infelizmente aqui no amb. não. Nós estamos com uma trabalho que é um projeto de pesquisa que está sendo desenvolvido e que isso está facultando ao enfermeiro esse... essa função, inclusive eu estou participando do projeto também. Mas não é aqui, está sendo feito com os pacientes de cirurgia de alta freqüência, os pacientes que vem para CAF, eu até esqueci falar dessa consulta, que eu vou falar ainda (é tanta coisa). E aí está fazendo um trabalho de seguimento com essas pacientes, esse atendimento a princípio seria aqui no amb. Porque eu falei: gostaria que esse trabalho fosse feito lá em baixo para dar mais possibilidade desse trabalho para o enfermeiro. Mas como isso dependia de material, de tudo... uma série de coisa, aí a gente optou por concentrar no lugar em que já estava acontecendo que ia facilitar em termos de objetividade na realização do trabalho e tudo mais, ia facilitar se ficasse lá no consultório de “cirurgia de alta freqüência” mesmo; que é uma cirurgia ambulatorial. Então por isso não está sendo feita aqui, mas... a gente vai conseguir trazer isso para cá, porque é uma maneira também de você mudar a visibilidade da situação. A consulta... a cirurgia de alta freqüência que eu tinha falado, também é um ganho para a enfermagem no sentido de que a paciente vem do posto de saúde com um encaminhamento já, então o que acontecia, ela era encaminhada para cá, para a unidade dizendo: sua consulta está marcada para o dia tal “papapapá” . Essas pacientes são encaminhadas para cá normalmente com alterações: lesões precursoras de colo de útero de nível II para cima ou NIC I de repetição ou ASCOS, ASVES também de repetição. Aí elas são encaminhadas para fazer a colposcopia se necessárias a cirurgia de alta freqüência. Então o que acontecia, elas entravam no fluxo normal de triagem, então ocupavam um número, o médico atendia as paciente e às vezes “ah! é só isso”, elas já vinham com a consulta marcada e eles nem faziam coleta de história nem nada disso, porque isso vai ser feito dia da cirurgia, mandava a paciente para a gente, para a enfermagem e aí a gente orientava, falava qual era a cirurgia que ela ia fazer, porque que ela tinha sido encaminhada para cá. O médico mesmo não fazia isso, não fazia mesmo. Então a gente conversou com a chefia e perguntou o porquê. A gente já estava vendo se atendia os critérios de eleição para ser tratada aqui e o médico só abria a matrícula dela e mandava para o enfermeiro, por que

ela tinha que continuar passando pela consulta médica? Só atrasavam o nosso serviço, porque as pacientes chegavam para gente junto com o fluxo das “outras de primeira vez” e a gente acabava ficando toda enrolada. Aí eles concordaram que as pacientes então não necessitariam passar pela consulta médica então ela já vem direto. Quando ela vem com essa marcação, ela tem um papelzinho, abre o prontuário e é encaminhada para o enfermeiro. Aí o enfermeiro faz todas as orientações necessárias, explica a ela é... normalmente a gente verifica o grau de esclarecimento no posto de saúde para ser encaminhada para cá. Por quê? Essa é uma unidade de oncologia, a paciente chega aqui, o Hospital de Câncer, já vem achando né... e não é o fato. A realidade não é essa, muitas delas vem sem ter nenhum... não tem diagnóstico de câncer mas tem que tratar aqui. Então a gente verifica isso, qual o grau de compreensão e depois explica também, mediante uma figura, mostra para ela o procedimento que ela vai fazer, procura esclarecer ao máximo os cuidados para ela... o tratamento e tudo mas. Nesse primeiro dia o único contato dela é com o enfermeiro. E aí a enfermeira marca já a cirurgia propriamente que aí vai ser feita nesse outro local onde é feita a cirurgia de alta frequência. E aí essa paciente normalmente não tem seguimento, o seguimento dela é médico, ela não vem para a enfermagem depois, no pós-operatório; a não ser que ela seja incluída nesse projeto que eu te falei que está sendo desenvolvido aqui. Aí o seguimento dela é com a enfermeira.

ü No projeto de pesquisa.

Um projeto de pesquisa de doutorado também. Então não é o universo total das pacientes, é um universo lá...

ü Não é uma rotina de serviço?

Não, está só no projeto. Ainda... E as pacientes de braquiterapia, elas passam pelo médico também, o médico abre a matrícula e depois elas são encaminhadas para a gente só par receber aquela orientação como será o fluxo dela na internação ah desculpe, na instituição; porque essas pacientes são matriculas apenas para concluir o tratamento com a braquiterapia. Depois a matrícula delas é fechada e elas voltam para a unidade de origem, elas não são pacientes nossas ... apenas para fazer a braquiterapia, Quando termina o tratamento, a matrícula é fechada e elas voltam ao hospital que encaminhou para cá. A braquiterapia não pode abrir matrícula então é o serviço de ginecologia é que abre.

ü Obrigada, resta agora transcrever...

Foi boa? Deu para você ter uma noção do fluxo? Acho que não esqueci nada... Ah! Só para te situar, a marcação da ginecologia e consultas subseqüentes segue, a paciente sai da consulta médica já com o encaminhamento para marcar e a marcação para a oncologia clínica é da mesma maneira, como eu te falei no início, as pacientes de oncologia clínica são encaminhadas. A gente não abre matrícula para tratamento na oncologia clínica, elas vêm ou da ginecologia ou das outras unidades para tratar aqui.

