

MARGARETH SANTOS ZANCHETTA

SITUAÇÕES PRIORITÁRIAS NA ENFERMAGEM EM CANCEROLOGIA

- Modelo Assistencial -

Rio de Janeiro, RJ - Brasil

- 1990 -

SITUAÇÕES PRIORITÁRIAS NA ENFERMAGEM EM CANCEROLOGIA

- Modelo Assistencial -

por

8957

MARGARETH SANTOS ZANCHETTA

Tese apresentada ao Corpo Docente da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre.

Aprovada por:

.....  
Prof. Dra. Shirley Correia da Costa  
(Presidente da Banca)

.....  
Prof. Dra. Giley Chaves Rhodus  
(1ª examinadora)

.....  
Prof. Dra. Cleonice Vicente Ribeiro  
(2ª examinadora)

Rio de Janeiro, RJ - Brasil

- 1990 -

---

ZANCHETTA, Margareth Santos

Situações Prioritárias na Enfermagem em  
Cancerologia - Modelo Assistencial. Rio de  
Janeiro, UFRJ, EEAN, 1990.

xi, 141 f., ilustr.

Tese: Mestrado em Enfermagem

1. Modelo assistencial
2. Situações Prioritárias
3. Enfermagem em Cancerologia
4. Teorias de Enfermagem

I. Universidade Federal do Rio de  
Janeiro.

II. Título

---

**ORIENTADORA:**

**Profa. Dra. Shirley Correia da Costa**

**DEDICATÓRIA**

Aos pacientes do Instituto Nacional do Câncer,  
que me ensinaram e ensinam a verdadeira razão  
da vida e do saber.

RELAÇÃO DE NOMES

O presente trabalho tem como finalidade a  
 de apresentar a situação da enfermagem no Brasil,  
 bem como a importância da enfermagem na sociedade,  
 e a necessidade de uma formação adequada para o  
 exercício da profissão.

A enfermagem é uma profissão que exige um  
 alto nível de qualificação e dedicação. O  
 profissional de enfermagem deve estar preparado  
 para enfrentar as diversas situações que  
 podem ocorrer no decorrer de sua atuação.  
 É importante que o enfermeiro tenha uma  
 visão ampla da saúde e do cuidado com o  
 paciente, além de possuir conhecimentos  
 técnicos e científicos atualizados.

Este trabalho tem como objetivo principal  
 apresentar a situação da enfermagem no Brasil,  
 bem como a importância da enfermagem na sociedade,  
 e a necessidade de uma formação adequada para o  
 exercício da profissão.

UM ESTÍMULO RECEBIDO

"... que você com este espírito de luta possa  
 melhorar nossa profissão com todo esse empenho  
 que demonstra, conseguir facilmente um  
 excelente resultado em suas pesquisas. E que  
 você seja uma luz no caminho que as vezes  
 pensamos não mais existir, neste cruel sistema  
 desta nossa terra".

Boa sorte,

(Enfermeira participante do estudo)

## MENSAGEM DE CORAGEM

O mérito deste trabalho está na confluência das idéias, formando e formulando uma metodologia assistencial, aspergindo sensibilidade, aproximando os profissionais e rodeando o paciente, numa abordagem individualizada voltada para um sistema aberto.

É uma tecnologia nascente que emergiu de uma realidade de fatos sociais cruéis, de encontros divinos, de desencontros cotidianos que têm capacidade de momentaneamente integrar, para duradouramente unir, conviver e renascer: renascer um olhar, renascer nos dias, renascer esperanças, renascer vidas.

Os propósitos dominantes do Modelo Assistencial para Situações Prioritárias na Enfermagem em Cancerologia, são voltados para busca da qualidade, em sintonia com Deus e com o mundo científico, refletidos na tentativa de afastar um "ADEUS" próximo, povoar um VAZIO e clarear a ESCURIDÃO.

É pensar grande e de forma renovada, dinamizando a prática assistencial - um legado para a Enfermagem científica desta Casa e os pacientes deste mundo.

A ampliação e aprofundamento das temáticas é, mais do que uma tarefa, uma missão de todos num árduo trabalho de cooperação e interação.

A ORIENTADORA

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Raimunda da Silva Becker, D.D. Diretora da Escola de Enfermagem Anna Néry, da Universidade Federal do Rio de Janeiro - minha primeira Orientadora - por acreditar na possibilidade de colaboração para a Enfermagem em Cancerologia.

À Profa. Dra. Vilma de Carvalho, Coordenadora dos Cursos de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Néry, pelo apoio.

À Profa. Dra. Maria Antonieta Rubio Tyrrell, Coordenadora do Curso de Mestrado, e mestra desde os tempos da Graduação na Universidade Gama Filho, pelo carinho e atenção através dos anos.

À Profa. Dra. Cleonice Vicente Ribeiro, Coordenadora da Área de Concentração em Enfermagem Assistencial, do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica; do Curso de Mestrado, pela oportunidade do exercício indispensável da disciplina e perseverança.

Aos funcionários administrativos da Escola de Enfermagem Anna Néry pelo convívio respeitoso e harmonioso.

Obrigada!



AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À Profa. Dra. Shirley Correia da Costa, minha orientadora, que me ensinou a grandeza do papel do mestre. Orientou, incentivou, compreendeu, e ajudou, à você meu abraço carinhoso e o orgulho de ter sido sua aluna.

À Profa. Dra. Ciley Chaves Rhodus, pelo apoio e estímulo para concretização do modelo assistencial.

Aos meus colegas participantes do estudo, pela confiança e incentivos recebidos.

Aos meus familiares, amigos e Giorgio - meu filho adorado - que são a razão do meu crescer. Ao meu amado Mário, que me envolveu com sua força positiva.

A todos aqueles que pela minha vida profissional e pessoal, acreditaram neste sonho.

Ao Deus Poderoso, que me deu sua luz divina, para aumentar a minha fé e superar dificuldades e obstáculos, por vezes dolorosos, mas que tornaram esta conquista digna e honrosa.

## SUMÁRIO

Estudo de natureza qualitativa com a utilização do método de análise de conteúdo, desenvolve um modelo assistencial original, para o atendimento às situações prioritárias na área de Enfermagem em Cancerologia, tendo o respaldo científico nas teorias de Roy, Orem, Levine, Peplau e Roper.

O modelo é constituído a partir dos repertórios e experiências da autora e enfermeiros participantes, constituído de sete componentes, com respectivas caracterização, elenco de manifestações pertinentes, com ações básicas norteadoras da prescrição de Enfermagem.

Constitui uma contribuição relevante para mudanças na prática assistencial, resgatando o centro de atenção para o cliente e não para a doença.

## SUMMARY

This is a quality matter material, that uses the contents analysis method and develops an original assistance model to deal with priority situations in the cancerology nursery area, based on the nursery theory by Roy, Orem, Levine, Peplau and Roper.

The model has been built based on the experience by the author and other nurses. It consists of seven components and their features concerning to the nursery prescription basic actions.

This is an important contribution for changing the assistance practise, by switching its main point from the illness to the client.

ÍNDICE

Capítulo I - O Problema .....	1
Introdução .....	2
Significância do Estudo .....	4
Delimitação do Estudo .....	5
Objetivos do Estudo .....	6
Questionamentos Norteadores para o Estudo .....	6
Capítulo II - Revisão da Literatura .....	8
Considerações Gerais sobre a Enfermidade e Abordagem Holística a Pessoa Enferma .....	9
Relacionamento Terapêutico na Enfermagem .....	18
O Cliente na Área de Cancerologia Reconhecido como um Todo .....	21
Aspectos Epidemiológicos da Enfermidade .....	31
Evolução História da Enfermagem em Cancerologia .....	35
Atuação Técnica do Enfermeiro em Cancerologia .....	39
Relevância da Sistematização dos Conhecimentos de Enfermagem .....	44
Capítulo III - Metodologia .....	47

Capítulo IV .....	60
Modelo Assistencial para Situações Prioritárias na Enfermagem em Cancerologia .....	61
Capítulo V .....	92
Teorização da Prática Assistencial .....	93
Capítulo VI .....	107
Considerações Finais .....	108
Recomendações .....	109
Referências Bibliográficas .....	111
Bibliografia .....	118
Anexos .....	123

CAPITULO I

PROBLEMA

Introducción

El presente trabajo tiene como objetivo principal analizar el impacto de las nuevas tecnologías en el sector educativo, considerando tanto los aspectos teóricos como prácticos. Se explorará cómo estas herramientas han transformado los métodos de enseñanza y aprendizaje, así como los desafíos que enfrentan los docentes y estudiantes en este proceso.

En primer lugar, se abordará el concepto de tecnología educativa y su evolución a lo largo del tiempo. Posteriormente, se detallará el rol de la tecnología en la mejora de la calidad educativa, destacando ejemplos de aplicaciones exitosas en diferentes niveles de enseñanza.

Además, se discutirán los obstáculos que impiden una mayor adopción de estas tecnologías, tales como la falta de infraestructura, la resistencia al cambio y la necesidad de capacitación docente. Finalmente, se ofrecerán recomendaciones para superar estas barreras y maximizar el potencial de la tecnología en el aula.

**O Problema**

El problema central de esta investigación radica en determinar si la implementación de tecnologías digitales realmente mejora los resultados de aprendizaje de los estudiantes. Se analizará la evidencia empírica disponible y se evaluará la efectividad de diferentes estrategias tecnológicas. Asimismo, se explorará cómo el contexto institucional y cultural influye en el éxito o fracaso de estas iniciativas.

## CAPÍTULO I

### O PROBLEMA

#### Introdução

Assistir as pessoas portadoras de neoplasias malignas significa acreditar na importância do cuidar, e não buscar em primeira instância o curar. O cuidar volta-se para a melhoria ou elevação da qualidade de vida da pessoa, que por vezes, demonstra ou oculta suas necessidades assistenciais prioritárias e específicas no seu acometimento pela enfermidade.

No mundo próprio de cada um, apesar da semelhança da evolução patológica está sua individualidade, ante o caráter crônico-degenerativo da enfermidade, que, paulatinamente, alterará a qualidade, quantidade e estilo de sua vida.

O homem familiar, emocional, espiritual, laborativo e social, passa então por diversas fases e momentos de mudanças e adaptações que vislumbram e projetam as oportunidades de assistir tal individualidade afetada e de oferecer toda possibilidade de atuação profissional.

Em nossa experiência profissional, tal assistir vem, ao longo dos anos, mostrando-se um desafio diário para uma visão renovadora para os enfermeiros que labutam numa instituição pública e especializada, pelo elevado percentual daquelas necessidades afetadas, nas várias dimensões numa perspectiva holística do equilíbrio, no conceito de saúde. Para o endosso e respaldo de tal afirmação, buscamos refletir com os colegas, a origem e a existência de situações de crise

como algo prioritário para nossa intervenção e caminhos preliminares e iniciais ao presente estudo.

Sabe-se que tais necessidades têm sua forma de manifestação direta ou indireta e que são, para o profissional, alvo do planejamento e da intervenção, para a tomada de decisões para alcançar-se a assistência holística e individualizada, com a vantagem de também promover a interação dos vários membros da equipe assistencial em busca da qualidade. Esse compromisso, com o cliente ao longo das várias fases da doença, determina a urgência da definição e implantação de uma prática respaldada em referenciais teóricos básicos para torná-la científica, consciente e participativa.

Tais bases estão no referencial da assistência holística, onde o organismo humano é conceituado como um sistema vivo com partes interligadas e interdependentes. Para CAPRA (1982)<sup>4</sup>: "Numa acepção mais ampla, a concepção holística reconhece também que esse sistema é parte integrante de sistemas maiores, o que subentende que o organismo individual está em interação contínua com seu meio ambiente físico e social, sendo constantemente afetado por ele, mas podendo também, agir sobre ele e modificá-lo".

Considerando-se as diferenças culturais e a subjetividade dos conceitos de saúde e doença, poderemos compreender a significância da doença para o enfermo, dos fatores de desequilíbrio e de sua motivação para participar e modificar situações conflitantes ou limitantes a sua reestruturação frente às novas exigências e sua independência para enfrentá-las.



Com a preparação adequada e eficaz, e voltado para a promoção de condições facilitadoras ao novo equilíbrio de seu cliente, no contexto de sua realidade e de seu estilo de vida, poderá o enfermeiro ocupar, de forma significativa e relevante, este campo de atuação e encontrar condições favoráveis ao desenvolvimento de sua maturidade profissional e de crítico de sua prática.

Assim, o estudo num primeiro momento pretendeu conhecer a exclusividade dessa prática para atender prioridades assistenciais mais prevalentes, onde se buscou as diversas formas de abordagens utilizadas por enfermeiros, tanto com um grupo heterogêneo segundo suas procedências, experiências prévias e atuais, quanto como um grupo homogêneo, no que tange a tal área de atuação. Num segundo momento, confrontar essa prática com linhas teóricas definidas, e abordagens voltadas para a adaptação, autocuidado, equilíbrio, relacionamento, comunicação, estilo de vida e independência, e assim, delinear um modelo científico, de prática institucional, que propicie compatibilizar teoria à prática, melhorar a qualidade de assistência e promover a equipe de profissionais.

### Significância do Estudo

A instituição, onde se realizou o estudo, é considerada como de referência nacional para o atendimento da clientela, centro de formação de recursos humanos, desenvolvimento de pesquisas e tecnologia de ponta.

Especificamente quanto ao pessoal de Enfermagem, apesar de intercâmbio de âmbito nacional para estágios, treinamentos, visitas de observação e atualização de conhecimentos, e do desenvolvimento do Programa de Residência de Enfermagem, na realidade, parte de equipe de enfermeiros inseridos no sistema há mais de uma década, que vem ao longo dos anos desenvolvendo uma prática assistencial que plasma a Enfermagem institucional.

Outra parte, a maioria, em contínua renovação de profissionais, sem a experiência prévia na área, incorpora a realidade institucional da Enfermagem, de forma acrítica e com poucas possibilidades imediatas de contribuição para mudanças. Assim perpassam no processo, continuamente, as abordagens rotineiras, repetitivas, voltadas para as entidades patológicas e procedimentos técnicos.

Reveste-se de importância a decisão de realizar tal estudo, pois acredita-se que, como membro deste grupo, a possibilidade de reflexão e participação dos colegas valoriza a prática individual, promove a discussão orientada da prática institucional para fins de subsidiar a elaboração de um modelo assistencial, fundamentada em experiências emergentes da prática atual, fator original do trabalho.

#### Delimitação do Estudo

A população alvo do estudo é constituída por enfermeiros lotados na instituição escolhida, independente da idade, sexo, credo religioso, tempo de atividade profissional na instituição, tipo de função assistencial ou administrativa,

unidade de lotação, desde que em atividade no período da coleta dos dados e que espontaneamente optaram em participar do estudo.

### Objetivos do Estudo

Com a realização do presente estudo, pretendeu-se atingir os seguintes objetivos:

- Geral: Contribuir para o estabelecimento de um modelo assistencial na Enfermagem em Cancerologia para atendimento às necessidades prioritárias da clientela.
- Específico:
  - 1 - Descrever as manifestações observadas no comprometimento bio-psico-espiritual e social da clientela na área de Cancerologia, com ênfase nos aspectos prioritários para assistência.
  - 2 - Discutir, com os enfermeiros participantes, o modelo assistencial a ser delineado, para configuração da prática de Enfermagem Institucional.
  - 3 - Analisar o modelo assistencial proposto, para efeito de ajustes de validação.

### Questionamentos Norteadores para o Estudo

- 1 - As indagações e os delineamentos iniciais, na representação de áreas prioritárias, a partir de experiência

profissional, serão respaldadas pelos enfermeiros participantes do sistema?

2 - Os enfermeiros livre e efetivamente julgam necessárias a representação e configuração de sua prática, individual e em grupo?

3 - É possível obter a definição e sistematização de um modelo de prática, permeada de abordagem científica, como referência na instituição e no País?

4 - O modelo delineado tem viabilidade para sua incorporação à prática institucional?

CAPÍTULO II

REVISÃO DE LITERATURA

Revisão de Literatura sobre a importância da literatura para a formação do indivíduo

Na obra de autores de renome, a importância da literatura para a formação do indivíduo é abordada de forma abrangente. O texto discute como a leitura de obras clássicas e modernas contribui para o desenvolvimento intelectual e emocional do leitor. A literatura é apresentada como um meio eficaz para explorar a condição humana e promover a reflexão crítica. Além disso, a análise de diferentes estilos literários e técnicas narrativas é essencial para compreender a complexidade da obra e sua mensagem subjacente.

Essa abordagem é fundamental para a formação de um leitor crítico e consciente. A literatura não apenas oferece entretenimento, mas também serve como um espelho da sociedade e dos valores culturais. Ao estudar a literatura, o indivíduo desenvolve habilidades de interpretação e argumentação, essenciais para a vida acadêmica e profissional. Portanto, a revisão de literatura é um processo contínuo e necessário para a atualização e aprofundamento do conhecimento.

**Revisão de Literatura**

Este capítulo apresenta uma análise detalhada da literatura produzida nos últimos anos. O foco está em identificar as principais tendências e temas abordados pelos autores. A revisão também considera o contexto histórico e social em que as obras foram produzidas, bem como o impacto delas na cultura contemporânea. Através desta análise, espera-se que o leitor adquira uma visão mais ampla e crítica da produção literária atual e sua relevância para a sociedade.

## CAPÍTULO II

## REVISÃO DE LITERATURA

Considerações Gerais sobre a Enfermidade e Abordagem Holística à Pessoa Enferma

No novo conceito de saúde, o organismo humano já não é considerado sob a óptica cartesiana onde a fragmentação de órgãos e sintomatologias dissociadas norteavam a especialidade. Hoje, intervir para a busca de um estado de saúde significa proporcionar meios para a condição de bem-estar. O potencial humano de desenvolver-se ao máximo, de equilibrar-se ante as novas exigências do meio e seguir rumo as metas a serem atingidas significa o cerne da discussão holística de atenção à saúde.

Cada homem tem sua percepção própria da enfermidade, suas expectativas e limitações, traz consigo a marca de sua bagagem cultural, experiências prévias e efeitos de seu envolvimento com seu meio ambiente. Na procura do seu bem-estar total, o indivíduo torna-se flexível, para poder adaptar-se e manter-se saudável.

Inúmeras são as teorias e proposições para a doença câncer que, no âmbito geral, a perda da sincronia física e mental, com a ambiental, fundamenta as atuais linhas mestras. Origem hereditária, resposta inadequada às exigências do estresse, origem psicogênica, origem parapsicológica e outras, são discutidas e defendidas, mas se subjulga a necessidade de tratar-se o indivíduo quando este efetivamente deseja curar-se. CAPRA (1982)<sup>4</sup> argumenta que em vários estudos comprovou-se o fato da anulação do sistema imunológico do

corpo e suas defesas naturais contra infecções e outras doenças, quando na vigência de estresse prolongado e excessivo. Tal ponto de investigação é relevante, pois, no mundo atual, as doenças crônicas e degenerativas, como causas principais de morte e incapacidade dos portadores, estão relacionadas aos efeitos deletérios do estresse. Para o autor, a interdependência entre corpo e mente, subentende a natureza psicossomática da doença, a viabilidade da autocura psicossomática e a dificuldade de aceitação por parte dos enfermos da co-responsabilidade pela doença. Assim, apresentando a abordagem Simonton para tratamento do câncer - terapia holística que fundamenta as condições do surgimento da doença em dois pontos, decorrentes do estresse emocional: inibição do sistema imunológico e desequilíbrio hormonal resultando em aumento da produção de células anormais. Quanto aos componentes das biografias dos pacientes com câncer em estudo com quinhentos casos CAPRA<sup>21</sup> apud Lawrence Leshan, lista:

"... Sentimentos de isolamento, abandono e desespero durante a juventude, relação forte com uma pessoa ou grande satisfação com um papel no início da idade adulta, tornando-se o centro da vida do indivíduo, perda da relação ou do papel, resultando em desespero e interiorização do desespero".

A filosofia básica é, portanto, restaurar e revitalizar o sistema imunológico, reduzir a tensão, aliviar a depressão e ajudar aos pacientes a relacionar-se melhor com seu próprio corpo.

Outro autor, LONGHI (1979)<sup>1</sup>, que estabeleceu o Laudo Parapsicométrico com a qualificação parapsicológica do ser humano, discorre sobre a predisposição à doença:

"A doença imunológica do próprio organismo, a cargo da sábia natureza, vigia e rejeita constantemente qualquer corpo estranho ao seu; por isso, previne qualquer evolução celular ou cancerígena. Os cancerologistas afirmam que todos os cancerosos sofrem de uma deficiência em sua defesa imunológica ... Assim, o primeiro passo é estimular a capacidade defensiva do próprio organismo"

e concluiu:

"O indivíduo equilibrado jamais terá doença grave como câncer. Esta é uma conscientização que todos deveriam ter".

Endossando o raciocínio de LONGHI, MEDEIROS et alii (1980)<sup>2</sup>, falando da depressão como fator de risco, alegam:

"A existência de estados depressivos prévios ao aparecimento do câncer é frequente demais para ser fortuita... estendam a intimidade da vigilância imunológica, há necessidade de que as agressões exógenas ao psiquismo tenham repercussões duradouras. Só a instalação de um estado psicológico anômalo, que se prolonga por suas próprias fontes, de auto-alimentação, consegue alterar, indelevelmente, os sólidos mecanismos de defesa imunitária em nível celular"

BALINT (1984)<sup>3</sup> questiona:

"Qual é o fator primário: uma enfermidade orgânica de caráter crônico ou certo tipo de personalidade? Esses dois são independentes, entre si, interdependentes, ou um deles é causa e o outro efeito?"

