

SILVANIA MARIA DE SOUZA

**CUIDADO TRANSPESSOAL DE ENFERMAGEM
DOMICILIAR A CLIENTES NEOPLÁSICOS E
SUAS FAMÍLIAS**

CURITIBA

2000

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL – UFSC/UFPR

CUIDADO TRANSPESSOAL DE ENFERMAGEM
DOMICILIAR A CLIENTES NEOPLÁSICOS E
SUAS FAMÍLIAS

AUTORA: SILVANIA MARIA DE SOUZA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Assistência de Enfermagem.

ORIENTADORA: PROF.^a DR.^a MARIA RIBEIRO LACERDA

CURITIBA

2000

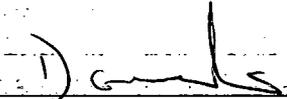
CUIDADO TRANSPESSOAL DE ENFERMAGEM DOMICILIAR A CLIENTES NEOPLÁSICOS E SUAS FAMÍLIAS

Autora: SILVANIA MARIA DE SOUZA

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

E aprovada em sua versão final em agosto de 2000, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de concentração: Assistência de Enfermagem.

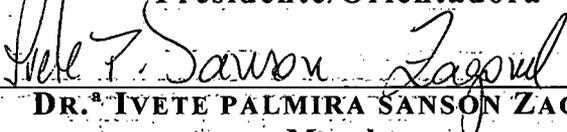


DENISE PIRES DE PIRES
Coordenadora do Curso

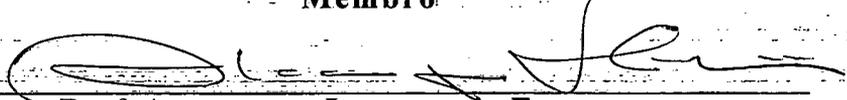
BANCA EXAMINADORA



DR.^a MARIA RIBEIRO LACERDA
Presidente/Orientadora



DR.^a IVETE PALMIRA SANSON ZAGONEL
Membro



DR.^a ALACOQUE LORENZINI ERDMANN
Membro



DR.^a MARIA DE LOURDES CENTA
Membro Suplente



"O cuidado é o atributo mais valioso que a enfermagem têm para oferecer a humanidade, que está ameaçada pela desenvolvida tecnologia médica, pelas restrições burocráticas e administrativas, aliadas à proliferação de técnicas de cura e tratamentos radicais".

(Jean Watson, 1996)

AGRADECIMENTOS

A Deus meu criador, minha fonte de energia e inspiração, meu eterno guardião, amigo e protetor. Só Você realmente partilhou dos meus momentos e sentimentos, só Você viveu e vive o que eu vivi. Minha certeza de um hoje e amanhã com mais uma conquista, por que Você existe é que eu existo, minha luz.

Ao meu anjo da guarda, meu sempre eterno protetor e amigo, minha segurança.

Ao meu sobrinho Carlos, fonte de inspiração, sabedoria e luz buscando na vida seu ideal, e no seu ideal busquei fonte para construir o transcender com pacientes neoplásicos.

À Minha família que a todo o momento entenderam minha ausência e meu excesso de atividades que nos afastaram no corpo mas não na mente e no coração, aquela em especial que cuidou da minha casa, das minhas coisas na minha ausência. Obrigado a todos por aceitarem o pouco que eu pude oferecer e o tanto que recebi. Se cheguei até aqui vocês foram importantes para que isso ocorresse, pois ser família é acreditar, é muito mais que confiança, afeto e respeito, minha vida.

A minha mãe Antônia e ao meu pai Amaro que me fizeram entender o quão valoroso é o ser humano a entendê-los e a ser gente, cristã e profissional. Reforçando sempre os aspectos morais, éticos e legais da vida e que com tão pouco estudo que tiveram, construíram esta família maravilhosa. Desculpe-me pela ansiedade e preocupação que causei quando viajava ou isolava-me para estudar. Obrigada por me ensinarem a caminhar.

com seriedade, liberdade, esperança de poder sonhar e lutar pela vida e por minha profissão, minhas fontes de amor.

Ao meu querido esposo que entendeu minhas viagens, leituras, apoiando-me, fortalecendo meu eu em uma relação também transpessoal na qual com certeza nós dois somos um em eterno crescimento e desenvolvimento familiar, facilitador do meu auto controle e atenuador do meu estresse, meu companheiro.

Aos meus irmãos Sônia, Gilberto, Sueli e Sivoney pela força e amor. Meu amor e gratidão a vocês e aos seus será eterno como Deus. Felicidade é ter vocês como irmãos aos cunhados e a minha cunhada que juntos me presentearam com sobrinhos(as) maravilhosos(as).

À co-orientadora hoje orientadora Dr.^a Maria Ribeiro Lacerda por acreditar em minha proposta de trabalho dirigindo e projetando o meu conhecimento no cuidado transpessoal, até transcendendo comigo nas dúvidas e incertezas que me desnorteavam a cada passo trilhado, ensinando o cuidar com o coração e a razão de forma humanizada. Que Deus esteja com você e sua família sempre, pois você acreditou no meu potencial, fortaleceu meu crescimento e desenvolvimento profissional, minha gratidão, meu eterno respeito e admiração.

A Professora Dr.^a Maria de Lourdes Centa que tantas vezes me atendeu as altas horas da noite a fim de me apoiar, sempre dizendo "... você pode filha, você vai conseguir... ", ao grande ser humano que é.

Aos professores doutores do mestrado pela dedicação ao me direcionar para um objetivo tão nobre, o de ensinar e cuidar, os quais auxiliaram na transformação dos meus sonhos em realidade mantendo sempre acessa a chama do saber e ir em frente, quanta história!!!

À Dr.^a Tamara Cianciarullo pelo grande apoio e conforto na resolução e conclusão do meu mestrado.

À coordenação de Pós-Graduação UFPR e UFSC, Departamento de Enfermagem (UFSC/UFPR) e ao Projeto Repensul (UFPR/UFSC), que oportunizou a realização deste mestrado.

As professoras visitantes, meu agradecimento pela transformação do meu saber e por auxiliarem na transformação de uma realidade distante, mas não impossível do cuidar e do ser enfermeira.

A APDE (Associação de Portadores de Doenças Especiais) e a todos os voluntários que se dedicam a este trabalho com tanto amor, carinho e dedicação, a minha doação.

A todos os pacientes portadores de neoplasias e suas famílias pelo apoio e por tudo que aprendi nesta jornada profissional, pela fé, carinho e dedicação, pela força que soma a cada dia em busca da cura do câncer e do espírito, por acreditarem e na sua grande maioria vencerem, a minha solidariedade e apoio, o meu ser.

Aos meus grandes espelhos do ser enfermeira as professoras Magda Lúcia Félix Oliveira e Vilma Balielo (Maringá), pois a vocês devo meus primeiros passos no trilhar o saber da enfermagem e sempre buscar mais, minha sede de saber.

Aos colegas de mestrado pelos momentos raros e importantes vividos juntos, pelo crescimento individual e grupal aos que para mim hoje são partes da minha família.

Aos meus colegas de trabalho de Paranavaí em especial aos da Vigilância Sanitária que facilitaram minha vida profissional e sempre me apoiaram no desenvolvimento do mestrado, o meu carinho, a minha chefe por entender minhas ausências, ao secretário da saúde a até mesmo ao prefeito.

A parceira Suzelaine Tanji, minha ouvinte e confiante, meu apoio e minha cúmplice neste mestrado. Desculpe pelas noites mal dormidas, pelas viagens felizes. Conheço seu cheiro, hoje sei quem você é, obrigado por partilhar comigo estes momentos.

As minhas amigas Célia Márcia Rebouças, Claudia Dias, Edmara Fernandes, Izabel Cristina Viana, Leoni Dal-Prá, Marileide Marchi Morais, Núbia Dantas Gabriel, Sueli Mieko Miamoto, Sueli Novakowisk meu muito obrigado pela grande amizade que nos une e pela verdade que nos mantém unidas de forma tão especial, minha amizade.

A professora de Kundalini Yoga, que tantas vezes foi minha fonte de energia, amizade, parceria e cumplicidade. Obrigado por me ouvir e ajudar a ser eu mesma.

À Edmara, Sueli e Vilma por me auxiliarem em algumas tarefas de digitação dentre outras, por me agüentarem.

Aos amigos do Club Vip e do Rotary Moema, dos quais tantas vezes me ausentei e que mesmo assim suavizaram a distância e a ausência pela qualidade oferecida de carinho em tão pouco espaço de tempo que nos encontramos no decorrer do curso de mestrado, minha amizade.

As amigas Gerti, Maristela, Solânia, que compartilhamos todos os momentos de angústia, medo, solidão, dificuldades de compreensão e até o fim foram solidárias e amáveis comigo, que seus anjos as acompanhem sempre dirigindo seus passos e que nossos laços sejam eternos, pois minha amizade, respeito e amor serão.

À Maria Antonia, que foi comigo incentivada a prepararmos para o mestrado e que infelizmente por outros motivos não fez o curso comigo.

A digitadora Heloisa, que tantas vezes me entendeu e contribuiu comigo no desenvolvimento deste trabalho, meu apoio e gratidão.

A professora Regina que tão prontamente me auxiliou na tarefa que para mim foi a mais árdua do mestrado, a revisão de português. Que Deus permita a você continuar assim tão meiga, positiva e compreensiva, meu crescer.

A professora Dr^a Sandra Honorato pelas contribuições e amizade partilhada.

A direção, funcionários e professores a FAFIPA, por acreditarem no meu potencial e ajudarem na realização do mestrado, principalmente aos professores do Departamento de Enfermagem para que estes não se esqueçam que o mestrado não é o fim, mas o início de mais uma etapa da nossa jornada profissional.



*"Quem passou pela vida em brancas nuvens,
e em plácido repouso adormeceu;
quem não sentiu o frio da desgraça,
quem passou pela vida e não sofreu;
foi espectro de homem, não foi homem;
só passou pela vida, não viveu."*

(Francisco Otaviano A. Rosa)

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS	xiii
LISTA DE DIAGRAMAS	xiv
RESUMO	xv
ABSTRACT	xiv
1. INTRODUZINDO A TEMÁTICA	01
2. JUSTIFICANDO O CUIDAR	08
2.1 Objetivos	11
2.1.1 Geral	11
2.1.2 Específicos	12
3. BUSCANDO UM REFERENCIAL	13
3.1 Fatores de cuidado associados ao Cuidado Domiciliar	15
3.2 Conceitos selecionados	19
3.2.1 Ser humano/família	19
3.2.2 Ambiente/domicílio	22
3.2.3 Saúde – doença	24
3.2.4 Cuidado transpessoal	25
3.2.5 Enfermagem	27
3.2.6 Educação: ensino – aprendizagem	30
3.2.7 Falando sobre câncer/neoplasia	31
4. PROPONDO A METODOLOGIA	37
4.1 Contextualizando o local de estudo	39
4.2 Selecionando os sujeitos de estudo	42
4.2.1 Trajetória dos clientes	42
4.2.2 Passos para seleção dos clientes	43
4.2.3 Motivos que levaram a seleção dos clientes atendidos	47
4.3 Explicando a metodologia do trabalho	50
4.3.1 As quatro fases do processo de cuidar	50
4.3.2 Propondo no domicílio o cuidado domiciliar	51
4.3.3 Aplicando e entendendo o processo de enfermagem no domicílio	52
5. CUIDANDO DE FORMA TRANSPESSOAL	56
5.1 Discutindo a prática do cuidado transpessoal	57
5.2 Analisando a utilização do marco de referência adotado	58
5.2.1 Levantando necessidades e implementando cuidados de enfermagem	60
5.3 Desenvolvendo o processo de cuidado transpessoal	84
5.3.1 Experienciando o processo do cuidado domiciliar	84
6. REFLETINDO SOBRE O CUIDADO TRANSPESSOAL VIVIDO	92

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
8. BIBLIOGRAFIAS CONSULTADAS NOS MOMENTOS DE REFLEXÃO	102
9. ANEXOS	105
ANEXO 1 Histórico da APDE	106
ANEXO 2 Instrumento de coleta de dados no domicílio e conhecimento do ser cuidado e seus familiares	111
ANEXO 3 Atividades desenvolvidas em conjunto com APDE	115
ANEXO 4 Lista de recursos disponíveis à comunidade de portadores de neoplasias	116
ANEXO 5 Gráficos demonstrativos dos clientes da APDE	117
ANEXO 6 Consentimento Livre e Esclarecido APDE	118
ANEXO 7 Consentimento Livre e Esclarecido a ser assinado pelos sujeitos da pesquisa	119

Lista de Quadros

QUADRO 1: CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DE ESTUDO	12
QUADRO 2: FATOR DE CUIDADO 1: Possuir um sistema de valores humanista- altruísta	64
QUADRO 3: FATOR DE CUIDADO 2: Promover fé-esperança	66
QUADRO 4: FATOR DE CUIDADO 3: Ter sensibilidade consigo e com os outros	68
QUADRO 5: FATOR DE CUIDADO 4: Desenvolver uma relação de cuidado humano de ajuda-confiança	70
QUADRO 6: FATOR DE CUIDADO 5: Promover e aceitar a expressão de sentimentos positivos e negativos	72
QUADRO 7: FATOR DE CUIDADO 6: Utilizar o processo de cuidado criativo resolvendo problemas	74
QUADRO 8: FATOR DE CUIDADO 7: Desenvolvendo o ensino e cuidado transpessal	76
QUADRO 9: FATOR DE CUIDADO 8: Prover de um ambiente protetor e/ou atenuantes mentais, físico, sociais e espirituais	78
QUADRO 10: FATOR DE CUIDADO 9: Focalizar a assistência em relação as necessidades humanas da clientela	80
QUADRO 11: FATOR DE CUIDADO 10: Ter consciência da presença de forças existenciais-fenomenológicas-espirituais na relação entre quem cuida e quem é cuidado	82

Lista de Diagramas

Diagrama 1: Relacionando Conceitos.....	36
--	-----------

RESUMO

Cuidado transpessoal de enfermagem domiciliar a clientes oncológicos e suas famílias

Neste trabalho apresento a proposta do cuidar no domicílio de portadores de doença neoplásica e suas famílias, cadastradas na Associação de Portadores de Doenças Especiais, fazendo uso da teórica em cuidado humanizado Jean Watson (1985), bem como outros autores de enfermagem para elaboração de conceitos por mim vivenciados. Os objetivos propostos foram os de viabilizar os cuidados de enfermagem transpessoais no domicílio com clientes e suas famílias, integrar a família no processo de cuidar para melhorar as condições de vida e convivência com a oncologia e valorizar a capacidade, aumentando o vínculo do cuidar e ser cuidado no domicílio, priorizando a condição de saúde e doença do cliente e da família. O cuidar junto a sete clientes priorizou as ações enfocadas pelos dez fatores de cuidado propostos pela referida teórica. O processo de cuidar proposto por Lacerda (1996), foi utilizado nas suas fases: contato inicial, aproximação, cuidado transpessoal e separação. Desenvolveram-se cuidados de enfermagem transpessoais a partir da identificação das necessidades humanas que os pacientes e familiares manifestavam. Os dados foram coletados e apresentados na forma de quadros e relatos. O estudo pretende contribuir para a reflexão do ser enfermeiro enquanto pessoa, profissional e na sua formação de novos enfermeiros, mostrando a relevância social que se conquista quando o profissional desenvolve o cuidado humano no domicílio. Fazer parte deste processo de viver o vivido pelo outro de experienciar suas experiências, de sentir o sentido, de fazer o que o outro não faz ou poderá vir a fazer com relevância de que tudo isto depende do enfermeiro é muito dignificante para o profissional e para a profissão.

ABSTRACT

Transpersonal home nursing care to oncology client and yours families

In this work I present the proposal of care in the home of neoplasias carries disease and yours families, set up in the Associação de Portadores de Doenças Especiais using the theoretical in Jean Watson caractive humanized (1985), as well as other nursing's for authors for elaboration of concepts for my experiences. The objectives proposed were of making possible the transpersonal nursing home care with patients and your families, to integrate the family in the carative process to improve the life conditions and living together with oncology and to value the capacity, increasing the link of care and to be taken care in the home, prioritizing the health condition and disease of patient and your family. The carative seven clients prioritized the approached actions for ten care factors proposed by the theoretical mentioned. The process of care proposed by Lacerda (1996), it was used in its phases: contact initial, approach, care transpersonal and separation. Transpersonal nursing's cares were developed starting from the identification of necessity humans that the patients and relatives manifested. The data collected were presented in form of table and reports. The study intends to contribute for the reflection of nurse with person, professional and the new nurse's formation, showing the social relevance that is conquered when the professional develops the human care in the home. To do part of this process of to live the lived by the another person, of to live your experiences, of to feel the felt, of to do that other person doesn't do or will can come to do with relevance that everything this depends on the nurse it is a lot of dignified for the professional and for the profession.

1. INTRODUZINDO A TEMÁTICA

Em toda trajetória profissional, quando ao prestar cuidados a clientes internados, havia uma inquietação, no sentido de saber se as orientações das ações de cuidados efetuadas no processo de alta hospitalar do cliente, seriam executadas e por quem as mesmas seriam realizadas no domicílio.

Esta preocupação em como o ser humano era e é encaminhado para o lar deixa uma indagação sobre como os profissionais de enfermagem poderiam contribuir para a melhoria das condições do cuidado de saúde dos indivíduos.

Sabe-se que na maioria das vezes, pouca ou nenhuma orientação é dada sobre como, quando, onde e de que forma devemos cuidar de um ente querido no seu retorno ao lar após o internamento e pouco se discute se esta orientação é consonante com a capacidade da família e condições do domicílio para viabilização do cuidado.

Para WATSON (1996), o cuidado é o atributo mais valioso que a enfermagem tem para oferecer à humanidade, que está ameaçada pela desenvolvida tecnologia médica, pelas restrições burocráticas e administrativas, aliadas à proliferação de técnicas de cura e tratamentos radicais. Revela que por ser a enfermagem uma profissão do cuidado, sua habilidade para manter o seu ideal de cuidado na educação e na prática, afetará a maneira como a humanidade se desenvolve e evolui em direção a uma sociedade mais pacífica. Propõe um modelo centrado no cuidado e, que capacite os enfermeiros a serem mais responsáveis e comprometidos com a sociedade, preocupando-se mais com a humanização, no sentido de contrabalançar a crescente tecnologização da saúde e, a serem mais solidários, sensíveis e zelosos com problemas éticos, morais, criativos e aptos a aplicar conhecimentos às questões e problemas dos clientes, principalmente no domicílio respeitando e fazendo valer seus direitos.

Para Lacerda (2000, p.23),

o cuidado domiciliar pode ser uma maneira eficaz e significativa, situação em que há o cumprimento do papel social pelos profissionais de saúde e que, para a enfermeira, pode se manifestar sob seu compromisso ao desempenhar seu papel, ao se reconhecer e ser reconhecida profissionalmente, considerando o cuidado, suas ações ao cliente, familiares e comunidade, em cuja expressão está o significado da contribuição à sociedade que afirma como profissional.

Portanto meu objetivo em trabalhar com a enfermagem no domicílio foi no sentido de auxiliar clientes e familiares a desenvolver ações, prestar o cuidado e ensinar a cuidar através da ação educativa.

Para tanto senti a necessidade de cuidar no domicílio aprendendo e ensinando quando, onde e como os seres cuidadores (família) podem cuidar desses clientes, de forma a possibilitar para os mesmos e seus familiares o sentimento e a convicção de serem úteis uns aos outros, bem como proporcionar à família e/ou a comunidade o prazer de cuidar com amor, afeto, dedicação, carinho e conhecimento.

Senti ainda a necessidade de compartilhar com a enfermagem enquanto docente, a importância de prestar cuidados no domicílio como continuidade da assistência à saúde e também como local provável de melhor convívio ao ser humano, “seu lar ou habitat”, auxiliando na mudança de paradigmas do processo histórico, de que só se trata, cuida e cura de “indivíduos”, “clientes”, “pacientes”, “seres humanos”, no hospital, e que fora dele, segundo a visão de algumas profissões e profissionais, torna-se difícil ou inviável.

Todo este processo de ensinar e de cuidar foi vivido e experienciado por mim, quando do surgimento de um caso de doença crônica “Leucemia Linfoblástica Aguda” em um ente querido, muito próximo, um sobrinho de 08 anos, que após a separação dos pais com a idade de dois anos, reside em nosso domicílio. Deste modo pude aprender, adaptar e desenvolver parte do processo de cuidar no domicílio e ainda de ensinar aos familiares como desenvolver os cuidados inerentes ao seu estado físico, inclusive quando cuidar e por que cuidar no domicílio.

Este processo todo foi acompanhado tanto na hospitalização quanto no ambulatório por uma equipe multi profissional, destacando-se a atuação da equipe de enfermagem, direcionando suas ações para garantir o preparo dos cuidadores que dariam continuidade ao tratamento no domicílio.

Silvania Maria de Souza

Estas equipes somaram orientações, apoio e reflexão ao plano terapêutico proposto. Apesar dessa atuação o cuidado no domicílio foi facilitado por haver no núcleo familiar o apoio de uma enfermeira e uma auxiliar de enfermagem que se tornaram cuidadoras.

Ficou claro que se neste período a família não fosse detentora deste conhecimento não sabemos o que teria acontecido. Será que o caso teria obtido o mesmo resultado? Surgiu então o questionamento: por que não cuidar no domicílio? A família necessita de informação para saber cuidar e poder cuidar, evidencia-se a falta de profissional com estes conhecimentos para atuar no domicílio daqueles clientes que não possuem em seu núcleo um profissional detentor deste saber, é certo que pouco ou quase nada pode ser feito e/ou resolvido sem este apoio profissional tão significativo para o cuidar, o enfermeiro no domicílio.

Esta situação causou a todos envolvidos enormes transtornos, muita dor, sofrimento, sentimentos conflitantes e até mesmo de descrédito, pois por várias vezes um ou outro membro da família questionava, “Deus não existe...”, “Por que ele e não eu...”, “Não merecemos este castigo..”, a mãe muito preocupada dizia: “isto é genético, eu sou a única culpada...”, “preferimos morrer ao vê-lo sofrer tanto...”, houve até vezes quando, durante o tratamento, profissionais diziam: Leve-o para morrer em casa...”, “não tem mais jeito”, “está fora do nosso controle”, “o protocolo que temos a seguir já se esgotou”, “não adianta ficar no hospital”, “dêem chance a um outro cliente com prognóstico melhor”. A família continuou insistindo muito, relutando em aceitar estes conselhos tão "salutares" e persistiu.

Brigamos muito pelos nossos direitos, direitos de Gabriel (sobrinho) e também apegamo-nos única e exclusivamente em Deus, à família, e nos profissionais. Sempre nos reuníamos para tomadas de decisões e a família não omitiu informações a Gabriel. Reforçando todos os laços familiares anteriormente desgastados e unidos por um único objetivo, “a cura”, cura esta em que poucos acreditavam e/ou esperavam, tratamento este que ninguém aceitava ou priorizava como exemplo do realizado por outros clientes e famílias, “vá ao curandeiro tal...”, leve-o para tal país...”, “dê isto ou aquilo...”, “passe tal produto...”, “interne-o em tal lugar...”, “dê banho de não sei o quê...”, “na Bahia tem cirurgia espiritual na mesa não sei qual...”, “com o pai não sei quem...”. Se fossem seguidos tais conselhos ter-se-ia realizado uma grande turnê.

Mas unidos como estávamos e sem medir esforços fizemos várias reuniões, tomando a seguinte posição: tratamento medicamentoso sem interrupção, Deus em todos os momentos através do cultivo da fé, amor e muitas orações, Santos e Anjos apegamo-nos a todos para não

magoar nenhum ou descredibilizá-los, religião e credo aceitamos todos, cada corrente positiva que se somava foi e é bem vinda até hoje.

Fizemos ainda a opção de mudanças alimentares o mais natural possível, sempre priorizado produtos novos, preparados na hora do consumo, com variação de cores, sabores e formas de condimentos e preparo. Substituímos produtos químicos, refrigerantes e dentro do possível a carne vermelha. Intensificamos a ingesta hídrica também com produtos o mais naturais possível, sempre fracionados e em horários estipulados. Dificilmente foi deixado de oferecer ao Gabriel e ou até mesmo incentivá-lo a ingerir algum tipo de alimento num período maior do que sessenta minutos. Era realmente uma assistência integral, possível de ser cumprida no domicílio pelos familiares, quando bem orientados.

Procuramos sempre não expô-lo a riscos, desgosto, preocupações, cuidados sempre foram tomados prevenindo tudo e todos (pessoas portadoras de algumas infecções). Visitas sempre com apoio moral e pensamentos positivos, quem por algum motivo interno ou interior se comovesse não era na frente da criança, alguns diziam “vocês estão ficando loucos” e a família apenas dizia “nós estamos tentando e seguindo a vontade e o desejo do nosso próprio coração, é claro usando também os conhecimentos técnicos e científicos que nos eram transmitidos aqui ou ali por um profissional e outro, por um serviço ou outro, com sentimento e entusiasmo e é isso que pretendo concluir ao final deste trabalho.

Todo este cuidar deu à família e aos profissionais envolvidos a possibilidade de cura desta patologia tão temida e difícil de suportar. Desta feita, acreditando ser parte desta cura, reflexo de cuidar humanizado, reforçado pelo sentimento familiar que uniu este núcleo em torno de um bem comum, busquei então iniciar um processo de cuidar e orientar no domicílio de outros clientes, objetivando dar a eles e a seus familiares a oportunidade de saber e cuidar com acompanhamento dos profissionais de enfermagem.

No decorrer do processo vivido pela família sentimos ainda a ausência, em alguns momentos, deste acompanhamento domiciliar, ou melhor, preparo para enfrentá-lo, sem, contudo oferecer riscos ou agravos aos envolvidos.

Ao repensar toda esta situação vivida e apoio recebido, questiono-me: Será que conseguimos vencer esta batalha graças à curiosidade de profissionais que emanava no núcleo da família e dos outros profissionais envolvidos? E se não existissem profissionais da saúde envolvidos no processo do tratamento, será que as dúvidas teriam sido sanadas? As orientações teriam ocorrido? As informações teriam sido trocadas? Eis uma das preocupações

que pairam sobre a profissão. Todo cliente recebe a mesma atenção e mesmo tipo de informação? Existe uniformidade de ações no cuidado a clientes neoplásicos? E seus familiares são envolvidos neste processo?

Ao refletir sobre o papel, a função e a vocação do enfermeiro, depara-se com aspectos que são rotineiramente repetitivos, sem atenção especial ao papel de intercâmbio pessoa a pessoa, intercâmbio este que geralmente ocorre nos núcleos familiares. Paganini (1998; p.13), em seus escritos acrescenta que as "atribuições não necessitam de mudanças, mas sim da inclusão em seu núcleo de ação da essência de enfermagem, ou seja, do cuidado humano. Esta é a meta principal, ao se fazer cumprir toda a gama de atribuições. Humanizar a nossa existência e a existência do outro é humanar ou viver em enfermagem".

Com este pensamento, e dentre as teorias conhecidas, selecionei a teórica Jean Watson, por ter sensibilizado o meu lado pessoal e profissional de pesquisadora pela valorização da crença e credibilidade na enfermagem através do cuidado humanizado, que está relacionada ao cuidado e ao cuidador como atributo importante para ajudar a humanidade.

Watson (1979; 1985), é uma das teóricas no campo da enfermagem a dar conotação espiritual ao cuidado, incluindo alma, sentimentos de fé-esperança, sistema de valores humanistas – altruístas e forças existenciais-fenomenológicas-espirituais, dentro das percepções fundamentais na relação transpessoal. A arte é a materialização do espírito, dos sentimentos, dos valores, que são mostrados pelas atitudes de interesse, apreço, disponibilidade, afinidade, vontade e que são transformados em ações que podem ser as mais variadas possíveis, como: ouvir, ver, sentir, estar junto, ser, ser disponível e outros que demandam da enfermeira o uso de todo o seu ser (*self*).

A forma como o cuidado se dá na relação com o ser humano (família, clientes e outros seres humanos), ocorre dentro de uma relação transpessoal de ligação e interação total dos seres envolvidos e providos de sentimentos, respeito, consideração e dignidade para com o outro, vivendo e experienciando a situação e a dor do outro, levando em conta o lado espiritual do indivíduo ou cliente. “Numa relação de cuidado transpessoal, uma união espiritual ocorre entre as duas pessoas, onde ambos são capazes de transcender o *self*, tempo, espaço e história de vida de cada um”, (Watson, 1985; p. 67).

Lacerda (1996), refere em seus escritos que, transcender na relação transpessoal deve ser entendido, como ir além do físico, do mental, estar com o outro no corpo e no espírito, é compartilhar, ocupar o mesmo espaço e, ao mesmo tempo, respeitar sua individualidade.

Desta forma, a pesquisa foi desenvolvida com clientes portadores de problemas neoplásicos, que são cadastrados na APDE - Associação de Portadores de Doenças Especiais de Paranavaí, conforme consentimento livre e esclarecido fornecido pela instituição (anexo 6).

