



BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

Cómo citar este documento

Ayd Pereira José, Sabrina; Luzia Leite, Joséte. Câncer de mama localmente avançado: construindo um modelo de gerência de enfermagem a partir da percepção da mulher. Biblioteca Lascasas, 2015; 11(3). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0852.php>

Câncer de mama localmente avançado: construindo um modelo de gerência de enfermagem a partir da percepção da mulher.

Sabrina Ayd Pereira José¹; Joséte Luzia Leite²

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós – Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery / Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de mestre em Enfermagem. Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional em Enfermagem – GESPEN.

¹Professora Adjunto da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ – Campus Macaé Professor Aloísio Teixeira. Rio de Janeiro, Brasil.

²Orientadora. Livre docente, doutora em Enfermagem. Professora Titular Emérita da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro / UNIRIO. Membro da Diretoria do Núcleo de Gestão em Saúde e Exercício Profissional de Enfermagem (GESPEN) da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro / UFRJ. Pesquisadora 1 A do CNPq.

RESUMO

Câncer de mama localmente avançado: construindo um modelo de gerência de enfermagem a partir da percepção da mulher.

Objetivos: compreender a percepção das mulheres acerca da experiência com câncer de mama localmente avançado; construir modelo de gerência do cuidado de enfermagem.

Metodologia: Estudo qualitativo, onde utilizou a fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty. Os sujeitos foram 15 clientes, em tratamento em um hospital público federal oncológico do Rio de Janeiro. Na análise dos dados utilizaram as etapas de Giorgi: descrição e leitura dos relatos, a extração das unidades de significação e transformação das unidades de significação em conceitos científicos. Resultados: Surgiram cinco unidades de significação: a percepção em si da mama doente; expressando situação de; explicitando o cuidado desejado para si; percebendo o relacionamento com outro em situação de cuidado; vivendo as perspectivas e demandas de ser cuidada. Conclusão: Através dos relatos, desenvolveu um modelo de gerência do cuidado de enfermagem.

Palavras-chaves: neoplasias da mama; enfermagem; modelo de gerência do cuidado;

ABSTRACT

Locally advanced breast cancer: building a model of nursing management from the perception of women.

Objectives: to understand women's perceptions about the experience with locally advanced breast cancer; build management of nursing care model. Methods: a descriptive qualitative study, which utilized the phenomenology of Maurice Merleau-Ponty. The subjects were 15 customers in cancer treatment in a federal public hospital in Rio de Janeiro. Used in the data analysis steps Giorgi: description and readings, extraction of meaning units and conversion of units of meaning in scientific concepts. Results: There have been five units of meaning: the perception itself of the diseased breast; expressing situation; making explicit the desired care for themselves; realizing the relationship with others in care situation; living the perspectives and needs to be cared for. Conclusion: Through the reports, developed a management model of nursing care.

Keywords: breast cancer, nursing, management model of care

RESUMEN

Cáncer de mama localmente avanzado: la construcción de un modelo de gestión de enfermería de la percepción de las mujeres.

Objetivos: comprender las percepciones de las mujeres acerca de la experiencia con el cáncer de mama localmente avanzado; construir un modelo de gestión de los cuidados de enfermería. Metodología: estudio cualitativo descriptivo, que utiliza la fenomenología de Maurice Merleau-Ponty. Los sujetos fueron 15 pacientes en tratamiento en un hospital federal oncológica en Río de Janeiro. Se utiliza en el análisis de datos de los pasos Giorgi: descripción y la lectura, la extracción de unidades de significado y la conversión de unidades de significado en los conceptos científicos. Resultados: se han producido cinco unidades de significado: la propia percepción de la mama enferma; expresando situación; haciendo explícita la atención deseada por sí mismos; darse cuenta de la relación con otras personas en situación de cuidado; viviendo las perspectivas y necesidades para ser atendido. Conclusión: a través de los informes, ha desarrollado un modelo de gestión de los cuidados de enfermería.

Palabras clave: cáncer de mama, enfermería; modelo de gestión de la atención

1.INTRODUÇÃO

1.1 - TRAJETÓRIA PROFISSIONAL

Formada pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) no 1º semestre de 2004. Despertei o interesse pela atividade de pesquisa quando era acadêmica de enfermagem, quando tive a oportunidade de ser bolsista PIBIC/UFRJ, orientanda da Professora Doutora Joséte Luzia Leite na linha de pesquisa Modelos-Saber-paradigma- HIV/AIDS.

A aproximação com a temática deste estudo começou no quinto período da graduação, quando iniciei as atividades relacionadas ao cuidado às pessoas com câncer no programa interdepartamental 6 (seis) (PCI VI), da Escola de Enfermagem Anna Nery, quando fui realizar o estágio curricular na central de quimioterapia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF). Durante este período, possibilitou-me o primeiro contato com esses clientes tão sofridos.

Iniciei a trajetória profissional, tendo a oportunidade de realizar o concurso para Residência de Enfermagem Oncológica do Instituto Nacional de Câncer (INCA) e tornando-me residente e especializando em Pesquisa Clínica Oncológica onde fiquei por dois anos e seis meses (no período de março de 2005 à agosto de 2007). Nesse período, tive a oportunidade de estudar e aprender com os profissionais envolvidos no cuidado de enfermagem ao cliente com câncer dos mais variados tipos.

Durante o primeiro ano de residência em Oncologia no Instituto Nacional de Câncer passei por todos os setores da área oncológica (oncologia cirúrgica, oncologia clínica e cuidados paliativos) num período de 30 dias em cada setor. A partir do segundo ano tive a oportunidade de escolher a área oncológica para me aprofundar e desenvolver o trabalho de conclusão de curso onde escolhi a modalidade cirúrgica com a temática câncer de mama.

Assim, essa pesquisa surgiu a partir da assistência de enfermagem prestada às clientes com câncer de mama localmente avançado, especificamente na sala de curativos do ambulatório do Hospital do Câncer III (HC III), enquanto residente de enfermagem do segundo ano na especialidade de oncologia cirúrgica.

O HC III é uma unidade hospitalar assistencial pertencente ao INCA desde maio de 1999, transformou-se em centro especializado no atendimento, diagnóstico e tratamento de clientes portadoras de neoplasia mamária em seus diversos estágios de desenvolvimento. Essa clientela vem encaminhada de diferentes locais, como do serviço privado e da rede pública existente no Estado do Rio de Janeiro e, eventualmente, de outras partes do Território Nacional.

O atendimento inicial do HC III se dá por encaminhamento, avaliação da triagem e, em caso de suspeita de doença maligna da mama ou malignidade já comprovada, inicia-se o atendimento na instituição, onde a cliente poderá ser submetida ao tratamento clínico (quimioterapia e radioterapia) e/ou cirúrgico dependendo do desenvolvimento da doença.

1.2 - A PROBLEMÁTICA DO ESTUDO

Todas as clientes assistidas no HC III, em determinado momento, são encaminhadas à sala de curativos independente do tratamento que irão realizar a fim de avaliar a ferida cirúrgica ou a ferida tumoral na mama. Portanto, foi neste setor específico (ambulatorial) que me deparei a pensar e assim, a partir das minhas observações e da minha prática de enfermagem comecei a desenvolver um interesse especial acerca das mulheres com câncer localmente avançado especificamente as mulheres portadoras de ulceração na mama.

Ao observá-las, comecei a me questionar como seria para uma mulher conviver com a mama afetada pelo câncer localmente avançado e percebi como era sofrida e dolorosa para essa cliente estar com a mama ferida, já que a mama representa a marca registrada do universo feminino, ou seja, o traço definido da feminilidade. Durante os cuidados refleti como essas clientes queriam ser cuidadas pelos enfermeiros no ambulatório onde existe proposta de tratamento curativo. Percebe-se na sala de curativos a existência da metodologia da assistência de enfermagem as clientes com câncer que têm a chance de se submeter cirurgicamente a remoção da mama doente. No entanto, há uma carência de um olhar em relação às clientes com câncer de mama localmente avançado que muitas vezes não se submeterá ao tratamento cirúrgico.

Assim, observei que poderia unir a percepção das clientes como meio de organizar e conduzir o seu cuidado, desenvolvendo estratégias de gerência para concretização da melhoria das intervenções de enfermagem. Ao realizar o cuidado gerencial há uma aderência ao mundo subjetivo com a finalidade de obter tecnologias para facilitar as ações, objetivando a criação de modelo de gerência de enfermagem.

No ambulatório, em geral, essas clientes apresentam ferida tumoral extensa, dolorosa, sangrante, muitas vezes infectadas, com odor fétido e grande quantidade de exsudato, sendo acompanhadas pelas enfermeiras da sala de curativos, de acordo com agendamento prévio; objetivando um tratamento sintomático com vistas à regressão da lesão, controle do sangramento, da dor e de infecções secundárias. Como também, avaliar as necessidades emocionais e físicas dando apoio e compreendendo esse momento difícil em que elas (clientes) passam devido à doença. Assim, o cuidado de enfermagem é o ponto de partida para o encontro de diferentes vivências e experiências humanas no universo da atenção à saúde.⁽¹⁾

Por que construir o modelo de gerência do cuidado de enfermagem? É uma pergunta que venho fazendo ao longo da minha prática profissional, já que sabemos a existência de vários modelos como o assistencial, conceitual, como também, o organizacional. Esse desejo de construir um modelo de gerenciamento do cuidar para aquelas clientes que tenham a ferida tumoral a partir da percepção em experienciar esse momento de sofrimento onde apresenta um órgão tão feminino destruído pelo tumor. O modelo proposto a ser construído nos remeterá como os enfermeiros deverão conduzir a prática de enfermagem ao unir o cuidado físico com o olhar subjetivo através da percepção

É nesse contexto que o cuidar é o ponto primordial para realizar um gerenciamento das ações de enfermagem de qualidade a fim de estabelecer o modelo de gerência. A partir dos cuidados realizados pelas enfermeiras na sala de curativo

identifiquei empiricamente que a prática de enfermagem precisa contemplar um modelo de gerência de enfermagem a partir da experiência das mulheres com câncer de mama localmente avançado. Assim, ao realizar o curativo, este procedimento incentivou-me à construção do modelo proposto a partir da percepção das clientes com o câncer de mama localmente avançado.

Segundo a estimativa do Instituto Nacional de Câncer (2008)⁽²⁾: “o câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais freqüente no mundo e o primeiro entre as mulheres”. Apesar de ser considerado um câncer relativamente de bom prognóstico, se diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas no Brasil, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados.⁽²⁾

O câncer é a consequência de alterações moleculares que resultam da quebra da integridade funcional do ciclo celular. Essas alterações moleculares conferem à célula habilidades adquiridas capazes de determinar modificações em seu comportamento. As habilidades adquiridas resultam em alterações na fisiologia celular que, em última instância, são responsáveis pela biologia do câncer.⁽³⁾

Assim, o crescimento e divisão das células são acelerados e levam à formação de massa tecidual chamada de tumor. Este infiltra-se através das barreiras do tecido normal até as estruturas subjacentes, e então se dissemina metastaticamente, na maioria das vezes, aos órgãos e tecidos distantes levando o cliente invariavelmente ao óbito.

A partir da instalação do tumor primário da mama, ocorrerá a sua propagação às estruturas vizinhas e as distantes, podendo esta ser por via direta atingindo sequencialmente os ductos e parênquima mamário, progredindo até o tecido perimamário, culminando com a invasão de tecidos adjacentes; via linfática que ocorre concomitante com a disseminação sanguínea, através da embolização das células neoplásicas ao serem vinculadas à linfa; via vascular originando-se a partir de pequenas veias intramamárias.⁽⁴⁾

Através do crescimento, o tumor de mama pode chegar ao estágio avançado, levando ao aparecimento da ferida tumoral. No entanto, o câncer de mama avançado compreende um grupo heterogêneo de tumores, definidos como estágio III de acordo com o Sistema de classificação dos Tumores (TNM), desenvolvido pela UICC (União Internacional contra o Câncer), que variam quanto à evolução e morfologia, indo de tumores negligenciados, com evolução lenta e massas volumosas, a pequenos tumores com extenso acometimento de linfonodos axilares.⁽⁵⁾

Ao cuidar das mulheres portadoras de câncer de mama localmente avançado percebe-se um olhar de sofrimento físico e psíquico, como citado anteriormente, devido à presença da mama ferida (ulcerada), a qual possui odor desagradável, sangramento, além de ser uma ferida bastante dolorosa.

A ferida tumoral presente pode provocar mudanças na imagem corporal. Além do cuidado com a ferida tumoral, pode criar nas pacientes um impacto psicológico devido a constante lembrança da doença.

Após estas considerações, a presente pesquisa tem como objeto do estudo “o modelo de gerência do cuidado de enfermagem a partir da experiência da mulher com câncer de mama localmente avançado”.

Acerca dessa temática do câncer de mama, surgiu uma questão que irá nortear o estudo: Como é possível criar um modelo gerencial para o cuidar da mulher portadora de câncer de mama localmente avançado?

Para responder essa questão tracei estes objetivos:

- Compreender a percepção das clientes acerca da experiência com o câncer de mama localmente avançado;
- Construir o modelo de gerência do cuidado de enfermagem a partir da experiência da mulher com câncer de mama localmente avançado.

1.3 - JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÃO DO ESTUDO

As feridas tumorais surgem à partir da infiltração das células malignas nas estruturas cutânea. Segundo Firmino (2005)⁽⁶⁾, a quebra da integridade da pele se manifesta a partir do rompimento do nódulo tumoral, que potencialmente poderá tornar-se uma massa necrótica com crescimento proliferativo.

