



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO

JOÃO EVANGELISTA DA COSTA

TRAJETOS NO LABIRINTO:

História de vida dos portadores de doenças oncológicas em uso de transfusões
sanguíneas na cidade de Natal/RN

Natal-RN
2013

JOÃO EVANGELISTA DA COSTA

TRAJETOS NO LABIRINTO:

História de vida dos portadores de doenças oncológicas em uso de transfusões
sanguíneas na cidade de Natal/RN

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Área de Concentração: Enfermagem na atenção a saúde.

Linha de Pesquisa: Enfermagem na Saúde Mental e Coletiva

Orientadora: Professora Dr^a. Clélia Albino Simpson

Natal-RN
2013

Catálogo da Publicação na Fonte - UFRN
Biblioteca Setorial Especializada em Enfermagem Profª Bertha Cruz Enders

C837 Costa, João Evangelista da.

Trajetos no labirinto : história de vida dos portadores de doenças oncológicas em uso de transfusões sanguíneas na cidade de Natal/RN / João Evangelista da Costa. – 2013.

152 f. : il.

Orientadora: Clélia Albino Simpson.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, 2013.

1. Enfermagem oncológica - Dissertação. 2. Serviço de hemoterapia - Dissertação. 3. Transfusão de sangue - Psicologia. I. Simpson, Clélia Albino. II. Título.

RN/UF/BS-Enf.

CDU 616-006-083(043.3)

TRAJETOS NO LABIRINTO:

História de vida dos portadores de doenças oncológicas em uso de transfusões
sanguíneas na cidade de Natal/RN

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do
Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte
como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre.

Aprovada em: 18 de fevereiro de 2013, pela banca examinadora.

PRESIDENTE DA BANCA:

Professora Dr^a Clélia Albino Simpson
(Departamento de Enfermagem/UFRN)

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a Dr^a Clélia Albino Simpson (Orientadora)
Departamento de enfermagem – UFRN

Prof^a Dr^a Maria Teresa Cícero Laganá (Avaliadora interna)
Departamento de enfermagem – UFRN

Prof Dr Francisco Arnaldo de Miranda (Avaliador interno)
Departamento de enfermagem – UFRN

Prof^a Dr^a Francisca Lucélia Ribeiro de Farias (Avaliadora externa)
Curso de enfermagem – UNIFOR

Prof^a Dr^a Lenilde Duarte de Sá (Avaliadora externa)
Departamento de enfermagem – UFPB

DEDICATÓRIA

A DEUS, por nos ter dado o dom da vida! A meus PAIS que, na simplicidade da vida, lutaram para deixar a herança da seiva da Sabedoria aos seus filhos e filhas.

AGRADECIMENTOS

Ao ser supremo, Deus!

Que com seu imenso poder e espiritualidade me deu condições de realizar mais este sonho. Uma qualificação a mais para me tornar um ser humano e um profissional cada dia melhor, para que possa ter uma vida digna e dar orgulho à minha família. Deus! Muito obrigado!

Aos meus pais e irmãos!

Pela importância da família na minha vida. Ao meu, pai Joaquim Bento da Costa, e minha mãe, Maria Firmino do Vale, os quais, mesmo com pouca instrução, mas com visão até onde a vista não alcançava, no futuro longínquo, nos orientaram para que, superando as intempéries da vida, vencêssemos! Exemplo de pessoas honestas e trabalhadoras. Muito obrigado pela confiança, compreensão e paciência comigo. E também aos meus sete irmãos: Zé, Tico, Sueli, Tonho, João, Tuta e Tuzinha (nomes que chamamos na intimidade da família) e em especial a Tuta (Dr^a Maria Suely da Costa), pois sempre que precisava, tirava minhas dúvidas.

Aos “gigantes” que encontrei na vida!

À minha orientadora, a quem com muito orgulho posso chamar de amiga, Prof^a Dr^a Clélia de Albino Simpson. Agradeço-lhe muito a paciência, compreensão e ajuda incondicional para a conclusão dessa etapa tão importante da minha vida, pois sei que, ao seu lado, colheremos belos frutos.

Ao Prof Dr Francisco Arnoldo Nunes de Miranda, que, pelo carinho e atenção para comigo, o considero como meu coorientador, pois sempre que precisei ajudou-me.

À Prof^a Dr^a Ana Elza de Oliveira Mendonça, que tanto me incentivou, confiou e dedicou uma parte do seu tempo comigo, minha maior incentivadora para que eu fizesse o mestrado. Fico-lhe muito agradecido!

A minha colega de turma, Ana Michele de Farias Cabral, que com tanta afinidade, sempre colaborou. Obrigado!

Ao meu amigo e companheiro, Dr Wellington Medeiros de Araújo, que, com tantas contribuições valiosas, muito me ajudou neste trabalho. Muito obrigado!

Aos professores

Aos professores do programa de pós-graduação do Departamento de enfermagem, pelos ensinamentos e colaboração, muitas vezes incompreensíveis para mim em algumas abordagens, mas inesquecíveis!

Às professoras Dr^a Francisca Lucélia Ribeiro de Farias, Dr^a Maria Teresa Cícero Laganá e a Dr^a Lenilde Duarte de Sá por terem concedido a honrosa presença, aceitando o convite para participar da banca examinadora.

Aos funcionários

Aos funcionários e colaboradores do Departamento de enfermagem, pois são também responsáveis por parte da ciência produzida nesta instituição.

Aos meus colegas e amigos do Hospital Universitário Onofre Lopes e do HEMOVIDA, pelo incentivo e torcida nesta caminhada.

Aos usuários de saúde

Os colaboradores de codinome, Sr^a Fevereiro (*in memoriam*), Sr Abril (*in memoriam*), Sr^a Maio, Sr Novembro (*in memoriam*) e Sr^a Dezembro, pela relevante contribuição, sem a qual não seria possível a realização deste trabalho. Agradeço também aos seus familiares que, sabendo da importância da pesquisa, sempre nos receberam de braços abertos.

COSTA, João Evangelista da. **Trajetos no labirinto: História de vida dos portadores de doenças oncológicas em uso de transfusões sanguíneas na cidade de Natal/RN**. 2013. 152f Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2013.

RESUMO

O estudo “Trajetos no Labirinto: história de vida de portadores de doenças oncológicas em uso de transfusão sanguínea na cidade de Natal” tem a hemoterapia como procedimento primordial para se repensar a relação entre usuários de saúde oncológicos e os desdobramentos decorrentes. A hemoterapia busca suprir carências orgânicas através da hemotransfusão, que adquire função vital aos portadores de câncer por poder restabelecer o funcionamento do organismo através do aumento de componentes sanguíneos. O impacto sobre a transfusão afeta emocional e fisicamente a vida desses usuários. Objetivando refletir acerca desse impacto, o presente estudo procurou, através das narrativas de vida, resgatar suas vivências desde o diagnóstico da doença até os instantes de uso da transfusão sanguínea. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, em que a abordagem qualitativa utiliza o referencial teórico-metodológico da história oral de vida para analisar uma colônia formada por cinco usuários de saúde com diagnóstico de câncer, com realização mínima de três transfusões sanguíneas, no ambulatório do Núcleo de Hematologia e Hemoterapia - UFRN, na cidade de Natal-RN. A rede, por sua vez, foi composta por colaboradores de ambos os sexos, sem limite de idade, que concordaram voluntariamente em participar do estudo. A coleta de dados, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, da Liga Norte Riograndense Contra o Câncer, sob parecer 001/001/2012, ocorreu por meio de entrevistas semi-estruturadas, gravadas individualmente, em contexto domiciliar, local previamente escolhido pelos colaboradores. O procedimento metodológico se deu com a transcrição das entrevistas e suas transcrições, e a análise dos relatos por meio da análise de conteúdo temático. Na orientação de leitura e interpretação dos relatos dos colaboradores, discutiu-se três categorias de análise: o impacto no psicológico REVER ; o impacto na socialização e no grupo de pertença; o impacto do ambiente e da transfusão sanguínea no tratamento. Com base nas narrativas das histórias de vida dos colaboradores, conclui-se que as vivências e os sentimentos, a esperança e a tristeza, a dor e a fé, mesmo em face de uma doença como o câncer, trazem muito de ensinamento e aprendizagem ao profissional da saúde que deposita na humanização e na hemoterapia formas de restabelecer quadros clínicos críticos.

Descritores: Enfermagem Oncológica; Pesquisa Qualitativa; Hemoterapia.

COSTA, João Evangelista da. **Paths in the maze: lifestory of patients with oncological diseases into use of blood-transfusions in Natal / RN.** 2013. 152f Thesis (MA) - Department of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2013.

ABSTRACT

The studies “paths in the maze: life story of individuals with oncological diseases into use of blood transfusion in Natal” has the hemotherapy as a primordial procedure to review the relationship between users of oncological health and the due ramifications. The hemotherapy looks for supply the organic needs through blood transfusion, which acquires vital function to the ones that have cancer, because it might reestablish the functionality of the organism throughout the raising of blood components. The impact over the transfusion affects emotionally and physically the users life. Aiming to reflect on these impacts, this study tried, through narratives of lives, rescue their experience since their knowledge of the disease until the time of blood transfusion using. It's about an exploratory-descriptive study, where the qualitative approach uses the theoretical-methodological reference of the oral life history to analyze a colony consisting of five users of health diagnosed with cancer, with achievement of at least three blood transfusions, the clinic Núcleo de Hematologia e Hemoterapia - UFRN, in Natal-RN. The network, in turn, was composed by employees of both sexes, regardless of age, who voluntarily agreed to participate in the study. The data collection, with approval of the Ethics Committee in Research, Liga Norte Riograndense Contra o Cancer, on the number 001/001/2012, occurred through semi-structured interviews, recorded individually in the home context that was previously chosen by employees. The methodological procedure occurred with the transcription of the interviews and their transcriptions, and analysis of reports by thematic content analysis. At the reading orientation and interpretation of the employees' stories, were discussed three categories of analysis: the impact on psychological REVIEW; impact on socialization and group membership, the environment and the impact of blood transfusion on treatment. Based on the narrative of the life histories of employees, we conclude that the experiences and feelings, hope and sorrow, pain and faith, even when facing a disease like cancer, bring lots of teaching and learning to health professional that deposits humanization health and reinstate hemotherapy forms of clinical critical.

Descriptors: Oncology Nursing; Qualitative Research; Hemotherapy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ABO – Sistema Sanguíneo
A.C – Antes de Cristo
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CH – Concentrado de Hemácias
COFEN - Conselho Federal de Enfermagem
CP - Concentrado de Plaquetas
DEVH – Doença do Enxerto Contra Hospedeiro
GM - Gabinete do Ministro
Hb - hemoglobina
INCA - Instituto Nacional do Câncer
LNRCC - Liga Norte Riograndense Contra o Câncer
MS – Ministério da Saúde
NHH – Núcleo de Hematologia e hemoterapia
NEHO - Núcleo de Estudos em História Oral
OMS - Organização Mundial de Saúde
O₂ - Oxigênio
PFC – Plasma Fresco Congelado
PNHAH - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
RT – Reação Transfusional
RN – Rio Grande do Norte
ST – Sangue Total
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRALI - Lesão pulmonar Aguda Associada à transfusão
UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do Norte
USP – Universidade de São Paulo

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Classificação das reações transfusionais	28
Quadro 2- Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2012, no Brasil, por sexo, exceto pele não melanoma.....	32
Quadro 3- Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2012, na Região Nordeste, por sexo, exceto pele não melanoma.....	32
Quadro 4- Estimativas para o ano de 2012 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes no Rio grande do Norte e Natal	33
Quadro 5- Etapas da entrevista	49
Quadro 6- Dados pessoais dos colaboradores, segundo estado civil, idade, escolaridade e religião	59
Quadro 7- Dados socioeconômicos dos colaboradores, segundo naturalidade, renda familiar e religião	60

SUMÁRIO

1	REFLEXÕES INICIAIS: UMA JORNADA AO PASSO DE TESEU	12
2	ADENTRANDO O LABIRINTO: UM BREVE HISTÓRICO DA HEMOTERAPIA E DA ONCOLOGIA	22
2.1	Indicações dos hemocomponentes.....	25
2.2	Aspectos clínicos e imunológicos da transfusão e a assistência de enfermagem.....	27
2.3	Aspectos históricos e estimativas das doenças oncológicas.....	30
2.4	Transfusões sanguíneas em Oncologia e a assistência de Enfermagem.....	37
3	ORIENTAÇÕES DO PERCURSO: OS FIOS E REDES DO MÉTODO	41
3.1	A pesquisa e suas direções conceituais.....	42
3.2	A História Oral.....	44
3.2.1	História Oral de Vida.....	45
3.3	Direcionamentos metodológicos.....	45
3.4	Fundamentos operacionais.....	48
3.4.1	Coleta dos dados – a Entrevista.....	48
3.4.2	Etapas da Entrevista.....	49
3.5	Análise dos Dados.....	54
3.6	Considerações Éticas.....	55
3.7	Cenário do estudo.....	56
4	SOBRE MONSTROS E HERÓIS: analisando as narrativas de vida	58
4.1	Passos da Análise.....	58
4.2	Dados Pessoais dos Colaboradores.....	59
4.3	Prólogo às Entrevistas.....	61
5.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	92
5.1	ANEXAÇÃO DOS ARTIGOS	92
5.1.1	ARTIGO 1 – O enfermeiro e o contexto em reações transfusionais	93
5.1.2	ARTIGO 2 – História oral de vida de usuários de saúde oncológicos em uso de hemotransfusão	102
6.	REFLEXÕES FINAIS: LUMIAR PÓS-LABIRINTO	118
	REFERÊNCIAS	
	APÊNDICES	
	ANEXOS	

REFLEXÕES INICIAIS...

1 REFLEXÕES INICIAIS: UMA JORNADA AO PASSO DE TESEU

Há um mito na Grécia antiga que relata a existência de um herói, Teseu, que, para sobreviver a uma árdua tarefa a ele imposta, conta com a ajuda de um simples novelo de lã. Atravessar o labirinto e destruir um terrível monstro, o Minotauro, metade homem, metade touro, é a tarefa imposta a este herói que, ao fim da aventura, tanto derrota a temível criatura, como percorre as trilhas nebulosas do lugar amaldiçoado. É através da distribuição dos fios pelos caminhos seguidos que o bravo e esperto homem consegue chegar ao seu destino final (BULFINCH, 2006).

O mito de Teseu aparece aqui não para se falar de mitologia pela mitologia, mas para mostrar que os desafios, por mais difíceis e insuperáveis que pareçam, podem ser confrontados e vencidos. E isso serve de lição para a reflexão que o estudo aqui proposto busca fazer. Pois, mergulhados no temível labirinto que o câncer, como enfermidade, tem proposto ao ser humano, parece-nos difícil, se não impossível, chegar ao outro lado do tortuoso caminho que a doença, tal qual um grande Minotauro, tem deixado como herança a quem se “atreve” a seguir na busca por vencê-la.

No contexto da saúde, muitos são os profissionais que se engajam na luta. Nesse sentido, distanciando-se do mito e ao mesmo recorrendo a este em relações metafóricas, colocamos em evidência o papel que a enfermagem tem desempenhado no enfrentamento do câncer.

Nosso interesse pela enfermagem já vem de muito antes e, com o passar o tempo, vem se concretizando como forma de entender e “enfrentar” as adversidades que o labirinto maior, a vida, impõe a cada um de nós. Como enfermeiro, trabalhando na assistência direta aos usuários de saúde, tornou-se necessário um conhecimento mais aprofundado no sentido de atender diversas áreas de assistência. Depois, passando a atuar em uma unidade hemoterápica, foi preciso um aperfeiçoamento específico nesta área, uma vez que, lidando com a administração dos hemocomponentes, no início, não tínhamos o entendimento de como funcionava aquela terapia e tampouco detínhamos argumentos científicos para

explicar e tirar as dúvidas dos usuários com relação ao que envolvia sangue e seus constituintes.

No exercício da profissão, observávamos que a administração dos hemocomponentes era feita como um medicamento comum, constatando-se, também, que o usuário não era esclarecido quanto ao que estava sendo feito acerca do procedimento transfusional com seus benefícios e os possíveis riscos. O Manual Técnico de Hemovigilância do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), nessa perspectiva, reafirma que as transfusões envolvem riscos sanitários com a ocorrência potencial de incidentes transfusionais, sejam eles imediatos ou tardios, e que estes riscos deverão ser esclarecidos para o usuário de saúde.

Nos momentos de dúvidas, procurávamos esclarecê-las com a equipe de trabalho, no entanto, poucos profissionais tinham o conhecimento aprofundado do assunto. Não era raro ficarmos sem respostas às questões que nos afligiam. Uma das preocupações, por exemplo, dava-se com relação aos esclarecimentos que o enfermeiro deveria repassar aos usuários de saúde que se submetiam a transfusões sanguíneas, no sentido de esclarecer quais os riscos e benefícios que este procedimento (transfusão) poderia acarretar.

No exercício da profissão, as preocupações aumentavam diante de uma reação à transfusão. Éramos orientados a parar o procedimento transfusional e chamar o médico para avaliar o usuário, embora o Ministério da Saúde (MS) exija que, na administração de sangue e de hemocomponentes, os profissionais de saúde, envolvidos nesta terapêutica, tenham o conhecimento de técnicas corretas e a capacidade de identificação de potenciais eventos adversos (BRASIL, 2007).

Além disso, existe o Programa de Hemovigilância que tem como objetivo o direcionamento de ações que ampliem e aprimorem a segurança nas transfusões sanguíneas, com particular ênfase para os incidentes transfusionais, área estratégica de atuação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e do Ministério da Saúde. A incorporação das ações de Hemovigilância no Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, traduz-se como um processo importante dentro da qualificação da medicina transfusional (BRASIL, 2007).

Conforme Fidlarczyk e Ferreira (2008), a partir da década de 1990, os profissionais de enfermagem que atuavam na área passaram a discutir e

problematizar a atuação da enfermagem com usuários de saúde que apresentavam distúrbios hematológicos, e o cuidado que deveria ser prestado ao doador e ao receptor em todo ciclo do sangue. No Brasil, estudos específicos em hematologia e hemoterapia, nos moldes de residência, para enfermeiros, têm início com o curso de pós-graduação em nível *latu sensu*, no Rio de Janeiro, no ano de 2002. Portanto, nota-se o quanto nova é esta discussão que pode trazer muito de amadurecimento para o enfermeiro da área.

Uma vez atuando com processos hemoterápicos, sentimo-nos atraídos e, cada vez mais, convidados a procurar fundamentação científica nesta área. No exercício diário, quanto mais obtínhamos conhecimento, mais aumentavam a preocupação e o cuidado com o modo de utilização do sangue e suas aplicações, os cuidados necessários com o doador e o receptor e as possibilidades de avanço tecnológico. Passamos a procurar entender e observar os riscos do uso da hemoterapia, suas reações durante a transfusão e os relatos dos usuários ao narrar o que sentiam durante e após a infusão dos hemocomponentes. Após pesquisa da literatura referente à hemoterapia foi possibilitado constatar, inclusive, a falta de critérios na indicação dos hemocomponentes.

A partir dos conhecimentos adquiridos, da observação e da prática cotidiana, com efeito, ampliaram-se cada vez mais as condições para orientar os colegas de trabalho e os usuários sobre procedimentos de hemotransfusões, dando ênfase aos critérios e ressaltando sobre prováveis alterações durante este procedimento. A orientação era no sentido de terem o cuidado de não deixar que os usuários desta terapêutica tivessem receio a ponto de recusar o tratamento, o que atrasaria o processo e prejudicaria a sua própria saúde. A compreensão era que, em algumas situações clínicas, a transfusão pode auxiliar na melhora rápida de uma grave condição, ou representar a única maneira de salvar uma vida. No trecho a seguir, destacado por Kübler-Ross (2004, p. 23), percebe-se a confiança e a reação positiva do usuário em face do processo transfusional:

Então, numa certa manhã, vários médicos amontoaram-se à volta da minha cama murmurando sobre a necessidade de uma transfusão de sangue. Bem cedo, no dia seguinte, meu pai irrompeu por aquele meu quarto desesperadamente vazio e desanimador, parecendo-me

muito grande e heroico. Comunicou-me que eu iria receber um pouco do seu "bom sangue cigano". E, de uma hora para outra, foi como se o quarto se iluminasse. Ficamos deitados em macas vizinhas e espetaram tubos em nossos braços. O aparelho de sucção-circulação-bombeamento era movido à manivela e parecia um moedor de café. Papai e eu olhávamos para os tubos vermelhos. Cada vez que a manivela era acionada, o sangue era sugado do tubo de papai e entrava no meu.