Ciente enquanto profissional que quase toda a família poderá se defrontar com um caso de doença crônica em algum ponto de seu ciclo vital ou em seu núcleo, podendo isto provocar considerável estresse no cliente e seus familiares e significando um desafio adicional àqueles inerentes à vida da família. A experiência da doença crônica afeta a vida da família de modo profundo, e o modo que a família maneja a doença crônica pode influenciar fortemente no curso da própria doença.

O fato de muitas famílias lidarem com estes desafios com sucesso, desenvolvendo uma nova identidade e efetivamente se adaptando ao tratamento, atesta os ricos recursos da família em força, flexibilidade, paciência e cuidado. Esta colocação é muito clara nos trabalhos escritos por Lacerda (1997).

Riehl & Sisca (1989; p. 219), colocam que a teoria de Jean Watson é caracterizada pelo cuidado humano e que este por sua vez:

é visto como ideal moral da enfermagem. Cuidado humano consiste numa experiência intersubjetiva e transpessoal para proteger, engrandecer e preservar a humanidade pela ajuda a pessoas e famílias, encontrar significado na doença, sofrimento, dor e existência, e ajudar os outros a aumentar seu auto-conhecimento, auto-controle, auto-benefício.

Watson (1985), concebe o cuidado como o atributo mais valioso que a enfermagem tem para oferecer à humanidade e que este cuidado com o ser humano (cliente, família) ocorre na forma de uma relação transpessoal, onde o ser-enfermeiro co-participa com o ser-cliente da situação vivida.

Assim, busquei facilitar e oferecer a oportunidade ao enfermeiro de perceber a verdadeira essência do cuidado humano, repensar a sua prática profissional, fazendo uso de ações de cuidado que transforme este cuidar. Tentar propiciar aos profissionais de enfermagem um processo de reflexão acerca dos cuidados aplicados, rever suas crenças,

valores, costumes, práticas, técnicas e conceitos, utilizando para tanto o referencial de cuidado humano de Jean Watson.

2. JUSTIFICANDO O CUIDAR

Considerando as mudanças ocorridas no SUS (Sistema Único de Saúde), e as dificuldades crescentes no país, torna-se necessário contribuir para a aquisição e/ou manutenção de condições dignas de vida para o ser humano de forma a não lesar nem denegrir o mesmo como se fosse pedaço e não parte integrante deste processo. Não se pode dividir em momento algum a vida do outro e nem segmentá-la, fazendo-se necessário que a enfermagem vá além do sistema imediatista de cuidado apenas curativo e pouco atuante na prevenção e promoção da saúde.

A enfermagem precisa se desvencilhar do anonimato hospitalar e trilhar caminhos menos sinuosos e mais práticos na sua história profissional. Uma das grandes precursoras do desenvolvimento da enfermagem no cuidado domiciliar já referendava esta necessidade em seus manuscritos, (NIGHTINGALE, 1989).

Penso que a enfermagem domiciliar pode vir ao encontro com as necessidades de cuidado, já que os clientes defrontam-se com a carência de leitos hospitalares.

O chamado sucateamento dos hospitais e também com os poucos recursos repassados pelo sistema de saúde atualmente, cujo discurso é pouco condizente com a prática assistencial vivenciada nos hospitais, e o preconizado na NOB-96 (Norma Operacional Básica – 1996), pude acompanhar na última década um panorama de várias mudanças e estratégias ocorridas nos serviços de saúde, com redução da capacidade de atendimento em hospitais e ambulatorios.

Conforme Lacerda (2000, p.29), com o cuidado domiciliar,

há vantagens para os envolvidos naquele exercício, ou seja para o cliente, a proximidade do ambiente familiar pode acelerar o desencadeamento do processo de recuperação, há certa comodidade na internação domiciliar pois evita o deslocamento de familiares até o hospital; para a família, oportuniza poder estar com seu familiar, e tratá-lo com toda a atenção possível, fazer o que acredita ser o melhor, manter e/ou reforçar os laços afetivos e/ou efetivos; para o médico, às vezes, permite dispensar maior atenção aos clientes que realmente necessitam de internação hospitalar, reduz os riscos de infecção em seus clientes; para os hospitais, aumento da oferta de vagas devida à maior rotatividade de leitos, aumenta a lucratividade com uso dos recursos e aumenta a satisfação do cliente, sendo uma continuidade da atenção a saúde.

Halm & Alpen (1993), enfatizam em seus estudos a grande evolução tecnológica aliada ao cuidado em Unidade de Cuidado Crítico. Afirmam que o ambiente destas unidades provoca seqüelas indesejáveis na família e no indivíduo. A enfermeira pode criar estratégias para minimizar esta situação, mantendo o uso da tecnologia, a qual se apresenta de forma muito importante para a manutenção da vida e recuperação do doente gravemente enfermo.

Assim, estas estratégias deveriam abranger informações educativas, para reduzir o medo e a ansiedade, relacionados aos procedimentos; facilitar o toque e o envolvimento da família durante o horário de visita, tentando humanizar um pouco mais a tecnologia utilizada no ambiente, reduzir barulho, favorecer as atividades familiares que facilitem as sensações relacionadas ao cliente, melhorando o sono e o repouso pelo planejamento adequado das atividades diretas ao cliente, oferecendo-lhe condições de conforto.

O ser cuidado é influenciado também no processo de hospitalização pelas mudanças como as de privacidade, estresse, segurança e conforto. Nesta fase mantém-se a pessoa fora do seu ambiente familiar, ocorrem desajustes que alteram o todo individual, intensificando a carga de estresse. O estresse é a grande preocupação para os cuidadores de unidades críticas, porém se percebe certa dificuldade ou falta de alternativas para o seu manejo.

Na visão de Watson (1979), o estresse interrompe as atividades do planejamento normal do indivíduo, causa as alterações sociais, culturais ou interpessoais, que por sua vez modificam o estado de saúde. Desta forma incentiva-se os cuidados de enfermagem transpessoais também no domicílio a fim de suprir as necessidades de cuidado, carinho, atenção, afeto, sensibilidade, totalizando o cuidado humano, criando novas formas de cuidar através dos valores e crenças profissionais e assim construir uma nova prática profissional.

A enfermagem domiciliar, há tantos anos praticada em menor proporção, precisa ter suas bases reforçadas, para oferecer este conforto, participando com vontade e conhecimento nos serviços de saúde, adequando-se ao novo modelo assistencial a ser adotado, prestando e ensinando os cuidados ao cliente e a sua família de forma a ampliar e aprimorar os seus conhecimentos e contribuindo efetivamente na qualidade da assistência de enfermagem prestada e na melhoria da condição de vida da população.

O ambiente familiar é considerado um dos mais próximos ao bem estar do cliente, sob vários pontos de vista, principalmente o afetivo responsável muitas vezes por acelerar seu processo de melhora contribuindo para um resultado mais efetivo ao cuidado proposto e prestado. A família, na maioria das vezes, é o alicerce na vida do indivíduo, e como elo em uma corrente de afetividade, não deve ser rompido e tão pouco segregado entre pessoas e locais não familiares ao mesmo.

Segundo Atkinson (1989), a família em nossa sociedade, como na maioria das sociedades é uma instituição responsável pelo apoio físico, emocional e social de seus membros.

Lacerda (1996; p. 16), considera que o cuidado domiciliar:

é uma área de atendimento de enfermagem que nos tempos em que vivemos necessita ser resgatado. O enfermeiro tem um importante compromisso social ao desempenhar o seu papel, pois cuida do indivíduo, de sua família e da comunidade de forma geral e especificamente. Através desse cuidado, ele devolve a sociedade a razão de sua existência enquanto profissão, pois tem um papel social muito importante a desempenhar sendo sua expressão a contribuição que dá por pertencer a esta mesma comunidade que o afirma enquanto profissional. Assim sendo, voltar a atenção para os pacientes e seus familiares no domicílio podem ser uma das formas de expressar este papel profissional.

Para que o cuidado domiciliar possa acontecer, faz-se necessário que o domicílio e/ou local de moradia cumpra alguns quesitos mínimos necessários para dar subsídios e oferecer suporte ao trabalho de cuidar desenvolvido pela enfermagem e/ou família, a fim de propiciar o desenvolvimento dos cuidados essenciais e de segurança ao cliente considerando seu prognóstico e evolução.

O ninho afetivo do cliente que pode ser o domicílio, oferece as mínimas condições necessárias para o seu bem estar que são seus pertences, seu cheiro, suas fantasias, seu

refúgio, seus entes queridos, sua necessidade de afeto, um olhar carinhoso, um olhar amigo, uma palavra, seu local preferido, onde pode ocorrer uma troca transpessoal com o seu próprio mundo e com os seus familiares, dando equilíbrio ao seu eu interior, facilitando a receptividade a uma orientação e também a resposta orgânica desejada ao seu limiar de estresse já modificado.

A enfermagem é imprescindível para promover esse local, o mais próximo do desejado no domicílio, a fim de facilitar esta troca e esse cuidado entre o necessário e o existente, orientando, cuidando, confortando e educando o ser, através das visitas domiciliares com intuito de prestar os devidos cuidados ao cliente.

É hora da enfermagem ser cada vez mais forte, consciente e profissional, desenvolvendo pesquisas, comprometendo-se e fazendo mudanças no cuidado a seus clientes, principalmente os crônicos, vistos hoje como clientes que encarecem e empobrecem os serviços de saúde com pouco ou nenhum retorno à comunidade, apenas o de viver que é mais que suficiente a ele e a família. Precisa-se criar um referencial e um diferencial de atuação nos diversos níveis de saúde a fim de aprimorar e qualificar cada vez mais os serviços de enfermagem, usando como alicerce a astúcia, vontade, técnica e o saber científico como parte integrante do processo de “cuidar”. E mais, como forma de expansão do cuidado à saúde deve-se implantar e aprimorar o cuidado domiciliar para melhoria na continuidade deste atendimento. Desta forma, enfermagem será cada vez mais criativa e útil no cuidar da comunidade a fim de contribuir positivamente no processo de atenção à saúde.

O cuidado no domicílio requer um planejamento acurado de ações com base em um delineamento dos objetivos assistenciais, um diagnóstico da situação vivida, requerendo uma base conceitual que assegure e direcione sua operacionalização.

2.1. OBJETIVOS:

2.1.1. GERAL:

Cuidar de clientes portadores de neoplasias e seus familiares no domicílio com base nos referenciais teóricos de Watson (1985).

JUSTIFICANDO O CUIDAR

2.1.2. ESPECÍFICOS:

- ❖ Viabilizar os cuidados de enfermagem transpessoais no domicílio com clientes e suas famílias;
- ❖ integrar a família no processo de cuidar para melhorar as condições de vida e convivência com a neoplasia;
- ❖ valorizar a capacidade aumentando o vínculo do cuidar e ser cuidado no domicílio, priorizando a condição de saúde e doença do cliente e da família.

3. BUSCANDO UM REFERENCIAL TEÓRICO HUMANIZADO

Durante algumas décadas, os enfermeiros têm trabalhado na formulação de uma quantidade de referenciais de enfermagem para a prática da mesma. Esses referenciais constituem explicações formais do que é a Disciplina de Enfermagem. Atualmente, mais pesquisadores do que jamais houve, estão desenvolvendo estudos com base em modelos conceituais e teorias que apresentam relevância para enfermagem Polit, (1995).

A ciência da enfermagem, todavia ainda luta para integrar o conhecimento acumulado aos sistemas de saúde e a prática assistencial desenvolvido e implementada.

É provável que a pesquisa em enfermagem continue em sua trilha atual, realizando estudos numa perspectiva multidisciplinar e multiteórica, onde se busca entender o uso desses referenciais como parte saudável, importante, indispensável e inevitável do desenvolvimento da ciência da enfermagem contribuindo para a profissão nos dias de hoje.

Desta forma, busca-se associar a teoria da enfermagem de Jean Watson “Ciência Humana e o Cuidado Humano uma Teoria de Enfermagem”, com a qual podemos aproximar o cuidado domiciliar do indivíduo/família, tentando consolidar assim a relação entre a prática e a teoria existente na enfermagem.

Watson (1979), introduziu a definição de cuidar em uma visão transpessoal de cuidado, e segundo a autora, cuidado é a força baseada ao sistema de valores que afeta o encontro da enfermeira com a outra pessoa. A enfermeira precisa estar consciente dos

diferentes comportamentos e expectativas que possam surgir, respeitando diferenças culturais. O paradigma do cuidado fundamenta-se no respeito profundo pela existência humana, nos mistérios e descobertas da vida e toda a inter-relação entre eles. Ao se referir ao cuidado humano, o faz na junção de mente, corpo, espírito e natureza.

O cuidado transpessoal acontece quando duas pessoas se encontram espontaneamente em determinado momento ou em uma situação, dependendo da maneira intersubjetiva e do campo fenomenológico gerado pela energia daquele encontro. A relação alcança a dimensão espiritual, cósmica, de doação em que existe preocupação pelo processo de saúde. Momento de cuidado para Watson (1996), é o momento do encontro entre o enfermeiro e a outra pessoa, com suas histórias próprias de vida e campo fenomenológico de uma relação humana. Existe liberdade para escolha, de forma geral, deste momento e como os dois seres desejam se comportar na relação.

Utilizei neste trabalho as concepções da teoria de enfermagem de Jean Watson, autora da Ciência e Arte de cuidar de forma transpessoal na qual o cuidado de enfermagem domiciliar encontra uma fundamentação sólida em bases existenciais e humanistas.

Watson propõe sete pressuposições básicas sobre a Ciência do cuidado e dez Fatores de Cuidado que formam a estrutura da sua teoria e a base deste trabalho.

As sete pressuposições básicas de Watson (1979, 1985):

1. *O cuidado pode ser efetivamente demonstrado e praticado de modo transpessoal.*
2. *Cuidado consiste em fatores de cuidado que resultam na satisfação de certas necessidades humanas.*
3. *Cuidado eficiente promove saúde e crescimento individual ou familiar*
4. *As respostas de cuidado aceitam uma pessoa não apenas como ela é agora, mas como aquilo que ela pode vir a ser.*
5. *Um ambiente de cuidado é aquele que proporciona o desenvolvimento do potencial, ao mesmo tempo em que permite à pessoa escolher a melhor ação para si mesma, num determinado ponto do tempo.*
6. *Cuidado é mais promotor de saúde do que curativo.*
7. *A prática do cuidado é fundamental à enfermagem.*

(Watson, 1979, p.8-9).

Os fatores de cuidado:

1. *Possuir um sistema de valores humanista – altruísta.*
2. *Promover fé-esperança.*
3. *Ter sensibilidade consigo e com os outros.*
4. *Desenvolver uma relação de cuidado humano de ajuda-confiança.*
5. *Promover e aceitar a expressão de sentimentos positivos e negativos.*
6. *Utilizar o processo de cuidado criativo resolvendo problemas.*
7. *Desenvolver o ensino e cuidado transpessoal.*
8. *Prover um ambiente protetor e/ou alternantes mentais, físicos, sociais e espirituais.*
9. *Focalizar a assistência em relação às necessidades humanas da clientela.*
10. *Ter consciência da presença de forças existenciais – fenomenológicas – espirituais na relação entre quem cuida e quem é cuidado.*

(Watson, 1985, p.75).

Os fatores de cuidado bem como as pressuposições básicas referidas neste trabalho foram utilizadas no marco referencial, juntamente com alguns conceitos de enfermagem, saúde - doença, família, neoplasia, domicílio, ser humano, cuidado transpessoal, domicílio e ambiente/sociedade.

Desta forma, segue uma visão particular da pesquisadora com relação aos fatores de cuidado de Jean Watson.

3.1. FATORES DE CUIDADO ASSOCIADOS AO CUIDADO DOMICILIAR.

Fator de cuidado 1: Possuir um sistema de valores humanista – altruísta.

Conhecer a si mesma para poder aprimorar-se na relação com as outras pessoas e assim poder desenvolver o processo de cuidado, tentando minimizar o sofrimento e a dor, reforçando e potencializando o amor, interesse, o crescimento pessoal de ambos desde a infância até a fase atual de vida, considerando toda a forma de conhecimento obtido até o momento e relevando a forma com que isto aconteceu no espaço e no tempo. Facilitar o

cuidado de enfermagem através da sensibilidade e do respeito ao próximo e da solidariedade.

Fator de cuidado 2: Promover fé-esperança.

Promover junto ao cliente e a família em seu domicílio, da forma que melhor convier e sempre que possível engajados em um espírito de luta, força e vontade, da crença em algo ou alguém que dê sustentação a sua vida e reforce seus pensamentos e atos com o intuito de lutar por dias melhores. Buscar inclusive no seu eu interior vontade e desejo de um amanhã diferente e melhor que o hoje sempre embasado no ontem. Mobilizar forças interiores e transcender com o outro buscando melhorar sua condição de saúde e bem estar.

Fator de cuidado 3: Ter sensibilidade consigo e com os outros.

Harmonizar sentimentos de alegria e sofrimento a fim de equilibrar o cliente e a família de forma a desenvolver um nível de aceitação parcial ou total do seu estado, sem desistir ou deixar de sentir, desta forma buscamos conforto e cura através de formas diferentes de crescimento, estando abertos para experiências diferentes e aceitando sem resignar-se, aprendendo a lutar pelo seu ideal de vida e buscando dar ao cliente, condição de saúde e bem estar. Mente, corpo, emoções, sentimentos, relações que caminham juntos para um fim comum.

Fator de Cuidado 4: Desenvolver uma relação de cuidado humano de ajuda-confiança.

Atuar em união constante com a família, cliente e enfermagem de forma que haja comprometimento ético e moral em todo processo de cuidar e ser cuidado. Fazer uso do conhecimento e da experiência de cada um para melhor cuidar usando a intersubjetividade além do físico fazendo uso inclusive do significado de cada coisa, buscando comunicar-se não só verbalmente, mas principalmente com todas as outras formas e meios de falar, ouvir e sentir que só o ser humano na sua totalidade é capaz de desenvolver. Todo este processo se faz quando a empatia está sendo desenvolvida, aprimorada e vivenciada.

Fator de Cuidado 5: Promover e aceitar a expressão de sentimentos positivos e negativos.

Saber atuar com todas as várias formas de percepção do ser, principalmente as que referem a dor e a aceitação de seu estado de saúde - doença. Ser bastante claro e objetivo ao atuar com as mais variadas formas de sentir respondendo às mesmas de forma clara utilizando todas as experiências pessoais e profissionais. Valorizar os sentimentos e pensamentos do ser e sempre lembrar que tudo é novo e único não deixando fazer uso da positividade na relação do cuidar elaborando novos instrumentos para isto.

Fator de Cuidado 6: Utilizar o processo de cuidado criativo resolvendo problemas.

Estar aberto profissionalmente sempre para o novo e inusitado, fazendo uso de toda experiência de vida e profissional, promovendo cuidado domiciliar para estar, aceitando e buscando o novo para as mais variadas situações e ações. Viabilizar as ações conforme as necessidades, sempre almejando a condição de saúde e implementando medidas e ações criativas, de resolutividade para o momento, ampliando assim a visão do cuidar.

Fator de Cuidado 7: Desenvolver o ensino e cuidado transpessoal.

Buscar promover e motivar a potencialidade do ser humano envolvido de tal forma a buscar o seu nível de compreensão e através deste verificar a abrangências e o interesse do indivíduo para aproximar o ensino e a aprendizagem transpessoal do cognitivo do outro e do seu próprio ser. Aproveitando todo o conhecimento e oportunidade de aprender, buscando as mais variadas fontes e formas do saber para posteriormente enfrentar as situações mais variadas no domicílio e na vida a fim de humanizar também o processo de ensino/aprendizagem.

Fator de Cuidado 8: Prover um ambiente protetor e/ou alternantes mentais, físicos, sociais e espirituais.

Desenvolver meios e formas de atender às necessidades afetadas no ambiente do cliente, buscando a melhoria nas condições de saúde do indivíduo humanizando os

procedimentos e ações, confortando, protegendo, apoiando, criando e cultivando o núcleo do cliente/família como um ser total, aberto a mudanças no meio em que vive, estando ou tornando-os apto a adaptar-se a elas motivando e aceitando as alterações necessárias conforme o cognitivo de cada ser, incrementando e implementando medidas de suporte e apoio conforme as variáveis internas e externas, que existem e são na sua grande maioria uma interdependência entre eles, buscando assim ajudar o cliente/família a enfrentar as modificações ou adequações necessárias a este ambiente.

Fator de Cuidado 9: Focalizar a assistência em relação as necessidades humanas da clientela.

Promover e procurar implementar medidas de apoio à saúde e bem estar do ser humano de forma a proporcionar crescimento e amadurecimento do mesmo. Potencializar a sobrevivência do corpo e da mente alimentando-os de forma que a parte física e espiritual se fortaleçam e possibilitem a sobrevivência da espécie humana desde a mais simples função a maior e mais integra ação de viver, estar vivo e ser vivo. Fazendo uso das necessidades humanas para Watson (1979), que podem ser de ordem inferior como: as necessidades biofísicas ou de sobrevivência e as psicofísicas ou necessidades funcionais, ou de ordem superior: as psicossociais ou integradoras e as intrapessoais-interpessoais que são as necessidades de busca de crescimento.

Fator de Cuidado 10: Ter consciência da presença de forças existenciais – fenomenológicas – espirituais na relação entre quem cuida e quem é cuidado.

Cada ser humano é pleno em sua totalidade e pode ser percebido e cuidado como tal, fazendo-se necessário conhecer o seu “EU”, voltando toda sua energia para o ser interior. Somando as suas experiências e conceitos da vida, onde cada um é um ser único e precisa conhecer-se antes de buscar ajudar aos outros nas difíceis e variadas situações. Cada solução deve ser implementada e adaptada a cada problema, cada problema a cada pessoa conforme seu significado. Motivar o indivíduo a atuar em cada fase de sua vida sem rejeitá-la ou fugir dela. Preparar o outro e a si mesma para todas as etapas do desenvolvimento do ser humano, mesmo que em algum momento por qualquer motivo que

seja elas não sigam o curso natural da história do homem e seja necessário aí abreviar e/ou atenuar algumas destas etapas. Nada deve ser fragmentado, mas podemos procurar nas experiências de cada um, um motivo a mais para solucionar nossos problemas como a separação, solidão e a morte.

Nenhum fator pode ser validado isoladamente, faz-se necessário integrá-lo para que o cuidado humano seja positivo e sempre sendo verificado em todo processo do cuidar humano nos quais como refere Lacerda (1996), estou **sendo com** a outra pessoa.

3.2. CONCEITOS SELECIONADOS

3.2.1. SER HUMANO / FAMÍLIA

Watson (1996), crê que o ser humano é constituído por um campo fenomenológico, ou seja, por uma realidade subjetiva, uma estrutura individual de referência da pessoa, um ser no mundo, organismo experienciante e observador constituído de corpo, mente e alma.

O ser humano completo na sua totalidade é capaz de desenvolver por si mesmo um alto grau de complexibilidade e de aproximação do mundo, interagindo com o mesmo através de suas crenças valores e costumes, sempre com intuito de completar o outro em si mesmo e possuidor de consciência racional, e, portanto, dono do seu livre arbítrio, transcendendo com ele mesmo e com os outros. É um ser indispensável à família, a sociedade, a comunidade, é o indivíduo na relação com outro indivíduo e com as forças indescritíveis, invisíveis e não mensuráveis do ser e pelo ser.

Os conceitos são considerados como inseparáveis porque se assemelham a uma corrente em que cada ser humano é um elo que integra o ser total sobre os aspectos biológico, social, psicológico, político, cultural, educacional e principalmente espiritual, transcende sua própria vontade e seu próprio *self* com o *self* do outro.

Esta compreensão tem alguma similaridade nas idéias e ideais das autoras, a seguir definindo ser humano como:

... uma pessoa valorizada em si e de si, a ser atendida, respeitada, zelada, compreendida e auxiliada; em geral, uma visão filosófica de uma pessoa como um self totalmente integrado e funcional. O homem é encarado como maior do que a soma de suas partes e diferente dela (Watson in Talento, 1993; p. 259).

E acrescenta a família como sendo um sistema interpessoal formado por pessoas que interagem por vários motivos, tais como afetividade e reprodução, dentro de um processo histórico de vida, mesmo sem habitar o mesmo espaço físico. É uma relação social dinâmica que durante todo o seu processo de desenvolvimento, assume formas, tarefas e sentidos elaborados a partir de um sistema de crenças valores e normas, estruturas na cultura da família, na classe social a que pertence, em outras influências e determinações do ambiente.

Considero que a família é o núcleo da formação e multiplicação do ser, é uma mantenedora e proliferadora da vida, a continuadora do mundo através da matéria e do espírito, interagindo e integrando em uma harmoniosa parceria.

Conforme Penna (1992; p. 36),

família é uma unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem como família, que convivem por determinado espaço de tempo, construindo uma história de vida. Os membros da família estão unidos por laços consangüíneos, de adoção, interesse e/ou afetividade. Tem identidade própria; possui e transmite crenças, valores e conhecimentos comuns influenciados por sua cultura e nível sócio econômico. A família tem direitos e responsabilidades, vive em um determinado ambiente em interação com outras pessoas e famílias; em diversos níveis de aproximação. Define objetivos e promove meios para o desenvolvimento contínuo do seu processo de viver e de seus membros.

Por ser o familiar um ser único, reflexivo, criativo, com características próprias conferidas por sua consangüinidade familiar e com a somatória do saber adquirido e desenvolvido durante seu processo de viver, é que podemos caracterizá-lo como um ser total e pleno em seu processo de crescimento e desenvolvimento de ser humano.

Waldow (1998_b), afirma que, a presença e o carinho dos familiares são fundamentais para o ser cuidado. Envolvê-los, portanto, no cuidado de enfermagem é

indispensável, tornando-os parte integrante da vivência que experiência sendo muito importante para aliviar a ansiedade de ambos e, tornar a crise que experimentam mais amena. A presença, o toque, o afago do familiar muito contribui para a recuperação do ser cuidado.

A família interage com outros seres, unidos a eles por laços de consangüinidade, de adoção, de interesse ou afetividade. Sendo um ser social que interage com outras pessoas e grupos familiares em diversos níveis de aproximação e em condições de lazer ou trabalho, afetividade ou interesse. O indivíduo aprende de sua família e do ambiente em que vive, crenças, valores e conhecimentos, adquirindo outros, compartilhando-os e criando novos, desenvolvendo-se em seu processo de viver e constituindo sua história bem como a de sua família.

Penna (1992), descreve que na família o indivíduo tem liberdade de expor dúvidas e sentimentos, enfrenta crises, conflitos e contradições, pedindo apoio a sua família e a outras, assim como dá apoio ao ser solicitado. Respeita a individualidade das outras pessoas. Ao interagir dinamicamente com seu ambiente, transforma e é transformado, promovendo e provendo meios para o desenvolvimento contínuo de seu processo de viver, assim como o de sua família.

Conforme Bielemann (1997), família é a unidade primária de cuidado, ela é um espaço social, no qual seus membros interagem, trocam informações e, ao identificarem problemas de saúde, apoiam-se mutuamente e enviam esforços na busca de soluções para os mesmos.

Compreendo que é de forma dinâmica e interativa que a família busca cuidar no domicílio. Para tanto é na família que se faz necessária também a atuação do profissional, pois nesta unidade todos os envolvidos estão sempre buscando a sobrevivência, proteção, carinho, afeto, cuidado, atenção, melhor condição de saúde bem como serem educados para melhoria da condição de vida priorizando ser saudável na sociedade.

Analisando a família, Reis (1991; p. 116), "assinala que esta é uma instituição criada pelos homens, reflete as representações sociais e elaboradas, sendo a conduta dos seus membros resultado da percepção desta sobre o mundo que experiência. Favorece a

formação da identidade social de seus componentes e serve de mediadora entre estes e a sociedade."

Numa família Bielemann (1997), descreve que as pessoas se inter-relacionam, compreendem-se como família, interagem de forma aberta e flexível entre si e com outros grupos sociais, compartilham experiências e emoções, onde cada membro é respeitado em sua singularidade, desfruta a liberdade de expor pensamentos e trocar idéias com seu grupo. Possuidor de um referencial para perceber, sentir e analisar os fatos, funcionando mesmo em momento de conflito, como uma fonte de apoio aos seus membros. Buscando manter a compreensão e o respeito, valorizando-se e tentando preservar a união familiar apoiando-se na relação do enfermeiro e cliente.

Para Lage (1990; p. 455), tanto a "família, bem como o paciente sente com a mesma intensidade, o impacto da doença, ocorrendo muitas vezes alterações psicológicas a respeito da aceitação da mesma". Zanchetta (1993), por sua vez descreve que a família do paciente oncológico convive com sentimentos diversos que vão desde atitudes de superproteção e hostilidade até demonstrações extremas de amor, preocupações e de culpa.

Desta forma percebo que a família mesmo fragilizada, desarmonizada, alterada na sua dinâmica comum de funcionamento diante da doença neoplásica ainda encontra forças para oferecer: amparo, amor, carinho, atenção, cuidado, apoio, interação, tranquilidade, paz, resolução de conflitos internos e externos, fé e esperança.

Com apoio do profissional enfermeiro esta família fragilizada ou não pode cuidar deste ser, de forma a dar afeto e atenção ao seu membro e ainda um cuidado efetivo e supervisionado com maior e melhor condição de ser cuidador também. ✓

3.2.2. AMBIENTE / DOMICÍLIO

Ambiente é o local propício a cada um, onde o indivíduo se encontra e se completa, podendo exercitar sua capacidade e possuidor de liberdade de escolha e expressão, livre para desenvolver as idéias de servir e somar cada vez mais com o meio em que vive.