ü Do HC I?

E do HC III.

ü Qual é o significado desse teu fazer no teu dia-a-dia?

Eu sou meio tendenciosa, se eu pudesse ficava na assistência, na consulta direto. O meu gosto seria esse. Durante o atendimento da consulta, eu me sinto próximo do paciente e exercitando mais o que eu optei por fazer quando optei por fazer enfermagem. Que é o cuidar... o cuidar literalmente, quer dizer o trocar ali com o paciente, não que eu esteja menosprezando a parte gerencial, acho que a gerência é fundamental mas quando eu exercito a consulta de enfermagem eu me sinto mais próxima dessa coisa do cuidado mesmo, do lidar com o outro, trocar com ele, dar e receber também. Então eu acho que contribuo à medida que eu levo para ele a certeza de que apesar de ele ter uma doença que naquele momento está deixando muitas vezes ele transtornado, sem rumo, sem chão, sem saber muito o que fazer; o que eu procuro dar a ele o sentido, que ele pode se tratar. O tratar é diferente do curar, a cura eu não posso garantir para ele, mas eu sei que ele pode ser cuidado, que ele pode melhorar a qualidade de vida dele se ele seguir aquelas orientações que a gente está dando. Que ele pode compartilhar com o familiar àquela situação que ele está vivenciando naquele momento. Então eu sinto muito isso durante o atendimento de consulta.

ü O que significa isso para você?

P'ra. mim? Olha p'ra. mim é satisfação. Não sei se isso que você está querendo saber. Mas p'ra. mim é satisfação, é meio que aquela história do dever cumprido mas é o sentido p'ra. mim é assim: foi p'ra. isso que eu estudei, foi p'ra. isso que eu me preparei, é p'ra. isso que eu me preparo quando eu aprofundo no assunto, quando eu estudo mais, é p'ra. aquilo. É para eu poder ofertar para aquela pessoa que está ali na minha frente, naquele momento em busca de uma orientação e eu ser capaz de prestar esse atendimento que ela está

esperando de mim. Se naquele momento eu não sou capaz de dar aquilo..., garantir a ela que ela vai receber aquela informação de alguma forma, mais cedo ou mais tarde, por mim ou por outra profissional. Então o significado é satisfazer a expectativa daquela pessoa que está na minha frente buscando uma resposta. Pode na ser a resposta que ela está querendo ouvir, mas é a resposta, é uma resposta... sempre. Não sei se eu me fiz entender, mas o significado p'ra mim é esse: poder responder. Dar a ela alguma resposta que ela esteja necessitando naquele momento, atendê-la na necessidade que ela está demonstrando naquele momento.

- ü Quando a gente fala de significado, é bem da gente, cada um significa da forma que ele é. Na forma que ele realimenta esse fazer. Então significado é o seu significado, ele não tem problema...

Mas eu não sei o que você está querendo ouvir!

- ü Não se preocupe... a gente tem essa tendência.

Não sei se eu me fiz entender o que significa p'ra mim, talvez nem eu mesma saiba responder isso. Eu tenho muito medo da gente entrar no automatismo e ir fazendo as coisas e entendeu? Porque a gente tem de fazer! O que eu percebo muito é quando eu consigo interagir com aquela paciente, com aquela pessoa que está buscando ali... isso vem de diversas formas: é pelo arrepio, é pelo carinho que ela de... , sabe? É pela certeza naquele momento que estou fazendo direito, estou fazendo certo, que é aquilo mesmo que eu tinha que está fazendo. Por perceber que a pessoa compreendeu, ela vai sair daqui mais esclarecida, mais confortada. Eu acho que o meu significado é isso. Também (acho) que é ter a certeza que eu atendi a necessidade que aquela criatura estava apresentando naquele momento. E isso não é uma coisa fácil, como eu te falei, não é em 100% que a gente vivencia isso. E na parte gerencial que eu deixei assim mais de lado, é como eu tinha te falado antes da gente começar a entrevista, o que me dá mais satisfação aqui, o que tem mais significado p'ra mim é eu saber que o paciente ou familiar que chegou aqui para ser atendido, ele saiu com a situação resolvida. Ele não precisa sair com o seu problema já resolvido naquele dia não, mas assim, ele sabe onde vai resolver, ele sabe o que vai acontecer, ele tem clareza que ele na vai vir aqui, vai a outro lugar, mas o caso dele vai ser visto, vai ser orientado. Muitas vezes eu sou obrigada aqui, como gerente, a receber o paciente que não pode ser atendido aqui. Então as meninas lá na recepção orientam, orientam, orientam, mas a pessoa não aceita, ela que ser atendida, ela ouviu dizer que o atendimento é bom, ela quer ser matriculada aqui. Então o que acontece, elas encaminham