Ilustrando e corroborando com o registro citado acima, a imagem a seguir retrata uma transfusão sanguínea de meados do século XIX, realizada braço a braço, do doador diretamente ao receptor. Vale lembrar que nesse período não se tinha o conhecimento sobre anticoagulantes para conservação do sangue fora do organismo.



Imagem da internet. Disponível em:

<http://cmclarkana.blogspot.com.br/2010/09/blood-transfusion-introduction-blood.html>

Retomando a metáfora do labirinto e o que o envolvia, devemos lembrar que, para a jornada de Teseu obter sucesso, foi importante a ajuda de Ariadne, linda jovem apaixonada pelo herói, também filha do poderoso Minos. Nesse sentido, pode-se dizer que os grandes avanços da medicina e de outras áreas da saúde, em conjunto, estão contribuindo para que as instituições de saúde se tornem serviços com mais qualidade, principalmente pelo uso da tecnologia.

No campo da hemoterapia não tem sido diferente, pois tem ocorrido um crescente aparato tecnológico, com as unidades hemoterápicas utilizando-se dos mais sofisticados métodos sorológicos e as mais modernas máquinas automatizadas para separação das células sanguíneas, oferecendo-se, uma melhor qualidade aos produtos produzidos e diminuindo significativamente alguns eventos indesejados na transfusão.

Com isso, percebe-se a importância da contribuição que as tecnologias têm na facilitação do processo de melhorias à qualidade de vida dos usuários. Mas uma vez recorrendo ao mito de Teseu, devemos lembrar que as tecnologias, como um novelo de lã ou um elmo, apresentam-se como poderosas ferramentas no enfrentamento ao temido e ao desconhecido. No entanto, não se pode esquecer que, além da ajuda da inovação tecnológica, é a vontade de assegurar ao humano uma posição de conforto e confiança que nos deve mover, igualmente para Teseu vencer o desafio do labirinto e do grande Touro era condição necessária para a salvação de seu povo, os atenienses.

No mundo atual, quem se coloca como trabalhador da saúde deve, pois, perceber o outro em sua dor, o que exige uma luta constante na busca de conhecer as mais profundas angústias do usuário para poder lhe oferecer o conforto e a segurança que anseia. Cabe, então, perceber a dor do outro, seja de que natureza for, no sentido apontado por Thernstrom (2011, p. 22):

‘A dor como doença’, que discute a situação atual do tratamento e da pesquisa da dor; ‘A dor como narrativa’, que acompanha a experiência de pacientes que fazem tratamento para a dor e mostra como a dor altera a vida e é alterada por ela; e finalmente, ‘A dor como percepção’, que une os aspectos variados e paradoxais da dor

ao entendimento contemporâneo do funcionamento da dor no cérebro.

Sendo assim, é através de uma assistência individualizada, respeitando as preocupações, os medos, os sofrimentos e as esperanças de cada um, tal qual um Teseu, o enfermeiro deve destinar sua assistência e meta, de modo que, ao sair das trilhas do labirinto, o desconhecimento, será capaz de perceber a importância e a preciosidade da vida que reside naqueles que, no enfermeiro, depositam suas esperanças.

É válido ressaltar que a motivação para enfrentar a pesquisa e a jornada de estudo em função deste trabalho veio, portanto, a partir dessas constatações, da vivência diária e da assistência direta aos usuários de saúde, principalmente dos portadores de doença oncológica que utilizam com bastante rigor a transfusão sanguínea em seus tratamentos. Soma-se a isto o estímulo em querer entender questões específicas com intuito de melhorar a assistência prestada, pois em muitos momentos notavam-se aflições e angústias, algumas vezes verbalizadas, outras não, dos enfermos.

No perfil dos usuários de saúde é comum identificar-se a insegurança ou relutância em comunicar abertamente suas dúvidas e as preocupações diante da aplicação da hemoterapia, procedimento que, para muitos, tende a ser percebido como algo, no mínimo, estranho, podendo até mesmo ser assustador. Muitas dessas preocupações e dúvidas só são materializadas quando os usuários já têm uma “cumplicidade” maior com o enfermeiro que o assiste. Desse modo, segundo Kaliks, Holtz e Giglio (2012), como o tratamento oncológico pode perdurar por um longo período, é de extrema importância que, quando possível, o mesmo enfermeiro possa cuidar de um determinado usuário de saúde. Tal orientação pode ser estendida também à hemoterapia, pois, fazendo parte do processo terapêutico, a aproximação e a convivência tendem a gerar um quadro de confiança e afetividade entre as partes.

Contudo, é preciso considerar que não é apenas a convivência sombria que faz o Teseu/enfermeiro ganhar experiência e vencer as trilhas do perigo; é, antes, cada momento vivenciado na cadência do mistério que o caminho lhe

proporciona que o torna mais atento, mais cuidadoso e capaz de dizer o que viveu. Por isso, pensar o usuário de saúde oncológico em momento de “delicadezas de labirinto”, é adentrar em suas experiências de vida, seus momentos de perigo, ouvindo-o e procurando entender suas lições. Afinal, percorrer sob as curvas e paredes desconhecidas de um labirinto, como o câncer, é ter muito a dizer, é ter muito a narrar.

Em respeito à tradição de narrar, igualmente como fez Teseu ao descortinar as sombras daquela região, percebemos que, no período do tratamento do doente oncológico, quando várias possibilidades terapêuticas vinham se efetuando, a necessidade de contar se fazia notória. Os usuários não queriam ficar calados e desolados em sua dor, como se, ao falar, pudessem libertar-se do medo e das aflições que a doença proporcionava. As narrativas das histórias de vida destes usuários passaram, portanto, a nos interessar por poderem afastar, mesmo que temporariamente, as fantasias sobre a doença; também por se assemelharem a relatos de histórias “mágicas”, reveladoras de aventuras que, se não parecidas com as do herói grego, pelo menos tendiam a ser tão intensas quanto elas.

Com efeito, o recurso da História oral passou ocupar, então, lugar primordial na interpretação daquelas vidas e nas lições deixadas, por ser uma técnica e método moderno muito usado para elaboração de registros, documentos, arquivamento e estudos referentes às experiências vividas nos âmbitos sociais e grupais. A História oral é, ainda, uma ferramenta fundamental para se apreender as percepções do passado no presente da subjetividade dos indivíduos, que se encontra em constante construção, sendo conhecida como uma história viva (MEIHY, 2011).

Fundamentando ainda mais, na certeza da escolha da metodologia certa, tivemos o privilégio de participar da “Oficina de História Oral: desafios e propostas para um novo tempo na pesquisa em enfermagem”, com o Professor Dr. José Carlos Sebe Bom Meihy, coordenador do Núcleo de Estudos em História Oral (NEHO-USP), realizada no departamento de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Esta oficina foi idealizada e organizada, pelo então mestrando, na época, Fernando de Souza Silva. Aproveitando a oportunidade, na ocasião tiramos dúvidas, ouvimos sugestões e incrementamos ainda mais nosso

projeto de pesquisa. O professor Bom Meihy proporcionou viajar em suas histórias, colaborando na certeza que o labirinto a trilhar para este estudo já estava seguindo o rumo certo.

De “mãos dadas” ao método da História oral, procuramos, diante do contexto de justificativas e motivações, buscar repostas ao questionamento de como as transfusões sanguíneas interferem no cotidiano desses usuários de saúde com câncer. Interessou-nos investigar a relação da hemoterapia em portadores de câncer e suas histórias de vida. Por meio de entrevistas, os colaboradores, aparentemente desprovidos de quaisquer receios, nos receberam e contaram as suas experiências de vida. Trabalho este agora sintetizado nesta dissertação cujo *corpus* está distribuído em três capítulos.

No primeiro capítulo, discute-se a respeito do percurso histórico entre a hemoterapia e a oncologia, no sentido de compreender melhor o processo que envolve estas duas áreas tão difundidas na assistência ao usuário de saúde. Para tanto, percorremos brevemente os períodos históricos da hemoterapia, seus princípios, suas descobertas e evoluções para entendê-la melhor nos dias atuais, perpassando o processo que a envolve de desenvolvimento no Brasil e no mundo. Desse modo, espera-se conhecer rotinas e práticas transfusionais com o envolvimento e atuação do enfermeiro na área. Procurou-se ainda entender a oncologia através dos aspectos históricos, seu perfil epidemiológico e as preocupações que envolvem todos os profissionais da saúde, principalmente o enfermeiro, nos processos de prevenção e tratamento do câncer, que na maioria dos casos são longos e causam muito sofrimento.

No segundo capítulo, têm-se a metodologia utilizada para fundamentar o estudo proposto, estabelecendo as direções conceituais da pesquisa, as etapas da coleta de dados e, por fim, a descrição dos fundamentos teóricos, temáticos e operacionais, como as etapas da entrevista e o método de análise dos dados. Discute-se ainda sobre as considerações éticas e o cenário do estudo.

O terceiro capítulo compõe-se dos passos da análise. Neste, é registrada a identificação dos colaboradores, através de quadros sinópticos que contém informações dos dados pessoais e do perfil socioeconômico, possibilitando um maior entendimento acerca do contexto histórico, familiar e suas experiências de vida. Em

seguida, encontram-se as narrativas dos colaboradores, destacando-se o tom vital de cada uma. Nesses textos, transcritos integralmente, houve a preservação da originalidade das falas.

No quarto e último capítulo, dois artigos compõem os resultados e as discussões do que levantado como hipótese da pesquisa. No primeiro artigo discute-se sobre o papel do enfermeiro e o contexto em reações transfusionais. Nesse estudo tem como objetivo refletir e inserir o enfermeiro nos contextos imediato, específico, geral e no metacontexto das reações transfusionais. No segundo delineiam-se as categorias de análises e a análise propriamente dita, e tem como objetivo analisar narrativas dos usuários de saúde com câncer em uso de transfusão sanguínea, avaliando o impacto causado pela doença e pela transfusão na vida dos colaboradores do estudo.

Encerrando o percurso textual, não como conclusão, uma vez saber-se que o desenvolvimento da melhoria na qualidade de vida constitui-se como processo perene, mas como sugestão final, propõem-se certas reflexões que possam ajudar no entendimento da complexa jornada das histórias de vida de cada colaborador. Nestas reflexões, procurou-se pensar, como o trabalho em sua íntegra já indica, acerca do impacto da hemoterapia no tratamento dos usuários de saúde com câncer, resgatando suas histórias de vida, suas vivências desde o diagnóstico da doença até o uso das transfusões sanguíneas, de modo que se possa contribuir na/para assistência e na/para prática do enfermeiro, tendo como finalidade contribuir para um tratamento mais adequado a estes usuários de saúde.

CAMINHANDO...

2 ADENTRANDO O LABIRINTO: UM BREVE HISTÓRICO DA HEMOTERAPIA E DA ONCOLOGIA

O sangue vem sendo utilizado pelo homem há muito tempo e de várias formas como banhos e beberagens. Era considerado um elemento mítico em todas as culturas que atribuíam a ele grandes poderes. Fidlarczyk e Ferreira (2008) relatam que, na história da humanidade, o sangue sempre foi um elemento conceituado como vida, fazendo parte do patrimônio do inconsciente coletivo do humano, tendo em vista a grande variedade de mitos e símbolos presentes em todas as culturas. A ele foram atribuídos misteriosos poderes e altas missões, desde os tempos remotos, quando o sacerdócio, a magia e a medicina caminhavam atreladas a uma mesma atividade. Acreditava-se que a força da alma estava relacionada à quantidade do sangue e que podia evitar a morte, melhorar as condições da saúde e restituir a mocidade aos velhos e a razão aos loucos.

No período pré-histórico, há relatos de transfusões sanguíneas na Grécia Antiga e no Império Romano, mas estas transfusões eram meramente especulativas. Na verdade, a maioria das transfusões consistia na ingestão de sangue de inimigos derrotados em batalha e de animais. Esta prática tinha como objetivo adquirir força e bravura e foi difundida por muitos anos nestas sociedades. Em outra prática, não muito distante, médicos recomendavam a ingestão de sangue pelos tuberculosos para que se revigorassem e se recuperassem mais rapidamente (AMORIM FILHO, 2007).

A hemoterapia está dividida em dois grandes períodos: o empírico, em que se transfundia sangue sem conhecimento adequado para esta prática, e o científico, que se dá com a descoberta dos grupos sanguíneos do sistema “ABO” por Karl Landsteiner, médico e biólogo austríaco (FIDLARCZYK; FERREIRA, 2008).

Com a descoberta da circulação sanguínea, pelo médico inglês William Harvey (1578-1657), foi possível descrever o processo de movimento do sangue, caracterizando, em consequência, o papel central atribuído ao coração. Fidlarczyk e Ferreira (2008) relatam que esta descoberta possibilitou, entre outros avanços, a injeção intravenosa cogitando infundir, não apenas medicamento, mas também sangue na veia dos usuários. A primeira infusão endovenosa é datada de meados

do século XVI, quando, quase sempre, eram utilizados sangue de animais para humanos.

A primeira transfusão de sangue foi atribuída a Jean Denis, em 1667. Há relato de que esse pesquisador utilizou sangue de vitela para acalmar e curar um usuário com delírio frenético, vindo a apresentar quadro compatível com reação hemolítica. Devido à grande incidência de acidentes transfusionais e o elevado número de mortes, em 1673, as transfusões foram proibidas na França, o que foi seguido por diversos governos europeus. Esta proibição, que durou 150 anos, veio configurar a primeira crise da medicina transfusional (MAGANHA; REZENDE, 2008).

Segundo Junqueira, Rosenblit e Hamerschlak (2007), no Brasil, o início da hemoterapia não foi muito diferente do resto do mundo. Existem relatos de tese de doutorado apresentada à faculdade de medicina do Rio de Janeiro, em 27 de setembro de 1879, de autoria de José Marcondes, filho do Barão de Taubaté, rejeitada por ser muito polêmica. Este mesmo estudo foi sustentado na Faculdade de Medicina da Bahia, em 30 de dezembro do mesmo ano, descrevendo, com riquezas de detalhes, experiências empíricas de reação hemolítica, na qual se discutia se a melhor transfusão seria a de animal para o homem ou entre humanos.

As transfusões eram feitas de forma “aleatória”, não se tinha conhecimento adequado para esta prática, a exemplo de se identificar os tipos sanguíneos. Fase esta caracterizada de período empírico da hemoterapia, que vai das suas origens, ou do período pré-histórico, até o século XX, inícios dos anos de 1900. Neste período, os questionamentos eram vários e pretendia-se determinar qual seria o sangue mais adequado para transfundir. Mais tarde, embora vencido o obstáculo da incompatibilidade “ABO”, não se foi capaz ainda, por si só, de tornar a transfusão um recurso otimizado quanto ao acesso. Não havia como conservar o sangue fora do corpo humano sem que ele coagulasse, sendo necessário um corpo de doadores, que ficava de plantão para ser recrutado quando necessário (JUNQUEIRA; ROSENBLIT; HAMERSCHLAK, 2007).

Com a descoberta do anticoagulante, houve um grande avanço na história da hemoterapia com fundação de bancos de sangue. Em Londres, no ano de 1921, foi fundado o primeiro banco de sangue e o segundo em Moscou em 1926. Porém, muito tempo se passou para utilização do anticoagulante. Apenas na guerra

civil espanhola, em 1939, houve a estocagem de sangue para posterior transfusão, exemplo seguido pela Suíça e Inglaterra (AMORIM FILHO, 2007).

No Brasil, há registros de serviços de transfusão de sangue desde o início do século XX. Na década de 1940, existiam vários serviços transfusionais. Em 1942, foi inaugurado o primeiro banco de sangue no Instituto Fernandes Figueira no Rio de Janeiro com objetivo de atender ao esforço de guerra, mandando plasma humano para hospitais da frente de batalha (COVAS, 2009).

Para se adquirir o sangue, em qualquer período, sempre se fez necessário o doador. No Brasil, essa prática de início era remunerada, sendo recrutadas pessoas de qualquer perfil, mesmo sem condições físicas e de saúde apropriadas. No intuito de serem recompensados, doavam sangue os mendigos e presidiários, ao contrário dos países da Europa em que a doação de sangue sempre fora não remunerada (JUNQUEIRA; ROSENBLIT; HAMERSCHLAK, 2007).

No Brasil, atualmente, apenas 1,8% da população é doadora voluntária de sangue. A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta que esse número corresponda a um percentual de 3 a 5% dos habitantes, para que os serviços de hemoterapia venham a manter um estoque suficiente para suas demandas. Existem muitos tabus e medos em uma grande parte da sociedade, principalmente entre pessoas com perfil para ser um provável doador de sangue, que precisam ser esclarecidos e desmistificados. (BRASIL, 2011).

De acordo com a Portaria 1353, de 13 de junho de 2011, do MS, para ser um doador de sangue o indivíduo pode ser de ambos os sexos, com idade entre 18 (dezoito) anos completos e 67 (sessenta e sete) anos, 11(onze) meses e 29 (vinte e nove) dias; podendo ser aceitos candidatos com idade de 16 (dezesesseis) e 17 (dezessete) anos, desde que com o consentimento formal do responsável legal, para cada doação; ter peso mínimo de 50 kg e que esteja em boas condições de saúde. Esta mesma portaria determina que a doação de sangue deva ser voluntária, anônima, altruísta e não remunerada, direta ou indiretamente (BRASIL, 2011).

Os doadores de sangue dividem-se em três categorias: os espontâneos, motivados pelo sentimento de solidariedade, os verdadeiros altruístas; aqueles que doam por solicitação de um amigo ou parente que necessita de sangue, chamados de doadores de reposição; e os doadores específicos, chamados de dirigidos ou

personalizados, são aqueles que doam para um receptor específico (AMORIM FILHO, 2007).

A atuação do Enfermeiro em Hemoterapia é normatizada pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 306/06, que assegura a qualidade da assistência prestada em todo o processo hemoterápico. Compete a este profissional planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar os procedimentos hemoterápicos nas Unidades de Saúde, visando a assegurar a qualidade do sangue, dos hemocomponentes e dos hemoderivados e assistindo de maneira integral os doadores, receptores e seus familiares, em respeito ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e as normas vigentes (COFEN, 2006).

Para a adequada garantia do processo transfusional, o profissional enfermeiro dispõe da Portaria Nº 1353, de 13 de junho de 2011, o Regulamento Técnico, e a Resolução nº 57, de 16 de dezembro de 2010, como Regulamento Sanitário. Estes instrumentos têm como objetivo regular a atividade hemoterápica em todo território nacional, de acordo com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Sangue seus Componentes e Procedimentos Transfusoriais, incluindo a captação, proteção ao doador e ao receptor, coleta, processamento, estocagem e distribuição destes componentes, originados do sangue humano venoso e arterial, para diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças (BRASIL, 2010; 2011).

2.1 Indicações dos hemocomponentes

As histórias dos substitutos para o sangue confundem-se com a da medicina transfusional, uma vez que outras substâncias foram infundidas na circulação humana com o mesmo propósito, como leite, água de coco e sangue de animais. Algumas soluções provaram ser desastrosas, com complicações imediatas, como a resultante da infusão intravenosa de solução de hemoglobina (Hb) livre humana. Mesmo com o avanço tecnológico, ainda não foi possível produzir em laboratório um componente que substitua o sangue e que realize sua função sem efeitos colaterais (NOVARETTI, 2007).

Os componentes terapêuticos, produzidos a partir do sangue humano, possibilitam sua utilização em numerosas situações clínicas e cirúrgicas, nas quais,

muitas vezes, o seu papel é determinante na manutenção da vida e na resposta terapêutica. As transfusões com componentes sanguíneos, contudo, não estão isentas de riscos, cabendo ao médico, por ser o profissional responsável pela solicitação e transfusão, considerar a real necessidade de sua utilização, avaliando os riscos e benefícios ao usuário de saúde (FRAIJI, 2007).

No processo hemoterápico, cinco são as opções de utilização do sangue e de seus hemocomponentes:

A primeira indicação é o Sangue Total (ST), coletado de um único doador, mas indicado em situação restrita, sendo mais utilizado como matéria prima nos serviços de hemoterapia para preparo em seus hemocomponentes. Seu uso está indicado em sangramento ativo, com perda de mais de 25% do seu volume sanguíneo e que necessite simultaneamente de expansão de volume e melhoria na capacidade de carrear Oxigênio (O_2), sendo também indicado em exossanguíneo-transfusão (BRASIL, 2008).