Vivendo intensamente e/ou procurando viver cada vez mais através do desenvolvimento coletivo na busca de qualidade para o ser, a sociedade é o local em que o

homem se desenvolve cada vez mais, é o encontro e conagração de tudo aqui citado com a finalidade de aproximar e interagir com o outro em prol de um mundo cada vez melhor e mais digno para viver buscando a natureza do ser e do mundo para uma sociedade melhor e mais justa.

Ambiente na sociedade é o meio geográfico climático no qual vive o homem e família. Este homem e família dependem da cultura e estrutura social para influenciar seu ambiente e ser por ele influenciado. O ambiente físico influenciará na saúde e no cuidado do homem e será por ele influenciado, relata Boehs (1994).

Para esta proposta de trabalho o “ambiente é o domicílio e a sociedade é considerada como micro núcleo, a família e os amigos, as relações do indivíduo a ser cuidado e o de seus familiares e como macro núcleo ou como conjunto de pessoas que interferem no contexto e na trajetória de vida dos seres cuidados e do cuidador”, Lacerda, (1996; p. 28).

Watson, referendada por Talento (1993), diz que o ambiente social afeta a sociedade e que ela oferece valores que determinam a maneira como alguém deve comportar-se e as metas pelas quais deve lutar e esses valores são afetados por mudanças nas arenas social, cultural e espiritual que, em contrapartida, afetam a percepção das pessoas.

Considerando que o ambiente, a casa, o domicílio e a sociedade são conjuntos formados para o ser humano e pelo próprio ser humano, com fim comum de constituir ou reforçar a família e/ou seu membro que precisa ser cuidado, busca-se então desenvolver neste local atividades para que o indivíduo se complete, se realize, se identifique e se integre, atuando de forma transpessoal com os envolvidos, auxiliando para que cada indivíduo evolua com seu próprio *self*, pois é nele que está todo o seu referencial de ser e sua força para promover mudanças.

É no domicílio que o indivíduo sente-se seguro dono da sua vida e da sua vontade, é neste local que ele ama e pode ser amado sem se preocupar com os outros e certo de que mesmo com defeitos e/ou merecedor de cuidados a família buscará tratá-lo como parte integrante da rotina diária e aí buscará na maioria das vezes oferecer apoio, estímulo, força, tranquilidade, amor, paz conforme a capacidade desta família ao reestruturar-se e buscar o

enfrentamento de cada um deles. É seu referencial, sua raiz para nutrir seu *self* e ser curado, melhorado, acalentado, tratado e acima de tudo respeitado por ser ele mesmo e não um número a mais em um lugar diferente e distante do seu convívio. É no domicílio que iniciam, somam e reforçam os valores da sociedade em torno do ser humano.

Patrício (1994; p. 93), refere que: “assistir a famílias, através da visão holística dos seus indivíduos considerando suas próprias práticas de saúde, determinou a necessidade de cuidados em todas as dimensões, percebendo-se que o cuidado é essencial, desde o nascimento em todo o processo de crescimento e desenvolvimento”, para tanto este assistir integral é possibilitado no núcleo familiar preferencialmente no domicílio.

No desenvolvimento deste trabalho, o domicílio poderá se tornar o mais adequado possível ou em qualquer outro local definido pelo paciente, com integração de todos os envolvidos neste processo para o seu próprio bem estar, onde o ser cuidado procura e/ou desenvolve melhoria em sua condição de saúde, sendo possível com o auxílio do profissional enfermeiro ou de uma equipe multiprofissional quando possível.

Em geral o paciente com câncer e seus familiares não são confrontados, de uma só vez, com uma grande perda, mas sim com uma série de desapontamentos, desapontamentos estes que vêm reforçar a relação e a interação do ser humano/família, (Schulze, 1997).

3.2.3. SAÚDE - DOENÇA

Processo vital, dinâmico, influenciado por fatores físicos, mentais, espirituais, sociais e individuais relacionados à trajetória de vida de cada indivíduo que poderá buscar modificações em suas condições ou situações, com ações e respostas de cada um no hoje e no amanhã.

Possuidor do livre arbítrio o ser humano é gestor de seu próprio corpo e deve cuidar dele o máximo possível a fim de buscar sempre primar por melhor qualidade de vida e oferecer maior qualidade no cuidar. Quando, de forma impensada, atua contra o próprio

self, pode desencadear um desequilíbrio maior ou menor e dependendo da intensidade deste procedimento provocar uma resposta maior de agravo ou não à saúde.

Talento (1993), referendando Watson, descreve que saúde refere-se a unidade e harmonia na mente, no corpo e na alma. A saúde está também associada ao grau de compatibilidade entre o *self*, tal como percebido, e o *self*, tal como vivenciado.

Quando no processo saúde-doença há uma interação afetiva da família, o pensar e agir torna-se mais fortalecido e os cuidados são direcionados ao familiar doente. É um grupo de pessoas que apresenta necessidades e busca solucioná-las. Frente a doença de uma destas pessoas a família busca interagir em vários momentos de enfrentar e reagir buscando soluções plausíveis e práticas viáveis e aceitáveis pelos mesmos para este estado de ser doente. Este enfrentar é sempre adaptando a nova realidade presente no processo de estar portador de neoplasia ou ser que está saudável. Cada um busca dentro de si força e fé para enfrentar cada dificuldade ou superar cada problema que surge no decorrer desta fase de ter em seu núcleo um ser doente e também por estar em algumas vezes ela mesma “a família” doente.

O estar não saudável de um dos mesmos pode em algumas vezes desorganizar o núcleo familiar, que posteriormente busca estruturar-se para as mudanças e adaptações necessárias a este processo. Cada ser busca organizar-se e assumir seu papel neste contexto tão valioso e intenso que é a família. Sem perder sua identidade cada um procura agir e interagir com o cliente e a buscar a adequação desta situação de neoplasia.

Para Watson (1996), “a saúde é definida individualmente de acordo com seu estado subjetivo. Pelo conteúdo existencial da teoria, saúde tem a ver com o entendimento das vivências/experiências de cada um, como elas são utilizadas em prol do crescimento pessoal”, in Camponogara, (1999; p. 39).

A doença refere-se ao eu perturbado que leva ao desequilíbrio e pode resultar em patologias, ou seja, qualquer alteração no corpo, na mente ou na alma, relata Watson (1996).

3.2.4. CUIDADO TRANSPESSOAL

O cuidado de enfermagem pode ser, e é físico, processual, objetivo e real, mas no mais alto nível de enfermagem, as respostas de cuidado humano e a presença das enfermeiras na relação, transcendem o mundo físico e material, preso no tempo e no espaço e estabelecem contato com o mundo emocional e subjetivo da pessoa.

No cuidado transpessoal a enfermagem pode oferecer algo mais do que a ciência oferece no processo de cuidado; ela pode oferecer entendimento e conforto à alma, pode também oferecer fé - esperança para causar uma sensação de bem estar no outro procurando e proporcionando a paz e alegria através das crenças que são significativas aos seres humanos envolvidos.

O desenvolvimento da sensibilidade do outro vai depender do nível de sensibilidade e da capacidade de sentir que o enfermeiro possui, e ainda de como através do seu sentimento o profissional levará o outro a sentir e a viver de forma mais feliz possível, baseando o processo na melhoria das condições de saúde de todos.

Conforme Zagonel et al (1997), o cuidado está ligado à vida, é universal e singular em cada situação e cultura. Percebe-se através desta colocação que o cuidar/cuidado adquire uma idéia de totalidade, de envolvimento da natureza biológica, psicológica e social do ser cuidado.

Já Collière (1989; p. 311), acredita que cuidar é mobilizar energia e enfatiza:

Os cuidados e a maneira de cuidar contribuem para aumentar ou reduzir o poder de existir, quer dizer, o poder de descobrir o mundo, de o aprender, de aí se situar... cuidar é agir sobre o poder de existir, permitindo a este poder mobilizar-se, desenvolver-se, utilizar-se.

Wolff (1996; p. 45), "o cuidado humano de enfermagem é humanizado, quando o profissional de enfermagem demonstra grande respeito pelas experiências subjetivas do ser sob seus cuidados, valoriza sua autonomia e sua dignidade."

Ressalto que essa relação deve ser muito técnica, bastante autônoma e criativa, de outra forma o cuidado pode assumir características de compaixão e amizade e não de cuidado profissional, que é preconizado por esta maneira de prestar o cuidado.

Para Watson (1996), in Camponogara (1999; p.35),

o cuidado transpessoal significa uma conexão humana quando um é tocado pelo centro humano do outro. O termo transpessoal significa que a conexão tem uma dimensão espiritual, que é influenciada pela consciência do cuidado de enfermagem e vai além do eu, movendo-se para um nível mais profundo: espiritual, cósmico e universal. O cuidado transpessoal esforça-se para abraçar o espírito das pessoas, através de processos de cuidado que se estendem além do eu, e irradiam-se para conexões mais profundas com o outro, com o ambiente, a natureza e o universo.

O cuidado transpessoal pode e é uma forma de cuidar onde o ser enfermeiro e o ser cliente na sua grande maioria cuidam e são cuidados através de um olhar empático e de um ser maior e mais integrado do que eram no encontro anterior, buscam um cuidar humanizado e completo para melhorar as condições de saúde de todos os envolvidos neste domicílio na realidade por mim experienciada.

3.2.5. ENFERMAGEM

A enfermagem é a ciência e a arte do cuidado ao ser humano inseridas no processo saúde/doença, objetivando a melhoria da condição de saúde tornando o mundo mais terno, com menos injustiças, feliz, comum e digno a todos os que nele habitam.

Nightingale (1989), foi a primeira enfermeira a estabelecer uma denominação e um conceito formal para a prática de enfermagem: a profissão de enfermeiro que teve início com a promessa de cuidar dos doentes, mas aí um cuidar com uma conotação própria desta profissão diferenciada do cuidado que todos os seres humanos têm consigo e para com os outros.

Hudak & Gallo (1997; p. 43), referem-se ao cuidado de enfermagem como sendo: “a atenção, a confiança e o apoio desenvolvido entre o enfermeiro e o paciente constituem

o fundamento do vínculo enfermeiro-paciente. Nenhum outro profissional de saúde tem oportunidades consistentes e freqüentes de interagir com o paciente.”

O enfermeiro, como ser cuidador, existe e interage quando ao se aproximar do outro, o ser cuidado, desenvolve a inter-relação e a troca mútua do *self*, sempre buscando ser mais humanizada possível.

Watson, in Talento (1993), acredita que enfermagem é uma ciência humana de pessoas e de experiências humanas de saúde/doença que são mediadas por transações profissionais, pessoais, científicas, estéticas e éticas de cuidado humano.

Por sua vez:

O enfermeiro precisa ser hábil para centralizar a consciência e a intencionalidade no cuidado, no todo, mais do que a doença e suas complicações. A competência torna-se tão importante quanto a técnica, ou seja, o enfermeiro deverá esforçar-se para perceber a estrutura de referência do outro, e reunir-se numa busca mútua pelo sentido e totalidade do ser.

(Camponogara, 1999; p. 6).

É necessário que a enfermagem esteja consciente de que trabalhará com diferentes conceitos de vida, procurando compreendê-los também na ótica do cliente e do ambiente em que vivem, Patrício (1990). Desta forma haverá possibilidade de desenvolver o cuidado de enfermagem ou parte deste cuidado estando sempre presente e desenvolvendo o processo de ajuda através da empatia.

A enfermagem pode se fazer presente para poder cultivar a sensibilidade do outro e aí interagir, tornar-se autêntica e verdadeira com seus sentimentos e atitudes encorajando o próprio crescimento o crescimento da equipe e conseqüentemente o crescimento do ser cuidado, é o sentir e o ser sentido sem medo de apresentar o seu lado humano e deixar que a troca de sentimentos flua naturalmente, pois a mente e as emoções de uma pessoa são as janelas d'alma, refere Watson citado por Talento (1993).

A confiança no outro leva a enfermagem a humanizar-se cada vez mais e assim conseguir aprimorar seus cuidados e conhecimentos para o outro também, pode estar aberto, receptivo e pronto a receber este cuidado através do desenvolvimento da

sensibilidade. Um olhar, um gesto, um toque, uma palavra amiga, são sempre maneiras de desenvolver o transpessoal. A enfermagem não só auxilia no provimento de qualidade do cuidado que os clientes recebem, mas também pode oferecer o cuidado que satisfaz a alma.

Penna (1992; p. 78-79), conceituando o enfermeiro descreve que o mesmo:

É um ser humano com habilidades próprias e conhecimento técnico - científico, apreendidos e desenvolvidos através de sua história de vida e de aprendizado específico que lhe permite interagir com outros seres humanos, família e comunidades, assistindo-os em situações de seu processo de viver. Interage dinamicamente com o ambiente, transformando e sendo transformado, buscando individualmente e coletivamente construir o processo de viver saudável do ambiente. E este processo que inicia na concepção do ser humano até sua transcendência, desenvolvendo-se continuamente a partir de todos os eventos, acontecimentos, situações que descrevem sua história de vida, através de suas interações sociais. Envolve todas as relações existentes do ambiente e as mudanças que estas provocam no viver coletivamente.

A enfermagem precisa estar em constante evolução e para isto precisa argumentar propiciando assim ao ser cuidado participar efetivamente do seu tratamento. Este agir não pode ser de forma impositiva, conforme preconiza e recomenda Jean Watson. Neste contexto o profissional de enfermagem precisa estar disponível para que com os olhos do cuidado transpessoal faça a leitura/comunicação emitida pelo ser cuidado, sem, contudo informar mais do que o questionado e respeitando os preceitos éticos da profissão e principalmente do ser humano.

É através da enfermagem/família que o ser cuidado colhe esperança, amor, enfrentamento, valorização pela vida e a busca do amanhã. Esta enfermagem precisa estar consciente das suas atribuições no domicílio, bem como em outros locais, ajudando na adaptação dos seres envolvidos à realidade apresentada.

Vários estudos relatam que para o cliente de neoplasia a fase de diagnóstico e a fase de terminalidade são as mais árduas e difíceis de aceitação pelos mesmos. Já com relação a escritos de experiências da enfermagem, pouco é relatado neste sentido.

Veiga (1984; p. 114), "aborda que a enfermeira deve estar preparada para cuidar do paciente que está morrendo ou com diagnóstico fatal. Acredita que, para melhor assistência

é importante que se tenha conhecimento sobre as informações que a família e o paciente têm sobre o diagnóstico." Neste relato descreve ainda situações vivenciadas pelos clientes neoplásicos e enfermeiras que apresentam dificuldades em se posicionarem frente ao mesmo em relação a doença. Zanchetta (1993), acentua que deveria ocorrer uma uniformidade de linguagem entre os profissionais no atendimento ao paciente oncológico, garantindo assim uma comunicação eficiente e uma melhoria na qualidade da assistência.

3.2.6. EDUCAÇÃO: ENSINO - APRENDIZAGEM

Conforme Talento (1993), Watson define a promoção do ensino - aprendizagem interpessoal, como fator que proporciona às pessoas o máximo de controle sobre sua própria saúde, uma vez que a aprendizagem propicia o melhor caminho de individualização da informação a ser disseminada ao outro.

Para desenvolver este processo é fundamental que a enfermagem saiba ouvir e é através do seu senso de observação tão apurado e necessário, que a enfermagem pode vivenciar os fatores de cuidado, orientar e aperfeiçoar a sua prática ao cliente de forma total, abrangente. Sempre buscando interagir o ser nas suas três esferas, (mente, corpo e espírito), orientando e aperfeiçoando a sua prática.

O ensino enfatiza o lugar do indivíduo, sua privacidade e dignidade, propondo uma ação com base no princípio da informação sobre os riscos à saúde.

Acrescentando que o portador de doença neoplásica tem acentuado estes riscos, desenvolvi em todos os momentos o processo educativo com as pessoas que convivem com este problema de saúde facilitando as informações através da comunicação, do diálogo formal e/ou informal, incluindo neste processo os familiares ou entes queridos relacionando-os mutuamente e formando aí um grupo (família) unido num mesmo propósito, aprender-ensinar-conviver.

Tomasi (1996; p. 18), acredita que "um grupo, ao ajudar-se no enfrentamento de crises, aprende e, ao aprender, modifica comportamento e atitude, no grupo, nas relações sociais, na sua vida particular, agregada a uma intencionalidade subjacente que é a

educação,” e acrescenta, “a educação é uma experiência universal e exclusivamente humana; todos os homens se educam, e só eles o fazem. Tanto os indivíduos como os grupos, a família e a sociedade, a história, estão implicados na estrutura do fenômeno educacional.”

A Educação é, deste modo, fundamental para a humanização e socialização do homem. Pode-se dizer que se trata de um processo que dura à vida inteira, Aranha (1993).

Portanto, faz-se necessário ressaltar que a educação transcende o indivíduo/cliente onde o educador pode compartilhar e explorar todos os valores, crenças, hábitos e costumes buscando sempre relacioná-los à prática do dia a dia e nas mudanças comportamentais.

3.2.7. FALANDO SOBRE CÂNCER/NEOPLASIA

Conforme literaturas pesquisadas 80% das neoplasias são tardiamente diagnosticadas e na sua maioria em fase avançada, e mais, que a terapêutica comumente usada é paliativa. Já o Brasil - Ministério da Saúde (1988) chama atenção para a questão, assinalando que bastariam métodos para diagnósticos precoces com medidas terapêuticas simples, para o controle de determinadas neoplasias. Isso seria o suficiente para mudar o quadro epidemiológico da enfermidade. Os investimentos hoje, entretanto, ocorrem mais na fase tardia da doença, devido à dificuldade e a demora do diagnóstico, onde as possibilidades de cura são descritas como mínimas, e a relação de custo benefício é questionável.

Vários métodos são encontrados nas várias literaturas pesquisadas como freqüentes no tratamento das neoplasias tais como: cirúrgico, quimioterapia, radioterapia, dentre outros, sendo importante relembrar que estes são serviços comprados pelo SUS (Sistema Único de Saúde), em outros municípios por não existirem em Paranavaí atendimento a esta especialidade.

Para tanto saliento que a enfermagem bem como outros profissionais não necessitam aguardar a chegada destes atendimentos a Paranavaí onde vivo e desenvolvo o

trabalho, ou outras cidades, para poderem atuar neste serviço com estes clientes, principalmente no que se refere a cuidados domiciliares, é em que acredito e demonstro no transcorrer deste trabalho, já que o problema existe, atuar nele só depende dos profissionais interessados na evolução do cuidar de clientes neoplásicos e seus familiares.

No Manual do Programa de Prevenção e Controle do Câncer Ginecológico (1978), a prevenção é possível e necessária, assim como muitas outras doenças, também o câncer pode ter maior chance de cura se for reconhecido no início e receber tratamento adequado. O câncer de colo uterino tem cura em 100% dos casos iniciais, e o de mama, embora mais difícil de curar, se descoberto no início e tiver tratamento, pode garantir a preservação da mama e mais tempo de vida. O câncer de colo uterino é uma doença que evolui lentamente, levando de 10 a 15 anos para se desenvolver e não apresenta sinais ou sintomas nas fases iniciais.

E por estes e outros motivos que atuei também no decorrer de todo o trabalho a fim de educar tanto os clientes/familiares como outras pessoas da comunidade que se encontravam relacionadas às visitas, para realizarem os exames preventivos com a frequência necessária e assim evitar futuros transtornos e/ou problemas de saúde.

A grande maioria dos clientes cadastrados na APDE são clientes do sexo feminino e acometidos por um destes dois diagnósticos acima referidos, (anexo 5).

A denominação de neoplasia é também, utilizada por Araújo (1998), significa a grosso modo, tumores. Pode ser benigna, não implicando risco de vida para o cliente e maligna, quando capaz de levar de modo previsível, o indivíduo à morte, como no caso do câncer de colo uterino.

Bielemann (1997; p.12), coloca que: “o câncer, como a AIDS, é considerado a doença do século. A sua gravidade, bem como as crenças que o rodeiam, aliada a um provável desconhecimento dos avanços terapêuticos do seu tratamento, fazem com que as pessoas pensem como algo terrível e temido, associando-o a idéia de incurabilidade e morte iminente”. Desta forma é de fundamental importância que este estudo contribua com o crescimento e desenvolvimento da enfermagem para tornar o cliente neoplásico o mais saudável possível.

Vários estudos de enfermagem lidos e analisados mostram que a enfermagem tem pouco ou nenhum contato com o cliente neoplásico e quando o tem, direciona as suas ações priorizando cuidados técnicos em detrimento do cuidado transpessoal ou humanizado, causando dúvidas e incertezas no fazer e no agir deste profissional. Para tanto reforço a importância deste trabalho para a comunidade de enfermagem onde descrevo algumas dificuldades encontradas nestas visitas que acabaram sendo tão ricas e fortes para o crescimento profissional de todos os envolvidos neste processo.

Saliento ainda, que através das várias formas de linguagem fica favorecido o desenvolvimento de um maior entendimento entre enfermeiro, cliente, família e comunidade nas várias formas de enfrentar a doença bem como a melhoria da qualidade de vida de todos os envolvidos neste processo de adoecer e de busca de cura.

Quando adoecer um membro da família, principalmente com diagnóstico de neoplasia a família pode também adoecer, o que a princípio afeta mais as relações familiares, pois nasce a incerteza maior do futuro. É neste momento que a enfermagem precisa interagir e ajudar nas questões de como enfrentar esta condição de saúde através da prática assistencial no dia-a-dia do enfermeiro no domicílio com a família.

Para Bielemann (1997; p. 16), o diagnóstico de câncer é um “impacto profundo e estremecedor para a família, tendo em vista que é sentido como sinônimo de morte, mesmo que atualmente seu prognóstico seja melhor que outras enfermidades não classificadas como malignas e que podem levar ao desenlace fatal”.

Conforme Duncan (1995), neoplasia é literalmente a formação de novo tecido. Pelo uso, se refere ao processo patológico na formação de tumor. Esta nomenclatura é amplamente utilizada, a fim de minimizar as formas de compreensão popular do que é câncer, que é conceituado pelo mesmo autor conforme segue abaixo.

Câncer, um termo geral para vários crescimentos malignos em muitas partes do corpo; freqüentemente usado como sinônimo de tumor, neoplasia ou malignidade. O crescimento é sem propósito, parasitário, invasivo e se desenvolve às custas do hospedeiro. Embora a etiologia básica seja desconhecida, o câncer é considerado curável, se descoberto no início; e se as células cancerosas puderem ser removidas por cirurgia ou destruídas por irradiação.

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

A terminologia utilizada tem o propósito de abrandar o efeito que inicialmente a palavra **câncer** causa nos seres humanos como refere, Schulze, (1997), o prolongamento artificial da vida desses clientes, à custa de grandes sofrimentos e até mesmo mutilações, desenvolveu nas pessoas um verdadeiro terror pela doença.

Portanto, para não causar recusa em participar deste projeto ou reforçar este pânico ou terror causado nos clientes, decidi fazer uso da palavra neoplasia que, apesar de ter o mesmo significado, a princípio choca menos ao ser ouvida e/ou falada. A partir da compreensão deste significado pelos clientes e familiares e, no devido tempo, estas terminologias serão incluídas no vocabulário dos mesmos de forma a possibilitar sua aceitação e também a sua utilização.

A doença crônica (neoplasia), tem crescido muito em dados epidemiológicos sendo na grande maioria das vezes motivo para isolamento e até mesmo descrédito nos profissionais, nas formas de tratamento, na vida, na família, em suas crenças e valores, salientando a predisposição deste cliente em recusa, quando do diagnóstico, a dar continuidade a sua vida de forma normal ou compatível com sua realidade.

Comungo com a crença das autoras que "acreditam que as pessoas em condições crônicas podem levar uma vida saudável se enfrentarem efetivamente as situações inerentes à situação crônica, incluindo as perdas, ameaças e novas incumbências", (Trentini et al, 1992; p.79).

Estando ainda enquadrado no rol das doenças crônicas e de existir cura para ele, o câncer é uma doença destruidora, que vai se espalhando e "comendo" a pessoa por dentro. Esse simbolismo tem a ver com o significado da palavra (caranguejo), visto que este através de suas várias patas consegue penetrar facilmente na terra, assim como o câncer, através dos seus múltiplos vasos, teria a facilidade de penetração e locomoção no interior do indivíduo, Pinotti & Paiva, BRASIL, MS, (1978; p.125).

Esta situação negativa encontrada no decorrer deste diagnóstico vem desde 1600, quando o câncer já era considerado como doença contagiosa, os clientes eram isolados para

aguardar a sua morte. Vários autores, mesmo não comungando com esta idéia, acabam por deixar transparecer que realmente a doença tem prognóstico fechado, dor, sofrimento e perda, como a morte, sempre transparecem nestas leituras.

Diante desta realidade se "fortalecem atitudes de negação e abandono de si próprio ou mesmo pelos seus familiares, pois conviver com ou ser portador de uma neoplasia é ter a sensação de que se enfrentará a qualquer momento a situação de morte", Silva (1999; p. 20).

Kimura (1998; p. 177), assegura que:

Compartilhar com o paciente crítico a condição de vida e morte, de grande insegurança emocional e dor pode ser uma experiência extremamente rica, tanto para o paciente como para o enfermeiro. Exige, porém deste profissional não somente o conhecimento técnico-científico, mas um embasamento humanístico bem estruturado, que o torne capaz de compreender o paciente como pessoa em luta para superar sérias dificuldades.

Dentre os programas existentes e as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde às doenças crônicas conhecidas e referidas, as neoplasias são as responsáveis pela desestabilidade do cliente e dos seus familiares. Este fator é tão preocupante que deve levar cada vez mais os profissionais de saúde buscarem o agir/cuidar, de forma humanizada, preparando-se cada vez mais para agir com este diagnóstico e para este paciente/família especificamente.

DIAGRAMA 1

RELACIONANDO CONCEITOS



4. PROPONDO A METODOLOGIA

Ao descrever este capítulo, resgato a relevância de iniciar um trabalho direcionado à enfermagem no domicílio a clientes neoplásicos, que não recebiam em Paranavai, efetivamente, nenhuma forma de cuidado de enfermagem. Várias foram e são as dificuldades encontradas ao dedicar-me a este propósito, dentre elas a metodologia a ser utilizada e desenvolvida neste caso sendo parte de relatos da prática assistencial e algumas implementações por mim utilizadas, mas sempre ressaltando e permeando o processo de cuidado de enfermagem proposto por Lacerda (1996), por mim vivenciadas e neste capítulo apresentadas.

No decorrer das disciplinas do mestrado, foi necessário conhecer e estudar mais as teorias de enfermagem. Assim, iniciei o trabalho imbuída da vontade de atuar com indivíduos neoplásicos, procurando aprofundar conhecimentos sobre as teorias humanistas do cuidado, buscando conhecer melhor a teoria de Jean Watson, aplicando as próprias crenças aliadas à crença da autora, aos dez fatores de cuidados e as pressuposições básicas descritas em seus estudos.

Este trabalho caracteriza um estudo qualitativo, com base no referencial teórico de Jean Watson e conceitos de cuidado sustentados por autores que compartilham com a visão de cuidado humano.

Busquei priorizar a metodologia fazendo uso do processo de enfermagem de Lacerda (1996) nas suas quatro fases. Observação participante como um modo especial de estudo na qual o investigador não é meramente um observador passivo. O observador pode fazer uma

variedade de papéis dentro da situação, pode participar realmente nos eventos que estão sendo estudados.

Trentini & Paim (1999), colocam que, para executar o cuidado ou assistência às pessoas, os profissionais necessitam, inevitavelmente, obter informações a respeito do cliente a ser cuidado, para tanto esta atividade básica requer participação de uma equipe, para obter informações mais completas acerca de várias dimensões do cliente, a fim de proporcionar assistência adequada. Na prática assistencial o tipo de informação a ser obtido e o seu registro visa a adequação da assistência para uma situação específica e imediata, e obedece às necessidades manifestadas pelo cliente: o problema a ser tratado é manifestado pelo cliente, seja ele indivíduo, grupo ou comunidade. Necessitando na maioria das vezes, de intervenção imediata, mesmo porque o espaço de tempo entre coleta de informação e a intervenção é curto e, na maioria das vezes, o cliente espera e necessita desta intervenção.

A observação participante constitui a parte fundamental da pesquisa de campo, pela propriedade que possui de captar uma variedade de fenômenos de uma situação social, os quais não podem ser obtidos unicamente por meio de entrevistas Minayo (1994).

Trentini & Paim (1999), explicam que o observador participante entra em uma situação social com dois propósitos: engajar-se nas atividades apropriadas da situação social e observar e registrar as atividades, os atores com suas relações e com os seus aspectos físicos da situação.

Não podemos esquecer que a observação faz parte do dia-a-dia do profissional e para tanto está incluída em toda forma de agir e em todas as atividades desenvolvidas no transcorrer do cuidado domiciliar. Desta forma incluirei a observação nos trabalhos relatados posteriormente nos respectivos estudos de caso.