para mim (Azul você pode atender? Posso). Aí eu trago essa pessoa e o familiar e explico da melhor forma possível, porque assim é muito fácil para a comunidade de maneira geral que a gente tem que atender todo mundo, tem que absorver todo mundo, eles não entendem isso, que a gente tem um critério de matricular etc. Então quando eu explico para eles e mostro porque e digo e tudo mais, aí a pessoa sai daqui com isso claro. Vê ele ficou insatisfeito no anseio dele que era de ser atendido aqui, mas ele conseguiu entender o porquê que não pode ser atendido aqui, então eu me sinto satisfeita, eu acho que aí o meu trabalho faz sentido. Entendeu? Quando você consegue levar ao outro, mesmo que você não possa resolver o problema dele como ele gostaria, mas ele entende como vai poder resolver de outra forma. Eu acho que o enfermeiro no amb., essa coisa da resolutividade p'ra. mim é fundamental, um ambulatório tem que ser resolutivo. Ele não pode enrolar o cara, mandar o cara vir aqui vinte vezes, ah hoje o médico na veio o senhor volta outro dia ou então ah não vai dar para marcar o seu exame. Ele pode esperar, mas desde que ele saia com a pendência dele resolvida, p'ra. mim como gerente, a coisa fica bem assim, agilidade, a pessoa doente, o familiar, o acompanhante de um doente, ele não tem paciência. Não tem mesmo, às vezes o cara está com dor, não consegue ficar sentado, não consegue ficar deitado, tudo incomoda e aí chega aqui tem que esperar isso que eu acho de ruim, essa é a coisa ruim que às vezes é necessário. Principalmente quando ele passa por diversos profissionais no mesmo dia, aí não tem jeito, ele vai ter que esperar mesmo, mas provavelmente ele espera mais satisfeito sabendo que vai resolver.

v VERDE

ü Como você faz para cuidar da clientela no dia-a-dia ambulatorial?

Ah! Eu vou assim, aqui é agendamento, a gente chama as pacientes de acordo com o agendamento, elas chegam deixam o cartão e eu atendo aqui nessa sala de curativo, atendo a consulta pré-radioterapia... faço uma palestra lá em cima, esclareço as dúvidas ... me sinto assim como uma âncora do ambulatório porque tudo entra na minha sala, elas me pedem, me chamam, problemas eu tendo solucionar com relação aos pacientes (atendimentos, chegam atrasadas ...), então eu tento ao máximo puxar até elas para mim mesmo, manter essa aproximação que eu acho legal isso ... da gente ser reconhecida. E assim eu vou e chamo-as... elas vem, criam um vínculo comigo aqui ... até na retirada de pontos, né? Não sei assim, como eu posso dizer esse vínculo... como é que é feito, numa consulta vejo elas e acaba criando um vínculo por muito tempo, elas vem ... vem sempre ver a gente aqui na sala. Eu acho no tratar com carinho, com amor, dar atenção, ouvir os problemas... não sei se é isso que você quer.

ü No dia-a-dia você faz a consulta de enfermagem individual e faz a orientação em grupo?

É, segundas e quartas é a orientação em grupo, aí eu desço com todas elas e individualmente atendo cada uma. Aí individualmente eu tenho uma anamnese, através dessa anamnese eu identifico os problemas e faço um plano assistencial, procuro o ginecologista junto comigo, avalio as queixas, solicito os exames que são necessários para esclarecer as queixas da paciente. E tem as pós-radioterapias que são as individuais. Aí eu não tenho uma coisa em grupo, acho até fundamental fazer esse grupo, mas por falta de espaço a gente não tem como fazer isso, nem individualmente também, a gente identifica os problemas, avalio a carta de pós-radioterapia, dou orientações essenciais na pós-radioterapia, dilatação vaginal, para dar seguimento ao tratamento.

ü Você orientação para a estimulação... aquele exercício de dilatação?

É o exercício de dilatação passiva, com a ducha, manter a vida sexual ativa, os efeitos colaterais que pode vir a ter e geralmente bate com o que elas estão tendo. E eu faço as consultas pós-operatórias, retiro os pontos, faço acompanhamento dessa ferida, faço acompanhamento dos pós-HTA II E III, retiro sonda, faço teste de resíduo, é basicamente esse o nosso trabalho e entrar com intercorrência, avaliar a ferida operatória se tem alguma alteração, a gente chama o ginecologista para junto com a gente prescrever uma medicação, a gente colhe swab, e faz a consulta de retorno dessa paciente. E elas vêm direitinhas, elas acompanham direitinho... é isso que a gente faz aqui neste amb., nesta parte de ginecologia.

ü O que você sente com aquilo que você faz com a clientela no dia-a-dia? Como é isso aí para você?

Eu gosto. Eu adoro isso. Eu sempre trabalhei com consulta de enfermagem, eu me formei e caí dentro de um consultório de enfermagem. Então eu vim para o INCA, trabalhei seis anos lá em cima, mas sempre vindo aqui cobrir a Leila na consulta, e é uma coisa que eu gosto de fazer, eu gosto dessa proximidade com o paciente, do cuidar, do abraçar, do beijar ela né? Aquele carinho, eu gosto disso, eu adoro isso. E assim eu fico emocionada aqui no consultório e... como eu fiquei lá em cima, peguei muitas pacientes que ficaram muito tempo no leito, acamadas, CTI, quase “partiram” né? E eu chego aqui em baixo e estão todas essas pacientes aqui bem, então elas vem no consultório, a gente conversa, aí

eu adoro! Até me emociono, quando elas estão aqui eu até choro porque eu vejo... gente essa paciente quase foi comigo... eu gosto, eu adoro, e você sente que elas são assim necessitadas de carinho, né? Então você dá um carinho... nossa... valeu assim o ano inteiro! Então você vira realmente aquilo que eu falei uma âncora. Eu gosto, eu adoro trabalhar aqui embaixo, com o paciente... assim diretamente. É uma coisa individual, na enfermaria você todas juntas e aqui é uma coisa mais particular, ela se abre mais com você.