No entanto, as feridas malignas cutâneas podem ser reconhecidas pela semelhança com infecções dérmicas por fungos, podendo se apresentar como lesões ulcerativas.

As clientes com câncer avançado são acometidas, na maioria das vezes, pelo desenvolvimento de extensas lesões neoplásicas. Como portadoras de câncer particularmente na mama, requer atenção em virtude do caráter crônico degenerativo da doença, além do significado social e do impacto psicossocial representados na vida destas. A paciente portadora de feridas neoplásicas tem sofrimento físico e psicológico adicionais ao diagnóstico de câncer.⁽⁶⁾ Assim, as mulheres atendidas com câncer de mama localmente avançado em geral apresentam alterações das condições físicas, psicológicas e sociais. A infiltração da pele pelo tumor primário ou metastático com conseqüente desenvolvimento de ulcerações ou lesões “fungóides”, causa muitas vezes isolamento social e prejuízo emocional.⁽⁷⁾

No espaço da Sala de Curativos do HC III, as clientes com a mama ulcerada têm a experiência de conviver diariamente com os sintomas das feridas neoplásicas. Assim, para a mulher com câncer de mama avançado, ao conviver com a lesão ulcerada gera conflitos, podendo surgir, nesse momento delicado, sentimentos de perda da feminilidade, rejeição e culpa, levando a considerar-se um ser incompleto, diante da desfiguração física.

O câncer parece influenciar negativamente o comportamento da mulher, emergindo um sentimento de desvalorização pessoal, conseqüente alteração do auto-conceito, levando a sensação de incapacidade e o medo de tornar-se menos importante para si e para outros.⁽⁸⁾

É no contexto do impacto da lesão tumoral em afetar significativamente as clientes com câncer de mama, que esta pesquisa torna-se relevante e justifica-se como

de grande valia para elaborar o modelo de gerência do cuidado de enfermagem a partir da experiência da cliente de conviver com a mama ulcerada. A aproximação ao objeto de estudo proposto possibilitará a construção de um modelo de gerência do cuidado permitindo reflexões que objetivam aprofundar e fundamentar formas para ação da enfermagem em sua aplicação à realidade vivenciada. Segundo Carraro & Westphalen (2001): a aplicação pode requerer formulações na prática do dia-a-dia, mas certamente facilitará o desempenho do enfermeiro e da equipe de enfermagem, permitindo maior aproximação com o ser humano, por meio da assistência individualizada ou em grupo.

Ao relacionar a implantação do modelo de gerência de enfermagem à cliente em questão, evidenciou-se através da busca sistematizada nas bases de dados BDNF, Lilacs e Medline que não há estudos realizados nacional e internacionalmente. Contudo, mostra-se uma lacuna no conhecimento quando se trata de modelo de gerência de enfermagem aplicado diretamente a clientes portadoras de ferida tumoral na mama.

Espera-se contribuir para a melhoria da qualidade de vida a partir dos cuidados prestados as clientes sofridas, estigmatizadas, afetadas psicologicamente que apresentam ferida tumoral em uma região considerada como marca da feminilidade. Faz-se necessário construir um modelo de gerência do cuidado de enfermagem, a fim de desenvolver uma assistência de enfermagem de qualidade, fundamentando a prática a partir dos princípios técnicos científicos. Colaborará para fortalecimento do núcleo de pesquisa GESPEn (Gestão em Saúde e Exercício Profissional de Enfermagem), estimular e incentivar a pesquisa científica de enfermagem no âmbito hospitalar, pois é a partir da prática que surgem as inquietações ao cuidar de outrem; bem como, contribuir para a formação dos acadêmicos de enfermagem e dos alunos inseridos nos cursos de pós-graduação de enfermagem oncológica. Assim, também contribuirá para ampliar e fundamentar as discussões científicas em outras áreas de conhecimento de enfermagem.

2.FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 - MODELO DE GERÊNCIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM A PARTIR DA PERCEPÇÃO DA MULHER

A palavra modelo vem do latim *modellus* que significa maneira de ser, que objetiva o direcionamento das ações e observações dos profissionais em sua prática. Assim, o modelo é definido como uma idéia que explica por meio de uma visualização física e simbólica⁽⁹⁾ e promove o delineamento do processo de assistência de enfermagem.

Os modelos têm seu valor simbólico representativo no direcionamento teórico, mas precisam servir igualmente a propósitos realísticos. É nesse sentido que qualquer modelo de enfermagem, embora podendo constituir uma construção conceitual sob rigorosas regras científicas, precisará necessariamente ser usado para guiar a prática com pessoas e passar pelas devidas adaptações.⁽¹⁰⁾

Através dos modelos as teorias são desenvolvidas demonstrando o papel e as relações entre conceitos antes de serem aplicados diariamente no mundo real.

Os modelos de enfermagem podem ser classificados como assistenciais, conceituais, e gerenciais. Os modelos assistenciais são conhecidos também, como modelos de cuidado, objetiva o direcionamento da assistência de enfermagem de qualidade e eficiente ao cliente doente. Segundo Carraro & Westphalen (2001, p.11)⁽¹¹⁾ : os modelos de assistência são representações do mundo vivido expressos verbalmente ou por meio de símbolos, esquemas, desenhos, gráficos, diagramas. Seu objetivo é direcionar a assistência de enfermagem, oferecendo ao enfermeiro os subsídios necessários para a atuação.

Os modelos conceituais são apresentações de conceitos que expressam as relações entre estes. Marrine & Tomey (2002)⁽⁹⁾ corroboram que os modelos conceituais oferecem distintos pontos de vista da enfermagem segundo as características de cada modelo.

No que tange os modelos gerenciais do cuidado são compostos de arranjos que representam a organização da enfermagem de forma sistemática e ordenada. Para Daniel (1987)⁽¹⁰⁾, o modelo de organização de enfermagem compõe-se de um arranjo de termos independentes representativos de conceitos e fenômenos resultantes da dinâmica de organização de enfermagem, dispostos de forma seqüencial, ordenada e progressiva, ilustrando as bases e os processos fundamentais que consubstanciam os principais papéis da enfermagem nas áreas principais da assistência, educação, administração e pesquisa. Em um quadro panorâmico, o modelo de enfermagem está disposto independentemente de acordo com os princípios, conceitos e fenômenos das bases e dos processos de enfermagem.

A criação do modelo gerencial do cuidado de enfermagem necessita de uma assistência sistematizada, no qual, o planejamento e o gerenciamento das ações realizadas de forma eficiente e de qualidade, proporcionam o delineamento do processo da assistência de enfermagem.

“Assim, a metodologia da assistência de enfermagem deve proporcionar as evidências necessárias para embasar as ações, apontar e justificar a seleção de determinados problemas e direcionar as atividades de cada um dos integrantes da equipe de enfermagem, além de ter um método de registro de ações, fato que contribui para a sua continuidade e visibilidade. É importante ter clareza de que cada integrante da equipe de enfermagem participa do processo assistencial, desempenhando seu papel específico e importante para o desenvolvimento da assistência como todo.”⁽¹¹⁾

Percebe-se que o desenvolvimento do modelo gerencial está intimamente relacionado à prática de enfermagem, à sistematização da assistência de enfermagem, como também, ao modelo de assistência. Carraro & Westphalen (2001)⁽¹¹⁾ corrobora que os modelos de assistência instrumentalizam o planejamento científico e sistematizado das ações a serem desenvolvidas pelos integrantes da equipe de enfermagem, oferecendo suporte e direcionando o desempenho das atividades. Contribuem para a credibilidade e visibilidade da enfermagem.

Sabemos que o cuidado é amplamente utilizado na teoria e na prática da assistência de enfermagem. As transformações ocorridas no cuidado planejado e organizado visam aspectos relacionados à qualidade de vida da cliente com câncer de mama avançado. Pode-se ressaltar que os cuidados prestados à mulher com câncer de

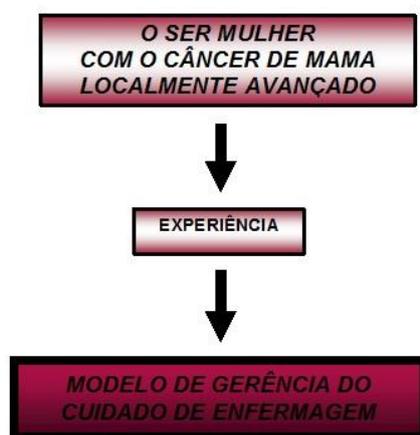
mama avançado parte da percepção destas em relação ao corpo, sexualidade, da intersubjetividade do pensamento.

Assim, o modelo gerência do cuidado de enfermagem ao representar a realidade simbólica em sua apresentação ou esquemas que devem ser o mais lógico possível a fim de facilitar a compreensão do profissional de enfermagem e direcionará a assistência de enfermagem as clientes com a mama ulcerada.

A partir da percepção das mulheres portadoras de câncer de mama, especificamente as que apresentam a mama ulcerada, será possível a realização da implementação de um modelo gerencial do cuidado de enfermagem e posteriormente a sua validação.

Modelo esquemático como síntese da reflexão sobre o estudo:

Figura 01. Modelo esquemático como síntese da reflexão sobre o estudo



O modelo em forma de diagrama tem a finalidade de entender e esclarecer a pesquisa a partir da experiência da cliente ao cuidar e ao conviver com câncer de mama localmente avançado como ponto de partida para obter subsídios para construção do modelo gerencial do cuidado de enfermagem.

2.2 - A GERÊNCIA DO CUIDAR A MULHER COM CÂNCER DE MAMA LOCALMENTE AVANÇADO

A palavra gerenciamento é utilizada para definir ações de direção de uma organização ou grupo de pessoas. A enfermagem utiliza o gerenciamento no seu processo de trabalho e vem, ao longo dos anos, buscando meios mais eficazes de adequar modelos administrativos ao cotidiano, de modo a não afastar do seu principal foco a atenção, o cuidado com paciente.⁽¹²⁾

O gerenciamento das ações de enfermagem é considerado uma das áreas de grande valia para as estratégias utilizados pelos enfermeiros para o provimento do cuidar. Assim, há necessidade de pensar estratégias do cuidado como prática e papéis no gerenciamento.

Cuidar e gerência são duas palavras que se relacionam simultaneamente nas ações ou na prática de enfermagem de modo dependente. Assim, o cuidado às mulheres com câncer localmente avançado através da percepção da mama destruída pela doença remete a íntima ligação às intervenções realizadas no tratamento dos sinais e sintomas relacionados a ferida tumoral como também direciona as ações afim de avaliar as necessidades das clientes ao fornecer apoio emocional devido ao sentimento de angústia, tristeza, sofrimento, distúrbio da autoimagem e da autoestima.

Remetendo a sala de curativos ao gerenciamento do cuidar considero como primordial a provisão e previsão dos materiais específicos utilizados para o tratamento tópico com o objetivo de controlar os sinais e sintomas (prurido, secreção, odor, sangramento e dor).

Gerenciar o cuidado implica em possuir como foco as ações profissionais ao utilizar o saber administrativo no sentido de sua concretização. Na enfermagem essa concretização pode ser através da assistência direta do profissional, mediante ao delegar a equipe de enfermagem e manter a articulação das ações com profissionais da equipe de saúde.

Portanto, o enfermeiro gerencia o cuidado quando o planeja, quando delega ou o faz, quando prevê e provê recursos, capacita sua equipe e educa o usuário, interagem com outros profissionais, ocupa espaços de articulação e negociação em nome da concretização e melhorias do cuidado.⁽¹³⁾

Neste ambiente as enfermeiras se aproximam das clientes através da realização do curativo na mama lesionada, propiciando ao profissional a avaliação das necessidades objetivando o planejamento e a implementação dos cuidados de enfermagem. Assim, de acordo com Deitos (2004)⁽¹⁴⁾ a enfermeira que gerencia o cuidado na oncologia precisa conhecer o indivíduo que cuida, pois cada um costuma reagir de maneira única diante do câncer.

Gerenciar o cuidado para as mulheres com câncer de mama localmente avançado, insere em tecnologias no processo de enfermagem ao sistematizar a assistência em relação ao controle do sangramento, secreção e odor, no ambiente físico, nas relações enfermeiro/ paciente.

A atuação do enfermeiro ao administrar a assistência de enfermagem a clientes com câncer de mama localmente avançado refere um modo assistencial em que a sistematização do processo de enfermagem possibilitará uma organização do ambiente e do cuidado, o planejamento das ações durante o curativo, a implementação de protocolos para o controle dos sinais e sintomas envolvidos, como também de prover e prever materiais para manter a qualidade da assistência de enfermagem como também promover um ambiente seguro.

Para tanto, são necessários processos gerenciais que incorporem conhecimentos, atitudes e ações tanto da ordem do racional como do sensível, como o entrelaçamento e a aproximação entre o cuidar e o gerenciar. Essas aproximações fazem parte de um novo paradigma da enfermagem que está sendo construído na atualidade.⁽¹⁵⁾

Condutas são realizadas pelos enfermeiros com a finalidade para amenizar e diminuir o sofrimento da experiência de ser paciente e de ter a doença no estágio da doença incurável. Assim, de acordo com Rossi & Lima (2005)⁽¹⁶⁾: é impreterível, portanto, reconhecer o cuidado como foco possível e necessário de ser gerenciado dentro do universo organizacional em uma dimensão que extrapole o tecnicismo.