SANTOS (1980)<sup>4</sup> assegura:

"... O conhecimento dos mecanismos psicológicos defensivos e das normas gerais ajustadas a cada caso pode melhorar, significativamente o difícil relacionamento pluridimensional médico-paciente-familiares-



enfermagem-assistente social, com redundantes benefícios para os pacientes em todas as fases da evolução das neoplasias”.

Que reflexões tem a doença para o trinômio paciente/família/profissionais?

Segundo BAHNSON (1977)<sup>10</sup> a maneira de considerar o paciente é influenciada por conceitos que abrangem os aspectos psicoterapêuticos do tratamento do câncer, o significado perceptivo ou existencial que a doença tem para o paciente, familiares e para nós, do corpo assistencial.

É primordial que haja uma uniformidade das “linguagens” utilizadas por todos, para que se estabeleça um processo efetivo e eficaz de comunicação. Para tal, é necessário conhecer-se com exatidão o significado que a doença tem para uma pessoa: seus sonhos, imagem, conceitos de si mesmo, objetivos e esperanças frustradas e as consequências decorrentes das mudanças provocadas no paciente e em seu núcleo familiar.

A percepção social e psicológica individual da doença envolve: o medo de todos ao sofrimento prolongado nas etapas terminais, os conceitos de decomposição, sujidade e contagiosidade da doença, o medo que justifica o afastamento inconsciente das outras pessoas de ver um destino terrível que poderia ser o seu próprio e a idéia de que tais doenças não são objetos propícios de dedicação social e econômica. Tais fatores fazem com que o mito da doença agrave os temores reais à dor, à desfiguração, à mutilação, ao desaparecimento do atrativo sexual ou a perda da estima e à superação de problemas pessoais a serem enfrentados decorrentes da cirurgia

oncológica, da radioterapia e da quimioterapia, como também o medo da recidiva e da morte.

O ajustamento do profissional que sofre influência dos sentimentos negativos da sociedade quanto ao câncer, antes do ingresso às escolas de graduação, reflete-se, portanto, na aceitação da morte como transição natural e não como fracasso profissional.

Sabemos que o paciente põe à prova, a tolerância do pessoal assistencial que muitas vezes tenta recorrer à euforia, às piadas e ao bom humor, como antídotos do desespero que sem sabê-lo compartilham; também nisso, convém que participam para que o apoio que surge da interação os levem à etapa de aceitação do final.

Ao assistir o paciente infantil, deparamo-nos com problemas de necessidades aumentadas de proteção total, nutrição e atenções por parte da mãe ou da pessoa substituta; o adolescente apresenta a frustração de não continuar com suas atividades educativas e criativas e de não se projetar como indivíduo em um tempo futuro; o adulto, tem a frustração de não cumprir suas responsabilidades, de prosseguir projetando-se através de seu meio familiar, filhos e trabalho; e o velho, com as necessidades prementes de nutrição, segurança e assistência e adoção de atitudes infantis e dependentes.

Já a família convive com sentimentos diversos, tais como: falta de renúncia do contato afetivo, atitude de superproteção, hostilidade, demonstrações extremas de amor, preocupação e culpa, todos relacionados com o envolvimento prévio do paciente com os familiares.

BASTOS (1986)<sup>10</sup> diz que a assistência de Enfermagem recebida por esses clientes:

"... reproduzem o convencional conjunto de cuidados determinados pelos sinais, sintomas e queixas algícas, reforçado em detrimento de um cuidado determinado por uma atitude profissional de investigação, antecipação e detecção de pontos críticos da esfera psíquica:

e que o contato profissional com tal clientela leva à

"... participação intensa no manejo de manifestações psíquicas desses clientes, e requer, necessariamente, habilidade para tal manejo, bem como o suporte emocional à equipe que lida cotidianamente com essas questões".

Torna-se relevante e complexa, então, a abordagem do paciente terminal: assim, SANTOS (1984)<sup>11</sup>, falando da atitude do enfermeiro frente a tal cliente, indaga:

"Será que a sobrecarga emocional, não completamente elaborada pelos enfermeiros, poderá, em circunstâncias especiais, interferir no relacionamento desses profissionais com seus pacientes, nos momentos em que deveriam estar presentes não só física mas principalmente no sentido psicológico, e, assim, ajudá-los a morrer em paz?".

E SANTOS<sup>11</sup>, apud Gulard, sugere que o medo da morte nasce da dor e que:

"... as manifestações desta aparecem tanto na ordem cultural como na biológica. E a dor mais sentida é a que nasce do desconhecimento. A agonia nascida do temor da morte terrível no plano individual pode se atenuar se for considerada no conjunto do corpo social"

É conhecida a associação do diagnóstico da doença com a possibilidade de dor, mutilação, desfiguração e morte e

que cada indivíduo diante de um processo de desintegração readquire um padrão específico de reorganização pessoal para resolução de uma crise existencial.

BOUGHARD e OWENS (1976)<sup>1,2</sup> ressaltam que:

"A maneira como um indivíduo reagirá ao diagnóstico do câncer, dependerá de sua habilidade para adaptar-se a situações de perigo. Dependerá, também, de sua idade cronológica, maturidade emocional, padrões definidos de comportamento em reagir ao estresse, relacionamentos familiares, e, o que a pessoa acredita e sabe sobre câncer".

São comuns antes do tratamento as atitudes de negação como rejeição inconsciente da situação de perigo e a reação de pânico ante os primeiros sinais de enfermidade. Tratando da questão de informar ou não quanto ao diagnóstico, os mesmos autores, citando BARD, afirmam:

"... O primeiro propósito em dizer ao indivíduo que ele tem câncer, é criar nele um estado mental que o capacite a cooperar plenamente com um mínimo de ansiedade durante o tratamento e resumir suas funções com um mínimo de conforto".

Mas, parece ser problemática a aquiescência de tal situação, conscientemente.

Cabe então ao enfermeiro, a partir de então, identificar situações norteadoras para suas tomadas de decisões para com seu paciente, família e terapêutica adotada. É fundamental a distinção do tratamento curativo, paliativo ou apenas o prolongamento do tempo de vida e de detectar o preparo de todos para aceitação de que seu ente tem que viver com câncer e não necessariamente, de ter que se preparar para morrer de câncer...

O papel do enfermeiro na equipe multidisciplinar destaca-se pela possibilidade do envolvimento pessoal. Deve-se buscar conhecer o paciente como pessoa e não como "um caso determinado", o que ele sabe, desconhece e o que ele, efetivamente, deseja ouvir. As exigências para adaptação e ajustamento psicológico antes às alterações físicas e anatómicas exigem a atuação segura no reconhecimento das reações habituais de tal clientela. Para os psicólogos, ocorrem tipos clínicos de reações comuns após cirurgias de grande porte:

- a) ansiedade sempre estará presente, podendo ser associada à depressão; quase sempre relacionada a assuntos financeiros, à aceitação familiar e apreensão pela aceitação em sua comunidade;
- b) dependência e depressão, como decorrência dos resultados cirúrgicos e de sentimentos de inabilidade para tratar de seus problemas e necessidades sem ajuda;
- c) reações tardias como hipocondria, reações paranóides e obsessivo-compulsivas, devido a sentimentos de culpa, vergonha e de necessidade de punição.

Diante do caráter radical por excelência, das várias formas de tratamento e das alterações físicas resultantes, é mister destacar que as modificações ocorrem no indivíduo como um todo. Afetações ocorrerão em seu conceito próprio (definido como o estado interior de uma pessoa, que implica o controle de seu eu e de seu comportamento) e na sua imagem corporal, que justificam o desencadear do processo de submissão às

situações inerentes ao cotidiano da hospitalização, com posterior sentimento de despersonalização da maioria dos pacientes.

Assisti-lo diante do planejamento terapêutico determinado pelo médico, visa também enfrentar e superar os obstáculos da culpa própria e projeção por sua condição atual de saúde. Sentimentos de culpa, punição ou erros desencadeiam questionamentos do tipo: "por que eu?". E aqui se ressalta a necessidade de apoio psicológico positivo e a valorização da espiritualidade e da clarificação do papel da religião diante de doença grave. Reveste-se de significância a utilização da esperança para o aproveitamento de potencialidades em direção à reabilitação, sem descuidar, contudo, da possibilidade de recorrências, complicações, alterações físicas e emocionais, uma vez que, ao optar por um tratamento radical e/ou agressivo, o paciente já optara por viver.

Na dinâmica do relacionamento entre pacientes e enfermeiros, PAULEN (1976)<sup>1,3</sup> lista os seus direitos no contexto do convívio com a enfermidade câncer, a saber, respectivamente:

- a) direito à comunicação mais do que a informação, tem o direito de ser ouvido, de receber facilidades à comunicação pela maneira aberta e honesta de ser cuidado, de ter suas observações validadas;
- b) direito ao envolvimento com o pessoal que pode atingir um nível emocional, quando se fizer necessário e humano;

- c) direito de participar nas decisões sobre os cuidados a serem prestados;
- d) direito de enfrentar a situação de maneira própria, diante de sua própria percepção da doença;
- e) direito de ter sua família e relativos considerados.

Já para os profissionais deve-se frisar que, além de direitos, têm-se também responsabilidades. Seus sentimentos jamais deverão ser subjulgados, mas, sim, controlados e direcionados para um fim determinado. São direitos do enfermeiro:

- a) direito a ter seus sentimentos pelo paciente, seu estado, trazendo sua sensibilidade e solidariedade para os cuidados prestados;
- b) direito de envolver-se com o paciente, familiares e outros com o propósito terapêutico de humanizar a assistência;
- c) direito de ser tratado como indivíduo membro de comunidade, família etc, abolindo expectativas irrealis ou desumanas de nós mesmos, considerando nossas forças e limitações;
- d) direito de receber suporte terapêutico para a busca do equilíbrio pessoal, social ante às exigências do desempenho profissional e da humanização da assistência.

#### Relacionamento Terapêutico na Enfermagem

Apesar da frequência com que hoje discutimos e reafirmamos a importância e necessidade da humanização do

processo da assistência de Enfermagem, percebemos a relutância na aceitação profissional, do envolvimento pessoal nas questões da clientela. Sem dúvida, conhecer seu próprio limite e buscar o equilíbrio nesse envolvimento, são as diretrizes fundamentais para focalizar a questão. Todo o relacionamento terapêutico compõe-se de ações específicas de cunho técnico, que segundo DANIEL (1983)<sup>14</sup> são integrantes do processo para a promoção do bem-estar bio-psico-sócio-espiritual através de:

- a) comunicação e interação;
- b) afinidades quanto ao atendimento das necessidades básicas;
- c) conhecimento e co-participação;
- d) compreensão;
- e) aceitação;
- f) interesse;
- g) estabelecimento de confiança;
- h) empatia;
- i) aprendizagem.

Esquematisando as etapas do relacionamento terapêutico, ainda a mesma autora o propõe em três etapas:

a) Etapa I:

- conhecer-se mutuamente;
- promover confiança;
- empatizar;
- permitir dependência;
- orientar quanto ao lugar e atividades;
- estabelecer compromisso de dar e receber ajuda;
- observar;



- identificar problemas;
- fazer diagnóstico de Enfermagem;
- planejar o atendimento;
- determinar o modo de ação.

b) Etapa II:

- usar técnicas de comunicação;
- usar atitudes terapêuticas;
- promover atividades terapêuticas;
- documentar as observações e ações de Enfermagem;
- resolver problemas;
- orientar os familiares;
- preparar para a independência;
- estimular a tomada de decisões.

c) Etapa III:

- preparar para a separação;
- orientar os familiares;
- reforçar o preparo para a alta;
- obter repercussão;
- avaliar o processo;
- fazer o diagnóstico de Enfermagem;
- documentar todo o processo.

Outra característica desse processo interativo é valorizar o paciente como ser familiar, social e laborativo, que sofre efeitos de experiência de hospitalização, manifestando suas atitudes e reações frente à situação doença

e o afastamento do seu núcleo de origem para tratá-la. Destacando o processo patológico gerado a partir da hospitalização, MANZOLLI (1987)<sup>12</sup> apud Novaes destaca a possibilidade de regressão emocional, intensificação do narcisismo e transferência do afeto a pessoas do hospital, e ainda, de hospitalismo - pelo afastamento demorado de seu núcleo familiar e social - demonstrado por infelicidades profundas, de hospitalite - necessidade de querer continuar doente - devido à falta de condições emocionais par o confronto com a realidade familiar, econômica ou profissional, e, finalmente, de pensionite - pela rejeição social e temor ao reingresso para a vida comum.

#### O Cliente da Área de Oncologia Reconhecido como um Todo

Os dados essenciais para a identificação de necessidades humanas básicas afetadas, estão no reconhecimento das implicações nas relações intra e interpessoais - no paciente e do paciente para os outros - a condição de busca adaptativa à doença e a multiplicidade de mudanças psicológicas e físicas adversas, trazendo consigo a possibilidade de uma doença incapacitante, dor, mutilação, alteração dos planos futuros, perda de partes corporais, separação familiar, afastamentos dos amigos e ainda, perda ou mudança na função física, é uma sobrecarga para a estrutura individual do autoconceito.

Para FAULK e BELLACK (1984)<sup>13</sup> apud Rogers, a definição de autoconceito é de

"Condições internamente organizadas, de percepções consistentes que referem o indivíduo, e este para com as relações com os outros".

Tendo seu aperfeiçoamento iniciado desde o nascimento, com influências do ambiente e das variáveis individuais relativas ao nível do desenvolvimento, origem sócio-cultural, relacionamento interpessoal, papéis sociais e condição de saúde. Compõe-se de:

- a) esquema corporal: imagem mental interiorizada que se tem do próprio corpo; está ligado a todos os sentidos especiais;
- b) imagem corporal: imagem mental que se tem do eu físico incluindo sua aparência e capacidade.

Compõe-se subjetivamente do sentimento sobre o que as pessoas vêem e como eles interpretam as imagens vistas e, objetivamente, de como o indivíduo vê-se em um espelho ou fotografia.

- c) auto-ideal: relacionada à comparação do eu próprio com uma imagem ou alvo ideal; estende-se também a ideais sociais e culturais.
- d) auto-estima: determinada pela resultante da comparação, consciente ou não, da auto-imagem com o auto-ideal.

WELLISCH e COHEN (1985)<sup>12</sup> afirmam que ao tornar-se um paciente canceroso, resultam três mudanças no autoconceito, a saber: mudanças na aparência e funções físicas, redução no sentido de controle pessoal, e início da luta com a própria mortalidade. Também FAULK e BELLACK (1984)<sup>13</sup> citam as

interferências que levam às alterações no autoconceito: perda de parte corporal por doença, ou trauma, perda ou diminuição de função corporal, desfiguração resultante de doença ou trauma, déficits ou incapacidades de comunicação ou de senso-percepção, problemas de saúde mental, incapacidades neuromusculares, obesidade, mudanças ou problemas sexuais e crises situacionais e de maturidade.

Associado a tais interferências está a condição de estresse permanente gerado pela própria doença e a preemência de a ela adaptar-se. FAULK e BELLACK (1984)<sup>12</sup> apud Vollicer e Bohannon, listam uma escala de pontuação e progressão para o estresse hospitalar (modificado):

- 1 - ter estranhos dormindo no mesmo quarto.
- 2 - ter que comer em horários diferentes do que o habitual.
- 3 - ter que dormir em cama estranha.
- 4 - ter que usar o pijama do hospital.
- 5 - ter máquinas estranhas ao redor.
- 6 - ser despertado na noite pelo enfermeiro.
- 7 - ter de ser assistido com banho.
- 8 - não ser capaz de obter jornais, rádio ou ver TV quando se deseja.
- 9 - ter um companheiro de quarto que tem muitos visitantes.
- 10 - ter de ficar no leito ou no mesmo quarto, o dia todo.

- 11 - ser consciente de odores inusuais ao redor.
- 12 - ter um companheiro de quarto que está seriamente doente ou que não pode dialogar.
- 13 - ter que ser assistido com aparadeira no leito.
- 14 - ter um companheiro de quarto que não é amigável.
- 15 - não ter amigos visitando.
- 16 - estar em um quarto que é muito frio ou quente.
- 17 - pensar que sua aparência deve ter mudado após sua hospitalização.
- 18 - estar no hospital durante férias ou ocasiões familiares especiais.
- 19 - pensar que se pode ter dor devido à cirurgia ou procedimentos diagnósticos.
- 20 - preocupar-se quanto sua(o) esposa(o) está separada(o).
- 21 - ter que comer alimentos frios ou sem sabor.
- 22 - não ser capaz de telefonar, para familiares ou amigos.
- 23 - ser tratado por um médico desconhecido.
- 24 - estar hospitalizado devido a um acidente.
- 25 - não saber quando os procedimentos aguardados serão feitos.
- 26 - ter os profissionais tão ocupados e apressados.

- 27 - pensar sobre perdas a partir da doença.
- 28 - receber medicamentos que causam desconforto.
- 29 - ter enfermeiros e médicos falando tão rápido ou usando palavras que não se compreende.
- 30 - sentir que se está tornando dependente de medicamentos.
- 31 - não receber visitas de familiares.
- 32 - saber que tem que se operar.
- 33 - estar hospitalizado longe de casa.
- 34 - ter uma hospitalização súbita e imprevista.
- 35 - não ter seu chamado de campainha respondido.
- 36 - não ter recursos suficientes para pagar a hospitalização.
- 37 - não ter suas perguntas respondidas pelos profissionais.
- 38 - perder seu(a) esposo(a).
- 39 - ser alimentado através de tubos.
- 40 - não ter alívio pelos medicamentos analgésicos.
- 41 - não saber os resultados ou razões dos tratamentos.
- 42 - não receber medicamento analgésico quando se precisa.
- 43 - não saber com certeza qual doença se tem.
- 44 - não ser comunicado sobre o diagnóstico.
- 45 - pensar que se perderá a audição.

46 - saber que se tem uma doença séria.

47 - pensar que se perderá um órgão.

48 - pensar que se tem câncer.

49 - pensar que se perderá a visão.

A fim de aliviar a ansiedade e conflitos emocionais diz DANIEL (1983)<sup>220</sup> que os mecanismos de defesa são utilizados e que esses se encontram na esfera inconsciente e do não reconhecimento, apesar do esforço consciente para o alívio da ansiedade e que, segundo FAULK e BELLACK (1984)<sup>221</sup>, têm cinco funções:

- a) retardar o tratamento com a razão do conflito;
  - b) esconder verdadeiros sentimentos, medos e conflitos;
  - c) reduzir sentimentos ou ansiedade;
  - d) relaxar fortes emoções em uma maneira socialmente aceitável;
  - e) transformar comportamento inaceitável em uma forma aceitável.
- e, citando Manfreda apresentam mecanismos de defesa:
- a) repressão (negação) - manter pensamentos desagradáveis na mente inconsciente;
  - b) racionalização - justificativa do comportamento em um modo plausível;

- c) deslocamento - transferência da emoção apropriada de uma situação para outra menos apropriada mas, mais aceitável;
- d) projeção - transferência de emoções desfavoráveis, atribuindo-as a alguém;
- e) conversão - expressão ou repressão emocional como um sintoma físico;
- f) regressão - movimento para um nível inferior de comportamento para resolver um conflito;
- g) sublimação - recanalização de meios inconscientes para canais construtivos e socialmente aceitos.

Diante das dificuldades geradas pelo estresse da hospitalização, o processo de adaptação apresenta características definidas, tais como os listados por WELLISCH e COHEN (1985)<sup>22</sup> apud Senescu:

- a) as respostas emocionais põem em risco o bem-estar, interferindo na habilidade de procurar tratamento apropriado ou cooperar com procedimentos necessários;
- b) as respostas emocionais causam dor e estresse maiores do que a doença e aumentam ou diminuem o sofrimento relacionado;
- c) as respostas emocionais interferem com as atividades diárias ou causam uma redução ou desistência de fontes usuais de gratificação e,



d) as respostas emocionais resultam em desorganização na personalidade ou no comportamento associados com sintomas psiquiátricos convencionais.

Para os referidos autores no campo de intervenção psicossocial através da utilização de vários esquemas terapêuticos e de métodos, objetiva-se alcançar:

- a) capacitar o paciente para a função, psicologicamente, socialmente e emocionalmente, no maior nível possível dentro das limitações impostas pela doença e o tratamento;
- b) capacitar o paciente a tomar decisões adaptativas relativas ao tratamento;
- c) mobilizar e potencializar o sistema de suporte do paciente;
- d) ajudar ao paciente na manutenção do seu senso de controle pessoal e integridade;
- e) ajudar ao paciente a realisticamente planejar o futuro;
- f) ajudar ao paciente a justificar as perdas (sonhos, planos, objetivos, função corporal, parte corporal, relacionamentos) e,
- g) ajudar ao paciente a resolver a necessidade acerca da terminalidade.

Há impossibilidade de qualquer abordagem holística sem avaliação do comprometimento das relações com o núcleo familiar do paciente. JOHNSON (1988)<sup>22-23</sup> lembra-nos que é a família que tem seu sistema próprio de suportar as diferentes

crises da vida, ruptura emocional, conflitos e exigências, e de afirmar, proteger e definir padrões de comportamento, valores e crenças. É portanto, útil conhecer-se a estrutura familiar da qual o paciente procede, sendo possível então prever-se o que poderá decorrer a partir do diagnóstico da doença. Lembrando Cassileth, o autor apresenta as formas como a doença se impõe à estrutura familiar:

- a) ameaçando ou rompendo os padrões de interação, com possível intensificação ou desintegração de papéis e relacionamentos:
- b) perturbando os planos futuros, de modo temporário ou permanente e,
- c) alterando a referência grupal externa, com frequente experiência do estigma social do câncer.

E ainda, respalda-se em Hill e Hansen para esquematizar as linhas de abordagem para a família do paciente crônico, através de indagações, a saber:

- a) quanto as características da doença:
  - o que a família compreende do diagnóstico?
  - qual é o nível percebido de dor, inabilidade ou risco de vida?
  - qual é a compreensão sobre o tratamento e os efeitos colaterais?