Para registrar estas informações observadas, usei uma forma antiga de registro que é o **diário**, o qual Trentini & Paim (1999; p. 92), descrevem como sendo, “destinados a registrar as observações e percepções de si mesmo, ou seja, de auto-observação e também para registrar observações referentes a outras pessoas ou a contextos sociais”. A auto-observação é de grande importância para o pesquisador, porque, durante o seu trabalho de campo, podem ocorrer interpretações no seu intelecto que podem cair facilmente no esquecimento, se não houver planejado o registro da auto-observação, assim aderiu-se esta forma de registro."

Como forma de anotações as mesmas foram realizadas através de palavras chaves, pois Trentin & Paim (1999), colocam que, assim que fosse possível, o pesquisador deveria, a

partir das palavras chaves anotadas, escrever os detalhes das observações e da fala dos participantes; esta atividade deveria, de preferência, ser feita no mesmo dia, para que não se apagassem da memória humana informações importantes. Além dessas anotações, o pesquisador poderia manter um diário, em que registraria suas experiências incluindo idéias, dúvidas, sentimentos, reações, erros, acertos, problemas, dificuldades que surgissem durante a coleta de informações.

Após contato inicial com clientes/familiares e com as devidas autorizações (anexo 7), como é o caso do consentimento livre e esclarecido definido por Gelain (1998), como o respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.

Iniciei as gravações das situações vividas, registrando os cuidados e atuações profissionais, em um segundo momento, transcrevendo estas informações em um diário de campo com intuito de não perder ou esquecer tais dados para atuar no cuidado de enfermagem transpessoal. Desta forma, identifiquei que o método que estava seguindo em muito se aproxima da pesquisa de campo e também de estudo de caso ao qual também busquei aprofundar e aprimorar cada vez mais.

4.1. CONTEXTUALIZANDO O LOCAL DE ESTUDO

Paranavaí foi criado pela Lei Estadual n.º 790, de 14 de dezembro de 1951, desmembrado do município de Mandaguari. Foi solenemente instalado em 14 de dezembro de 1952. Pela Lei n.º 1542, de Dezembro de 1953, o município foi elevado a categoria de Comarca. Enfrentou grandes obstáculos, para o seu surgimento, as intempéries, como as geadas de 1953 e 1955, Paranavaí, superou tudo isso com grande galhardia, todas as dificuldades graças ao vigor de sua gente.

Em 1956, no concurso promovido pela Associação Brasileira dos Municípios, Paranavaí foi classificada recebendo o Diploma de Honra, como um dos cinco Municípios de maior progresso e desenvolvimento em todo o Brasil.

O Município está situado a 529 metros de altitude, localizado geograficamente na região Noroeste do Estado do Paraná. Tem uma área total de 56.000 alqueires Paulistas, ou 1.140 Km que, corresponde a 5% da área do Estado do Paraná. O clima é quente,

dominante no setentrão Paranaense, com incidência de chuvas com maior abundância no verão, e a temperatura média anual é de 31°. Com a diminuição das nossas florestas naturais, houve uma modificação das paisagens naturais do Município, o clima vem sofrendo modificações. As chuvas acontecem com maior intensidade nos meses quentes (dezembro, janeiro e fevereiro). O município está localizado entre as duas grandes bacias hidrográficas do Noroeste do Estado, dos rios Paranapanema e Ivaí, sendo que a linha divisória das bacias se localiza próxima à face leste da sede do município. O rio Paranapanema, que materializa a divisa entre Paranavaí e o Estado de São Paulo, se destacam como principal rio do Município. Paranavaí, na Micro/Região, participa com 33, 90% das indústrias. No Paraná ocupa o 100º lugar com 3, 25% das indústrias do Estado. Sua população segundo o censo de 1992 é de: zona urbana 63.743 hab., zona rural 7.693 hab., fazendo um total de 71.436 hab., mas o censo de 1996 nos mostra uma população de 72.972 hab. A colonização teve início na década de 20.

Atualmente conta-se com os seguintes hospitais:- Hospital São Lucas, Maternidade São Paulo, Santa Casa de Paranavaí e em fase de construção o Hospital Grande Noroeste.

Antes de iniciar as visitas domiciliares e também a seleção de clientes, solicitei à presidente da associação **Beija-Flor** o agendamento de uma reunião com a diretoria em vigência a fim de expor os objetivos e as idéias em acompanhar alguns pacientes com o intuito de atender às necessidades de cuidado de enfermagem transpessoal dos pacientes cadastrados.

A presidente por sua vez, assim como toda a diretoria entendeu os objetivos propostos, oferecendo ajuda e apoio para que tudo transcorresse de forma colaborativa e agradável objetivando o bem estar dos pacientes atendidos. Desta forma foi assinado o termo de "consentimento livre e esclarecido", bem como transcrito em ata de sessão extraordinária este encontro.

A associação APDE é composta por aproximadamente 100 (cem) voluntários que têm distribuído dentre várias atividades tarefas e atuações dentro da comunidade Paranaense. A diretoria administrativa é composta por 6 (seis) serviços distintos e essenciais os quais são realizados por voluntários, desde a coleta de doações e contribuições até os serviços mais complexos de visitas e acompanhamento domiciliar oferecido ao cliente.

Atualmente têm-se diferenciado em muito estas ações, as quais são algumas vezes acompanhadas por um ou mais profissionais das diversas áreas, atividades estas bastante aprimoradas desde a criação da APDE conforme relato de sua fundadora. (anexo 1).

A instituição encontra-se hoje instalada em novo endereço conta com 9 (nove) cômodos, assim distribuídos: sala de entrevista; sala de atendimento psicológico, setor administrativo; sala de agendamento e visitas; sala de consultório médico com farmácia própria (doações com responsável técnico e controle de entrada e saída dos produtos); cozinha; depósito de alimentos com doação de 50 (cinquenta) cestas básicas mensalmente distribuídas.

Existem apenas dois funcionários remunerados e cedidos pela prefeitura sendo um motorista e uma auxiliar de serviços gerais, mas é importante reforçar e relatar que os atendimentos são cobertos por voluntários que por sua vez têm em suas agendas horas disponíveis para cumprir com muito empenho, dedicação e fidelidade estas tarefas.

Os atendimentos são para aproximadamente 250 (duzentos e cinquenta) clientes, sendo 151 (cento e cinquenta e um) em tratamento, os outros em acompanhamento e com apoio médico, enfermagem, grupos religiosos, psicológicos, com transporte, acompanhamento pós alta do protocolo por 05 (cinco) anos, auxílio com medicamentos. Os recursos disponíveis para os medicamentos são provenientes de doações de roupas e móveis, que por sua vez são vendidos em um bazar no último sábado do mês mais o auxílio de carnês que estão à disposição de quem queira contribuir para as várias doações pelo grupo.

Nenhuma das atividades foi por mim realizada sem o conhecimento prévio e autorização verbal do indivíduo/família no domicílio, prática esta avaliada pela conduta e pelo dia-a-dia (cotidiano) das famílias envolvidas na pesquisa. Tais mudanças não foram afetadas simplesmente pela condição financeira dos mesmos, e sim adequando, orientando e cuidando no domicílio. Através do desenvolvimento cultural de cada ser cuidado/ família, sempre voltada à realidade de cada domicílio e dos seres humanos envolvidos, procurei atuar com intuito de demonstrar a relevância afetiva e efetiva deste cuidar de forma transpessoal, sempre apoiada pelo desejo de ser cuidado e de receber orientações dos envolvidos no processo do cuidado.

Não ficou estabelecido o tipo de neoplasia acompanhada e por mim cuidada, mas sim, que os indivíduos e famílias selecionadas estivessem devidamente inscritos e atendidos na APDE, encaminhadas(os) pelo grupo de voluntários da referida instituição e verificando-se a

necessidade de acompanhamento, sendo importante e necessário algum cuidado de enfermagem. Priorizando e possibilitando a aceitação da condição de portador de neoplasia, seu tratamento, conhecimento e desenvolvimento do *self*, independente da fase do processo da doença ou etapa do protocolo do tratamento utilizado.

Averigüei as condições sanitárias de moradia e saneamento básico a fim de conseguir efetuar medidas mínimas de controle de saúde e higiene, deixando claro a todos o tipo de trabalho realizado e que este estivessem de acordo com todo o cuidado de enfermagem desenvolvido no domicílio.

4.2. SELECIONANDO OS SUJEITOS DO ESTUDO

Após uma vivência pessoal já relatada na introdução deste trabalho busquei dentro do possível e dos meus conhecimentos, a fim de desenvolver juntos clientes/enfermeiro/família uma forma de cuidado que melhorasse a condição de saúde e bem estar destes, principalmente acrescentando ao saber dos acadêmicos de enfermagem condições para desenvolverem este processo no domicílio como uma forma de cuidar e ensinar.

Como cada caso é um caso e nem todos os dedos das mãos são iguais, ou seja, estou ciente de que agindo desta forma podemos ou não obter resultados positivos em algumas ou na maioria das vezes, resultando também em algumas vezes resultados negativos neste processo de cuidar. Mas foi necessário tentar e achar uma forma de reforçar e ajudar de alguma maneira pessoas, clientes, famílias e profissionais nesta árdua tarefa a de auxiliar os que precisam e procurar atuar tecnicamente com eles em benefício de todos nós.

E eis que num belo dia “Beija-flor” diz das suas vontades e interesses em buscar sua cura e ajudar também outros clientes. Mais do que depressa surgiu a disposição para ajudar e assim surgiu em Paranaíba a APDE para melhor atender os clientes portadores de neoplasias. Relato no Histórico da APDE, a trajetória desta cliente fundadora e preconizadora desta associação, bem como algumas de suas falas e contribuições que constam no anexo 1.

4.2.1. TRAJETÓRIA DOS CLIENTES

Antes da Associação se firmar como já foi visto em seu histórico, os clientes eram transportados em uma Kombi, com lotação de 14 a 16 indivíduos em condições muito precárias, pois os mesmos sofriam distúrbios causados pela doença ou pelos efeitos colaterais do tratamento e mesmo sem condições financeiras para alimentação e outras despesas, todas as informações inerentes a este tema constam no anexo 1 intitulado Histórico da APDE.

Os clientes eram desprovidos de conforto e carinho, mas com a Associação, os mesmos, tinham um certo conforto, fosse ele material ou espiritual.

Hoje os transportes para ICL e ICM (Instituto do Câncer de Londrina e de Maringá) são resolvidos pela Secretaria Municipal da Saúde, com dois veículos usados para transportar os clientes, mas ainda com algumas restrições, pois, este transporte obedece a regras. Se não houver número suficiente de, o mesmo não faz a rota e se o número exceder ficam indivíduos para trás. Os veículos não podem buscar os clientes em suas residências, e os mesmos não têm como se locomover.

A associação necessita de veículo apropriado para transportar os clientes para tratamento, seja ele feito em seu domicílio ou fora, ou mesmo para visitas de apoio. Necessita de suporte financeiro, mesmo com muita ajuda e boa vontade de voluntários, ela necessita de tudo, pois os clientes não param de buscar ajuda e apoio.

Já conseguimos em dezembro de 1999 um veículo modelo Marajó cedido da prefeitura municipal, para transporte dos clientes dentro da própria cidade, a fim de desenvolver serviços pequenos como, por exemplo: encaminhar os clientes para outros serviços de saúde que Paranavaí oferece tais como: fisioterapia, psicologia, consultas com outras especialistas, entrega de cestas básicas, etc.

4.2.2. PASSOS PARA SELEÇÃO DOS CLIENTES

Trabalhando há algum tempo como voluntária com pessoas, dentre elas várias portadoras de neoplasia em tratamento no ICL e ICM (Instituto do Câncer de Londrina e de Maringá), realizei visitas a 42 clientes dos quais 41 inscritos até a referida data no intuito de selecionar 5 destes como amostra viável para que posteriormente pudesse dar continuidade às atividades da prática assistencial e assim evoluir para a qualificação e dissertação final do mestrado. Desprendi muito tempo, envolvimento e estudo para selecioná-los, pois todos eles tinham necessidade de receberem cuidado de enfermagem transpessoal.

Os clientes visitados são inscritos na APDE e estavam a princípio em tratamento quimioterápico e/ou radioterápico conforme protocolo e/ou necessidade de cada um nos centros de atendimento respectivos.

Após algumas visitas selecionei 7 clientes com quem poderia desenvolver cuidados de enfermagem transpessoal, utilizando os fatores preconizados por Jean Watson dentre outros cuidados, atendendo suas necessidades destes no decorrer do processo de cuidar um dos clientes foi a óbito e outro desistiu de participar dos trabalhos.

Nesta etapa procurei desempenhar atividades cuidativas, o que foi facilitado pela junção das três disciplinas do Curso de Mestrado: Prática Assistencial, Aspectos Éticos da Assistencial de Enfermagem, Educação e Assistência de Enfermagem. Fragmentá-las ou trabalhar com elas separadamente não preencheria a visão do ser humano como um todo, também seria trabalhar a enfermagem por partes e etapas, desestruturando o processo de cuidar. A parceria destas disciplinas foi de encontro com a teoria de Jean Watson, que define o cuidado Transpessoal como Ciência Humana da Saúde – doença e benefícios que são medidas pelas transações do cuidado humano ético, estético, científico, pessoal e profissional (Watson in Riehl & Sisca, 1989).

Nestes encontros realizados através das visitas domiciliares a enfermeira busca colocar-se no lugar do outro para identificar situações problemas e a partir daí agir com o outro e pelo outro, afinal como relata Lacerda (2000) o cuidado domiciliar não se repete, é sempre novo e leva o enfermeiro a atuar com o novo, buscando sempre crescer mais e com maior profissionalismo vencendo barreiras.

Os clientes foram contactados em visitas domiciliares, onde após apresentação e cumprimento das formalidades, observei a situação familiar de cada um, as condições de moradia e saneamento básico, as dificuldades enfrentadas pela família, quem é o responsável pelo domicílio, a renda familiar dos membros e o possível cuidador.

Falei sobre a importância da APDE, o apoio e o conforto que a fundação desta associação trouxe a cada um dos clientes, a relevância deste trabalho para a comunidade, de quão útil ela é como facilitadora de algumas ações juntos às instituições de saúde tais como: internamentos hospitalares; agendamentos; suporte medicamentoso; transporte; facilidade no agendamento e autorização de exames pelo SUS (Sistema Único de Saúde), conforme preconizados pela NOB-96 (Norma Operacional Básica), auxílio com alimentos (cestas básicas bem como suplementos alimentares); apoio moral e espiritual; etc.

Com a grande maioria dos clientes, abordei através do processo de educação em saúde os conhecimentos e entendimentos relacionados à doença e o que ela causa no cliente e na família bem como na comunidade envolvida quando do descobrimento desta doença, ou melhor, quando da elucidação diagnóstica do tão temido câncer, assuntos estes priorizados pelas próprias famílias e às vezes pelos clientes.

Disse ainda da integração que o processo, quando superadas as dificuldades, traz à família harmonizando-as, a união de esforços para vencer este mal tão temido por todos os envolvidos e principalmente a aproximação com Deus e/ou uma força que minimiza a dor e traz fé e esperança a todos.

Ressaltei ainda a observação particular, do espírito de luta e força que surge neste núcleo familiar, uma energia que brota no interior de cada um e que numa somatória de todos perfazendo um conjunto, traz uma luz própria a cada domicílio e a esperança passa a falar mais alto, os problemas vão sendo aos poucos minimizados e até superados. Isto sim é de extrema relevância para a enfermagem, para a sociedade e principalmente para o ser humano.

O processo de seleção dos clientes e familiares utilizado foi muito moroso e delicado, pois, todos os clientes visitados apresentavam necessidades humanas afetadas e, portanto, precisam dos cuidados de enfermagem. Mas qual escolher neste grupo tão seletivo? Como escolher dos 42 (quarenta e dois) visitados apenas uma amostra de 5 (cinco)? Desta forma optei por selecionar 7 (sete) clientes para atender no domicílio de forma o mais significativa possível, pois, no espaço de tempo proposto não seria possível desenvolver o cuidado transpessoal com todos os visitados de forma adequada a qual estava me propondo. A seleção desta amostra de 7 (sete) clientes foi pela minha condição e jornada de trabalho, sendo que estes clientes necessitavam de no mínimo 2 (dois) encontros semanais cada um (alguns até mais), sem contar que o tempo de visita não cumpria apenas o protocolo proposta, pois, por várias vezes surgiu a necessidade de prorrogar este tempo previsto de 60 à 90 minutos cada cliente ou até mais tempo para não fragmentar ou interromper o processo de cuidar de forma transpessoal.

QUADRO 1

CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS ATENDIDOS NO ESTUDO

PACIENTE	SEXO	IDADE	DIAGNOSTICO	TRATAMENTO	COMPOSIÇÃO FAMILIAR/DOMICILIAR	N.º DE VISITAS REALIZADAS
Natanael	M	47	Tumores abdominais com infiltração por neoplasia, carcinoma embrionário no rim.	<ul style="list-style-type: none"> • Cirúrgico. • Quimioterapia. • Radioterapia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidadora no domicílio esposa, casado; 2 filhos (casal), encostado no INSS; domicílio alugado; religião católica; tratamento com cobalto; local de tratamento Londrina. 	31
ARIEL	F	42	Câncer de Mama.	<ul style="list-style-type: none"> • Quimioterapia. • Cirúrgico. • Radioterapia. 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 Filhos, estado civil casada, mas não está residindo com o marido neste período; renda familiar superior a 2 salários mínimos; religião católica pouco praticante. 	27
RAFAELA	F	52	Câncer de útero grau IV com metástase em bexiga.	<ul style="list-style-type: none"> • 42 sessões de cobalto. 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 filhos; sendo dois casados e um solteiro; renda superior a cinco salários; casa própria; religião católica; hábitos alimentares normais. 	20
MICHAELA	F	36	Câncer mama esquerda (02 nódulos inclusive axilares).	<ul style="list-style-type: none"> • 3 sessões de quimioterapia. • Cirúrgico. • 3 sessões de quimioterapia. • 26 radioterapias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Casada, 02 filhos; religião cristã; cuidador no domicílio a filha; domicílio próprio; tratamento em fase de quimioterapia; hábitos alimentares normais. • Abandonou o tratamento. 	35
GABRIELA	F	35	Câncer de mama esquerda (2 nódulos).	<ul style="list-style-type: none"> • 6 sessões de quimioterapia. • avaliação. 	<ul style="list-style-type: none"> • casada; 2 filhos; renda superior a 5 salários mínimos; domicílio próprio; tratamento em fase de quimioterapia. 	20
BARBIELA	F	34	Câncer intestino grosso (tumor maligno).	<ul style="list-style-type: none"> • Quimioterapia. • Em março 98 abandonou o tratamento por motivo gestacional. • Esta sendo reavaliada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Separada; 4 filhos menores; renda de 1 salário mínimo; domicílio alugado; recusa o tratamento; doméstica. 	15
HANIEL	M	62	Câncer intestino.	<ul style="list-style-type: none"> • Cirúrgico. • Quimioterapia 8 sessões. • Quimioterapia 12 sessões. • Hemodíalise. • A.V.C. • Óbito. 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 filhos, amigado; residência própria; renda familiar superior a 3 salários mínimos; aposentado por invalidez; óbito. 	21

4.2.3. MOTIVOS QUE LEVARAM A SELEÇÃO DOS CLIENTES ATENDIDOS

Cinco(05) clientes foram selecionados por estarem na fase de pré-diagnóstico ou de início de tratamento, alguns aguardavam confirmação de exames, outros aguardavam liberação do SUS, aprovando e incluindo os mesmos em uma forma de tratamento gratuito em um centro de especialidade avançado. A necessidade destes clientes de atendimento era premente. Todos eles, bem como os seus familiares, estavam passando por um processo difícil de aceitação e entendimento do que é neoplasia e o que poderiam fazer? Apenas um deles foi durante o processo de cuidar excluído, por não querer receber o atendimento proposto e nem o tratamento médico indicado.

Para onde ir? Como ir? A quem recorrer? Das perspectivas e formas de tratamento, das chances de que cada um tinha de não ser câncer, de ter o seu tratamento aprovado, dos custos que este tratamento teria?

Desta forma vi a impossibilidade de descartá-los de imediato e/ou abandoná-los sem lhes dar uma direção, mostrar-lhes os caminhos a seguir, ser também solidária a estas famílias que passavam a contar com o apoio e desempenho profissional a princípio oferecido, portanto, distribuí estes outros 35 indivíduos a voluntários da APDE e a acadêmicos do curso de graduação do Departamento de Enfermagem para efetuarem os retornos devidos e necessários com os quais realizei supervisão indireta.

Vislumbrei também com estes clientes a possibilidade do desenvolvimento de todas as etapas do processo escolhido e adaptado, almejei a possibilidade de com estes clientes poder fazer uso de todos os fatores de Cuidado Transpessoal preconizados por Jean Watson, ou pelo menos a maioria deles. Para expandir e aprofundar ainda mais este trabalho há ainda muito que pesquisar, entender e conhecer desta autora que tanto me sensibilizou como pessoa e como profissional para aplicação na prática desta teoria.

O primeiro deles, ao adentrar no domicílio, observei quantas necessidades a família apresentava e como seria útil desenvolver com eles os cuidados inerentes à manutenção da vida e da saúde através do processo ensino/aprendizagem. O cliente encontrava-se prostrado com vários déficits de saúde que poderiam ser trabalhados. O nível de comunicação deste indivíduo estava muito complicado e difícil pelas seqüelas de dois episódios de acidente vascular cerebral com déficit no seu grau de percepção.

Portanto, necessitava de cuidados que viessem a facilitar o seu dia-a-dia, bem como apresentava também a necessidade de cuidados diários. Organizei com dois acadêmicos um rodízio diário de visitas escaladas a cada oito horas/dia, a fim de suprir necessidades de cuidados de enfermagem. Consegui material para executar as referidas atividades no domicílio, evitando transportá-lo e também que a equipe de saúde da família do seu bairro fizesse parte desse processo de cuidar com mais frequência e assiduidade onde se manteve comunicação com troca diária de informações retroalimentando os profissionais envolvidos neste caso pelas acadêmicas.

Mesmo com todos os esforços desenvolvidos, os cuidados a ele efetuados e também para com sua família, o cliente foi internado na UTI (Unidade de Terapia Intensiva) por dois dias sem o sucesso esperado, vindo a falecer do dia 04 de julho de 1999, às 20:30 horas no hospital Santa Casa de Paranavaí.

Foi dado apoio à família após sua morte, estes por sua vez mostraram-se bastante agradecidos com o trabalho desenvolvido por todos os envolvidos. Pude experienciar de perto o fator de cuidado 10 de Jean Watson "ter consciência da presença de forças existenciais - fenomenológicas - espirituais na relação entre quem cuida e quem é cuidado" que trabalha o significado e as soluções dadas ou oferecidas para os problemas da existência, da separação, da solidão e também da morte.

O sétimo cliente selecionado foi por um processo empático ocorrido logo na primeira visita ao ser avaliado de forma técnica confirmou esta avaliação. A operacionalização deste trabalho se deu de forma muito interessante, pois houve um envolvimento familiar muito grande já na primeira visita. Este cliente já se encontrava em processo de tratamento.

O mesmo era possuidor de um bom nível de conhecimento e compreensão que ajudou no aprimoramento dos conhecimentos e esta troca de informações foi de grande valia. Apreciou a idéia de poder colaborar com a proposta inicial de trabalho e com a linha de atuação da profissional de enfermagem que até então ele desconhecia como sendo um trabalho possível e existente no domicílio, achando-se inclusive merecedor desta possibilidade.

Seu espírito de luta e força de vontade em manter-se vivo, através do processo de cura, foi inacreditável. Para somar a todos estes fatores positivos sua esposa mostrou e continuou mostrando ser uma grande companheira disposta a enfrentar tudo e a todos para vencer esta luta contra a neoplasia do esposo, patologia esta reverenciada pelo esposo que levaria o

mesmo provavelmente a "morte" (dizeres ouvidos com freqüência) e que relatava serem mínimas suas chances. Uma família centrada e com muito apoio dos familiares e da comunidade que a conhecia, realizando freqüentes visitas, ou mesmos convites para sair e espalhar, distrações possíveis e prazerosas.

Cinco clientes são residentes e domiciliados em casa própria com condições mínimas de saneamento, alimentação e moradia adequadas para o desenvolvimento do cuidado transpessoal de enfermagem, possuidores também de núcleo familiar constituído em seu meio.

Dois clientes residentes e domiciliados em imóveis alugados, mas também desfrutando de boas condições de saneamento, oferecendo para tanto, também a possibilidade de receber e desenvolver o cuidado transpessoal de enfermagem.

Para Cunha (1991; p. 33), a viabilização do cuidado de enfermagem no domicílio ocorre: "quando o mesmo oferecer mínimas condições de higiene e segurança ao paciente e quando a situação ou opção do paciente for por ser cuidado em casa junto à família".

Desta forma e compactuando deste pensamento, optei por domicílios que cumprissem os requisitos mínimos necessários para moradia ao selecionar 5 (cinco) do 42 (quarenta e dois) clientes visitados no decorrer da disciplina de Prática Assistencial.

Os clientes selecionados para visitas foram os que possuíam núcleo familiar de alguma forma constituído e encontravam-se a princípio imbuídos de vontade para desenvolver os cuidados propostos e posteriormente ensinados. Lacerda (1996; p. 5), considera: "o ambiente familiar como um componente importante para os pacientes, quer pelos aspectos físicos e materiais, quer sob o ponto de vista afetivo – social, visto que a família é, no conjunto da sociedade, uma das forças poderosas que influencia o processo saúde – doença, dos indivíduos..."

Desta forma considere também que a pessoa poderia tornar-se apta a buscar auxílio conforme anexo 4, e a auxiliar e desenvolver junto o cuidado transpessoal no domicílio, a família pode passar a ser cuidadora, após aceitar e estar habilitada para execução de tal tarefa de cuidar e devidamente interessada, apta a desenvolver o cuidado, sendo esta uma das propostas do cuidado domiciliar.

Tanto os clientes como seus familiares possuíam credo ou religião definida, na sua maioria cristãos, o que os levou a acreditarem em uma força superior que sustenta e reforça os laços que transcendem os laços terrestres até mesmo sua própria existência. Seus valores em uma energia que revigora traz conforto e segurança está sempre presente nos encontros e em

suas falas, sendo sempre exaltados e enaltecidos com muita fé, coragem e amor em algo ou alguém especial.

4.3. EXPLICANDO A METODOLOGIA DO TRABALHO

Como já foi mencionado, o trabalho foi desenvolvido no domicílio, com indivíduos e famílias que vivenciaram uma doença crônica tipo neoplásico e que necessitavam de cuidados de enfermagem transpessoais.

O acompanhamento no domicílio baseou-se nas condições de cada localidade, moradia, dos indivíduos, amigos, vizinhos, grupos comunitários a que pertenciam, da família acompanhar, aceitar e adequar-se ao processo proposto, e ainda da resposta emitida e/ou solicitada pelos envolvidos a cada mudança de conduta ou cuidado orientado pela profissional. Busquei educar estando junto e presente mostrando como se cuida e para que se cuida, portanto, conforme as adequações foram realizadas no domicílio, ocorreu a evolução do ensinar o cuidar para a transposição do *self* do ser cuidador, do ser cuidado e de outros envolvidos neste processo de atender no domicílio.

4.3.1. AS QUATRO FASES DO PROCESSO DE CUIDAR

Para tanto usei as quatro fases do processo de cuidar propostos por Lacerda (1996; p. 33-36), descritos a seguir, sendo que o cuidado transpessoal foi direcionado ao cliente neoplásico e seus familiares.

FASE 1: CONTATO INICIAL

Este período se caracteriza:

Pelos primeiros contatos entre enfermeira/cliente/família. A cada novo ouvir ou olhar, novas descobertas ocorrem. Neste momento há um desvelar de ambas as partes que podem ou não se completar: há um querer ou um não avançar nesta relação. Este é o momento em que é considerada a história de vida de cada um, ocorrendo uma descoberta, e cada um se deixa vislumbrar pelo

outro. É aquele olho no olho, aquele querer e ao mesmo tempo temer se mostrar, mas seguindo sempre a intuição, e ser verdadeiro.

FASE 2: APROXIMAÇÃO

Aqui conforme descreve a autora: “A relação já evoluiu. Os sentimentos, palavras, toques, várias formas de comunicação ocorrem, vários temas são elaborados e a enfermeira e o cliente movimentam-se para uma união. Caminham para que as almas, os espíritos se encontrem.”

FASE 3: ENCONTRO TRANSPESSOAL

Ocasião, conforme relata a autora, em que acontece o que: “Definiu-se anteriormente como Relação Transpessoal. A relação entre os dois, transcende cada um. Os dois, enfermeira e cliente, já não são dois, mas sim um. Ocorre uma intersubjetividade entre os dois, uma união, um estar junto em harmonia e mutualidade.”

FASE 4: SEPARAÇÃO

Conforme colocação da autora esta quarta fase:

Representa a maturidade das partes (enfermeira – cliente – família), onde as conotações subjetivas dos dois (podem ser três ou mais), se modificam e partem regenerados e enriquecidos com o conhecimento, força e energia para enfrentar a vida, o cliente e família nas suas condições de saúde – doença ou morte, a enfermeira com uma nova compreensão da vida, com seus momentos preciosos de cuidado. A enfermeira e o cliente se liberam do vínculo criado, pois atingiram cada um o alcance de seus propósitos”. Por outro lado, “a separação pode ocorrer também de forma abrupta, mesmo que não tenha havido uma transformação.

