

**ASSISTIR O PACIENTE ONCOLÓGICO:
COMO AS ENFERMEIRAS PODERÃO ENFRENTAR ESTE DESAFIO? ***
Caring for cancer patients: how can nurses face this challenge?

Marta Regina Bauer 1
Célia Jungbluth Becker 1
Claudia Luízita Rosa 1
Edma Maria Azevedo 1
Eloíta Neves-Arruda 2

RESUMO

Este trabalho trata de um relato de experiência das autoras em assistir, com base em um marco referencial próprio, 103 pacientes oncológicos hospitalizados; apresenta as reflexões sobre a assistência prestada, evidenciando os depoimentos dos pacientes em relação à situação por eles vivenciada.

Unitermos: cuidado, câncer, assistência de enfermagem.

ABSTRACT

This paper presents a report of the experience the authors had in taking care of 103 hospitalized oncology patients based on a particular framework. They reflect upon the nursing care provided to those patients, and also emphasizing patient's statements regarding their lived experience.

Key Words: care, cancer, nursing care.

1 INTRODUÇÃO

O câncer tem um impacto cruel sobre a sociedade devido às repercussões sociais e econômicas que o câncer traz consigo e também devido às implicações que o câncer acarreta para o paciente e seus familiares, como a dor, o sofrimento, a incapacidade e a morte (Gadelha, 1990).

Os dados estatísticos atualmente disponíveis relacionados aos fatores de risco e à incidência do câncer, revelam esta doença como um problema de saúde pública no Brasil. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), mais de quatro milhões de mortes ocorridas no mundo são causadas pelo câncer e anualmente são diagnosticados seis milhões de novos casos. Conforme os índices divulgados em 1986, ocorreram no Brasil 73.897 óbitos devido ao câncer, o equivalente a 13,4% dos óbitos por doenças, colocando-o como segunda causa mais frequente de mortalidade, sendo precedido pelas doenças cardiovasculares que perfazem 41,1% das mortes (Gadelha, 1990).

O câncer atinge pessoas de todas as idades e de todas as camadas sócio-econômicas, desde os indivíduos aparentemente "saudáveis", até "os de-

sesperadamente doentes" (Beland, 1979). Este último termo relaciona-se ao fato de cerca de 80% dos casos de neoplasia maligna, serem diagnosticados em fase muito avançada, quando os recursos terapêuticos só servem como forma paliativa (Gadelha, 1990). O diagnóstico tardio ofusca as esperanças de vida de muitas pessoas, deteriorando sua auto-imagem, restando na sociedade não o apoio, mas a discriminação, por permanecer o estigma de que o "câncer não tem cura". Este estigma é sustentado pela ineficiência das autoridades constituídas em investir na educação dos profissionais de saúde e da população em geral, a fim de que seja possível a prevenção e detecção precoce.

O saber que tem câncer é recebido pela maioria dos pacientes com medo, ansiedade, angústia, dúvidas e raiva. A intensidade desses sentimentos vai depender da personalidade e vivência de cada indivíduo. O profissional de saúde necessita trabalhar com seus próprios valores para que, intuitivamente, saiba quando e como falar e agir para ajudar o paciente a ajudar-se (Mayol, 1989). "O primeiro passo para o sucesso nas profissões relacionadas à saúde do homem é ter uma boa compreensão do ser humano, das suas necessidades, capacidades e desejos" (Olivieri, 1985, p.15).

O indivíduo com câncer passa por situações difíceis e necessita ser atendido por uma equipe interdisciplinar. O papel do enfermeiro nesta equipe é bastante significativo em todos os níveis de prevenção, e é importante também que ele saiba lutar por melhores condições de trabalho e por justiça social, o que inevitavelmente irá refletir numa assistência de melhor qualidade ao paciente.

* Elaborado a partir do trabalho de conclusão do curso de graduação em enfermagem na UFSC, Florianópolis, SC, 1990, sob a orientação da Profa. Eloíta Neves-Arruda.