A segunda é o Concentrado de Hemácias (CH), que também é um componente eritrocitário, indicado no tratamento de anemias normovolêmicas e nas anemias por perda de sangue de evolução aguda, que necessite de restaurar a massa eritrocitária e a capacidade de transporte de O_2 . A indicação terapêutica do CH é de reduzir ou evitar a hipóxia tecidual, impedindo danos irreparáveis aos tecidos ou órgãos. Sendo assim, as necessidades transfusionais de cada usuário de saúde devem ser baseadas no seu estado clínico e não só nos níveis hematimétricos (FRAIJI, 2007; BRASIL, 2008; NEVES, 2010).

O Plasma Fresco Congelado (PFC) é a terceira opção. É o único dos componentes sanguíneo que tem uma dupla função na hemoterapia, podendo ser usado para transfusão ou como matéria prima essencial para a indústria de hemoderivados. Preparado pelo método de separação por centrifugação e congelado no máximo até oito horas após coleta do ST, é indicado em usuários de saúde com sangramento acompanhado de deficiências múltiplas dos fatores de coagulação. Também está indicado nas deficiências congênitas de fatores de coagulação, tais como dos fatores V, X e XI, para os quais não haja concentrados específicos disponíveis (AMORIM FILHO, 2007; BRASIL, 2008; NEVES, 2010).

A quarta opção é o Concentrado de Plaquetas (CP), indicado para o tratamento de sangramento decorrente de trombocitopenia (usualmente abaixo de 50.000/mL) ou de plaquetas funcionalmente anormais (trombocitopatias). É indicado também em cirurgias, ou antes, de procedimentos invasivos em usuários com contagem de plaquetas menor de 50.000/mL. Transfusões profiláticas podem ser indicadas em usuários com contagem de plaquetas inferior de 05 a 10.000/ml, associadas à hipoplasia medular decorrente de quimioterapia, invasão tumoral ou aplasia primária (BRASIL, 2008; NEVES, 2010).

A quinta e última é o Crioprecipitado, hemocomponente concentrado com algumas proteínas plasmáticas. Está indicado para tratar situações em que é necessária a reposição de fibrinogênio, como nas afibrinogenemias e disfibrinogenemias congênitas, hipofibrinogenemias adquiridas e nas raras deficiências congênitas do Fator XIII, podendo ser também usado em sangramentos nas transfusões maciças e uremias (ANTUNES, 2007; BRASIL, 2008; NEVES, 2010).

Em qualquer uma das modalidades do uso dos hemocomponentes, o enfermeiro deverá atentar para o estado clínico de cada usuário de saúde, pois é de fundamental importância para o restabelecimento e recuperação do doente.

2.2 Aspectos clínicos e imunológicos da transfusão e a assistência de enfermagem

A transfusão acarreta benefícios aos usuários e é um procedimento irreversível, mas pode ter riscos. Entre estes, estão às Reações Transfusionais (RT), definidas como qualquer intercorrências que ocorra como consequência da transfusão de componentes sanguíneos, durante ou após a sua administração. Observa-se, porém, que a maior parte dessas reações pode ser evitada ou prevenida. Neste contexto, adquire destaque a atuação da enfermagem por encontra-se na assistência direta ao usuário em transfusão, e, especificamente, o enfermeiro que deve ter o conhecimento tanto dos benefícios, como dos prováveis riscos que a transfusão venha acarretar (HARMENING, 2006; BRASIL, 2007; GUIA... 2010).

A maioria dos usuários de saúde, com doença oncológica, necessita frequentemente de transfusão de algum tipo de hemocomponente. Apesar do avanço tecnológico e todo cuidado envolvido no processamento do sangue e dos seus hemocomponentes, é válido ressaltar que as transfusões não estão completamente isentas de riscos. Embora a transfusão seja uma forma de terapia segura e efetiva, existem riscos de efeitos adversos. As RT representam parte desses efeitos adversos e podem ser classificadas em agudas ou tardias, imunológicas e não imunológicas (SMELTZER; BARE, 2006; LUDWIG; ZILLY, 2007).

Para Harmening (2006) e Neves (2010), as reações transfusionais imediatas são aquelas que ocorrem durante a transfusão ou até vinte e quatro horas após seu término, enquanto que as tardias são aquelas que ocorrem vinte quatro horas após a realização da transfusão e pode delongar dias e até meses para se manifestar. As reações transfusionais imunológicas são aquelas mediada pelo sistema imunológico, já as RT não-imunológicas não têm associação com causas imunológicas.

No quadro abaixo, estão elencadas as reações transfusionais de acordo como cada uma se apresenta.

Reações Transfusionais	Imediatas	Tardias
Imunológicas	Febril não-hemolítica Hemolítica Alérgica TRALI	Aloimune Hemolítica Refratariedade a CP DEVH (GVHD) Imunomodulação Púrpura pós-transfusão
Não-Imunológica	Hemolítica Séptica Circulatória Metabólica Embólica Hipotérmica	Infecciosa Bacteriana Viral Parasitológica Sobrecarga de ferro

Quadro - 1. Classificação das reações transfusionais. Fonte: (FIDLARCZYK; FERREIRA, 2008).

Algumas das RT não podem ser evitadas, porém os benefícios deste procedimento devem superar os riscos. As RT dependem também do tipo do hemocomponente utilizado. Existem sinais e sintomas inespecíficos para cada tipo de RT e que pode determiná-las, mas é necessária a investigação laboratorial e o seguimento clínico do usuário.

Entre os sinais e sintomas mais frequentes na RT estão o mal-estar, tremores, calafrios com ou sem febre, febre com elevação de 1°C na temperatura corporal, dor no local da infusão, no tórax, no abdômen ou nos flancos; alterações agudas da pressão arterial, podendo apresentar hipertensão como hipotensão, sudorese, palidez cutânea, mialgia, taquicardia, taquipnéia, cianose, náuseas, vômitos, entre outros sintomas. (BRASIL, 2008; GUIA... 2010).

Quando na presença dos sinais e sintomas das RT, o enfermeiro deverá intervir o quanto antes, estabelecendo prioridades nas providências como meio e forma de minimizar os danos e desconfortos propiciados pela reação. As ações terapêuticas devem ser adotadas especificadamente para cada reação e sua sintomatologia, objetivando a melhora do quadro clínico da intercorrência, minimizando os riscos e proporcionando conforto físico e emocional.

A atuação da enfermagem diante de uma reação transfusional, segundo Fidlarczyk e Ferreira (2008), é suspender a transfusão, manter o acesso venoso, e concomitantemente, solicitar avaliação médica, enquanto adota as seguintes medidas: manter o usuário confortável e aquecê-lo; checar as identificações com finalidade de detectar possíveis não-conformidades; verificar e comparar os sinais vitais com os verificados anteriores à transfusão; administrar medicamentos prescritos; preencher ficha de notificação de reação transfusional; comunicar ao serviço de hemoterapia; e fazer o registro no relatório de enfermagem.

Usuários de saúde oncológicos, principalmente em tratamento quimioterápicos, utilizam muito as transfusões sanguíneas durante este tratamento, sendo comum, neste período, a baixa dos níveis de hemácias e plaquetas, fazendo com que utilizem os hemocomponentes por várias vezes. O uso constante destes componentes aumenta a probabilidade das possíveis efeitos indesejados, como as reações transfusionais. Por conseguinte passaremos a uma abordagem mais detalhada acerca do tema.

2.3 Aspectos históricos e estimativas das doenças oncológicas

A palavra grega *Karkinos*, que significa caranguejo, apareceu pela primeira vez na literatura médica por volta de 400 A.C., para designar o câncer. Os vasos sanguíneos do tumor, inchados à sua volta, fez Hipócrates pensar num caranguejo enterrado na areia com as patas abertas em círculo. Outra palavra grega está também ligada ao câncer, *onkos*, palavra da qual oncologia originou seu nome. Este termo era utilizado para denominar tumores e massas espalhadas pelo corpo (MUKHERJEE, 2012).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2011), câncer é o nome dado a um conjunto de mais de cem doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células. O que determina a formação de tumores é a divisão rápida e muito agressiva e incontrolável dessas células, podendo se espalhar por todo o corpo (metástase – *metástasis*, palavra grega significando “deslocamento”, “mudança de lugar”), formando tumores em outros locais. As causas do câncer são variadas, podendo ser externas e internas ao organismo. As causas externas referem-se ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes, enquanto que as causas internas são, na maior parte, geneticamente pré-determinadas, e estão vinculadas à capacidade do organismo de se defender dessas agressões (SMELTZER; BARE, 2006).

Seguindo tendência mundial, houve mudanças no perfil epidemiológico das enfermidades que acometem a população brasileira, a partir dos anos 1960, as doenças infecciosas e parasitárias deixaram de ser a principal causa de morte, sendo substituídas pelas doenças do aparelho circulatório e pelas neoplasias. Isto se dá pela progressiva ascensão da incidência e da mortalidade por doenças crônico-degenerativas, conhecida como transição epidemiológica. O câncer é uma doença de genes vulneráveis à mutação, especialmente durante o longo período da vida humana. Fatores como envelhecimento da população, o intenso processo de urbanização e das ações de promoção e recuperação da saúde, e uma exposição maior dos indivíduos a fatores de risco cancerígenos contribuíram para este crescimento (INCA, 2011).

O câncer tornou-se, nos dias atuais, um problema grave e de saúde pública para o mundo desenvolvido e também para nações em desenvolvimento. Segundo a Organização Mundial da Saúde, 10 milhões de novos casos de câncer são diagnosticados a cada ano. Previsões apontam que se a tendência de aumento for mantida, em 2020 serão 15 milhões de novos casos anuais. Uma vez que tem aumentado sua prevalência dentro das doenças crônicas não transmissíveis, necessitando de grandes investimentos e ônus para os países (SAWADA, 2009; INCA, 2011).

O problema do câncer no Brasil ganha relevância pelo perfil epidemiológico que essa doença vem apresentando. As estimativas apontam que, para o ano de 2011, haverá ocorrências de 489.270 casos novos de câncer, e as estimativas para o ano de 2012 serão válidas também para o ano de 2013 com a ocorrência de aproximadamente 518.510 casos novos de câncer. Os tipos mais incidentes serão os cânceres de pele não melanoma, de próstata, pulmão, cólon, reto e estômago para o sexo masculino e os cânceres de pele não melanoma, mama, colo do útero, cólon e reto e glândula tireoide para o sexo feminino. Estas informações são geradas a partir dos Registros de Câncer de Base Populacional – RCBP (INCA 2011).

O câncer é a terceira causa de morte na população brasileira, após as doenças cardiovasculares e causas externas. Há uma marcante heterogeneidade na mortalidade, por câncer, entre as regiões geográficas brasileiras. Essas diferenças estão relacionadas, principalmente, ao desenvolvimento econômico, a dieta, ao tabagismo, as exposições ambientais e ocupacionais que, de alguma forma, estão correlacionadas também às desigualdades sociais. As consequências poderão ser devastadoras nos aspectos social e econômico. O câncer pode se tornar uma grande barreira para o desenvolvimento socioeconômico de países em desenvolvimento como o Brasil. (FELIX, 2011; INCA 2011).

Alguns tipos de cânceres estão relacionados ao nível econômico do indivíduo. Existem taxas de incidência elevadas de tumores geralmente associados à pobreza como o câncer do colo do útero, pênis, estômago e o da cavidade oral. Esta distribuição certamente resulta de exposição distinta a fatores ambientais relacionados ao processo de industrialização, como agentes químicos, físicos e

biológicos, e das condições de vida, que variam de intensidade em função das desigualdades sociais (BRASIL, 2006).

O quadro abaixo dispõe da distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2012, no Brasil, por sexo, exceto pele não melanoma. Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10:

Localização primária	casos novos	percentual			Localização primária	casos novos	percentual
Próstata	60.180	30,8%	Homens	Mulheres	Mama Feminina	52.680	27,9%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	17.210	8,8%			Colo do Útero	17.540	9,3%
Cólon e Reto	14.180	7,3%			Cólon e Reto	15.960	8,4%
Estômago	12.670	6,5%			Glândula Tireoide	10.590	5,6%
Cavidade Oral	9.990	5,1%			Traqueia, Brônquio e Pulmão	10.110	5,3%
Esôfago	7.770	4,0%			Estômago	7.420	3,9%
Bexiga	6.210	3,2%			Ovário	6.190	3,3%
Laringe	6.110	3,1%			Corpo do Útero	4.520	2,4%
Linfoma não Hodgkin	5.190	2,7%			Linfoma não Hodgkin	4.450	2,4%
Sistema Nervoso Central	4.820	2,5%			Sistema Nervoso Central	4.450	2,4%

Quadro – 2. Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes no Brasil. Fonte: INCA, 2011.

Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2012, na Região Nordeste, por sexo, exceto pele não melanoma. Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10:

Localização primária	casos novos	percentual			Localização primária	casos novos	percentual
Próstata	11.550	35,9%	Homens	Mulheres	Mama Feminina	8.970	26,2%
Estômago	2.390	7,4%			Colo do Útero	5.050	14,8%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	2.290	7,1%			Cólon e Reto	1.860	5,4%
Cavidade Oral	1.640	5,1%			Glândula Tireoide	1.670	4,9%
Cólon e Reto	1.420	4,4%			Traqueia, Brônquio e Pulmão	1.600	4,7%
Laringe	1.090	3,4%			Estômago	1.550	4,5%
Esôfago	1.070	3,3%			Ovário	1.250	3,7%
Leucemias	970	3,0%			Cavidade Oral	910	2,7%
Linfoma não Hodgkin	860	2,7%			Corpo do Útero	900	2,6%
Sistema Nervoso Central	860	2,7%			Leucemias	870	2,5%

Quadro - 3. Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2012, na Região Nordeste. Fonte: INCA, 2011.

Estimativas para o ano de 2012 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes no Rio grande do Norte e Natal, e de número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária. Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10. Estão descritas no quadro abaixo:

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos							
	Homens				Mulheres			
	Estado		Capital		Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	740	46,98	200	52,16	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	580	35,34	210	49,06
Colo do Útero	-	-	-	-	230	13,98	80	17,98
Traqueia, Brônquio e Pulmão	160	10,30	50	14,24	120	7,20	40	10,05
Cólon e Reto	110	6,84	40	10,69	130	7,74	50	10,98
Estômago	180	11,75	50	12,10	110	6,87	30	7,68
Cavidade Oral	120	7,71	40	10,50	70	4,53	**	3,46
Laringe	70	4,20	20	6,95	-	-	-	-
Bexiga	40	2,42	**	3,04	20	1,34	**	1,85
Esôfago	70	4,48	20	5,33	30	1,88	**	1,77
Ovário	-	-	-	-	60	3,97	20	5,13
Linfoma não Hodgkin	60	3,68	20	5,09	50	3,28	20	4,23
Glândula Tireoide	-	-	-	-	100	6,33	40	9,56
Sistema Nervoso Central	50	3,29	**	3,94	50	3,20	20	4,04
Leucemias	80	5,22	20	5,50	70	4,20	20	5,03
Corpo do Útero	-	-	-	-	40	2,53	20	4,34
Pele Melanoma	30	1,76	**	2,31	**	0,93	**	0,00
Outras Localizações	510	32,57	170	43,22	500	30,34	160	37,03
Subtotal	2.220	140,95	660	171,72	2.170	131,79	740	170,90
Pele não Melanoma	960	61,14	250	65,06	850	51,77	210	48,16
Todas as Neoplasias	3.180	201,90	910	236,77	3.020	183,42	950	219,40

Quadro - 4. Estimativas para o ano de 2012 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes no Rio grande do Norte e Natal. Fonte: INCA, 2011.

O INCA é o órgão auxiliar do Ministério da Saúde, vinculado à Secretaria de Atenção à Saúde, que auxilia no desenvolvimento e coordenação das ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no Brasil. Este órgão presta assistência direta e gratuita aos usuários de saúde com câncer como parte dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde. É atualmente a instituição de referência em oncologia no Brasil e desenvolve ações, campanhas e programas em âmbito nacional em atendimento à Política Nacional de Atenção Oncológica do Ministério da Saúde. Dentre as atividades desenvolvidas estão a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer, formação de profissionais especializados, desenvolvimento de pesquisa e informação epidemiológica. Todas estas atividades têm como objetivo reduzir a incidência e a mortalidade por câncer no Brasil (INCA, 2011).

Smeltzer e Bare (2006) afirmam que o câncer pode surgir em qualquer parte do corpo, mas alguns órgãos são mais afetados do que outros. Entre os mais afetados estão pulmão, mama, colo do útero, próstata, cólon e reto (intestino grosso), pele, estômago, esôfago, medula óssea (leucemias) e cavidade oral (boca). Cada órgão, por sua vez, pode ser afetado por tipos diferenciados de tumor, menos ou mais agressivos.

Com o avanço da medicina e com o aparato tecnológico, ficou mais rápido e fácil diagnosticar o câncer, podendo-se iniciar o quanto antes o tratamento. Diversas terapias no tratamento dessa doença podem ser utilizadas e que a equipe de saúde, o usuário e sua família devem ter uma compreensão clara das opções e metas do tratamento (SMELTZER; BARE, 2006).

Kaliks, Holtz e Giglio (2012) afirmam que quem determina a escolha do tratamento são as características do tumor, sua extensão (estadiamento), as condições físicas do usuário, como também as condições social, psicológica e geográfica. O médico avalia tais condições e escolhe o melhor tratamento para cada pessoa, como também a modalidade terapêutica.

Existem atualmente vários métodos terapêuticos para o tratamento do câncer como as ressecções cirúrgicas, radioterapia, quimioterapia, bioterapia e a hormonoterapia, sendo a cirurgia, na maioria dos casos, o tratamento inicial e de escolha para vários tipos de cânceres. Embora muitos desses tratamentos sejam

efetivos na remoção e no ataque as células malignas, sabe-se que algumas dessas intervenções também afetam células de tecidos saudáveis, desencadeando uma série de efeitos deletérios que podem levar a debilitações agudas e crônicas em função da citotoxicidade (SAWADA, 2009; SEIXAS, 2010).

Segundo Silva (2010), o câncer ainda é uma doença repleta de estigmas com alterações da percepção do doente sobre si mesmo. As reações dos usuários frente à doença, ao tratamento e à reabilitação dependem de características individuais, tais como: história de vida, contexto social e cultural, espiritualidade e opção sexual. Esta doença ainda é percebida como incurável, perigosa e horrível, por provocar a morte após longo sofrimento, tanto nos doentes como para os seus familiares. O profissional enfermeiro, responsável pelos cuidados ao doente, deve buscar um equilíbrio aceitável entre as vantagens e desvantagens do tratamento. Tão importante quanto o tratamento é atentar para os efeitos indesejados causados aos usuários, para tentar minimizá-lo.

O tratamento quimioterápico é uma das modalidades de maior escolha para produzir a cura, controle e palição. Neste tratamento, são usadas substâncias citotóxicas administradas principalmente por via sistêmica (endovenosa), podendo ser classificadas de acordo com sua finalidade como: quimioterapia adjuvante, quimioterapia neoadjuvante, quimioterapia primária, quimioterapia paliativa, monoquimioterapia e poliquimioterapia. O tratamento quimioterápico é bem tolerado pelos usuários e os efeitos colaterais moderados quando são bem controlados com dosagens controladas e apropriadas dos fármacos (SAWADA, 2009).

Os quimioterápicos, contudo, não atuam exclusivamente sobre as células tumorais. As estruturas normais que se renovam constantemente, como a medula óssea, os pelos e a mucosa do tubo digestório são também atingidas pela ação destes medicamentos. Os efeitos terapêuticos e tóxicos dos quimioterápicos dependem do tempo de exposição destes na concentração plasmática. A toxicidade é variável para os diversos tecidos e depende do tipo do medicamento utilizado.

Para um entendimento melhor dos efeitos da quimioterapia, vejamos a metáfora usada por Sontag (2007, p. 82) quando fala deste tratamento:

O conhecimento do câncer apoia noções de tratamento muito diferentes e confessadamente brutais. (Eis uma expressão chistosa bem comum em hospitais de câncer, ouvida tanto dos médicos como dos pacientes: 'O tratamento é pior do que a doença.') Está fora de questão mimar o paciente. Como se considera que o corpo do paciente está sob ataque ('invasão'), o único tratamento é o contra-ataque.

É válido ressaltar que nem todos os quimioterápicos ocasionam efeitos indesejáveis, tais como supressão da medula óssea, imunossupressão, alopecia, toxicidade renal, cardiotoxicidade, toxicidade pulmonar, neurotoxicidade, lesão gonadal, esterilidade e alterações gastrintestinais como náuseas, vômitos e diarreia. A mielossupressão com granulocitopenia, plaquetopenia e anemia são efeitos tóxicos e imediatos dos quimioterápicos, podendo ocorrer de 7 a 21 dias após a aplicação deste tipo de medicamento, muitas vezes, vindo a ser necessária a transfusão sanguínea (SAWADA, 2009; INCA, 2011).