Ü E isso para você é uma coisa que te satisfaz?

Me satisfaz, eu gosto disso. Eu gosto de ouvir, eu gosto de ajudar, ah é uma paixão pela consulta de enfermagem, eu sempre gostei e acabei caindo aqui na consulta de enfermagem, uma coisa que eu já fazia só que eu fazia preventivo, colhia preventivo, fazia uma consulta de enfermagem ginecológica, aqui eu estou na parte secundária. Para mim foi uma experiência, eu peguei uma parte e agora estou em uma outra que é continuidade do tanto que eu fazia. Uma experiência muito boa e a cada dia eu sinto assim uma experiência... a experiência vai aumentando ... as novidades né? Você vai aprendendo no seu dia-a-dia. A gente vai aprendendo com as pacientes também, com a vida delas... com o sofrimento delas ... pôxa elas passam sofrimento danado. Eu até me coloco assim como é que ficaria nessa situação? ... Eu tento me colocar na situação delas e a parte técnica também, a gente aqui, cada dia aprende mais um pouquinho, cada uma vem com uma queixa, uma coisa diferente que você identifica e tenta tratar, eu acho isso super legal! Eu sei, você quer falar parte humana, se ela consegue seguir a parte técnica? E vice-versa...

Ü Isto te traz alguma ansiedade, tristeza...

Traz às vezes me trás sim. Porque às vezes chega paciente aqui e eu não sei o que fazer com ela, e você vai chegar no médico e você sente que não tem a mesma receptividade que eu tenho na minha sala. "Ah! Cheguei atrasada!" Aí você vai e "ah! Doutor chegou atrasado", aí fala p'ra caramba, reclama e as vezes eu fico meia assim ... não trata bem o paciente por ele ter chegado atrasado e outras coisas né?! E isso me trás uma angústia muito grande porque me dá pena do paciente. O paciente muito pobre, às vezes não tem como chegar cedo, depende de ambulância e chega aqui tarde, e aí junto muitos fatores e acho que as pessoas não têm aquela humanização, eu aprendi aqui na ginecologia a ser muito assim humana, me botar no lugar do outro e eu acho isso super legal e tem gente que não sabe fazer isso. Não sabe ou não quer, não tem interesse de crescer humanamente. É muito triste isso, é muito triste... a isso me trás uma ansiedade, uma chateação muito grande. Chega e fala assim, ainda falta alguma coisa nessa consulta! E

aqui na consulta de enfermagem e eu até estou querendo sentar com a chefe de enfermagem, com a Z, para a gente montar um protocolo de medicação... dar mais autonomia ao enfermeiro que trabalhe nessa sala. Porque tudo eu tenho que bater... eh algumas medicações que até já tinha no HC III eram feitas nas consultas de ginecologia ... eu achava que tinham que ter nessa sala. E isso para janeiro eu vou sentar e vou montar que eu acho que vai ser uma autonomia muito maior e cresce junto com a minha experiência. Está assim ou assado eu vou lá e já sei o que tenho que fazer. Muitas vezes você tem que bater na porta do médico e dizer “olha você carimba p’ra mim?” “Mas por quê?” “Mas isso e aquilo!” E eu... falta isso! Isso me traz uma ansiedade muito grande, são vários fatores... ansiedade pelo paciente (será que ele vai ser tratado bem, né?) Como eu vou fazer com esse paciente agora (Ah! Meu Deus do Céu! Bater na porta do médico! Oh doutor, pode?...) Isso me causa... enquanto batem na minha porta e falo “oh! Espera um pouquinho...” Não tem o querer. Sei lá parece que falta nas pessoas um amor, a humanização, o humano né? O carinho, sei lá não sei o que falta para as pessoas... eu fico triste com isso! ... Muito triste. É isso. Não sei se eu te esclareci tua dúvida que você me perguntou aí agora.

ü Não porque o amb. é um ambiente tem muita ... é rico em situações que a gente acostuma.

É... é isso que eu estava te falando. Eu gosto, eu adoro, eu vinha aqui,... aquilo que te falei passei por vários setores mas a gente já tinha montado aqui. Quando eu entrei aqui, a gente montou essa consulta de enfermagem, mas era assim uma bagunça, a gente atendia 20, 21... 25 pacientes, tudo misturado. Era pré- radio, pós-radio, pós-operatório, sonda vesical para fazer teste de resíduo, era uma loucura! E a enfª A. quando juntou esse grupo aqui que fechou o amb.,ela conseguiu organizar as consultas dela e passou para mim assim organizado o amb., coisa que não era há quatro anos atrás. Era muito bagunçada, a gente ficava aqui embaixo desesperada. A gente resolvia um monte de coisas ao mesmo tempo e nem almoçava. Agora aqui... agora não, organizado, dá para a gente dar atenção ao paciente mais tranqüila. Acho que a organização também ajuda muito, né?

ü Eu também penso isso.

O próprio serviço, ele cresceu. Ele evoluiu, modernizou, ele melhorou. Nossa contribuiu muito para a consulta de enfermagem daqui.

ü Como assim?