1 Enfermeiras graduadas pela UFSC em janeiro de 1991.

2 Professora titular do Departamento de Enfermagem da UFSC.

Sentimos que há necessidade de se atender o indivíduo na sua globalidade, através de um relacionamento interpessoal, permitindo ao paciente expor seus sentimentos e decidir sobre sua própria vida, observando como a doença está interferindo ou irá interferir na adaptação do indivíduo ao seu ambiente, e buscando ajuda mútua neste processo. Pretendemos com este trabalho relatar nossa experiência na assistência de enfermagem ao paciente oncológico, com base numa visão humanística criada a partir de um marco referencial próprio.

2 METODOLOGIA

2.1 Participantes

A assistência de enfermagem foi por nós prestada no período de agosto a novembro de 1990, a 103 pacientes em tratamento com radioterapia e/ou quimioterapia, admitidos aos 52 leitos destinados a pacientes oncológicos das três unidades de internação, de um hospital geral de médio porte, da cidade de Florianópolis.

2.2 Processo de Enfermagem

Visando conhecer melhor o ser humano, a fim de prestar-lhe melhores cuidados, utilizamos alguns passos do processo de enfermagem proposto por Horta (1979). O processo que utilizamos conta com: a) *histórico de enfermagem*, no qual concluímos perguntas-chave que pudessem revelar as percepções dos pacientes acerca da situação vivenciada; b) *relação dos problemas*, resultantes dos desequilíbrios das necessidades humanas básicas; c) *intervenção de enfermagem* e, d) *evolução e avaliação*, onde relatamos as condições do paciente do início ao final da relação pessoa-pessoa, verificamos os resultados da intervenção de enfermagem, e colocamos nossas percepções sobre o paciente e nossos sentimentos frente às situações.

2.3 Proteção dos Direitos Humanos

Durante o período assistencial documentamos 20 processos de enfermagem. Para tanto, pedimos permissão para os pacientes, nos comprometendo em não identificá-los e deixando claro que eles poderiam aceitar ou não os nossos cuidados. Com o decorrer do tempo, nenhum paciente recusou-se a prestar informações e a receber nossa assistência, pois adquirimos confiança e respeito mútuo, facilitando a interação em todos os momentos.

2.4 Marco Referencial

O marco referencial utilizado na assistência aos pacientes foi por nós elaborado e reflete nossos valores, interesses, vivências no contato com a profissão e considera os componentes sócio-culturais. O pri-

meiro passo para elaboração dos objetivos da prática assistencial foi a definição deste marco referencial que partiu de idéias de cada um dos componentes do grupo e da orientadora em relação a termos, tais como: ser humano, saúde/doença, enfermagem, ambiente, cuidar/assistir e relação interpessoal. Após a discussão das idéias pelos membros do grupo, elas foram reunidas na forma de conceito. Cada palavra que usamos para definir os termos, foi por nós bastante refletida quanto ao significado, para não nos tornarmos apenas repetidores de "chavões" já conhecidos.

O referido marco contém pressupostos filosóficos que posteriormente encontraram fundamentação nas teorias de King (1981) e Travelbee (1982).

2.4.1 Ser Humano

Alguém que pensa, possui sentimentos, atravessa várias fases de desenvolvimento entre a vida e a morte; luta pela sobrevivência dentro de uma sociedade com determinados padrões e culturas, tentando se adaptar, de forma a alcançar seus objetivos e suprir suas necessidades biopsicossocio-espirituais. A nossa visão de ser humano é muito semelhante a de King. A diferença básica é que consideramos este ser humano como possuidor de necessidades biopsicossocio-espirituais, as quais ele tenta suprir num processo de adaptação ao ambiente. Quando falamos em necessidades nos níveis biopsicossocio-espirituais, acabamos repetindo um chavão bastante conhecido, sem refletir sobre o real significado desta expressão. No entanto este chavão indica que o ser humano possui sentimentos, crenças, vive em sociedade e encontra-se casualmente doente.

Para Travelbee (1982, p.14) o ser humano é "possuidor de certas necessidades fisiológicas básicas, que ele deve satisfazer para sobreviver e alcançar a saúde mental". Acreditamos que o atendimento às necessidades fisiológicas básicas e também a outras necessidades, possibilita a harmonia interna capaz de proporcionar bem-estar ao indivíduo.