- o que se espera a partir do prognóstico ou da possibilidade de recuperação de saúde?

b) quanto à percepção da ameaça às relações familiares, status e objetivos:

- como a família define papéis, relações e padrões de comunicação?

- quais são os padrões de decisão antes e após doenças?

- quais são os planos familiares e como eles são afetados pela doença?

- como o membro enfermo sente-se quanto às mudanças criadas pela doença?

c) quanto à avaliação de recursos:

- quais os recursos financeiros disponíveis?

- quais são os recursos de suporte familiar?

d) quanto à experiência prévia com situações familiares:

- quais as estratégias de confronto usadas pela família em situações anteriores?

- qual é a história familiar de câncer e como tal experiência é percebida pela família?

E, finaliza, reforçando que os programas de assistência extensiva a família devem prover técnicas de

resolução de problemas usados por famílias, fortalecer o senso de auto-estima familiar e fomentar os esquemas de interação familiar.

### Aspectos Epidemiológicos da Enfermidade

Discutindo os aspectos epidemiológicos das neoplasias malignas deparamo-nos com uma enfermidade comum a todas as comunidades, com repercussão econômica e de perdas de vidas. É relevante todo o dano social causado, como a redução de expectativa de vida de crianças, de adolescentes e da população economicamente ativa, e mais, a destinação de somas vultuosas para os procedimentos terapêuticos sem, entretanto, assegurar-se o retorno positivo para o Estado. Para SILVA (1985)<sup>145</sup>, destacando as modificações ocorridas na mortalidade geral e suas causas, em decorrência da elevação da média de vida, tendo em vista o controle de enfermidades redutíveis, o que vem provocando o incremento do número de indivíduos incluídos nas faixas de maior risco de câncer, cujos índices de mortalidade são francamente ascendentes. Nas faixas etárias de 30 a 49 anos, as mulheres tiveram riscos mais altos que os homens e esses apresentaram riscos superiores, a partir dos 50 anos, configurando que o câncer incide mais precocemente no sexo feminino e que as principais localizações anatômicas foram: no sexo masculino - pele, estômago e pulmão (Fortaleza e Recife); no sexo feminino - mama, colo uterino e pele (Recife); mama, pele e colo uterino apresentaram maior incidência em mulheres de São Paulo e do Rio Grande do Sul, enquanto, nos homens, as localizações mais frequentes foram

estômago, pele e pulmão em São Paulo e, pulmão, pele e estômago no Rio Grande do Sul.

A realização de inquéritos epidemiológicos indicou as diversas características regionais e locais, com microclimas e subculturas bem delineadas, demonstrado por estudos analíticos desenvolvidos ou em curso, sendo o primeiro deles, o de câncer mamário, nas regiões metropolitanas de Fortaleza e de Recife, o de câncer de pênis em Recife, por sua elevada incidência, em Salvador, pela particularidade de hábitos dietéticos locais para a correlação existente entre o consumo excessivo de vitamina A e a incidência de tumores epidermóides. Atualmente, realizam-se, no Rio Grande do Sul (Porto Alegre e Pelotas), investigações sobre câncer de esôfago. Recomenda SILVA (1987)<sup>25</sup> prioridades para a pesquisa epidemiológica da doença no Brasil, observando-se as seguintes diretrizes:

- a) estudos para a determinação da magnitude da doença, segundo regiões;
- b) preferência aos métodos epidemiológicos descritivos;
- c) estudos analíticos, especialmente os de casos controles, conduzidos sob a orientação dos achados descritivos;
- d) estudos de causalidades para a identificação de fatores de risco para as localizações anatômicas mais frequentes e considerando as particularidades regionais;
- e) primazia para levantamentos destinados à melhoria operacional dos serviços de saúde envolvidos no controle da doença;

- f) análise de padrões de mortalidade por câncer e de localizações específicas;
- g) realização de estudos de sobrevivência;
- h) investigação sobre a composição do grupo de causas de mortalidade mal definidas e,
- i) estudos de validação da declaração de óbitos.

Ressaltando o papel do enfermeiro no campo de prevenção e detecção precoce, WHITE (1987)<sup>24</sup> cita-o como especial, visto que, pela relação interpessoal com seus clientes, esse profissional assume papéis variados, como de conselheiro, para obter informação precisa de possível risco, de professor para transmitir informações de saúde e de examinador, para checar os sinais de câncer. Apresenta, ainda, recomendações da "American Cancer Society", para a detecção precoce relacionada com a idade do cliente. Para todas as idades, incluem medidas de prevenção, tais como: em condições de trabalho potencialmente perigosas, evitar o fumo, manter o peso ideal, usar dieta rica em fibra e utilizar creme solar. Para mulheres com mais de 20 anos, exame colpocitológico a cada 3 anos e o auto-exame mensal testicular, para os homens. Para mulheres com mais de 35 anos, o auto-exame mensal das mamas e mamografia, quando indicada. Para os de mais de 40 anos, de ambos os sexos, exames preventivos anuais. Aos 50 anos de idade, pesquisa anual de sangue oculto nas fezes e proctoscopia a cada 3 a 5 anos. Cita, também, exemplos de algumas intervenções do enfermeiro para detecção do câncer, nas seguintes localizações:

- pele: investigar ocorrência prévia e checar atividade ou passado profissional, com exposição a carcinogênicos ou possível exposição severa ao sol, busca de lesões pré-cancerosas, em todo o corpo.
- cabeça e pescoço: busca de síndromes comuns como tosse e dor de garganta persistentes, massa ou nódulo de pescoço e perda da gustação.
- mama: auto-exame como teste obrigatório para todas as mulheres acima de 35 anos, atentando para os aspectos psicológicos desses exames.
- cérvix: toda mulher adulta está sob risco, devendo-se investigar história familiar de malignidade ginecológica e a data do último exame colpocitológico; quando não realizado no ano anterior, colher material, já que o exame, em 97% dos casos, detecta a doença.
- cólon: investigar história familiar, uso de dieta inapropriada (rica em carboidratos e pobre em fibras), exposição a carcinogênicos e pesquisa de sangue oculto nas fezes.
- pulmão: além de ser uma das causas de morte entre homens, está aumentando também para mulheres, tendo como sinais de alerta o uso de tabaco e a exposição a carcinogênicos.

No Brasil, afirma De PAOLA (1985)<sup>22</sup> que os agressores químicos, que mais se associam à ocorrência de câncer, são aqueles ligados à exposição ocupacional e medicamentosa, com o agravante do emprego de aditivos intencionais e não intencionais, pela indústria alimentícia.

Ao mesmo tempo aumentou, na agricultura, o uso de pesticidas, cuja experimentação se tem limitado a pequenos animais e sua prova de carcinogenicidade pode levar a possibilidade de resultados falso-positivos.

### Evolução Histórica da Enfermagem em Cancerologia

Na evolução histórica da profissão no campo da Cancerologia, em vários países, vêm os enfermeiros assumindo a responsabilidade de se preparar para um papel revestido de maior participação, atuação e significação.

ASH (1986)<sup>24</sup> afirma que o papel da Enfermagem, em âmbito internacional no controle de doença, tem sido mínimo e que a contribuição a ser prestada pelos enfermeiros nos cuidados, continua a ser subestimada por ligas, sociedades e associações de cuidados de saúde e de profissionais médicos em cada país, que devem reconhecer, apoiar e utilizar tal recurso. Acrescenta também a autora uma retrospectiva histórica e perspectivas atuais, transcritas abaixo.

Em 1970, Virginia Barckley, então Enfermeira Consultora Nacional para Sociedade Americana de Câncer (ACS), mostrou-se constrangida com o fracasso dos enfermeiros de entrarem no campo da Enfermagem Oncológica, tendo, então a idéia de iniciar um programa de estudo-trabalho para estudantes de Enfermagem, que contribuiu, significativamente, para o desenvolvimento de autoconfiança, dissipar medos e estabelecer esquemas técnicos para o cuidado aos pacientes cancerosos, tais programas continuaram até 1985.



O interesse em cuidados em Cancerologia notou-se quando da 1ª Conferência Nacional de Enfermagem Oncológica, em Chicago (1973), sob a responsabilidade da American Cancer Society, com a participação de 2.500 membros com pequena participação de delegações estrangeiras. "Basic Concepts in Cancer Nursing" (UICC/OMS 1980) resultou como resposta do interesse demonstrado pela conferência.

Já em 1975, no Simpósio de Cuidados em Oncologia, promovido pelo Memorial Sloan - Kettering Cancer Center, participam, então, 14 delegações estrangeiras. No mesmo ano, a Sociedade de Enfermagem Oncológica (ONS) foi organizada com o propósito de proporcionar educação continuada e de elaborar programas de estudos formais para atender às necessidades das enfermeiras americanas, sendo o mesmo modelo aplicado em várias partes do mundo.

- Inglaterra - The Royal College of Nursing, em 1978.
- Irlanda - The Association of Nurses Working in Oncology, em 1980.
- França - The National Association for Nurses Working em Cancer, em 1980
- Austrália - The Clinical Oncology Society of Australia, em 1980.
- África do Sul - The South African Nursing Council, em 1984.
- Holanda - The Dutch Oncology Nursing Society, em 1985.
- Suíça - a autora não fornece dados.

e, ainda, na Bélgica, Canadá, Dinamarca, Alemanha e Noruega nos últimos 4 anos, e em planos, as associações de Portugal e Itália.

Para atender a demanda internacional de informações e troca de experiências, circulam, regularmente, os seguintes informativos: Nursing Mirror (Inglaterra), Cancer Nursing, The Oncology Nursing Forum e Seminars in Oncology Nursing (EUA).

Confirmando o crescente interesse dos profissionais de Enfermagem, compareceram às Conferências Latino-Americanas em Câncer, realizadas em Lima (1983), e no Panamá (1984), os enfermeiros representantes da UICC.

Falando do processo evolutivo do interesse e da organização dos enfermeiros brasileiros, ARAUJO (comunicação pessoal, 1990)<sup>27</sup> sumariza, assim, os eventos: Em 1983, no XXXI Congresso Brasileiro de Enfermagem, realizado em São Paulo, a partir da reunião do grupo de enfermeiros da área no núcleo local da Associação Brasileira de Enfermagem; desencadeando o processo de organização com fins culturais dos enfermeiros nacionais, o que se comprova pelos seguintes eventos e participações, a saber:

1984 - São Paulo, 1ª Jornada de Enfermagem Oncológica e 1º Curso Internacional de Terapia Oncológica com a presença de convidada americana e representantes de vários estados brasileiros.

- ida de duas enfermeiras brasileiras para o Memorial Sloan Kettering Cancer Center - U.S.A.

1984 - Criação da Sociedade de Enfermagem Oncológica do Estado de São Paulo.

1987 - Florianópolis, 1º Congresso Brasileiro de Enfermagem em Cancerologia, promovido pela SEOESP, concomitante no XI Congresso Brasileiro de Cancerologia.

- Campinas, 1º Congresso Brasileiro de Enfermagem em Oncologia Clínica promovido pela SEOESP, concomitante ao V Congresso Brasileiro de Oncologia Clínica.

1988 - Salvador, eleição e posse da 1ª Diretora da SBEO, com participação dos enfermeiros na programação do II Congresso Ibero-Americano de Oncologia.

1989 - Rio de Janeiro, participação da SBEO na programação do 1º Congresso Brasileiro de Cirurgia Oncológica com a participação de duas enfermeiras americanas, como conferencistas estrangeiros, procedentes do Memorial Sloan Kettering Cancer Center (U.S.A.).

- Porto Alegre, II Congresso Brasileiro de Enfermagem em Oncologia Clínica, com a presença de enfermeira americana convidada, concomitante ao VI Congresso Brasileiro de Oncologia Clínica.

Além das citadas participações em eventos culturais, vêm os membros da atual Diretoria da SBEO, proferindo palestras e cursos em atendimento às necessidades de conhecimento específico da área nos diversos estados do país, sempre com elevado número de participantes.

## Atuação Técnica do Enfermeiro em Cancerologia

A especificidade de seu papel diz respeito à sua conduta profissional frente ao paciente, família, equipe de Enfermagem e a multidisciplinar, no desempenho de atividades educativas e preventivas para a clientela, pessoal e ambiente.

PERIN e MANCHESTER (1984)<sup>34</sup> listam funções para a área de atuação com pacientes pediátricos, que podem ser estendidas para outros pacientes. São elas:

- a) coordenar, com outros profissionais, o cuidado do paciente;
- b) ensinar e assistir o pessoal e estudantes, na realização de procedimentos;
- c) assegurar que exames diagnósticos apropriados sejam obtidos, antes, durante e após o tratamento;
- d) assegurar que os dados do paciente, sejam obtidos e que a terapia apropriada seja corretamente administrada;
- e) administrar quimioterapia ao paciente;
- f) participar na educação do pessoal de Enfermagem, quanto a administração, medidas de prevenção de acidentes e possíveis efeitos colaterais dos agentes antineoplásicos;
- g) assegurar que observações, precauções e procedimentos apropriados, sejam mantidos no cuidado ao paciente leucopênico;
- h) coordenar plano de alta e cuidados de "follow-up" e,
- i) assegurar que necessidades nutricionais sejam detectadas e atendidas.

Complementando tais funções, CRAYTOR (1977)<sup>54</sup> apresenta os aspectos gerais de Enfermagem que devem ser observados no atendimento aos pacientes com problemas de câncer, apresentados com modificações, a seguir:

- a) auxiliar o paciente na escolha e na aceitação do tratamento;
- b) prover o conforto físico e psicológico do paciente e de sua família;
- c) auxiliar o paciente nas complicações decorrentes de doença e do tratamento, bem como, nas complicações associadas à imobilização e ao ambiente;
- d) ajudar o paciente em readquirir sua serenidade e manter a necessária esperança;
- e) ensinar o paciente e sua família como adquirir maior auto-suficiência;
- f) auxiliar o paciente a suportar as restrições e incapacidades impostas pela doença;
- g) acompanhar o paciente na fase final da enfermidade e ajudar a família a suportar o doloroso transe e,
- h) ajudar e aconselhar o paciente a continuar no tratamento e a comparecer regularmente aos exames periódicos de seguimento.

A área de atuação da Enfermagem se estende aos campos de emprego da radiação ionizante e de drogas

antineoplásicas que são fatores de risco operacional. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) define para a saúde ocupacional, segundo NEFUSSI (1981)<sup>33</sup>, os seguintes objetivos:

- a) proteger os trabalhadores contra todo e qualquer risco a sua saúde, que possam decorrer do seu trabalho ou das condições em que é realizado;
- b) contribuir para o ajustamento físico e mental dos trabalhadores, obtido especialmente pela adaptação do trabalho aos trabalhadores, e pela designação desses, para atividades profissionais nas quais tenham aptidões e;
- c) contribuir para o estabelecimento e a manutenção do mais alto grau possível de bem estar físico e mental dos trabalhadores.

Já em 1979, Falck, citado por AYOUB et alii (1987)<sup>34</sup>, constatava a correlação entre a exposição às drogas antineoplásicas e o aparecimento de substâncias mutagênicas na urina do pessoal de Enfermagem, responsável pelo manuseio de tais drogas. No mesmo ano, Harrison detectava sinais e sintomas resultantes do efeito colateral das drogas nos manipuladores, como mal estar geral, cefaléia, tontura, náusea, reação de pele e mucosa e possíveis reações alérgicas, cujos efeitos se agravam quando manipulados em local pequeno e mal ventilado. Enfatizando a responsabilidade dos profissionais no cuidado com a saúde, pela manipulação de tais drogas, RABERG (1987)<sup>34</sup> diz que tres categorias de pessoas precisam de proteção: o paciente (evitando-se extravasamento

de injeção ou infusão), o enfermeiro (que prepara e administra as drogas) e o pessoal auxiliar (que despreza os excretas do paciente). Ainda que o risco mais acentuado de exposição venha da inalação da droga, o despejo do lixo citotóxico é relevante, como, por exemplo, seringas, agulhas, luvas, bolsas e frascos de infusão, devem ser manipulados como lixo perigoso. Lembrar ainda que, os excretas do paciente apresentam risco pois contêm drogas ativas ou seus metabólitos.

As normas gerais para manipulação de drogas antineoplásicas, publicadas pelo laboratório CYANAMID e LEDERLE<sup>TM</sup>, são apresentadas, com modificações:

- a) prevenir contaminações produzidas por efeitos tóxicos em pessoas que as manipulam indiscriminadamente;
- b) seguir técnicas de assepsia na preparação e administração das drogas, utilizando procedimentos especiais, em áreas de trabalho estabelecidas, a fim de garantir uma solução estéril;
- c) preparar as drogas, em condições ótimas, sob câmara de fluxo laminar vertical, na falta desse recurso, fazê-lo em ambiente estéril, menos contaminável possível e próprio para esse uso;
- d) considerar o ambiente como área restrita às pessoas dedicadas a essa atividade, restringindo a entrada de manipuladores sem aventais e gorros;

- e) proibir, nessa área, o preparo ou ingestão de alimentos de qualquer tipo, bem como mascar chiclete ou fumar;
- f) restringir o uso de ventiladores ou qualquer aparelho que possa gerar correntes de ar no ambiente, durante os procedimentos de preparo de solução;
- g) evitar ruptura de luvas e possível auto-inoculação das drogas;
- h) utilizar somente seringas descartáveis para transferência das drogas, de um frasco para o outro;
- i) armazenar, em bolsa hermética e em geladeira frascos com quantidades parciais das drogas e,
- j) guardar as ampolas vazias em bolsa plástica hermética, antes de descartá-las.

As normas gerais e regras práticas de proteção radiológica foram listadas por AMORIM et alii (1986)<sup>26</sup>, apud Tauhata e Almeida (1984), conforme orientação da Comissão Nacional de Energia Nuclear, sendo elas:

- a) utilizar aventais, filmes e canetas dosimétricas, durante o período de trabalho e,
- b) utilizar sempre, papéis absorventes, borracha e plástico, para forrar as bancadas de trabalho.

Ressaltam finalmente, TAUHATA e ALMEIDA (1984)<sup>27</sup>, os efeitos ionizantes nas células, que podem conduzir a alterações moleculares, e a formação de espécies químicas



danosas para o material cromossomal, e, portanto, para a alteração da composição e da função celular. Os efeitos somáticos decorrentes da radiação direta variam de acordo com a sensibilidade dos órgãos, que se classificam em: de maior sensibilidade (medula óssea, tecido linfóide, órgãos genitais e sistema gastrointestinal e baço); de média sensibilidade (pele e pulmões) e de menor sensibilidade (músculos e ossos plenamente desenvolvidos). Portanto, os órgãos apresentam danos imediatos, com manifestações clínicas e danos hereditários, com alterações na estrutura cromossomal, podendo-se distinguir seus efeitos na célula da pessoa ascendente, assim como a possibilidade do aparecimento de danos celulares na pessoa descendente.

#### Relevância da Sistematização dos Conhecimentos na Enfermagem

A sistematização de um corpo de conhecimentos que respalda a prática profissional vem se apresentando a partir dos anos 50 nos Estados Unidos, pelas teorias de Enfermagem. Em qualquer campo de atuação, percebe-se por parte de vários profissionais o desejo de ações mais efetivas, a ânsia de experimentar novas formas de agir, a tendência positiva de criticar, provocar e participar ativamente nos processos de mudanças. É a partir das teorias que o desenvolvimento de profissão dá-se como ciência. Tratando desse processo evolutivo, SANTOS (1985)<sup>30</sup> diz que

"A uma fase de experiências rudimentares, guiada pela luz da arte e marcada pelo subjetivismo decorrente da posição do observador, foram e estão sucedendo outras em que os aspectos da realidade registrados pelos sentidos estão profundamente

envolvidos em identificar as próprias bases do conhecimento, gerando conceitos, princípios e teorias específicas à Enfermagem"

As teorias de Enfermagem consideram e valorizam o homem em sua totalidade para a abordagem holística da assistência. AMARAL et alii (1988)<sup>19</sup> afirmam que as

"as teorias de Enfermagem propiciam ao profissional, fundamentações científicas para a relevante atividade de assistir, ajudar, orientar e capacitar a outrem. São instrumentos valiosos para individualizar, sistematizar e, principalmente, dar a dimensão humana da profissão, ou seja, humanizar as relações entre enfermeiro, sua equipe auxiliar, o cliente, sua família, as instituições de saúde e o núcleo social da clientela"

De maneira global, as teorias apresentam as seguintes tendências, segundo POLETTI (1978)<sup>20</sup>:

- a tendência "ecológica" no trabalho de Florence Nightingale;
- a tendência "existencial" nos trabalhos de Hildegard Peplau, Gertrud Ughely, Imogene King, Nancy Roper, Myra Levine e Sister Callista Roy.
- a tendência "cós mica" no trabalho de Martha Rogers e,
- a tendência "sociológica" no trabalho de Afaf Meleis e Dorothea Orem.

Para DULDT e KIM (1985)<sup>21</sup> os enfermeiros usualmente têm suas próprias teorias de Enfermagem e, essas filosofias, perspectivas ou especulações estão de acordo com os valores e realidades de suas atividades profissionais. Acrescentam ainda que as teorias ditas de Enfermagem são concernentes aos conceitos de seres humanos como "clientes" experimentando

necessidades de "saúde" em um "meio ambiente" ou situação na qual o "cuidado de Enfermagem" é provido por um "enfermeiro".

CAPITULO III

METODOLOGIA

Trata-se de um trabalho de natureza científica, cujo objetivo é investigar a realidade social e econômica do Brasil, com especial atenção para a situação da população pobre e para os problemas de desenvolvimento econômico e social. O trabalho é dividido em duas partes principais: a primeira trata da metodologia utilizada e a segunda trata dos resultados da pesquisa.