Muito melhor, ficou ótimo! É muito bom aqui embaixo. Então para mim está sendo uma experiência nova (novamente) porque eu vim de um setor lá em cima, né? Aí cheguei aqui, ah meu Deus do Céu voltar de novo para o consultório, vai tentar de novo. Aí entrei aqui, até me adaptar de novo e... tudo mais. E agora está tudo light, super tranquilo e que eu já gosto, eu sempre gostei! Então... eu fui para enfermaria, cai na enfermaria, fiquei lá quase seis anos, aí voltei para o consultório. De vez em quando, como eu vinha aqui, p'ra mim dava para saber como é que estava né? (Oh! Está tudo bem? Como está aí? Ah! Está tudo a mesma coisa!). Só a modernização que ficou muito melhor. Isso ficou muito bom, eu gostei. Eu gosto daqui embaixo!

ü Agora você vai aperfeiçoando, né?

É! E agora como eu parei em um setor, agora eu espero que dê p'ra mim tomar minhas rédeas. Em cada setor estou colaborando em uma coisa... lá em cima na enfermaria, eu estava montando uma elaboração. Montei a anamnese também, fiz um monte de elaboração de... anamnese pré-operatória, anamnese pós-operatória ... isso tudo eu consegui organizar lá em cima, assim com as colegas né? Aí fui para a supervisão, aí 'tava lá ajustando as coisas na supervisão assim do jeito que eu queria junto a chefia. Aí saí da supervisão, aí vem para a consulta de enfermagem, aí falei para o chefe, você me deixa quieta lá embaixo porque eu tenho um monte de idéias para fazer que se me tirar do setor eu não vou conseguir fazer, entendeu? Igual a A., há quatro anos aqui, com um monte de coisas também elaboradas, vai para outro... para internação, o contrário né? Ela foi lá para cima. Aí eu também espero ficar aqui de vez! Espero que não me tirem daqui não, eu estou gostando. E aqui a gente pegou essa parte aqui desse consultório de enfermagem, chefia também as "meninas" dos consultórios ginecológicos, então as técnicas ... elas também ... virou uma âncora. Então elas vem aqui, os problemas trazem para a enfermeira. A enfermeira é que resolve tudo ali fora, além do meu consultório ainda tenho lá fora para resolver.

ü Você administra também essa parte?

Eu administro essa parte. Saiu da Z. e foi recolocado nessa salinha daqui. Então além de eu fazer meus atendimentos aqui, eu ainda tenho os problemas de fora, é triagem, é o médico da triagem, é a paciente em si, tudo é nessa sala, tudo é aqui com a enfermeira. Eu 'tava falando, no início eu fiquei muito perdida aqui, eu falei gente o que é isso, toda hora batem a minha porta! Aí agora já acostumei, o pessoal bate, eu tenho que interromper, vou

lá resolvo o que tem que resolver, volto, eu também acho isso legal você ser uma pessoa que resolve as coisas dentro do seu setor; acho que é uma subchefia, sei lá!

ü Uma liderança?

É uma liderança, líder em um setor.

v TURQUESA

ü Como você cuida no dia-a-dia da sua clientela aqui no setor de radioterapia?

A gente tem uma consulta pré-estabelecida que a gente chegou a um consenso: eu, V. e a Q. e depois como seria norteada essa consulta, mas acho principalmente a gente tenta pelo menos ver a paciente individualmente. Quer dizer quando entra a paciente a gente tem um fio a seguir, uma conduta com aquela paciente, uma maneira de fazer já pré-acordada, acho que na hora que a paciente chega que na verdade a consulta se estabelece, a maneira de fazer. Eu realmente tento fazer assim, a paciente chegou, a maneira como ela se apresenta, se ela vem acompanhada se ela não vem, o jeito que ela fala o bom dia ou a boa tarde, acho que tudo isso acaba sendo dados para guiar a sua consulta. Tem paciente que não dá para você seguir de repente aquela maneira como você estabeleceu. A grande maioria das vezes a gente segue aquele roteiro, mas não de uma maneira linear, você vai indo e voltando ou vai mudando de acordo com o que você percebe dela. Tem paciente que é extremamente receptiva, tem outra que não estão nem um pouco a fim de escutar nada do que você está falando. Então você tem que mudar, tem paciente que brincando e você consegue atingir o objetivo, tem outra que se você brincar pode parecer que você não está levando a sério. Então acho que isso depende muito da paciente, na minha idéia... meu sentimento sempre é de perceber como é aquela paciente, tentar perceber pelo menos e a partir daí é que vou nortear o contato com ela.

ü E você aqui fica restrita só a esse atendimento individualizado ou você participa também da administração, dos procedimentos à nível de preparo para a braqui, a tele ...

A tele a princípio não, na tele a gente fica restrita a consultas, sendo que acaba estabelecendo um laço, pois a gente se coloca muito disponível a elas durante o tratamento todo. Embora a gente tenha três consultas agendadas com elas: seria a primeira aplicação a

décima quinta e vigésima quinta; a gente sempre coloca que qualquer problema que elas venham a nós. E é claro que elas vêm pelos mais diversos motivos: se pode pintar o cabelo ou se não pode, se pode viajar, se pode... tem uma micose na unha do pé. Então às vezes são coisas que nem tem haver com a radio, mas que acabam que elas trazem para que gente, então cria-se esse vínculo forte. E lá fora, muitas vezes é chamado para algum curativo, de repente uma lesão que aparece, mas é menos. A gente tem mais efetivamente na consulta no dia-a-dia.