2.4.2 Saúde/Doença

Situação decorrente das condições sócio-econômicas-educacionais-culturais, e da relação do indivíduo consigo mesmo e com as outras pessoas em seu ambiente. Estas condições podem levar à satisfação das necessidades biopsicossocio-espirituais do ser humano originando equilíbrio e bem estar, ou a não satisfação levando a conflitos, refletidos em inseguranças, medos e dúvidas. Através deste conceito fica claro que saúde e doença não podem ser definidas separadamente. Uma das maneiras de King (1981, p.27) definir saúde é como "um estado que permite aos indivíduos habilidade para funcionar nos seus papéis sociais". Esta habilidade entendemos como formas de comportamento, resultantes de estímulos recebidos durante a vida, capazes de pro-

mover equilíbrio do ser consigo mesmo, com o mundo e com os outros. Desta forma, estímulos inadequados levariam a comportamentos desajustados, ao desequilíbrio, e conseqüentemente à doença.

Travelbee (1982, p.21) refere-se à doença como "uma expressão do estilo de vida, uma forma de vida, ou uma maneira de enfrentar as tensões e adaptar-se a elas". A teorista considera apenas a doença mental, mas compreendemos que uma das causas para se adquirir qualquer doença é a dificuldade do indivíduo em enfrentar e adaptar-se às tensões do dia-a-dia.

2.4.3 Enfermagem

É uma opção profissional baseada em uma filosofia de vida dedicada ao próximo, e pela qual, através de um relacionamento interpessoal procura-se: ouvir, apoiar, transmitir segurança e conforto, esclarecendo e orientando conforme o conhecimento adquirido, tentando assistir o indivíduo como um todo, dentro de uma equipe interdisciplinar.

A relação interpessoal é em essência a base de nossa atuação junto aos pacientes oncológicos, pela qual se busca o conhecimento mútuo na troca de experiências e de percepções. Ao definirem enfermagem, King e Travelbee deixaram claro a existência desta interação enfermeiro-paciente. Concordamos com King (1981), quando afirma que nesta relação, ambos os participantes devem desenvolver sensibilidade para perceber o outro, a situação, e estabelecer objetivos, possibilitando que o paciente tome decisões. Também concordamos com Travelbee (1982, p.65), quando afirma que "relacionar-se de forma interpessoal é uma experiência, ou uma série de experiências, que se caracteriza pelo diálogo significativo entre pessoas... e na qual uma sente a acessibilidade, proximidade e compreensão da outra". Entendemos que a relação pessoa-pessoa só pode existir quando ambos os participantes desta interação demonstrem interesse em compartilhar experiências resultantes de sua convivência com a sociedade, consigo mesmo e com as outras pessoas. A comunicação é uma habilidade essencial para que ocorra esta interação. Travelbee afirma que o instrumento mais valioso para a enfermeira comunicar-se com os pacientes é a empatia. Entendemos tal como Kalish citado por Tschudin (1987, p.33) que "empatia é a habilidade de perceber acuradamente os sentimentos da outra pessoa e de comunicar-lhe essa compreensão.

2.4.4 Assistir/Cuidar

É atender às necessidades apresentadas pelo indivíduo e/ou grupo, utilizando-se para isso de técnicas, instrumentos, conhecimentos e habilidades, a fim de garantir a melhor adaptação possível do indivíduo em seu ambiente. Envolve elementos como: afeição, apoio, estímulo, esclarecimento e orien-

tação, respeito e outros. Como afirma Neves-Arruda (1990) o cuidar não significa só estar consciente da situação clínica do paciente, mas também ter consciência da estrutura política e social na qual está inserida a instituição de saúde, pois esta refletirá diretamente no cuidado oferecido ao ser humano.

Neves (1984) citando King² afirma que o paciente participa ativamente do cuidado, o que lhe permite desenvolver a autonomia e assumir compromisso crescente pelos assuntos envolvidos com sua saúde. E Travelbee (1982) entende o cuidado não como um ato mecânico, mas humanístico, e o paciente como uma pessoa que sofre. Consideramos o sofrimento como uma emoção inerente à existência humana e provedor de um aprendizado positivo para o amadurecimento³ do homem, desde que ele consiga, em meio ao desespero, perceber o significado desta experiência.