O Ministério da Saúde, considerando a importância epidemiológica do câncer no Brasil e sua magnitude social, os riscos, a diversidade, os custos, as condições de acesso da população brasileira aos serviços de saúde e a necessidade de implementar o processo de regulação, avaliação e controle da atenção oncológica, com vistas a qualificar a gestão pública, resolve instituir a portaria de número 2.439/GM, em 08 de Dezembro de 2005. Esta portaria estabelece a política nacional de atenção oncológica pautada na promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a serem implantadas em todas as unidades federativas, respeitadas as competências das três esferas de gestão (Brasil, 2005).

No Rio Grande do Norte, dispõe-se de um centro de referência, a Liga Norte Riograndense Contra o Câncer (LNRCC), um centro de alta complexidade em oncologia, que dispõe de todas as especialidades médicas e multidisciplinares e de tratamentos e equipamentos necessários à atenção oncológica.

2.4 Transfusões sanguíneas em oncologia e a assistência de enfermagem

O tratamento quimioterápico apresenta alterações também nas células normais do indivíduo com câncer, podendo causar, na maioria das vezes, alopecia, erosões no trato gastrointestinal como mucosite e aftas, e também diminuição das células do sangue. A toxicidade da quimioterapia tem função de atingir as células tumorais, mas atingem também outras células, isto ocorre porque estas células apresentam, como as células tumorais, divisões rápidas, causando prejuízos aos indivíduos.

No caso de afetar a produção das células sanguínea, quando da diminuição da produção de leucócitos (leucopenia), de plaquetas (plaquetopenia) e de eritrócitos (anemia), crescem os riscos das infecções e de sangramentos, aumentando ainda mais a anemia. Este processo além de afetar a qualidade de vida, provoca a diminuição da disposição de realização das atividades diárias, e pode causar cefaléia, desânimo, dispnéia, perda da libido e fadiga, sendo necessária a reposição dos componentes sanguíneos através da transfusão (Fidlarczyk, 2008; COVAS, 2009).

Diante disso, Covas (2009) recomenda que na decisão terapêutica se deva considerar o tipo de anemia, se crônica ou aguda, sua intensidade, o quadro clínico do usuário e suas comorbidades. Pode-se com isso optar ou não pela transfusão sanguínea. No caso da plaquetopenia, recomenda-se transfusão profilática, o que pode diminuir hemorragias e evitar outras complicações.

Para Fidlarczyk e Ferreira (2008), a transfusão consiste na infusão de sangue total ou de um hemocomponente de um doador a um receptor, tendo como finalidade suprir as necessidades orgânicas de transporte de oxigênio ou ainda para os distúrbios de coagulação. Compactuando dessa ideia, Harmening (2006) diz que cada usuário deve ter seu próprio plano individualizado, avaliando seu estado clínico e a necessidade ou não do uso do componente. A transfusão adquire função vital, uma vez que em portadores de câncer nos quais são muito comuns perdas sanguíneas há um aumento da destruição dos glóbulos vermelhos e na diminuição de sua produção.

Para Covas (2009), a anemia é uma ocorrência comum em usuários com câncer e contribui para o aumento da sintomatologia e a piora da qualidade de vida, necessitando geralmente de transfusões sanguíneas. Há também o risco de sangramento nestes usuários de saúde durante o tratamento quimioterápico, pois o sangramento está relacionado com a gravidade da plaquetopenia, necessitando constantemente de transfusão de plaquetas.

O enfermeiro que participa desta terapêutica tem que entender do processo de cuidar destes usuários. Para Mohallem e Rodrigues (2007, p.188), o processo de cuidar é a forma como se dá o cuidado:

É uma interação entre aquele que cuida e aquele que é cuidado, em que o primeiro tem papel ativo, pois desenvolve ações e comportamentos de cuidar, e o segundo atua passivamente – e, por sua situação, pode contribuir no cuidado se desempenhar papel menos passivo.

Estes mesmos autores (2007) afirmam que um dos maiores desafios dos profissionais de saúde é o cuidar do ser humano na sua totalidade, cabendo-lhes cumprir ações preferenciais em relação a sua dor e ao seu sofrimento, em todas as dimensões física, psíquica, social e espiritual.

Usuários de saúde oncológicos exigem uma assistência de enfermagem diferenciada, pois além do câncer, carregam o estigma desta doença, como também a incerteza do prognóstico, perturbações psicológicas como dúvidas e incertezas e, atrelado a tudo isso o medo da morte. Mas também carregam consigo a vontade de viver.

Esta assistência se refere às ações que o profissional dispensa aos usuários. Essas ações englobam os cuidados físicos e terapêuticos, correspondendo às atividades técnicas da assistência de enfermagem, como higiene, conforto, administração de medicamentos, entre várias outras atividades. Mas também executam ações de área bastante significativa como manutenção do equilíbrio emocional destes usuários, fazendo parte de ações de aspecto humano e de relação entre o enfermeiro e o usuário de saúde, pois a enfermagem é a profissão que participa junto com o doente desde o diagnóstico, passando por todas as fases

do tratamento até, muitas vezes, pela sua finitude (MOHALLEM; RODRIGUES, 2007).

Sendo assim, a enfermagem deve envolver a assistência ao doente, a sua família ou aqueles que dão o apoio emocional, afetivo, econômico e social. Os profissionais devem incentivar a participação destes no tratamento, orientando-os quando da necessidade da harmonia e tranquilidade do ambiente, seja ele hospitalar ou residencial (MOHALLEM, RODRIGUES, 2007).

PERCURSO METODOLÓGICO...

3 ORIENTAÇÕES DO PERCURSO: OS FIOS E REDES DO MÉTODO

No passado, toda história se transmitia de uma geração para outra principalmente pela tradição oral, como na narrativa de Teseu. A dinâmica dos mitos e os causos cotidianos ganhavam forma e voz nas performances de contadores de histórias que teimavam em preservar a memória e a integridade de uma vida construída. Com os avanços industriais e tecnológicos, na contemporaneidade, utilizamos os mais variados aparelhos e ferramentas como recursos para o registro das experiências vividas nas narrativas. Estes aparatos tecnológicos contribuíram para melhoria das pesquisas que visam fazer o registro dessas experiências, a história oral de vida. Refletindo acerca da memória, Thompson (2002, p. 45) constata que:

O uso difundido da expressão “história oral” é novo, tanto quanto o gravador; e tem implicações radicais para o futuro. Isto não significa que ela não tenha um passado. Na verdade, a história oral é tão antiga quanto a própria história. Ela foi a primeira espécie de história.

Meihy (2011, p. 92), por sua vez, discute a respeito da história oral:

É afirmação corrente que a história oral é tão antiga como a própria História, mas isso é vago. Fala-se mesmo que toda História antes de ser escrita passou por etapas narrativas ou outras manifestações da oralidade aferida há século. O pilar dessa afirmação é a certeza de que tanto a *Bíblia* como outros livros sagrados, bem como as mitologias fundamentais da cultura ocidental e mesmo os poemas seminais da aventura humana – como a *Ilíada* e *Odisseia* – têm origem na oralidade. A lenta metamorfose da História não nega os registros de tradições narrativas que precede a escrita e a sistematização de seu código como solução hegemônica.

3.1 A pesquisa e suas direções conceituais

Diante destas afirmações, procurou-se pensar na pesquisa em conformidade com seus conceitos epistemológicos. Recorrendo a Polit (2004), viu-se que essa estudiosa a define como “a investigação sistemática que usa métodos para responder às questões ou resolver problemas”. Esta mesma autora afirma que a pesquisa também tem como meta final o desenvolvimento, com intuito de redefinir e expandir um corpo de conhecimento.

No caso da pesquisa em enfermagem, observou-se que, historicamente, tem contribuído e procurado conhecimentos com descobertas para ajudar na vida cotidiana dos indivíduos. A enfermagem tem crescido de modo empenhado em pesquisas que beneficiam a profissão, e que venham a contribuir para sua melhoria na prática da assistência prestada aos usuários de saúde. McEwen (2009) assinala que, até pouco tempo, a enfermagem tinha dificuldades em ser reconhecida como profissão, era vista só como ocupação, pois as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros têm semelhanças com as realizadas pelas esposas e mães nos ambientes domésticos. Por “demorarem” a identificar e organizar o conhecimento profissional, muitas vezes os profissionais da enfermagem têm sido vistos como subservientes à medicina. O que não desmerece a atenção histórica e o saldo com que a enfermagem tem dado sua contribuição à história das ciências da saúde.

A autora afirma ainda que a enfermagem tem bastantes das características de uma profissão:

A enfermagem tem um compromisso social de prestar atendimento de saúde aos pacientes nas diferentes etapas *do continuum* saúde-doença. Existe uma base de conhecimento em crescimento, a autoridade sobre o ensino, o serviço altruísta, um código de ética e as exigências de registro para a prática (MCEWEN, 2009, p. 28).

Diante de resultados positivos de trabalhos de enfermagem realizados por cientistas, teóricos e estudiosos da área, a enfermagem foi reconhecida como uma profissão emergente e como disciplina acadêmica. O aumento do conhecimento na enfermagem reflete a interface entre a ciência e pesquisa, ligados na epistemologia,

ontologia, e metodologia, com o grande objetivo de melhorar a práticas dos profissionais enfermeiros (McEwen, 2009).

Tendo como meta primordial o cuidar do outro, a enfermagem segue sua trilha, o que se pode observar com as constantes mudanças nos rumos do processo que essa área tem tomado em vários campos do saber. O cuidar passa a ser constituído através dos saberes científicos e convencionais que, epistemologicamente, estão enraizados nas múltiplas formas de conhecimento e apresentam características das diversas ciências, como as biológicas, sociais e comportamentais (MCEWEN, 2009).

Portanto, com intuito de adquirir conhecimentos que venham fundamentar e orientar na práxis da enfermagem, a presente pesquisa traz para discussão a atuação do enfermeiro em situações pouco usuais, como o desempenho do profissional nos cuidados de portadores de doenças oncológicas em uso de transfusões sanguíneas.

Para o alcance do objetivo do estudo, fizemos uso da pesquisa exploratória e descritiva, com uma abordagem qualitativa atrelada a um enfoque da história oral de vida.

Para Gil (2009), a pesquisa exploratória oferece uma maior familiaridade com o problema, levantando informações acerca de um determinado objeto com finalidade de torná-lo mais explícito, objetivando o aprimoramento de ideias ou descobrir intuições. Leite (2012, p. 54) complementa dizendo que “a pesquisa exploratória é a que explora algo novo, que frequentemente não é considerada ainda ciência, mas que serve de base à ciência”.

A pesquisa descritiva para Gil (2009) e Leite (2012) tem como objetivo descrever e explicar as características de determinada população ou fenômeno, podendo também estabelecer relações entre variáveis.

Polit (2004) descreve que a pesquisa com abordagem qualitativa lida com aspectos da complexidade humana explorando-a diretamente, enfatizando a compreensão da experiência humana como é vivida, analisando materiais narrativos e subjetivos.

A história oral foi utilizada como referencial metodológico por ser um recurso necessário à condição do problema levantado pela pesquisa; também, por

ser ferramenta e ponto de discussão atual, destinado a colher testemunhos e experiências para elaboração de documentos, sendo capaz de demonstrar visões de mundo das pessoas e dos grupos envolvidos (MEIHY, 2011).

3.2 A História Oral

A história oral é um recurso moderno, usado para elaboração de registro de apreensão dos princípios da subjetividade, deixando-se entrever um sentido maior do coletivo. Representa um processo sistematizado e planejado antecipadamente por um projeto, possibilitando realizar análises dos contextos social e individual, que deverão ser integrados e ao mesmo tempo interdependentes. Deste modo torna-se uma forma alternativa para estudar a sociedade através de uma documentação feita com uso de entrevistas gravadas eletronicamente, e a posteriori, fazendo a transposição do oral para o escrito (MEIHY, 2011).

Para Thompson (2002, p.44), “A história oral é um história construída em torno de pessoas. Ela lança a vida para dentro da própria história e isso alarga seu campo de ação”. Corroborando com Thompson (2002), Meihy (2011) descreve a história oral como uma história viva no tempo presente, mas radicadas do passado, em que seu valor social, individual, cultural e de memória estão inacabados, ou em construção. A história oral não é apenas um ato ou procedimento isolado, mas a soma articulada, planejada, de alguns modos pensados como um conjunto.

No Brasil, como em outras partes do mundo, a história oral teve um avanço significativo em todos os níveis. Ela apresenta-se como solução coeva, crescente e preparada para influenciar no comportamento cultural e no entendimento dos comportamentos e sensibilidade humana. Sua utilidade está na apreensão, no registro e em trabalho analítico sobre experiências de indivíduos e grupos que se dispõem ou são convidados a deixar registradas suas experiências de vidas em documentos escritos (MEIHY, 2011).

Para esta pesquisa, os indivíduos selecionados foram definidos como colaboradores, sendo suas participações espontâneas, pois, responderam através de um roteiro de pesquisa às questões norteadoras do trabalho. Nos estudos de história oral, destaca-se o compromisso do pesquisador que elabora e executa o

projeto com os entrevistados, não se caracterizando uma relação simplesmente de cumplicidade e ou afinidade irrestrita, mas principalmente na construção de uma relação em que o entrevistador contempla as visões de mundo dos entrevistados, defendendo suas ideologias opostas e contrastantes, o que tende a ser muito enriquecedor para a pesquisa (MEIHY, 2011).

3.2.1 História Oral de Vida

Dentre os gêneros narrativos da história oral, escolhemos para este trabalho a história oral de vida. Trata-se de narrativa com aspiração de alongado curso, daí o nome “vida”, que aborda sobre aspectos seguidos das experiências de pessoas. Neste gênero, as narrativas são decorrentes da memória, dos ajustes, contornos, derivações, impressões e até mesmo das contradições naturais das falas. Isso abre para a essência subjetiva deste gênero (MEIHY, 2011).

Ainda para Meihy (2011), a história oral de vida tem o intuito de valorizar a memória dos indivíduos, por meio da liberdade, requerida em lembrar e narrar os relatos de suas experiências. Em história oral não se procura a verdade, mas a versão sobre a moral existencial, não interessando a ordem cronológica dos fatos, mas a valorização da subjetividade dos detalhes.

Para Alberti (2007), uma das principais vantagens da história oral resulta justamente do fascínio do que foi vivido. A experiência histórica narrada deixa o passado mais concreto, tornando sedutora sua divulgação para conhecimento. A história oral, quando bem aproveitada, tem um elevado potencial de ensinamento do passado, através da experiência do outro.

3.3 Direcionamentos metodológicos

Meihy (2011) enfatiza que o tema em história oral deve sintetizar o significado da pesquisa, tem que ter uma relevância social, mas também deve assinalar para a possibilidade de políticas públicas. O tema que nos instigou para esta pesquisa contribuiu para o alcance dos objetivos propostos, pois evidencia a

comunidade de destino, a colônia a ser estudada e o gênero da história oral escolhido.

Comunidade de destino pode ser definida como grupos de pessoas que têm traços comuns, marcantes de um comportamento amplo que os caracteriza. Estas pessoas passam a ter afinidades, por ter destinos comuns, distinguidas pela repercussão dos fatos na vida comunitária (MEIHY, 2011).

A colônia é uma parte da primeira divisão da comunidade de destino, ainda que em blocos extensos. Esse bloco tem que guardar as características peculiares que justifiquem a fração menor e que mantenha uma forte ligação com o grande grupo. O conceito de colônia se liga unicamente ao fundamento da identidade cultural do grupo, formado pelos elementos vastos que marcam a identidade geral dos segmentos dispostos à análise. Essas divisões têm como objetivo a organização e condução do processo, tornando-o viável (MEIHY, 2011).

Para esse estudo, a colônia foi formada por usuários de saúde com diagnóstico de câncer e em uso de transfusão sanguínea, realizada no ambulatório do Núcleo de Hematologia e Hemoterapia (NHH), localizado na cidade do Natal/RN.

Dentro da colônia é possível identificar uma unidade ainda menor que possui feições singulares, a rede. Entendendo que tais conceitos obedecem a uma hierarquia, logo a rede pode ser caracterizada como a parcela menor da comunidade de destino. A rede funciona como uma subdivisão da colônia que indica como as entrevistas devem se articular. Precisa-se ter uma atenção especial na escolha da rede, pois é neste momento que se inicia o trabalho prático.

A rede tem origem sempre no ponto zero. Meihy (2002) sugere que se defina uma entrevista que deve ser conhecida como ponto zero, e daí retirar as perguntas específicas que favorecem a continuidade das demais. A cada entrevista o colaborador deve indicar alguém para compor a rede. A vantagem dessa tática é que por ela se monta a rede de acordo com o argumento dos entrevistados, fortalecendo a razão do grupo. Sendo assim, o ponto zero de nosso estudo foi o primeiro colaborador a ser entrevistado e que aceitou participar, voluntariamente, desta pesquisa.

Na gênese deste trabalho, o interesse estava em formar a rede com doze indivíduos portadores de doenças oncológicas, submetidos, ao menos, a três

transfusões sanguíneas. A definição desse número de participantes levava à condição de se estar trabalhando com um quantitativo significativo para representar as narrativas das histórias de vida dos participantes.

A coleta dos dados dos colaboradores foi realizada através de informações contidas na ficha de atendimento ambulatorial no NHH. Para facilitar a seleção, fez-se uma planilha no *Microsoft Word* com todos os prováveis colaboradores e seus respectivos dados para manter contato posterior. A ficha era composta por informações como nome, endereço, diagnóstico, telefone e conduta (prescrição médica). No entanto, muitas delas não estavam preenchidas integralmente, o que dificultou, em alguns casos, o trabalho de seleção daqueles que fariam parte efetivamente do *corpus* da pesquisa.

Após o preenchimento da planilha, com os dados dos prováveis colaboradores, foram escolhidas cores para identificar cada um deles, facilitando o trabalho de seleção. Houve limitações relacionadas a ausência de informações, como a falta de um número de telefone para contato, imprecisões no endereço e, principalmente, ausência de um diagnóstico ou, pelo menos, uma hipótese diagnóstica da doença. Essas informações, principalmente em relação ao diagnóstico, eram de suma importância ao andamento do trabalho, pois só participariam da pesquisa usuários de saúde oncológicos.

Durante a definição dos participantes da pesquisa, ao entrar em contato com eles e, mesmo antes de explicar o objetivo do contato ou da entrevista, recebíamos a notícia de que alguns tinham ido a óbito. Conseqüentemente, chegamos ao término do tempo previsto no cronograma de pesquisa com cinco colaboradores, sendo esse o número com que constituímos a rede. Os colaboradores incluídos sentiram-se livres para aceitar o convite e, com disposição e voluntarismo, resolveram participar da pesquisa. Tal informação é relevante, uma vez saber-se que a participação nesse tipo de estudo deve ser feita sob uma condição ética e metodológica a qual os colaboradores estejam com as faculdades mentais resguardadas e preservadas, para que não ocorram distorções que prejudiquem a integridade de suas recordações. Portanto, daqueles doze colaboradores da amostra intencional inicial, o estudo foi realizado com cinco deles, uma vez que a definição dos sujeitos que vivenciavam o diagnóstico do câncer em

uso de transfusão sanguínea foi realizada durante o processo de busca do objeto de estudo no campo de pesquisa. E, por último, completadas as articulações das cinco narrativas, o passo seguinte se deu com a análise e interpretação dos dados, em função dos objetivos elencados.

3.4 Fundamentos operacionais

3.4.1 Coleta dos dados – a Entrevista

A entrevista é uma conversação realizada face a face entre duas pessoas, de forma metódica, que vem proporcionar ao entrevistador as informações necessárias de maneira verbal. Na entrevista, cria-se uma relação de interação entre o pesquisador e o pesquisado e, quando há um clima de estímulo e de aceitação recíproca, as informações tendem a fluir de forma notável e autêntica. Esta prática é a ação que fundamenta a história oral. Os resultados obtidos das entrevistas devem ser produzidos com morosidade e com exagerada atenção, não sendo possível, sem isso, a realização da cooperação, uma vez que não se aplica a medição (LAKATOS, MARCONI, 2010; MEIHY, 2011; LEITE, 2012).

Para Thompson (2002), um bom entrevistador necessita de habilidades, tendendo a cada um desenvolver seu próprio método que lhe dê bons resultados. Um bom entrevistador tem que ter interesse e respeito pelos outros, ser flexivo nas relações, demonstrar compreensão e simpatia nas opiniões dos entrevistados, e, o mais importante, ter a disposição para falar pouco e escutar mais. Concordando ainda com Thompson, é possível que a maioria das pessoas aprende a fazer uma boa entrevista tomando tais princípios como meta.