ü E como você se sente fazendo esse cuidado no seu dia-a-dia? Como é que você se sente quando você cuida dessa clientela?

Então antes de eu responder essa, eu falei na tele, na braqui já é diferente. Na braqui a gente acompanha a paciente que faz a consulta e acompanha a paciente na maioria das vezes no procedimento ou depois dele, então na braqui tem uma diferenciação, a gente atua tanto na administração como no cuidado durante o procedimento, mais de perto. Bem em relação como eu me sinto, eu me sinto muito bem, é uma coisa muito nova p'ra mim ambulatório é totalmente novo, tem quase... vai fazer vinte anos de formada e minha vida inteira foi com paciente cirúrgico, paciente clínico e enfermaria. Então quando eu vim para o ambulatório foi uma surpresa muito grande, porque não tinha noção, tinha noção de como era o trabalho ambulatorial, é claro! Mas o envolvimento com o paciente, a impressão que eu tinha de fora, que não existia ou se existia, existia de maneira muito menor que na enfermaria. A impressão eu tinha é que no ambulatório era uma coisa meio assim: recebe o paciente, faz o que tem que fazer e manda ele embora; que aí o vínculo não se estabelecia. E aqui eu percebi que é justamente o contrário. Eu acho que o vínculo aqui, não é que seja maior, mas é muito... p'ra mim está sendo até mais intenso. Porque a paciente quando você cuida no andar, p'ra mim é aquela coisa, chegou a paciente, vai operar, então tem uma série de procedimentos a serem feitos, você faz os procedimentos, você interage com ela, mas sem pensar naquilo que tem que ser feito, não dá para você fingi por exemplo, a paciente tem que fazer uma lavagem (paciente na época de gineco) você não tem como não fazer aquela lavagem, então acabava sendo um pouco mais mecânico. Tinha um envolvimento emocional (claro), mais era muito cumprir tarefas. No ambulatório percebi o quê? Que você acaba sendo um amigo do paciente se torna um amigo, claro que dentro dos limites, mas você começa a ser envolver porque ele traz para cá: a roupa que ele veste, ele vem vestido, ele não está descaracterizado por uma camisola de hospital ele está vestido, ele está de repente com a filha, com o marido, então você pega às vezes comentários que faz perto do marido ou o marido dela; você percebe se tem ali um bom casal ou não. As angústias... acho que aparecem mais, o ser humano, a impressão que eu tenho é que aparece mais,

está aparecendo mais aqui no ambulatório do que na enfermaria. Lá era meio que “o paciente”, ele estava uniformizado, ele estava no leito, em uma situação em que ele estava mais fragilizado. Aqui não, aqui o paciente é mal educado, está sentado ou em pé, com a roupa dele, ele é aquela pessoa, ele não é entre aspa “inferior” ao profissional, ele não se sente assim, ele se sente ele. Então para mim o contato com o paciente ambulatorial é totalmente diferente do que eu imaginava. E estou muito bem com isso, tenho conseguido um bom relacionamento, assim as pacientes conhecem a gente, a gente conhece as pacientes e tem um retorno muito diferente do que na enfermaria. O paciente de enfermaria, ela entra opera, você cuida dela ali e por mais que você cuide na hora que ela vai embora, acabou aquela paciente para você! Às vezes tem paciente que a gente tratou no primeiro ano, no comecinho da gente, que até hoje vem aqui visitar a gente. Na enfermaria não acontecia, era raro o paciente que voltasse, “Vim aqui ver vocês”. Às vezes vinha, mas era raro isso acontecer e quando ia, ia ver a equipe. Aqui não, aqui elas vêm ver as enfermeiras, os técnicos, elas têm noção de quem é quem. Então aqui, o vínculo, p’ra mim pelo menos, está sendo maior.

ü E você acredita, na tua opinião, que essa proximidade que a gente observa no teu setor, isso é uma característica do teu setor ou você hoje, com a experiência que você vem ganhando, você acredita que seja uma característica da relação com a clientela que vem e vai que está ai nos ambulatórios?

Sei, aí é uma coisa que teria que pensar. Porque, aqui tem uma coisa diferente sim que é o padrão de vir aqui todo dia. Então menos que a gente não converse com elas todo dia, que a gente até não veja (nem sempre a gente vê todas), mas acaba que elas estão no nosso ambiente todo dia durante 25 dias seguidos, então eu acho que deve mudar alguma coisa. A gente aqui não envolve dor, as paciente de tele até tem uma dor de repente ou um mal-estar quando fazem uma lesão, mas aí elas sabem que isso podia acontecer e a gente vai tratar para que isso não aconteça. Mas na prática elas não vêm ao hospital para uma coisa desagradável, de repente fazer uma punção que elas tem medo, no caso da quimioterapia que não são diária mais elas vêm fazer QT., elas já vêm com aquele medo. Aqui elas vêm muito tranquilas, porque elas sabem que o procedimento não dói então... não sei se aqui teria essa diferença. Se isso faz no final diferença para essas pacientes, se isso aumenta o vínculo com a gente ou se fica um vínculo mais tranquilo... mais de amizade mesmo porque elas sabem que a gente não vai machucá-las. É meio assim, a enfermeira aqui não é o bicho-papão que vai enfiar uma agulha, que vai fazer um curativo que dói, que vai injetar uma medicação que dói; a enfermeira aqui acaba sendo uma aliada, uma parceira para aquilo ali dar certo. E a gente tenta fazer muito isso na consulta, de que a gente está

passando orientação, mas se ela não colaborar, não vai adiantar. A gente sempre fala: vou te passar tudo isso aqui, está ciente desses cuidados, se você não fizer junto com a gente, não vai adiantar. E acaba que o prejuízo vai ser delas, a gente vai ter que interagir (claro!) se tiver esse prejuízo, mas que vai ser dela. Por isso a relação fica uma relação muito tranqüila, não sei? Isso eu imagino!