2.4.5 Ambiente

Lugar onde indivíduos vivem segundo determinados padrões e diversidade cultural. O ambiente é capaz de ser influenciado por ele na busca de se adaptar ao meio, originando os direitos e deveres resultantes de uma convivência coletiva. King (1981) refere-se ao ambiente como um sistema social, organizado por papéis comportamentais que seguem determinados valores e normas, dependendo do grupo no qual a pessoa se encontra. Travelbee afirma que o indivíduo sofre tensões do mundo ao seu redor e a elas tenta se adaptar, elaborando formas de comportamento.

3 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Durante o período assistencial atendemos 103 pacientes. Destes, 68 eram do sexo masculino e 35 do feminino, com diagnósticos variados, predominando nos homens câncer de cabeça e pescoço (36,88%), seguido por câncer de esôfago (16,05%) e pulmão (12,62%), e nas mulheres a incidência maior foi de neoplasia de mama (11,65%) e colo uterino (6,79%). A faixa etária variou entre 18 e 80 anos, sendo que a maioria se encontrava entre 35 e 60 anos. Dos 103 pacientes assistidos 20,4% conheciam o diagnóstico, 47,6% não tinham conhecimento e 32,0% suspeitavam que tinham câncer.

Dentre os que não sabiam, encontravam-se pessoas que durante o relacionamento interpessoal não falaram em câncer, ou que se referiram à doença como um problema apenas de seu companheiro de quarto. Verificamos também que entre 35 mulheres, 11 sabiam que tinham câncer, enquanto que em 68 homens, apenas 10 conheciam o diagnóstico.

2 KING, Imogene M. A theory for nursing: systems, concepts, process. New York: John Wiley & Sons, 1981. 181 p.

3 Amadurecimento é entendido por nós como crescimento e desenvolvimento.

4 REFLEXÕES SOBRE A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Pretendemos com estas reflexões fazer considerações acerca da assistência de enfermagem e descrever algumas situações que vivenciamos durante o relacionamento interpessoal, utilizando nomes fictícios para nos referirmos às pessoas envolvidas.

Para assistirmos o paciente, foi necessário estabelecer a relação pessoa-pessoa, desafiando nossas dúvidas, receios e inseguranças inerentes a qualquer profissional que pretende trabalhar com portadores de câncer. Antes de iniciarmos a assistência, nos imaginávamos frente a frente com este paciente, tentando ajudá-lo e aí surgiu a pergunta: Como? Iríamos fantasiar a realidade, ignorá-la, dizer para os pacientes que existem coisas piores, ou seríamos simplesmente objetivas, encarando os fatos decorrentes de uma política de saúde e realidade social instáveis?

A prática mostrou-nos que falar muitas vezes não é preciso; em determinados momentos, o fato de estarmos ao lado da pessoa que sofria, segurando sua mão, fazendo fluir energia em ambos (enfermeiro-paciente), sentindo o calor daquele toque amigo e sincero, isento de preconceitos, foi o bastante para confortar aquela pessoa. Confortar no sentido de estar perto, amenizando seu sentimento de abandono, mostrando disponibilidade em ouvi-lo. Em determinada ocasião deparamos com a seguinte situação: um paciente estava em seu leito queixando-se com dor, pois a medicação analgésica ainda não tinha surtido efeito. Uma de nós aproximou-se, "apertou" sua mão, sentou-se ao seu lado, e perguntou como estava se sentindo, ao que respondeu:

"estou tão sozinho, minha dor não passa, acho que não tenho mais jeito... Fica aqui pertinho de mim um pouco".

(Ivan, 48 anos)

Ambos ficaram em silêncio, de mãos dadas e após uns 10 minutos o paciente adormeceu, referindo antes alívio da dor.