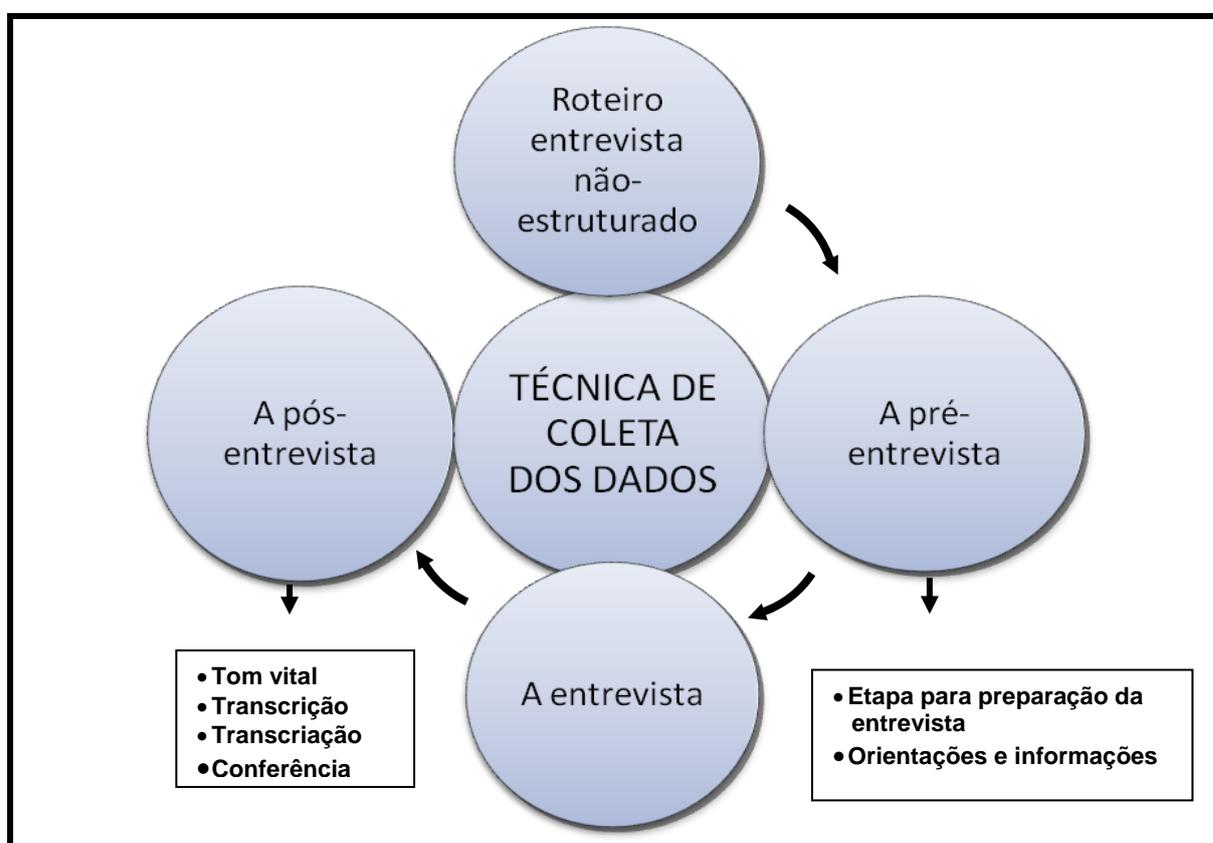
Para Polit (2004) e Leite (2012), o método de coleta de dados através da entrevista é muito utilizado em todas as tradições de pesquisas qualitativas, devido à capacidade dos seres humanos em se comunicar verbalmente. Esta técnica possibilita que o entrevistado/colaborador expresse suas experiências de vida à vontade, exteriorizando sentimentos que outras maneiras não permitem expressar, dando oportunidades únicas de registrar ações e gestos, entre outras expressões não verbais, dos entrevistados. Para Meihy (2011), estas expressões são

conhecidas como performances, contribuindo para que a entrevista não seja tão somente considerada no que foi gravado em palavras.

Neste estudo, foi utilizada a entrevista não-estruturada por considerar que esta técnica possibilita ao entrevistador uma maior flexibilidade e liberdade de desenvolver situações em qualquer direção que considere mais adequado; possibilita ainda iniciar a entrevista com alguma questão geral, permitindo, que o colaborador narre sua história de forma natural, tendendo que a entrevista se apresente em forma de conversação (POLIT, 2004; LEITE, 2012). A seguir, delinearemos as etapas e as prerrogativas metodológicas das entrevistas realizadas.

3.4.2 Etapas da Entrevista

A entrevista, em história oral, possui três etapas: a pré-entrevista, a entrevista e a pós-entrevista.



Quadro – 5. Etapas da entrevista – Esquema elaborado pelo pesquisador.

A pré-entrevista consiste na etapa de preparação para o encontro em que se realizou a gravação. Neste momento, foram preparados os colaboradores para serem entrevistados. Neste encontro inicial, os colaboradores conheceram os objetivos do projeto e o grande valor de sua participação para a concretização do estudo; foram informados de como se deu a escolha do seu nome; explicamos ainda sobre a gravação das suas falas e da não utilização sem seu prévio consentimento, ressaltamos do que compõe a entrevista, e de acordo com a disponibilidade e preferência dos mesmos, foram agendados a data, o horário e o local das entrevistas (MEIHY, 2011).

A etapa seguinte, denominada entrevista propriamente dita, ocorreu no local escolhido pelos colaboradores, suas residências, uma vez que se sentiram mais à vontade. Assim, suas memórias fluíram naturalmente, embora fossem observados e registrados os ruídos externos. Um dos critérios básicos foi o cuidado em manter um equilíbrio regular de tempo para as entrevistas. Antes do início de cada entrevista, era lido novamente, para cada um dos colaboradores, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme apêndice A, que os mesmos, e de acordo, autorizaram sua participação na pesquisa. Uma cópia do referido termo fora disponibilizada para cada colaborador (MEIHY, 2011).

Antes das entrevistas, os colaboradores foram orientados quanto ao princípio da eticidade e da legalidade que envolvia aquele trabalho, sendo informados que a pesquisa poderia oferecer riscos mínimos ou certos desconfortos, não envolvendo experimentos de qualquer natureza. Foram esclarecidos de que, devidamente comprovados danos resultantes da pesquisa, o colaborador seria indenizado pelos pesquisadores. Finalmente, foi dito ainda que, a qualquer momento, poderiam desistir da pesquisa sem quaisquer prejuízos ou penalidades, aproveitando para enfatizar a respeito da garantia de confidencialidade e privacidade das informações e imagens, e que o material produzido seria guardado em segurança.

A entrevista, enquanto gênero que privilegia a oralidade, deverá ter seu registro feito, de acordo com Meihy (2011) e Thompson (2002), como fonte de conhecimento, resgatando a memória individual, para melhor reflexão dos aspectos sociais envolvidos.

Para iniciar as entrevistas, foram gravadas informações como o nome do projeto, a identidade do entrevistador, a data, o local e a hora da entrevista. Em todo processo que envolvia a organização do trabalho, procuramos criar um ambiente favorável de respeito, ético e profissional, como orienta Meihy (2011).

Primando pela confidencialidade e a proteção da identidade do colaborador, e evitando sua exposição, solicitamos que cada um escolhesse um nome fictício. Para esses nomes foram sugeridos meses do ano e cada um apontaria o que melhor lhe representasse.

Para o direcionamento das questões norteadoras da entrevista com os colaboradores, foram indicadas duas proposições: a primeira, pedir que falassem de sua vida depois da doença; a segunda, que discorressem sobre as mudanças que ocorreram na sua vida após as transfusões sanguíneas.

As questões norteadoras para entrevista, em história oral, são formuladas em grandes blocos, porém direcionadas para que as lembranças fluam naturalmente, levando os colaboradores aos acontecimentos que eles entendem serem os mais relevantes para suas narrativas. Em alguns momentos, em que ocorriam pequenos desvios das narrativas desses indivíduos, procurávamos redirecionar, quando necessário, as falas em pauta evitando que se afastassem do objetivo da pesquisa. Houve também breves intervenções, uma vez que alguns colaboradores foram sucintos demais ou mesmo deixavam de narrar acontecimentos relevantes de suas vidas (facilmente contextualizáveis como pressupostos ou subentendidos).

Conforme previsto, o tempo para cada entrevista ocorreu com duração em torno de uma hora, permitindo variações de poucos minutos em cada caso. Houve uma grande preocupação para que a entrevista não se estendesse a ponto do colaborador ficar incomodado, seja por desconforto, por alguma necessidade ou dor, ou por qualquer outro motivo. No acompanhamento às entrevistas, foi utilizado o caderno de campo, como orienta Meihy (2011), o qual funcionou como um diário. Nele, foram documentados os roteiros práticos das pesquisas, dados de como esta ocorreu, as experiências e sensações apreendidas, eventualidades ocorridas em todo percurso do estudo.

As narrativas tiveram seus registros feitos por meio de equipamento eletrônico, tipo Mp4. No início, os colaboradores demonstraram não muito à vontade com a presença do gravador, mas pouco tempo depois do início da gravação, sentiram-se bem com a presença do dispositivo eletrônico, não interferindo no resultado esperado. Ao concluir as entrevistas, agradecemos a cada colaborador pela relevante participação no estudo, pela sua doação e por compartilhar as suas lembranças. Também agradecemos pela atenção, receptividade e contribuição significativa para o desenvolvimento do trabalho.

Os nomes dos colaboradores foram omitidos, garantindo o anonimato. Para isso, antes da entrevista, solicitamos que cada um escolhesse o nome de um mês para que o representasse, conforme dito. A utilização dos meses do ano como codinome deveu-se ao fato de, alguma forma, representar a cronologia da vida, pois todos nós usamos como referência dias, meses, anos para relacionar os principais eventos ocorridos na história cotidiana de cada pessoa.

A terceira etapa ou pós-entrevista, como o nome indica, aconteceu após a realização das entrevistas. Nessa fase, como sugere Meihy (2011), mantivemos contato com os colaboradores, agradecendo pela valiosa participação, objetivando estabelecer a continuação do processo. Em pesquisas de história oral, tende-se a se estabelecer uma relação de respeito entre colaborador e entrevistador, resultando numa intensa condição de retorno aos primeiros, seja em agradecimento pela participação, seja para discutir os resultados da pesquisa.

Em seguida às gravações, realizamos a transcrição que, segundo Meihy (2011), é o processo de elaboração de um texto a partir das narrativas orais. Neste momento, foram registradas as falas conforme foram gravadas, sem qualquer modificação, com passagens completas dos diálogos, observando os sons como captados, incluindo barulhos externos às entrevistas. Depois disso, foi feita a textualização, fase de retirada das perguntas, dos erros gramaticais, de pronúncias e os ruídos, para manter o texto claro e de fácil leitura, mas tendo sempre o cuidado de manter o sentido original da narrativa.

Nesta fase, foi escolhida a frase que serviu de tema por introduzir a leitura da entrevista, o *tom vital* que, conforme Meihy (2011), funciona como um norte, um

direcionamento auxiliando a organização e o critério de percepção dos leitores das entrevistas, podendo também servir como guia na recepção do trabalho.

Após a escolha do *tom vital*, passamos para outra etapa, a transcrição. De acordo com Meihy (2011, p. 110), transcrição “é a elaboração de um texto recriado em sua plenitude. Com isso, afirma-se que há interferência do autor no texto; ele é refeito várias vezes e deve obedecer a certos combinados com o colaborador”. É nesse momento em que as anotações do caderno de campo e os aspectos da vivência com os colaboradores são incorporados ao texto, no intuito de recriar a atmosfera das entrevistas.

A transcrição é uma tarefa assumida pelo pesquisador, pois se trata da transformação final do oral para o texto escrito, recriando uma performance da entrevista, tentando trazer as sensações provocadas pelo contato com o leitor, atentando-se para o compromisso, de que, é mais importante a ideia à palavra, pois a ideia poderia não ser percebida, caso tivéssemos transcrito as palavras sem fazer a sua transcrição. Por isso, é muito importante o consentimento do entrevistado à sua narrativa, o qual deve saber qual ordem deve ser dada para ela.

O passo seguinte, como procedimento final, se deu com a conferência do documento produzido. Meihy (2011, p. 111) diz que esse momento é “Um dos mais complexos e importantes recursos oferecidos pela história oral. Essa é uma etapa de finalização de todo o processo de interação com o colaborador”. É neste instante que há a conferência do texto, verificando e corrigindo possíveis erros e enganos, legitimando e validando o trabalho. Este processo possibilita que o documento seja utilizado e divulgado através de produções científicas. Após a conferência dos dados, os colaboradores assinaram a carta de cessão, conforme apêndice c, autorizando, sem restrições, o uso do material.

As gravações e os textos provenientes das entrevistas, armazenados em mídia digital do tipo *Compact Disc* (CD) e junto com o TCLE e a carta de seção, foram identificados com os codinomes dos colaboradores e guardados na sala da pós-graduação do Departamento de Enfermagem da UFRN, os quais ficarão disponíveis por um período de cinco anos. O acesso a estas informações é exclusivo dos autores do estudo.

3.5 Análise dos dados

Para a análise das narrativas das histórias de vidas dos colaboradores, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo temática. Segundo Franco (2008), esta é uma técnica muito antiga, que teve como foco a interpretação dos textos bíblicos, pois, tentando definir os símbolos, sinais e mensagem de Deus, este procedimento marcou a primeira tentativa de responder a pergunta “o que essa mensagem significa?”, possibilitando compreender e interpretar as metáforas e as parábolas da escritura sagrada.

Para Bardin (2011), a análise de conteúdo é o conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utilizam procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição, identificando o conteúdo das mensagens com finalidade de inferir, ou seja, deduzir de maneira lógica os conhecimentos relativos às condições de produzir e receber tais mensagens. Na aplicabilidade da análise de conteúdo, deve-se ter como ponto de partida a organização. As diferentes fases organizam-se em torno de três polos, conforme Bardin (2011): 1. A pré-análise; 2. A exploração do material; e, por último 3. O tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A pré-análise é a fase de organização propriamente dita. Aí se iniciam as buscas, tornando-as operacionais. Esse período corresponde à sistematização e intuições das ideias. Nessa etapa foram realizadas leituras do material coletado e preparado para análise, reconhecendo e identificando os pontos convergentes e significativos do texto que relacionava ao tema. Para tanto, os registros das gravações foram transcritas na íntegra e autorizadas pelos colaboradores.

Na etapa seguinte, deu-se a exploração do material, que corresponde à transformação dos dados em conteúdos temáticos por meio da codificação dos textos narrados, determinando as temáticas a serem discutidas. Foram realizadas as catalogações das falas, isolando-as, codificando e recortando os trechos ou segmentos dos discursos que passaram a ser bem mais especificados, organizando em categorias as palavras-chave que indicaram o significado central dos conceitos surgidos nas narrativas (BARDIN, 2011).

Segundo Bardin (2011), os resultados devem ser tratados a partir de inferências e interpretações que permitirão torná-los significativos e válidos, através

da presença e frequência dos núcleos de sentido, que determinarão o caráter do discurso, ou os temas que denotarão os valores e relação aos modelos de comportamento.

3.6 Considerações éticas

Na realização desta pesquisa foram apreciados os pressupostos da Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do MS que dispõe sobre pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 1996). Para Bento (2011), a ética deve guiar o caminho do pesquisador, pois ela é capaz de sugerir o equilíbrio entre a pessoa e a natureza, a tecnologia e a vida humana, pois todo ser humano é inviolável em sua dignidade e desfruta de igual direito na sociedade e, em nome desta sociedade e da ciência, o pesquisador tem o dever de respeitar e impedir que o sujeito de pesquisa venha a sofrer qualquer prejuízo.

Com efeito, toda pesquisa deve atender as exigências éticas e científicas, fundamentada no consentimento livre e esclarecido do colaborador, que deverá ser tratado com respeito em sua autonomia e defendido em sua vulnerabilidade (BRASIL, 1996).

Assim, submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Liga Norterio-grandense Contra o Câncer (LNRCC), localizado na Rua Dr. Mário Negócio, 2267, bairro das Quintas em Natal-RN, a pesquisa aqui apresentada foi aprovada com parecer substanciado por número: 001/001/2012 (Anexo A).

Somente após aprovação do CEP é que iniciamos a abordagem aos colaboradores e, na ocasião, explicamos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, benefícios previstos, potenciais riscos, o incômodo que poderia vir a ocorrer e também o caráter científico do estudo, bem como a relevância de suas participações. Ao concordarem espontaneamente em participar, no momento do início das entrevistas, os colaboradores assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme apêndice A, autorizando sua participação voluntária na pesquisa.

Os colaboradores assinaram também a carta de cessão, conforme apêndice C, após realização da conferência do material produzido. A autorização

compreende as gravações e os textos escritos, não havendo nenhuma restrição ao seu uso pelos autores da pesquisa.

3.7 Cenário do estudo

O cenário escolhido para o estudo foi o Núcleo de Hematologia e Hemoterapia (NHH), que faz parte do complexo hospitalar da UFRN, e tem uma longa experiência na área da hematologia e hemoterapia laboratorial e clínica, sendo também campo de estudo para alunos da área da saúde.

O NHH faz tanto atendimento aos usuários de saúde externos, como aos internos dos hospitais do complexo universitário da cidade de Natal, oferecendo serviços como consultas médicas especializadas, exames laboratoriais específicos, bem como transfusões ambulatoriais de hemocomponentes. São realizados em torno de dezesseis (16) transfusões ambulatoriais, 22 consultas ao hematologista, 10 (dez) mielogramas e 55 (cinquenta e cinco) exames de hemograma por mês.

Na vivência cotidiana e na observação desta unidade, é visível a importância do sangue e dos processos a ele inter-relacionados. Afinal, o sangue, como elemento terapêutico, tem sua utilização, cada vez mais estendida a várias possibilidades de restabelecimentos de alguma deficiência causada por uma doença. Harmening (2006) diz que os componentes sanguíneos são considerados medicamentos devido a seu uso no tratamento de doenças, podendo, inclusive, em alguns casos, incidir efeitos adversos.

A seleção do NHH para realização da pesquisa se deu por ser uma instituição de referência, em Natal e no Rio Grande do Norte, nas áreas de hematologia e hemoterapia, duas áreas específicas da saúde, e também por se caracterizar em um adequado campo para a pesquisa e a extensão. Além disso, o NHH comprovou ser um local de boa receptividade por parte da diretoria e dos funcionários, não observado aí nenhum tipo de entrave que viesse prejudicar o andamento do trabalho.

ANALISANDO AS NARRATIVAS...

4 SOBRE MONSTROS E HERÓIS: ANALISANDO AS NARRATIVAS DE VIDA

Estabelecendo analogias com o mito de Teseu, podemos imaginar que cada colaborador é um herói da sua própria história e que, diante do labirinto da vida, enfrenta o seu Minotauro (o câncer). Que dependendo da sua bravura, com a ajuda do seu novelo de lã (fé e esperança) e sua espada (o tratamento), enfrentam os desafios impostos a cada dia, na luta para vencer, ou não, esta árdua batalha.

4.1 Passos da análise

O *corpus* a seguir se constitui na análise das histórias de vida narradas pelos colaboradores deste estudo. Para efeitos didáticos, este capítulo foi organizado em três momentos, descrito a seguir:

No primeiro momento, tem-se a identificação dos colaboradores através de quadros sinópticos, contendo as informações que nos proporcionaram uma ampla visão do contexto em que vivem. Estes quadros contêm informações como: gênero, estado civil, idade, escolaridade, profissão, naturalidade, renda familiar e religião. Possibilitando traçar um perfil socioeconômico da colônia, possibilitando um maior entendimento acerca do contexto histórico familiar, das experiências e trajetórias de vidas relatadas pelos colaboradores.

No segundo momento, estão descritos os registros do diário de campo, as expressões registradas durante as entrevistas, como a impressão do entrevistador sobre o entrevistado no momento da coleta dos dados. Em seguida, têm-se as informações técnicas pertinentes às entrevistas, tais como o local, o dia e horário das mesmas. Optamos por destacar o tom vital identificado em cada narrativa, apresentando os textos descritos na íntegra, conforme a originalidade das falas.

No terceiro momento, tem-se a análise de conteúdo, após minuciosas e sucessivas leituras das narrativas de cada colaborador que nos possibilitaram a identificação das categorias de análises das respectivas falas.

4.2 Dados Pessoais dos Colaboradores

O quadro a seguir apresenta os dados pessoais dos colaboradores, segundo estado civil, idade, escolaridade e religião.