4.3.2. PROPONDO NO DOMICÍLIO O CUIDADO DOMICILIAR

Após a primeira visita para o reconhecimento dos 42 clientes e percepção das condições gerais dos domicílios, refleti muito, fazendo os retornos em sete domicílios, onde expus a proposta do Cuidado Domiciliar de Enfermagem Transpessoal.

Após apresentar-me como aluna do curso de Mestrado, expus o propósito de atendê-los, enquanto enfermeira, acompanhá-los durante o processo de tratamento, desenvolver com o cliente/família as ações necessárias para promover e procurar seu bem estar, reorganizar e potencializar, promover harmonia familiar e domiciliar.

Estes, por sua vez, poderiam ou não integrar e participar da proposta desenvolvida sendo parte importante da dissertação e para conclusão do mesmo. Os clientes com uma média aproximada de 20 visitas cada um entenderam os objetivos propostos e se mostraram bastante interessados em participar deste trabalho de cuidar, inclusive por poderem contribuir para que outros clientes futuramente sejam atendidos e beneficiados por trabalhos similares e de fundamental importância e relevância para a sociedade paranavaense e principalmente pelo fato de passarem a conhecer a enfermagem profissão tão "boa", conforme relatos, autônoma na sua forma de cuidar no domicílio, cuidado este também inovador e até então desconhecido por eles.

Não foi definido aos clientes envolvidos e seus familiares o número de encontros por mim realizados e nem a rotina que com eles aconteceriam. O que ficou claro é que as visitas ocorreriam conforme necessidade, ou seja, diariamente, semanalmente, em dias intercalados e ainda houve vezes em que esses encontros ocorreram em turno de oito horas/dia. Tudo dependia da condição de saúde do ser cuidado e/ou do estágio de tratamento em que se encontrava o protocolo proposto.

Portanto, seus acompanhamentos eram realizados conforme necessidades e até mesmo solicitações. Dependendo da evolução dos casos, estas visitas eram alteradas e adaptadas à forma de vida de cada um, sempre buscando respeitar os horários e rotinas diárias dos clientes cuidados e também a disponibilidade da família, ou seja, respeitou-se os horários propostos para a realização dos encontros, da atuação de enfermagem sem alterar muito sua própria rotina, respeitando as vontades e desejos dos clientes e familiares.

A média de visitas por clientes atendidos foi em torno de aproximadamente vinte e cinco encontros, os quais aconteciam com a evolução do processo de cuidado transpessoal proposto naturalmente e sem atropelos ou omissões de cuidados profissionais, buscando assim cumprir as fases propostas por nós no processo de cuidar, respeitando para ser respeitada.

4.3.3. APLICANDO E ENTENDENDO O PROCESSO DE ENFERMAGEM NO DOMICÍLIO

CONTATO INICIAL:

Em cada contato realizado com os clientes e família envolvidos no processo, primei sempre pela clareza na exposição dos objetivos destes encontros bem como conhecer cada hábito, costumes e principalmente a rotina do domicílio da família e do cliente cuidado. Desta forma busquei também enquanto profissional e ser cuidadora observar cada gesto, aprender e conhecer seus olhares, anseios, desejos, palavras, frases concluídas ou não, o porquê não.

Atentei pelas relações existentes neste núcleo a fim de aplicar com maior grau de satisfação o cuidado transpessoal.

Durante a fase de contato inicial fiz uso de um instrumento prévio (anexo 2), para diagnóstico situacional que facilitou a fase de aproximação, auxiliou na execução das atividades por conhecer mais facilmente todos os envolvidos, gerando assim um planejamento do cuidado no domicílio.

Saliento que, em alguns dos domicílios visitados, o processo cuja fase era de contato inicial e de aproximação transcorreu com muita tranquilidade e naturalidade, já em outro domicílio estas fases ocorreram mais tardiamente, pois o afeto emanado entre familiares estava fragilizado, o que demandou um tempo maior de adaptação entre os familiares, a doença e o profissional, bem como o processo de empatia era aos poucos reforçado.

Nesta etapa, também pude optar por dar ou não continuidade ao processo de cuidar, onde enquanto profissional de enfermagem observei a necessidade ou não deste núcleo em receber o cuidado transpessoal de enfermagem.

APROXIMAÇÃO:

Esta segunda etapa de cuidado transpessoal foi mais tranqüila e facilitada, pois havia participação e aceitação do ser cuidado/família, bem como um interesse mútuo de participarem do processo em prol de melhorar as condições de vida e saúde do ser cuidado.

Todos os gestos e palavras passaram a ser mais verdadeiros e menos controlados, os impulsos foram emergindo naturalmente e a confiança mutuamente implantada nesta relação de cuidar.

Procurei ainda primar pela verdade e pelos ensinamentos do cuidar. Toda esta etapa transcorreu com muita valorização do ser humano respeitando seus hábitos, crenças, valores e costumes a fim de validar esta etapa do processo, onde, a união entre o ser cuidado e o ser

cuidador foram consolidados e a partir de então os sentimentos passaram a fluir com naturalidade e clareza.

ENCONTRO TRANSPESSOAL:

Iniciei a terceira fase do processo sem poder desvinculá-la das outras fases como, por exemplo, a aproximação, quanto mais reforçava a segunda fase mais facilmente ocorria o encontro transpessoal. A princípio este encontro passava despercebido de tão próximos que estavam o ser cuidado e o ser cuidador.

Em vários momentos do encontro a relação entre os envolvidos transcendia também em cada um deles, tornando-se, em alguns momentos, apenas um ser, indispensável e com sentimentos, situações e ações vivenciadas como se fossem apenas um. Estes sentimentos reforçavam cada passo do cuidar, e de receber cuidado, era um transcender com a alma e a mente humana, sendo relevante ressaltar que as formas de comunicação também transcendiam no olhar e no observar unidos pelo sentir e participar.

Para os familiares esta forma de cuidar no domicílio, facilitou e possibilitou a retomada de alguns laços familiares, que em alguns momentos encontravam-se estremecidos. O afastamento provocado pela situação da doença e a dificuldade no enfrentamento da mesma foram também modificados já que todos tiveram oportunidade de expressar seus sentimentos e estreitar esta relação de amor, carinho, união e porque não dizer de cura da alma, melhorando assim as relações e mais melhorando a própria situação de paciente neoplásico/família.

SEPARAÇÃO:

Nesta quarta e última fase do processo de cuidado transpessoal, na grande maioria das famílias visitadas e acompanhadas após várias expressões de sentimentos entre a dor e a alegria, percebi enquanto ser cuidador que o amadurecimento dos envolvidos se consolidou, inclusive do ser cuidado e familiares. Mas é importante referendar nesta etapa do processo a evolução e amadurecimento também do ser cuidador/profissional.

A energia que emana dos núcleos familiares bem como a independência reforçada nesta forma de cuidar são bastante significativas, pois a tomada de decisão, o apoio, a busca de soluções, a resolução dos problemas são bem definidas pelos familiares e pelo ser cuidado sem constrangimento ou dificuldade em expor-se ou falar a verdade, agindo com mais clareza e certeza do que fazer para melhorar ou manter esta condição de vida.

Este processo levou ao amadurecimento e melhoria na condição de saúde e bem estar da própria família ou de quem fizesse parte deste núcleo. A sensação de prazer e de missão cumprida foi e é muito gratificante, mesmo envolvidos pela dor e sofrimento desta etapa de separação. Para o ser cuidado, família e o ser cuidador como referiu Ariel “será que vou conseguir continuar tão bem sem você, o que me consola é saber que você vai ajudar outras pessoas necessitadas, ficarei rezando para que tudo saia bem nas outras casas também.”

Por outro lado, enquanto ser cuidador fica a dor e um anseio na alma, mas a confirmação ao atingir esta etapa de missão cumprida ao observar que os conflitos não são mais constrangedores ou difíceis de serem expostos ou verbalizados, que a independência destas pessoas já fazem parte do seu existir e que foram gradativamente integrados ao ser de cada um após os cuidados de enfermagem aplicados.

O cuidar no domicílio é uma prática possível desde que não seja separada ou fracionada do processo educacional, pois esta deve ser constante nos processos de enfermagem, principalmente no cuidado transpessoal, é isto que se quer mostrar neste estudo onde aprendi que fazer parte do sofrimento, da condição de ser do outro também faz parte do crescimento científico da profissão.

5. CUIDANDO DE FORMA TRANSPESSOAL

Nesta caminhada onde foram acrescentados cuidados reforçados a cada minuto de nossas vidas passei a valorizar a evolução do ser humano que atua em cuidados diários a clientes neoplásicos e seus familiares.

A compreensão que se tem e o que se está desenvolvendo em relação ao cuidado transpessoal para a obtenção de melhor condição de saúde só ocorre quando se atua como verdadeiro profissional, digno da formação e do saber que se possui, para desenvolver o *self* do ser cuidado, incluindo neste processo de trabalho, o despertar para o amor, paz espiritual através do reforço dos sentimentos de cada um.

Durante a trajetória de cuidar no domicílio pude aplicar o processo proposto por Lacerda (1996), bem como os fatores de cuidado de Watson (1985), a fim de facilitar as ações de enfermagem. Este cuidar foi aplicado em clientela com características bio-psico, sociais, econômicas, religiosas e culturais diferentes inclusive no que se refere aos diagnósticos, forma de tratamento e local de moradia.

A transformação pelo qual o ser cuidador passa a cada dificuldade encontrada, no desenvolvimento de cada ação ou cuidado orientado ou desenvolvido, faz com que a enfermeira, enquanto cuidadora, possa transcender os cuidados físicos e técnicos. Este transcender melhora o corpo e a mente, mas principalmente, acalenta e traz um novo brilho ao espírito que por sua vez é reforçado a cada instante, valorizando sempre e cada vez mais as ações positivas e entendendo com mais clareza as ações ou reações que algumas vezes foram ou serão negativas pelo próprio estado de ser.

Ocorre também uma transformação no núcleo familiar que, na maioria das vezes, passa por momentos difíceis nesta caminhada, pois os sentimentos de perda e o estresse muitas vezes, são maiores do que suas forças ou sua energia vital.

Esta possível perda pode desorganizar este núcleo, onde cada um busca o seu eu interior para verificar o seu nível de entendimento, portanto faz parte, do papel do cuidador reorganizar este processo.

Felizmente os elos desta corrente como que sendo pólos energéticos diferentes se atraem como um ímã e reforçam os laços desarranjados deste núcleo, somando, valorizando, reforçando, buscando e aprimorando a transformação do ser.

É importante observar que esta evolução surgiu de ações desarticuladas e das realidades de um cotidiano de dor e sofrimento, da luta contra a discriminação e estigmatização dos clientes neoplásicos, ações estas planejadas não só pela obrigatoriedade, mas para esclarecer que houve flexibilidade também no planejamento deste cuidado.

Souza (1995; p. 2), relata "acreditar que o ser que cuida tem inúmeras possibilidades para refletir, agir e transformar a realidade que o cerca objetivando proporcionar ao ser cuidado, apoio, atenção, dispensando um cuidado cada vez mais competente ética e tecnicamente". Portanto, a evolução é mútua e acontece em todos os envolvidos no processo, podendo ser facilitado pelo profissional enfermeiro que, por sua vez, enquanto cuidador é possuidor de alguns conhecimentos e também possui condições para buscar mais e maiores informações a respeito das ações a serem desenvolvidas, das dúvidas a serem sanadas, para poder interagir com o ser cuidado e auxiliá-la nesta transformação.

Transformar é entendido neste trabalho como interagir, estar junto, participar, ser sensível, afetuoso, atencioso, habilidoso, criativo e amoroso estando junto com o ser em mudança para fazer parte desta mudança com potencialidade para conseguir mudanças com responsabilidade, sentimentos positivos e empatia.

5.1. DISCUTINDO A PRÁTICA DO CUIDADO TRANSPESSOAL

A proposta de cuidar no domicílio buscou uma abordagem existencial humanista, onde procurei ajudar enquanto profissional de enfermagem o ser cuidado, auxiliando a todos de forma mais harmoniosa possível. Considerei a proposta de refletir a experiência vivida pelo

indivíduo cuidado, pois o cuidar - educar na enfermagem não se constitui entidade isolada ou separada, ao mesmo tempo em que se aprende o que significa a experiência de cuidar no domicílio de forma transpessoal, o profissional está se cuidando também.

Os cuidados domiciliares aplicados com os escritos de Watson têm as suas pressuposições que servem para subsidiar, adequar e desenvolver o cuidado transpessoal em toda fase do processo de cuidar inclusive porque se pretende ensinar o ser cuidado e seus familiares (seus cuidadores), para promoverem melhores condições de saúde a todos.

Fiz uso do consentimento livre e esclarecido, dos visitados com permissão verbal dos familiares presentes, a partir daí busquei desenvolver o cuidado transpessoal em parceria com os seres cuidadores e o ser cuidado.

5.2. ANALISANDO A UTILIZAÇÃO DO MARCO DE REFERÊNCIA ADOTADO.

Várias pesquisas foram realizadas com intuito de encontrar formulações de conceitos condizentes com concepções pessoais. Recorri a várias literaturas a fim de sustentar idéias e formulações do trabalho.

Conforme cresciam as dúvidas e incertezas mais me aprofundei nas leituras em busca de uma melhor adaptação do referencial teórico utilizado, que harmoniosamente foi sendo aceito e adaptado aos conteúdos dos autores utilizados como referências no cuidado domiciliar.

Encontrei em algumas literaturas a colocação de que a teoria do cuidado humano de Jean Watson foi elaborada a fim de ser usada no cuidado domiciliar a outros tipos de clientes que não os clientes neoplásicos. No entanto, observei que ela se aplica também aos clientes neoplásicos, aplicando-se perfeitamente a esta forma de cuidar, que visa prioritariamente harmonizar o ser cuidado/família e o profissional enfermeiro.

A teórica Jean Watson criou um referencial que busca o exercício do amor, fé, paz, alegria, esperança, solidariedade, coragem, ajuda, união, companheirismo, cumplicidade, etc., inerentes à situação vivida pelo cliente neoplásico, que está acima de qualquer diagnóstico por ser também um exercício de vida.

Os conceitos utilizados no transcorrer do referencial teórico foram facilmente articulados e engrenados entre si como uma roda dentada, em constante movimento

demonstrando que apesar das dificuldades e aplicação no domicílio, culminam por ajustar-se quando do manuseio e estudo desenvolvido pelo profissional enfermeiro, bem como pela sua aprendizagem, potencialização e crescimento.

Desta forma desenvolvi juntamente com os conceitos os cuidados domiciliares transpessoais, a educação no domicílio como forma de desenvolver a transcendência da situação vivida do cliente e também dos seus familiares.

Almejei sempre adaptar os problemas citados pelo ser cuidado, observado pelo ser cuidador e familiares facilitando o acesso ao domicílio buscando informações e procurando minimizar sua dor, angústias e sofrimentos. Para que estes propósitos fossem alcançados, foi necessário conhecer e aplicar os conceitos e fatores de cuidados preconizados pela autora e conhecer os conceitos dos próprios clientes e familiares.

Isto tudo demandou muita atenção, observação, imaginação e aplicação da teoria para o delineamento de uma proposta de cuidado na enfermagem de forma prática, intelectual e objetiva.

O enfermeiro desenvolve como ser cuidador criatividade, valorização e muito mais afetividade quando utiliza estas informações *cuida com o coração*, torna-se mais perceptivo e aberto para observar, intuir e cuidar

Este referencial teórico busca o outro além dele mesmo e desenvolve o cuidado transpessoal de forma empática. A visão do ser cuidador passa a ser a do coração, do sentimento da procura por si mesmo.

Este processo de cuidar valoriza a profissão bem como o profissional, principalmente no que se refere ao cuidado prestado e o cuidado recebido. Quem recebe o cuidado transcende a ele e quem o aplica também, pois esta forma de cuidado transpessoal é uma troca positiva e importante para o crescimento e desenvolvimento de todos os envolvidos no processo.

O referencial adotado é de fácil e útil adaptação e aplicação no dia-a-dia, não bastando fazer uso da compreensão dos significados que a situação vivida apresenta no cuidar transpessoal com assertividade e em ação conjunta com outros seres/familiares ou profissionais, pois no fundo a adoção deste referencial dá uma guinada no significado da própria enfermagem com o que se é, quem são as pessoas, a família, o ser cuidador no dia-a-dia da enfermagem e do seu entendimento sobre a profissão. Todo este processo passa a ser fácil quando o enfermeiro passa a se analisar enquanto profissional.

O ser cuidado passa a buscar apoio e conforto na família, através da fé e harmonia valorizando o cuidador, transcendendo o seu próprio ser e o ser do outro conforme entendimento desta teoria do cuidado transpessoal.

Fica evidenciado nas leituras e no próprio cuidar, o respeito à questão da ética e da moral, pois nada é categórico ou impositivo, buscando ser e estar dentro da respeitabilidade, coerência e aceitação do ser cuidado e família. Nenhum cuidado preconizado é imposto ou obrigatório, sendo sempre questionados, discutidos, reelaborados e orientados para que sejam realmente apreendidos pelos seres envolvidos.

O ser cuidador pode atuar em conjunto com outros seres a fim de possibilitar uma melhor qualidade de vida e dos serviços, viabilizando assim um ser cada vez mais saudável. Todo este processo ocorreu com a construção de conhecimentos pela análise e observação dos fatos à luz dos escritos de Jean Watson e de outros autores que seguem uma linha similar de pensamentos, atos e atitudes. Assim na análise e discussão das informações ocorre uma aproximação da realidade e dos seres envolvidos neste processo.

A permissão para enfrentar os problemas e as soluções encontradas faz do processo de cuidar de forma transpessoal algo grande e valioso. Os sentimentos envolvidos na relação são empáticos e transcendem nossa vontade de apenas cuidar, pois se passa cada vez mais a valorizar o outro.

O referencial teórico utilizado e devidamente articulado vem de encontro à representação mental do problema de saúde do cliente neoplásico para melhor adaptação, aceitação e segurança dos mesmos. Os fatores de cuidados expostos são interligados e inter-relacionados à vida e às dificuldades do ser cuidado/ família com relação às neoplasias, fazendo-se necessários e aplicáveis.

5.2.1. LEVANTANDO NECESSIDADES E IMPLEMENTANDO CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A implementação do processo de cuidar proposto por Lacerda (1996), facilita e complementa os fatores de cuidado de Jean Watson, pois o processo é a implementação desta teoria do cuidado humano, com o intuito de aprimorar os conceitos definidos, utilizados e tentando esclarecer dúvidas, adequando-as aos conceitos utilizados e aplicados.

Percebi que esta tentativa veio ao encontro das necessidades de utilizar estes conceitos e técnicas nos cuidados domiciliares que fazem parte do objeto de estudo. Estudo este que não tem como pressupostos validar ou comprovar nenhuma teoria, apenas aplicá-la em forma de cuidados domiciliares a clientes neoplásicos a fim de melhorar suas condições de adaptação e conseqüentemente sua aprendizagem, na melhoria das suas condições de saúde.

O trabalho almejou integrar os conteúdos teóricos e os conceitos, as diferentes visões e problemas encontrados nas referidas visitas aos indivíduos e seus familiares, propondo caminhos no desenvolvimento destes seres através da educação e resolução dos problemas.

No transcorrer das visitas, durante a realização dos apontamentos necessários, percebi que seria difícil recordar e/ou estar atenta a todo diálogo efetuado, estando preocupada com cada problema levantado, e em qual fator de cuidado estes por sua vez seriam inseridos ou se na medida que utilizados, estavam de acordo com a idéia central de Jean Watson.

Viabilizando facilitar este processo optei por estar anotando em separado os problemas encontrados ou referidos no domicílio, desta feita iniciei um estudo mais aprofundado dos fatores de cuidados preconizados pela teórica Jean Watson e procurei identificá-los.

Este trabalho possibilitou que durante os encontros eu pudesse anotar os fatores de cuidados usados pelo número do referido fator e anotação de palavras-chave, sem, contudo deixar de estar atenta se os mesmos se repetiam e se surgiam novos problemas ou situações problemas no núcleo familiar.

Desta feita observei que dos cinco clientes que aceitaram e autorizaram este acompanhamento e que foram avaliados, cuidados, orientados na maioria das vezes apresentavam e referiam problemas similares com relação às questões de como enfrentar a doença, da motivação para a continuidade ou ingresso no tratamento, da disponibilidade para aprender e atuar no cuidado de enfermagem transpessoal, da fé e esperança em **Deus** ou no tratamento.

Almejando conseguir minimizar estes problemas, bem como reduzir o nível de ansiedade e estresse, procurei sempre ressaltar a importância da família, bem como da harmonia no domicílio através da união e da força vital de cada um por ser saudável e estar envolvido neste processo de cuidar.

Busquei assim agrupar os problemas levantados e os cuidados transpessoais de enfermagem implementados, com intuito de possuir dados suficientes para desenvolver os cuidados transpessoais no domicílio.

Procurei ainda analisar e confrontar os valores pessoais e profissionais, com as colocações do ser cuidado/família com os valores de outras literaturas, outros profissionais e também dos valores sociais cabíveis e experienciados pelo ser cuidador e o profissional enfermeiro. Nestes encontros evitei externar opiniões, avaliações ou conceitos particulares a fim de não confundir ou modificar as falas e contribuições do ser cuidado, pois, estes por sua vez poderiam deixar de ser claros, transparentes ou sinceros nas suas colocações (falas), para conhecimento da sua realidade e assim prejudicariam o crescimento e desenvolvimento da proposta de cuidado transpessoal.

A clareza destes significados foi de grande valia na aplicação do cuidado transpessoal de enfermagem a estes clientes bem como de sua valorização e humanização no transcorrer do processo.

Apesar de sua complexidade a inter-relação dos fatores de cuidados preconizada por Jean Watson é clara e concisa, quando identifica os seus componentes e os descreve como cuidados que educa e são comuns entre si.

Ocorreram dificuldades na constituição de uma equipe multiprofissional para atender às necessidades afetadas nos clientes acompanhados o que ocupou muito do tempo disponibilizado para o cuidar, ao tentar encaminhar ou mostrar ao ser cuidado/família onde e de que forma buscar os recursos disponíveis e necessários.

Este processo exigiu doação e profissionalismo, mas foi de grande valia, pois hoje há cinco famílias que sabem como fazer uso da melhor forma possível do Sistema Único de Saúde e outros serviços de apoio à comunidade, conhecem um pouco dos cuidados descritos abaixo conforme os fatores preconizados por Jean Watson. Percebi a importância da APDE, em mostrar e ensinar como fazer parte deste processo de cuidar e educar o ser cuidado e seus familiares.

Apliquei um instrumento (anexo 2), na primeira fase a de Contato Inicial estudando as condições de vida para posteriormente educar e cuidar sem oferecer riscos ou agravos ao cliente.

Os clientes portadores de neoplasias, no decorrer das visitas apresentaram em seus depoimentos problemas e dificuldades comuns relacionados à doença, à família, à sociedade, ao tratamento, às dores, ansiedades e desejos, crença, valores e costumes na maioria destes verbalizados pelo próprio indivíduo ou familiar nos encontros, sendo, portanto necessário orientar e cuidar conforme os problemas, as dificuldades e os anseios surgissem.

Cabe ressaltar que, para desenvolver o cuidado transpessoal, fez-se necessário ter tempo e disposição como fatores inerentes e preponderantes ao profissional enfermeiro.

Não é possível separar o ser cuidado do ser cuidador ou família, pois as ações são desenvolvidas no domicílio, sendo um complicador tentar fazê-lo, para tanto fica claro que se as ações de cuidar não forem cabíveis ao ser cuidado em muitas vezes elas são exequíveis ao ser cuidador ou um dos membros da família. O profissional enfermeiro também em alguns momentos pode cuidar e em outros sentir e receber o cuidado transpessoal conforme desenvolve a relação de cuidar/ensinar e também aprender.

Desta forma descreverei algumas fases dos cuidados de enfermagem utilizados, apresentando as necessidades humanas preconizadas por Jean Watson, incluindo as ações que atendem o conjunto dos problemas levantados e vividos com descrição dos dados brutos coletados.

QUADRO 2

FATOR DE CUIDADO 1: POSSUIR UM SISTEMA DE VALORES HUMANISTA - ALTRUISTA

NECESSIDADES HUMANAS	CLASSIFICAÇÃO	DADOS BRUTOS	PROBLEMAS
	BIOFÍSICAS OU DE SOBREVIVÊNCIA	<i>Ninguém gosta de mim, sou feia. Estou dando problema de novo para minha família. Aqui em casa falta muita coisa o lugar é pequeno.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Desvalorização humana. ⊗ Desamor. ⊗ Descrédito nos profissionais. ⊗ Condições domiciliares e sanitárias irregulares.
ORDEM INFERIOR	PSICOLÓGICAS OU FUNCIONAIS	<i>Tenho muitas dores. Gostaria que tudo isto não tivesse acontecido comigo. Não tenho muita fome Antes eu ia ao banheiro todos os dias, agora só vou em dias pulados. Eles querem que eu coma de tudo e toda hora. Durmo pouco à noite, mas de dia cochilo um pouco.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Dores. ⊗ Constipação. ⊗ Estresse. ⊗ Astenia. ⊗ Dificuldades em aceitar o câncer. ⊗ Pouco recursos para aquisição de alimentos especiais. ⊗ Dificuldade de sono.
ORDEM SUPERIOR	PSICOSSOCIAIS OU INTEGRADORAS	<i>Não pretendo fazer caminhada, tenho que parar para falar com todo mundo. Procuro não vir no portão, todos me olham de jeito diferente. Parei de ir a igreja, tem muita gente. Quando vou ao médico, sempre busco usar chapéuzinho. Minha família quer sempre vir aqui, eu não gosto muito mas não é o caso.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Pouca deambulação. ⊗ Exercício físico inadequado. ⊗ Receio em expor-se. ⊗ Recusa contato com terceiros. ⊗ Medo de falar sobre câncer. ⊗ Fuga da realidade. ⊗ Evita visitas de familiares.
	INTRAPESOAIS-INTERPESSOAIS DE BUSCA DE CRESCIMENTO	<i>Gostaria de voltar a estudar e ter uma profissão. Tem muita gente aqui rezar por mim. Quando fico sozinho penso coisas ruins. Gosto muito de rezar, me traz paz. Minha vida mudou muito todos me ajudam.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Dificuldade em encontrar paz e aconchego. ⊗ Receio de buscar o novo. ⊗ Profissionalização como meta impossível. ⊗ Querer, mas não lutar para conseguir. ⊗ Falta de preparo para mudanças. ⊗ Perda da referência religiosa e de grupo.

ACOES QUE ATENDEM O CONJUNTO DE PROBLEMAS REFERIDOS NO QUADRO 2

- Promovendo credibilidade nos familiares, facilitando suas relações;
- intensificando as ações no domicílio, promovendo a presença de visitas bem como falas positivas e colocações de estímulos positivos;
- implementação das ações com a comunidade e seu grupo de referência;
- promoção das relações de harmonia no domicílio desenvolvendo ações positivas e afetivas;
- mobilizando a crença de que tudo pode dar certo, é só querer;
- evitando isolamento no seu próprio eu;
- valorizando a importância do diálogo e companheirismo na família e no domicílio;
- oportunizando saídas, passeios, visitas a outras pessoas;
- identificando ser alguém que não está sozinho e que não é o único no meio de milhares;
- priorizando a família como sendo fator preponderante, a contribuir em todo processo do tratamento;
- fortalecendo os elos existentes entre cliente/família/enfermagem através da esperança em resultados positivos.

QUADRO 3
 FATOR DE CUIDADO 2: PROMOVER FÉ E ESPERANÇA.

NECESSIDADES HUMANAS	CLASSIFICAÇÃO	DADOS BRUTOS	PROBLEMAS
ORDEM INFERIOR	BIOFÍSICAS OU DE SOBREVIVÊNCIA	<p><i>Acho que não vou sarar.</i> <i>Talvez eu fique assim, até quando?</i> <i>Não desejo isto nem para um cachorro.</i> <i>Tenho certeza que não vai dar certo, comigo sempre dá errado, tudo que como faz mal.</i> <i>As vezes gostaria de viver em outro lugar.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Descrédito em forças existenciais. ⊗ Perda da fé. ⊗ Avaliação prejudicial da doença. ⊗ Descrédito em alternativas de medicamentos e alimentos. ⊗ Desmotivação.
	PSICOLÓGICAS OU FUNCIONAIS	<p><i>Não adianta, não posso comer carne vai fazer mais mal.</i> <i>Este enagrecimento me causa medo.</i> <i>Não aceito tantas mudanças.</i> <i>Estes remédios não valem nada, só engordam.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Abandono do tratamento nutricional. ⊗ Descrédito na medicação. ⊗ Falta vontade para viver. ⊗ Dificuldade em aceitar mudanças. ⊗ Falta de apetite.
ORDEM SUPERIOR	PSICOSSOCIAIS OU INTEGRADORAS	<p><i>Deus não existe.</i> <i>Todo mundo manda eu rezar, mas não sei se adiantará.</i> <i>Talvez as pessoas pensem que é AIDS.</i> <i>Sabe, não consigo ter vontade de sair, acho que Deus me abandonou.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Medo da aproximação com o outro. ⊗ Dificulta o contato com o outro. ⊗ Descrédito na família. ⊗ Medo do desconhecido. ⊗ Incerteza da ajuda que recebe. ⊗ Crença e valores prejudicados. ⊗ Fuga interior.
	INTRAPESSOAIS-INTERPESSOAIS DE BUSCA DE CRESCIMENTO	<p><i>Se eu sair dessa vou fazer uma promessa.</i> <i>Preciso me basear em alguma coisa, acho que tudo está errado.</i> <i>Alguém pode me ajudar.</i> <i>Eu quero sarar.</i> <i>Podíamos sair para rezar lá na igreja.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Fragilização dos valores. ⊗ Descrédito na ajuda dos outros. ⊗ Dificuldade de enfrentamento. ⊗ Dificulta o processo de auto cuidar-se. ⊗ Desvios de pensamentos para com sua fé e seu desejo de cura.