De acordo com Kurcgant (2005, p.10)⁽¹⁷⁾: a gerência, dessa forma configura-se como ferramenta do processo de “cuidar” e pode ser apreendida como um processo de trabalho específico e decomposta em seus elementos constituintes.

No trabalho gerencial a prática de enfermagem é organizada com a finalidade de desenvolver condições para a realização do cuidar mediante o objeto de trabalho (os trabalhadores), aos instrumentos (os saberes administrativos, as instituições de saúde) e as atividades envolvidas no processo (rotinas, normas, divisão técnica do trabalho e hierarquização).

2.3 - CÂNCER DE MAMA LOCALMENTE AVANÇADO NA MULHER

O câncer de mama definido como doença degenerativa independente de sua etiologia atinge milhões de pessoas em todo mundo sem qualquer discriminação, seja de classe social, cultural ou religião. Ao portador de câncer cabe enfrentar uma possibilidade incerta de cura e temor em relação à doença, pois apesar dos avanços da ciência no tratamento específico, permitindo uma melhoria na taxa de sobrevivência e qualidade de vida, ainda permanece o estigma de ser reconhecida como doença mortal, dolorosa, incapacitante e mutilante⁽¹⁸⁾. Assim, a assistência de enfermagem em oncologia, abrange a participação e a atuação em diversos níveis do processo saúde-doença ao assistir ao cliente com câncer.

Sabe-se que câncer apresenta grande número de fatores de risco que podem estar associados, a dieta e a constituição física dos indivíduos ou grupos sociais, podendo ser influenciado por modificações dos padrões nocivos de comportamento. Possui também, etiologia relacionada a fatores virais, químicos, físicos e hormonais com alta taxa de mortalidade, apesar dos avanços terapêuticos.

Os fatores de risco para o carcinoma de mama compreendem fatores internos- de predisposição hereditária ou dependente de constituição hormonal – e fatores externos – fatores ambientais, constituídos pelos agentes físicos, químicos e biológico capazes de causar danos ao genoma, sejam eles relacionados com o estilo de vida, à vida reprodutiva ou a outros fatores que possam favorecer o desenvolvimento do carcinoma⁽¹⁹⁾. Contudo, a enfermagem poderá atuar na prevenção primária direcionando as orientações que são de grande importância para diminuir os fatores externos responsáveis pelo desenvolvimento da doença.

As pacientes com câncer localmente avançado possuem geralmente uma sobrevivência de 5 anos em torno de 70% ou mais, excluindo o carcinoma inflamatório, a forma mais agressiva do câncer não metastático. Podem variar quanto à evolução e a morfologia de tumores negligenciados, com evolução lenta e massas volumosas, a pequenos tumores com extenso acometimento de linfonodos axilares⁽⁵⁾.

O câncer de mama localmente avançado pode ser categorizado em não-inflamatório ou inflamatório. O carcinoma inflamatório representa 20% a 25% dos tumores localmente avançados de mama. Apesar de apresentarem semelhanças com os demais tumores localmente avançados, caracterizam-se pelo aparecimento dos sinais clínicos – eritema extenso, aumento da consistência *peau d'orange* – de forma aguda, em geral inferior a três meses, afetando toda a glândula mamária, e prognóstico adverso.⁽²⁰⁾

Os carcinomas de mama invasivos, independentemente da classificação histológica, possuem características morfológicas adicionais comuns a todos os outros tipos. Sendo lesões focais, estendem-se progressivamente em todas as direções da extensão da mama. De acordo com Robbins, Cotran & Kumar (2000)⁽²¹⁾, no decorrer do tempo, podem tornar-se aderentes à fáscia profunda de parede torácica, assumindo, assim, uma posição fixa. A extensão para pele pode causar não apenas fixação, como também retração e depressões de pele, uma importante característica do crescimento maligno.

Nos tumores localmente avançados o tratamento deve ser avaliado dentre dos critérios de operabilidade, sendo considerados inoperáveis as neoplasias que estão cursando com linfonodos axilares fixos ou maiores que dois centímetros (02cm) no maior diâmetro, edema na pele, fixação do tumor à parede torácica e presença de úlceras cutâneas⁽²²⁾.

A radioterapia é na maioria indicada para o tratamento neoadjuvante com o objetivo de reduzir o tamanho do tumor antes da cirurgia. Assim como, destruir as células remanescentes após cirurgia.⁽⁷⁾

Em casos de tumores avançados na mama (estádio III não operável) a quimioterapia neoadjuvante é indicada. No tratamento neoadjuvante está recomendado o uso de antracíclicos (até 6 ciclos) CFM (Ciclofosfamida, Fluourouracil e metrotexate).

Na impossibilidade da administração de quimioterapia, a hormonioterapia deve ser instituída.. Recomenda-se o uso de TMX (Tamoxifeno) por um período de 4 a 6 meses. Em casos de falha no uso de antracíclicos, deve-se adotar a radioterapia, acrescida de hormonioterapia, se o tumor for positivo. O tratamento neoadjuvante consiste no uso do tamoxifeno, por 05 anos, em paciente com tumores positivos para receptores hormonais. A quimioterapia está recomendada nos tumores negativos receptores hormonais, nos casos de doença visceral sintomática ou extensa quando há progressão após o intervalo curto de manipulação hormonal prévia (4 meses), devendo ser realizada conforme indicado⁽⁷⁾.

Com a progressão da doença, pode aparecer na mulher uma lesão, a ferida tumoral. No entanto, a mama faz parte da unidade básica, o corpo, que se referencia no espaço e no tempo. É a partir dessa unidade básica que as concepções psicológicas podem, por exemplo, se colocar em evidência a partir da experiência da mulher com câncer de mama avançado.

A psicologia está carregada de pressupostos filosóficos que se introduzem com as noções aparentemente mais inocentes de sensações de imagem mental, de recordação entendida como um ser permanente.⁽²³⁾

Esta concepção põe em evidência o papel dos “movimentos nascente”, que o sistema nervoso tem como função provocar e que devem acompanhar toda a percepção se assim recolocado num “quadro motor”. A correlação dos dados visuais e os do tato ou do sentido muscular é estabelecida por uma atividade intelectual, memória e julgamento.⁽²³⁾

Na mulher com câncer localmente avançado, a mama apresenta-se lesionada, destruída pelo câncer. Diante desse quadro patológico há um ser que enfrenta problemas de ordem física e psicológica causados pela doença, que podem ser, por exemplo, sentimentos de rejeição e de culpa, discriminação e perda da feminilidade. Assim, a massa tumoral visível e infiltrada na pele pela doença pode causar isolamento social e prejuízo emocional.

Estima-se que cerca de 5% a 10% dos pacientes oncológicos são acometidos por estas feridas; seja em decorrência do tumor primário ou de tumores metastático. As feridas neoplásicas que acometem a pele constituem mais um agravo na vida da pessoa portadora de câncer, já que tais feridas, progressivamente, vão desfigurando o corpo e tornando-se friáveis, dolorosas, secretivas e com odor fétido.⁽⁰⁶⁾ A presença da ferida tumoral implica em mudanças na imagem corporal da cliente e muitas vezes incapacidade para realização das atividades laborais e interação social. O cuidado com as feridas tumorais, cria um impacto psicológico devido a constante lembrança visível da doença.⁽²⁴⁾

É nesse contexto do impacto psicológico e social causado pelo câncer de mama, que a enfermagem está inserida ao assistir a mulher com a doença avançada que vive e convive com os estigmas, distúrbios da auto-imagem e auto-estima e com a incurabilidade, já que, as mamas simbolizam a sensação de maternidade, beleza, autoestima, autoimagem e feminilidade. Elas provêem evidência visível de feminilidade, sexualidade e desejo.⁽²⁵⁾

Nota-se que o estigma do câncer e as repercussões psicológicas experienciam individualmente nas mulheres com a mama ulcerada. como geradora de grande ansiedade e sofrimento individual dependendo de vivências pregressas, da imagem corporal, do stresse em relação à doença, suporte familiar e do tratamento. Venâncio (2005)⁽²⁶⁾ discorre que a eclosão do câncer de mama na vida da mulher acarreta efeitos traumáticos, para além da própria enfermidade. A mulher se depara com a iminência da perda de um órgão altamente investido de representações, assim como o temor de ter uma doença sem cura, repleta de sofrimentos e estigmas.

As repercussões psicológicas decorrem do fato da mama ser o símbolo da sexualidade que representa a feminilidade exterior. Assim, poderão ocorrer mudanças no padrão de vida da mulher com câncer de mama avançado.

A mulher vivencia uma trajetória onde a representação de ser doente remete às razões para o sofrimento, trazendo à lembrança significados de vulnerabilidade e determinação, medo e coragem, fraqueza e força, provocando em seu íntimo e nas pessoas de seu convívio, sentimentos e emoções. Compreender esse processo significa olhar para experiência da mulher de maneira a assimilar os elementos que a definem e a caracterizam.⁽²⁷⁾

Os enfermeiros oncologistas ao se aproximarem das clientes com ferida tumoral na mama tem o importante papel em apoiar, cuidar e compreendê-las emocionalmente, além de dar o suporte terapêutico, objetivando a regressão da lesão e buscando o controle da dor, do sangramento, odor e infecções secundárias.

2.3.1 - Ferida Tumoral no Câncer de Mama

A ferida tumoral na mama representa o estágio mais avançado do câncer, onde há presença de nódulos e lesões cavitárias ulceradas que pode ter áreas de pequeno, médio e grande dimensão. Bem diferente da ferida benigna a maligna não cicatriza podendo a paciente viver com a mama danificada por meses ou anos quando não há resposta ao tratamento base.

As feridas neoplásicas são causadas devido à infiltração das células malignas nas estruturas da pele, incluindo vasos sanguíneos e linfáticos que podem ser derivadas do tumor primário ou metastático.⁽²⁸⁾

As feridas malignas são definidas como a quebra da integridade epidérmica por infiltração das células malignas sendo 5 a 10% das pessoas com câncer desenvolvem metástases para pele durante os seis últimos meses de vida.⁽²⁹⁾

O desenvolvimento das feridas neoplásicas envolve três eventos: o crescimento do tumor, o qual irá causar o rompimento do tumor; neovascularização que fornece substrato para o crescimento tumoral e invasão da membrana basal das células saudáveis, configurando o processo de crescimento da ferida sobre a superfície acometida.⁽³⁰⁾

No entanto, a formação dessas feridas acontece pela combinação de fatores concorrentes e de processos de evolução que afeta a homeostasia sanguínea, linfática, intersticial e o ambiente da célula. O crescimento local acelerado das células malignas produz alteração na estrutura vascular e gera zonas de hipóxia dentro do tumor, causada pela infiltração dos vasos linfáticos e pelo déficit de drenagem linfática provocando o aumento da pressão e o colapso das veias tumorais.

Na gênese do crescimento tumoral ocorrerá o rompimento da pele, irá se formar conseqüentemente uma nova vascularização em que fornecerá substratos para o crescimento do tumor e invasão da membrana basal das células saudáveis.

Com a presença da lesão, a mulher com câncer de mama localmente avançado, passa pelos cuidados dos enfermeiros que irão orientá-las corretamente para a realização dos cuidados com a ferida tumoral.

No entanto, algumas mulheres com a mama ulcerada podem apresentar sinais e sintomas como o odor fétido característico, exsudação intensa, sangramento, dor neuropática, prurido.

Na ferida tumoral o odor fétido está associado à infecção ou a colonização de bactérias anaeróbicas no tecido necrótico formado pela isquemia decorrente da neovascularização débil e o exsudato intenso, está atribuído à permeabilidade capilar aumentada no leito da ferida e associada ao processo inflamatório adjacente.⁽⁶⁾ O

crescimento tumoral rápido e desordenado pode levar a dor neuropática e a danos ao tecido.⁽³¹⁾

No entanto, os sinais e sintomas presentes pelo desenvolvimento do tumor na mama, é necessário que o enfermeiro tenha o conhecimento científico adequado para minimizá-los a fim de proporcionar a redução do sofrimento das clientes com câncer localmente avançado.

Assim, ao realizar o curativo, a gerência do cuidado permite o profissional a vivenciar junto ao cliente suas experiências, favorecendo um relacionamento interpessoal positivo para o planejamento e execução das ações envolvidas no processo assistencial.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

A presente pesquisa está fundamentada no pensamento do filósofo francês Maurice Merleau Ponty, inserido no movimento filosófico do século XX. Maurice Merleau Ponty nasceu em 04 de março de 1908 em Rochefort-sur-Mer. Estudou na École Normale Supérieure de 1926 à 1930, período em que conheceu Jean Paul Sartre entre outros com os quais formaria a geração dos existencialistas nas décadas de quarenta e cinquenta. De 1930-1935 tornou-se professor de curso secundário. Em 1945 tornou-se doutor em filosofia, no qual defendeu a “tese de Estado” Fenomenologia da Percepção. Morreu em 03 de maio de 1961 vítima de embolia pulmonar.