Vivemos numa vida agitada, achamos que "não temos tempo" nem para dar um aperto de mãos e quando fazemos este gesto, ele é tão mecânico e superficial que nem pode ser considerado um toque de conforto e amizade. Verificamos que os profissionais na sua maioria só tocam nos pacientes quando precisam fazer exame físico ou realizar uma técnica de enfermagem, como o banho de leito. Por que evitar esta aproximação? Será medo de se contaminar? Falta de hábito? Não sabemos ao certo! Notamos que o relacionamento interpessoal foi facilitado pelo fato de nos aproximarmos do paciente cumprimentando-o com carinho todos os dias, demonstrando interesse por ele ser uma pessoa semelhante a nós, e não por possuir uma doença interessante de ser

estudada. Encontramos pacientes que estranhavam nossas atitudes, pessoas que estavam com tanto medo e desespero que não compreendiam, no início, o valor de um sorriso, um gesto de carinho. Deparamos com um paciente que a princípio não conseguíamos manter uma relação de harmonia, era agressivo e mal humorado. Mesmo assim, não desistimos, continuamos tendo contato com ele, apesar de estarmos nos sentindo angustiadas pela rejeição. Até que, em determinado dia o paciente estava bastante indelicado, falando com descaso, tom de voz normal e com a cabeça baixa. Quando uma de nós, na presença da outra colega, questionou-lhe sobre o seu mau humor, ele respondeu:

"Eu com mau humor! Quem disse? Ficam aí perguntando como a gente está. Vocês é que têm que dizer, não estudam para isso? Por que não pegam uma faca e tiram esta sujeira aqui do meu pescoço?"

(Emanuel, 51 anos)

Por já ter um certo conhecimento sobre o paciente, a enfermeira em questão resolveu confrontá-lo, e tocando em seu ombro, olhando nos seus olhos, disse-lhe no mesmo tom de voz que poderia trazer a faca, se ele quizesse, não para tirar a sujeira do pescoço, mas sim para "tirar-lhe o pescoço fora", já que parecia que a maior "sujeira" estava dentro de sua cabeça. Naquele momento o paciente ficou perplexo e assustado. A enfermeira despediu-se e falou que voltaria no outro dia para conversar. A partir deste confronto não houveram mais provocações e iniciou-se um relacionamento de amizade e respeito mútuo. O confronto nestas situações em que a pessoa não consegue conviver consigo mesma e conseqüentemente com as outras, pode ser benéfico desde que ocorra no momento adequado e que o paciente sinta que as palavras aparentemente ásperas são ditas com amor.

No início da relação interpessoal o que mais nos preocupava eram os possíveis questionamentos dos pacientes sobre o diagnóstico. Não sabíamos como iríamos reagir e muito menos o que falar, até que nos deparamos com uma situação deste tipo. Um paciente com câncer de língua, em estágio avançado, enquanto conversava com uma de nós, perguntou:

"O que eu tenho é câncer, não é? Eu estou desconfiado. O câncer é uma doença braba, não tem cura... Eu não tenho mais jeito, acho que vou dormir para sempre. Já sou velho... Na bíblia está escrito que o homem não deve viver mais do que 70 anos"

(Ismael, 78 anos)

Este paciente encontrava-se com dúvidas e demonstrava muito desânimo. A enfermeira, frente ao questionamento do paciente disse que não sabia o

diagnóstico e perguntou se ele havia conversado com o médico sobre isso. Ele disse que não. Desta maneira, foi discutido com o paciente a questão do câncer, partindo do que ele já sabia sobre esta doença, tentando modificar a visão que o paciente sustentava sobre o câncer. É difícil avaliar até que ponto foi modificada a sua crença sobre a doença. Pelo menos ele chegou a admitir que o câncer tem cura e que ele ainda pode ser útil nesta vida, apesar de ser "velho".

A seguir passamos a relatar algumas expressões referidas pelos pacientes que revelam o estigma acerca do câncer, o desconhecimento e a necessidade que eles têm de negar tal diagnóstico.

"Câncer é uma doença ruim que não tem cura. Mas, eu não tenho câncer, o médico falou que eu tinha uma úlcera que originou um tumor. Tumor não é tão ruim, fazendo aplicação a gente fica bom".

(Mariana, 46 anos)

"Câncer é um monstro que vai comendo a região afetada".

(Clara, 47 anos)

"Meu problema não é câncer, é só uma feridinha no nariz, por isso estou fazendo as aplicações... Minha mulher morreu com um tumor no cérebro, câncer, há +/- 14 anos, pois não existiam essas aplicações".

(Josué, 74 anos)

"Saber que tenho câncer foi um golpe muito duro, principalmente por ter ficado sabendo através de uma pessoa que eu não conhecia".