ACOES QUE ATENDEM O CONJUNTO DE PROBLEMAS REFERIDOS NO QUADRO 3

- Reforço da existência de credo ou religião do cliente e/ou familiares;
- instauração da fé e da esperança em uma força superior;
- instauração de credibilidade no tratamento;
- participação de grupos religiosos e/ou comunitários;
- valorização da esperança;
- valorização das crenças e o cultivo da fé;
- aprimoramento no núcleo familiar da importância da oração e do acalantar da alma;
- buscar minimizar a dor e o sofrimento através do dar e receber amor;
- fortalecendo a fé - esperança como fontes facilitadoras do processo de cura do câncer;
- fortalecimento do *self*.

QUADRO 4

FATOR DE CUIDADO 3: TER SENSIBILIDADE CONSIGO E COM OS OUTROS.

NECESSIDADES HUMANAS	CLASSIFICAÇÃO	DADOS BRUTOS	PROBLEMAS
ORDEM INFERIOR	BIOFÍSICAS OU DE SOBREVIVÊNCIA	<p><i>Sabendo que é importante andar e praticar exercícios, não tenho vontade.</i></p> <p><i>Falta força, sabe até ar falta.</i></p> <p><i>Penso nisto toda hora, mas meu corpo não responde.</i></p> <p><i>Mirbas pernas doem muito.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ε Dificuldade em praticar exercícios regularmente. ε Dificuldade em respirar. ε Fraqueza. ε Astenia. ε Tonturas. ε Dores nos MMII.
	PSICOLÓGICAS OU FUNCIONAIS	<p><i>Acho que não sei ouvir.</i></p> <p><i>Mudando de cidade não vou deixar meus problemas e nem minhas dores.</i></p> <p><i>Esta injeção dói muito, prá que tomar.</i></p> <p><i>Sinto como se o mundo fosse acabar em vômito quando faço a quimioterapia.</i></p> <p><i>Este raio queima muito.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ε Medo/incertezas. ε Ruídos estressantes. ε Queimaduras de 3º grau. ε Náuseas. ε Vômitos. ε Fragilização do eu. ε Lesões da derme e epiderme. ε Incerteza no tratamento.
ORDEM SUPERIOR	PSICOSSOCIAIS OU INTEGRADORAS	<p><i>Eu quero acreditar em Deus e em vocês, mas é difícil.</i></p> <p><i>Acho que todo mundo sabe o que é isto, mas ninguém sente o que eu sinto.</i></p> <p><i>Minha irmã precisa estar no meu lugar para sentir tudo isto e dar valor na vida dela.</i></p> <p><i>Estou assim porque mereço, a gente vai definhando.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ε Desesperança. ε Confiabilidade prejudicada. ε Descrédito no tratamento. ε Desvalorização do cuidado pelo familiar. ε Culpa por estar doente. ε Culpa família pelas suas dores. ε Dó de si mesmo.
	INTRAPESSOAIS-INTERPESSOAIS DE BUSCA DE CRESCIMENTO	<p><i>Preciso mesmo ouvir, mais vocês que entendem de tudo.</i></p> <p><i>Uma enfermeira em casa é tudo que eu precisava.</i></p> <p><i>Ter que ir no hospital é muito ruim.</i></p> <p><i>A gente já está ruim, no hospital a gente lá morio.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ε Dificuldade em ouvir. ε Déficit nas formas de linguagem. ε Dificuldades em expressar-se. ε Desvaloriza o tratamento. ε Rejeição à hospitalização.

AÇÕES QUE ATENDEM O CONJUNTO DE PROBLEMAS REFERIDOS NO QUADRO 4

- Desenvolver sua auto estima;
- reforçando os valores da vida e o porquê de cada um existir;
- acreditando no poder de auto ajuda e dos familiares;
- priorizando as boas ações e as experiências que deram certo;
- fortalecendo as relações e sentimentos;
- esclarecendo que neoplasia não é penalidade mais um fato do cotidiano;
- reforçando pensamentos e ações positivas;
- valorizando cada dificuldade como sendo parte de um processo de amadurecimento;
- valorizando o aprendizado;
- promovendo auto estima, amor e aproximação com outro;
- realizando curativos;
- apoiando prática de exercícios físicos;
- melhorando ventilação e aeração;
- incentivando repouso e descansos;
- minimizando nível de estresse;
- orientando sobre compressas quentes e frias.

QUADRO 5

FATOR DE CUIDADO 4: ~~DESENVOLVER UMA RELAÇÃO DE CUIDADO HUMANO DE AJUDA~~

CONFIANÇA

NECESSIDADES HUMANAS	CLASSIFICAÇÃO	DADOS BRUTOS	PROBLEMAS
ORDEM INFERIOR	BIOFÍSICAS OU DE SOBREVIVÊNCIA	<p><i>Nem banho tenho vontade de tomar.</i></p> <p><i>As vezes preciso ter alguem por perto.</i></p> <p><i>Sein você tudo seria mais difícil e duro.</i></p> <p><i>Sempre a gente perde alguma coisa ou alguem.</i></p> <p><i>A comida fica horrivel.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ξ Auto piedade. ξ Solidão. ξ Isolamento, não sai. ξ Falta de estímulos para dietas. ξ Medo do amanhã. ξ Dificuldade na separação do profissional e da família e dos serviços.
	PSICOLÓGICAS OU FUNCIONAIS	<p><i>Não gosto de reuniões e muitas pessoas.</i></p> <p><i>Minha formação não dá para eu fazer isto que você está pedindo.</i></p> <p><i>Será que vai dar certo meu tratamento.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ξ Desorientado. ξ Dificuldade em agrupar-se. ξ Descrédito no potencial de valorização da vida. ξ Dúvidas nas formas de tratamento. ξ Desmerecedor de cuidados.
ORDEM SUPERIOR	PSICOSSOCIAIS OU INTEGRADORAS	<p><i>Preciso me ajudar mas não sei como fazer.</i></p> <p><i>Tudo que vou fazer parece errado.</i></p> <p><i>Até câncer eu peguei, ela vida difícil.</i></p> <p><i>As vezes não entendo o que os outros acham.</i></p> <p><i>Quero todo mundo por perto se acontecer alguma coisa.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ξ Dificuldade de auto ajuda. ξ Comunicação verbal dificultada. ξ Dificuldade em expressar-se. ξ Potencial de cognitivo prejudicado.
	INTRAPESSOAIS-INTERPESSOAIS DE BUSCA DE CRESCIMENTO	<p><i>Tenho pouca cabeça para fazer isto.</i></p> <p><i>Gostaria de saber o que passa na cabeça dos médicos.</i></p> <p><i>Falo pouco mas com você falo até pelos cotovelos.</i></p> <p><i>Tenho medo de falar isto para a minha família.</i></p> <p><i>Sei que eles gostam de mim apesar de tudo.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ξ Descrédito em si mesmo. ξ Incertezas no tratamento. ξ Dificuldade em expressar seus problemas. ξ Medo da rejeição da família. ξ Relações afetivas abaladas.

ACÇÕES QUE ATENDEM O CONJUNTO DE PROBLEMAS REFERIDOS NO QUADRO 5

- Oferecendo ajuda, promovendo confiança sendo verdadeiro;
- fazendo presente e integrado às ações familiares, sabendo ouvir;
- priorizando cuidados ao cliente com o relacionamento humanitário sempre presente;
- ouvindo com atenção, cuidar com o coração;
- orientando e procurando sanar as dúvidas e incertezas dos clientes;
- desenvolvendo meios de comunicação próprias ao momento e ao fato ocorrido, independente da forma de comunicação;
- sabendo ler nas entrelinhas e transcendendo aos desejos atendendo as necessidades do cliente e da família sempre que possível;
- desenvolvendo e aguçando a sensibilidade para estar mais próximo possível das soluções propostas e implementadas para melhorar as condições de saúde do cliente;
- reforçando laços de amizade;
- orientando a família;
- auxiliando na auto ajuda;
- ensinando o auto-cuidado.

QUADRO 6

FATOR DE CUIDADO 5: **PROMOVER E ACEITAR A EXPRESSÃO DE SENTIMENTOS POSITIVOS E**

NEGATIVOS

NECESSIDADES HUMANAS	CLASSIFICAÇÃO	DADOS BRUTOS	PROBLEMAS
ORDEM INFERIOR	BIOFÍSICAS OU DE SOBREVIVÊNCIA	<p><i>O que fazer sem um seio, dói muito.</i></p> <p><i>As coisas que eu fazia antes não eram corretas, não quero mais ser assim.</i></p> <p><i>Meu seio ficou com cicatriz feia.</i></p> <p><i>A gente cresce e continua aprendendo, mas estas dores é uma forma ruim de aprender.</i></p> <p><i>Tudo continua, nada pode fazer.</i></p> <p><i>Quando a gente fica doente até a casa fica feia.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Poucos hábitos de higiene. ⊗ Riscos de infecção. ⊗ Desordem afetiva. ⊗ Acreditar que é culpado por ser portador de câncer. ⊗ Somatização da dor.
	PSICOLÓGICAS OU FUNCIONAIS	<p><i>Não entendo o que o câncer faz com a gente.</i></p> <p><i>Isto corrói mesmo, eu até sinto como se tivesse um rato dentro de mim.</i></p> <p><i>Estou curada pela vontade de Deus, sonhei que ele tirava de mim esta coisa ruim.</i></p> <p><i>Quando eu lembro que eu tenho que ir a Londrina minha barriga dói.</i></p> <p><i>Fico agoniado só em pensar, no vômito e na tontura.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Falta de conhecimento. ⊗ Reforço dos pensamentos negativos. ⊗ Dificuldade em interagir. ⊗ Descrédito na cura. ⊗ Fuga do problema de saúde. ⊗ Medo do tratamento/morte. ⊗ Não aceitação dos efeitos colaterais da medicação.
ORDEM SUPERIOR	PSICOSSOCIAIS OU INTEGRADORAS	<p><i>Estou aprendendo a conviver com tudo isto, mas é difícil.</i></p> <p><i>No começo achei que ia morrer, de tanto desgosto e sofrimento.</i></p> <p><i>A gente fica feia sem cabelo e magra desse jeito.</i></p> <p><i>As vezes me dá vontade de sair daqui para descansar e fugir de tudo.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Dificuldade em fortalecer os pensamentos positivos. ⊗ Desvalorização humana. ⊗ Déficit de aceitação da situação vivida. ⊗ Desagrado pela própria aparência. ⊗ Negação da existência.
	INTRAPESSOAIS-INTERPESSOAIS DE BUSCA DE CRESCIMENTO	<p><i>Tudo isto só serviu para eu valorizar mais a minha vida, pois antes eu não cuidava de mim.</i></p> <p><i>Minha família é tudo para mim, pena só ter descoberto isto agora.</i></p> <p><i>Antes achava minha vida fútil, agora que é tarde, pronto tenho um montão de planos.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Deságrega valores. ⊗ Descuido com o corpo físico e o espiritual. ⊗ Falta de amigos para conversar. ⊗ Medo da separação. ⊗ Medo da morte.

ACOES QUE ATENDEM O CONJUNTO DE PROBLEMAS REFERIDOS NO QUADRO 6

- Orientando sobre o que é o câncer, facilitando a aceitação e entendimento da vida;
- vivenciando exemplos positivos e casos que deram certo após tratamento;
- participando de trabalhos de grupos para falar sobre a doença sem medos e receios, trocando experiências entre os clientes ressaltando os fatos positivos;
- reforçando entendimento que o câncer não escolhe o indivíduo pela sua condição econômica, social, religiosa, política ou outra;
- desenvolvendo e aprendendo bons sentimentos e atitudes com relação a si e aos outros;
- ensinando cuidados necessários para a saúde do cliente;
- valorizando experiência e sua história, fortalecendo-o *self*;
- apoiando o desejo de preparar-se para morte;
- oferecendo/oportunizando apoio espiritual;
- aprimorando conhecimentos;
- ensinando bons hábitos de higiene e repouso;
- aprendendo e ensinando o auto cuidado.

QUADRO 7

FATOR DE CUIDADO 6: UTILIZAR O PROCESSO DE CUIDADO CRIATIVO RESOLVENDO PROBLEMAS

NECESSIDADES HUMANAS	CLASSIFICAÇÃO	DADOS BRUTOS	PROBLEMAS
ORDEM INFERIOR	BIOFÍSICAS OU DE SOBREVIVÊNCIA	<i>Quero comer, mas não consigo. Falta dinheiro até para água. Preciso destes remédios para ter menos vômito, o cheiro, uhm. Preciso de ajuda porque tudo em mim dói. Não surto para mais nada mesmo. Não sei se o que eu faço é certo, tenho muitas dúvidas se posso ou não comer estas coisas. Durmo mal, penso muito, meu estômago dói.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ε Falta de apetite. ε Desordem intestinal. ε Dificuldade na aquisição de medicação de suporte ao tratamento. ε Efeitos colaterais desanimam. ε Não aceitação ao repouso e outras atividades inerentes ao tratamento. ε Medo do desconhecido. ε Dúvidas e incertezas sobre o amanhã. ε Insônia, pesadelos. ε Gastrite nervosa. ε Eliminação com odores.
	PSICOLÓGICAS OU FUNCIONAIS	<i>Tudo dói até pensar dói. Meus remédios são muito caros. Nos podemos ganhar estes remédios. Então, os curativos você vem fazer. Fico muito irritada, tudo é motivo para briga. Tudo de ruim acontece comigo mesmo, minha pele ressecou.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ε Negação da própria vida. ε Desconhece os recursos disponíveis na comunidade. ε Dor a palpação. ε Nível de estresse alterado. ε Irritabilidade. ε Linear de aceitação prejudicado. ε Mal humor. ε Integridade cutânea alterada.
ORDEM SUPERIOR	PSICOSSOCIAIS OU INTEGRADORAS	<i>Tenho dificuldade em marcar consulta, minha esposa ficou no aguardo vaga umas 10 vezes. Meus parentes nem sabem onde é esta tal de APDE direito. Já estava difícil trabalho, agora vou ser demitido. Parei de ir na escola, não gosto das pessoas me olhando, careca, magra e feia.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ε Dificuldade em fazer uso das unidades de saúde. ε Desconhecimento das fontes de ajuda da comunidade. ε Desemprego. ε Prejuízo escolar. ε Poucos recursos financeiros. ε Dificuldade em receber ajuda/apoio. ε Não aceita doações. ε Preconceito.
	INTRAPESSOAIS-INTERPESSOAIS DE BUSCA DE CRESCIMENTO	<i>Eu tinha certeza que isto ia complicar, minhas costas doem. Quando tiraram meu seio não falaram que eu seria uma inválida, isto é punição. Não posso fazer força porque meu braço incha. Não fico mais onde tem muita gente. É muito difícil pra nós todos enfrentar isto. Minha família vai em todo lugar e pouco faz.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ε Dor e edema quando repousa. ε Dores generalizadas. ε Não aceitação da mutilação corporal. ε Invalidez como punição divina. ε Edema em membro superior esquerdo. ε Aceitação da doença prejudicada. ε Não consegue verbalizar a apalavra câncer.

ACOES QUE ATENDEM O CONJUNTO DE PROBLEMAS REFERIDOS NO QUADRO 7

- Fazendo uso de métodos criativos para resolução de problemas e tomada de decisão ensinando a cuidar e cuidando;
- incentivando a aceitação das formas de tratamento, pois sua negação gera fatores complicadores no processo da cura;
- possibilitando mudanças de atitudes dos integrantes no processo de cuidado domiciliar aliviando a tensão;
- fornecendo e recebendo segurança aos familiares pois o câncer pode modificá-la;
- planejando períodos de descanso (repouso e sono);
- buscando alívio ao sentimento de perda dos familiares e do cliente sem antecipar fatos e atos;
- inclusão dos familiares em todo o processo de cuidar de forma interativa;
- orientação com relação a fase de possíveis dificuldades sexuais devido as dificuldades do esforço físico, prejudicando o desenvolvimento e equilíbrio das relações;
- facilitando e estimulando atividades física (exercícios);
- manutenção e valorização da auto imagem.

QUADRO 8

FATOR DE CUIDADO 7: DESENVOLVER O ENSINO E CUIDADO TRANSPESSOAL

NECESSIDADES HUMANAS	CLASSIFICAÇÃO	DADOS BRUTOS	PROBLEMAS
ORDEM INFERIOR	BIOFÍSICAS OU DE SOBREVIVÊNCIA	<p><i>Parece que estou em cacos não consigo entender minha fraqueza.</i></p> <p><i>Não resistirei a este tratamento.</i></p> <p><i>Meu corpo não reage, não pego peso, não engordo.</i></p> <p><i>Não entendo porque eu ter o câncer sendo que sempre me cuidei, minha casa é limpa.</i></p> <p><i>Estou agitado, não durmo, sonho cada coisa feia.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ε Nivel de estresse prejudicado. ε Dificuldade na coleta de informações. ε Desmotivação. ε Gordura sinônimo de saúde. ε Não aceitação da doença para si. ε Agitação.
	PSICOLÓGICAS OU FUNCIONAIS	<p><i>Estou pior com estes remédios.</i></p> <p><i>Meus cabelos estão caindo estou muito feia.</i></p> <p><i>Falta vontade de comer depois da quimio.</i></p> <p><i>Tudo me dá ansia.</i></p> <p><i>Não gosto de deixar alguém que não seja você para fazer meu curativo.</i></p> <p><i>No lugar da memma limpar ela fez sangrar la no postinho.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ε Dificuldade em aliviar os efeitos colaterais da medicação. ε Descrédito na medicação. ε Ser o tratamento prejudicial. ε Alopecia. ε Anorexia. ε Não aceitação de outro profissional.
ORDEM SUPERIOR	PSICOSSOCIAIS OU INTEGRADORAS	<p><i>Foi muito difícil contar para minha família, eles me repudiam.</i></p> <p><i>É difícil deixar alguém vir em casa, é tudo tão simples.</i></p> <p><i>Prefiro que você venha todo dia, ver minha pressão.</i></p> <p><i>Você fala com clareza, eu aceito.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ε Dificuldade no nível de avaliação e aceitação do auto cuidado. ε Estar fechado para receber informações. ε Diálogo prejudicado. ε Medo da rejeição.
	INTRAPESSOAIS-INTERPESSOAIS DE BUSCA DE CRESCIMENTO	<p><i>Tomiei um porre de vinho tinto.</i></p> <p><i>Talvez se eu parasse o tratamento eu sofresse menos.</i></p> <p><i>Não desejo isto nem para um cachorro e muito dor.</i></p> <p><i>Sempre achei que minha filha fosse fazer tudo errado, ela até cozinha.</i></p> <p><i>Agora até deixo alguém fazer por mim, mas estava me sentindo uma inválida.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ε Abandono do tratamento. ε Pena de si mesmo. ε Falta de atenção. ε Desvalorização do cuidador. ε Não aceitação de ajuda. ε Desvalorização do auto cuidado por falta de conhecimento.

ACOES QUE ATENDEM O CONJUNTO DE PROBLEMAS REFERIDOS NO QUADRO 8

- Orientando sobre a importância da higiene corporal e domiciliar;
- valorizando sobre o uso de alimentos naturais, fracionados e evitar o uso de produtos químicos;
- intensificando a ingestão hídrica como apoio e suporte ao tratamento;
- prevenindo de possíveis agravos à saúde e ao bem estar do cliente e orientando sobre os riscos de infecção no domicílio;
- aplicando métodos de cuidado domiciliar dentro da realidade do cliente/família;
- desenvolvendo arte de cuidar e criatividade da enfermagem com o cliente;
- minimizando o estresse através da orientação;
- estimulando apetite;
- motivando o auto-cuidado e auto-estima;
- mostrando e ensinando o auto-cuidado;
- estimulando o ser humano a sentir e querer um amanhã;
- diálogo como forma de terapia;
- melhorando nível de aprendizado;
- conhecendo o outro e mostrando-se ser outro.

QUADRO 9

FATOR DE CUIDADO 8: **PROVER DE UM AMBIENTE PROTETOR E/OU ATENUANTES MENTAIS FÍSICOS**

SOCIAIS E ESPIRITUAIS

NECESSIDADES HUMANAS	CLASSIFICAÇÃO	DADOS BRUTOS	PROBLEMAS
ORDEM INFERIOR	BIOFÍSICAS OU DE SOBREVIVÊNCIA	<p><i>Sempre comi de tudo como fui ter câncer, comida também faz mal.</i></p> <p><i>Minha casa é sempre limpa, lavo bem minhas roupas, câncer pega no ar?</i></p> <p><i>Não sabia destes cuidados com a comida.</i></p> <p><i>Tudo aqui em casa é melhor que no hospital.</i></p> <p><i>Os profissionais do hospital são frios como gelo.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dúvidas sobre a causa do câncer. • Culpa pela doença. • Desconhecimento de alguns cuidados relacionados a alimentação e higiene. • Não gosta da comida do hospital. • Hospitalização reforça as situação de doença. • Falta de empatia com profissionais da rede hospitalar.
	PSICOLÓGICAS OU FUNCIONAIS	<p><i>Não consigo dormir no hospital.</i></p> <p><i>Não sabia que dengue mata e que meu quintal está com dengue.</i></p> <p><i>Quando eu penso que vou para casa, fico melhor.</i></p> <p><i>Música me deixa triste.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade em aceitar a internação. • Insônia. • Insegurança fora do domicílio. • Desconhece sobre prejuízos causados a saúde pela falta de higiene. • Desvalorização de terapias alternativas.
ORDEM SUPERIOR	PSICOSSOCIAIS OU INTEGRADORAS	<p><i>Os pacientes gemem muito a noite no hospital.</i></p> <p><i>Estou sentindo muita falta de todos.</i></p> <p><i>Quando eles vão trabalhar a solidão é muito grande.</i></p> <p><i>Não consigo me abrir com outras pessoas.</i></p> <p><i>Não me sinto segura com tanta gente aqui.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Incômodo com terceiros. • Solidão. • Saudades. • Insegurança. • Timidez. • Medos. • Incertezas.
	INTRAPESSOAIS-INTERPESSOAIS DE BUSCA DE CRESCIMENTO	<p><i>No hospital sou um estranho.</i></p> <p><i>Por mais ruim que seja, minha família ainda é melhor para mim.</i></p> <p><i>Gosto de ficar lá em casa mesmo.</i></p> <p><i>Eu acho difícil melhorar longe da minha família.</i></p> <p><i>Não tomo decisão sem ouvir minha esposa: ela estuda.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldades nas tomadas de decisões. • Desumanização do atendimento hospitalar. • Dificuldade em enfrentar problemas sozinho. • Necessidade de ajuda. • Déficit na situação de enfrentamento.

ACOES QUE ATENDEM O CONJUNTO DE PROBLEMAS REFERIDOS NO QUADRO 9

- Criando ambiente limpo, ventilado, iluminado e propício para desenvolver maior condição de saúde e convivência;
- promovendo um ambiente de apoio e proteção;
- demonstrando as formas de atuação no domicílio que levem a melhoria da condição de vida da família e consecutivamente conforto do cliente;
- induzindo a mudança e adequação de hábitos que sejam prejudiciais a saúde e/ou que aumentem os fatores de agravos a mesma;
- apoiando aos familiares e o cliente nas ações tomadas, que sejam relacionadas a melhoria de condição de saúde do cliente;
- fortalecimento de fatores de desenvolvimento dos laços familiares/domiciliar com o cliente para valorizar a cura;
- fortalecendo métodos que previnam ou coíbam processo gravídico durante o tratamento;
- fortalecimento e apoio de serviços religiosos para propiciar contato com a comunidade, valorizando visitas e passeios;
- melhorando acomodação no domicílio;
- hospitalização como forma positiva de cuidar em algumas etapas do tratamento;
- priorizando ações de maior complexidade;
- valorizando a ingesta de produtos naturais e com poucos riscos de contaminação.

QUADRO 10

FATOR DE CUIDADO 9: FOCALIZAR A ASSISTÊNCIA EM RELAÇÃO AS NECESSIDADES HUMANAS DA

CIENTEELA

NECESSIDADES HUMANAS	CLASSIFICAÇÃO	DADOS BRUTOS	PROBLEMAS
ORDEM INFERIOR	BIOFÍSICAS OU DE SOBREVIVÊNCIA	<p><i>Falta frutas, o dinheiro não dá.</i></p> <p><i>Minha casa está feia e suja.</i></p> <p><i>Estou desajeitada hoje, só escovei os dentes.</i></p> <p><i>Meu namorado não quer mais me ver, nem aquilo faço mais.</i></p> <p><i>Toda hora tem gente aqui, enche muito.</i></p> <p><i>Meu organismo não aceita mais este remédio.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ε Repouso insuficiente. ε Desamor. ε Desvalorização. ε Rejeição aos medicamentos. ε Efeitos colaterais medicamentosos. ε Vômitos e diarreias.
	PSICOLÓGICAS OU FUNCIONAIS	<p><i>Já estou enjoada desta comida leve.</i></p> <p><i>De tanto tomar água acho que vou vazar e você manda tomar mais ainda.</i></p> <p><i>Este tratamento não adianta nada, piora mais com ele.</i></p> <p><i>De todo jeito vou morrer para que tratar.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ε Familiares não estimulam ingestão alimentar. ε Recursos precários para aquisição de alimentos. ε Variação de alimentos diferenciados insuficiente. ε Abandono da medicação. ε Descrédito nos profissionais. ε Descrédito no tratamento.
ORDEM SUPERIOR	PSICOSSOCIAIS OU INTEGRADORAS	<p><i>Tenho vergonha de pedir.</i></p> <p><i>Nunca precisei de ajuda e agora preciso dos outros para tudo.</i></p> <p><i>Agora que você vem aqui, eu tenho certeza que tudo vai dar certo.</i></p> <p><i>Você cam do céu como um anjo para me ajudar.</i></p> <p><i>Eu nunca peço para ela vir aqui, mas ela sempre aparece.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ε Incertezas. ε Desprazer pela vida. ε Vergonha. ε Dificuldade em pedir ajuda. ε Dificuldade em receber ajuda. ε Desenvolvendo a aceitação de ajuda. ε Desconhecimento dos cuidados domiciliares.
	INTRAPESSOAIS-INTERPESSOAIS DE BUSCA DE CRESCIMENTO	<p><i>Na hora que a gente precisa ninguém aparece.</i></p> <p><i>A noite é pior, pois a solidão aumenta, a gente perde o sono.</i></p> <p><i>Isto é para eu pagar.</i></p> <p><i>Preciso de ajuda de mim mesma e também dos outros.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ε Insegurança. ε Falta apoio da comunidade. ε Solidão. ε Medo de dormir e não acordar. ε Insônia. ε Déficit de auto ajuda. ε Medo do novo.

ACOES QUE ATENDEM O CONJUNTO DE PROBLEMAS REFERIDOS NO QUADRO 10

- Priorizando o atendimento às necessidades humanas básicas afetadas;
- facilitando o desenvolvimento das atividades diárias como forma de terapia;
- fracionando nutrientes necessários através de alimentação propícia;
- favorecendo horários de repouso intercalando-os com escala e horários dos medicamentos;
- intensificando exercícios físicos e respiratório conforme capacidade do cliente;
- assistindo na satisfação das necessidades humanas básicas;
- incentivando e aconselhando sobre o uso correto dos medicamentos;
- minimizando efeitos colaterais dos remédios;
- incentivando uso de antieméticos, conforme prescrição médica;
- auxiliando na busca de recursos da comunidade;
- oferecendo dietas fracionadas e alternando alimentos e nutrientes;
- ensinando a ser forte através da auto-estima;
- fortalecendo a auto-ajuda.