A metodologia utilizada neste trabalho é de natureza qualitativa e quantitativa, com ênfase na análise documental e na observação participante. A amostra foi selecionada de forma intencional, visando a obtenção de informações relevantes para os objetivos da pesquisa.

Os resultados da pesquisa indicam que a situação social e econômica do Brasil é extremamente desigual, com uma grande parcela da população vivendo em condições de pobreza e de exclusão social. A falta de acesso a serviços básicos de saúde, educação e saneamento básico é uma das principais causas desta situação.

Conclui-se que é necessário implementar políticas públicas que visem a redução das desigualdades sociais e econômicas, promovendo o desenvolvimento sustentável e a inclusão social de todos os cidadãos.

**Metodologia**

Esta pesquisa foi realizada em uma área de estudo que apresenta características específicas, exigindo a utilização de métodos adequados para a coleta e análise dos dados. A metodologia adotada é de natureza mista, combinando técnicas qualitativas e quantitativas.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas em profundidade, observação participante e análise documental. A amostra foi selecionada de forma intencional, visando a obtenção de informações relevantes para os objetivos da pesquisa.

A análise dos dados foi realizada por meio de técnicas de análise de conteúdo e estatística descritiva. Os resultados da pesquisa indicam que a situação social e econômica do Brasil é extremamente desigual, com uma grande parcela da população vivendo em condições de pobreza e de exclusão social.

## CAPÍTULO III

## METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa descritivo-explicativa do tipo qualitativa, com utilização do método de análise de conteúdo. Tem como característica essencial, emergir da realidade da prática no contexto assistencial e institucional, considerado de referência do país, para atendimento da clientela portadora de neoplasias malignas, de diversas faixas etárias e nacionalidades, centro de formação de recursos humanos, desenvolvimento de pesquisas e tecnologia de ponta.

Abordando o valor de tais características da pesquisa, GIL (1989)<sup>42</sup> ressalta que os estudos descritivo-explicativos quase sempre constituem etapa anterior a obtenção de explicações científicas, já que pela descrição das características de determinado fenômeno ou do estabelecimento de relações entre variáveis, e com a preocupação central de identificar fatores predisponentes aos fenômenos, busca-se aprofundar o conhecimento da realidade, apesar de assunto complexo e delicado, passível de elevada margem de erro em tal área do saber. Segundo MARCONI e LAKATOS (1982)<sup>43</sup>:

"Toda pesquisa deve basear-se em uma teoria, que serve como ponto de partida para investigação bem sucedida de um problema. A teoria, sendo instrumento de ciência, é utilizada para conceituar os tipos de dados a serem analisados. Para ser válida, deve apoiar-se em fatos observados e provados, resultantes da pesquisa. A pesquisa dos problemas práticos pode levar a descoberta de princípios básicos e, frequentemente, fornece conhecimentos que têm aplicação imediata".

As justificativas que motivaram a escolha e a razão do tema, estão na necessidade da definição e sistematização de um modelo assistencial operacional, que atenda a realidade da prática institucional e da configuração de um corpo de conhecimentos inerentes à questão. Tendo suas razões, no aproveitamento do momento institucional, da oportunidade para a mobilização de esforços na elevação do nível científico, com a intenção final de induzir à reflexão, discussão e busca de competências. A proposição de um modelo assistencial, elaborado a partir do somatório de ações profissionais da Autora e dos participantes, assegura sua originalidade, representatividade, credibilidade, factibilidade para aplicação neste cenário de prática e outros assemelhados.

A escolha do método de trabalho recaiu sobre o de análise de conteúdo, permitindo-nos algumas adaptações do mesmo. A análise de conteúdo é utilizada já que o "corpus" conforme preconiza BAROIN<sup>4</sup> apresenta-se por "conjunto de documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos", é representado por informações contidas em instrumentos elaborados especificamente para tal fim. Assim as mensagens apresentadas como ações básicas dos enfermeiros para situações prioritárias assistenciais, da Enfermagem em Cancerologia, sob a forma de registros em frases e pequenos textos, são submetidas à descrição analítica que para o mesmo autor, reflete o tratamento dado a informações contidas nas mensagens.

Na fase de pré-análise, na organização do estudo procedeu-se a leituras e levantamento bibliográfico, a formulação dos objetivos, que referem-se a contribuição de

modelo assistencial para as necessidades prioritárias da clientela, a descrição de manifestações do comprometimento bio-psico-espiritual e social, a discussão com os enfermeiros participantes do delineamento do modelo para configuração da prática e de análise do mesmo para efeitos de ajustes e validação.

Pelas características do estudo, a formulação de hipóteses, foi substituída por questionamentos e indagações norteadoras para o estudo que são: o respaldo dos participantes para representação esquemática das áreas prioritárias, o julgamento da necessidade de representação e a configuração da prática institucional, a factibilidade da definição e sistematização de um modelo científico da prática institucional e, a viabilidade de sua incorporação à tal realidade.

Para a composição do "corpus", atentou-se para o atendimento de suas regras de exaustividade e não seletividade, representatividade e pertinência, excluindo-se a homogeneidade pois, para BARDIN<sup>13</sup>, as monografias por tratarem de um mesmo tema, dispensam tal regra e, também considerando as características do estudo emergente da prática.

No intuito de atender tais regras, foram desenvolvidos os seguintes procedimentos:

- 1 - a elaboração de texto preliminar constando da caracterização de situações assistenciais, relacionadas às admissão hospitalar - 04, permanência hospitalar - 04, e alta hospitalar - 02; com destaque para os dados relevantes e

com evidências de necessidades assistenciais nas referidas situações.

- 2 - a elaboração de listagem constando situações emergenciais e prioritárias, considerando a sua frequência no âmbito assistencial, segundo a experiência da Autora no referido cenário de prática.
- 3 - a solicitação informal a quatro enfermeiros da mesma instituição, para elaboração de texto versando sobre o tema "Prioridades Assistenciais", todos em atividade profissional em unidades distintas.
- 4 - a análise temática dos conteúdos das informações anteriores, com categorização dos mesmos, definindo-se então, 07 áreas de prioridade assistencial, a saber: IMPACTO DA INTERNAÇÃO, DIAGNÓSTICO E NECESSIDADES TERAPÊUTICAS, COMPROMETIMENTO PSICOSSOMÁTICO, COMPROMETIMENTO DO RELACIONAMENTO E COMUNICAÇÃO, COMPROMETIMENTO DAS ATIVIDADES LABORATIVAS, ALTERAÇÃO DO ESTILO DE VIDA E BUSCA DA INDEPENDÊNCIA.
- 5 - a elaboração de instrumentos (Anexo 1) para contribuições e sugestões dos participantes do tipo formulário específico para cada área prioritária, com os seguintes conteúdos: Instruções para o preenchimento, Caracterização da Situação Prioritária (36 sub-ítems). Manifestação da Situação Prioritária (65 ítems) e Ação Básica do Enfermeiro por ítem de Manifestação, grades para a concordância ou não, desses conteúdos e grade para correlação entre Manifestação / Caracterização.



Os componentes por área de situação prioritária, são os seguintes:

- área de Impacto da Internação - caracterizada pelo tempo de hospitalização, experiências anteriores, reações emocionais aos motivos da hospitalização (e entrada para "outros") e com 9 manifestações (e entrada para "outros").
- área do Diagnóstico e Necessidades Terapêuticas - caracterizada pelo diagnóstico, participação em exames e procedimentos, necessidades terapêuticas, recusa de participação em cuidados (e entrada para "outros") e com 7 manifestações (e entrada para "outros").
- área do Comprometimento Psicossomático - caracterizada pelo processo saúde-doença, alterações psicossomáticas, comprometimento da auto-imagem e as reações emocionais à doença (e entrada para "outros") e com 10 manifestações (e entrada para "outros").
- área do Comprometimento do Relacionamento e Comunicação - caracterizada pela interação, forma de interação, meios de comunicação, possibilidade de comunicação, bloqueio de comunicação (e entrada para "outros") e com 9 manifestações (e entrada para "outros").
- área do Comprometimento das Atividades Laborativas - caracterizada pela redução da capacidade produtiva, expectativas quanto ao retorno, reações emocionais ao

afastamento (e entrada para "outros") e com 5 manifestações (e entrada para "outros").

- área da Alteração do Estilo de Vida - caracterizada pelo lazer, hábitos de vida, vida social, reabilitação, limitações e impedimentos (e entrada para "outros") e com 10 manifestações (e entrada para "outros").

- área da Busca da Independência - caracterizada pelas condições para o autocuidado, recuperação, reabilitação, recusa de tornar-se independente (e entrada para "outros") e com 8 manifestações (e entrada para "outros").

6 - a elaboração da Ficha de Caracterização dos Enfermeiros Respondentes contendo espaços para: número de controle (atribuído pela Autora), ano de graduação, e itens relativos à atuação: áreas anteriores, área atual e o tempo de assistência aos portadores de neoplasias malignas.

7 - o encaminhamento de ofício da Coordenação do Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem Anna Néry - Universidade Federal do Rio de Janeiro, apresentando a Autora à instituição de interesse, com solicitação de colaboração para o levantamento de dados (Anexo II).

8 - a entrega do projeto de pesquisa à Coordenação das Divisões de Enfermagem e de Pesquisa e Recursos Humanos, preenchendo protocolo formal de pesquisa, sendo submetido

à avaliação, aguardando-se pelo parecer final durante 50 dias, com a liberação do campo para o estudo.

- 9 - a aplicação do instrumento para teste de campo foi realizada com dois enfermeiros, com a utilização de 30 minutos para seu preenchimento. Para os registros das ações básicas optaram pela gravação das informações, com a duração média de 90 minutos. Analisados por eles, o conteúdo e as questões foram considerados pertinentes e representativos da realidade assistencial, embora exaustivo o seu preenchimento, pela complexidade e quantidade de questões a serem analisadas e discutidas. Percebeu-se nos entrevistados disposição e motivação para sua participação com reflexões demoradas antes do fornecimento das respostas, inclusive com citações de situações e casos, a título de exemplos.
- 10 - para a implementação da pesquisa procedeu-se o contato pessoal individual e grupal com os enfermeiros da instituição, a fim de expor o projeto de pesquisa, solicitando a colaboração dos mesmos. A partir de tal contato, houve boa repercussão entre os elementos do grupo, significando adesão à proposta, gerando discussão sobre a filosofia institucional, expectativas e considerações sobre a prática assistencial pela equipe de Enfermagem.
- 11 - a análise dos primeiros resultados dos trabalhos de campo, identificando-se as entradas de dados e as dificuldades, com a decisão da necessidade de redirecionamento

metodológico. Os formulários distribuídos deveriam ser preenchidos integralmente por cada enfermeiro. Após a análise da transcrição de conteúdo da primeira entrevista gravada, considerou-se muito aberta, ampla e demorada, evidenciando-se não factível o prosseguimento nesses moldes. Adotou-se o seguinte ajuste metodológico:

- a entrevista com gravador após a recepção do instrumento e breve análise pela pesquisadora, para consideração dos itens negativos por área pelo efeito de justificativa do participante.
  - considerações dos participantes quanto a relevância do estudo.
  - espaço para um pronunciamento livre dos participantes.
- 12 - a alteração da forma de participação dos demais componentes do serviço, onde seria valorizada a sua adesão e espontaneidade para o estudo. A cada enfermeiro do grupo restante, fora solicitado o preenchimento de 2 áreas escolhidas, segundo a preferência individual, mantendo-se as mesmas diretrizes adotadas para a entrevista.
- 13 - o espaço de tempo demasiadamente longo para a devolução dos instrumentos, em vista da carência de tempo dos enfermeiros, optou-se pelo recolhimento dos mesmos como se apresentavam.
- 14 - a análise de todo o material devolvido e, redirecionamento do estudo, com a formação imediata de um grupo seletivo de enfermeiros da instituição, interessados e com domínio

de conhecimento para compor o denominado "Comitê Técnico". O grupo foi composto por 5 enfermeiros, com tempo de atuação profissional na área, variando de 3 a 10 anos, e com experiências outras em: Chefia de Unidade, Chefia de Serviço, Supervisão, Neonatologia, Obstetrícia, Emergência, Ginecologia, Unidade de Terapia Intensiva, Clínica Médica e Magistério Superior. As experiências específicas na área são diversas, e todos com grande aderência com a prática.

Na categorização das informações obtidas, inicialmente destacam-se as características dos participantes - os atores sociais - que são os enfermeiros, cujo tempo de atuação profissional na área de Cancerologia, varia de 3 a 10 anos, tendo tido todos a oportunidade de experiências anteriores nas diversas unidades de internação, com distinta e múltipla clientela, acrescido do somatório de experiências nas áreas retromencionadas acrescidas de: Psiquiatria, Enfermagem do Trabalho, Geriatria, Clínica Cirúrgica, Ortopedia, Hemodiálise e Cardiologia.

Cabe frisar que não ocorreu representatividade de participantes apenas de uma unidade de internação (Hematologia).

O número total de participantes foi de 39 (trinta e nove) enfermeiros, cuja relação nominal é apresentada (Anexo IV).

Realizado o inventário e a classificação dos elementos fornecidos, a partir dos registros sob a forma de ação básicas apresentadas por frases e pequenos textos, com

transcrição integral do texto original, mantendo-se o mesmo número de controle atribuído, perfazendo por área a situação prioritária, o total de ações básicas, abaixo discriminados:

- Impacto de Internação = 140 (cento e quarenta)
- Diagnóstico e Necessidades Terapêuticas = 95 (noventa e cinco)
- Comprometimento Psicossomático = 98 (noventa e oito)
- Comprometimento do Relacionamento e da Comunicação = 77 (setenta e sete).
- Alteração do Estilo de Vida = 94 (noventa e quatro).
- Busca da Independência = 68 (sessenta e oito).
- Comprometimento das Atividades laborativas = 41 (quarenta e um).

No ítem "outros" como contribuições relativas às manifestações de situações prioritárias, os participantes assim contribuíram:

- Impacto de Internação = 9 (nove)
- Diagnóstico e Necessidades Terapêuticas = 8 (oito)
- Comprometimento Psicossomático = 5 (cinco)
- Alteração do Estilo de Vida = 1 (uma)
- Comprometimento das Atividades Laborativas = 1 (uma)

No ítem "outros" como contribuições relativas à caracterização das situações prioritárias, os participantes assim contribuíram:

- Impacto de Internação = 9 (nove)
- Diagnóstico e Necessidades Terapêuticas = 1 (uma)
- Comprometimento Psicossomático = 1 (uma)
- Comprometimento do Relacionamento e da Comunicação = 1 (uma)
- Alteração do Estilo de Vida = 4 (quatro).
- Comprometimento das Atividades Laborativas = 1 (uma)

Nas respostas "sim" nas grades para concordância dos itens e sub-itens componentes das áreas prioritárias, detectou-se a congruência de experiências e opiniões para a maioria dos aspectos abordados, dando-lhes representatividade das questões estudadas.

A categorização portanto, atendeu as qualidades de exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade e fidelidade e produtividade, resultando nos itens de caracterização e manifestações de situações prioritárias apresentadas no modelo assistencial.

Para interpretação referencial, TRIVINOS<sup>24</sup> recomenda atentar para o que está apresentado no conteúdo manifesto e latente dos documentos. No referencial teórico do modelo proposto identificou-se para a avaliação de sua apropriação, destacando-se o núcleo e bases fundamentais das teorias de Enfermagem.

O modelo assistencial, nos seus componentes originais e os apresentados pelos enfermeiros participantes, mereceu um estudo com aprofundamento teórico com suas bases conceituais, enquadrando-se essas, suas linhas teóricas de Roy, Levine, Peplau, Orem e Roper.

As ações básicas foram a seguir analisadas pelo "Comitê Técnico" segundo os critérios de pertinência, exatidão, adequação, exclusão das não pertinentes e inclusão para a ampliação nos itens que não tiveram entrada de ações básicas, subsidiando a elaboração de textos apreciativos, introdutórios e distintos para cada área. À Autora coube o trabalho final de análise, seleção final de textos e adequações técnicas, afóra a coordenação dos trabalhos do Comitê, que se reuniu por 26 horas para tal fim.

Finalmente, procedeu-se a estruturação do modelo assistencial com respectiva teorização pertinente para diversas áreas para prioridade assistencial e validação do modelo assistencial pelo "Comitê Técnico" a fim de conferir aos resultados credibilidade, imparcialidade, factibilidade e ainda a elaboração do relatório final do estudo.

Modelo Assistencial para  
Estratégias Prioritárias de  
Enfermagem em Oncologia



CONTUDO 14

## MODELO ASSISTENCIAL PARA SITUAÇÕES PRIORITÁRIAS NA ENFERMAGEM EM CANCEROLOGIA

O modelo proposto neste estudo, baseado na abordagem das áreas prioritárias assistenciais, é apresentado a seguir:

### 1 - Pontos de Inflexão:

1. Diagnóstico e Necessidades Personalizadas
2. Comprometimento Psicossocial
3. Comprometimento da Organização e da Qualidade de Vida
4. Comprometimento das Estruturas Assistenciais
5. Acesso ao Estado de Vida
6. Apoio ao Cuidado
7. Apoio ao Cuidado

Este modelo tem como objetivo principal a identificação e a resolução das situações prioritárias de assistência, visando a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e a otimização dos recursos disponíveis. O modelo é baseado na abordagem das áreas prioritárias assistenciais, que são: diagnóstico e necessidades personalizadas, comprometimento psicossocial, comprometimento da organização e da qualidade de vida, comprometimento das estruturas assistenciais, acesso ao estado de vida, apoio ao cuidado e apoio ao cuidado.

## Modelo Assistencial para Situações Prioritárias na Enfermagem em Cancerologia

ÁREA DE ASSISTÊNCIA EM ONCOLOGIA

**CAPÍTULO IV**

**MODELO ASSISTENCIAL PARA SITUAÇÕES PRIORITÁRIAS NA**

**ENFERMAGEM EM CANCEROLOGIA**

O modelo proposto neste estudo, refere-se ao atendimento das áreas prioritárias assistenciais, a saber:

- I - Impacto de Internação
- II - Diagnóstico e Necessidades Terapêuticas
- III - Comprometimento Psicossomático
- IV - Comprometimento do Relacionamento e da Comunicação
- V - Comprometimento das Atividades Laborativas
- VI - Alteração do Estilo de Vida
- VII - Busca da Independência

Representa uma abordagem científica, compatibilizando e reproduzindo a essência das teorias, segundo as teorias de Enfermagem de Dorothea Orem, Hildegard Peplau, Myra Levine, Sister Callista Roy e de Nancy Roper, corporificando a prática institucional dos enfermeiros.

## ÁREA DE PRIORIDADE ASSISTENCIAL

## TÍTULO: IMPACTO DA INTERNAÇÃO

## 1 - Caracterização da Situação Prioritária

## a) relacionada ao tempo de hospitalização:

- previsão de permanência;
- aceitação;
- esquema rigoroso de visitas no setor.

## b) relacionada a experiências anteriores:

- experiências pessoais (em outras instituições);
- experiências de familiares e outros.

## c) relacionada às reações emocionais aos motivos da hospitalização:

- expectativa quanto ao sucesso terapêutico;
- expectativa de prognóstico favorável.

## d) relacionada a compromissos sociais.

## e) relacionada com situação-doença em si.

## f) relacionada com a comparação do paciente em relação aos demais.

## g) relacionada ao desconhecimento da equipe assistencial e do espaço físico.

## 2 - Manifestação da Situação Prioritária

## a) dificuldade de ajustamento na dinâmica hospitalar.

- b) relutância em aceitar a necessidade de internação.
- c) preocupação com a chegada de resultados de exames.
- d) questionamento do tempo médio de internação.
- e) questionamento quanto a procedimentos diagnósticos.
- f) verbalização da situação-doença como fatalismo.
- g) preocupação com a continuidade e evolução do tratamento.
- h) preocupação com o afastamento das atividades laborativas.
- i) preocupação com o afastamento do núcleo familiar.

### 3 - Referencial Teórico

- a) Teoria de Sister Callista Roy - Adaptação.
- b) Teoria de Hildegard Peplau - Relação Interpessoal.
- c) Teoria de Myra Levine - Interação Humana e Holismo.

### 4 - Diretrizes para a Prescrição de Enfermagem

- a) Apreciação Introdutória

Em contato com o paciente, independente do número de internações prévias é importante, a nossa sensibilidade profissional para identificar e atuar nas áreas onde as necessidades estejam mais presentes, e ainda, a atualização técnica quanto aos protocolos terapêuticos por meio de participação em reuniões científicas, para discussões e decisões dos casos dos pacientes, e o preparo emocional para

tomadas de decisões frente aos questionamentos por parte do paciente, sem o tempo hábil para participação de outros membros da equipe multiprofissional.

Demonstrar que a partir do momento da internação, é de responsabilidade da equipe, direcionar esforços em prol de sua melhora, e, permitindo um possível e breve regresso à sociedade. Ressaltando que não se tornará uma enfermaria, um leito, um número, e sim, um ser individualizado tratado com respeito e transparência. Para isto, contamos com a sua cooperação, positivismo ensinando-o a utilizar recursos tais como: fé, esperança, afetividade, crença, recursos sócio-econômicos e culturais.

Finalizando, reveste-se de importância a documentação da situação, relatando área da situação identificada, as manifestações e as ações, com clareza e objetividade, a fim de formar uma memória científica do modelo.

#### b) Ações Básicas do Enfermeiro

- Orientar quanto às normas, rotinas e recursos da Unidade de Internação, bem como o espaço físico disponível e a equipe de Enfermagem.
- Explicar a realidade institucional e demonstrar o que lhe possamos oferecer, e o que dispomos, ressaltando que é de referência na especialidade.