Maurice Merleau-Ponty, considerado um dos herdeiros de Edmund Husserl, tem a sua obra centrada na percepção, tem como preocupação principal definir que todo conhecimento presente em nossa consciência passou previamente pela percepção. Sua filosofia também pode ser definida como filosofia do corpo, pois através e a partir dele que se estabelece a nossa existência no mundo.⁽³²⁾ A Pesquisa de Merleau Ponty centraliza-se na análise da existência concreta e na experiência humana em sua totalidade. Ele realiza esta análise principalmente pelo exame da percepção. Por esta análise somos levados à espessura da coisa e do mundo, na qual se enraízam a razão.⁽³³⁾ Suas reflexões sobre temas como a percepção, o corpo, o tempo, a liberdade, a sexualidade, a dialética, a estética, dentre outros, têm como pano de fundo a existência e de como o homem aí se temporaliza e se espacializa, via corpo sensível-mundo-sensível, enquanto poder doador de significados.⁽³⁴⁾

O referencial teórico a ser utilizado, baseia-se no enraizamento da consciência do corpo, o que caracteriza a busca de um pensamento que dê conta do homem como ser no mundo, usando a designação própria a fenomenologia existencial.⁽³⁵⁾

A fenomenologia busca a compreensão do fenômeno interrogado, não se preocupando com explicações e generalizações.⁽³⁶⁾ Constitui-se como uma alternativa de pesquisa para a enfermagem, uma vez que, trabalhando com o humano, surge a possibilidade do olhar fenomenológico para o outro, situado no mundo em sua totalidade ⁽³²⁾ o qual tem como enfoque central à compreensão dos fenômenos, dirigindo-se para a vivência cotidiana. Trata-se de buscar o homem em outra perspectiva a partir do seu sendo-no-mundo. E uma volta ao mundo da vida ⁽³⁶⁾.

O presente trabalho ao buscar a realização do modelo de gerência do cuidado de enfermagem respaldado no referencial de Maurice Merleau-Ponty contempla a descrição da estrutura humana de acordo com a análise da percepção do corpo como objeto.

Assim por se tratar de percepção, Japiassú & Marcondes (1996)⁽³⁷⁾ definem como ato de perceber, ação de formar mentalmente representações sobre os objetos externos a partir dos dados sensoriais. Pode-se notar que a percepção é compreendida através das sensações e dos sentidos das pessoas de maneira a adquirir o conhecimento. A fenomenologia está intimamente relacionada ao objeto estabelecido na consciência das pessoas, onde, o pensamento abstrato funciona como objeto.

Maurice Merleau Ponty (1996)⁽³⁸⁾ afirma que a percepção é construída com o percebido. E, como próprio percebido só é evidentemente acessível através da percepção.

A percepção é um juízo, mas que ignora suas razões, o que significa o objeto percebido se dá como todo.⁽³⁸⁾ No caso da pesquisa, a mama ferida, ou seja, ulcerada, é percebida pela mulher em sua totalidade. Dessa forma, ao realizar a aproximação do objeto de estudo com a corrente filosófica, a fenomenologia, possibilita desvelar a consciência dessas mulheres através da percepção.

Nesse sentido, permitirá descrever o fenômeno rigorosamente e focar a percepção das clientes com o câncer localmente avançado fornecendo subsídios para a análise, particularmente através da experiência pessoal que será utilizado posteriormente para a realização do modelo de gerência do cuidado de enfermagem.

4. ABORDAGEM METODOLÓGICA

A metodologia é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade.⁽³⁹⁾

A presente pesquisa é um estudo descritivo de natureza qualitativa. A abordagem qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças e atitudes, que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser resumidos à operacionalização de variáveis.⁽³⁹⁾

Esta pesquisa utilizou como corrente filosófica, a fenomenologia, a qual se aproxima do objeto de estudo: *“o modelo de gerência do cuidado de enfermagem a partir da experiência da mulher com câncer de mama localmente avançado.”* Um dos caminhos metodológicos para a pesquisa é a fenomenologia, que se originou como um movimento na filosofia, aplicada, posteriormente, às ciências humanas.⁽³⁶⁾

A pesquisa teve como campo de realização a sala de curativos do ambulatório do Hospital do Câncer III (HC – III), do Instituto Nacional de Câncer (INCA), instituição de grande porte situado no Município do Rio de Janeiro especializado no tratamento de câncer de mama.

A sala de curativo se localiza no terceiro andar do ambulatório e funciona de segunda-feira à sexta-feira, nos turnos da manhã e tarde onde, a partir das dez horas de acordo com a agenda são realizados os curativos clínicos (de ferida tumoral). É composta de uma sala de espera às margens do corredor externo e internamente é subdividido em uma ante-sala e três consultórios, no qual, são realizados os atendimentos que me possibilitou a coleta de dados.

É importante salientar que a pesquisa traz em si a questão da subjetividade, para tanto, o sujeito como os fenômenos estão no mundo-vida com outros sujeitos, que também percebem fenômenos. Assim, os sujeitos que participam em experiências vividas em comum, partilham compreensões, interpretações, comunicações, estabelecendo-se a esfera da intersubjetividade. Nessa perspectiva, a fenomenologia nada é objetivo, antes de ser subjetivo, é a subjetividade que permite alcançar graus de objetividade.⁽³⁶⁾

Portanto, teve como sujeitos da pesquisa mulheres portadoras de câncer de mama localmente avançado em tratamento oncológico. Obtive os depoimentos de 15 clientes acompanhadas mensalmente no ambulatório de curativos do Hospital do Câncer III através da gravação em arquivo digital sendo os mesmos transcritos de acordo com o discurso.

Buscou-se no momento da entrevista compreender a experiência e o sentimento das clientes com lesão tumoral extensa em uma ou nas duas mamas; bem como a aproximação do método fenomenológico até chegar às unidades de significação.

O estudo apresenta os seguintes critérios de inclusão: sujeitos do sexo feminino; apresentar em uma ou nas duas mamas a ferida tumoral e participante dos cuidados de enfermagem na sala de curativo. Com a finalidade de manter o sigilo das informações os sujeitos da pesquisa receberam orientações sobre a pesquisa e pseudônimos de flores.

Com o intuito de desenvolver as entrevistas, foi encaminhado previamente ao projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Instituição (registro no CEP 73/08) de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa 196/96 que regulamenta a pesquisa com seres humanos para que estes participem de um modo mais seguro para o desenvolvimento da pesquisa junto com este anexou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- (Apêndice A). Essa revisão é necessária devido ao risco de avaliação parcial do pesquisador da relação risco/benefício ou no desenvolvimento de procedimentos para proteger os direitos dos participantes.⁽⁴⁰⁾

Foram explicados às participantes os objetivos e as contribuições do estudo e entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de acordo com o modelo utilizado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer. Uma vez assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido não trouxe riscos para o sujeito da pesquisa.

O termo de consentimento livre e esclarecido foi emitido em duas vias, sendo que uma permaneceu com o participante e a outra com o pesquisador. Foram garantidos o respeito aos seus direitos e de preservação de sua identidade e sigilo de seus depoimentos. Nesse sentido, a participação foi voluntária, podendo o participante

retirar-se do estudo a qualquer momento se assim o desejar, sem qualquer tipo de prejuízo para si.

As entrevistas foram realizadas em datas e horários previamente marcados em número de 15 clientes assistidas mensalmente, obedecendo à saturação dos dados e de acordo com o atendimento da sala de curativos. Solicitou-se a autorização para gravar em arquivo digital as entrevistas com a finalidade de transcrever os depoimentos na íntegra e a validação pelos sujeitos quanto ao seu conteúdo em encontro posterior. A abordagem aos sujeitos do estudo ocorreu depois do atendimento realizado pelos enfermeiros da sala de curativos.

Durante os cuidados realizados na sala de curativos, como também, na entrevista propriamente dita foram feitas a observação dos participantes. Nesse momento, os sujeitos me concederam as respostas de três perguntas: 1- Como você percebeu a ferida da mama? 2 - Como você se sente com essa ferida? 3- Como você gostaria de ser cuidada por nós? Cada entrevista obteve um período médio de trinta minutos.

A fim de atingir os objetivos propostos, a técnica utilizada para coleta de dados foi a lingüístico-verbal, tendo como instrumento a entrevista aberta (não estruturadas). Realizamos três etapas na coleta de dados: a aproximação, observação participante e a entrevista. A princípio aproximação com os sujeitos da pesquisa foi realizada e em seguida, a observação participante. De acordo com Carvalho (1991, p.34)⁽⁴¹⁾: ver e observar em uma entrevista de metodologia fenomenológica é, portanto, captar a maneira do cliente de “viver o mundo”. No terceiro momento, houve a realização da entrevista aberta, gravada em arquivo digital. Sabe-se que a entrevista fenomenológica permite ao cliente penetrar a verdade mesma de seu existir, sem qualquer falseamento ou deslize.⁽⁴¹⁾ Contudo, a entrevista serve como veículo de comunicação, é organizado em torno de uma questão direcionada para certo tema, mas aberta para ambigüidades e explora o mundo vivido do entrevistado, definido como experiência consciente, e está à procura do sentido que este mundo vivido tem para o entrevistado. Neste processo, a consciência do entrevistador, modifica-se, amplia-se, atualiza-se na interação com o entrevistado⁽⁴²⁾. O entrevistado oferece suas percepções que são conduzidas pela expressão do entrevistado.

O momento da entrevista não pode ser visualizado como um procedimento mecânico, mas como um encontro social, uma relação pesquisador-pesquisado caracterizada pela empatia, intuição e imaginação.⁽³⁶⁾ A atitude de empatia, o diálogo, a liberdade e a cooperação do investigador que vai favorecer a compreensão, levam ao alargamento de seu horizonte, fundindo-o com o horizonte do pesquisador.⁽⁴³⁾

Assim, a relação pesquisador / sujeito deve ter como suportes a cooperação e a participação. O sujeito não deve sentir-se questionado, avaliado; ele, seu discurso e suas ações podem ser a chave para a compreensão das situações investigadas, permitindo ao pesquisador penetrar no seu mundo vivido. Estimular o sujeito a participar da investigação é colocá-lo por inteiro na situação, e desse modo, facilitar a cooperação e a participação.⁽⁴³⁾

A organização e tratamento dos dados, após a saturação, consistiram em quatro etapas: descrição dos relatos; leitura dos relatos; interpretação dos dados obtidos; extração das unidades de significação.

Os dados qualitativos passaram por uma análise sistemática, foram desmembrados e agrupados em unidades de significação de acordo com as afirmações a determinados assuntos presentes no discurso dos entrevistados ao agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito abrangente. Assim, esse tipo de procedimento, de um modo geral, pode ser utilizado na análise de uma pesquisa qualitativa.

4.5 - ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS

A partir dos significados atribuídos iniciou a organização e análise compreensiva dos depoimentos baseados na fenomenologia da percepção do filósofo Maurice Merleau Ponty.

Tudo aquilo que sei no mundo, mesmo por ciência, eu o sei a partir da visão minha ou de uma experiência do mundo som o qual os símbolos da ciência não poderia dizer nada. Todo o universo da ciência é construído sobre o mundo vivido, e se queremos pensar a própria ciência com rigor, apreciar exatamente seu sentido e seu alcance, precisamos primeiramente despertar essa experiência do mundo da qual ela é a expressão segunda.⁽³⁸⁾

Aproximação do método fenomenológico surgiu com as unidades de significação adotadas de acordo com Hanan (1994, p.43)⁽⁴⁴⁾ nas etapas de Giorgi: a descrição dos relatos; a leitura dos relatos, a extração das unidades de significação; a transformação das unidades de significação em linguagem ou conceitos científicos; a integração do todo (Hermenêutica).

Figura 02: Etapas de Giorgi de acordo com Hanan



Os depoimentos gravados foram ouvidos atentamente e transcritos na tentativa de aproximar-me e aprofundar em cada fala a vivência desta mulher sofrida pela doença no estágio onde não há cura. Após a conclusão da transcrição, foram realizadas leituras exaustivas, mantendo igualmente a atenção, sendo grifados pontos importantes para a construção das unidades de significação. Terminada essa etapa, ocorreu o agrupamento de relatos correlacionados e assemelhados onde foram retomadas, mais uma vez, as leituras. A partir da busca do desvelar dos significados contidos nos discursos, surgiu à

idéia fundamental de cada unidade, sendo que estão agrupadas e nomeadas de acordo com o predomínio dos relatos expressos na fala de cada sujeito da pesquisa.

5. OS RESULTADOS

AS UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO

Este capítulo apresenta os resultados da investigação organizados em unidades de significação.

No estudo fenomenológico as expressões importantes para o estudo e para o pesquisador emergem das unidades de significação que são partes da fala relacionada a conduzir a pesquisa de acordo com os objetivos propostos. No entanto, significados relevantes e essenciais são atribuídos às percepções dos sujeitos através da sua experiência ao relatar o seu modo de viver e de ser no mundo com o objetivo de alcançarmos a redução fenomenológica, ou seja, a essência do fenômeno investigado.

Neste sentido, a interpretação compreensiva dos depoimentos proporcionou-me, a partir dos agrupamentos dos significados extraídos da fala dos sujeitos, a elaboração das unidades de significação. Estas, por sua vez, desvelam a percepção, o sentimento e os cuidados de enfermagem em relação à mama ferida pelo câncer.

Figura 03: Formação das unidades de significação



Foram construídas 05 unidades de significação:

- I) A percepção em si da mama doente;
- II) Expressando como se sente em situação de...;
- III) Explicitando o cuidado desejado para si;
- IV) Percebendo o relacionamento com o outro em situação de cuidado;
- V) Vivendo as perspectivas e demandas de ser cuidada.

As unidades citadas serão analisadas a seguir.

I) A percepção em si da mama doente

A unidade de significado percepção da ferida está intimamente relacionada a primeira pergunta da entrevista. É considerada pergunta introdutória e de grande valia afim de que a pesquisa transcorresse de forma a garantir a coleta de dados.