(Estela, 45 anos)

A questão de dizer ou não dizer o diagnóstico é um assunto de freqüentes discussões. Supomos que em alguns casos o conhecimento do diagnóstico pode possibilitar uma maior colaboração do paciente durante o tratamento. Mas, como saber se uma pessoa está ou não preparada para enfrentar a verdade? É bastante difícil chegar a esta conclusão, principalmente quando o paciente não verbaliza seus sentimentos e/ou não percebemos as pistas por ele fornecidas sobre o que ele realmente quer saber. Geralmente o médico revela o diagnóstico para a família, que não recebe a assistência dos profissionais de saúde para enfrentar o problema, acabando por transmitir para o paciente toda a sua angústia. Achamos que há necessidade de explorar os sentimentos do indivíduo através do trabalho conjunto em uma equipe interdisciplinar, capaz de prestar a ele e a sua família apoio humano e profissional. Ao termos um conhecimento maior do indivíduo e do mundo que o cerca, poderemos ter melhor discernimento para saber quando, como, até onde falar e de que

forma sustentar suas esperanças (Neves-Arruda, 1990).

No contato que tivemos com os pacientes oncológicos foi possível verificar que em alguns casos a pessoa havia passado por acontecimentos tristes em sua vida antes da doença, como traumas por perdas de pessoas muito próximas, pela experiência de cuidarem de alguém da família com câncer, por conflitos familiares e até pela aposentadoria e chegada da idade mais avançada. A angústia causada por estas experiências, na maioria dos casos não é suficientemente verbalizada ou entendida pela própria pessoa, fazendo deste sofrimento não um aprendizado para viver melhor cada momento, e sim um *motivo para deixar de viver*.

No decorrer da nossa prática assistencial, tivemos contato com pessoas que tinham dificuldades em expor seus sentimentos e dúvidas, principalmente para os médicos. Encontramos também muito profissionais que assumem atitudes possessivas e autoritárias, o que pode provocar medo nas pessoas e perda de sua autonomia.

Acreditamos que só conseguimos realmente ajudar a pessoa que sofre quando nos colocamos no "mesmo nível" que ela, deixando de ser os "donos do saber", para compartilharmos experiências. Entendemos que a universidade fornece pistas do conhecimento que aprendemos na "escola da vida"; então, por que pensar que a pessoa que assistimos nada sabe?

A doença, em muitos casos, leva as pessoas a refletirem sobre seu modo de viver e até sobre o próprio sentido da vida. É neste momento que a morte começa a preocupar as pessoas e que a religiosidade torna-se mais expressiva. Houve ocasiões em que os pacientes verbalizaram seus sentimentos em relação à doença, à vida e à religião, como segue:

"Eu acho que não vou melhorar, espero apenas encontrar um alívio. Eu sei o que me espera. Ninguém é daqui. Um dia chega a vez de cada um. Já estou preparando a minha família, qualquer hora eu fico aqui mesmo" (querendo se referir à morte).

(Eliza, 47 anos)

"Eu sei que não vou mais ficar curada, só tenho que cumprir ainda a minha missão. Tenho que pagar todos os meus pecados... Eu fui muito pecadora. Tenho que fazer muita caridade, ajudar os outros. Eu sempre só pensava em mim e na minha família".

(Eliza, 47 anos)

"Jesus apareceu em meu sonho, era um jovem de 22 anos com olhos claros, cabelos encaracolados. Perguntei para ele se eu iria ficar curado, mas ele não me respondeu, apenas sorriu e desapareceu. Com isso, acho que vou ficar curado, pois ele sorriu para mim... Tenho muita fé".

(Vicente, 64 anos)

A morte e a própria doença são vistas pela maioria das pessoas como um castigo "divino" que elas não mereciam. Nestas questões de morte e religiosidade, escutamos o que os pacientes tinham a nos dizer e quando achávamos conveniente, colocávamos nossas próprias crenças. Encontramos muitas pessoas desanimadas, sem perspectivas para o futuro. Ao conversarmos com estas pessoas, tentamos fortalecer suas esperanças e encontrar junto com elas um significado para sua experiência.