- Discutir a necessidade de internação para investigação e tratamento da doença, procurando atender as necessidades físicas, sociais e emocionais do paciente.
- Estar sempre pronto para respaldar de forma segura e clara ao paciente atuando como elo de ligação entre instituição, demais profissionais e família.
- Detectar a problemática e direcionar aos profissionais específicos requeridos pela situação (psiquiatra, psicólogo, fonoaudiólogo, odontólogo, estomatoterapeuta, médico, religioso e outros).
- Identificar através de diálogo, experiências anteriores negativas e os motivos determinantes, levando-o a confiar no tratamento e condutas propostas.
- Ajustar o paciente ao ambiente hospitalar para que o tempo de internação seja mais aceitável.
- Esclarecer dúvidas do paciente e familiares, quanto aos procedimentos laboratoriais e terapêuticos, no sentimento de aliviar e/ou eliminar suas expectativas através de comunicação objetiva e pessoal, e, encaminhamentos ao médico responsável para fornecimentos de informações específicas, promovendo incentivo para a continuidade do tratamento.
- Ser capaz de ouvi-lo em suas necessidades de expressar o seu interior, mantendo-se atento e disponível para essa ação terapêutica.

- Estimular o paciente a expressar seus sentimentos e emoções, correlacionando-os com as fases de conscientização, e incentivando-o a lutar pela vida.
- Conversar sobre as experiências exitosas na realidade institucional, como forma de mobilizar forças positivas e produtivas no paciente.
- Considerar pela óptica do paciente, que o tempo tem outra dimensão, devendo orientá-lo quanto a necessidade de um período de tempo maior que o previsto, sem que tal fato se ligue diretamente a complicações. Para tanto, deve-se fazer uma adequação do tempo do paciente e o previsto, agilizando providências na coordenação de assistência.
- Informar e orientar sobre possíveis complicações que possam advir pelos procedimentos de diagnóstico e terapêutica, quando se fizer necessário.
- Orientar sobre a continuidade e importância do tratamento domiciliar e seu retorno ambulatorial à instituição.
- Ajudar o paciente que já tenha conhecimento do tempo de vida que lhe resta, compreender que esse período deva ser aproveitado da melhor maneira possível.
- Orientar aos familiares para tornarem o período de visitas, agradável e estimulante, evitando trazer-lhe problemas externos.

- Promover visitas extras em casos identificados como necessários, permitindo horário especial e/ou permanência na unidade a um membro da família.
- Orientar quanto a transitoriedade de sua situação, a fim de que não seja desestímulo para o abandono de sua atividade laborativa, excluindo-se o fato de sua adaptação e limitação, quando se fizer necessário.
- Outras ações básicas que possam emergir da situação prioritária identificada.



## ÁREA DE PRIORIDADE ASSISTENCIAL

## TÍTULO: DIAGNÓSTICO E NECESSIDADES TERAPÊUTICAS

## 1 - Caracterização da Situação Prioritária

## a) relacionada ao diagnóstico:

- desconhecimento;
- conhecimento (com e sem aceitação);
- forma de apresentação ao paciente.

## b) relacionada a participação em exames e procedimentos

## c) relacionada às necessidades terapêuticas:

- questionamento quanto a evolução;
- questionamento quanto às possibilidades.

## d) relacionada a recusa de participação em cuidados.

## e) relacionada a permanência em condições de isolamento técnico.

## 2 - Manifestação da Situação Prioritária

## a) dificuldade na aceitação da implementação da terapêutica.

## b) questionamento de definição para seu restabelecimento.

## c) participação nas tomadas de decisões.

## d) verbalização de experiências e expectativas.

## e) surgimento de acidentes, intercorrências ou complicações.

## f) necessidade de conforto.

g) necessidade de segurança.

### 3 - Referencial Teórico

a) Teoria de Sister Callista Roy - Adaptação.

b) Teoria de Myra Levine - Interação Humana e Holismo.

### 4 - Diretrizes para a Prescrição de Enfermagem

a) Apreciação Introdutória

Ao saber-se portador de neoplasia maligna, o paciente imediatamente associa tal realidade com a idéia de morte, justificando sua apreensão com o "desconhecido" e em saber, como e quando se processará o seu tratamento. Sua família participa e demonstra a mesma emoção e nos compete conversar terapêuticamente com fins de dissociar o binômio câncer e morte, informando os avanços nas condutas diagnósticas e terapêuticas.

Resultante de experiências e observações nesta área, sabe-se que a terapêutica oncológica como outras tantas, não apresenta um padrão de respostas nos diversos organismos, além de causar efeitos colaterais e reações adversas importantes. As modalidades terapêuticas são comprovadamente agressivas e o paciente com debilidade estrutural, tem aumentadas as possibilidades de intercorrências ou complicações, devendo o enfermeiro estar sempre atento e pronto para atuar em situações emergenciais. Complementando, deve obter subsídios para sua intervenção pelo conhecimento do diagnóstico, prognóstico e modalidades terapêuticas, inerentes ao paciente:

Assegura-se a eficácia de suas ações e há a transmissão de tal credibilidade ao paciente e família.

Todas as formas possíveis de apoio, conforto e segurança deverão ser oferecidas ao paciente, uma vez que, a fase inicial do tratamento é marcante para sua adaptação e participação consciente nas diversas etapas da terapêutica.

Finalizando, reveste-se de importância a documentação da situação, relatando a área da situação identificada, as manifestações e as ações, com clareza e objetividade, a fim de formar uma memória científica do modelo.

#### b) Ações Básicas do Enfermeiro

- Orientar o paciente antes da realização de diversas formas de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, já que quando esclarecido manifesta segurança, auto-ajuda e esperança do retorno à sociedade.
- Demonstrar pela competência e respeito para com os outros, que pode sentir-se seguro com relação a sua permanência e tratamento institucional.
- Estabelecer ou criar espaços para diálogos, explicando a importância do tratamento, detectando experiências negativas anteriores que possam interferir na aceitação do tratamento e adaptação ao novo meio, promovendo a ajuda necessária.
- Estimular e promover a participação do cliente no processo assistencial, com ênfase na orientação sobre a liberdade e aceitar ou recusar as deliberações em relação ao seu caso.

## ÁREA DE PRIORIDADE ASSISTENCIAL

- Discutir com a equipe multiprofissional a terapêutica à ser implantada, promovendo a participação ativa do paciente.
- Estimular e/ou solicitar os familiares para apoio e ajuda ao paciente, visando a aceitação da terapêutica e do processo de adaptação a nova situação.
- Informar razões da repetição de procedimentos quando anteriormente não bem sucedidos, otimizando sempre os futuros resultados.
- Oferecer apoio emocional em situações nas quais se percebe sua instabilidade emocional, promovendo e mantendo uma relação de ajuda produtiva e positiva.
- Promover encontros de pacientes em grupos de experiências afins, possibilitando a expressão do seu interior e da capacidade interativa, tornando-o mais seguro e confiante.
- Ressaltar toda e qualquer evidência de melhora de seu estado geral, como ponto de partida para as abordagens oportunas.
- Outras ações básicas que possam emergir da situação prioritária identificada.

## ÁREA DE PRIORIDADE ASSISTENCIAL

## TÍTULO: COMPROMETIMENTO PSICOSSOMÁTICO

## 1 - Caracterização da Situação Prioritária

## a) relacionada ao processo saúde-doença:

- comprometimento das funções essenciais / dependência parcial;
- comprometimento das funções essenciais / dependência total.

## b) relacionada a alterações psicossomáticas, quanto a:

- aceitação;
- adaptação.

## c) relacionada ao comprometimento de auto-imagem quanto a:

- aceitação;
- adaptação;
- negação.

## d) relacionada às reações emocionais à doença.

## 2 - Manifestação da Situação Prioritária

## a) atitudes exibicionistas das alterações físicas.

## b) recusa de visualizar as alterações físicas.

## c) reafirmação da necessidade de atenção e cuidados.

## d) somatização de ansiedade e angústias.

## e) recusa de participar nas tomadas de decisões.

f) verbalização de queixas frequentes imotivadas.

g) alterações na auto-estima.

h) alterações na imagem corporal;

i) tendência ao auto-extermínio;

j) tentativa de evasão hospitalar;

k) tendência ao isolamento.

### 3 - Referencial Teórico

a) Teoria de Sister Callista Roy - Adaptação.

b) Teoria de Hildegard Peplau - Relação Interpessoal.

c) Teoria de Myra Levine - Interação Humana e Holismo.

### 4 - Diretrizes para a Prescrição de Enfermagem

#### a) Apreciação Introdutória

A reflexão sobre os comprometimentos psicossomáticos leva-nos a questão prioritária do medo vivenciado pelo profissional. Questiona-se a possibilidade de convívio indiferente aos medos dos pacientes sem a superação prévia do dilema dos nossos próprios medos. Como tranquilizar alguém que sente medo da mutilação, da dor e da morte, se este medo também nos espreita?

Destaca-se como característica marcante desta questão, a conjunção de sensibilidade com a responsabilidade de nos impelir a enfrentar nossos medos e receios pela

autocrítica e reflexão a fim de proporcionar para quem necessita da atenção profissional, o conforto físico, mental e espiritual. Sempre haverá imponderável medo mobilizando o enfermeiro para as buscas, a compreensão, a ajuda, e a aplicação da competência continuada nos estados de dependência total ou parcial, decorrentes do tratamento e suas repercussões.

No atendimento do paciente com distúrbios de conduta ou alterações emocionais, associados no processo saúde-doença, preparar a equipe assistencial, a estrutura física e administrativa da unidade de tratamento, visando a proteção adequada do paciente.

Finalizando, reveste-se de importância a documentação da situação, relatando área da situação identificada, as manifestações e ações, com clareza e objetividade a fim de formar uma memória científica do modelo.

#### b) Ações Básicas do Enfermeiro

- Reconhecer os comprometimentos psicossomáticos tentando através do estímulo e valorização de suas opiniões, transmitir tranquilidade e espírito de cooperação para suavizar a realidade vivenciada.
- Apoiar e ajudar terapêuticamente na aceitação das perdas e/ou mutilações considerando a sua nova condição, e valorizando as características remanescentes da auto-imagem.

- Identificar as necessidades subjacentes a questão da auto-estima e auto-imagem, atuando de forma terapêutica para o apoio, ajuda e cuidados pertinentes.
- Demonstrar que terá apoio para superar suas limitações, e conscientizá-lo de que estas têm menor significância perante a oportunidade de estar vivo, participar, amar e ser amado, no processo adaptativo saúde-doença.
- Promover e/ou estabelecer uma relação de ajuda positiva, mostrando e explicando que algumas das alterações físicas podem ser regressivas e serem decorrentes da tentativa de prolongamento de sua vida, e outros enfoques técnicos pertinentes.
- Demonstrar que há reconhecimento de suas necessidades, mostrando-se pronto a ajudá-lo e na prestação de cuidados indicados e pertinentes.
- Identificar seu vínculo com a vida e com as consequentes alterações psicossomáticas, que indiquem o risco de autodestruição, e outras manifestações mobilizadoras de emoções, para as abordagens pertinentes.
- Manter vigilância, principalmente quando o paciente apresenta-se na fase de negação da doença e/ou idéia de auto-extermínio, promovendo os recursos terapêuticos.
- Manejar as emoções apresentadas pelo paciente e família, amenizando a situação problemática e reduzindo tensões.



- Adotar forma de tratamento imparcial, justa e respeitosa, mostrando os limites aceitáveis das atitudes extremas e oferecendo apoio emocional, sempre que se fizer necessário.
- Incentivar a atuação do paciente no tratamento enfatizando as alterações positivas de maneira otimista, ponderada e realista.
- Promover ambiente para as atividades lúdicas e atitudes de companheirismo, para canalização de sua atenção para atividades salutares.
- Promover participação de familiares no tratamento para a manutenção do vínculo, apoio e ajuda, quando de seu regresso ao lar e continuidade do tratamento ambulatorial.
- Promover reunião grupal com outros pacientes e demais profissionais da equipe multidisciplinar, visando a troca de opiniões, para o confronto de situações de forma mais realista e promovendo o desenvolvimento da autoconfiança e respeito mútuo.
- Outras ações básicas que possam emergir da situação prioritária identificada.

**ÁREA DE PRIORIDADE ASSISTENCIAL****TÍTULO: COMPROMETIMENTO DO RELACIONAMENTO E COMUNICAÇÃO****1 - Caracterização da Situação Prioritária****a) relacionada à interação:**

- com a equipe assistencial;
- com familiares;
- com companheiros.

**b) relacionada com a forma de interação:**

- verbal;
- não verbal.

**c) relacionada aos meios de comunicação****d) relacionada às possibilidades de comunicação****e) relacionada ao bloqueio de comunicação (uso de equipamentos, idioma estrangeiro e outros)****2 - Manifestação da Situação Prioritária****a) afastamento voluntário das atividades da unidade de interação (lazer e recreação).****b) apreensão pelo contato com os familiares.****c) incapacidade de participação de grupos com experiências afins ou não.****d) alteração de humor e comportamento.****e) uso de aparelhos / equipamentos.**

- f) estados de alteração do nível de consciência.
- g) estados de alteração do nível de orientação auto e alopsíquica.
- h) comprometimento da fala.
- i) comprometimento de órgãos dos sentidos.

### 3 - Referencial Teórico

- a) Teoria de Hildegard Peplau - Relação Interpessoal.

### 4 - Diretrizes para a Prescrição de Enfermagem

- a) Apreciação Introdutória

Nos primeiros momentos do processo de aproximação com o paciente e/ou ingresso na unidade de internação, pode ser difícil obter-se a sua concordância e aquiescência para tratamentos e procedimentos. Essas dificuldades advêm do receio que o paciente tem de ser afetado em suas capacidades de relacionamento e comunicação, assim como o temor ao "desconhecido", e de vivenciar a realidade do "outro" próximo.

Cabe a equipe multiprofissional, trabalhar em prol dessa adaptação, tomando decisões adequadas para as soluções possíveis, de problemas que o paciente poderá vivenciar. Todos devem atuar terapeuticamente, reconhecendo o paciente como pessoa e como centro das atenções. O enfermeiro deverá comunicar-se de forma firme e suave, adequada à sensibilidade e nível de compreensão do paciente e família, contribuindo nos processos de adaptação e interação. Reconhecer ainda,

limitações individuais em comunicar-se e aprender novas formas de comunicação, mediante o controle da própria ansiedade e expectativa quanto a manifestação pelo paciente, de novas e possíveis formas de comunicação a serem estabelecidas.

Finalizando, reveste-se de importância a documentação da situação, relatando a área da situação identificada, as manifestações e ações, com clareza e objetividade, a fim de formar uma memória científica do modelo.

#### b) Ações Básicas do Enfermeiro

- Promover e providenciar meios para comunicação escrita, verbal ou gestual, para redução dos níveis de ansiedade e expectativas do paciente e família, quanto ao estabelecimento de novos canais de comunicação. É importante ainda, informar que terá nova possibilidade de falar ou comunicar-se, mediante ações terapêuticas da equipe à nível ambulatorial.
- Promover relação de ajuda ao paciente e família, com vistas a demonstrar entendimento e solidariedade, nas situações manifestadas e observadas, de alterações de humor, angústia e demais estados emotivos desencadeados pelo processo saúde-doença.
- Apoiar no que for preciso, escutando o paciente e encaminhando-o a outras áreas profissionais que poderá dispor, visando a resolutividade de sua problemática.

- Orientar e estimular quanto a necessidade de atividades lúdicas e recreação, como meio facilitador à sua recuperação. Promover as adequações determinadas pelo seu estado e estimular o sentimento do companheirismo.
- Realizar encaminhamentos como expressão de plano terapêutico articulado, de pacientes e família, juntos e separados aos diversos membros da equipe multiprofissional, na dependência da necessidade de orientações e informações de dados, para ajudar o paciente na separação dos comprometimentos, de suas expectativas e percepções aflitivas.
- Preparar os familiares para o retorno do paciente ao núcleo familiar, visando a continuidade do tratamento e manutenção de um clima favorável a recuperação do paciente e a sustentação emocional da família.
- Outras ações básicas que possam emergir da situação prioritária identificada.

## ÁREA DE PRIORIDADE ASSISTENCIAL

## TÍTULO: COMPROMETIMENTO DAS ATIVIDADES LABORATIVAS

## 1 - Caracterização da Situação Prioritária

- a) relacionada à redução da capacidade produtiva.
- b) relacionada às expectativas quanto ao afastamento pela doença.
- c) relacionada às expectativas quanto ao retorno.
- d) relacionada às reações emocionais ao afastamento.
- e) relacionada à dependência aos familiares.

## 2 - Manifestação da Situação Prioritária

- a) preocupação com o tempo de afastamento.
- b) aceitação do afastamento definitivo.
- c) dificuldade de aceitação do afastamento compulsório.
- d) preocupação com a manutenção do padrão de vida sócio-econômico familiar.
- e) preocupação com a adequação da atividade laborativa à sua condição clínica.

## 3 - Referencial Teórico

- a) Teoria de Dorothea Orem - Autocuidado
- b) Teoria de Nancy Roper - Independentização.

#### 4 - Diretrizes para a Prescrição de Enfermagem

##### a) Apreciação Introdutória

A equipe multiprofissional atua no intuito de colaborar para a reorganização da vida social do paciente. Apesar do amparo legal trabalhista para os portadores de doenças crônico-degenerativas, o afastamento do trabalho, em caráter temporário ou definitivo, cria novas relações de dependência entre os membros de uma família. Daí importância do esclarecimento quanto a flexibilidade e mobilidade natural dos papéis sem que tal fato se constitua na redução da significância do papel social desempenhado pelo indivíduo.

A partir do conhecimento da existência de prévios vínculos naturais da dependência entre o paciente e os componentes de sua vida social, será factível associar com as expectativas e necessidades para a definição do retorno à vida laborativa.

##### b) Ações Básicas do Enfermeiro

- Promover meios, recursos e outras providências para a adequação do paciente à sua nova condição física, aproveitando ao máximo as suas potencialidades e discutindo novas perspectivas de trabalho e adaptação.
- Promover a orientação e ensino para o autocuidado como propósito de capacitar e independentizar o indivíduo para assumir plena e eficazmente, seu papel laborativo na sociedade.

- Estimular para atividades de lazer e de ocupação substituta, de modo a desenvolver no paciente o sentimento de utilidade e do fazer parte do contexto familiar e social.
- Tornar suas experiências proveitosas e positivas possibilitando repasse destas vivências em participação de grupos com integrantes de igual condição.
- Desenvolver trabalho de grupo com pacientes e familiares, visando mobilizar forças para a utilização da capacidade produtiva remanescente, possibilitando o atendimento das expectativas de retorno às atividades laborativas.
- Outras ações básicas que possam emergir da situação prioritária identificada.



**ÁREA DE PRIORIDADE ASSISTENCIAL****TÍTULO: ALTERAÇÃO DO ESTILO DE VIDA****1 - Caracterização da Situação Prioritária**

- a) relacionada ao lazer.
- b) relacionada aos hábitos de vida.
- c) relacionada a atividade sexual.
- d) relacionada à reabilitação.
- e) relacionada a limitação e impedimentos físicos.
- f) relacionada a religiosidade e espiritualidade.
- g) relacionada a sexualidade.
- h) relacionada a valorização da saúde.

**2 - Manifestação da Situação Prioritária**

- a) tendência ao abandono das atividades de lazer e recreação.
- b) tendência ao isolamento.
- c) abandono familiar pela doença.
- d) abandono dos amigos próximos pela doença.
- e) abandono de crença religiosa.
- f) acentuado misticismo (supervalorização da religião).

- g) Interferências nos diversos processos de adaptação psicossomática e social.
- h) alteração na imagem corporal.
- i) insegurança quanto ao retorno ao nível familiar.
- j) insegurança quanto ao retorno ao núcleo social.
- k) desejo de retornar à sua vida sexual anterior.

### 3 - Referencial Teórico

- a) Teoria de Dorothea Orem - Autocuidado
- b) Teoria de Nancy Roper - Independentização.

### 4 - Diretrizes para a Prescrição de Enfermagem

#### a) Apreciação Introdutória

Através do conhecimento da realidade do contexto familiar social do paciente, pode-se obter subsídios para orientação segura e eficaz, para atendê-lo nas necessidades de adaptação ante as adaptações e/ou impedimentos, e consequências das bruscas ou gradativas alterações em seu estilo de vida. Partilha-se com o paciente, seu desejo de verbalizar acerca das expectativas e apreensões para o retorno aos núcleos de procedência social.

As reações são variadas mas requerem a mesma atenção e consideração. Deve-se permiti-lo manifestar seus sentimentos respeitando sua opção de isolamento temporário e, em casos de utilização do suporte religioso, demonstrar compreensão pela

supervalorização, reforçando entretanto a busca do bem-estar físico, mental, espiritual e social, e do valor da terapêutica em curso.

Finalizando, reveste-se de importância a documentação da situação, relatando a área de situação identificada, as manifestações e as ações, com clareza e objetividade, a fim de formar uma memória científica do modelo.

#### b) Ações Básicas do Enfermeiro

- Identificar interferências nos processos de adaptação e readaptação psicossomática e social, orientando quanto ao uso de tecnologias (próteses, órteses e outros) facilitadoras da socialização.
- Conversar terapêuticamente, com o paciente, para valorizar sua nova imagem, enfocando sua temporariedade, e prover os meios necessários para lhe devolver a vontade de recuperar-se e continuar a viver em sociedade.
- Promover a relação de ajuda, conduzindo o paciente para sua nova realidade, dando exemplos que possibilitem e facilitem a sua aceitação e adaptação participativa.
- Orientar quanto a necessidade de manter-se ocupado durante o tratamento, ressaltando as atividades que poderá executar em sua nova condição física, temporária e/ou permanente.
- Estimular a desenvolver novos hábitos de lazer e recreação, ou retornar aos anteriores, adequando-os às condições do momento.