Ao falarem da percepção da ferida na mama, as clientes referem no primeiro momento que era pequena, ou seja, era um nódulo, chamados por elas de caroço. Nesta unidade a cliente se coloca como tudo começou e como percebiam o câncer em sua mama, seja através do nódulo, o edema ou o prurido. Vejamos:

“... Foi em casa que percebi. A ferida era pequena e depois ela aumentou. Ela (a ferida) sangrava, tinha secreção. Era um buraco. E meu filho falava q cabia um dedinho!” (Violeta)

A depoente relata que a ferida era pequena e que depois aumentou. Assim, nos mostra o poder invasivo da doença, no qual a evolução conseqüentemente desenvolverá se não houver tratamento ou a procura no primeiro momento de um profissional qualificado, ou seja, nesse caso pode acontecer o descuido por parte da própria mulher.

“Bom... É o seguinte... Eu quando... Não sentia, não apertava, não sentia nada... Eu... Não tinha curiosidade... Mas, quando deu a físgadinha e aquela coceirinha. Quando botei a mão assim... Que eu fui coçar. Quando fiz assim... Aí... Foi onde senti. Quando fui coçar. Porque a “tinha” que coçava. Quando fui pra coçar, deu aquela dorzinha que eu comecei a apertar assim (demonstrou) que eu vi. O carocinho. Um caroço...” (Lírio)

“Percebi um caroço na mama, fui na médica em São Gonçalo, onde foi feito biópsia, que depois da biópsia abriu 3 feridas perto da outra...” (Íris)

“Teve uns carocinhos e aquilo tinha meses, e aí comecei a ficar desconfiados, um pouquinho dolorido, e tudo que tava meio duro e doía um pouco...” (Flor de Lis)

Estas falas indicam a presença do “caroço”, como elas mesmas referem ao nódulo, determinando o ato de perceber e sentir os nódulos em uma das mamas. Ao sentir a presença do nódulo, mostra o caminho de uma doença debilitante e incurável. Merleau-Ponty descreve que o corpo e o mundo percebido formam um conjunto que desempenha funções intimamente relacionadas, análogas. Assim, “o corpo próprio está no mundo assim como o coração no organismo; ele mantém o espetáculo visível continuamente em vida, anima-o e alimenta-o interiormente, forma com ele um sistema.”⁽³⁸⁾

“Eu percebi assim, foi em um programa de televisão em que a Xuxa falava pra fazer a massagem no seio e aí comecei a fazer depois do banho. Eu comecei fazer isso e, mas... Logo, logo veio a resposta falando. Aí fiquei preocupada porque fiquei uma semana ou duas, não sei... E aí apareceu uma mancha avermelhada tipo furúnculo (só na pele) e

“Aí começou a coceira. Mas coçava muito. Mas muito mesmo!” (Margarida)

“Como percebi?... Foi quando eu viajei e tava na minha mãe, em Minas. Aí, eu... Tava um pouco escuro, bem escura, assim, tipo estivesse, magoado o lugar. Aí, começou dá uma feridinha muito pequena aqui.” (Amarilis)

“Como percebi...?A minha mama inchada...”(Antúrio)

As clientes retratam que a percepção da ferida foi por meio de algum sinal característico do câncer de mama, fisgadas, sangramento, prurido, dor, hiperemia, edema, endurecimento da pele. Neste contexto Maurice Merleau - Ponty explica como percebemos o corpo e assim poderemos compreender o ser através do gestos.

“É por meio do corpo que compreendo o outro, assim como é por meu corpo que percebo “coisas”. Assim, “compreendido”, o sentido do gesto não está atrás dele, ele se confunde com a estrutura do mundo que o gesto desenha e que por minha conta eu retomo, ele se expõe no próprio gesto – assim como, na experiência perceptiva.”⁽³⁸⁾

No momento da entrevista, compreendi que era importante para elas contarem o surgimento da ferida e como chegaram ao hospital para serem tratadas, a constatação da doença através dos exames. Algumas em seus depoimentos falam dos tratamentos que haviam feitos, nos quais propiciaram o surgimento da lesão apontada nestes relatos a seguir:

“... percebi depois que fiz a cirurgia e percebi que tinha uma ferida pequena no local da cirurgia que foi depois crescendo e ficando desse jeito que esta hoje...” (Rosa)

“Quando foi feita a biópsia... Quando fiz a biópsia e aí fiz a primeira quimioterapia e aí surgiu a ferida. Que a biópsia fica justamente inflamada. Quando fiz a Primeira seção de quimioterapia aí surgiu essa ferida. E aí a ferida foi aumentando. Ficou uma parte necrosada e aí tive que fazer o curativo aqui pra tirar a secreção e tirar aquela carne e aí surgiu a ferida,ta?Agora esses caroços surgiram durante a radioterapia, saindo da mama. Eu me lembro que a radioterapia botou esses carocinhos pra fora.” (Angélica)

“Só depois que fez a biópsia que eu comecei a fazer o tratamento aqui de quimioterapia. Aí apareceu uma ferida.” (Azaléia)

“A primeira não foi a ferida, foi o nódulo. Esse nódulo veio a desencadear uma biópsia e da biópsia começou...” (Camélia)

Tais relatos mostram que tanto a biópsia como procedimento de diagnóstico quanto a radioterapia e a quimioterapia realizados fizeram surgir a ferida na mama. Quando falam desse surgimento nota-se um olhar de interrogação nas clientes, pois, como pode surgir a ferida a partir de uma das modalidades de tratamento para o câncer de mama.

II) Expressando como se sente em situação de...

Nesta unidade de significação as clientes expressam o sentimento de conviver com a mama ferida pelo câncer localmente avançado. Em uma análise exaustiva desses depoimentos se percebe a diversidade das informações fornecidas a situação de ser portadora da ferida.

Merleau Ponty (1996, p125)⁽³⁸⁾ refere que um sujeito se encontra lutando pela vida diante de suas reservas biológicas, tenta sair daquela situação de perigo: “Pode mesmo ocorrer que, no perigo, minha situação humana apague a minha situação biológica, que meu corpo se lance sem reservas de ação.”

“Olha, eu me sinto normal, porque essa ferida não dói. Me sentia incomodada quando ela sangrava e quando ela tinha secreção. Agora, esta tudo normal. Então, sinto-me normal. Faço curativo um dia sim e um dia não. Mas o normal, todos os dias eu faço. Eu tomo banho faço a higiene. Eu mesma faço a higiene. Estou aceitando bem. Tá tudo bem! Não me atrapalha em nada. O lado de dormir eu troquei. Eu uso a roupa que eu posso, que eu tenho. Tá tudo bem. Aceitei bem. Não me incomoda não. Mesmo com a ferida eu estou bem. Eu aceitei. No começo estava um pouco revoltada. Antes de descobrir o que eu tinha, eu estava um pouco revoltada e deixei. Talvez tivesse visto no começo, não tinha chegado onde chegou.” (Violeta)

“Eu sinto apavorada. Porque deu secreção, muito mau cheiro. E a gente, não pela gente, pelos outros, pelos filhos do lado da gente... Aquelas coisas todas, aquele cuidado enorme... Hoje me sinto bem! Antes sentia muito mal. Muito mal.” (Lírio)

“Eu não posso usar a roupa normal. Incomoda sim, porque não posso fazer muitas coisas. Não posso ficar fazendo serviço, arrumando as coisas. Eu fiquei muito abatida. Fiquei magra! Agora que está voltando. Hoje me sinto forte. Hoje me sinto mais

*animada porque eu me sinto mais disposta.”
(Margarida)*

Compreende-se através dos relatos labilidades nos estados emocionais de um tempo passado e o tempo presente, pois determina um tempo não muito remoto elas se sentiam abaladas com a doença e hoje se sentem bem, fortes, dispostas para enfrentar o câncer localmente avançado.

“A mim ela não me atrapalha não! Porque não dou muita confiança. Não dou não! Eu trabalho, faço as minhas coisas dentro de casa. Minhas atividades estão todas normais. O que me incomoda fica saindo à secreção.” (Azaléia)

“Olha filha... primeiro lugar essa doença nunca levei para minha cabeça. Se eu falar pra você estou mentindo, só estou na minha frente. Pode perguntar a minha irmã... nunca dormi preocupada com ela. Nunca. As vezes pela dor, pela dor, mas por ela assim, nunca, nunca... nunca. Nunca fiquei preocupada sabe, triste, não... se você me ver triste, to sentindo dor, pode ver que estou com dor. Se tu ver quando não to com dor, sou alegre, muito alegre, demais.” (Antúrio)

Torna-se ambíguo, e confesso a surpresa de alguns depoimentos ao dizer que está tudo bem e que não atrapalha as atividades diárias ao levar uma vida normal sem menos se preocupar com a doença. Na compreensão de mundo e como enfermeira nota-se uma certa fuga em relação a doença de ser portador de câncer de mama localmente avançado. Nessa situação, creio que a presença de experienciar o tumor na mama, a cliente se adaptou as novas formas de ser-no-mundo.

“... Ah! É me incomoda me incomoda muito! A gente não vai dizer... Que a gente é um ser humano. Tem hora que lê o testamento, uma coisa qualquer... Mas tenho reagido bem! Estou tentando melhorar com a graça de Deus primeiramente, de não ficar deprimida, nem nada não... É a realidade. É a realidade! Ninguém pede pra ficar doente nessa vida!...” (Girassol)

Diante desta fala os discursos anteriores ao relatar que a ferida incomoda muito, mostrando a realidade de um ser portador de câncer de mama localmente avançado, diante da doença sem possibilidades de cura.

“Bom, só na parte do desconforto mesmo, que tem que ficar usando o curativo. Esse cheiro desagradável que exala e mais é viver a vida. É isso... Já me incomodou no início. Eu estava muito

restrita por causa da ferida que estava bem grande. Restringia muitas coisas, principalmente afazeres domésticos. Mas, agora, me movimento bem. Não sou de pegar peso. Mas estou bem melhor dos movimentos. Faço tudo normal.” (Camélia)

“Incomoda que a gente quer ficar á vontade, a gente tem que fazer o curativo sempre e não é uma coisa assim legal você passar por isso...É...bate uma tristeza porque você ta passando pó isso....não deixei de fazer as coisas...esses dias.” (Florzinha)

O incômodo por ter que realizar e manter o curativo, por não sentir-se à vontade com a ferida, pelo odor desagradável conduz a tristeza e a restrição dos movimentos e atividades realizadas diariamente. Assim, conduz mais uma vez a oposição dos discursos de manter uma vida normal.

“Sinto-me mal, pois sinto dor na ferida e também por causa do cheiro que incomoda bastante. Eu mesma faço o meu curativo todos os dias e na minha casa não separação. Faço no banheiro para que os meus filhos não vejam e minha mãe.” (Rosa)

“Eu me sinto péssima... Eu me sinto... Eu me sinto péssima... Mas, eu levo a vida normalmente. Entro em crise, choro. Nossa... Mau humor, não recebo ninguém na minha casa.” (Gardênia)

“Eu me sinto muito mal. Sinto-me muito mal. Incomoda, dói, incomoda mesmo! Dói mesmo! Tem dias que muito! Hoje foi o dia que doeu bem.” (Flor de Lis)

O sentimento de estar mal, péssima, diante da dor, do incômodo da lesão e da presença do cheiro são identificados na fala das clientes. No entanto, percebe-se o isolamento pessoal presenciando a diminuição da autoestima dessa mulher.

“O sentimento dessa ferida é de tristeza!” (Angélica)

“eu não olho a minha mama porque eu me sinto meia, sabe... Deprimida, porque vi a minha mama do jeito que era e vejo a minha mama hoje (chora...). E vejo ela agora do jeito que ta (chora...).eu não tenho coragem de olhar a minha mama(chora...).a minha mama...Não tenho coragem...(chora...).” (Tulipa)

“Deprimida bastante! Gostaria muito de ver o ferimento, que isso voltasse ao

normal,secasse,ficasse com a pele lisa de novo.”
(Amarílis)

“Me sinto...(chora um tempo).Me sinto revoltada...Porque me pergunto porque eu deixei ficar assim.Porque eu não corri antes,me sinto revoltada (chora).” (Íris)

Denota-se que diversos estados emocionais como revolta, depressão, tristeza ao sentir a mama destruída pela doença.

O sofrimento psicológico da mulher que passa pela circunstância de ser portadora de um câncer localmente avançado transcende na identidade feminina, ocasionando, geralmente, a sentimentos de baixa da autoestima, de inferioridade e medo.

De modo geral, sentimentos de tristeza, revolta, desconforto, incômodo, depressão, foram evidenciados com maior frequência em outros depoimentos, reforçado a partir da informação do sentir dor, a presença do cheiro e da secreção na lesão.

“Quer se trate do corpo do outro ou de meu próprio corpo, não tenho outro meio de conhecer o corpo humano senão vivê-lo, quer dizer, retomar por minha conta o drama que o transpassa e confundir-me com ele. Portanto, sou o meu corpo, exatamente na medida em que tenho um saber adquirido e, reciprocamente, meu corpo é como um sujeito natural, como um esboço provisório de meu ser total. Assim, a experiência do corpo próprio opõe-se ao movimento reflexivo que destaca o objeto do sujeito e o sujeito do objeto, e que nos dá apenas o pensamento do corpo ou o corpo em idéia, e não a experiência do corpo ou o corpo a realidade.”⁽³⁸⁾

Indubitavelmente, o enfrentamento do câncer pela cliente é cercado de situações, vivências e experiências ruins e estes incluem desde a tristeza à dor. Frequentemente, a tristeza está associada a depressão, ou seja, a estrutura emocional, pois, geralmente estes estão voltados para a humanização da assistência, para orientação do cliente e encaminhamento ao profissional competente (nesse caso o psicólogo) afim de efetivamente amenizar o sofrimento.