QUADRO 11

FATOR DE CUIDADO 10: TER CONSCIÊNCIA DA PRESENÇA DE FORÇAS EXISTENCIAIS

FENOMENOLÓGICAS - ESPÍRITUAIS NA RELAÇÃO ENTRE QUEM CUIDA E QUEM É CUIDADO

NECESSIDADES HUMANAS	CLASSIFICAÇÃO	DADOS BRUTOS	PROBLEMAS
ORDEM INFERIOR	BIOFÍSICAS OU DE SOBREVIVÊNCIA	<p><i>O câncer é uma doença muito ruim e tem gente tão boa com ele.</i></p> <p><i>Câncer acaba com a gente.</i></p> <p><i>Acho que eu vou morrer logo.</i></p> <p><i>Eu sempre tive tudo com muita dificuldade.</i></p>	<p>Estigmatizar o câncer.</p> <p>Não aceitação da condição de portador de câncer.</p> <p>Câncer como destruição do ser.</p> <p>Proximidade da morte no domicílio.</p> <p>Dificuldade no enfrentamento da morte.</p>
	PSICOLÓGICAS OU FUNCIONAIS	<p><i>Tenho medo de não sarar.</i></p> <p><i>Não consigo fazer terapia.</i></p> <p><i>Yoga é para velhos.</i></p> <p><i>Acho que para mim isto não adiantará muito.</i></p> <p><i>Como eu vou sair na rua sem um peito.</i></p>	<p>Medo de não sarar.</p> <p>Receio do tratamento ser ineficaz.</p> <p>Não aceitação de outras formas de terapia.</p> <p>Descrédito em outras medidas terapêuticas.</p> <p>Mutilação do corpo.</p>
ORDEM SUPERIOR	PSICOSSOCIAIS OU INTEGRADORAS	<p><i>Preciso ver meu pai antes de morrer.</i></p> <p><i>Não gosto de tumulto.</i></p> <p><i>Prefiro ficar em casa a ter que ir na igreja.</i></p> <p><i>Com quem deixarei minhas filhas.</i></p> <p><i>Morro de saudades do meu filho.</i></p> <p><i>Todos riem de mim.</i></p>	<p>Preparo para perdoar.</p> <p>Dificuldade de pedir perdão.</p> <p>Medo do desconhecido.</p> <p>Evita contato com grupos.</p> <p>Preocupação sobre abandono da família.</p> <p>Vergonha.</p> <p>Separação do filho.</p>
	INTRAPESSOAIS-INTERPESSOAIS DE BUSCA DE CRESCIMENTO	<p><i>Se eu morrer o que vai ser das crianças.</i></p> <p><i>Talvez Deus queira me mostrar o caninho.</i></p> <p><i>Deus sabe o que reserva para cada um de nós.</i></p> <p><i>Ficar em Londrina a seniana toda é como me tirar um filho.</i></p> <p><i>Os dias demoram a passar parece que estou vivendo um pesadelo.</i></p> <p><i>Será que existe outro lugar que não este.</i></p> <p><i>Não sei se Deus existe.</i></p> <p><i>Por que ele abandona a gente quando mais precisa.</i></p>	<p>Medo de solidão e morte.</p> <p>Dificuldade em enfrentar a morte.</p> <p>Descrédito em forças superiores.</p> <p>Perda do apego espiritual.</p> <p>Dificuldade em fazer e aceitar o tratamento prolongado.</p> <p>Dúvidas ou incertezas relacionadas a vida após a morte.</p> <p>Dificuldade ao preparar-se para a morte.</p>

ACOES QUE ATENDEM O CONJUNTO DE PROBLEMAS REFERIDOS NO QUADRO II

- Promovendo cuidado transpessoal;
- buscando conhecer o seu eu e aproximar-se dos familiares;
- aliviando a alma do processo de culpabilidade instaurado com a descoberta do câncer;
- auxiliando os familiares na troca de forças existentes positivas;
- acreditando e valorizando a importância da interação do corpo e da alma (matéria-espírito);
- promovendo interação do cliente com a comunidade religiosa para melhorar o bem estar do corpo e da mente;
- desenvolvendo ou reforçando as crenças em um ser superior, que é capaz de promover mudanças na sua existência;
- propondo e/ou promovendo diálogos entre os familiares e clientes através da relação interpessoal e espiritual que os une;
- priorizando a auto-estima e a valorização da vida pelos envolvidos;
- reforçando as condições de enfrentamento das situações;
- intensificando valores, descartando as possibilidades de sofrer por antecipação;
- acreditação em forças superiores;
- valorizando o poder da oração e do conversar com Deus.

5.3. DESENVOLVENDO O PROCESSO DE CUIDADO TRANSPESSOAL

Realizar o processo de cuidado domiciliar transpessoal não é uma das tarefas mais complexas, mas relatá-las na sua íntegra e respeitando os direitos e deveres éticos e morais da enfermagem e do ser cuidado, me parece uma tarefa meticulosa da ação da enfermeira e da pesquisadora do cuidar. Percebo o quão difícil é enfrentar tantas emoções de tristeza e alegria, passadas pelas minhas lembranças como em um filme onde eu também fui e sou uma das protagonistas.

Como forma de apresentação dos estudos por mim realizados, relatarei as quatro fases propostas no processo de cuidar.

Para alguns casos faz-se necessário prorrogar a fase do cuidado transpessoal, pois dois dos cinco clientes atendidos não receberam alta do tratamento ainda, demandando mais cuidados atenção e apoio, portanto sendo difícil realizar com eles a fase da separação neste espaço de tempo.

5.3.1. EXPERIENCIANDO O PROCESSO DO CUIDADO DOMICILIAR

Fases do
processo

FATOR DE
CUIDADO

DESCREVENDO AS NARRATIVAS TRANSPESSOAIS

Contato inicial com Natanael	≡ n.º 1 ≡ n.º 3 ≡ n.º 4 ≡ n.º 6	<i>Estou me preparando para voltar ao I.C.L., pois você sabe tudo isto é um martírio para mim.... É muito duro a gente ir lá, só de pensar eu passo mal. ... minha história não é diferente dos outros, mas sofro muito com esta doença... Acredito muito na cura e tenho uma enorme vontade de viver....</i>
Aproximação com Natanael	≡ n.º 1 ≡ n.º 2 ≡ n.º 3	<i>Preciso tirar umas férias, vou aproveitar as férias escolares para visitar minha família em Foz. Mesmo que não seja como voluntária gostaria que você viesse me</i>

- ⇒ n.º 4 *visitar mais vezes*
- ⇒ n.º 5 *Nós gostamos de você, minha esposa principalmente disse que é tão*
- ⇒ n.º 7 *difícil conseguir ajuda.*
- Preciso encontrar um novo significado para a minha vida, alguma coisa prá fazer, sei lá...*
- Acho que minha doença não tem cura pois as vezes pego minha esposa chorando, fico muito irritado mas não consigo perguntar a ela.*
- Contato ⇒ n.º 1
- inicial com ⇒ n.º 6 *Você tinha razão, eu não achei que ela viria no Domingo também...*
- a esposa de ⇒ n.º 7 *Natanael está melhor, pois com suas visitas e ajuda ele fica mais*
- Natanael ⇒ n.º 7 *animado.*
- Aproximaçã ⇒ n.º 4 *Gostaria que você ficasse para o lanche, sabe como é a gente pode*
- o com ⇒ n.º 6 *conversar mais e eu até como melhor quando tem gente de fora.*
- Natanael ⇒ n.º 7 *O tempo passa rápido demais quando você está aqui, eu estou*
- ⇒ n.º 8 *estudando aquele livro que eu te falei para ver se o tempo passa mais*
- ⇒ n.º 9 *rápido, aproveito e aprendo coisas diferentes.*
- ⇒ n.º 10 *Sua profissão é mesmo muito dignificante quando as pessoas melhoram que nem eu estou melhorando, só não ganho peso.*
- Sabe eu sempre pensei em publicar ou escrever uma história, mas achei que era muito difícil e agora alguém vai escrever a minha história, já é um bom começo.*
- Vou ajudar no que eu puder, mas prefiro aprender com você.*
- O ar puro nesta viagem me fará muito bem, as vezes sinto o ar pesado difícil de engolir, lá vou estar bem melhor.*
- Está demorando muito para chegar o dia da viagem mas o de ir para Londrina e só fechar os olhos e pronto é dia de ir lá de novo.*
- Encontro ⇒ n.º 4 *Quero levar meus filhos, ver todos aqueles lugares lindos que não saem*
- transpessoal ⇒ n.º 5 *da minha cabeça... quem sabe quando vou poder voltar lá...*
- com ⇒ n.º 8 *Minha família não me viu assim (se olhou) mas eles acostumam... todos*

- Natanael ⇒ n.º 9 *se acostumam.*
- ⇒ n.º 10 *Tem dias que a gente sai na rua e ninguém olha, as vezes todo mundo olha achando a gente muito diferentes, feio mesmo.*
- Você já esta acostumada com tudo isto, é mais fácil confiar em você... Quando eu voltar, terei uma nova consulta para saber se eu ainda continuo ou não o tratamento, tenho medo que isto aconteça.*
- Minhas chances sempre foram pequenas, sei lá, mas os médicos fazem muito suspense.*
- Será que os médicos sabem o que estão fazendo no meu caso, pois meus tumores depois da quimioterapia tinham aumentado .*
- ... o médico não disse mas eu vi no exame... a cara dele você precisava ver...*
- A gente se fala por código, eu sempre sei o que as pessoas vão dizer.*
- Estou aprendendo a conhecer você também, é bem legal quando você consegue fazer isto... minha esposa, eu sempre advinho seus pensamentos...*
- Com os filhos é diferente a gente sente o que eles sentem.*
- Separação ⇒ n.º 8 *Sempre que você vai embora, fico pensando porque não perguntei isto*
- com ⇒ n.º 9 *ou aquilo...*
- Natanael ⇒ n.º 10 *Minha esposa fala que, .. também você fala demais ela não tem o dia inteiro só pra cuidar de você...*
- Quando fico sozinho os pensamentos são tantos que eu até acho que minha cabeça vai explodir...*
- Encontro ⇒ n.º 1 *Não sei porque a gente pensa tanta coisa ruim e tão poucas coisas*
- transpessoal ⇒ n.º 2 *boas, sabe como é né...*
- com ⇒ n.º 9 *Ainda bem que minha filha me distrai bastante e a solidão fica mais*
- Natanael ⇒ n.º 10 *fácil de agüentar... sabe...*
- A noite é horrível parece que o outro dia nunca vai chegar, rolo na cama com medo de que minha esposa acorde, ela trabalha tanto coitada para cuidar de mim e das crianças.*

... isto é que é ser importante, até com chuva você vem....

- Encontro = n.º 1 *Minha vizinha ali da esquina descobriu que tem câncer, preciso ajudá-*
 transpessoal = n.º 2 *la mas tenho tantas obrigações...*
 com a = n.º 4 *Todos os cuidados com a alimentação de Natanael você sabe que*
 esposa de = n.º 7 *tomam muito tempo, manter tudo sempre muito limpo.*
 Natanael = n.º 8 *Não estou me referindo a você, pois você mais ajuda que atrapalha,*
 = n.º 10 *mas visita a toda hora é fogo.*
As vezes parece que vou desmaiar de tanto que me esforço para
parecer feliz, mas por dentro estou morrendo.
Não sei o que vou fazer se ele morrer.
Como vou criar as crianças sem um pai.
Você diz que eu sou cuidadora e eu as vezes nem consigo tempo para
mim.

- Encontro = n.º 1 *Os médicos repetiram os exames e mandaram eu voltar outro dia.*
 transpessoal = n.º 2 *Sei lá mas a cara dele não me engana, alguma coisa ruim deu, eles*
 com = n.º 3 *nunca mandam voltar só para saber os resultados.*
 Natanael = n.º 4 *Não sei não estou pressentindo que alguma coisa esta mal.*
 = n.º 10 *Será que você não consegue descobrir nada disso, você é da área e o*
médico sempre achou bom você vir aqui.
Minha esposa também tá que nem dorme ela não fala nada mas a noite
rola na cama prá lá e prá cá, ela sempre dorme que nem pedra.
Eles não te telefonaram, pois o médico marcou seu telefone na minha
ficha, se você souber de alguma coisa tem que me falar.
Não se esqueça do nosso acordo.
Estou ficando estressado com toda estas coisas acontecendo, quando
penso que não, pronto...

- Encontro = n.º 1 *Fico desesperada só de pensar em perde-lo.*
 transpessoal = n.º 2 *Preciso da sua ajuda não sei a quem recorrer.*
 com a

- esposa de ⇒ n.º 3 *Ela vai morrer, será que Deus vai tirar ele.*
- Natanael ⇒ n.º 4 *O que eu digo para as crianças.*
- ⇒ n.º 8 *Minha família tem medo da doença e se afastaram de mim, mas isto*
- ⇒ n.º 9 *não pega.*
- Tenho medo que ele morra em meus braços.*
- Como poderei sustentar meus filhos sem o meu marido.*
- Sempre valorizei Deus, até você chegar para me ajudar agora rezo tanto para você não parar de vir aqui.*
- Quando vou a Londrina sempre busco dar uma fugidinha, mas meu marido não sai do meu pé, gostaria de ter uma conversa franca com o médico sabe, para saber a verdade.*
- Não consigo parar de chorar você entende né, é tudo muito difícil para mim, antes eu era uma dondoca.. agora...*
- Separação ⇒ n.º 5 *Se ele souber que conversamos aqui, vai ficar cismado.*
- da esposa ⇒ n.º 8 *Quando você for lá em casa de novo pergunte mais coisas para ele,*
- de Natanael ⇒ n.º 9 *tenho medo que ele pense em morrer.*
- Sei lá, foi muito bom falar de mulher prá mulher estou me sentindo mais leve.*
- Não se preocupe, não vou desistir vou é continuar tentando de tudo para ele ficar bom... e vivo...*
- Encontro ⇒ n.º 1 *Não sabia que você estava aqui em Londrina, mas sabe é para você*
- transpessoal ⇒ n.º 2 *mesmo que eu ia contar em primeiro lugar, meus exames deram tudo*
- com a ⇒ n.º 9 *bem, os tumores não aumentaram e eu posso continuar o tratamento.*
- esposa de ⇒ n.º *Fora o dia do nascimento dos meus filhos este é o dia mis feliz da*
- Natanael 10 *minha vida e queríamos dividir com você também, vá lá em casa a*
- noite.*
- Cuidado ⇒ n.º 2 *Estou melhorando muito, com a radioterapia eu não fico tão ruim.*
- transpessoal ⇒ n.º 3 *Estes remédios são bons, estou até engordando neste mês, você não*
- com ⇒ n.º 4 *acha?*

Natanael ⇒ n.º 7 *Tenho presa que estas sessões acabem logo até você deve estar doida*
 ⇒ n.º 9 *para parar de vir aqui, pois já faz quase um ano que você vem.*
Também quero voltar para o trabalho, já estou andando de bicicleta e
não fico tão cansado, esta vendo como estou melhor..
Minha fraqueza também tá indo embora.
Nunca mais vou comer carne, pois acho que foi isto que me deu câncer.
pena que minha família não pare...

Separação ⇒ n.º 9 *Chamei você aqui para dizer que vamos voltar para a cidade que*
 com a ⇒ n.º *morávamos, pois o patrão de Natanael, acha melhor ele voltar.*
 esposa de 10 *Preciso arrumar tudo para a mudança, nas estou triste de deixar minha*
 Natanael *família, os amigos e você...*
Será que você pode ir nos visitar lá é longe mas não é impossível.
Vou voltar a trabalhar também assim eu esqueço um pouco tudo o que
eu passei por aqui.

Separação ⇒ n.º *Não sei como agradecer mas eu sempre vou rezar a Deus para protegê-*
 com 10 *la.*
 Natanael *Não desista do seu trabalho ele é muito bonito e ajuda muito a gente*
viu...
É melhor eu volta ao trabalho, só assim eu distraio e o tempo passa
mais rápido.
Vivi tão perto da morte, as vezes pensava que minha vida estava por
um fio.
Às vezes sentia uns calafrios estranhos, pensava que era a morte.
Agora tenho uma nova chance vou lutar de unhas e dentes a ela e não
vou desanimar... tenho muito a fazer e para agradecer...
Trabalhar vai ser bom, pena ter que ser em outra cidade.
Na hora da despedida a gente não sabe o que dizer, até tinha feito um
discurso na minha cabeça agora nem me lembro!!! Sinto como se algo
se quebrasse...
Posso te dar um abraço, pois tenho o sentimento de que você é parte da

familia.

Vou sentir saudades, mas vou lembrar de tudo que você fez de graça para mim.

Você foi e é uma grande amiga!!! Estaremos sempre lembrando e rezando por você também.

Não tenho como pagar tudo o que você me fez!!! Só posso agradecer de coração.

Todos dizem que homem não chora, mas é mentira, estou com um nó...



"O propósito da vida é observar e experienciar viver. Este é o propósito da vida. Ter prazer de viver cada momento da vida. Porque o respirar, o sopro da vida não tem preço e nunca mais voltará. E viver em ambientes que são calmos, quietos, sem agitação, sofisticados e elegantes. Apenas ser. Não importa se você está nu ou se você tem uma roupa de outro, isto não faz qualquer diferença. O ideal propósito da vida é que você sinta gratidão por ser vivo e tenha prazer em viver"

(Yogi Bhajan, Ph.D.)

6. REFLETINDO SOBRE O CUIDADO TRANSPESSOAL VIVIDO

Tenho certeza que as experiências vividas foram raras e muito marcantes na minha vida como profissional, pois o cuidado transpessoal no domicílio é muito importante e exige muito mais do profissional enfermeiro que por sua vez tem que atuar em um local onde precisa prestar os cuidados, observar, enxergar com olhos físicos e com olhos do coração, ler nas entrelinhas, entender o não dito, confiar no vivido, sair do anonimato do uniforme branco e sociabilizar o saber, o fazer e o ensinar entre outras atitudes e ações.

O processo de cuidar por mim experienciado foi bastante claro e preciso, suas fases são próprias do cuidar no domicílio e facilitam o desenvolvimento das ações e do cuidado, o retorno pessoal e profissional foi muito gratificante.

Estas fases do processo muitas vezes fundem-se em outras e se aproximam, outras vezes se sobrepõem, mas elas acontecem com muita frequência. Existem encontros transpessoais que são misturados com fases de aproximação de uns, com a fase de separação de outros momentos do cuidar, existem vezes que transcendemos ao físico em vários momentos entendendo, compreendendo e sentindo o outro como a mim mesma.

Ao vivenciar o cuidado transpessoal no domicílio a clientes neoplásicos e familiares é fundamental comentar o aspecto de crescimento e desenvolvimento pessoal experienciado. Todo este trabalho demandou muita leitura, ampliando conhecimentos e principalmente o aprimoramento do meu *self*; posteriormente procurando conhecer e atuar com o ser cuidado sem esquecer-me de que, como ser humano todos somos providos de corpo, mente, alma e espírito, sendo necessário conforme a teoria de Jean Watson, a enfermagem conhecer e integrá-los na sua totalidade.

Toda esta evolução foi possível graças ao interesse dos clientes envolvidos no processo de cuidar desenvolvido em parceria com os familiares, pela confiança e credibilidade depositada no trabalho e pelos conhecimentos e habilidades profissionais que aos poucos foram sendo ampliados e aprimorados.

As atividades desenvolvidas até o momento demonstram a possibilidade e importância do enfermeiro atuar em outro local que não o hospital, e ali desenvolver cuidados de enfermagem com conhecimento científico, tecnologia, habilidade e atitudes humanas necessárias, as mais variadas possíveis, pois, não se pode esquecer que a “enfermagem é uma arte” e fazer parte dela enobrece a valoriza a profissão e o ensino da mesma.

Desta forma o cuidado domiciliar foi muito significativo para os clientes e familiares que não conheciam esta forma de assistência, e que se sentiam valorizados, integrando-se no trabalho de cuidar, ficando clara a necessidade de maior harmonia, sensibilidade e disponibilidade do enfermeiro para concluir o cuidar de forma transpessoal.

Cabe ainda relembrar, o que uma das clientes visitada relatou, em um dos encontros, Rafaela declara, “todos os doentes de câncer deveriam receber este tipo de atendimento, pois na minha consulta já sabia o que perguntar ao médico, o que fazer para tomar meus medicamentos, para onde me dirigir quando dos encaminhamentos, com que transporte viajar, que tinha direito ao tratamento gratuito pelo SUS, estava mais tranquila e confiante”.

Com este depoimento posso confirmar a relevância social que se busca e que enobrece os serviços desenvolvidos pelo cuidado humano no domicílio.

Considero que a partir deste momento, estarei caminhando sempre em demanda de uma prática de enfermagem mais humanizada, fazendo uso do cuidado humano e desenvolvendo ações com sensibilidade e prazer, entendendo o outro, sabendo ouvir, sentir o outro na sua totalidade sendo percebida também como ser humano.

É necessário ainda, refletir sobre a diferença existente entre as pessoas, onde cada um é um, e cada ser humano é um ser total, avaliando os locais de atendimento e as condições de moradia. É relevante afirmar que estes fatores não são complicadores para efetivação do cuidado, mas constituem pontos de inovação e desafio para a prática profissional os quais na maioria das vezes são motivadores e acrescentam muito conhecimento e nobreza de alma para quem desenvolve o cuidar de forma humanizada.

Saliento que em todas as fases do processo de cuidado estiveram sempre presentes e permearam as reflexões, os aspectos relacionados ao fator de ajuda e confiança, vivenciados pela empatia, busca e aceitação da relação de ajuda, cumplicidade, saber, honestidade de falas e posições, considerando sua importância para a implementação do cuidado de enfermagem.

A promoção da condição de saúde, como expressão de sentimentos foram também capazes de influenciar nos comportamentos, aumentar as responsabilidades e habilidades transformando o ser e favorecendo o equilíbrio entre corpo, mente e alma.

A utilização do fator promoção de ensino e aprendizado transpessoal, reforçou o saber da enfermagem e despertou o ser cuidado e a família para a busca do saber e do poder de transformação frente às dificuldades de experiências vividas, principalmente a de ter no núcleo familiar um ser portador de neoplasia.

Concluo que o cuidado humano tem início quando o enfermeiro se dispõe a cuidar, entra no espaço e na vida de outras pessoas atuando como facilitador, resolvendo, buscando soluções ou ensinando como, onde e quando fazer, sabendo ouvir e ver o que é visível e o que é implícito a cada ser, ato ou ações e aí atuar sem denegrir ou prejudicar, apenas cuidar buscando o enfrentamento das situações vividas.

A teoria de Watson, que visa o cuidado transpessoal, embasado no respeito, compromisso, valores humanos, sensibilidade, relação de ajuda, confiança e aprendizado transpessoal, envolvendo o ser humano em sua totalidade e integridade, vem se adequando cada vez mais aos cuidados de enfermagem, humanizando esta tão digna e bela profissão, pois conforme relatos de Nightingale (1989), a enfermagem é uma arte, na qual ficar parado é retroceder.

Embora Watson não tivesse a princípio proposto uma metodologia para a utilização do seu referencial no domicílio, este por sua vez muito contribuiu e valorizou este processo, para tanto saliento a importância que outros profissionais de enfermagem poderiam acrescentar e/ou contribuir neste estudo se também passassem a aplicar e aprimorar a todos os clientes.

Esta forma de cuidar traz para a enfermagem um novo horizonte, o de auto conhecer-se, o de buscar melhores condições de vida para o profissional, família e ser cuidado. É uma busca de energia, de força, difícil de explicar, é preciso sentir, sendo a melhor forma de sentir e amadurecer a experiência do vivido, a busca do novo, o cuidar de forma humanizada, o viver e o sentir como verdadeiro ser humano.

Fazer parte deste processo de viver o vivido pelo outro de experienciar suas experiências, de sentir o sentido, de fazer o que o outro não faz ou poderá vir a fazer com a relevância de que tudo isto depende de você é muito dignificante para a profissão e para o profissional.

Que Deus nos ilumine nesta jornada e fortaleça a profissão de enfermagem, pois ajudar os clientes neoplásicos a transcender esta etapa de suas vidas, mostrando à comunidade que a enfermagem pode e é mais do que eles conhecem e acreditam, não foi apenas um trabalho, foi parte de uma vida.

Para a enfermagem fica o meu agradecimento e a certeza de que seremos cada vez mais profissionais e humanos cuidando de forma humanizada, tente, experimente, acrescente saber a sua experiência, não tendo medo do novo, use da sua coragem e ousadia, busque saber.

Aos clientes o meu agradecimento pelo muito que contribuíram para o meu crescimento e aprendizado, certa de que o saber não é em vão, enfrentamos as nossas limitações juntos e acrescentamos para uma enfermagem humanizada.

Para a assistência de enfermagem, fica a direção de um novo horizonte a seguir, o domicílio, campo este ainda a ser desbravado pelos profissionais garantindo uma sistematização e maior aproximação do indivíduo/família na relação do cuidar. Sem esquecer que a abordagem de forma transpessoal leva-nos a buscar forças para o enfrentamento das situações vividas bem como facilita a aproximação dos seres envolvidos.

Para a pesquisa de enfermagem, tenho a contribuir com a certeza de que cuidar no domicílio de clientes neoplásicos e suas famílias é bastante agradável e gratificante, muito é acrescentado ao saber, pois, tudo é motivo para estudo, reflexão, análise, avaliação. E o momento, o local e a hora da enfermagem provar e ser autônoma, é a forma de aprimorarmos nosso saber, é a hora e o local de cuidar. Da pesquisa tenho a acrescentar que cresci, aprendi e estou desenvolvendo o saber ser enfermeiro.

Desta feita acredito ter podido desenvolver uma forma de ensinar e contribuir assim para o ensino da enfermagem, no domicílio ou em qualquer lugar, com uma enfermagem que pode e é a profissão do novo milênio.

Busquei assim acrescentar ao currículo da graduação uma nova forma de ser enfermeiro em um local que seja o mais próximo do cliente, estudando o domicílio, a um ser

humano que pode até ser um indivíduo neoplásico ou um outro portador de uma condição qualquer de doença, envolvendo o acadêmico em situações próximas as suas próprias situações vividas, o de ser e estar em um núcleo familiar estudando o processo e as relações de família.

Acrescentarei ainda ao conhecimento dos acadêmicos, teóricas pouco estudadas nos momentos da graduação, desenvolvendo a capacidade dos mesmos em enfrentar situações diferentes das vivenciadas e experienciadas no seu cotidiano, bem como desenvolvendo neles a capacidade de analisar e elaborar novos conceitos a suas vidas, como eu aprendi no mestrado a buscar na minha vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARANHA, M. L. A. **Filosofia da Educação**. São Paulo: Moderna, 1993.

ARAÚJO, S. R., Associação Paranaense de Patologia. Programa de prevenção do câncer – controle de qualidade. **Rubricas Diagnósticas da colpocitologia oncótica**. Paraná, 1998.

ATKINSON, L. D., MURRAY, M.E. **Fundamentos de enfermagem**. introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989. cap. 16. p. 203-211.

BIELEMANN, V. de L. Machado. **O ser com câncer: uma experiência em família**. UFSC-Florianópolis, 1997. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Rede de Pós-Graduação em Enfermagem da Região Sul. REPENSUL-POLO II UFPEL.

BOEHS, A. E. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**/Lydia Ignes Rossi Bub, coordenadora, organizadoras: Cláudia Maria de Matos Penna... (et al). Florianópolis. Ed da UFSC, 1994.

BRASIL, Ministério da Saúde. SNPES/DND/CD/CNCC - Pro-Onco/ **Comissão Nacional para o ensino da cancerologia nos cursos de graduação em enfermagem**. Ensino da cancerologia nos curso de graduação em enfermagem. Rio de Janeiro, 1988. (mimeo).

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

Câncer - Pro-Onco. Ações de Enfermagem para o controle do câncer. 1995. p. 39.

_____. **Podemos nos proteger contra o câncer?** Brasília, 1978.

_____. **Norma Operacional Básica de Saúde.** Brasília, 1996

CAMPONOGARA, S. **Educar para cuidar:** Uma proposta fundamentada na teoria do cuidado transpessoal. Florianópolis: UFSC, 1999. 191p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, 1999.

COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida:** da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989. p. 287, 385 p.

CUNHA, I. C. K. O. **Organização de serviços de assistência domiciliária de enfermagem.** São Paulo. 1991. Dissertação (Mestrado de Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 1991.

DUNCAN, H. A., R. N., M.A. **Dicionário Andrei para enfermagem e outros profissionais da saúde.** 2. ed. São Paulo: Andrei, 1995.

GELAIN, I. **Deontologia e enfermagem.** 3. ed. São Paulo: E.P.U., 1998. 165 p.

HALM, M. , ALPEN, M. A. The impacto of tecnologia on patientes and families. **Clinic North América.** New York, v.28, n.2, p. 443-57, 1993.

HUDAKC, C. M.; GALLO, B. M. **Cuidados intensivos de enfermagem:** uma abordagem holística. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. p. 01-109.

KIMURA, M. Problemas dos pacientes de unidade de terapia intensiva: estudo comparativo entre pacientes e enfermeiros. **Rev. Esc. Enf. USP.** São Paulo, v.22. n 2, p. 169-179, ago., 1998.

LACERDA, M. R. **O cuidado transpessoal de enfermagem no contexto domiciliar.** Florianópolis: UFSC, 1996. 94p. Dissertação (Mestrado Assistência de Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.

_____. **Trabalhando com o cuidado domiciliar de enfermagem.** Mimiografado, 1996. Curitiba.

_____. **Tornando-se profissional no contexto domiciliar:** vivência do cuidado da enfermeira Florianópolis: UFSC, 2000. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em

Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

LACERDA, M. R. & MARTINS, D. A. **Quando há um doente em casa é possível um cuidado de enfermagem transpessoal**. Tema livre apresentado no 5º Encontro Internacional de Enfermagem - Educação e Saúde promovido pelas Faculdades Franciscanas, Santa Maria - RS - 16-18/10/97.