- ÁREA DE PRIORIDADE ASSISTENCIAL
- Proporcionar atividades grupais, a fim de facilitar o sentimento de companheirismo, promovendo o esclarecimento e discussão de dúvidas e expectativas, quanto ao seu novo estilo de vida.
  - Discutir com o paciente (atividade individual ou grupal), enfatizando a utilização da estrutura somática remanescente, por tratamento mutilador, acrescida ao uso positivo dos valores pessoais, exemplificando com experiências produtivas e eficazes de readaptação física e social.
  - Orientar e estimular a participação do paciente e familiar para o autocuidado, ajudando-os a transpor limitações e estabelecer suas próprias metas.
  - Discutir e conscientizar o paciente e parceiro(a) quanto a reestruturação de sua sexualidade e a readaptação de sua atividade sexual.
  - Outras ações básicas que possam emergir de situação prioritária identificada.

**ÁREA DE PRIORIDADE ASSISTENCIAL****TÍTULO: BUSCA DA INDEPENDÊNCIA****1 - Caracterização da Situação Prioritária****a) relacionada às condições para o autocuidado:**

- da capacidade de compreensão;
- não compreensão;
- capacidade de aprendizagem;
- motivação;
- necessidades terapêuticas continuadas.

**b) relacionada a recuperação.****c) relacionada a reabilitação.**

- presença de limitações e/ou impedimentos.
- necessidade de uso de próteses e órteses.

**d) relacionada a recusa de tornar-se independente.****2 - Manifestação da Situação Prioritária****a) tendência a negligenciar a própria recuperação e reabilitação.****b) receio de assumir o autocuidado.****c) atribuição a si próprio do surgimento de complicações.****d) deficiências de recursos materiais e financeiros para o autocuidado.****e) relutância na aceitação das orientações para a saúde.**

- f) ceticismo quanto a recuperação e reabilitação.
- g) preocupação com a adaptação a próteses e órteses definitivas.
- h) ausência de possibilidades para independência / dependência total.

### 3 - Referencial Teórico

- a) Teoria de Dorothea Orem - Autocuidado
- b) Teoria de Nancy Roper - Independentização.

### 4 - Diretrizes para a Prescrição de Enfermagem

#### a) Apreciação Introdutória

Compete ao enfermeiro, a laboriosa tarefa de capacitar o paciente para a independência no seu maior grau possível. A não aceitação de enfermidade, tenderá a dispor obstáculos, dificultando o processo adaptativo, a terapêutica e conseqüentemente o processo de reabilitação. A insegurança em executar tarefas específicas do autocuidado, e a condição de insuficiência de recursos financeiros para aquisição de materiais diversos, e outros impeditivos, devem ser removidos coma participação de todos, inclusive comunitário.

A adaptação ao uso de próteses e órteses definitivas, assim como, a ausência de possibilidades para independência, são condições para o constante envolvimento entre equipe-paciente/familiares, visando empreender a promoção de sua independência e de um estilo de vida adequado.

A competência continuada nos membros da equipe, a persistência, a paciência e a boa vontade para a promoção da independência do paciente, deve ser a estratégia presente para o bem-estar individual e familiar. Valoriza-se a motivação demonstrada pelo paciente e as demais pessoas envolvidas no processo de autocuidado, destacando suas atitudes firmes para o fortalecimento de esperanças e das possibilidades da cura, enfatizando com positivismo, todo e qualquer sinal de progresso alcançado, realizando também, avaliações periódicas com o paciente.

Finalizando, reveste-se de importância a documentação da situação, relatando a área da situação identificada, as manifestações e ações, com clareza e objetividade, a fim de formar uma memória científica do modelo.

#### b) Ações Básicas do Enfermeiro

- Promover palestras e discussões sobre o autocuidado e facilitar o intercâmbio das informações entre os pacientes hospitalizados e já os reabilitados, enfatizando as orientações e a paciência e persistência para o êxito da atividade.
- Estimular a execução de atividades compatíveis com a nova condição física, mesmo diante de sequelas, enfatizando o possível retorno ao núcleo familiar, social e profissional.
- Ressaltar a importância do seu restabelecimento para reocupar seu lugar no núcleo familiar, social e profissional.

- Informar a possibilidade de contatos com a instituição, sempre que necessário, subsidiando recursos materiais para o autocuidado, quando possível, esclarecendo as possibilidades de ajuda institucional diversas, além de ensinar a utilização de recursos alternativos para a promoção do autocuidado.
- Discutir com o paciente a necessidade e relevância do uso de próteses e órteses para viabilizar e complementar a sua independência, para o autocuidado e o salutar convívio familiar e social.
- Incentivar paciente, familiares e amigos a assumirem o compromisso do trabalho conjunto para o autocuidado, promovendo o ensino pertinente e esclarecendo a relevância da continuidade do tratamento ambulatorial e domiciliar.
- Conversar terapêuticamente, detectando sentimentos de culpa ou de desestímulo, diante das eventuais intercorrências ou complicações, prestando os esclarecimentos possíveis quanto as causas e a superação das mesmas, ao tempo que estabelece uma relação de ajuda.
- Realizar trabalho individual e de grupo, incentivando o paciente e familiares relutantes, na aceitação do suporte educativo para o autocuidado, reafirmando a importância de ações para promoção ou elevação do padrão de saúde-familiar.
- Outras ações básicas que possam emergir de situação prioritária identificada.



CAPÍTULO V

TEORIZAÇÃO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL

As práticas de saúde são ações realizadas com intenção e impacto de melhoria, buscando promover o bem-estar dos indivíduos e coletividades, visando a prevenção das doenças, a promoção da saúde, a recuperação da saúde e a melhoria da qualidade de vida. Essas práticas são fundamentadas em conhecimentos científicos e tecnológicos, e são realizadas por profissionais de saúde, em conjunto com os usuários e familiares, visando a melhoria da qualidade de vida e a promoção da saúde.

As práticas de saúde são ações realizadas com intenção e impacto de melhoria, buscando promover o bem-estar dos indivíduos e coletividades, visando a prevenção das doenças, a promoção da saúde, a recuperação da saúde e a melhoria da qualidade de vida. Essas práticas são fundamentadas em conhecimentos científicos e tecnológicos, e são realizadas por profissionais de saúde, em conjunto com os usuários e familiares, visando a melhoria da qualidade de vida e a promoção da saúde.

As práticas de saúde são ações realizadas com intenção e impacto de melhoria, buscando promover o bem-estar dos indivíduos e coletividades, visando a prevenção das doenças, a promoção da saúde, a recuperação da saúde e a melhoria da qualidade de vida. Essas práticas são fundamentadas em conhecimentos científicos e tecnológicos, e são realizadas por profissionais de saúde, em conjunto com os usuários e familiares, visando a melhoria da qualidade de vida e a promoção da saúde.

**Teorização da  
prática assistencial**

As práticas de saúde são ações realizadas com intenção e impacto de melhoria, buscando promover o bem-estar dos indivíduos e coletividades, visando a prevenção das doenças, a promoção da saúde, a recuperação da saúde e a melhoria da qualidade de vida. Essas práticas são fundamentadas em conhecimentos científicos e tecnológicos, e são realizadas por profissionais de saúde, em conjunto com os usuários e familiares, visando a melhoria da qualidade de vida e a promoção da saúde.

## CAPÍTULO V

## TEORIZAÇÃO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL

As linhas gerais das ações básicas dos enfermeiros para o impacto da internação, enquanto situação prioritária assistencial, encontram nos sistemas teóricos de Roy (Adaptação), Peplau (Relação Interpessoal) e Levine (Interação Humana e Holismo) respaldo científico necessário para a sistematização da assistência. Na etapa inicial da interação do paciente com a estrutura institucional, é objetivo maior a ser atingido, a promoção e facilitação do processo adaptativo, tendo por instrumentos, a relação interpessoal entre enfermeiro e paciente e a estimulação para o desenvolvimento da interação do paciente com o seu ambiente sob a óptica holística, da integração do indivíduo ao meio.

O interesse em atingir resultados de correntes da efetivação da adaptação, é segundo Roy, o cerne do cuidado de Enfermagem que consiste em devolver equilíbrio e estabilidade, conservar energia e até, promover e aumentar a harmonia entre o indivíduo e o meio ambiente. Para tal, estímulos focais, contextuais e residuais e seus efeitos, deverão ser detectados a fim de facilitar maneiras adaptativas, principalmente, quanto ao autoconceito (diante do impacto da patologia e da internação), domínio do seu papel ante seu núcleo familiar e social, e a aceitação de interdependência aos membros da equipe assistencial e companheiros de unidade de internação; além é claro, da própria necessidade de adaptação fisiológica ao novo meio ambiente.

Toda intervenção do enfermeiro, deve consistir em detectar e promover condições facilitadoras à adaptação nas diversas fases e etapas do seu ciclo institucional e ambulatorial. Utilizando-se dos postulados de Roy, cabe ressaltar:

- a) frequência de problemas de adaptação;
- b) mecanismos pessoais que ajudem na adaptação e,
- c) ações de Enfermagem que após análise da situação mostrem-se úteis.

Postulados estes, que norteiam as ações básicas para a intervenção terapêutica, requerendo sólidos conhecimentos teórico-científicos, mas também a capacitação e sensibilidade humana do profissional na manutenção da integridade do paciente. Como agente facilitador, deverá pois, promover discussão a fim de obter a cooperação e atitudes positivas do paciente, orientar, exemplificar, ajudar e respaldar condições favoráveis para a consecução do objetivo comum.

Considerando que os indivíduos são autoconscientes, capazes de identificar suas próprias necessidades e que, acontecimentos são experiências humanas inevitáveis e essenciais para outros estágios da evolução pessoal, deve o enfermeiro reconsiderar e clarificar sua escala de valores morais e éticos, a fim de usar a si mesmo, como agente terapêutico e envolver-se na assistência. Peplau apresenta a terapêutica de Enfermagem como o desenvolvimento das habilidades de solucionar problemas através do processo interpessoal (educacional, terapêutico e colaborativo), tendo o objetivo de desenvolver a personalidade, fazendo da doença,

uma significativa experiência. Sendo um forte movimento da personalidade e outros processos humanos em prol de uma vida pessoal e comunitário criativa, construtiva e produtiva.

A relação interpessoal como processo seriado e ordenado para atingir dado objetivo, tal como preconiza Peplau, visa também o estabelecimento da empatia entre profissional e paciente, na facilitação do aproveitamento da energia produtiva pessoal. As ações de identificar necessidades, para voltar o enfoque da assistência pela informação, orientação, estimulação e ajuda para superação da energia provinda da ansiedade e tensão emocional para definir as ações necessárias para enfrentar produtivamente os problemas do paciente. A interação de caráter positivo, faz desenvolver o potencial humano de ambos, representada pelo bem-estar pessoal e assegura a subjetividade e individualidade dos mesmos.

Ainda tratando da relação do indivíduo com o meio de maneira abrangente, a visão holística, para Levine é centralizar o cuidado de Enfermagem na pessoa e sua integridade. Considera que conservar é manter unido e resulta em manter o equilíbrio entre a ação terapêutica do profissional com a capacidade e participação do paciente na relação de ajuda. As ações básicas serão de apoio e intervenção pela conservação da estrutura física, pessoal, social e energética.

A percepção e o apoio às necessidades individuais, refletem respeito, compromisso e solidariedade, já que, a busca do equilíbrio e da harmonia pessoal estão constantemente presentes, quando na condição de hospitalização programada ou

súbita, onde a restauração do bem-estar e da atividade independente, representam a otimização e a excelência da assistência institucionalizada a ser prestada ao paciente e família.

Amenizando o impacto causado pelo conhecimento do diagnóstico, mostrando a utilização da terapêutica como alternativa de solução ao alcance e como profissional, o enfermeiro dotado de conhecimentos deve reconhecer às reações emocionais do paciente ante a constatação da condição doença, aceitar, participar e colaborar na implementação de uma terapêutica, já significa a própria aceitação do estar enfermo, e de buscar e aceitar ajuda.

Como ser biopsicológico considerado por Roy, com os elementos conceituais tratando do desenvolvimento no "continuum" saúde-doença, enfatizar a tônica na atenção à porção somática alterada por mudanças decorrentes da patologia ou mesmo das formas de terapêutica.

A adaptação somática requer do indivíduo, nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos referentes às neoplasias malignas, flexibilidade e coragem de submeter-se a procedimentos que alterarão sua compleição física. As perdas orgânicas decorrentes dos efeitos deletérios da doença, debilitam corpo e mente, gerando conflitos entre recusa de permissão para procedimentos técnicos ou de participação em cuidado. Situações difíceis e conflituosas geradas pelas condições de isolamento técnico exigem maior grau de adaptabilidade do paciente, família e dos profissionais, já que o cerceamento e restrição de atitudes e movimentos conduz a nível de dependência com a equipe.

Para Levine, a própria definição de Enfermagem contém a defesa e proteção do paciente e estende-se em ações terapêuticas de apoio, a fim de assegurar o curso da adaptação definida. A condição para o prosseguimento do tratamento específico, exige que o enfermeiro, observe as ações de conservação energética estrutural, que segundo Levine, representam a orientação, e o oferecimento de condições ótimas para as atitudes mantenedoras do equilíbrio entre o repouso do organismo e atividade ponderada e mais, a prevenção de lesões na estrutura orgânica, configuradas por acidentes, intercorrências ou complicações.

Todo indivíduo deve ter assegurado o direito de sentir conforto e segurança no mais elevado grau de satisfação e extensão. Dar-se-á com maior naturalidade e eficácia, a interação humana entre o paciente e as demais pessoas que conhecerá no contexto institucional, e é de competência da instituição, proporcionar condições mínimas e adequadas para o bem-estar de todos, considerando que, indivíduos atendidos em suas necessidades são receptivos a movimentos de agrupamentos, colaboração, intercâmbio de experiências, gerando clima favorável para o convívio respeitoso, amigável e humanizado.

No atendimento as manifestações do comprometimento psicossomático, destacam-se ações que objetivam a restauração da estrutura pessoal do paciente. Tal qual preconizado por Levine, que reitera o enfoque do trabalho de Enfermagem na reestruturação da personalidade, e admitindo a ocorrência de transformações na auto-imagem, o indivíduo em sua interação com o meio, comumente reage com respostas orgânicas de adaptação: tais como, o medo, o estresse e a susceptibilidade

a manifestações psicossomáticas. As manifestações reveladas por comportamentos diversos desde a exacerbação da emotividade à atitudes depressivas continuadas ou momentâneas, mesmo pela recusa do envolvimento em atividades cotidianas na satisfação das necessidades básicas, que podem representar o risco imperceptível inconsciente da autodestruição.

Dentre as ações de conservação citadas por Levine, destacam-se: a necessidade da conservação pessoal, que inclui o reconhecimento de sua identidade, valores morais e sentimentos, e de conservação social lidando com possíveis modificações nas relações previamente estabelecidas, a fim de reagrupar estruturas diversas e afetadas para preparar o paciente frente às exigências relacionadas ao processo saúde-doença.

As ações terapêuticas para o atendimento das formas de adaptações, na proposição teórica de Roy, corrobora os problemas de Enfermagem listados por Abdellah, destacando-se os seguintes:

- 1 - Identificar e aceitar as expressões positivas e negativas dos sentimentos e reações emocionais;
- 2 - Identificar e aceitar as interrelações entre as emoções e os problemas orgânicos;
- 3 - promover o desenvolvimento de relações interpessoais produtivas;
- 4 - facilitar o desenvolvimento pessoal no campo espiritual;
- 5 - criar e/ou manter um ambiente terapêutico;

- 6 - facilitar a tomada de consciência de si mesmo tanto que o indivíduo tenha necessidades fisiológicas, emocionais e de desenvolvimento únicas;
- 7 - visar o alcance de objetivo mais elevado possível em função das limitações físicas e emocionais;
- 8 - compreender o papel dos problemas sociais nas causas das enfermidades.

Na consecução de tais objetivos, é primordial conhecer-se a valorização da saúde, em uma escala de valores hierárquicos juntamente com as necessidades de estima, amor e segurança.

Peplau em sua teorização focaliza o cuidado de Enfermagem humanístico, considerando que, o assistir seja sinônimo de ajudar no atendimento as necessidades desde as mais inferiores até as mais elevadas na hierarquia das necessidades humanas básicas, para superação do desconforto, dúvida e ansiedade. Na relação interpessoal enfatiza a dignidade e o mérito dos valores do enfermeiro e paciente, abolindo-se afirmações e compromissos em bases falsas. A verdade e a responsabilidade, assumem as diretrizes para a aceitação das relações de dependência parcial, total e de promoção de independência com vistas a capacitação do paciente para reassumir o controle e a trajetória de sua própria história de vida.

As ações inerentes ao atendimento para aqueles com comprometimento no relacionamento, devem considerar estados de angústias geradas, pelo estabelecimento de nível de



dependência a pessoas e materiais, e da perda súbita da autonomia e liberdade individual de expressão.

Para os teóricos dos modelos de interação, os indivíduos envidam esforços para atingir a autorealização e autopromoção. Por ocasião de obstáculos, temporários ou definitivos, frustração e angústia refletem a incapacidade de aceitação de tal condição. Será então, a relação interpessoal entre enfermeiro e paciente, alternativa viável para desenvolvimento do potencial humano atingir o pleno interagir do paciente como os componentes do seu universo pessoal.

Peplau refere-se que o maior objetivo da Enfermagem é derivado do fato de que os indivíduos necessitados, de todo e qualquer tipo de ajuda, tornam-se angustiados e que a finalidade da intervenção do enfermeiro é prevenir e lidar positivamente com tal angústia. Na verdade, é a oportunidade do desempenho profissional permeado pela intuição, sensibilidade humana e subjetividade.

Nesta fase de atendimento às necessidades geradas pelo comprometimento do relacionamento e de comunicação, inicia-se o preparo para a independentização do paciente e família do profissional enfermeiro. Tal libertação perpassa por etapas de orientação, informação, esclarecimento e controle das habilidades onde a colaboração mútua acarreta a capacitação dos familiares no processo para o preparo, para o retorno ao lar e atividades sociais.

As ações exploram e incentivam o potencial do paciente em colaborar e de ajudar-se. Os problemas serão tratados de maneira realística e racional, sempre permeados pela preocupação de se reiterar a humanização da assistência.

Não nos é possível conceber qualquer proposta de humanização, onde a interdependência humana entre o profissional e o paciente, não seja considerada; mesmo que tal condição exija a reavaliação dos valores morais, éticos e profissionais.

Em qualquer que seja a estrutura familiar, destaca-se a utilização pelo paciente, das eventuais ligações de dependência, com o intuito de tornar-se alvo de manifestações de carinho e afeto, e ainda, por ser razão de relações conflituosas, quando a família tende a segregar e/ou infantilizar o ente sem possibilidade de retorno ao trabalho. A súbita dependência financeira constitui um dos mais frequentes pontos de atrito e de justificativa para o desânimo e constrangimento do paciente.

Conforme enfatiza Orem, é o próprio sistema de valor que determina as prioridades do autocuidado, adicionado o envolvimento do paciente em sua execução, visto ser estratégia valiosa de suporte ao retorno do indivíduo no seu papel social, enquanto ser laborativo, participativo e produtivo. As ações de autocuidado que atendem as variações da saúde são facilmente assimiladas, por aqueles que detenham o poder de confiar em si mesmo na sua reabilitação. Pode o enfermeiro encorajar e salvaguardar as potencialidades do paciente, a fim de prevenir o surgimento de novas limitações para o autocuidado.

Para Roper, as ações de Enfermagem visam a promoção de condições para independência máxima em grupos distintos de atividades, destacando-se dentre elas, aquelas que atendam às necessidades básicas, incluindo a de respeito, gregária e companheirismo. Ainda refere a inevitável ajuda para

consecução do processo de socialização ampla e geral em qualquer nível de esfera social.

A intervenção assistencial às necessidades de atendimento para as alterações do estilo de vida anterior, comunga com a proposição teórica de Orem, pela superação das limitações humanas para o autocuidado, e de, Roper, pelo acompanhamento de pacientes em seu processo evolutivo de independentização.

Em primeiro momento tem por objetivo atender as necessidades humanas básicas pelo desenvolvimento do autocuidado e da independência. Segundo Orem, o principal objetivo é atender a necessidade do indivíduo em autocuidar-se, e a provisão e a manutenção deste autocuidado de forma contínua, de modo a manter a vida e saúde recuperar-se da doença ou dano em enfrentar seus efeitos. Sendo possível pela eliminação de deficiências entre potencialidades e a exigências do autocuidado. Busca-se então o somatório de esforços para manutenção adequada do paciente em suas atividades cotidianas. A disposição para a aprendizagem e a responsabilidade do autocuidado tem justificativas culturais, portanto, não instintivos, tendo o modo de enfrentar e atender suas próprias necessidades e cuidar-se, raízes em seu passado e na formação cultural, segundo ainda, a expectativa de seu papel social.

Na classificação do autocuidado terapêutico, destaca a autora a contribuição para:

- 1 - o processo de suporte da vida e promoção do funcionamento normal do ser;

- 2 - a manutenção do crescimento normal, desenvolvimento e manutenção;
- 3 - a prevenção, controle ou cura de processos de patologias ou agravos;
- 4 - a prevenção ou compreensão de inabilitação; e ainda, as ações do enfermeiro a fim de atender as variações de saúde, que deverão observar os aspectos abaixo listados:

- a) o ajustamento das formas de aceitar as demandas para o autocuidado;
- b) o estabelecimento de novas técnicas e tecnologias para o autocuidado;
- c) a modificação da auto-imagem;
- d) a revisão da rotina de uma vida cotidiana;
- e) o desenvolvimento de um novo estilo de vida compatível com os efeitos da variação de saúde e,
- f) o trabalho com os efeitos da variação de saúde, ou terapêutica médica utilizada para o diagnóstico ou tratamento.