III) Explicitando o cuidado desejado para si

Nesta unidade de significação aparece à descrição de como a cliente é dependente do cuidado ao realizar o curativo de forma eficiente. Merleau – Ponty (1996, p.247)⁽³⁸⁾ discorre que a fala e o pensamento só admitiriam essa relação exterior se um e outro fossem tematicamente dados; na realidade, eles estão envolvidos um no outro, o sentido está enraizado na fala, e a fala é a existência exterior do sentido. Não poderemos mais admitir, como comumente se faz, que a fala seja um simples meio de fixação, ou ainda o invólucro e a vestimenta do pensamento.

“Eu queria que fizesse tudo, limpasse fazer tudinho, o curativo. Mesmo porque tava muito ruim. Eu queria que diminuísse o ferimento, a secreção. Ela tirou muita coisa! Ela tirou muita coisa! Deixou um pouquinho assim... Pois então você fica sabendo que

aqui conseguem diminuir o odor tão horrível que tava. Hoje queria que continuasse a mesma coisa com todo cuidado.” (Lírio)

“Querida que controlasse o cheiro e elas tiraram aquele cheiro, controlaram o sangue. Em visto que tinha, controlou. É ruim que tem q trocar a roupa toda hora. Coça pouco gora! Não coça por fora, coça um pouco lá no fundo. eu queria que controlasse a coceira. Isso sim eu queria... É muito ruim! Tem horas que você não agüenta. Quando a coceira vem tem que correr pegar molhar o algodão, como elas me ensinaram.” (Margarida)

Os clientes no atendimento ambulatorial apresentam em sua fala de como gostaria que o cuidado fosse realizado. Assim, apontam o desejo de amenizar os sinais e sintomas identificados durante a realização do curativo como a redução do odor, o controle da secreção e sangramento, e também, a própria diminuição do tamanho da ferida, caso este impossível de ser realizado devido a gênese da ferida a partir do tumor.

A existência humana nos obrigará a rever nossa noção usual da necessidade e da contingência, porque ela é a mudança da contingência pela necessidade do ato de retomada.⁽³⁸⁾

“Conforme eu falei, com carinho que elas cuidam. Hoje mesmo elas cuidaram, o enfermeiro cuidou com muito carinho, controlando o sangramento.”(Tulipa)

“Aí ela vê, são formadas, sabem direito como que está a ferida. É isso que eu gostaria essa parte do curativo.” (Amarilis)

“a gente faz o curativo, mas não é com dedicação que as enfermeiras tem aqui. Elas sabem como vai fazer...” (Azaléia)

Entende-se que as clientes necessitem de suporte constante das enfermeiras, com vistas a realizarem o curativo objetivando diminuir as manifestações da lesão. Nessas falas, busquei a compreensão dessa mulher com câncer localmente avançado a dependência do cuidado realizado pelas enfermeiras. No entanto, torna-se difícil conviver e fazer o curativo diariamente ao olhar a mama destruída pela doença.

A redução fenomenológica interpretativa do ser que experiencia o câncer de mama localmente avançado permitiu apontar que os cuidados oferecidos durante a realização do curativo é feito com dedicação onde somente as enfermeiras sabem fazer.

Neste contexto, aparece uma conduta assistencial em que a paciente precisa e deve ser cuidada de forma atenciosa e dedicada, assumindo o cuidado pleno e profissional durante o procedimento.

IV) Percebendo o relacionamento com o outro em situação de cuidado

A unidade de significação apresenta a importância da equipe de profissionais, principalmente as enfermeiras, na assistência prestada ao curativo.

“Eu sou atendida bem pelas enfermeiras, pelas médicas, pelos médicos, por todos! O hospital está me dando tranquilidade. Está me ajudando a me curar. Neste setor sou muito bem recebida e muito bem cuidada. Eu estava pior e fui muito bem cuidada. Todos tratam bem, com respeito. Tudo muito bom!” (Violeta)

“Essas meninas são muito cuidadosas comigo. É uma benção de Deus as mãos dessas meninas, do Doutor(X). Primeiramente a Deus, a Jeová e depois as enfermeiras aqui do INCA muito mesmo cautelosas” (Margarida)

“Mas minha filha aqui as enfermeiras e os médicos me tratam bem. Acho que não precisa mudar em nada!” (Íris)

“Daqui não tenho assim... Tem um tratamento muito bom... Todos são bem atenciosos, gosto muito até que é uma coisa rara de se ver na saúde. E até me surpreende! Gosto muito!” (Camélia)

As clientes manifestaram em seus depoimentos o atendimento realizado na sala de curativos de forma eficiente e de boa qualidade. Demonstraram a satisfação em algumas falas a admiração do profissional quanto a tranquilidade, atuação e ajuda recebida ao realizar o curativo.

Assim, o sentido das palavras é considerado como dado com estímulos ou com os estados de consciência que se trata de nomear, a configuração sonora ou articular da palavra é dada com os traços cerebrais ou psíquicos, a fala não é uma ação, não manifesta possibilidades interiores do sujeito.⁽³⁸⁾

“Na verdade eu gostaria que essa ferida fosse cuidada mais no INCA daqui com vocês do que da Cruz vermelha. O tratamento daqui é melhor. Tem que fazer lá porque estou fazendo radioterapia lá. Pra mim aqui tá normal, o tratamento do ferimento que vocês estão dando. O material é bom não tem nada contra não.” (Angélica)

A valorização do cuidado é considerada devido à diferença do tratamento da unidade especializada somente em mama em relação a outra unidade da instituição.

“Gostaria que cuidasse com carinho, cuidasse de mim com carinho. As enfermeiras daqui são muito boas.” (Tulipa)

“Como vocês enfermeiras estão fazendo pra mim ta ótimo entendeu? Está ótimo! O tratamento está bom. Estão usando direitinho, está passando direitinho.” (Girassol)

“Não posso falar nada porque as meninas fazem curativo direito, o que elas podem fazer tão fazendo. O sangramento mês passado e no caso hoje, saiu um pouco...” (Florzinha)

“Estou satisfeita, me trata bem, são excelentes enfermeiras, muito educadas, muito pacientes. Sabe, nesta parte estou satisfeita.” (Amarilis)

Aponta-se que as enfermeiras conduzem a assistência de maneira correta de acordo com as intercorrências conforme citado o sangramento confirmado no discurso de uma cliente.

A valorização do cuidado possibilita os profissionais de enfermagem e outros pertencentes à saúde uma visão do ser no mundo em sua totalidade de vida e singularidade, desempenhando as práticas assistenciais de forma compreensiva e humana.

Para o profissional é importante que ouçamos através da fala dos clientes o reconhecimento da assistência prestada durante qualquer procedimento a ser executado. No entanto, é importante que saibamos a opinião da cliente a fim de manter a qualidade da assistência.

V) Vivendo as perspectivas e demandas de ser cuidada

“Mais uma vez, “a síntese” do tempo é a uma síntese de transição, ela é o movimento de uma vida que se desdobra, e não há outra maneira de efetuar-la senão viver essa vida, não há lugar do tempo, é o próprio tempo que se conduz e torna a se lançar”.⁽³⁸⁾

Nos depoimentos, o tempo aparece como fator determinante para o atendimento na sala de curativos durante o intervalo de um curativo a outro, mostrando a possibilidade da realização da assistência de enfermagem em um curto espaço de tempo. Aponta-se que o atendimento marcado mensalmente não é a melhor opção. Algumas clientes mostram algumas soluções em realizar o atendimento de 15 em 15 dias a fim de receberem orientações para controlar a secreção, o odor e o sangramento proveniente da ferida tumoral.

“Poderia fazer o curativo de 15 em 15 dias.” (florzinha)

“Gostaria que não fosse mensal o curativo, que fosse de 15 em 15 dias, porque assim teria um tempo menor para receber as orientações das enfermeiras. aqui o tratamento é muito bom, mas acho que deveria realizar o curativo de 15 em 15 dias. O que eu queria mesmo era que fosse toda

semana,mas sei que isso não dá por causa que tem muitos pacientes.” (Rosa)

No decorrer da fala suscita a necessidade do acompanhamento freqüente e o desejo de realizar o procedimento semanalmente. No entanto, ao mesmo tempo há a compreensão por parte da cliente dos atendimentos realizados de serem muitos.

“Então, passou um período bem longo sem vir aqui não me lembro quantos meses mais ou menos, 5 a 6 meses quase sem vir e achei que piorou um pouco e aumentou. Então, agora eu vim e ela marcou assim: num período de 1 mês e 15 dias, 20 dias, para mim estar retornando. Eu gostaria que este período fosse menos um pouco. Quanto menos prazo possível... Eu gostaria que o tempo fosse curto no meu caso... Se fosse possível... Diminísse esse tempo do retorno do curativo ou outro. Se fosse possível... Talvez para ano eu consiga isso!Ter mais quantidade de pessoas para atender senão também tumultua tudo. Elas têm que ter... Eu gostaria, ajudaria bastante... Para mim ajudaria bastante.”(Amarílis)

De acordo com o relato o período longo sem o acompanhamento das enfermeiras aumentou e houve a piora em relação à ferida e também, apresenta o desejo do curativo ser acompanhado em um curto espaço de tempo.

“Bom..., até agora eu não tenho o que reclamar do tratamento aqui. A única coisa que eu acharia é esse negócio da marcação é muito longa, 1 mês,entendeu? Para marcação do curativo, 1 mês.. Dependendo do caso também. Às vezes não tem necessidade, mas acho que aqui no meu caso como ta grande... Ele ta fazendo esse negócio dessa secreção. Acho que também 2 vezes ,sabe, 2 vezes no mês.Olha,um agora. Hoje já está fazendo 1 mês e ...a 3 a 4 dias. Aí vou passar mais 1 mês.Agora só vou vir 14 de dezembro. É muito tempo!! Às vezes sangra, às vezes.” (Azaléia)

Nesse caso, remete-se a necessidade de realizar o curativo duas vezes no mês devido ao tamanho da ferida e aos sintomas presentes como sangramento e secreção na lesão solicitando maior atenção.

“Não sei, o curativo eu gosto... porque é só a primeira vez. É sempre grande, a diferença que estou vindo, é de 1 mês, de 1 mês. Queria que fosse, que tivesse mais assistência do curativo da mama. Queria que diminuísse esse tempo... o outro foi mais de um mês. As vezes venho aqui pedindo desesperada, pedindo.” (Antúrio)

A insatisfação e o descontentamento em relação ao atendimento marcado para um mês é demonstrado na maioria das clientes portadora do câncer localmente avançado.

“A única coisa, assim... Que eu sei que não dá pra conciliar é inscrito aos horários, tem sempre aquele que fica mais um pouquinho. Marca um horário, mas na verdade é atendido meia hora depois, uma hora depois... E só é assim!” (Camélia)

A depoente aponta em seu discurso a demora do atendimento na sala de curativos, relatando o atraso significativo de trinta minutos, uma hora depois, demonstrando o seu descontentamento.

O filósofo Merleau – Ponty (1996, p.123)⁽³⁸⁾ ressalta que o tempo que passa não leva consigo os objetos impossíveis, não se fecha sobre a experiência traumática, o sujeito permanece sempre aberto ao mesmo futuro possível, senão em seus pensamentos explícitos, pelo menos em seu ser efetivo.

Um dos relatos aponta também a possibilidade de ter mais profissionais afim de que não haja atrasos no atendimento.

A temporalidade está intimamente relacionada à experiência. Assim, a cliente se encontra no presente uma experiência ruim ao ser atendida no ambulatório mensalmente. Cada cliente em seu discurso demonstra o tempo necessário para realização dos curativos pelas enfermeiras, já que, julga realizar o procedimento em domicílio de maneira diferente do profissional habilitado.

Os depoentes parecem penetrar existencialmente no tempo vivenciado ao dar sentido as experiências ruins. A cliente deve ser vista como ser no mundo em sua singularidade em que o tempo se manifesta através de si mesma. A experiência do tempo presente indica a modificação que ocorrer no futuro.

Percepções novas substituem as percepções antigas, mesmo emoções novas substituem as de outrora, mas essa renovação só diz respeito ao conteúdo de nossa experiência e não à sua estrutura.⁽³⁸⁾

6. O MODELO DE GERÊNCIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

Após a construção das unidades de significação, possibilitou compreender a experiência de conviver com câncer de mama avançado buscando um olhar gerencial através da análise a fim de criar o modelo proposto que amplia as bases do cuidado para atendê-las, onde, é fundamentada na obra do filósofo francês Maurice Merleau – Ponty, a fenomenologia de percepção, desvelando o sentido do comportamento ao perpassar aos cuidados de enfermagem.

A partir das unidades apresentadas uma compreensão do mundo experienciado pela cliente no sofrimento físico e emocional. Este mundo refere claramente o sentimento e a gênese da ferida, como também, os cuidados de enfermagem desenvolvidos na sala de curativos.

Ao analisar o discurso das depoentes, as mesmas, indicam o longo período em relação ao curativo feito como obstáculo para que assistência de enfermagem seja completa e plena.