O fator psicológico, por muitas vezes, contribui para o desenvolvimento de doenças e pode alterar o quadro clínico de um paciente. Desta forma, experiências negativas podem colaborar para o surgimento de doenças psicossomáticas. Acreditamos que o fator psicológico contribui de maneira significativa para a gênese do câncer, apesar de reconhecermos que existem muitos outros fatores de risco que também estão envolvidos no aparecimento da doença. Estamos frequentemente expostos a todos estes fatores, mas por que uma pessoa desenvolve câncer e outras não? Será uma predisposição hereditária ou sentimentos negativos interiorizados, resultantes dos enfrentamentos da vida? Ainda não encontramos respostas para estas indagações, talvez por não se dar a devida importância ao fator psicológico como causa primária de muitas doenças.

5 RECOMENDAÇÕES

A assistência de enfermagem com base na visão humanística, possibilita ao paciente ser assistido na sua totalidade. Para cuidar efetivamente do paciente, considerando-o antes de tudo um ser humano com preocupações, medos e conflitos semelhantes aos nossos, devemos desenvolver sensibilidade, percepção e comunicação. O trabalho desenvolvido junto aos pacientes oncológicos mostra muitos desafios, que só agora começamos a enfrentar, na intenção de assistir o indivíduo como um todo inserido no contexto social. As situações que foram relatadas mostram o grande sofrimento destas pessoas marcadas pelo estigma social da doença e pelas consequências de um câncer em estado avançado. Diante desta realidade fazemos as seguintes recomendações:

- À Sociedade:

Adotar atitudes positivas para com os portadores de câncer, evitando estigmatizá-los como possuidores de um mal incurável que irá levá-los inevitavelmente à morte.

- Ao Setor Saúde:

Dar prioridade aos programas educativos de

prevenção e detecção precoce do câncer, procurando esclarecer a população sobre os fatores de risco a que está exposta, buscando controlar a doença.

- À Enfermagem:

• Que os profissionais de enfermagem reflitam sobre seus valores em relação à vida, ao ser humano e à profissão e elaborem um marco referencial próprio, o qual possibilite nortear uma prática assistencial que resgate os seus valores científico-humanísticos.

• Que saiba assistir o paciente como um ser humano que eventualmente está doente ou se sente enfermo, e que necessita de cuidados que englobem os aspectos técnicos, sociais, políticos, econômicos, legais e humanísticos.

• Que o afeto e o calor humano transmitidos no toque, visando sentir e trocar energia com o outro, seja a maior expressão de ajuda ao próximo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 BELAND, Irene et al. *Enfermagem clínica: aspectos fisiopatológicos e psicossociais*. São Paulo: USP, 1979.
- 2 GADELHA, M.I.P. *Câncer, um problema de saúde pública no Brasil*. São Paulo: 1990. mimeo. (Ministério da Saúde - Pro-Onco).
- 3 HORTA, W.A. *Processo de enfermagem*. São Paulo: EPU, 1979.
- 4 KING, I.M. *A theory for nursing: systems, concepts, process*. New York: John Wiley & Sons, 1981.
- 5 MAYOL, R. *Câncer: corpo e alma*. São Paulo: Mercuryo, 1989.
- 6 NEVES, E.P.; RADUNZ, V. *A teoria de Imogene King: considerações sobre sua aplicabilidade na Assistência de enfermagem*. Trabalho apresentado na Reunião Anual da SBPC, São Paulo: 1984. mimeo.
- 7 NEVES-ARRUDA, E. *O cuidar em enfermagem*. Resumo de transparências do trabalho apresentado na Semana de Enfermagem do Instituto do Coração, São Paulo: 1990a.
- 8 OLMIERI, D.P. *O ser doente: dimensão humana na formação do profissional de saúde*. São Paulo: Moraes, 1985.
- 9 TRAVELBEE, J. *Intervención en enfermería psiquiátrica*. 2.ed. Colômbia: OPAS/OMS, 1982.
- 10 TSCHUDIN, V. *Counselling skills for nurses*. 2.ed., Londres: Baillière Tindall, 1987.

Endereço do Autor: Marta Regina Bauer

Author's address: Rua Angelina, 82 - Bela Vista I
88100 - São José - SC

Trabalho recebido em: 17/04/91

Solicitado reformulações aos autores em: 10/06/91

Data de retorno em: 17/07/91

Aprovação final em: 24/09/91