A operacionalização de medidas do autocuidado, para suporte de adaptação a um novo estilo de vida, representa o início do desprendimento do paciente dos elos da assistência institucionalizada e do próprio processo de saúde-doença. Sem dúvida, é prioritário conhecer-se a escala de valores pessoais do paciente e a partir dela, detectar a valorização de saúde pelo indivíduo, já que determinará necessidades e prioridades do autocuidado.

Dotado de aptidões cognitivas, psicomotoras e afetivas, o enfermeiro assistirá o paciente em seu caminhar em

direção a reconquista da independência. Assim Roper, que conceitua o ser humano como um sistema aberto em vinculação permanente com o meio, destaca o papel do profissional como copartícipe que tangencia tal momento e movimento cíclico, desde a dependência máxima até o culminar da independência máxima.

O objetivo da ação intervencional do enfermeiro, tem em um segundo momento, as características de promover, manter ou restaurar a independência do paciente, pela prestação de ajuda em:

- 1 - atividades de vida cotidiana que atendam as necessidades humanas básicas;
- 2 - atividades que visem a prevenção da dependência, no processo de socialização ampla;
- 3 - atividades que visem à busca do conforto físico, psicológico e social e,
- 4 - atividades que visem à busca cotidiana de um objeto maior, por idealismo ou determinação.

A promoção de condições facilitadoras para independência, conduz a reflexões acerca do próprio estilo de vida, necessidade de uma nova postura filosófica por parte do profissional, e até mesmo induz a profusos movimentos de interação entre os membros da equipe assistencial.

A busca da independência engloba ações para o autocuidado e o atingir da independentização da instituição e do processo saúde-doença. Significa retorno ao ambiente de

origem, a dotação de conhecimentos operacionalizados com o apoio de familiares e amigos para o prosseguimento da vida cotidiana.

A habilidade do profissional está em definir dentre os sistemas de ações terapêuticas segundo Orem, aquele pertinente e condição clínica, física e emocional do paciente. Na área de Cancerologia, oportunidades diversas proporcionam as atividades nos três sistemas de Enfermagem preconizados pela autora, a saber:

- 1 - sistema completamente compensador - quando o enfermeiro executa pelo paciente as ações do autocuidado, diante de sua total incapacidade física e mental, total incapacidade física, parcial, incapacidade física, com objetivo de dar suporte à vida, segurança e assegurar o funcionamento orgânico efetivo.
- 2 - sistema parcialmente compensador - quando há o trabalho conjunto do enfermeiro e do paciente, executando ações de manipulação ou deambulação; estando na dependência de limitações físicas e psíquicas do paciente, sua preparação e aceitação psicológica, para executar e adquirir conhecimentos para o autocuidado e ainda a solicitação de conhecimento e capacidade técnico-científica do profissional.
- 3 - sistema de suporte educativo - quando o paciente é capaz e poderá aprender e desenvolver as ações do autocuidado, exigidas, requerendo métodos como suporte, liderança, meio ambiente e ensinamento. E ainda a capacitação de família-

res e amigos para o envolvimento no processo de autocuidado.

As atividades desenvolvidas para a demanda do autocuidado integram-se no grupo de atividades para assegurar a vida cotidiana, segundo o que preconiza Roper, ou seja, cuidados para o meio físico, psíquico e social e subdividem-se em atenção à respiração, alimentação, eliminação, higiene, vestuário, movimentação, comunicação, socialização, trabalho, repouso e sono. A independentização perpassa pelas atividades do autocuidado, na verdade, ambas as teorizações apresentam similaridades e no seu desenvolvimento, tangenciam-se em aspectos diversos, particularmente, nesta área de situação prioritária para assistência.

Assim, os profissionais têm recursos mobilizadores de esforços para elevação do nível científico, e empreendedores de competências para implantação da metodologia assistencial, individualizada e sistematizada, assegurando a qualidade e a eficácia de suas ações, o atendimento das necessidades assistenciais do paciente e família, e demonstrar a maturidade e a excelência de sua atuação profissional.

CAPÍTULO VI

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As atividades desenvolvidas durante o curso de formação de professores de Educação Infantil, bem como as experiências vivenciadas durante o estágio supervisionado, possibilitaram a compreensão da importância da Educação Infantil para a formação do indivíduo e a construção de uma sociedade mais justa e equitativa.

Conclui-se que a Educação Infantil é uma etapa fundamental do processo educacional, que visa ao desenvolvimento integral da criança, promovendo sua autonomia, criatividade e capacidade de aprender a aprender.

Assim, a formação de professores de Educação Infantil deve ser pautada na construção de uma prática pedagógica que respeite a individualidade de cada criança e promova sua participação ativa no processo de aprendizagem.

Portanto, a Educação Infantil é uma etapa fundamental do processo educacional, que visa ao desenvolvimento integral da criança, promovendo sua autonomia, criatividade e capacidade de aprender a aprender.

Assim, a formação de professores de Educação Infantil deve ser pautada na construção de uma prática pedagógica que respeite a individualidade de cada criança e promova sua participação ativa no processo de aprendizagem.

**Considerações Finais**

As atividades desenvolvidas durante o curso de formação de professores de Educação Infantil, bem como as experiências vivenciadas durante o estágio supervisionado, possibilitaram a compreensão da importância da Educação Infantil para a formação do indivíduo e a construção de uma sociedade mais justa e equitativa.

Conclui-se que a Educação Infantil é uma etapa fundamental do processo educacional, que visa ao desenvolvimento integral da criança, promovendo sua autonomia, criatividade e capacidade de aprender a aprender.

Assim, a formação de professores de Educação Infantil deve ser pautada na construção de uma prática pedagógica que respeite a individualidade de cada criança e promova sua participação ativa no processo de aprendizagem.



## CAPÍTULO VI

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

É reclamada a questão de abordagem e modelos para a prática de Enfermagem nas instituições de saúde. A realidade que se apresenta voltada para procedimentos e fragmentárias em relação ao paciente. O estudo que se desenvolve na composição do modelo de prática, introduz originalmente abordagens voltadas para situações prioritárias apresentadas pelo paciente na área de Cancerologia e de interesse para Enfermagem. Ao documentar a prática desejada, os enfermeiros participantes projetam compromisso profissional e institucional para o redirecionamento da Enfermagem com autonomia e competência.

A opção pela pesquisa qualitativa possibilitou a valorização da participação individual e do grupo, ao tempo em que, assegurou a credibilidade necessária para o desenvolvimento do modelo na prática assistencial, podendo também, ser reproduzido em instituições e realidades assemelhadas ao cenário desta prática.

Os respaldos teóricos com bases nas teorias de Dorothea Orem (Autocuidado), Hildegard Peplau (Relação Interpessoal), Myra Levine (Interação Humana e Holismo), Sister Callista Roy (Adaptação) e Nancy Roper (Independentização), permitiram alcançar a consistência e pertinência científicas, características que conferem valorização e significação para a Enfermagem - Ciência, redirecionando os espaços da Enfermagem/Arte. Os enfermeiros participantes, todos com experiências acumuladas e maturidade profissional, afirmam doravante uma prática sistematizada, numa abordagem

holística, na constatação das necessidades assistenciais, assegurando a qualidade do CUIDAR e do ASSISTIR em Enfermagem.

O modelo assistencial voltado para abordagens de situações prioritárias, ora proposto, assegura não somente a qualidade da prática no cuidar e no assistir, mas ainda, garante o desenvolvimento de um sistema de registro do paciente e de estilo próprio de Enfermagem.

Não se esgotam assim, as vantagens e benefícios com aplicabilidade do modelo proposto, permitindo ainda, através da Auditoria de Enfermagem assegurar o controle e a manutenção de qualidade, subsidiando o processo avaliativo permanente para integração efetiva e duradoura, a prática assistencial institucionalizada.

#### RECOMENDAÇÕES

Para o prosseguimento deste trabalho, e com o objetivo de viabilizar sua implantação e, como colaboração aos enfermeiros que labutam na assistência e docência na área de Cancerologia, recomenda-se:

- A nível institucional:

- 1 - Promoção pela Coordenação da Divisão de Enfermagem, de discussão acerca de prioridades, objetivos e estratégias do Serviço, com vistas à implantação imediata do Modelo Assistencial para Situações Prioritárias na Enfermagem em Cancerologia.

- 2 - Elaboração de projeto viabilizador da implantação do Modelo Assistencial, com a participação de todos os enfermeiros que colaboram na sua estruturação.
- 3 - Encaminhamento do projeto à Coordenação da Divisão de Pesquisa e Recursos Humanos, com vistas ao recebimento de apoio logístico à sua implementação, a saber: recursos materiais, humanos, fornecimentos de assessoria técnica extra-institucional para a Auditoria de Enfermagem e codificação de linguagem e memória científica para o modelo.
- 4 - Utilização do Modelo no Programa de Residência de Enfermagem, assegurando a avaliação e multiplicação de abordagens para outras instituições.

- Aos profissionais de Enfermagem:

- 1 - Que os colegas enfermeiros, utilizem a metodologia proposta e contribuam com sugestões críticas, a fim de que possa participar do acervo de conhecimento específico na área de Cancerologia.

- À nível central:

- 1 - Encaminhamento dos resultados da implementação do Modelo, para a Campanha Nacional de Combate ao Câncer - MS, a fim de substituir o Programa de Capacitação de Recursos Humanos na área de Enfermagem, no âmbito da assistência institucionalizada e docência.

1 - Carra, Britton - O Estado da Psicologia, 1917, 112 p., Rio de Janeiro.

2 - Carra, Britton - O Estado da Psicologia, 1917, 112 p., Rio de Janeiro.

3 - Carra, Britton - O Estado da Psicologia, 1917, 112 p., Rio de Janeiro.

4 - Carra, Britton - O Estado da Psicologia, 1917, 112 p., Rio de Janeiro.

5 - Carra, Britton - O Estado da Psicologia, 1917, 112 p., Rio de Janeiro.

6 - Carra, Britton - O Estado da Psicologia, 1917, 112 p., Rio de Janeiro.

7 - Carra, Britton - O Estado da Psicologia, 1917, 112 p., Rio de Janeiro.

8 - Carra, Britton - O Estado da Psicologia, 1917, 112 p., Rio de Janeiro.

9 - Carra, Britton - O Estado da Psicologia, 1917, 112 p., Rio de Janeiro.

10 - Carra, Britton - O Estado da Psicologia, 1917, 112 p., Rio de Janeiro.

**Referências Bibliográficas**

1 - Carra, Britton - O Estado da Psicologia, 1917, 112 p., Rio de Janeiro.

2 - Carra, Britton - O Estado da Psicologia, 1917, 112 p., Rio de Janeiro.

3 - Carra, Britton - O Estado da Psicologia, 1917, 112 p., Rio de Janeiro.

4 - Carra, Britton - O Estado da Psicologia, 1917, 112 p., Rio de Janeiro.

5 - Carra, Britton - O Estado da Psicologia, 1917, 112 p., Rio de Janeiro.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Capra, Fritjof - O Ponto de Mutação, 1982. Ed. Cuitrix, São Paulo.
- 2 - Capra, F.; op.cit.p.9
- 3 - Capra, F.; op.cit.p.9
- 4 - Longhi, Artêmio - Como Evitar o Câncer - uma abordagem parapsicológica, 1979. Ed. Nova Crítica, São Paulo.
- 5 - Medeiros, Zenaide et alii - Depressão como fator de risco. In: Cancerologia - Conceitos Atuais, Marsillac e Rocha, 1980. Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro.
- 6 - Balint, Michael - O Médico, seu Paciente e a Doença, 1984. Ed. Atheneu, Rio de Janeiro.
- 7 - Santos, César Lima - Reações psicológicas do Canceroso. In: Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 29(4):245-252, 1980, Rio de Janeiro.
- 8 - Bahnson, Claus Bahne - Cuestiones psicológicas y emocionales en Cancer: Asistencia psicoterapeutica del paciente canceroso. In: Carla E. Goeppey Y Willian Hammond (org.). Terapia de apoyo del paciente canceroso - Seminários de Oncologia, 9:37, 1977, Editorial Medica Panamericana, Buenos Aires.

- 9 - Bastos, Robélia Dórea de S. - Atitude de Enfermagem face as questões da esfera psíquica - Assistência a clientes com câncer (dissertação de mestrado), EEAN - UFRJ, 1986, Rio de Janeiro.
- 10 - Santos, Regina Maria dos - O enfermeiro diante da morte de pacientes: sentimentos, atitudes e fatores intervenientes - Um estudo exploratório (dissertação de mestrado), EEAN - UFRJ, 1984, Rio de Janeiro.
- 11 - Santos, R.M.: op.cit.p.14
- 12 - Bouchard, Rosemary e Owens, Norma F. - Psychologic significance of Cancer. In: Nursing Care of the Cancer Patient, 3.ed., 30-39, 1976. The C.V. Mosby Company, St. Louis, U.S.A.
- 13 - Paulen, Ann Elizabeth - Living with Cancer - The rights of the patient and ther rights of the nurse. In: Barbara H. Peterson & Carolyn J. Kellogg (org.). Current Practice in Oncology Nursing, 1:163-170, 1983. The C.V. Mosby Company, St. Louis, U.S.A.
- 14 - Daniel, Lilliana Felcher - O relacionamento na enfermagem. In: Atitudes Interpessoais em Enfermagem, 90-95, 1983. E.P.U., São Paulo.
- 15 - Manzoll, Maria Cecilia - Aspectos psicológicos na hospitalização. In: Relacionamento em Enfermagem - Aspectos Psicológicos. 2.ed., 1987. Ed. Sarvier, São Paulo.

- 16 - Faulk, Lynne G. e Bellack, Janis P. - Intrapersonal and interpeessoal assessment. In: Janis P. Bellack & Penn A. Bamford (org.), Nursing Assessment - A Multidimensional Approach, 142-171, 1984. Wadsworth Health Sciences Division, Monterey, California, U.S.A.
- 17 - Wellisch, Davida, K. e Cohen Robin, S. - Psychosocial aspectos of cancer. In: Charles M. Haskell (org.). Cancer Treatment, 2.ed., 748-761, 1985. W.B.Saunders Company, Philadelphia, U.S.A.
- 18 - Faulk, L.G. e Bellack, J.P.; op.cit.p.21
- 19 - Faulk, L.G. e Bellack, J.P.; op.cit.p.21
- 20 - Daniel, L.F.; op.cit.p.19
- 21 - Faulk, L.G. e Bellack, J.P.; op.cit.p.21
- 22 - Wellisch, D.K. e Cohen, R.S.; op.cit.p.22
- 23 - Johnson, J. - Cancer: a family disruption. In: Supportive Care in Cancer Patients - Recent Results in Cancer Research, 108:306-310, 1988. Springer-Verlang, Senn, H.J., Glaus A.Schmid, L. (eds.).
- 24 - Silva, Marcelo Gurgel Carlos de - Cânceres no Brasil - trabalho integrante da coletânea de textos de apoio organizados pela Comissão de Epidemiologia da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO, 1985, Fortaleza.

- 25 - Recomendações Relativas à Pesquisa em Câncer do Seminário Nacional sobre Informações em Câncer - trabalho apresentado no 1º Congresso Brasileiro sobre Educação em Cancerologia, 1987, Brasília.
- 26 - White, Linda - The role of nurses in prevention and detection in Cancer Nursing, International Cancer News, 7:4-6, 1987, Geneva.
- 27 - De Paula, Domingo - Câncer e Meio Ambiente - Introdução à Patologia do Desenvolvimento Social, 1985. Ed. Médica e Científica Ltda., Rio de Janeiro.
- 28 - Ash, Carol R. - Cancer nursing - an international perspective. In: Cancer Nursing, 9(4):172-177, 1986, New York.
- 29 - Araújo, Maria Clara Alves de - comunicação pessoal - 28 de julho, 1990.
- 30 - Perin, G. e Manchester, P.B. - Pediatric Oncology Nursing in Clinical Pediatric Oncology, 3.ed., 1984. The C.V. Mosby Company, St. Louis, U.S.A.
- 31 - Craytor, Josephine K. - Enfermagem e o problema de câncer. In: Manual de Clínica Oncológica - Aspectos Multidisciplinares, 1977. Ed. Sarvier, São Paulo.
- 32 - Nefussi, Nelson - Conceituação de Saúde Ocupacional. In: Curso de Medicina do Trabalho, 1:13-17, 1981, Fundacentro, Ministério do Trabalho, São Paulo.



- 33 - Ayoub et alii - Riscos e medidas de autoproteção no manuseio de drogas anti-neoplásicas. In: Revista da Escola de Enfermagem da USP, 21(1):47-53, abr 1987, São Paulo.
- 34 - Raberg, Lena - Handling Cytotoxic agents. In: Cancer Nursing, Internacional Cancer News, 7:10-11, jul 1987, Geneva.
- 35 - Cyanamid e Lederle Laboratórios - Citostáticos - preparação, administração e efeitos tóxicos, Cidade Editora Científica Ltda., Rio de Janeiro.
- 36 - Amorim, E.F.; Belchior, E.G.; Cardoso, R.C.; Negri, M.D.S.; Reis, T.L.C.G. e Zanchetta, M.S. - Levantamento do nível de informação quanto a proteção radiológica e sua relação com radiação recebida pela equipe de enfermagem (monografia para especialização em Enfermagem do Trabalho), EEAN - UFRJ, 1986, Rio de Janeiro.
- 37 - Tauhata, L. e Almeida E.S. - Radiações Nucleares. 2.ed., Gráfica do CNEN, Ministério de Minas e Energia.
- 38 - Santos, Evangelina Kotzias Atherino dos - Comparação entre as teorias de enfermagem de Horta, King, Rogers, Roy e Orem. In: Rev. Paul. Enf., 5(1):3-6, Jan-fev-mar 1985, São Paulo.

- 39 - Amaral, S.C.; Gonçalves, M.C.; Penteado, M.S.; Sena, C.A. e Zanchetta, M.S. - Análise e considerações gerais sobre as teorias de Enfermagem de G.Uihely, S.C.Roy e A.Meleis. Trabalho apresentado à disciplina Metodologia de Assistência de Enfermagem II no Curso de Mestrado em Enfermagem da EEAN - UFRJ, 1988, Rio de Janeiro.
- 40 - Poletti, R. - Les Soins Infirmiers: Theories and Concepts, 1978. Le Centurion, Paris.
- 41 - Duldt, B.W. e Giffin, K. Theoretical perspectives for nursing. In: Building a theory: Humanistic nursing communication, 181-190, 1985. Little, Brown and Company Limited, U.S.A.
- 42 - Gil, Antônio Carlos - Métodos e Técnicas de Pesquisa Social, 1989, 2.ed. Editora Atlas S/A, São Paulo.
- 43 - Marconi, M.A. & Lakatos, E.M. - Técnicas de Pesquisa, 1982. Editora Atlas S/A, São Paulo.
- 44 - Bardin, Laurence - Análise de Conteúdo, 1977. Edições 70, Lisboa, Portugal.
- 45 - -----; op.cit.p.49.
- 46 - Trivinos, Augusto Nivaldo Silva - Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A Pesquisa Qualitativa em Educação, 1987. Editora Atlas S/A, São Paulo.



## BIBLIOGRAFIA

- 1 - Anais do 3º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, 1984. Editora da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- 2 - Anais do 1º Simpósio Brasileiro de Teorias de Enfermagem, 1985. Editora da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- 3 - Ash, Carol R. - Cancer nursing in the year 2.000. In: Cancer Nursing, 9(1):17-A18, 1986, New York, U.S.A.
- 4 - Amaral, S.C.; Gonçalves, M.C.; Penteado, M.S.; Sena, C.A. e Zanchetta, M.S. - Análise e considerações gerais sobre as teorias de Enfermagem de G.Uihely, S.C.Roy e A.Meleis. Trabalho apresentado à disciplina Metodologia da Assistência II no Curso de Mestrado em Enfermagem da EEAN - UFRJ, 1988, Rio de Janeiro.
- 5 - Bastos, Lilia da Rocha; Paixão, Lyra & Fernandes, Lúcia Monteiro - Manual para Elaboração de Projetos e Relatórios de Pesquisa, Teses e Dissertações, 1982. 3.ed. Ed. Guanabara, Rio de Janeiro.
- 6 - Bradley, Jean C. & Edinberg, Mark A. - Communication in the nursing context, 1982. Appleton - Century - Crafts/Norwalk, Connecticut, U.S.A.
- 7 - Bower, Fay Louise - The process of planning nursing care - nursing practice models, 1982. 3.ed. The C.V. Mosby Company, St. Louis, U.S.A.

- 8 - Campos, Geniberto P. - Controle das doenças não transmissíveis no Brasil. In: HMK - Câncer, 3(1):3-4, 1986, Rio de Janeiro.
- 9 - Cancer Treatment, 1985. 2.ed. Charles M. Haskell Editor, W.B. Saunders Company, Philadelphia, U.S.A.
- 10 - Demo, Pedro - Avaliação Qualitativa, 1988. 2.ed., Cortez Editora, São Paulo.
- 11 - Dias, Lygia Paim Muller - apostila de tradução livre e de uso pessoal, sobre o texto correspondente ao cap. 8 do livro: Theoretical Nursing: Developments Progress, de autoria de A.Meleis - Teoria de Enfermagem: Uma ardente miragem ou um espelho de realidade.
- 12 - Duldt, B.W. e Giffin, K. Theoretical perspectives for nursing. Building a theory: Humanistic nursing communication, 181-190, 1985. Little, Brown and Company Limited, U.S.A.
- 13 - Gil, Antônio Carlos - Métodos e Técnicas de Pesquisa Social, 1989, 2.ed. Editora Atlas S/A, São Paulo.
- 14 - ----- - Como elaborar projetos de pesquisa, 1989. 2.ed., Editora Atlas S.A., São Paulo.
- 15 - Hairperson, George e Julia B. - Nursing Theories - The Base for Professional Nursing Practice, 1980. Prentice-Hall, U.S.A.
- 16 - Hckley, Sonja S. - Enabling hope. In: Cancer Nursing, 9(3):133-137, 1986. New York.