A administração do tempo é a otimização do tempo disponível. Uma vez que se trata de um recurso infinito e valioso, aprender a usá-lo de maneira sábia requer habilidades de liderança e funções administrativas.⁽⁴⁵⁾

O tempo da marcação do atendimento para a realização do curativo demonstra através dos depoimentos o problema da cliente em cuidar com a ferida na mama. Percebe-se em algumas falas a intensificação do odor e da secreção comumente apontados na maioria dos discursos.

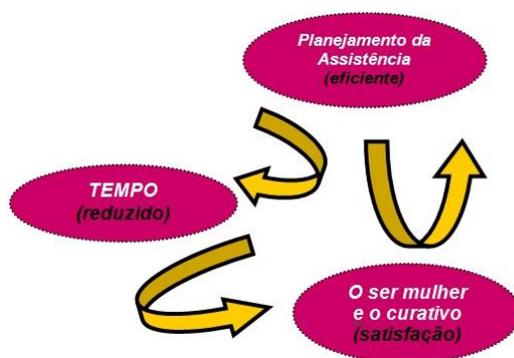
Na Instituição pesquisada o atendimento realizado em um amplo espaço de tempo reflete a necessidade de um ambiente planejado, onde haja recursos disponíveis para modificar a estrutura física e logística do local para atender a demanda do serviço, nos quais, os cuidados prestados aos clientes são considerados complexos mediante a doença crônica degenerativa manifestada.

Nesse caso, para atender a necessidade do serviço, ou melhor, solucionar o problema do tempo em relação ao atendimento a cada trinta dias e quanto à espera para realização do curativo é preciso aumentar a mão de obra, abrindo o quadro de contratações, como também, o aumento do número de salas utilizadas para esse fim. Assim, é preciso planejar as atividades diárias.

A assistência de enfermagem deve estar focada para satisfazer as necessidades e desejos das clientes. Para tal, é preciso que o enfermeiro planeje as intervenções sejam elas indiretas ou diretas, por meio de delegação de tarefas e avaliando os resultados obtidos.

O planejamento ocorre no início do processo administrativo, pois a capacidades de organizar-se parte de um bom planejamento. Durante o mesmo deve ser destinado um tempo para pensar sobre a forma como os planos serão traduzidos em ações.⁽⁴⁵⁾

Figura 04: - Modelo esquemático I: Tempo, curativo e planejamento da assistência

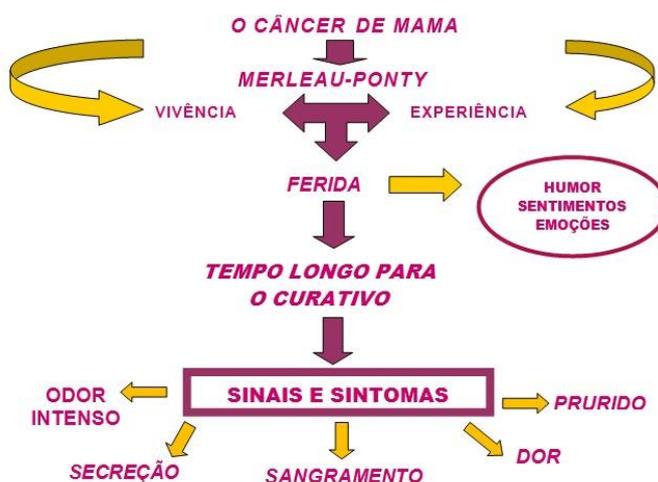


O modelo de gerência do cuidado fundamentado na experiência das clientes com câncer de mama localmente avançado nos remeteu a desenvolver o esquema abaixo fazendo uma interligação entre o planejamento da assistência, o tempo e o curativo. Percebe-se que ao realizar o planejamento da assistência com qualidade e eficiência o período de realização do curativo será menor. Consequentemente diminuirá o tempo de espera ao ser atendida na sala de curativo, como também, influenciará na marcação mensal do cuidado, obtendo assim a satisfação da cliente.

A relação íntima, apresentada no Modelo Esquemático I (figura 09), entre o planejamento da assistência de enfermagem, diante ao curativo a ser executado e o tempo de espera no ambiente hospitalar como na marcação do atendimento mensal, indicando a dependência entre eles.

A partir da experiência desvelada e subsidiada pela fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty, a mulher com câncer de mama localmente avançado demonstra que o longo espaço de tempo para realizar o curativo pelas enfermeiras, intensifica o odor, a secreção, sangramento e dor. Portanto, O Modelo esquemático II (figura 05)– foi desenvolvido a partir da relação do tempo com os sinais e sintomas presentes na mama lesionada.

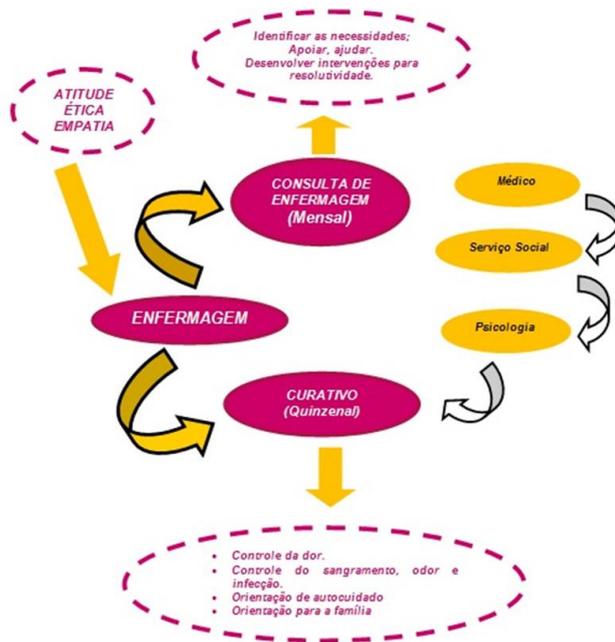
Figura 05: Modelo esquemático II - A relação do tempo com os sinais e sintomas



“Antes de ser um fato objetivo, a união entre a alma e o corpo devia ser então uma possibilidade da própria consciência e colocava-se a questão de saber o que é o sujeito que percebe se ele deve sentir um corpo como seu. Ali não havia mais fato a qual nos submetemos, mas um fato assumido. Ser uma consciência, ou, antes, ser uma experiência, é comunicar interiormente com o mundo, com o corpo e com os outros, ser com eles em lugar de estar ao lado deles.”⁽³⁸⁾

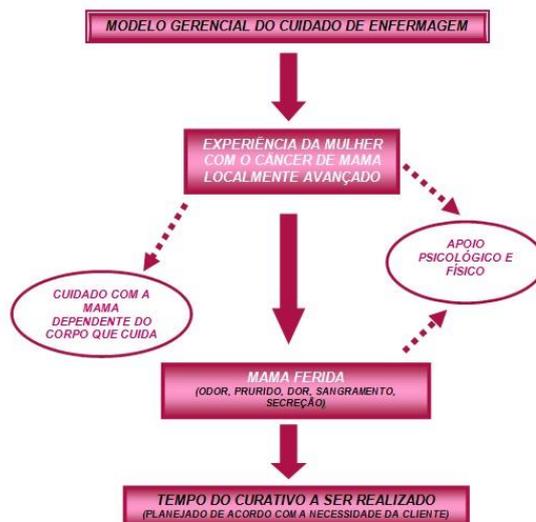
Assim, o modelo de gerência do cuidado de enfermagem foi desenvolvido fundamentalmente a partir da experiência da cliente com câncer de mama localmente avançado com respaldo teórico científico de Maurice Merleau Ponty. A seguir foi realizado o modelo de integração das necessidades inerentes a cliente portadora da ferida tumoral e a assistência da equipe multidisciplinar.

Figura 06 - Modelo esquemático III: Atenção oncológica a mulher com câncer de mama localmente avançado



Ao chegar ao modelo gerencial do cuidado nos remete, a partir das unidades de significações citadas, a compreender o outro em sua singularidade caracterizando o tempo para ser realizado o curativo em menor período. Compreende-se que esse menor tempo esperado para as clientes a serem cuidadas, tem finalidade de resolver as necessidades inerentes a essa situação tão bem citada nos depoimentos.

Figura 07: Modelo de gerência do cuidado de Enfermagem



7. CONCLUSÃO

Ao considerar o desenvolvimento obtido na prática de enfermagem nos últimos anos, evidencia a importância da sistematização do método assistencial. Assim sendo, essa importância mostra nesta pesquisa o favorecimento científico da enfermagem, contribuindo no campo teórico e prático.

A proposta apresentada neste estudo procurou ter como fundamento a realização do modelo gerencial do cuidar de enfermagem as necessidades inerentes a partir da experiência das mulheres com câncer localmente avançado.

Assim a enfermagem moderna está atravessando um estágio embrionário de mudanças, passando do uso de medidas de ação intuitiva e casual para o emprego do raciocínio reflexivo e de ações guiadas por métodos, técnicas, teorias e modelos conceituais, tanto na área de assistência como na administrativa, educacional e de pesquisa.⁽¹⁰⁾ Resta, todavia, a realização de considerável pesquisa e estudo para ampliar o acervo de recursos teóricos eficazes no direcionamento da atuação da prática.

Este estudo teve origem a partir da inquietação no período de residência de enfermagem oncológica, no Instituto Nacional de Câncer, atuando na sala de curativos do ambulatório do Hospital do Câncer III ao cuidar das clientes portadoras de ferida tumoral na mama (ou nas mamas).

Compreender a experiência dessas clientes assistidas na sala de curativos mensalmente, adotando o referencial teórico do filósofo Maurice Merleau Ponty, com o objetivo de obter através dos discursos princípios fundamentais para realização do modelo gerencial do cuidar em enfermagem.

Ao desvelar a experiência das clientes apontou-se para o sofrimento dessas de lutar bravamente e o impacto provocado pela doença na existência do ser humano.

Muitas vezes foi difícil alcançar o equilíbrio durante a entrevista ou no período em que me disponibilizei a realizar a assistência técnica e científica, afetiva e humana. Ao ouvir as clientes em seus depoimentos de grande emoção diante da situação de sofrimento físico e psicológico ao experienciar a vivência com a ferida na mama inebriava e contagiava todas as participantes. No entanto, através desse mundo experienciado e percebido é desvelado por Maurice Merleau Ponty (1996)⁽³⁸⁾ ao afirmar que representa um lugar vago de todas as experiências. Cada cliente percebe o mundo de acordo com as suas experiências de vida sendo esta única.

Os objetivos deste estudo foram atingidos em sua totalidade.

Nesse contexto, as clientes diante das perguntas relataram como a ferida surgiu, quando e como percebeu, apontou a experiência de conviver com a lesão e como também o desejo de ser cuidada.

A análise e a interpretação dos relatos das clientes a percepção da ferida nos retrata o começo e como perceberam a presença da lesão tumoral nas mamas, seja como uma pontada, com a percepção do nódulo, edema, hiperemia, prurido, experiência fundamentada no conhecimento constitutivo do próprio ser doente.

A percepção da cliente com câncer de mama localmente avançado nesse momento, pode ser ilustrada pelo pensamento do Maurice Merleau Ponty (1996)⁽³⁸⁾: quando acreditamos naquilo que vemos, onde já nos conscientizamos de seus efeitos antes de qualquer verificação.

Compreender que o medo, o desconforto, a tristeza, depressão revolta são sempre manifestados e penosos, pois cada lembrança ao olhar a mama ferida remete a idéia do corpo que está doente.

A percepção do corpo pelo cliente se sobrepõe diante de uma pessoa através da exploração no mundo por meio do corpo fazendo surgir suas próprias possibilidades.

Através dos depoimentos percebe-se a importância de ouvir e compreender de forma correta as clientes a fim de obter base para o desenvolvimento do modelo de gerência do cuidar em enfermagem.

O modelo construído tem a finalidade de direcionar e contribuir para melhoria da qualidade e suprir as necessidades inerentes à assistência de enfermagem no ponto de vista gerencial de cuidar: ao relatar a necessidade do ser assistido durante o curativo por um profissional de amplo saber técnico científico e com desenvoltura adequada e eficiente.

Os relatos discorrem a importância e a necessidade de comparecerem a sala de curativos no período de duas vezes ao mês devido aos sinais e sintomas presentes na lesão na mama (odor, prurido, sangramento, e dor).

Assim, com base nos depoimentos foi desenvolvido o modelo de gerência do cuidar de enfermagem, apontando o período para realização da assistência.

Sabemos no olhar gerencial torna-se difícil reorganizar assistência de enfermagem, porém, não é difícil ou impossível. É importante ter boa vontade e empenho para proporcionar um cuidado de enfermagem adequado e de acordo as clientes portadoras de câncer de mama localmente avançado.

Devemos ter em mente algumas estratégias para a melhoria da assistência como: reorganizar a estrutura do trabalho, ou seja, aumentar a mão de obra; otimizar e planejar o cuidado de enfermagem; aumentar o espaço físico (melhoria da estrutura física e logística instalando salas de atendimento, já que são muitas mulheres são atendidas no local). Sabe-se que para acontecer é preciso mudanças em longo prazo, pois envolve nesse contexto gerencial, verbas a serem conseguidas e financiadas, como também, apontar e defender as necessidades das clientes.

Ao olhar das clientes na sala de curativos para assistência de enfermagem a ferida tumoral na mama, pude ouvi-las de modo atento aos depoimentos em que afirmam o bom atendimento por toda equipe principalmente o curativo realizado eficientemente e de qualidade pelas enfermeiras.