GÊNERO/ NOME FICTÍCIO	ESTADO CIVIL	IDADE	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO
S ^{ra} Fevereiro	Viúva	72	Fundamental incompleto	Aposentada
S ^r Abril	Casado	58	Ensino médio completo	Aposentado
S ^{ra} Maio	Casada	61	Sem estudos	Aposentada
S ^r Novembro	Casado	71	Fundamental incompleto	Aposentado
S ^{ra} Dezembro	Casada	58	Fundamental incompleto	Aposentada

Quadro 6 - Dados pessoais dos colaboradores, segundo estado civil, idade, escolaridade e religião.

O quadro seguinte apresenta os dados socioeconômicos dos colaboradores, segundo naturalidade, renda familiar e religião.

NOME FICTÍCIO	NATURALIDADE	RENDA FAMILIAR	RELIGIÃO
S ^{ra} Fevereiro	Natal/RN	01 salário mínimo	Católica
S ^r Abril	Natal/RN	3,5 salários mínimos	Evangélica
S ^{ra} Maio	Serrinha/RN	01 salário mínimo	Católica
S ^r Novembro	João Câmara/RN	02 salários mínimos	Católica
S ^{ra} Dezembro	Natal/RN	01 salário mínimo	Católica

Quadro 7: Dados socioeconômicos dos colaboradores, segundo naturalidade, renda familiar e religião.

4.3 Prólogo às Entrevistas

As narrativas que se seguem são histórias de vida, produto das entrevistas realizadas entre os colaboradores com alguma doença oncológica, que se submeteram à transfusão sanguínea. As memórias individuais foram registradas por equipamento eletrônico. Memórias estas que expressaram, não somente os sofrimentos, diante de uma doença tão estigmatizada e temida como o câncer, mas também seus sentimentos mais íntimos, lembranças mais remotas e até mesmo, fatos antes nunca revelados.

Estas lembranças, partes da história de vida de cada um desses colaboradores, não são constituídas apenas de memórias tristes e dolorosas, mas como um relato/desabafo permeado de fé, medo, confiança, desesperança, certezas e incertezas, deixando-os na esperança de conseguir vencer mais uma fase triste das suas vidas, narrar sua história de vida após um câncer.

Os colaboradores apresentavam diagnósticos diferentes, com exceção dos masculinos, que tinham o mesmo tipo de câncer. O Senhor Abril estava acometido por um câncer de próstata e com metástase óssea. O câncer da Senhora Fevereiro era de útero, mesmo após histerectomia, apareceram metástases em outros órgãos internos. A Senhora Maio, acometida por um Mieloma Múltiplo, realizou transplante autólogo (o doador é o próprio receptor) de medula óssea. O Senhor Novembro acometido pelo câncer de próstata, também apresentava metástases por vários órgãos. Enquanto que a Senhora Dezembro tinha um câncer de ovário.

O local escolhido para as entrevistas, a residência de cada colaborador, foi sugestão dos mesmos, considerando que o ambiente do lar representava um lugar seguro e confortável, favorecendo melhor o fluxo de suas lembranças, mesmo aquelas não muito desejadas em serem retomadas à realidade, por provocarem angústia e dor. Ao mesmo tempo, recuperar algumas memórias representava ser um conforto, uma vez que estas emergiam em face de outro contexto, em função disso algumas lembranças puderam ser retomadas e vistas de outra forma.

As entrevistas aconteceram em ordem aleatória, conforme os contatos com os colaboradores. Após realizar a pré-entrevista, agendava-se a data provável

para a entrevista. Como cada colaborador escolhia seu codinome, de acordo com sua afinidade com os nomes dos meses do ano, as entrevistas não foram realizadas em ordem cronológica dos meses, mas para este trabalho foram postas seguindo a ordem dos meses no calendário.

A primeira entrevista aconteceu com o colaborador de codinome Senhor Abril e foi a mais longa de todas. Ele, o Senhor Abril, ainda estava um pouco debilitado, pois fazia poucos dias que recebera alta hospitalar. No entanto, o próprio colaborador insistiu em narrar sua história de vida naquele dia. Para nossa surpresa, em momento algum, ele se cansou ou solicitou que a entrevista fosse interrompida. Parecia que tinha a necessidade de relatar com certa urgência suas lembranças, pois, segundo ele, estas poderiam ajudar a outros usuários de saúde. Após um mês da entrevista, Senhor Abril veio a óbito, em sua residência.

Retomaremos mais adiante, considerando a ordem cronológica dos meses, a exposição a respeito da trajetória de vida do Senhor Abril.

TRAJETÓRIA DE VIDA DOS COLABORADORES

1. Senhora Fevereiro

O mês de fevereiro vem da palavra *Februmm* que significa purificar. Neste mês acontecia um ritual de purificação romano para ter os pecados perdoados.
DUNCAN (1999).

És um senhor tão bonito
Quanto a cara do meu filho
Tempo tempo tempo tempo
Vou te fazer um pedido
Tempo tempo tempo tempo...
VELOSO (1981).

Identificada pelo pseudônimo de Senhora Fevereiro, a colaboradora em foco tem setenta e dois anos, mãe de um único filho, com quem morou nos primeiros momentos da doença; vivia atualmente sob os cuidados de uma das suas irmãs. Católica, assumia, na lânguida voz que perpassava a entrevista, a tristeza da alma (e do corpo), sem, contudo, perder a fé e a força nos conselhos religiosos herdados ao longo de uma vida de trabalho e sofrimentos.

A entrevista foi realizada no dia 10 de abril de 2012, tendo início às 14 horas e 30 minutos, na sala da residência da irmã da colaboradora. Apreensiva de início, Senhora Fevereiro aos poucos foi deixando a palavra e a memória invadirem sua fala, resultando em um relato comovente, atravessado por angústias, receios e lágrimas, não deixando, contudo, faltar uma pontinha de esperança que o tratamento da doença venha a promover.

Ainda quero viver mais se Ele permitir. Tenho fé em Deus que eu vou ficar boa, se Deus quiser. Eu me sentia bem, eu tomava sangue e não sentia nada não, do sangue, não.

Eu sentia uma dor, assim de um lado, nas costelas e eu tive (A gente pode dizer gripado?)... uma gripe muito grande. Dessa

gripe foi que começou tudo... Começou a minha vida [de convivência com a doença]... mas Deus tem me protegido, enquanto

eu tava doente. Dessa doença, tenho melhoras que Deus me deu. Estou nas mãos de Deus, que Jesus é quem me fortalece. Que Jesus, o que ele fizer comigo está bem feito.

Já faz uns cinco anos que estou doente. De lá pra cá, mudou, eu melhorei mais, estou bem melhor, um dia melhor, um dia a mais. Tive quase boa, andando pra todo canto. Agora é que não estou andando mais como eu andava, agora tenho dificuldade de andar, de ver, olhar para o povo. A minha vista tá muito ruim com essas quimio que tomo, é o tratamento. Eu acho muito ruim, mas eu tomei sangue, o sangue me fortaleceu me deu saúde, me deu paz, amor pra eu tá vivendo mais uns dias.

Eu trabalhava, trabalhava na feira. Deixei de trabalhar, meu marido morreu aí eu deixei de trabalhar. Mais eu trabalhava de sexta até o domingo à tarde. Saía de madrugada pra feira e levava chuva, passava o dia no meio do sol, na barraca. Por aí começou, eu chegava enfadada, lavava louça e ia me deitar e dormia até no outro dia até às seis horas. Mas eu acho que não foi isso que ofendeu não,

ofende é a gente viver sem trabalhar. Pelo trabalho não, porque a gente tem que trabalhar. A gente quanto mais trabalha mais tem força, tem resistência.

Tenho só um filho. Mora lá na casinha que eu morava. Eu vim morar com minha irmã porque ele separou da mulher e vivia só, e eu vim pra cá onde tá ela (a irmã) e aqui eu fiquei. Tenho setenta e dois anos. Minha saúde vive assim; tô esperando as providências de Deus. Que Ele me dê forças, que eu ainda viva do jeito que Ele quiser: me obedecer ou obedecer a ele. Que ele me permita que eu viva mais, ou ele me tire desse lugar pra longe.

Ainda quero viver mais se Ele permitir. Tenho fé em Deus que eu vou ficar boa, se Deus quiser. Eu me sentia bem, eu tomava sangue e não sentia nada não, do sangue, não. Tomei muito sangue, muito, muito mesmo. Tanto tomei no banco de sangue como tomei internada. Eu nem sei dizer. O povo diz que a gente não deve tomar sangue, mas a gente tomando, sangue dá vida a gente também. Eu soltava muito sangue pelo nariz. Soltava e era muito, passei um mês e pouco soltando sangue pelo nariz. Saía

daqui e eu pensava que não chegava, não vinha mais pra casa.

Disseram (os médicos) que era essa doença mesmo, era o câncer, e eu sabia. Eu fui cirurgiada, mas ficaram no tratamento comigo e desde desse tempo, aí melhorei. Passei bem um ano sem tratamento, aí depois me deu uma crise, aí eu voltei e fiquei tomando (quimioterápicos) até hoje.

Quando soube da doença não senti nada não. Eu fiquei assim como uma pessoa que parece que não estava nem no mundo. Eu não liguei não! É tudo como Deus quer, não é? Tenho paciência, graças a Deus! Se eu não tivesse paciência as coisas eram de outro jeito. Eu sinto dor aqui no pé da barriga, sinto dor nas pernas, sinto é um bocado de coisa. Às vezes dá uma dor e passa, fico esmorecida, os braços esmorecidos. Tudininho, mas depois vai melhorando, vai passando mais.

É, será o que Deus quiser, ou muito ou pouco tempo. Eu tinha muito medo de morrer, antes da doença, mas agora! Antes da doença, eu já vivia assim, o povo me achando magra, com os olhos fundos, lá dentro, os olhos. Meus olhos estavam diferentes. Eu disse

ai meu Jesus! Aí eu fiquei nervosa, fiquei nervosa.

É..., achava bom porque eu tava melhorando, mas eu gostava mais é de estar em casa do que estar em hospitais. Era atendida direitinho, todos atendiam. A gente era bem atendida. Ninguém nunca dizia nada que eu não gostasse. Há! Furada eu era muito. Furada que meus braços não tinha nem mais veia para pegar e sair o sangue. Para tirar o sangue e fazer exames. Sei que era tudo roxo, meus braços.

Ele (o filho) vem sempre aqui. Tem dia que ele vem todo dia. Tem dias que passa um pouco de dias sem vir. É carinhoso, passa um pedacinho e vai-se embora, que ele também fica triste de me ver doente. Elas cuidam bem (as irmãs). Sou a mais velha de todas.

Eu estou triste mesmo. Porque a gente fica triste. Porque fica doente muito tempo, tem que ficar boa, não é? A gente se sente triste. O médico disse que eu só estava vivendo por causa desses tratamentos. Será que os médicos..., só Jesus é quem sabe. Eu tenho fé em Deus que eu fico boa. Eu tenho fé também nos

medicamentos, que tem vez que eu tô muito doente, eu tomo e melhora mais.

Estava bem fraquinha, pensava que não tinha nem sangue no meu sangue, em cima de mim. O meu sangue saiu todinho. Depois que tomei, melhorei e não sinto nada depois que tomo o sangue. Disseram que podia ter alergia, essas coisas, mas eu nunca tive alergia não. Quem falou foi a enfermeira que aplicou o sangue. O médico nunca disse nada não. Não tinha medo de tomar sangue. Eu não tenho medo, tanto faz a gente ter medo como num ter, é a mesma coisa, se tiver medo é a mesma coisa, se não tiver é a mesma coisa também!

Depois da doença minha vida mudou. Quando eu andava, era sempre melhor, sempre. Eu vejo o povo conversar, vejo o povo ter alegria, mas eu mesma, para mim tanto faz como tanto fez. Perdi a alegria. É eu queria é tá com saúde, porque a saúde vale tudo. Estou me alimentando. Dia tenho vontade de comer uma coisa eu como, dia que não tenho vontade de comer eu não como. Eu almoço, eu tomo suco, como o que eu quiser comer. Mas

tem dias que não tenho vontade de comer nada. Eu digo o que quero comer, eu quero isso assim, assim elas fazem.

Fui muito bem atendida nos hospitais. Fui internada no Hospital Walfredo e no Hospital da Polícia, só nesses dois hospitais. E às vezes fui ao pronto socorro e só. Não quero mais dizer nada, estou cansada, já estou cansada.

2. SENHOR ABRIL

O significado para abril tem duas versões. Uma delas é que o nome do mês vem de *aperire* que significa abrir, que lembraria o desabrochar das flores na primavera. Na outra o nome vem de *aprilis*, uma comemoração feita para a deusa vênus.

DUNCAN (1999).

Compositor de destinos
Tambor de todos os ritmos
Tempo tempo tempo tempo
Entro num acordo contigo
Tempo tempo tempo tempo...
VELOSO (1981).

Identificado pelo pseudônimo de Senhor Abril, o colaborador em foco tem cinquenta e oito anos de idade, casado, pai de um casal de filhos e avô de quatro netos. Após descoberta e agravamento da doença deixou de trabalhar. É evangélico e assume postura firme durante toda entrevista. Em alguns breves momentos revela, através do seu semblante, a tristeza causada pela doença.

A entrevista, realizada no dia 30 de março de 2012, teve início às 14 horas e 55 minutos. Já debilitado fisicamente pela doença, Senhor Abril nos recebeu no quarto de sua residência, permanecendo sentado na cama o tempo todo. Aparentando tranquilidade e firmeza em sua fala, narrou sua trajetória de vida após o diagnóstico de um câncer de próstata, já sem possibilidades terapêuticas. A entrevista foi interrompida por um breve momento, pela sua esposa, para administração de um medicamento e para lhe oferecer um lanche. Senhor Abril, sem perder a fé que dizia ter em Deus e muito crível nos avanços da medicina, agarrava-se na esperança de vencer a doença.

Agora uma coisa que eu nunca perco é a esperança de vencer. É o câncer? É! Tem solução? Não! Não tem ainda não, mas vamos ter, então vamos procurar ela. Vamos procurar onde está a raiz dele para gente matar ela. Então a gente tem que ter fé, se tiver fé você consegue, agora se você não tiver fé, você não vai curar nunca!

A minha doença surgiu assim inesperadamente. Eu estava

em uma reunião, na cidade do interior, e senti uma dor, uma

fisgada na coluna e essa dor ela foi crescendo. Tomei um analgésico e em seguida fui ao médico para saber o que estava acontecendo e daí surgiu uma bateria de exames para descobrir o que era, até chegar à conclusão que era um CA (câncer). Mas tudo começou por uma simples dor que ninguém sabia de onde vinha, foi feita uma pesquisa muito grande, inclusive por vários médicos oncologistas do Hospital Walfredo Gurgel.

Fizeram exames e não chegavam à conclusão porque o meu CA, na ressonância, era da cor da pele, então na hora de fazer a leitura, não chegava a ler. Eu passei a sofrer mais de um ano com dores constantemente sem chegar a uma conclusão. O resultado do PSA não batia com o resultado da ressonância. Isso faz sete anos.

De lá para cá, eu passei a me tratar. Passei a tomar a medicação e ir constantemente aos médicos. Houve inclusive um probleminha que trocaram de médicos lá, briga de donos de clínicas, me trocaram de médicos, mas fiquei no tratamento normal na oncologia. Nesse tratamento o único diagnóstico que deram, até hoje, foi

um CA de próstata, somente. Até minha medicação é uma só, baseada no pamidronato, eu tomo e faço quimioterapia de quatro em quatro meses ou de cinco em cinco meses, quando precisa mesmo.

Muita coisa mudou na minha vida. Primeiramente a gente tinha uma vida estabilizada, eu tinha uma empresa, era uma microempresa, mais já estava enraizada, já tinha catorze escritórios filiais nos interiores e por causa da doença ela foi acabando. Fui obrigado a acabar com tudo, porque não tinha condições de me manter no trabalho e cuidar da doença, porque ela estava se alastrando muito e tava me afetando cada dia mais, é como tá agora, piorou a situação e ficou um pouco mais crítica. A doença se alastrou de modo inesperadamente, porque um oncologista dizia uma coisa, o outro dizia outra, o outro dizia outra. Até hoje a conclusão que chegaram é que eu tenho que tomar só pamidronato e a quimioterapia.

Não fiz cirurgia, porque quando surgiu a doença ela já surgiu com metástase. Eu passei mais ou menos um ano e quatro meses correndo para descobrir o

problema, para chegar a uma conclusão, mas ninguém chegava a uma conclusão, e a doença já estava nos ossos. Já tinha metástase óssea, então foi quando passaram a diagnosticar mesmo a doença. Passei a tomar pamidronato, que só faz fortalecer os ossos, e outra medicação normal como a gente toma, esses paliativos.

Não tive outro problema nenhum, até hoje só foi diagnosticado o CA. Inclusive, nesse período, nos últimos cinco anos, eu tinha uma vida normal, mesmo doente, tinha uma vida normal. Eu andava, brincava, tomava banho de praia e bebia. Porque o médico dizia que não tinha problema nenhum, não afeta em nada, a medicação que você está tomando é uma coisa, não tem nada a ver com o CA.

Agora nesses últimos dois anos foi que afetou mais e eu passei a ter mais problemas de saúde, ter mais dificuldades, como agora estou tendo de andar, não estou andando ainda dentro de casa, passei a ter dificuldade no meu trabalho e até para escrever. Eu sou uma pessoa que escrevo

muito rápido, eu tenho um raciocínio muito rápido e passei a ter certa dificuldade.

A gente estava levando uma vida familiar muito boa. Graças a Deus a gente como pobre tinha uma vida bem saudável. Os finais de semana eu ia à praia com a família, com os filhos e netos. Tinha uma vida bem saudável, bem confortável mesmo, mas nos últimos dois anos afetou muito, tudo. Eu passei a ter... Quem tinha um salário bom, na verdade eu tinha um salário muito bom, passei a praticamente zero. Porque eu tenho um salário hoje, como aposentado, em torno de dois mil reais, mas em compensação, quando a empresa estava funcionando, eu tirava em torno de vinte mil. A diferença é muito grande, aí você baixa de vinte para dois, é muita coisa, afeta muita coisa, então afetou minha empresa, que eu tinha escritórios em catorze cidades e já tava pra abrir mais em oito cidades, tive que perder o pique. A empresa era uma promotora de crédito.

A saúde a cada dia que passa tá ficando mais deficitária. E eu acho que daqui para frente a solução é só esperar que Deus

ilumine ou..., que venha o pior, que espero que não. Porque eu tenho muita fé. Tenho cinquenta e oito anos de idade, acredito ainda que tenho muita vida pela frente. Não sou uma pessoa mal esclarecida, sou uma pessoa que, qualquer assunto que puxar, eu estou bem na fita pra conversar, então a gente pensa ainda que tem muita coisa pela frente.

Eu, até dois mil e sete, dois mil e oito, dava muitas palestras nos interiores, dava palestra pra pegar esse pessoal que estava fazendo o segundo grau, para profissionalizá-los. Eu ia para Santa Cruz, Campo Redondo, Currais Novos, Pau dos Ferros. Era um modo de uma terapia que eu tava fazendo para mim e para os outros também. Porque eu estava ajudando alguém a se profissionalizar, tudo era trabalho que a gente fazia gratuitamente, mas a saúde passou a afetar essas atividades.

Segundo uma pesquisa que vi, eu acho que é na Arábia Saudita, de um menino com dez ou onze anos de idade, pesquisando disse que dentro de dez anos ele daria a cura do câncer. Isso já tem

uns cinco anos ou seis anos, e esse menino hoje é médico, já faz cirurgia e um bocado de coisa, um menino ainda, ainda é menor de idade. Então eu ainda acredito que o câncer possa vir a ter uma cura rápida, porque a evolução da medicina hoje é muito grande. Então possa ser que amanhã ou depois a gente encontre uma solução e vá viver uma vida mais confortável. Então eu acredito nisso muito ainda.

Tenho um casal de filhos e quatro netos. Sempre morei aqui. Quando eu casei, preferi procurar um lugarzinho, por mais fraco que fosse, mas só queria morar no que fosse meu. Aí vim morar no que é meu. Passei um tempo trabalhando, assim, mas só dava para viver. O dinheiro não dava para sobrar nada só dava pra viver. Mas depois fomos evoluindo mais um pouquinho, aí foi melhorando a situação financeira. Só que veio a minha moleza, como diz o ditado. A situação financeira tava ficando ótima, cada dia que passava ficava melhor.