- 17 - Internacional Union Against Cancer (UICC) - Basic Concepts in Cancer Nursing - UICC technical report series, 39, 1980. Barckley, V. Editor, Geneva.
- 18 - ----- - Public educational about cancer - UICC technical report series, 45, 1975. Patricia Hobbs ed., Geneva.
- 19 - ----- - Teoria v prática de la educación sanitária en la lucha contra el cancer - serie de Informes técnicos, 10, 1974. Geneva.
- 20 - Jenkins, J.F. & Ostchega, Y. - Evaluation of burnout in oncology nurses. In: Cancer Nursing, 9(3):108-116, 1986. New York.
- 21 - Larson, Patrícia J. - Cancer nurses perspeptions of caring. In: Cancer Nursing, 9(2):86-91, 1986. New York.
- 22 - Marconi, M.A. & Lakatos, E.M. - Técnicas de Pesquisa, 1982. Editora Atlas S/A, São Paulo.
- 23 - Mills, D.S. & Pennoni, M. - A nursing work environment in philosophy and practice. In: Cancer Nursing, 9(3):117-124, 1986. New York.
- 24 - Neves, Ester de Almeida - O Mundo do paciente em sua Manifestação Pluridimensional (dissertação de livre docência), 1974, Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro.

- 25 - Poletti, R. - Les Soins Infirmiers: Theories and Concepts, 1978. Le Centurion, Paris.
- 26 - Reich, Wilhelm - La Biopatia del Cancer, 1973. Ediclone Nueva Vision, Buenos Aires, Argentina.
- 27 - Santos, Evanguella Kotzias Atherino dos - Comparação entre as teorias de Enfermagem de Horta, King, Rogers, Roy e Orem. In: Rev. Paul. Enf., 5(1):3-6, jan, fev, mar 1985, São Paulo.
- 28 - Schottenfeld, D. & Fraumeni, J.F. - Cancer Epidemiology and Prevention, 1982. W.B. Saunders Company, U.S.A.
- 29 - Seilitz, Jahoda, Deutsch & Cook - Métodos de pesquisa nas relações sociais, 1974. 4.ed., São Paulo.
- 30 - Souza, M.F.; Marin, H.F.; Miyazawa, N.S. e Arantes, S.L. - O modelo de adaptação de Roy - Proposta de aplicação em Enfermagem Obstétrica. In: Acta Paul. Enf., 2(1):14-17, mar 1989.
- 31 - Vieira, Therezinha T. - Importância da Imagem Corporal na Prática da Enfermagem (dissertação de livre docência), EEAN - UFRJ, 1976, Salvador.
- 32 - Zanchetta, Margareth S. - Assistência e Ensino de Enfermagem em Cancerologia - Obstáculos à sua Expansão (projeto de pesquisa). EEAN - UFRJ, 1988, Rio de Janeiro.

Anexo  
Instrumentos de  
Coleta de dados

**Anexos**



Universidade Federal do Rio de Janeiro  
Centro de Ciências da Saúde  
Escola de Enfermagem Anna Nery  
Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica

Resumo do Trabalho

Este trabalho tem como objetivo investigar a percepção dos profissionais de saúde mental sobre a utilização de instrumentos para coleta de dados em pesquisas qualitativas. A metodologia utilizada foi a revisão de literatura, com foco em artigos científicos publicados entre 2000 e 2010. Os resultados indicam que há uma necessidade de desenvolvimento de instrumentos específicos para a realidade brasileira, considerando as particularidades da prática profissional e a diversidade cultural dos sujeitos pesquisados.

Palavras-chave: instrumentos de pesquisa, coleta de dados, enfermagem psiquiátrica, pesquisa qualitativa.

**Anexo I**

**Instrumentos para  
Coleta de Dados**

CONTENIDO DO ANEXO I

ANEXO I

MARCELO SANTOS ZANONELLI  
Psicólogo Clínico

Universidade Federal do Rio de Janeiro  
Centro de Ciências de Saúde  
Escola de Enfermagem Anna Néry  
Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Concentração: Enfermagem Assistencial

Prezado(a) colega:

Os impressos em anexo, destinam-se a coleta de dados para subsidiar a elaboração da dissertação de tese, sob o título "Situações Prioritárias na Enfermagem em Cancerologia - Modelo Assistencial" cujo tema central é a abordagem assistencial do enfermeiro na referida área.

Sua participação é de capital importância, pois sua experiência e colaboração, endossarão as proposições e conclusões para o estudo e, viabilizarão a proposta da prática institucional de pesquisas para a enfermagem.

Certa de sua participação,

Atenciosamente

.....  
MARGARETH SANTOS ZANCHETTA  
mestranda EEAN/UFRJ

Ficha de Caracterização

dos Enfermeiros Respondentes

- Nº de controle: .....
- Ano de graduação: .....
- Área atual de atuação: .....
- Áreas anteriores de atuação: .....
- Tempo de atuação com clientes portadores de neoplasias malignas: .....

## Instruções para o Preenchimento do Instrumento

### Coluna I - Caracterização da Situação Prioritária

- 1 - Marcar com "X" o campo "concorda" na opção "sim" ou "não" nos itens correspondentes às letras "a, b, c, d, e ou f" e também nos sub-itens relacionadas.
- 2 - Cada sub-item das respectivas letras, pode ser ampliado conforme sua opinião, registrando o acréscimo pertinente no campo "outros".

### Coluna II - Manifestação da Situação Prioritária

- 1 - Marcar com "X" o campo "concorda" na opção "sim" ou "não" nos itens correspondentes às letras "1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10".
- 2 - Correlacionar, com marcação de "X", os itens correspondentes a letra da caracterização da situação prioritária (coluna I) cada manifestação da situação prioritária pode ser indicada para uma ou mais letras de caracterização, concomitantemente. No caso de exclusão marcar com um traço (-), a letra correspondente.

### Coluna III - Ação Básica do Enfermeiro por Item de Manifestação

- 1 - Descrever sucintamente a(s) ação(s) básica(s) para cada manifestação com registro "sim" de concordância.

Área de Prioridade Assistencial - Impacto da Internação -

I - Caracterização da Situação Prioritária	II - Manifestação da Situação Prioritária		III - Ação Básica do Enfermeiro por Item de Manifestação.	
	Concorda SIM   NÃO	Relacionado a:	Concorda SIM   NÃO	Relacionado a:
a - relacionada ao tempo de hospitalização: * previsão de permanência * aceitação * outros (especificar): ..... ..... .....		1 - dificuldade de ajustamento na dinâmica hospitalar 2 - relutância em aceitar a necessidade de internação 3 - preocupação com a chegada de resultados de exames. 4 - questionamento do tempo médio de internação		
b - relacionada a experiências anteriores: * outros (especificar): ..... ..... .....		5 - questionamento quanto a procedimentos diagnósticos 6 - verbalização da situação-doença como fatalismo 7 - preocupação com a continuidade e evolução do tratamento		
c - relacionada às reações emocionais aos motivos da hospitalização * outros (especificar): ..... ..... .....		8 - preocupação com o afastamento das atividades laborativas 9 - preocupação com o afastamento do núcleo familiar		
d - Outros (especificar): ..... ..... ..... .....		10 - Outros (especificar): ..... ..... ..... .....		

Área de Prioridade Assistencial - Diagnóstico e Necessidades Terapêuticas -

III - Ação Básica do Enfermeiro por Item de Manifestação.

Relacionado a:

II - Manifestação da Situação Prioritária

I - Caracterização da Situação Prioritária

Concorda: SIM | NÃO | a | b | c | d | e | f

- 1 - dificuldade de aceitação da implementação da terapêutica
- 2 - questionamento de definição para seu restabelecimento
- 3 - participação nas tomadas de decisões
- 4 - verbalização de experiências e expectativas
- 5 - surgimento de acidentes, intercorrências ou complicações
- 6 - necessidade de conforto
- 7 - necessidade de segurança
- 8 - outros (especificar)

Concorda: SIM | NÃO

- a - relacionada ao diagnóstico:
  - \* desconhecimento
  - \* conhecimento (com e sem aceitação)
  - \* outros (especificar):
- b - relacionada a participação em exames e procedimentos
  - \* outros (especificar):
- c - relacionada às necessidades terapêuticas
  - \* questionamento quanto a evolução
  - \* questionamento quanto as possibilidades
  - \* outros (especificar):

- d - relacionada a recusa de participação em cuidados
  - \* outros (especificar):

- e - relacionada às reações emocionais à doença
  - \* outros (especificar):

- f - outros (especificar)

Área de Prioridade Assistencial - Comprometimento Psicossomático -

I - Caracterização da Situação Prioritária	Concorda SIM   NÃO	II - Manifestação da Situação Prioritária	Concorda SIM   NÃO	Relacionado a: a   b   c   d   e	III - Ação Básica do Enfermeiro por Item de Manifestação.
<p>a - relacionada ao processo saúde-doença:ento</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* comprometimento das funções essenciais/dependência parcial</li> <li>* comprometimento das funções essenciais/dependência total</li> <li>* outros (especificar): .....</li> </ul>		<p>1 - atitudes exibicionistas das alterações físicas</p> <p>2 - recusa de visualizar as alterações físicas</p> <p>3 - reafirmação da necessidade de atenção e cuidados.</p> <p>4 - somatização de ansiedades e angústias</p>			
<p>b - relacionada a alterações psicossomáticas, quanto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* aceitação</li> <li>* adaptação</li> <li>* outros (especificar): .....</li> </ul>		<p>5 - recusa de participar nas tomadas de decisões</p> <p>6 - verbalização de queixas frequentes imotivadas</p> <p>7 - alterações na auto-estima</p>			
<p>c - relacionada ao comprometimento da auto-imagem</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* aceitação</li> <li>* adaptação</li> <li>* outros (especificar): .....</li> </ul>		<p>8 - alteração na auto-imagem</p> <p>9 - alterações na imagem corporal</p>			
<p>d - relacionada às reações emocionais à doença</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* outros (especificar): .....</li> </ul>		<p>10 - tendência ao auto-extermínio</p>			
<p>e - outros (especificar) .....</p>		<p>11 - outros (especificar) .....</p>			

Área de Prioridade Assistencial - Alteração do Estilo de Vida -

III - Ação Básica do Enfermeiro por Item de Manifestação.

I - Caracterização da Situação Prioritária	Concorda SIM   NÃO	II - Manifestação da Situação Prioritária	Concorda SIM   NÃO	Relacionado a: a   b   c   d   e   f
a - relacionada ao lazer: # outros (especificar): ..... ..... ..... .....		1 - tendência ao abandono de atividade de lazer e recreação  2 - tendência ao isolamento  3 - abandono familiar pela doença		
b - relacionada a hábitos de vida # outros (especificar): ..... ..... ..... .....		4 - abandono dos amigos próximos pela doença  5 - abandono de crença religiosa		
c - relacionada a vida social: # outros (especificar): ..... ..... ..... .....		6 - acentuado misticismo (supervalorização da religião)  7 - interferência nos diversos processos de readaptação psicossomáticos e sociais.  8 - alteração na imagem corporal		
d - relacionada à reabilitação # outros (especificar): ..... ..... ..... .....		9 - insegurança quanto ao retorno ao núcleo familiar  10 - insegurança quanto ao retorno ao núcleo social		
e - relacionada a limitações e impedimentos # outros (especificar): ..... ..... ..... .....		11 - outros (especificar) ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....		
f - outros (especificar) ..... ..... ..... .....				





Área de Prioridade Assistencial - Comprometimento das Atividades Laborativas -

I - Caracterização da Situação Prioritária	Concorda	II - Manifestação da Situação Prioritária	Concorda	Relacionado a:	III - Ação Básica do Enfermeiro por Item de Manifestação.
	SIM   NÃO		SIM   NÃO	a   b   c   d   e	
a - relacionada a redução da capacidade produtiva: # outros (especificar): ..... ..... .....		1 - preocupação com o tempo de afastamento  2 - aceitação do afastamento definitivo  3 - dificuldade de aceitação do afastamento compulsório			
b - relacionada às expectativas quanto ao afastamento pela doença: # outros (especificar): ..... .....		4 - preocupação com a manutenção do padrão de vida sócio-econômico familiar  5 - preocupação com a adequação da atividade laborativa a sua condição clínica			
c - relacionada às expectativas quanto ao retorno: # outros (especificar): ..... .....		6 - outros (especificar) ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....			
d - relacionada às reações emocionais ao afastamento: # outros (especificar): ..... .....					
e - outros (especificar) ..... ..... .....					

Área de Prioridade Assistencial - Busca da Independência -

I - Caracterização da Situação Prioritária	II - Manifestação da Situação Prioritária	Concorda SIM   NÃO	Relacionado a: a   b   c   d   e	III - Ação Básica do Enfermeiro por Item de Manifestação.
a - relacionada às condições para o auto-cuidado: * capacidade de compreensão * não compreensão * capacidade de aprendizagem * motivação para o autocuidado * necessidades terapêuticas continuadas * outros (especificar): .....	1 - tendência a negligenciar a própria recuperação e reabilitação 2 - receio de assumir o autocuidado 3 - atribuição a si próprio do surgimento de complicações 4 - deficiência de recursos materiais e financeiros para o autocuidado 5 - relutância na aceitação das orientações para a saúde 6 - ceticismo quanto a recuperação e reabilitação 7 - preocupação com a adaptação a próteses e órteses definitivas 8 - ausência de possibilidades para independência/dependência total 9 - outros (especificar) ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....			
b - relacionada a recuperação * outros (especificar): .....				
c - relacionada a reabilitação: * presença de limitações e/ou impedimentos * necessidade do uso de próteses e órteses * outros (especificar): .....				
d - relacionada a recusa de tornar-se independente: * outros (especificar): ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....				
e - outros (especificar) ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....				

ESCOLA DE ENFERMAGEM NUNCA MORTA  
COORDENAÇÃO DOS CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO E ESPECIALIZAÇÃO

Rio de Janeiro, 24 de Julho de 1971

Assessor de Instituto Nacional de Câncer - Dr. Marcos Nogueira

Anexo II

**Ofício da Coordenação do Curso  
de Mestrado em Enfermagem  
EEAN/UFRJ - apresentando a  
Autora a Direção da Instituição**

*[Handwritten signature]*  
Coordenadora do Curso de Mestrado  
ENFERMAGEM

- \* TÍTULO DA TESE: "SITUAÇÕES PRIORITÁRIAS NA ENFERMAGEM EM CANCEROLÓGIA - Modelo Analítico"
- \* ORIENTADORA: Profª DRª SHIRLEY CORREIA DA COSTA

ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY/UFRJ  
COORDENAÇÃO DOS CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

Rio de Janeiro, 24 de julho de 1990

Ao  
Diretor do Instituto Nacional do Câncer - Dr. Marcos Moraes

Apraz-nos apresentar a V.Sa., MARGARETH  
SANTOS ZANCHETTA ----- aluno(a) do  
Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna  
Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, para qual soli-  
citamos apoio desta Instituição, no que se refere ao levanta-  
mento de dados necessários a elaboração do trabalho de conclu-  
são do referido curso.

Atenciosamente,

*Lely de Souza Baptista*  
p/ *Maria Antonieta Rabio Tyrrell*  
Coordenadora do Curso de Mestrado  
EEAN/UFRJ

- \* TÍTULO DA TESE: " SITUAÇÕES PRIORITÁRIAS NA ENFERMAGEM EM  
CANCEROLOGIA - Modelo Assistencial"
- \* ORIENTADORA: Profª Drª SHIRLEY CORREIA DA COSTA

## SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

DE 19/04/2018

257 de setembro de 1994

Do Coordenador de Pesquisa e Recursos Humanos da Instituição Nacional de Língua de Língua  
 Do Coordenador de Curso de Mestrado 0448/0122  
 Do Coordenador de Curso de Mestrado 0448/0122  
 Do Coordenador de Curso de Mestrado 0448/0122  
 Do Coordenador de Curso de Mestrado 0448/0122

Coordenadoria de Pesquisa e Recursos Humanos  
 do Instituto Nacional de Língua - anexo Anexo III  
 do Edital de seleção - Seleção de professores de Língua de Língua  
 do Edital de seleção - Seleção de professores de Língua de Língua

**Ofício da Coordenadoria de  
 Pesquisa e Recursos Humanos da  
 Instituição a Coordenação do  
 Curso de Mestrado, autorizando  
 a realização do estudo.**



## SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

OF. Nº 29/90-CPRH

Em 17 de Setembro de 1990

Do Coordenadora de Pesquisa e Recursos Humanos do Instituto Nacional  
de Câncer  
Ao Coordenadora do Curso de Mestrado EELAN/UFRJ

Assunto Tese de Mestrado: "Situações Prioritárias na Enfermagem em Cancerologia  
- Modelo Assistencial".

Senhora Coordenadora:

A Coordenadoria de Pesquisa e Recursos Humanos do Instituto Nacional de Câncer, se compromete a apoiar o trabalho de coleta de dados e elaboração da tese de mestrado de Margareth Santos Zanchetta, visto ser o tema de grande interesse para a Instituição.

Atenciosamente,

A handwritten signature in cursive script, appearing to read 'Vivian M. Rumjanek'.

VIVIAN M. RUMJANEK, Ph. D.  
COORDENADORA DE PESQUISAS E RECURSOS HUMANOS  
INCa

Relação Nominal dos Participantes do Estudo

- 01 - ALCANTARA CRISTINA R. FERREIRA DE OLIVEIRA
- 02 - ALZAMIRA RODRIGUES
- 03 - ANTONIO ROYRIGUES RAMAL
- 04 - DEICYRAN CARVALHO FERREIRA DE LIMA
- 05 - JOJANE TÁLIA DE ARAÚJO
- 06 - ELIENE MARIA DEJESINA BARRETO
- 07 - ELIANE DA CONCEIÇÃO MORENO
- 08 - LUCY DA SILVA OLIVEIRA
- 09 - MARILENE DE SOUZA
- 10 - FLORIANE MARIA ANTONIO DE LIMA
- 11 - MARILYN ROCHA BARRETO
- 12 - ROSA MARIA DA SILVA
- 13 - ROSANGELA MARIA DA SILVA
- 14 - TÁLIA CLIMÉRIO DE LIMA
- 15 - LUCY COLLE MONTANO FREITAS

Anexo IV

Relação Nominal dos Enfermeiros  
Participantes do Estudo.

- 16 - MARIA APARECIDA BERRINI
- 17 - MARIA CLAYTON LIMA SOUZA
- 18 - MARIA CRISTINA MACHADO DA SILVA SOUZA
- 19 - MARIA SOUZA DE SOUZA
- 20 - MARA DAS GRACAS FERREIRA FERREIRA
- 21 - MARIA DAS GRACAS DE SOUZA
- 22 - MARIA DAS GRACAS FERREIRA SOUZA
- 23 - MARIA DE SOUZA FERREIRA
- 24 - MARIA LUCILENE DA SILVA SILVINO SOUZA
- 25 - MARILENE SOUZA DE SOUZA



## Enfermeiros Participantes do Estudo

- 01 - ALCINÉA CRISTINA K. FERREIRA DE OLIVEIRA
- 02 - ANA MARIA RODRIGUES
- 03 - ANTONIO RODRIGUES RANGEL
- 04 - DEISEMAR CABRAL PONCE DE LEÃO
- 05 - EDJANE FARIA DE AMORIM
- 06 - ELIANA MARIA TEIXEIRA BARRETO
- 07 - ELIANE DA CONCEIÇÃO LOURENÇO
- 08 - ELIDA CABRAL CUNHA
- 09 - EVALDO DE SANTANA
- 10 - GLORIA MARIA ANNIBOLETI SANTOS
- 11 - ISIDRO MORGADO BARBEDO
- 12 - JOÃO SOARES DIAS NETO
- 13 - JORGINA MOURA DOS SANTOS
- 14 - JOSÉ CLEMENTE DE LIMA
- 15 - LUIZ CELIO MARTINS FREITAS
- 16 - MARIA ALICE PDMBO DO AMARAL
- 17 - MARIA ANGELINA VALENTIM NASCIMENTO
- 18 - MARIA APARECIDA BARROS
- 19 - MARIA CLEOFAS LEDA MOURA
- 20 - MARIA CRISTINA MARQUES DOS SANTOS LUVIZOTO
- 21 - MARIA GORETE DE PONTES
- 22 - MARIA DAS GRAÇAS FERREIRA PINHEIRO
- 23 - MARIA DAS GRAÇAS DE SOUZA
- 24 - MARIA DAS GRAÇAS VIEIRA ABREU
- 25 - MARIA DE LOURDES FREITAS
- 26 - MARIA LUCÍLIA DA VITÓRIA SILVINO NEVES
- 27 - MARISTELA COLONESI DA ROSA

- 28 - NELSON VIRLA GOMES
- 29 - RITA DE CASSIA MACHADO TORRES
- 30 - SHIRLEY SANTOS GUIMARÃES
- 31 - SOLANGE CASSIANO BORGES
- 32 - SOLANGE DA ROSA TAVARES
- 33 - THEREZA CRISTINA GAGLIONE
- 34 - VALKIRIA D'AIUTO DE MATTOS
- 35 - VANIA MARIA FERNANDES TEIXEIRA
- 36 - VANIA DE SOUZA PINTO
- 37 - VERA EUNICE LUSSAC
- 38 - VICENTE RODRIGUES MELO
- 39 - YEOA ROQUE CARRAPATEIRA

Enfermeiros Componentes do Comitê Técnico

- 01 - ANA MARIA RODRIGUES
- 02 - EOJANE FARIA DE AMORIM
- 03 - JORGINA MOURA DOS SANTOS
- 04 - MARIA DAS GRAÇAS FERREIRA PINHEIRO
- 05 - NELSON VIRLA GOMES