Ü Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa?

Não, eu acho que o mais importante é isso mesmo, que o ser humano quando é tratado como ser humano... eu acho que você tem resultados muito bons. Mesmo aquela paciente mais difícil que chega aqui de uma maneira ah... às vezes chateada com o que aconteceu em outro setor do hospital ou com outras pessoas (tem paciente aqui que tem raiva do médico daqui) mas chega aqui ela não fala de uma maneira grosseira, ela só fala “tenho problemas com ele ...” por exemplo. Mas elas conseguem separar que a gente é uma outra equipe, que nós somos outras pessoas, então é esse que me chama a atenção, tem me chamado à atenção: que se valorizar como ser humano a resposta é muito boa. As pacientes aqui não ficam chateadas quando tem lesão, você não vê paciente chegar aqui e falar “estou chateada porque tenho lesão”, lógico elas têm um bom tempo... ouvem e tudo, mas elas... é como fossem assim, elas ... é ... percebem no começo que elas podem ter um problema e quando o problema acontece elas sabem que é natural e que a gente vai dar solução a elas. A gente não tem paciente aqui chateada, irritada, com raiva porque desenvolveu uma radio-lesão. Claro, ficam chateadas porque estão com um problema, mas não direcionam isso para a gente, como fosse assim “ah vocês não cuidaram de mim” ou “foi um erro porque me queimaram”, elas não falam isso. Elas têm a noção que aquilo ali podia acontecer, e se acontecer a gente está aqui para tratar e que a gente vai resolver. Então eu acho que o principal é isso, a coisa individualizada também. A gente até pensou em fazer grupo e depois chegamos a conclusão que não seria legal, porque o bom é isso, é sentar frente a frente a paciente, ele ser naquele momento ali o único. Tanto para você, porque naquele momento está pensando só nele, mas ele se sentindo único naquele momento. Acho que isso valoriza e isso muda, faz diferença.

Ü Apesar da rotina, ele está ali interagindo com você...

Acaba não tendo rotina. Porque cada paciente que entra, por mais que as coisas sejam todas iguais, você nunca faz tudo igualzinho. Sempre o paciente vai mudar a minha história. Os slides são todos iguais, mas cada consulta que você faz com certeza aquele slide é visto, falado e pensado de outra maneira, nunca vai ser igual.

ü Isso é que a gente ouve todo dia, em várias palestras, várias mesas redondas, a gente sempre ouve essa... esse detalhe. Que na oncologia acaba que a gente precisa não olhar diferente para cada uma, porque precisa adaptar o que se tem para aquela situação.

E a maneira que cada um vai reagir aos tratamentos, que já passou... tem pacientes aí extremamente machucadas, recebi semana passada uma paciente que já tinha “feito FAC” sem resposta, aquele “IRESA” com “TAXOTERE” também sem resposta, passava mal p’ra caramba, já tinha visto no prontuário (a gente vê o prontuário antes), já tinha visto que teve “n” problemas na quimioterapia de passar mal (de interromper a infusão), então chegou muito machucada aqui. Mas quando comecei logo a conversar, vi que era uma pessoa ótima e que aquilo tudo que ela tinha passado, lógico marcou de alguma maneira, mas que não tinha fechado ela para novas possibilidades. Ela chegou aqui animada, fazendo a terapia, quando eu disse, claro que não teria dor, brincando com ela: “oh! Aqui não tem dor, não tem cabelo caindo” e ela falou “nossa que bom!”, mas eu senti que mesmo se tivesse ela estaria pronta para uma nova etapa. E outras, você percebe que não sofreram nada ainda, só chegaram aqui, fizeram a cirurgia e vieram para cá e que estão completamente fechadas. Mas aí ao longo do tempo, elas percebem que não tem dor realmente, aí vão se abrindo e no final, às vezes, até viram grandes amigas (entre aspas) aquelas mais problemáticas do começo, que a gente teve mais atenção, que falei “lh! Aquela ali é difícil!”, no final ela acaba se tornando uma pessoa próxima.

ü Certo, eu te agradeço.

v AMARELO

ü Como você faz para cuidar da clientela no dia-a-dia ambulatorial?

Eh... depende de como elas vem para a gente, né? Dependendo de como elas saem no momento de triagem, as dúvidas que elas apresentam e aí a gente têm que direcionar conforme o perfil da cliente né? Às vezes você tem que esmiuçar muito, as questões que elas apresentam, as dúvidas e assim a gente vai lidando com esta clientela, depende da cliente ... a cliente se ela é esclarecida ou não, às vezes a gente tem que fazer símbolos, desenhos para poder estar explicando uma coisa que em dois minutos a gente explicaria para outra, as vezes você demora muito mais ...

ü Como é que você sente aquilo que você está fazendo com a sua clientela nesse dia-a-dia?