A gente já tinha em torno de vinte e cinco empregados, além dos empregados, estava

estabelecido já na região do Seridó, aonde a gente já tinha uma renda boa. Infelizmente a saúde veio e derrubou tudo. Infelizmente derrubou. Agora uma coisa que eu nunca perco é a esperança de vencer. É o câncer? É! Tem solução? Não! Não tem ainda não, mas vamos ter, então vamos procurar ela. Vamos procurar onde está a raiz dele para gente matar ela. Então a gente tem que ter fé, se tiver fé você consegue, agora se você não tiver fé, você não vai curar nunca!

Porque uma doutora, vou até reservar o nome porque achei até questão de ética profissional. Achei horrível o que ela fez comigo, lá no Hospital do Coração, ela chegou para mim e disse que..., eu perguntei, como estava minha situação de saúde? Ela disse que eu já tinha superado tudo, o que tinha de dar já deu! Então eu achei aquilo muito ridículo, baixei a cabeça, saí e cheguei em frente do Hospital do Coração, comecei a chorar! Achei aquilo, o que ela fez, antiprofissional. Não dei resposta nenhuma a ela, não era por aí a situação. Uma médica que está numa equipe de um médico famoso,

que é um cara hoje consagrado na oncologia, e vir com uma expressão dessas. Só fiz trocar de médico.

Estou hoje com outro médico oncologista, acho ele um grande médico. Infelizmente a medicina hoje no Rio Grande do Norte tá daquele jeito. Tem dez clientes aqui para você e tem mil para outro, tudo na mesma categoria. Acho que dava para dividir, acho que daria para trabalhar melhor e não estar acontecendo isso, porque, ele que me perdoe, não é cabível um médico atender até duas, três horas da manhã os seus pacientes. Eu acho muito deselegante ver pessoas doentes em cima de uma cama, e é isso que tá acontecendo.

Infelizmente eu não tive uma oportunidade de dizer ao médico pessoalmente, mas na hora que tiver uma oportunidade eu digo, eu não tenho papas na língua. Não tem esse negócio comigo, acho muito antiético o que ele faz. Uma pessoa ficar até duas, três horas da manhã, enrolada em um cobertor, esperando para ser atendido por um médico. Eu acho isso antiprofissional na medicina, mas

infelizmente ninguém pode fazer nada.

No hospital da polícia militar, na verdade eu tava assim, grogue. Eu não estava dizendo coisa com coisa, eu me perdi mesmo. Tinha hora que eu sabia o que estava dizendo, tinha hora que eu não sabia. Mas o atendimento no polícia militar foi muito bom. A medicação toda correta, o pessoal atendendo no horário certo, não deixando passar o horário da medicação, muito corretos eles.

Quando eu ia tomar o sangue eles explicavam. Inclusive no banco de sangue, aqui da UFRN, muito bom! O pessoal muito profissional. Quando eu estive lá, eles me aconselharam a tomar duas bolsas de sangue num dia e duas no outro. Antes disso, eles fizeram um preparatório psicológico comigo, conversaram muito, fizeram um preparatório para saber como eu estava e como é que fui atendido, e o que é que eu estava precisando. Se eu estava bem para receber aquela medicação. Eles fizeram um preparatório muito bom e, inclusive, eles me deixaram em uma situação muito privilegiada para o atendimento. Porque não senti

dificuldade nenhuma, nem dificuldade de falar com eles.

Às vezes você chega para um profissional da saúde, ou outro profissional qualquer, e eles falam um palavreado que você tem até certa dificuldade de entender, e eles não! Eles deixaram a gente bem à vontade. Inclusive teve um médico hematologista que conversou comigo, ele falou muito aberto, não teve dificuldade. Às vezes a gente fala cientificamente e o outro não sabe nem o que está dizendo.

O meu médico passou quatro bolsas de sangue, eles fizeram uma bateria de perguntas, para saber se eu ia ter alguma reação do sangue, alguma coisa, mas eu não tive, foi tudo bem. Eles me prepararam mesmo para poder tomar o sangue, eu achei aquilo muito confortável. Já no Hospital dos Pescadores eles colocaram o sangue, mas lá foi diferente, disseram estar precisando tomar sangue e pronto. Botou o sangue e depois me transferiram para o Hospital da Polícia Militar. Não teve muito preparo não, porque foi tudo no vexame.

Eu estava cansado e me sentindo muito fraco e meu médico não queria passar o sangue de jeito nenhum para mim. Ele achou que não era hora e terminou dizendo: “vá lá e tome esse sangue aqui”. Ele só passa o sangue quando realmente está precisando. Minhas plaquetas estavam só em dez mil, já estava em numa situação meio..., é por isso que ainda não me levanto, não ando, porque as minhas plaquetas não voltaram ao normal, elas ontem estavam quarenta e três mil, mas o limite dela é para dar cento e poucos mil, quer dizer, eu não tenho sustância. Eu tenho forças nas pernas, tenho força em tudo, mas eu não fico em pé.

Tomei sangue no banco de sangue da universidade, o que me fortaleceu um pouco, mas só que eu estava em uma situação que era tomando sangue e o sangue sumindo. Tinha mais este detalhe aí, era o sangue sumindo. Tomei a primeira vez quatro bolsas de sangue, com uma semana não tinha mais. Aí tomei, acho que, catorze plaquetas, foi como eu vim melhorar um pouco, mas acho que ainda estou com problemas de plaquetas. Tenho uma cirurgia pronta para

fazer e ainda não fiz porque minhas plaquetas não estão boas. O limite delas tem que ser cento e quarenta e um mil. Com oitenta, noventa mil o médico não faz. Então estou impossibilitado de fazer a cirurgia por casa disso. Seria a cirurgia como fosse uma castração (orquiectomia). Ele, o médico, acha que, se castrasse, a doença regredia!

Tá tudo pronto, toda documentação, mas o médico já disse que essa cirurgia sangra muito, é uma cirurgia rápida, mas sangra muito. Então eu não posso estar com cento e dez mil plaquetas, ele só quer fazer com cento e quarenta mil. Acredito que agora meu médico deve ter acertado a medicação, eu acredito. Porque ele pesquisa muito, uma das vantagens dele é porque ele pesquisa. Eu acredito porque meus braços estão voltando ao normal, tão ficando brancos novamente.

Hoje estive no Hospital do Coração, pela manhã fui tomar a medicação. Meu médico tinha pedido para reservar uma medicação para mim. Essas surpresas da medicina. Eu estava pesquisando sobre a cultura popular

e sobre o uso da babosa. Eu tenho medo desse lado da medicina popular, eu não acredito muito nela, não adianta dizer que vai tomar chá de não sei de que, tomar babosa, sem a gente ter uma pesquisa certa. Eu não acredito muito nela, então eu prefiro continuar pesquisando com os meus médicos até chegar a uma solução. Eu acredito muito na medicina brasileira. Eu acho que a evolução da medicina tá muito boa, sei que já estou com a idade muito avançada, cinquenta e oito anos, mas se tivesse um pouco mais novo eu acreditaria que venceria o câncer. Eu tenho muita fé, eu sou um homem de muita fé.

Estou me sentindo muito bem! A única coisa que me preocupa é que não posso me levantar ainda. Meu médico disse ontem que é porque eu estava muito fraco, mas vou voltar ao normal. Fora disso, estou bem!

As minhas plaquetas estavam caindo toda hora. Então aquilo (a transfusão) foi muito importante, o médico deixou para última hora mesmo. Tudo foi feito para só aplicar o sangue na hora exata mesmo. Tem certas coisas na medicina que você aprende sozinho

com seu médico. Você aprende a ler sua receita, a manusear sua medicação certinha. Então o que é que você precisa? Precisa de medicação tal, então vou tomar minha medicação correta!

Eu faço muitas pesquisas sobre doenças. Eu acho que tá mais avançado nas pesquisas da *internet*. Acredito que a gente pode pesquisar mais, como acredito que vocês estão fazendo um trabalho muito bom. E vocês podem contar comigo. Estudei outra coisa completamente diferente, eu sou securitário, mas a gente vai aprender também com os médicos. Eu acho que a medicina tá evoluída.

Agora eu acho o que a gente precisa muito hoje é pesquisar mais, e ter uma certa paciência com esse pessoal avexadinho. Tem um bocado de gente avexadinha, passa a medicação e vai embora. Eu cheguei ao hospital me acabando de dor. Quando dá dor nesse osso (fêmur esquerdo) que irradia essa perna aqui. O médico perguntou se eu já tinha tomado dolantina, e eu disse que não. Aplicou uma dolantina, dez minutos depois estava sem dor. Passaram-se uns

dez dias, o mesmo médico, um cara bem novo, bacana pra caramba, perguntou: “Está com dor de novo?” Tome outra dolantina”. Aí quando eu tomei à segunda dolantina foi que eu fui olhar para que é que servia. Foi quando eu disse a ele, “não amigo, eu não vou tomar a terceira não! “Porque pode virar um vício”. Isso aí tem que pesquisar se não tem outra medicação para tomar. Então eu não aceitei tomar a terceira, quer dizer, eu sou consciente do que faço.

O que eu teria só mais a esclarecer é que eu acho importantíssimo esse tipo de pesquisa de vocês. Eu acho muito importante. Eu acho que isso ajuda tanto ao estudo de vocês como ajuda até a nós mesmos, a gente vai ficando esclarecido. Eu acho que vocês vão ter mais alguma coisa para perguntar, vocês vão ter mais alguma coisa para pesquisar sobre esse assunto e eu vou estar sempre à disposição de vocês!

3. SENHORA MAIO

O mês de maio é uma homenagem a duas deusas, Maia e Flora, que acreditavam serem responsáveis pela primavera e o crescimento das flores.

DUNCAN (1999).

Por seres tão inventivo
E pareceres contínuo
Tempo tempo tempo tempo
És um dos deuses mais lindos
Tempo tempo tempo tempo...
VELOSO (1981).

A colaboradora com pseudônimo de Senhora Maio tem sessenta e um anos de idade, é casada e mãe de quatro filhos. Em sua simplicidade, falou da vida após a descoberta da doença, sempre demonstrando descontração e bom humor. Serena, Senhora Maio relatou seu sofrimento desde o início da descoberta da doença, até o desconforto gerado pelo tratamento. Como é uma pessoa de muito fé, deixa transparecer, durante sua fala, uma reiterada insistência na esperança de ficar boa e encarar firmemente todo sofrimento acarretado pelo câncer.

A entrevista se deu na sua residência na cidade de Serrinha, no interior do Rio Grande do Norte, no dia 24 de junho de 2012, com início às 9 horas. Em alguns momentos, em meio a seus comentários, mesmo dizendo do sofrimento, não deixava de esboçar um ameno sorriso. Dizia que seu medo maior não era da morte, e sim do sofrimento, tanto físico como psicológico que essa doença trazia.

Sempre tive fé, toda vida tive esperança que eu ia ficar bem. Portanto estou aqui. Eu sempre tive muita fé, muita fé mesmo de ficar bem, principalmente na hora do transplante, que é muito doloroso.

Isso tudo interferiu muito na minha vida, porque a gente fica..., não tem mais a responsabilidade de dona de casa, tem que entregar as obrigações aos outros. Aí muda muito. Quando soube da doença não fiquei muito

chocada não. A gente se emociona porque, um choque desse, todo mundo fica..., chorei, mas depois fiquei tranquila porque eu falei: se eu me aperrear não vai dar jeito! Então fiquei mais calma. Lá fiz o tratamento e tudo mais. Tive

esperança. O doutor disse que eu tinha muita chance de ficar bem. Então aceitei tudo, tudo normal.

O médico explicou tudinho, o que era a doença, como era, como ia ser o tratamento, que eram seis dias de internações, e do enjôo que eu ia sentir. Tudo o que eu ia passar, ele explicou tudo.

Fiquei internada seis vezes. Seis meses foram de quimioterapia, mas no correr da quimioterapia fiquei internada com as defesas baixas, fiquei internada mais duas vezes. O atendimento lá no Hospital Luiz Antonio era muito bom. Os médicos muito bons, as enfermeiras também, eram muito legais todos, nunca tive nenhum aborrecimento.

Quando foi para fazer..., não sei mais nem quantas quimioterapias tinha feito. Eu fui para uma consulta, lá o médico disse quando viu os exames: “a senhora vai fazer uma transfusão de sangue”. Pela primeira vez. Ah! Mas eu fiquei bem agitada, aperreada. Resolvi ligar pra minha filha, findei ligando para minha sobrinha. Foi bem assim, uma agitação..., a primeira vez, não sabia, nunca tinha feito transfusão de sangue. Aí fiquei

muito preocupada. Ah! nem estava Fábio, nem estava Cláudia, eu estava com minha outra filha que mora no Rio de Janeiro. Depois Fábio chegou e a gente foi lá para o banco de sangue (Núcleo de Hemoterapia e Hematologia – NHH).

Quando chegou lá, a menina fez a ficha, aí eu falei, fiz mesmo como menino sambudo: “Ah, mas eu estou com fome!” Já era tarde, já era mais de uma hora da tarde. Aí ela disse: “Ah! A senhora tá com fome? A gente vai fazer um lanchinho para a senhora”. Ela fez a ficha e me disse que eu só iria ser atendida no dia seguinte. “Ah! então tá certo, não precisa de lanche não, vou para casa”. Aí foi aquele susto, pois nunca tinha feito transfusão de sangue. Daí por diante não tive mais medo. Mas durante a quimioterapia só fiz transfusão de sangue lá (NHH), não sei, mas parece que foram só duas vezes.

No outro dia fui atendida. Quando cheguei lá já estava tudo pronto. Pois tem que ver também o tipo do sangue. Aí estava tudo bem, graças a Deus, fui muito bem atendida. Só não explicaram sobre

o sangue, não houve nenhuma explicação, essas explicações eles nunca deram, só disseram que precisava e pronto. Nunca tive reação nenhuma, nem das plaquetas e nem do sangue nem de nada, mas graças a Deus não tive nada.

Eu sou dona de casa mesmo, nunca trabalhei fora não, só no lar. Só em casa mesmo e cuidando dos filhos, que são quatro. Hoje não estou boa, mas estou muito bem. Ainda estou em tratamento. Todos os meses vou para o médico fazer exames. Até porque nas tomografias, agora, ainda apresentou um nodulozinho no pescoço e outro na parte do estômago, mas o médico disse que não é nada assustador, porque é muito pequenininho, pois estava maior na outra tomografia que fiz, mas nessa agora ele diminuiu muito. O médico acha que não é da doença, porque se fosse ele estava aumentando. Aí então a gente vai ver como é que vai ficar.

Quando fui tomar sangue foi porque as taxas estavam baixas. Na quimioterapia a gente fica muito fraca. Até porque a gente não se alimenta bem. O enjôo não deixa,

não é? O enjôo não deixa a gente se alimentar, a gente chega em casa muito fraca, cansada. Fraca mesmo. Fica doente, muito doente, a quimioterapia deixa a gente muito doente. Até porque é uma medicação muito forte. Então a gente fica doente com muito enjoo, não pode se alimentar. A minha menina levava às vezes alguma coisinha, um suco de laranja, que é difícil ter nos hospitais, uma coisinha diferente para ver se eu comia. Quando ela levava alguma coisa diferente, até que eu comia.

Eu confiava no sangue, já que foi o médico quem passou. Depois que tomei o sangue fiquei bem. Com poucos dias fui para a quimioterapia e já estava tudo bem.

Sempre tive fé, toda vida tive esperança que eu ia ficar bem. Portanto estou aqui. Eu sempre tive muita fé, muita fé mesmo de ficar bem, principalmente na hora do transplante, que é muito doloroso. Mas eu sempre tinha uma esperança de ficar boa. E estou aqui, graças a Deus.

Meus filhos foram muito dedicados. Foi tanto que uma vez as defesas estavam muito baixas e eu tinha que ficar internada, foi outra

vez que me desesperarei. Eu falei: “Ah! doutor não vou ficar não! Se eu ficar aqui vou ficar mais doente”. Fabinho e Vanuza falaram para eu ter calma. Não podia ficar, se ficasse iria ficar mais doente do que eu já estava. Aí o médico falou: “não tem jeito, vai ter que ficar”. Aí veio outro médico, Dr. James que é o meu médico, ele avaliou meus exames e falou: “não, ela vai tomar a medicação em casa, porque estou vendo que a família dela é muito dedicada. Então ela vai tomar a medicação em casa.” Aí eu vim pra casa bem tranquila. Em casa a gente se sente melhor. No hospital a gente está sendo cuidada, mas nunca é que nem em casa.

Da morte, nunca tive medo, até porque a gente tem certeza. Não tem para onde correr. Nunca tive não! Medo de morrer não. Eu tenho medo mais é do sofrimento que a gente vai ter que passar, como ficar doente por muito tempo. Eu tenho mais medo disso, do sofrimento. O sofrimento que é mais doloroso, mas eu já passei e está tudo bem.

Nunca tive nenhuma reação não, sobre o sangue não. Só tive uma reação uma vez no Hospital

Luiz Antonio. Eu me internei, a última vez, após a última quimioterapia. Após oito dias a defesa baixou, tive que ficar internada. Colocaram um soro com remédio para febre, depois colocaram outro soro e disseram que era uma vitamina, que eu estava fraca. Depois colocaram outro, já era tarde, quase umas dez da noite, aí tive uma reação muito forte, acho que foi da medicação que colocaram. Começou aquele frio, a minha menina estava comigo, mandei ela desligar o ar, pois tava muito frio. Eu comecei a tremer, deu uma tremedeira, os lábios começaram a adormecer. Fiquei muito doente mesmo, as enfermeiras vieram e retiraram todo aquele acesso que estava e colocaram outra medicação. Foi passando, mas estava muito cansada.

Aquela noite eu achei que ia morrer, mas quando a enfermeira colocou outra medicação, melhorei. Aí também ela não explicou se foi da medicação ou o que foi. Sei que a gente até hoje está para saber o que aconteceu. Sempre fui muito bem atendida. Toda vez que eu ia lá era bem

atendida. Do meio para o fim já estava acostumada. Quando eu chegava, era uma farrá que elas faziam. Elas ficavam todas contentes. Todos os meses eu ia e já estava bem conhecida lá. Nunca tive nenhum tipo de aborrecimento. Até os médicos quando chegavam, eles perguntavam se eu tinha alguma queixa de alguém, se tinha sido tratada mal. Respondia que não tenho nenhuma queixa de nenhuma enfermeira. Toda vez ele pergunta se eu tinha alguma queixa, mas não tinha.

4. SENHOR NOVEMBRO

O mês de novembro tem seu nome originado do número correspondente a sua posição no calendário romano. Novembro vem do latim *novem*, que significa nove. Inicialmente, o ano era dividido apenas em 10 meses e começava no mês de março. Depois é que lhe foram acrescentados os meses de janeiro e fevereiro.
DUNCAN (1999).

Que sejas ainda mais vivo
No som do meu estribilho
Tempo tempo tempo tempo
Ouve bem o que te digo Tempo
tempo tempo tempo...
VELOSO (1981).

Senhor Novembro, pseudônimo escolhido por ser o mês de seu aniversário, de setenta e um anos de idade, mora em residência própria com sua esposa. Pai de oito filhos, e avô de seis netos, reside no bairro de Felipe Camarão, zona leste da cidade de Natal. Católico, mostra ter muita fé. A confiança nesta fé fez de seu relato uma lição de esperança frente à enfermidade. O corpo já debilitado pelo câncer, exibindo reações de tristeza, deixava transparecer o desejo pela cura com auxílio da medicina e da sua fé, na esperança de que dias melhores viriam.

Realizada no dia 15 de junho de 2012, com início às 9 horas 55 minutos, a entrevista aconteceu no quarto da residência do colaborador, onde este se encontrava deitado em uma rede, que permaneceu durante toda entrevista. Muito debilitado, Senhor Novembro relembra, com certa dificuldade, sua trajetória de vida após diagnóstico da doença. No início, relata sobre o problema cardíaco que, para ele, foi após este que descobriu o câncer. A emoção transborda quando relata sobre a falta de condições de realizar seus afazeres diários, necessitando constantemente de outras pessoas. Uma passagem de destaque na entrevista ocorre quando fala da sua fé, pois demonstra a esperança de ficar bom ou pelo menos diminuir o sofrimento causado pela dor física, muitas vezes insuportável. Apesar da ocorrência de alguns ruídos durante a entrevista gerando certa descontração, o objetivo esperado pela entrevista não foi afetado.

Tenho muita fé. Fé em Deus que fico bom. Se Deus quiser. É porque agora eu só posso pedir muita fé a Deus, né? Eu só posso pedir muita fé a Ele. Muita vontade de ficar bom eu tenho, por isso, eu tenho que ter fé, se não, não voga nada.