Notou-se uma assistência mergulhada nos procedimentos tecnicamente qualificados, capaz de dar ao cliente com câncer de mama localmente avançado o apoio necessário na fase em que se experiencia ao conviver com a lesão tumoral.

Esta investigação mostrou uma cliente em seu cotidiano envolvida e marcada pela emoção, tristeza, angústia, preocupações remetidas ao mundo experenciado enquanto ser -no- mundo.

O sangramento, odor desagradável, sangramento, prurido e dor são apontados nos depoimentos à possibilidade de controlar e amenizá-los tornando frequente a assistência na sala de curativos.

Compreendi com esse estudo que a assistência de enfermagem e primordialmente pelos depoimentos das clientes proporcionaram a possibilidade de desenvolver o modelo de gerência do cuidar em enfermagem a partir do tempo referenciado na realização do curativo. Haja vista, o tempo é de grande valia para as clientes, pois possibilita a redução e o controle dos sinais e sintomas amenizando o desconforto.

REFERÊNCIAS

1. Alcântara LFFL de. Enfermeiras cuidando em oncologia ambulatorial: a consulta de enfermagem no sentido do cuidar. [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro - Escola de Enfermagem Anna Nery; 2002.
2. Instituto Nacional de Câncer; Ministério da Saúde. Estimativa 2008: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro (Brasil): INCA; 2008.
3. Lopes A, Iyeyasu H, Lopes LF. Oncologia para graduação. 1.ed. São Paulo: Teccmedd; 2005.
4. Chagas C. Câncer de mama – etiologia, fatores de risco e história natural. In: Franco J. Mastologia – formação do especialista. 1ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 1997.
5. Valle C. Câncer de mama locoregional avançado. Rio de Janeiro: Medsi; 1997.
6. Firmino F. Feridas neoplásicas: estadiamento e controle dos sinais e sintomas. Rev Prat. Hospitalar. 2005; 42: p. 59-62.
7. Instituto Nacional de Câncer. Controle do câncer de mama: documento de consenso. Rio de Janeiro (Brasil): INCA; 2004.
8. Silva RM, Mamede MV. Conviver com a mastectomia. Fortaleza: UFC; 1998.
9. Marriner-Tomey A. Nursing theorists and their work. St. Louis: Mosby; 2002.
10. Daniel LF. Enfermagem: modelos e processos de trabalho. São Paulo: EPU; 1987.
11. Carraro TE, Westphalen MEA. Metodologias para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB- editora; 2001.

12. Jorge MSB, Freitas CHA, Nóbrega MFB, Queiroz MVO. Gerenciamento em Enfermagem: um olhar crítico sobre o conhecimento produzido em periódicos brasileiros. Rev. Bras. Enfermagem, Brasília. 2007; 60 (1): 81-6.
13. Rossi FR. Tecnologias leves nos processos gerenciais do enfermeiro: contribuição para o cuidado humanizado [dissertação]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem da UFRGS; 2003.
14. Deitos F. Estresse – Câncer – Imunidade. São Paulo: Ícone, 2004.
15. Ferraz CA. A dimensão do cuidado em enfermagem: enfoque organizacional. Rev. Acta Paul. Enfermagem, São Paulo. 2000; 13 (01): 91-7.
16. Rossi FR, Lima MADS. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado, São Paulo. 2005, 39 (4): 460-8.
17. Kurcgant P. Gerenciamento de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
18. Camargo TC. O ex-sistir feminino enfrentando a quimioterapia para o câncer de mama: um estudo de enfermagem na ótica de Martin Heidegger. [Tese]. Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2000.
19. Veronesi V. Mastologia Oncológica. Rio de Janeiro: Medsi; 2002.
20. Guimarães JRQ. Manual de oncologia. 2ªed. São Paulo: BBS; 2006.
21. Robbins SL, Cotran RS, Kumar V. Patologia estrutural e funcional. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
22. Trindade ES, Primo WQSP. Manual de Ginecologia Oncológica. Rio de Janeiro: Medsi; 2004.
23. Merleau-Ponty M. O primado da percepção e suas conseqüências filosóficas. Campinas: Papirus, 1990.
24. Bauer C, Gerlach MA, Doughty D. Care of metastatic skin lesions. J. Wound Ostomy Continence Nurs., Philadelphia. 2000; 27: 247-51.
25. Boyd C. Breast cancer: the value and meaning of breasts. Cancer Forum, Austrália. 2001; 25 (3): 160-161.
26. Venâncio JL. Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com o câncer de mama. Rev. Bras. Cancerologia, Rio de Janeiro. 2004; 50 (1): 55-63.
27. Bergamasco RB, Ângelo M. O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como diagnóstico é experienciado pela mulher. Rev. Bras. Cancerologia, Rio de Janeiro. 2001; 47 (3): 277-82.

28. Grocott P, Cowley S. The palliative management of fungating malignant wounds – generalizing from multiple – case study data using a system of reasoning. *Int. J. Nurs. Studies*, Pergamon. 2001; 38: 533-545.
29. Poletti NAA, Caliri MHL, Simão CDSR, Juliani KB, Tácito VE. Feridas Malignas: uma revisão de literatura. *Rev. Bras. Cancerologia*, Rio de Janeiro. 2002; 48 (3): 411-17.
30. Hasfield-Wolfe ME, Baxendele-Cox LM. Staging of malignant cutaneous wounds: a pilot study. *Oncol. Nurs. Forum*, Pittsburgh. 1999; 6 (26): 1055-64.
31. Camargo TC, Gomes IP. Feridas tumorais e cuidado de enfermagem: buscando evidências para o controle dos sintomas. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro. 2004; 12: 211-16.
32. Azevedo RF, Lopes RLM. Merleau – Ponty e a compreensão da vivência de mulheres mastectomizadas em uso de prótese. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro. 2005; 13:188-193.
33. Capalbo C. A filosofia de Maurice Merleau Ponty historicidade e Ontologia. Londrina: Edições Humanidades, 2004.
34. SILVA, RMCRA. A percepção do corpo do cliente pela enfermeira: uma abordagem fenomenológica. 2000. 159f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
35. Coelho Júnior NC, Carmo PS. Merleau-Ponty: filosofia como corpo e existência. São Paulo: Escuta, 1991.
36. Correa AK. Phenomenology: an alternative to nursing research. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 1997; 5(1): 1-10.
37. Japiassu H, Marcondes D. Dicionário básico de filosofia. 2ed. Rio de Janeiro: Zahar. 1996.
38. Merleau-Ponty M. Fenomenologia da percepção. São Paulo: Martins Fontes, 1996.
39. Minayo MC, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social - teoria e criatividade. 28ª ed. Petrópolis: Vozes, 2009.
40. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem – métodos, avaliação e utilização. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2004.
41. Carvalho A.S. Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica. Rio de Janeiro: Agir, 1991.
42. Gomes WB. A entrevista fenomenológica e o estudo da experiência consciente. *Rev. Psicol. USP*, São Paulo. 1997; 8 (2): 01-19.

43. Carvalho MDB, Valle ERM. A pesquisa fenomenológica e a enfermagem. Rev. Acta Scientiarum, Maringá. 2002; 24 (3): 843-847.
44. Hanan J. A percepção social da Aids. Raízes do preconceito e da discriminação. Rio de Janeiro: Revinter, 1994.
45. Marquis BL, Huston CJ. Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
De acordo com a Resolução NO. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre a
Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
**CÂNCER DE MAMA LOCALMENTE AVANÇADO: CONSTRUINDO UM
MODELO DE GERÊNCIA DE ENFERMAGEM A PARTIR DA PERCEPÇÃO DA
MULHER**

Nome do Voluntário: _____

Você que é atendida no Hospital do Câncer III por apresentar câncer de mama avançado; e vem regularmente ao hospital para fazer o seu curativo da mama, está sendo convidada a participar de uma pesquisa que envolve a construção de um modelo de gerência de enfermagem que pretende melhorar o trabalho dos enfermeiros.

Essa pesquisa é importante para o crescimento do cuidado de enfermagem pois irá criar o modelo de gerência a partir do seu sentimento em conviver com a ferida na mama. Para que você possa decidir se quer participar ou não deste estudo, precisa conhecer seus benefícios, riscos e implicações.

OBJETIVO DA PESQUISA: Como esta pesquisa queremos entender melhor como você paciente se sente sendo portadora de câncer de mama localmente avançado; escrever unidades de significação (que são partes da fala, importantes para a construção do modelo de gerência de enfermagem, onde irão mostrar a convivência e o sentimento com a ferida na mama); construir o modelo de gerência de enfermagem a partir da experiência da mulher com câncer de mama localmente avançado.

PROCEDIMENTOS PESQUISA: Na pesquisa será realizada uma entrevista para responder algumas perguntas que serão feitas. A privacidade e o sigilo das informações fornecidas na entrevista são garantidas, bem como a preservação de sua identidade. Os depoimentos serão gravados em MP3 (arquivo digital) cujo conteúdo estará disponível apenas para o pesquisador e o entrevistado. Os arquivos serão destruídos depois de transcritas para o papel e rerepresentadas a você para testar se o seu discurso que foi gravado, está de acordo e se você concorda com ele.

MÉTODO ALTERNATIVO: O método alternativo a essa pesquisa é a não participação nela. Caso não seja do seu interesse em participar desta pesquisa, basta não assinar o termo de consentimento e nenhuma entrevista será feita com você, bem como nenhum dado de seu prontuário será analisado. O seu tratamento para o câncer de mama independe de sua participação nesta pesquisa.

RISCOS: Os riscos que podem ocorrer pela sua participação nesta pesquisa são principalmente relacionados ao lado emocional. Apenas será feita uma entrevista, que será primeiramente gravada, e que depois será transcrita para o papel e entregue a você para a sua concordância. Nenhuma intervenção nova ou qualquer teste diagnóstico novo será feito em você. No momento da entrevista faremos de tudo para que você se sinta o mais confortável possível.

BENEFÍCIOS: Não está previsto nenhum benefício direto a você pela sua participação nesta pesquisa. Porém, com os resultados obtidos através da análise dos dados da pesquisa, poderemos propor e direcionar uma prática de enfermagem que melhore a qualidade da assistência às pacientes como você.

ACOMPANHAMENTO, ASSISTÊNCIA E RESPONSÁVEIS: Durante essa pesquisa, o pesquisador responsável acompanhará sua participação desde a entrevista até a finalização destas, prestando todas as informações que se fizerem necessárias. Seu acompanhamento médico será o mesmo quer você participe ou não desta pesquisa. Nenhuma modificação será feita na programação de acompanhamento médico ou de seu tratamento.

CARÁTER CONFIDENCIAL DOS REGISTROS: Além da equipe de saúde que cuida de você, seus registros médicos poderão também ser consultados pelo Comitê de Ética do Instituto Nacional do Câncer (CEP-INCA) e equipe de pesquisadores envolvidos. Seu nome não será revelado ainda que as informações de seu registro sejam utilizadas para propósitos educativos ou de publicação, que ocorrerão independentemente dos resultados obtidos.

TRATAMENTO MÉDICO EM CASO DE DANOS: Todo e qualquer dano decorrente do desenvolvimento deste projeto de pesquisa, e que necessite de atendimento médico, ficará a cargo da instituição. Seu tratamento e acompanhamento médico independem de sua participação neste estudo

CUSTOS (Ressarcimento e Indenização): Não haverá qualquer custo ou forma de pagamento para você pela sua participação na pesquisa.

BASES DA PARTICIPAÇÃO: É importante que você saiba que a sua participação neste estudo é completamente voluntária e que você pode recusar-se a participar ou interromper sua participação a qualquer momento sem penalidades ou perda de benefícios referentes à pesquisa. O responsável por seu acompanhamento, ou o investigador principal desta pesquisa, pode interromper sua participação a qualquer momento, mesmo sem a sua autorização.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS: Nós estimulamos a você ou seus familiares a fazerem perguntas a qualquer momento. Neste caso, por favor, ligue para a Enfermeira Sabrina Ayd Pereira José, telefone: (21) 9386-0838 ou para a Coordenação de Pós Graduação EEAN/UFRJ, TELEFONE: (21) 2293-8148. Se você tiver perguntas com relação a seus direitos como participante da pesquisa, também pode contar com um contato imparcial, através do Comitê de Ética em Pesquisa do INCA, rua André Cavalcanti 37, telefone 21 – 3233-1410 ou 3233-1353.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO E ASSINATURA:

Li as informações acima e entendi o propósito desta pesquisa assim como os benefícios e riscos potenciais da participação na mesma. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas. Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar desta pesquisa.

Entendo que não serei submetido a nenhum exame adicional para participar da pesquisa e que não receberei compensação monetária por minha participação na mesma. Eu recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

_____/_____/_____
(Assinatura do Paciente) dia mês ano

(Nome do Paciente – letra de forma)

_____/_____/_____
(Assinatura de Testemunha, se necessário) dia mês ano

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes deste estudo ao paciente indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo paciente.

_____/_____/_____
(Assinatura da pessoa que obteve o consentimento) dia mês ano

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY

DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MESTRADO EM ENFERMAGEM

PROJETO: *“Câncer de mama localmente avançado: construindo um modelo de gerência de enfermagem a partir da percepção da mulher.”*

MESTRANDA; SABRINA AYD PEREIRA JOSÉ.

ORIENTADORA: JOSÉTE LUZIA LEITE

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

PERGUNTAS:

- 1) Como você percebeu a ferida da mama?
- 2) Como você se sente com essa ferida?
- 3) Como você gostaria de ser cuidada pelos enfermeiros?