Elas procuram novamente por você,... aí o caso aqui é como eu sinto o que eu to fazendo. Bem... de uma maneira assim... primeiro eu gosto, quando eu vim para cá, minha história é muito assim ... como é que eu falo? De um lado eu nunca tinha trabalhado em ambulatório, meu perfil profissional era só em CTI, onde a gente encontra o paciente que você nunca conversa com ele, você não tem olho no olho de conversar, você está lá horas e horas trabalhando com aquele corpo, aquele paciente, às vezes tem uns que esboçam... você olha ... não sei o que, mas você não tem retorno dele, você através de monitores o que ele está apresentando. Aí de uma hora para outra, saí do CTI, é a primeira vez que estou trabalhando em amb., vou fazer nove anos de formada, nunca trabalhei em ambulatório, eu me vi perdida. Como eu vou conversar com essa cliente? Como eu vou chegar me fazer profissional e passar as coisas para ela? Mas sabe que foi uma coisa gostosa que eu aprendi? Não são só as coisas... não só a parte profissional, é as emoções que ela passa, a vivência dela lá fora tem muito haver no lidar com elas. Eu gostei e estou amando fazer consulta de enfermagem, esclarecer as dúvidas, tentar resolver os problemas que elas trazem para a gente. Eu estou me sentindo muito motivada com o que estou fazendo. Embora eu ainda trabalhe com CTI, ainda tenho essa atividade, mas eu acho muito bacana e a gente está sempre... tem um grupo bom de trabalho que isso é muito importante, eu e as minhas colegas, as outras enfermeiras, a gente está querendo sempre ... não é inventar mas sim ... é uma maneira, um caminho que a gente possa resolver as questões que surgem, os problemas que surgem para poder estar melhorando o nosso trabalho.

Termo de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Enfermagem Oncológica: significados e sentidos

Comportamento Profissional no Espaço Ambulatorial

Profissional participante: _____

Esta é uma tese de Doutorado em Enfermagem realizada pela Escola de Enfermagem Anna Nery / Universidade Federal do Rio de Janeiro. Sua finalidade é compreender como a enfermagem atua em ambulatórios de oncologia a partir do cuidar cotidiano que desenvolve no dia-a-dia desses serviços e os significados que atribuem a esse agir profissional. As informações obtidas durante esse estudo contribuirão na assistência de enfermagem a partir da reflexão sobre o cuidado realizado pela equipe de enfermagem ambulatorial e sua resolutividade frente à dinâmica assistencial humanizada preconizada pelo programa ministerial de Acreditação Hospitalar do Ministério da Saúde.

Objetivos do estudo:

Desvelar o modo de ser-profissional em enfermagem oncológica na dinâmica assistencial de ambulatórios oncológicos.

Discutir o cuidar cotidiano da enfermagem ambulatorial frente à dinâmica assistencial na enfermagem oncológica.

Como será feito o Estudo

Se o(a) Sr.(a) concordar em participar deste estudo, agendaremos um encontro em lugar e hora segundo sua disponibilidade, quando conversaremos a partir de uma questão inicial sobre o cuidar cotidiano que é desenvolvido nos ambulatórios públicos em oncologia e será gravada em fita K-7.

Desconfortos e Riscos

Durante a coleta de dados o(a) Sr.(a) não sentirá nenhum mal estar físico e também não será exposto a nenhum risco a sua saúde.

Benefícios Esperados

A finalidade deste estudo é fortalecer o papel da enfermagem nos ambulatórios para o tratamento de câncer, trazendo esse cuidar cotidiano para o centro da discussão e assim compreender como acontece esse agir e seus desdobramentos frente à dinâmica assistencial preconizada hoje na instituição. E desta maneira possibilitar a existência de ambulatórios de enfermagem nas diversas clínicas especializadas inseridas na assistência oncológica realizada no Instituto Nacional de Câncer / M.S. e desvelar um

modo de ser profissional a qual estimule a disseminação dessa possibilidade profissional em ambulatórios de oncologia no Sistema Único de Saúde (SUS).

Liberdade de Recusar

A participação no estudo é totalmente voluntária. Nenhum tipo de compensação ou ressarcimento será feito pelo investigador principal. Esclarecemos que terá o direito de se retirar a qualquer momento da pesquisa. Quanto ao material escrito e/ou gravado em fitas cassetes, poderá ser interrompido e devolvido no momento em que desejar.

Confiabilidade

Asseguro que será mantido o anonimato das informações prestadas.

Em caso de dúvidas

Caso tenha qualquer pergunta sobre esta pesquisa ou deseje ter informações, por favor entre em contato com: Laisa Figueiredo Ferreira Lós de Alcântara

Rua Retiro dos Artistas nº 241 apto 303 bloco 1. Pechincha / JPA.

Tel: (021) 33922856 /97873738

Responda as perguntas a seguir, circulando a resposta SIM ou NÃO

- | | |
|---|---------|
| 1. O (a) Sr.(a) leu o termo de consentimento? | SIM NÃO |
| 2. Foram respondidas todas as suas perguntas sobre o estudo? | SIM NÃO |
| 3. O (A) Sr.(a) se sente completamente esclarecido(a) sobre o estudo? | SIM NÃO |
| 4. O (a) Sr.(a) concorda em fazer parte deste estudo? | SIM NÃO |

Se o(a) Sr.(a) concorda em participar deste estudo, por favor assine o seu nome abaixo:

Sua assinatura: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Local e data: _____