LAGE, D. V. **Assistência de enfermagem à criança com câncer hospitalizada**. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 2, 1990. Ribeirão Preto. **Anais...** Ribeirão Preto: USP, 1990, p. 455-483.

MINAYO, M. C. de S. Et al. **Pesquisa Social teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem: O que é e o que não é**. São Paulo: Cortez, 1989.

PAGANINI, M. C. **Humanização da prática pelo cuidado: um marco de referencia para a enfermagem em unidades críticas**. Dissertação (Mestrado em enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Expansão Polo I: UFPR, 1998.

PATRÍCIO, Z. M. **A prática do cuidar/cuidando à família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através de um marco conceitual de enfermagem de enfoque sócio-cultural**. Florianópolis. 1990. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 1990.

_____. **Cenas e cenários de uma família: A concretização de conceitos relacionados a situação de gravidez na adolescência. Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Série enfermagem: Florianópolis: Ed. da UFSC, 1994. p. 93-118.

PENNA, C. M. M. **Repensando o pensar: Análise crítica de um referencial teórico de enfermagem a família**. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 1992.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. e P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391 p.

REIS, J. R. T. Família, emoção e ideologia. In: LANE, S. T. M., CODO, W. (org.). **Psicologia social: o homem em movimento**. 9 ed. São Paulo: Brasiliense, 1991. p. 99-124.

SCHULZE, C. M. N. **Dimensões da dor no câncer: reflexões sobre o cuidado interdisciplinar e**

um novo paradigma da saúde. 1ª ed. São Paulo: Robe Editorial, 1997, p. 234.

SILVA, J. **Expectativas, necessidades e valores**: referência para a assistência humanizada ao cliente oncológico. Florianópolis, 1999. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem. Universidade Federal Univali. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis: UFSC, 1999. p. 20.

SOUZA, A. I. J. **No cuidado com cuidadores**: em busca de um referencial para a ação de enfermagem oncológica pediátrica fundamentada em Paulo Freire. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Programa em Pós-Graduação, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 1995.

TALENTO, B., Watson J. In: GEORGE, Júlia. et. al.. **Teorias de enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993, p.254-267.

TOMASI, N. G. S. **Convivência em grupo** – uma modalidade para aprender e enfrentar a situação crônica de saúde. Florianópolis. 1996. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Paraná, Universidade Federal de Santa Catarina, (Convênio Repensul). Florianópolis: UFSC, 1996.

TRENTINI M., SILVA, D. G. V. da. Condição crônica de saúde e o processo de ser saudável. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.1, n.2, p. 76-88, jul./dez., 1992.

TRENTINI M., PAIM, L. Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial. **série enfermagem**: REPENSUL, Florianópolis: UFSC, 1999.

VEIGA, D. de A. A enfermeira e o paciente que vai morrer. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v.5, n.1, p.113-118, jan. 1984.

WALDOW, V.R. **Marcas da diversidade**: Saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998b. 241 p.

WATSON, J. **Nursing: human science and human care**. Connecticut. East Norwalk: Appleton – Century – Crofts. 1985. 169 p.

_____. Watson's theory of transpersonal caring. In: WALHU, P.H., NEUMAN, B. **Blueprint for use of nursing models**: education, research, practice and administration. New York: NLN Press. 1996. p. 141-184.

_____. **Nursing the philosophy and science of caring**. Boston: Little Brown and Company.

1979. p. 321 p.

_____. Watson's philosophy and theory of human caring in nursing. In: RIEHL & SISCA. Jean P. **Conceptual models for nursing practice**. 3. ed. Califórnia: Appleston & Lange. 1989, 502 p., cap. 20. p. 219-236.

WOLFF, L. D. G. **Compreendendo a experiência em ser cuidadora de enfermagem em unidade de terapia intensiva pediátrica**. Florianópolis: UFSC, 1996. 211p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.

ZANCHETTA, M. S. **Enfermagem em cancerologia: prioridades e objetivos assistências**. Rio de Janeiro: Revinter, 1993. 160 p.

ZAGONEL, I. P. S. et al. Elementos do cuidar/cuidando na perspectiva de estudantes de enfermagem da Universidade Federal do Paraná - Brasil. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.2, n.1, p. 33-38, jan./jun., 1997.

BIBLIOGRAFIAS CONSULTADAS NOS MOMENTOS DE REFLEXÃO

- 01- ANDREONI, S. e cols. **Programa de assistência domiciliar no hospital universitário de São Paulo**. Revista de Medicina do Hospital Universitário. USP, v.4, n.1/2, p.77-85, jan./dez. 1994.
- 02- BUBER, M. **Eu e tu**. São Paulo: Cortez & Moraes, 1977.
- 03- COSTA, A. **Futuro certo para a enfermagem**. Revista criativa no trabalho. p. 122-123, 1998.
- 04- DEMO, P. **Educar pela pesquisa**. Campinas: Autores Associados, 1997.
- 05- FOSTER, P. C. & JANSSENS, OREN, N. P. D. E. In: GEORGE, Júlia, et. al. **Teorias de enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, p.90-107. 1993.
- 06- FRANCO, M. C. **Situação do familiar que acompanha um paciente adulto internado em um hospital geral**. Dissertação de Mestrado em Enfermagem – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis: UFSC, 1988.
- 07- GIL, Antônio C. **Como elaborar projetos e pesquisas**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1991.
- 08- LANE, S. T. M. Linguagem, pensamento e representações sociais. In: LANE, S. T. M., CODO W. (org.). **Psicologia social: o homem em movimento**. 9 ed. São Paulo: Brasilense, 1991.
- 09- MIRANDA, L. **Carinho e saúde dentro de casa**. Revista do INCOR, p.47-56, São Paulo, 1998.
- 10- MISHIMA, E. **Atendimento domiciliar apresenta bons resultados**. Revista diálogo médico. USO, ano 13, n. 4, p.50-53, jan./dez. 1998.

- 11- NUNES, Ana M. P. **Desenvolvimento de um instrumento para identificação da competência do diabético para o auto-cuidado**. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Florianópolis: UFSC, 1982.
- 12- OLIVEIRA, T. F. **Pesquisa biomédica, da procura, do achado e da escritura de tese e comunicação científicas**, São Paulo: Atheneu, 1995.
- 13- PELZER, M. T. **A enfermeira cuidando de idoso com Alzheimer em família**. Florianópolis, 1993. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina.
- 14- SIDEKUN, A. **A intersubjetividade em Martin Buber**, Porto Alegre, Escola Superior de Teologia, São Loureço de Brindes, Caxias do Sul, 1979.
- 15- SILVA, S. H. **Controle da qualidade assistencial de enfermagem – implementação de um modelo**. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo. São Paulo, 1994,
- 16- WOLFF, L. D. G., GONÇALVES, L. S., YEDE, S. B. Cuidar/cuidando: elementos e dimensões na perspectiva de pessoas internadas em hospital de ensino. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v.3, n.1, p. 32-39, jan./jun., 1998.
- 17- BRASIL. Lei do Exercício profissional número 7.498, de 25 de junho de 1986. DOU 26 de junho de 1986. **COREN-PR Conselho de Enfermagem do Paraná**. Curitiba, 1999. (mimeo).
- 18- BRASIL, Ministério do Trabalho. **Conselho Federal de Enfermagem**. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Resolução COFEN 160/93, Rio de Janeiro: 1993.
- 19- DANIEL, L. F. A. **A enfermagem planejada**. São Paulo: E.P.U., 1981.
- 20- DIEGO, M. J. D. E. , FERRAZ, A. F. **Amputação traumática: vivência de um paciente hospitalizado**, In: ENCONTRO INTERAMERICANO DA PESQUISA QUALITATIVA EM ENFERMAGEM, (1.: 1988: São Paulo). **Anais...**, São Paulo: USP. 1998. p. 188-190.
- 21- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 4 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1997. 165 p.
- 22- MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa**. 4, ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1996.
- 23- PACHECO. M. A. B. **Associação catarinense de ostomizados: um estudo de caso**. Florianópolis. 1993. Tese (Professor Titular) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis: UFSC 1993.
- 24- PARANÁ, SECRETÁRIA DE ESTADO DE SAÚDE DO. Grupo de Planejamento e coordenação. Departamento de serviços de saúde ambulatoriais /SESA. **Manual do programa de prevenção e controle do câncer ginecológico**. Paraná, 1997.
- 25- PINOTTI, H. W., PAIVA, L. E. **Câncer: algumas considerações sobre a doença e o**

- adoecer psicológico. **Revista Acta Oncológica Brasileira**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 125-132, set./dez. 1988.
- 26- RADÜNZ, V. **Cuidando e se cuidando**: fortalecendo o self do cliente oncológico e o self da enfermeira. Goiânia: Cultura e Qualidade. 1998. 63 p.
- 27- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. p. 135.
- 28- VALLA, V. V., STOTZ E. N. **Participação popular, educação e saúde**: Teoria e prática da Organização. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1993.
- 29- WALDOW, V. R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1998. 204 p.
- 30- YIN, R. **Case study research designs and methods**. Califórnia: Sage, v. 5, 1987. p. 86.



ANEXOS

ANEXO 1

HISTÓRICO DA APDE

APDE – Associação De Portadores De Doenças Especiais

Histórico e Trajetória dos Clientes

Fundação da APDE

Em março de 1997, através de exame solicitado pelo médico, mamografia e punção aspirativa, foi diagnosticado em Beija-Flor, (como vamos chamar nosso entrevistado) “carcinoma Dúctil infiltrante – mama direita”, sendo iniciado desta forma seu tratamento em Londrina – PR.

No decorrer do tratamento descobriu-se que viajar de Kombi era um grande tormento, pois, viajavam de 14 a 16 pessoas, com os mais diversos tipos de patologias, como: traqueostomizados que espirravam suas secreções sobre os clientes, outros com dores horríveis vínhamos sentados no chão, e até mesmo no bagageiro, isso quando a Kombi não quebrava, e todos tinham que aguardar por socorro. Os clientes que haviam realizado a quimioterapia, passando mal vomitavam sem conseguir respeitar o próximo e nem o local e outros com diarréia não por vontade mas agiam da mesma forma, outros passando fome sem recursos financeiros. Diante desses problemas surgiu em nosso entrevistado a vontade de ajudar o próximo, o espírito de solidariedade, em mim e em mais pessoas.

Diz nosso entrevistado:

“Iniciei a jornada na busca de soluções para alguns daqueles problemas, conversei com companheiros de “viagem”, propondo a eles a fundação de uma Associação que pudesse unir esforços e nos socorrer.”

Mas para espanto de nosso entrevistado, todos acharam ser esta uma proposta politqueira e com receio, “medo”, de perderem a única ajuda que possuíam, não se manifestaram e nem deram apoio, a princípio.

Silvania Maria de Souza

Beija-Flor não desistiu e continuou com seu plano de fazer algo, comentou com um amigo de trabalho, que achou a idéia maravilhosa, a partir de então solicitou o Salão Paroquial ao Frei responsável, que não colocou nenhum obstáculo e após tudo arranjado enviou através da imprensa convites a pessoas interessadas em participar da reunião que aconteceu no dia 23 de maio de 1997.

Foram realizadas várias entrevistas, inclusive com os 13(treze) participantes presentes da primeira reunião, que por sorte treze era o número exato para se iniciar a Associação.

Completa nosso entrevistado:

“Nesta data tão bela nasce a APDE, onde não me encontrava mais sozinha, mas tendo apoio de radialistas, outros pacientes, familiares de pacientes e de pessoas voluntárias que começaram a se identificar e atuar em uma só causa.”

Os voluntários iniciaram aí a procura de um local para realizar as reuniões e receber os primeiros clientes. Este local foi cedido pela Secretaria da Educação, através de sua Secretária. Houve nessa época todo um processo de limpeza, organização, integrando ainda mais o grupo de voluntários, onde cada um doou uma peça de mobília e assim a sede se concretizou.

A partir de então as doações foram se iniciando e cada vez mais a comunidade através de seus voluntários, suprimo as necessidades dos clientes e de seus familiares.

Completa Beija-Flor.

“Foi quando surgiu nosso primeiro paciente (denominado por nós de “Canarinho”), a Segunda paciente a ser cadastrada e atendida pela Associação foi “Andorinha”, tentamos de todas as formas suprir as necessidades dos fundadores de nossa tão sonhada Associação.”

No dia 22 de Julho, aconteceu a reunião para aprovação do Estatuto. A partir de então os voluntários iniciaram as promoções; a primeira foi um pedágio numa esquina movimentada da cidade e com o recurso arrecadado foram comprados remédios. Com esta mobilização deu-se início a mais contribuições e as obras foram crescendo e crescendo cada

vez mais pessoas se juntaram ao grupo somando forças e assim inaugurando a APDE, no dia 23 de agosto de 1997.

Relata a fundadora que muitas autoridades locais e clientes envolvidos foram convidados, mas nem todos compareceram, mas os que lá foram é porque tinham respeito e consideração e agregaram com algum auxílio.

Um comerciante local emprestou um telefone, com ele voluntários começaram a pedir ajuda e assim se firmou Convênio com o Instituto do Câncer de Londrina – PR., e se deu início aos encaminhamentos para a área de atendimento precoce, que realizavam biópsia, exames e outros atendimentos sem despesas para o paciente.

Beija-Flor, nos conta que:

“Alguns pacientes já eram atendidos pelo ICL e outros a partir de então iniciaram sua jornada de tratamento, alguns são socorridos pelos voluntários a tempo, outros não, como no caso de “Sabiá”, 19 anos em fase terminal (hoje falecido), “Parda”, grande companheiro de viagem e é uma luz para nossas excursões a Londrina.”

Na época, a sede já não comportava mais as doações e mesmo com todo o Quadro Clínico de Beija-Flor, em fase de quimioterapia e com os mesmos efeitos colaterais de todos nosso paciente fundador, foi a procura de uma sede maior e conseguiu, esta também mantida por voluntários. Em meio essa luta Beija-Flor foi submetida a uma cirurgia de “mastectomia”, até então evitada. A luta continuou com os demais voluntários, a assim Beija-Flor voltou com mais força e obstinação, por saber de suas conquistas, pois tudo estava dando certo.

A mudança para a nova sede aconteceu em dezembro. “Dia por nós jamais esquecido”, nos completa Beija-Flor, neste local foram montados sala de recepção, almoxarifado, farmácia (feita com remédios de amostra-grátis doados por médicos e outros profissionais), cozinha e consultório.

Nesta época houve inclusão de novos voluntários, médicos, enfermeiros, auxiliar de enfermagem, advogados e outros profissionais. Com a presença de uma ginecologista iniciou-se assim a coleta de material preventivo para ser encaminhado ao ICL, aumentando ainda mais o número de atendimento pela Associação. Algum tempo depois o Governo de Estado cortou a verba para os atendimentos precoces no ICL, nos lamenta Beija-Flor: “Ficamos a partir de então impossibilitados de encaminhar nossos pacientes.”

Os serviços então foram encaminhados aos Núcleos de Saúde para realizar a coleta e enviar aos laboratórios a fim de serem analisados. Não houve a municipalização das biópsias e das mamografias, atendimentos hoje só realizados com recurso particular. Toda essa mudança causou grande transtorno para a associação, pois a clientela demorou a compreender esta dificuldade e/ou retrocesso. O transporte deixou de buscar os clientes em suas residências para reduzir as despesas, tendo os mesmos que improvisarem suas idas de casa para o NIS II – Central de onde parte as ambulâncias às 5:00 horas para fazerem o tratamento. Desta forma aumentou ainda mais o trabalho dos voluntários que por sua vez, iniciaram a jornada de buscar nos domicílios, de madrugada, os clientes debilitados. Muitos clientes perdem consultas e até a quimioterapia por perderem o horário de saída dos veículos municipais.

Relata-me Beija-Flor:

“Houve um caso muito interessante que merece ser aqui relatado, foi quando recebemos uma ligação dizendo que um paciente passava mal e necessitava ser encaminhado ao Pronto Atendimento Municipal. No traslado, o tumor do referido rompeu, sujando todo o carro e o voluntário, que por sua vez ficou traumatizado por presenciar o óbito de uma pessoa, por todos nós tão querida. Outros pacientes necessitavam de visitas domiciliares com frequência, mas nos faltam pernas, outros ficam sozinhos em seu domicílio, pois seus familiares não tem com quem deixá-los e precisam sair em busca de sustento.”

O transporte para ICL é resolvido pela Secretaria Municipal de Saúde, sendo encaminhado apenas oito clientes no veículo. Hoje contamos com duas Kombis que vão a Londrina diariamente. Quando não há o número suficiente de clientes para a lotação, os veículos não realizam o transporte, e por isso os voluntários precisam buscar religiosamente os clientes em casa no horário marcado. Daí a necessidade de se conseguir um transporte próprio para a Associação.

Graças as doações a associação distribui 20 (vinte) cesta-básicas fixas por mês, para clientes mais carentes, e alguns exames laboratoriais são realizados gratuitamente por um laboratório, e medicamentos são comprados e ofertados a clientes através das doações.

Na primeira semana de março de 1999, a Associação conseguiu dois voluntários fundamentais, um médico que atuará como médico da família e acompanhará os acadêmicos de enfermagem nas V.D. onde forem necessárias sua presença e a de uma psicóloga que será

Silvania Maria de Souza

peça fundamental neste trabalho.

Beija-flor foi a óbito no dia 20 de fevereiro de 2000 e a diretoria realizou, durante a celebração de missa de sétimo dia na Igreja São Sebastião de Paranavaí, uma bela homenagem.

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS NO DOMICÍLIO PARA DIRECIONAR O CUIDADO TRANSPESSOAL E CONHECIMENTO DO SER CUIDADO E SEUS FAMILIARES

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

1. Entrevista: Identificação do paciente

Nome do paciente:

Data de nascimento: / / Idade: Sexo: M () F ()

Estado civil: casado () solteiro () divorciado () outros ()

Escolaridade: 1º grau () 2º grau () 3º grau ()

Profissão: renda mensal: R\$

Religião:

Endereço:

Bairro: ponto de referência:

Telefone: Recado () residencial () comercial ()

Diagnóstico médico:

Prognóstico médico:

Plano terapêutico:

2. SITUAÇÃO FAMILIAR

Nome dos membros	parentesco	Idade	sexo	Est. civil	profissão	salário

3. SITUAÇÃO HABITACIONAL

Tipo: casa () apartamento ()

Alvenaria () madeira () mista () material aproveitado ()

Números de cômodos: sala cozinha dormitórios banheiros

N.º de pessoas/dormitório N.º de pessoas/dormitório

Casa própria: () alugada () cedida () financiada ()

Água: rede pública () poço () fonte () outros ()

Esgoto: rede pública () fossa () córrego () outros ()

Luz: rede pública () unifamiliar () coletiva ()

Lixo: coleta coletiva () depósito céu aberto () enterrado () incinerado ()

Condições ambientais

Internas: limpeza: sim () não ()

Ventilação: sim () não ()

Insolação: sim () não ()

Externas: fábricas () rios () lagoas () plantios ()

Meio de transporte: próprio () coletivo () outros ()

4. ANTECEDENTES FAMILIARES:

TIPO	OBS.	TIPO	OBS.
Neoplasia		Alergia	
D. Car. Vascular		Tuberculose	
Diabetes		D. mental	
Sífilis		D. emocional	
Hanseníase		Outros	

5. HÁBITOS:

TIPO	QUANTIDADE	TIPO	QUANTIDADE
Tabagismo		Cocaína	
Alcoolismo		Cola	
Maconha		Medicamentos	
Craque		outros	

6. ALIMENTAÇÃO:

Aquisição: feira () armazém () supermercado () doações () outros ()

N.º de refeições: desjejum () almoço () lanche () jantar ()

TIPO DE ALIMENTO:					
Ingestão	diária	3 x sem.	2 x sem.	1 x sem.	nenhuma
Leite					
Ovos					
Carne					
Peixes					
Miúdos					
Verduras					
Frutas					
Cereais					
Massas					
Doces					
Outros					

7. HIDRATAÇÃO:

Ingestão	Diário	quantidade	esporádico	quantidade
Água				
Refrigerante				
Sucos				
Outros				

8. SONO:

N.º de horas: contínuo () intermitente ()

9. REPOUSO:

Sim () não () período:

10. EXERCÍCIOS:

Diário () 3 x sem. () 2 x sem. () 1 x sem. () nenhum ()

11. LAZER:

Sim () não ()

12. VIDA SEXUAL

Ativa: Sim () não ()

13. ELIMINAÇÕES

Evacuações: Micções:

14. CONTROLE DE SAÚDE:

ANEXO 3

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM CONJUNTO COM APDE

- Ocupação do cargo na nova diretoria da APDE de vice-presidente empossada no mês de julho de 1999.
- Reunião com o senhor prefeito municipal no dia 06/08/1999 às 16:00 h onde recebemos em sistema de comodato uma Marajó, para transporte de clientes quando necessário e das cestas básicas fornecidas às famílias carentes.
- Construção de uma casa de 03 cômodos em parceria com o Lar Vicentino e Prefeitura Municipal para clientes inscritos na APDE com baixo poder aquisitivo e cuja moradia está impossibilitada de uso.
- Estabelecimento de instituto reunião mensal; com visitantes voluntários a fim de uniformizar as ações a serem desenvolvidas no domicílio, a forma de acompanhamento e integração dos voluntários, troca de experiências e confraternização.
- Inscrição da APDE e seus clientes na “Casa de Apoio em Londrina e Maringá”.
- Bioquímico voluntário para atuar como responsável técnica da farmácia da APDE.
- Legalização dos documentos frente a prefeitura e Vigilância Sanitária Municipal.
- Colocação gratuita, por um profissional ginecologista e/ou obstetra de D.I.U. (Dispositivo intra uterino) que beneficiaram a duas clientes da APDE.
- Recebimento da Secretaria Municipal de Saúde de dois D.I.U.
- Mudança da A.P.D.E. para uma sede maior e mais apropriada a fim de atingir os propósitos da associação.
- Festa de confraternização de final de ano para os clientes atendidos pelo APDE.
- Recebimento por meio de doação de um computador das Lojas Pernambucanas (informatização).
- Solicitação ao poder público de um terreno para a construção da nova sede.
- Solicitação de um micro ônibus para o transporte dos clientes.

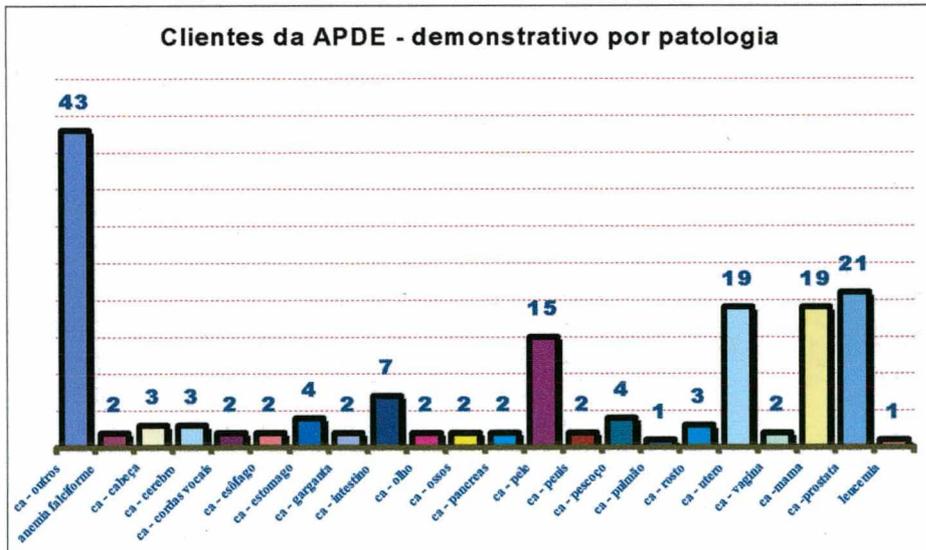
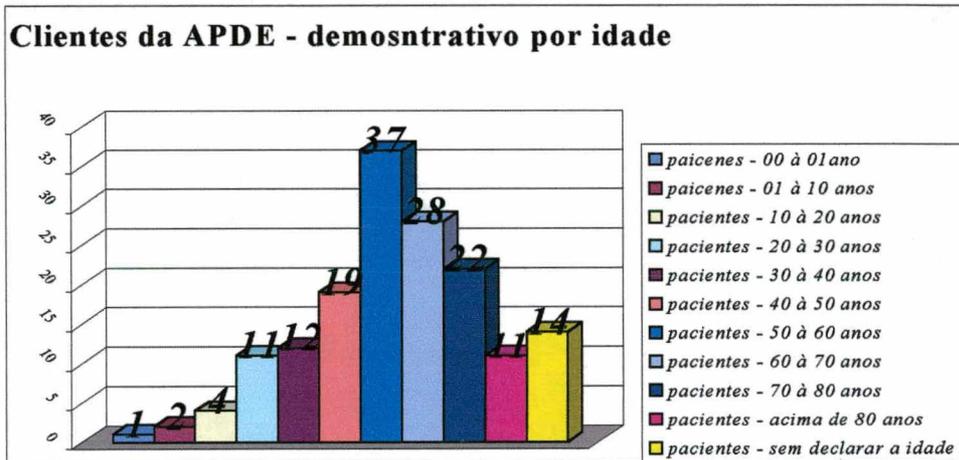
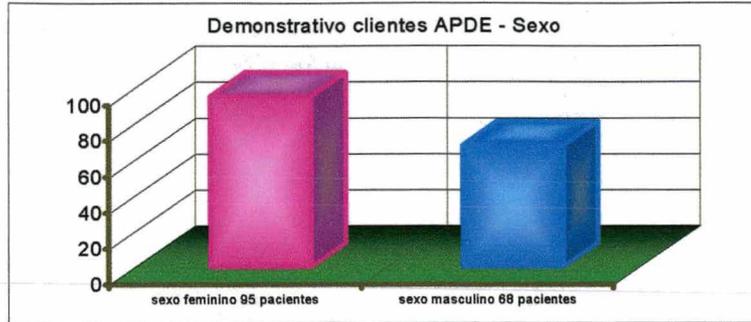
ANEXO 4

LISTA DE RECURSOS DISPONÍVEIS À COMUNIDADE DE PORTADORES DE NEOPLASIAS

- Endereço da APDE, telefone, nome das pessoas a quem procurar ou solicitar.
- Pronto Atendimento Municipal.
- Centro Regional de Especialidades.
- Hemonúcleo.
- Corpo de Bombeiros.
- Núcleo Integrado de Saúde II.
- Associação de bairros;
- Conselhos de Saúde, por área de abrangências.
- Clínica Radiológica.
- Laboratório de Análises Clínicas.
- Farmácia do Núcleo Integrado de Saúde.
- 14ª Regional de Saúde.
- Conselho Municipal de Saúde.
- Setor de transporte do NIS - II Central.
- Pastoral da Criança.

ANEXO 5

GRÁFICOS DEMONSTRATIVOS DOS CLIENTES DA APDE



ANEXO 6

Consentimento Livre e esclarecido APDE – Associação de Portadores de Doenças Especiais

Eu, SILVANIA MARIA DE SOUZA, COREN n.º 45.198-PR, Mestranda da UFSC – aluna da turma Interinstitucional de Curitiba, através desta, solicito autorização à diretoria da APDE - Associação de Portadores de Doenças Especiais de Paranavaí, para desenvolver atividades de pesquisa da disciplina de Prática Assistencial do referido mestrado, para fins de elaboração e conclusão da minha dissertação.

Tais atividades consistem em: Identificar problemas, coletar dados, prestar assistência, realizar visitas domiciliares, acompanhar tratamentos e outros, bem como ter acesso a arquivos e dados que serão por mim trabalhados e manuseados.

Solicito ainda autorização para entrevistar, gravar, fotografar e filmar a instituição, a fim de desenvolver e ilustrar minha dissertação, que poderá vir a ser publicada, bem como, apresentada a outros órgãos de saúde que tenham interesse em colaborar com a referida entidade.

Para tanto me comprometo a manter anonimato da Instituição, das pessoas e clientes envolvidos se assim desejarem, usando outra forma para identificá-los, respeitando sua dignidade, protegendo-os e defendendo seus direitos éticos e legais.

Paranavaí de de 1999.

Presidente da APDE

Silvania Maria de Souza
Mestranda-UFSC

Testemunhas:

ANEXO 7

Consentimento livre e esclarecido a ser assinado pelos sujeitos da pesquisa.

Eu, _____ cliente cadastrado na APDE - Associação de Portadores de Doenças Especiais de Paranavaí, autorizo a aluna de Mestrado a pesquisadora Sylvania Maria de Souza realizar comigo atividades de pesquisa que constem em identificar problemas, coletar dados, prestar assistência, realizar visitas em meu domicílio, acompanhar tratamentos.

Autorizo também, ter acesso a meus arquivos, para obter dados que serão trabalhados pela pesquisadora, entrevistar-me, fotografar-me e publicar os resultados, sendo mantido o anonimato.

Declaro que fui devidamente informado sobre todas as atividades acima relacionadas, sobre os seus possíveis riscos e benefícios e de que me foi garantido a liberdade em participar bem como desistir a qualquer momento, se assim eu desejar.

Nestes termos concordo em participar do estudo e por isso assino este documento.

Paranavaí de de 1999.

Sylvania Maria de Souza
Mestranda-UFSC

Testemunhas: (e/ou responsável)