Eu caminhava todo dia lá para o parque, o parque da cidade, lá embaixo. Quando eu não ia pela manhã eu ia à tarde. Foi quando eu comecei a sentir aquelas coisas ruins aqui, querendo travar meus queixos assim, me apertando o fôlego. Não sei como. Aí começou. Tinham semanas e até meses que não sentia nada, mas tinha mês que aqui e acolá eu sentia. Até de noite mesmo, quando eu ia dormir, eu sentia. Quando eu me deitava que, dormia um sono, acordava chamando a mulher para fazer um chá, pois não estava aguentando, e me levantava. Ela ia e fazia o chá, eu tomava, mas não passava.

Isso começou no mês de outubro de dois mil e nove. Aí eu fiquei aqui em casa, por aqui. Fui fazer uma cobertura lá atrás com meu genro, chegando para noite já. Eu arranquei acolá uns canos, cavei os buracos, quando terminei foi só pra o que deu, foi só terminar... Quando terminei, aí atacou a dor, corri para o hospital, até hoje estou

aqui, assim, desse jeito. A dor era aqui, aqui no peito. Daqui da garganta, descendo aqui pras costas.

Fui ao médico, quando cheguei lá, ele disse que era coração. Cheguei quase infartado lá. Não cheguei infartado não, mas cheguei quase. É que quando a pessoa chega infartada vai direto para a UTI, né? Mas eu não fui. Fiquei por ali..., a médica me examinou.

Esse problema (câncer da próstata), essa doença de agora, já foi outro, veio depois que fiz uma operação no coração e que já tinha melhorado. Fui para o Walfredo (Hospital Walfredo Gurgel). Passei dois meses lá, ou melhor, faltaram dois dias para dois meses. Aí me operei (do coração) e vim para casa, passei uma porção de tempo aqui, quando foi agora, no ano atrasado (2010), antes do carnaval, aí me atacou.

Eu senti quase a mesma coisa. Aquele negócio travando aqui

meus queixos e me atacando o fôlego. Aí deu uma dor nesse braço (esquerdo), que até hoje aparece, Ave Maria! É doído, e agora é o outro, o outro que era o bom agora parece que está doendo mais do que esse. E fiquei por ali, eu sei que chamaram o SAMU. O SAMU me levou lá, para o Pescador (Hospital dos Pescadores), de lá fui para o Onofre (Hospital Universitário Onofre Lopes). Dizem que cheguei lá no Onofre quase atacado, infartado. Sei que fui para UTI logo, assim que cheguei lá entrei direto. Ao chegar fiz um cateterismo, que indicou uma veia entupida, a mamária. Falaram em fazer uma cirurgia. Não lembro o nome agora. Mas graças a Deus não careceu fazer. Aí passaram remédio e eu comecei a tomar e fazer exames. Fazia exame quase todo dia. E fiquei doente até hoje, estou do jeito que você está vendo.

Na próstata também eu não sinto quase nada. Estou fazendo os exames, esse tal de PSA para levar para o médico. Eu tomei essas três injeções agora (quimioterapia) para ver como ficou, depois das injeções. Vamos ver o que ele vai dizer. Sinto dor no corpo

todo. Só não na próstata, na próstata eu não sinto nada, é como eu estou dizendo a você, eu não sinto nada. É difícil, mas às vezes eu vou urinar e dar aquele ardozinho, mas é pouco. Não é negócio de dor de fazer medo não.

Esta doença interferiu em muita coisa na minha vida. Eu deixei de fazer minhas coisas, não faço mais nada e não tem quem faça. Se tiver alguma coisa pra fazer tem que pedir a meus filhos. Pedir a um e a outro. Quando eu estava bom eu fazia tudo e não pedia a ninguém... Interferiu em muita coisa. Fazia muitas coisas dentro de casa, varria a casa e ajudava a mulher. Fazia muita coisa, muito trabalho aqui dentro de casa eu fazia. Hoje não posso! Eu não posso quase nem pegar em nada, é tudo doído, as mãos doídas que faz medo, Ave Maria!

Tenho setenta e um anos. Tenho oito filhos e seis netos. Estou aposentado. Aposentei-me em novembro de 2009. Eu trabalhava, aqui e acolá montando móveis. Minha profissão é montar móveis. Eu trabalhava na Casa Porcino. Trabalhei só vinte e quatro anos lá. Aí eu saí, me aposentei,

porque não estava aguentando trabalhar mais, estava com uma dor na coluna também. Adoeci da coluna e quase fico aleijado, passei uma porção de tempo aqui quase andando pelas mãos do povo, ia daqui para ali e não aguentava ficar em pé, nem sentado e nem andando. Tinha que me sentar, andava daqui para ali, me sentava, aí saía, quando passava a dor ia de novo. Aqui nos quartos (região lombossacral), ainda hoje dói demais, Ave Maria! Tá aqui que tá medonho atrás de doer.

Hoje não estou muito bem de saúde, de jeito nenhum. Sinto muita dor, procuro um jeito de andar, de viver, pois é uma coisa muito difícil. Quase não posso andar direito aqui dentro de casa. Passo a vida todinha aqui, deitado nesta rede. É dor que não é brincadeira, só você vendo.

Todos eles lá me atenderam muito direitinho (no hospital), muito bem, bem mesmo. Nunca nenhum chegou com falta de respeito para mim, nem com ignorância, nem com nada. Todos eles trabalharam excelentemente. Quando fui tomar sangue, tava sentindo falta de sangue mesmo. O

corpo estava naquele desânimo, aquela coisa ruim e não tinha sangue. Mas nunca explicaram nada sobre o sangue não, não falaram nada. Eu só tomei sangue no banco de sangue (Núcleo de Hematologia e Hemoterapia). Depois que eu tomei me senti melhor, fiquei bem, bem mesmo. Vim arriar agora, como estou dizendo a você, mas depois que tomei o sangue foi só para melhorar. Assim como eu doei para outras pessoas, me doaram também. Eu achei muito bom.

Quando foi agora, depois que vim sentir esse problema, depois dessas injeções que me deram, para saber desse negócio da próstata, foi aí que piorei. Eu sinto que foi, mas já a mulher disse que é por causa do remédio, eu não sei.

A minha religião é a católica, e minha fé em Deus, que tenho, e muita, muita mesmo. O povo só vive aqui atrás de me botar para crente, mas eu não, não tenho vontade. Pode ser que eu vá, mas não tenho vontade. Pois é, só vivem aqui a procura de me entregar a Jesus, mas não sei por qual motivo. Porque se a gente quando nasce já

é de Jesus, porque você vai se entrega agora. Qual é o Jesus que você vai se entregar? Qual é? Onde é que tem outro? De onde foi que veio esse outro? Eu pergunto a eles, eles não sabem responder. Pergunto! Eu pergunto que Jesus é o deles? Por que o meu não é igual ao deles? Por que eles me chamam para me entregar ao Jesus deles, por certo é outro, diferente. Eu nunca vi e não quero ver.

Tenho muita fé. Fé em Deus que fico bom. Se Deus quiser. É porque agora eu só posso pedir muita fé a Deus, né? Eu só posso pedir muita fé a Ele. Muita vontade de ficar bom eu tenho, por isso, eu tenho que ter fé, se não, não voga nada. Não tenho medo de morrer, sabe por quê? A gente tem certeza dessa viagem que temos de fazer. Para que ter medo de morrer, não tenho não. No dia em que Ele quiser me tirar estou aqui, pronto. Vou esperar para frente, vamos para frente para ver o que vai acontecer, né? Até aqui vai bem, graças a Deus. Não vai melhor por causa dessas dores, mas se Deus quiser, Ele vai tirar essa dor de cima de mim, se Deus quiser. Tenho fé Nele.

5. Senhora Dezembro

O mês de dezembro tem seu nome originado do número correspondente a sua posição no calendário romano. Derivação de um nome latino, *decem*, que quer dizer dez. Inicialmente, o ano era dividido apenas em 10 meses e começava no mês de março. Depois é que lhe foram acrescentados os meses de janeiro e fevereiro.

DUNCAN (1999).

Peço-te o prazer legítimo
É o movimento preciso
Tempo tempo tempo tempo
Quando o tempo for propício
Tempo tempo tempo tempo...
VELOSO (1981).

Senhora Dezembro, de cinquenta e oito anos, reside em casa própria. Mãe de quatro filhos vive com seu esposo no bairro de Cidade Nova, zona leste da cidade de Natal. É uma legionária das filhas de Maria, grupo de louvor dentro da Igreja Católica. Portadora de uma fé fervorosa, externa em seu depoimento uma lição de otimismo e esperança. Cheia de entusiasmo, apesar do corpo enfraquecido pelo câncer, deixava transparecer reações de quem quer, com auxílio da ciência médica, a cura e a certeza de dias melhores.

Realizada no dia 18 de abril de 2012, com início às 9hora e 45minutos, a entrevista aconteceu na sala de jantar da residência da colaborada. Durante a entrevista, alguns ruídos provocaram pequenas pausas, chegando a gerar certa descontração sem, contudo, interferir no objetivo almejado da entrevista.

Serena e firme em seus relatos, Senhora Dezembro mantém um quadro da “Santa Ceia” exposto no centro da sala, local onde se deu a entrevista, marco de sua devoção e fé. Durante a entrevista se faz notar os risos permeados pela fala e a memória que, mesmo enviesadas pela dor das cirurgias e dos procedimentos hemoterápicos, não sucumbe à angústia ou à depressão, tão recorrentes em portadores de câncer.

A vida, por mais ruim que seja é melhor que morrer..., eu acho a minha uma maravilha! Tenho fé que vou vencer, se Deus quiser!

No início eu sentia muita dor no pé da barriga, umas três vezes deram dores fortes. Então eu tive que fazer primeiro uma ultrassonografia. Os médicos diagnosticaram logo que era um mioma, e disseram que estava grande e que estava sangrando no momento em que eles estavam fazendo a ultra. Após esse exame, eu fui fazer outros pra cirurgia, achando que era mesmo só o mioma.

O médico me chamou, conversou direitinho, explicou tudinho, como é que tinha dado e o que tinha que fazer. Eu disse tudo bem! Se eu tenho que fazer, vamos fazer.

Então, quando eu fui fazer a cirurgia, que estava marcada para o dia dezenove de outubro de dois mil e dez, não deu certo! Ia ser por vídeo, quando ele furou o umbigo, ele disse que o aparelho não conseguia chegar ao útero, era como se tivesse uma pele dura, interrompendo. Ele não conseguiu, interrompeu a cirurgia e disse que não iria mais fazer, porque não ia dar certo, poderia ser que tivessem outros exames para fazer

antes de tentar a cirurgia outra vez. Pediu uma biópsia e uma ressonância.

Fui fazer os exames. Fiz todos, inclusive os de sangue que acusaram o CA 125. Acusou que estava com câncer. Tive que fazer todos os exames novamente para começar a quimioterapia, para diminuir (o tumor). Se não diminuísse, teria que fazer a cirurgia, como de fato eu fiz. No dia dezenove de novembro, comecei a fazer a quimioterapia. O médico passou oito sessões. Fiz as oito sessões e parei. Fiz novamente a ressonância para ver como é que estava, e se já podia fazer a cirurgia.

Fiz a cirurgia no dia dezessete de agosto. Ontem fez oito meses. Antes de fazer tudo isso, da tentativa da primeira cirurgia, fiquei muito anêmica, minha barriga cresceu. Eu sei que foi juntando tudo aquilo, parecia até um “caroção” só no meio da barriga. Eu brincava, até as meninas diziam, mesmo doente a mulher manga dela mesma. Eu disse, eu vou fazer o que, vou chorar? Tenho mais que pedir a Deus

conforto para minha cirurgia dar certo. Lá mesmo no hospital eu pensava: “minha nossa!” Parecia aquele lubim, aqueles touros bem grandes que tinham aqueles lubinzão, aquela coisa bem grande assim. Graças a Deus, depois disso saiu muito líquido, assim disse o médico, depois de retirar o líquido e dar um ponto no umbigo. O líquido foi diminuindo. Quando cheguei em casa, no outro dia, já estava bem menor minha barriga. Com oito dias minha filha veio tirar o ponto, onde ele (o médico) tinha furado. Ela tirou aqui mesmo em casa. À noite ainda teve muita secreção, na região do umbigo.

Mas antes disso eu já tinha tomado sangue. Eu tomei a primeira vez lá no Hemonorte, para começar a quimioterapia. Depois do sangue que tomei, melhorei bastante. Porque, ave Maria! Era uma fraqueza tão grande, não tinha condições de fazer nada. Eu me sentava aqui na mesa para descascar uma verdura, meus braços pareciam que estavam assim caídos, desistia, deixava e ia deitar. Mas depois que tomei o sangue, fui

melhorando e de repente foi outra vida.

Na minha vida mudou muita coisa, ah, mudou sim! No tratamento foi uma bênção. Porque graças a Deus todos os dias foram só progredindo. Só que, nos intervalos das quimioterapias tive que tomar sangue novamente, porque já estava muito baixo (nível sanguíneo), todo mês tenho que fazer exame pra ver como é que está. Estava baixo de novo, tive que tomar. O médico passou (sangue) de novo, foi da vez que eu tomei lá perto do Hospital Onofre Lopes (Núcleo de Hematologia e Hemoterapia). Tomei duas bolsinhas, só que não lembro as datas. Mas eu sei que tomei três vezes. Tomei no Hemonorte para começar, tomei lá perto do Onofre e a terceira vez foi lá no Hospital Natal Center.

Tenho cinquenta e oito anos e sou do lar. No início da doença não tinha condições de fazer nada, fiquei muito fraca, mas depois continuei nas mesmas coisas, graças a Deus agora eu faço tudo. Tenho quatro filhos que me apoiaram. Todo

mundo me apoiou, minha mãe, meus irmãos e amigos. Minha casa era cheia direto, de dia e de noite era gente aqui em casa, graças a Deus! Foi uma maravilha.

Depois que eu tomo o sangue, eu não tenho reações, eles explicaram que poderia ter. Tive da quimioterapia que, de início, dava uma coceirinha nas mãos. Tem gente que diz que tem vômito e outras coisas. Graças a Deus esse problema eu não tenho. Sempre confiei e em nenhuma vez desconfiei de nada não, graças a Deus, foi só avançando para o melhor.

Hoje estou bem, o problema é só a pressão. Assim mesmo, no dia em que eu vou fazer a quimioterapia, chego lá e às vezes está normal e às vezes está baixa um pouquinho, porque é alta. Eu penso, engraçado, quando eu chego lá, está normal, às vezes tá baixa um pouco. Eu não entendo, as meninas “diz” que é porque eu fico nervosa. Eu não fico nervosa para nada, graças a Deus. Eu vou para o médico sozinha, se for preciso. Eu já fiz uma cirurgia de varizes, na cidade do interior, e fui

sozinha. Não sabia aonde era. Peguei o ônibus na rodoviária e fui embora. Porque tem gente que, por qualquer coisinha, morre de medo de médico.

Graças a Deus, todos são maravilhosos. Internei-me três vezes no Hospital Onofre Lopes para fazer a cirurgia. O médico disse que ligaria para mim quando tivesse alguma vaga na UTI. Um dia, eu estava tomando café, aí ligaram. Eu disse, minha Nossa Senhora! Eu só pensava que iria no outro dia. Assim mesmo fui embora, sentindo-me feliz da vida, porque iria fazer minha cirurgia. Quando chegou lá, passei a segunda e a terça-feira. Estava certo que iria fazer na quarta-feira, mas na quarta me deram alta pra vir pra casa, pois não tinha vaga na UTI. Eu disse, Misericórdia! Lá vem eu de volta. Assim mesmo fui três vezes para conseguir, para chegar o dia da cirurgia. Tudo tem que ser no dia e na hora que Deus quer.

Da primeira vez eu só pensava em fazer essa cirurgia e ficar boa, mas era só minha vontade, não era a de Deus. Porque se fosse a de

Deus, tinha dado tudo certo desde o início. Na minha fé, cada dia eu caminho para melhorar, para aumentar (a fé) cada vez mais, porque sem Deus a gente não é nada. Eu acredito que estou ficando boa. Vou fazer esta última ressonância para começar novamente a quimioterapia.

Fui a outra médica, a mesma que eu já tinha ido antes, foi ela quem olhou os exames e disse que tinha ficado um caroço pequeno por trás da bexiga. Ela disse que pode desmanchar com a quimioterapia, mas se não desmanchar vou ter que fazer novamente (outra cirurgia) porque essa doença a gente sabe como é. Mas não tem problema nenhum! Eu faço duzentas vezes se precisar, eu quero é ficar boa!

Fui mostrar os exames a outro médico, ele disse a mesma coisa, mas eu falei, “não dizem que o senhor vê tudo que tem dentro da gente”. Ele achou graça e disse que nem sempre era assim, porque tem uns (nódulos) que na hora da cirurgia é muito difícil de ver. Ficou esse que

ele não viu. Eu estava tão feliz achando que tinha retirado tudo, que não tinha mais nada. Se não fosse a ciência avançada, os médicos para nos atender, nos curar, abaixo de Deus, o que seria?

Sou católica, graças a Deus. Sou legionária, da legião de Maria. As meninas vêm aqui e perguntam quando é que vou voltar. Eu digo, quando a mãezinha do céu disser que eu volte, eu volto. Até agora ela não disse para mim. Faz um bocado de dias que não vou à igreja. A vida depois da cirurgia melhorou muito, Graças a Deus! Não inchou mais.

Tem mais uma sessão de quimioterapia no mês que vem. O médico passou oito. Já fiz sete, essa é a oitava. Vou fazer os exames para ver se vai continuar ou se vou parar. Eles lá são quem sabem.

Faz pouco tempo que tomei sangue, não lembro a data. Eu acho que quando tomei eram só as taxas baixas. Às vezes eu sinto um pouquinho de fraqueza. No início parecia que tinha um besouro no meu ouvido, que ficava zunindo. A

fraqueza era tão grande, que eu ficava assim, mas depois que eu tomei (o sangue) a primeira vez melhorei, a segunda vez também, e a terceira vez eram só as taxas que estavam baixas. Não estava mais com tanta fraqueza. Mas nunca senti nada depois de tomar o sangue, graças a Deus, só melhoras.

Os enfermeiros, graças a Deus, são muito meus amigos, digo, amigos da minha filha que trabalha lá. Quando eu chego é só alegria. Faço amizade com todo mundo, fiz no Hospital Onofre Lopes, no banco de sangue e em todos os lugares. Eu não fico me importando porque fulano faz isso ou aquilo. Eu trato bem todo mundo, porque eu gosto também de ser bem tratada.

Eu só tive um momentinho triste nesses três internamentos. Eu falei “meu Deus, eu não vou mais não me internar”, minhas meninas disseram: “você vai sim! Que conversa é essa que não vai?” Foi só isso, mas de ficar triste, pensar em morrer, nunca! A vida, por mais ruim que seja é melhor que morrer..., eu acho a minha uma maravilha! Tenho

é que vou vencer, se Deus quiser!

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Atendendo às exigências regimentais do programa de pós-graduação os resultados, obtidos através da pesquisa, são discutidos através de artigos.

5.1 ANEXAÇÃO DOS ARTIGOS

- ARTIGO 1 :

“O enfermeiro e o contexto em reações transfusionais”.

Revista: Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online (ANEXO B)
(Qualis Capes em Enfermagem 2012: B2).

- ARTIGO 2:

“Análise de história oral de vida de usuários de saúde oncológicos em uso de hemotransfusão”

Revista: Revista Eletrônica de Enfermagem (ANEXO C)
(Qualis Capes em Enfermagem 2012: B1)

6.1.1 ARTIGO 1 - O enfermeiro e o contexto em reações *transfusionais***The nurse and the context in transfusion reactions****La enfermera y el contexto en las reacciones transfusionales**João Evangelista da Costa¹Ana Michele de Farias Cabral²Clélia Albino Simpson³

¹ Enfermeiro, Mestrando do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da UFRN. E-mail: hevan33@hotmail.com. Endereço: Av. Aeroporto dois de Julho, 345, Bairro: Emaús, Parnamirim/RN. CEP: 59149-316. Tel. (84) 88576624.

² Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da UFRN. E-mail: ana.michele@parnamirim.rn.gov.br.

³ Enfermeira, Doutora, Professora do Programa de Pós- Graduação do Departamento de Enfermagem da UFRN. E-mail: cleliasimpson@pop.com.br.

RESUMO: O avanço tecnológico e o cuidado envolvido no processamento do sangue e dos seus hemocomponentes não isentam a hemoterapia de riscos, como ocorre nas reações transfusionais. O enfermeiro deverá observar alterações que possam ocorrer durante as transfusões e ser capaz de intervir, dando segurança aos usuários. Diante desse quadro, procuramos entender qual o papel do enfermeiro perante o usuário de saúde frente às reações transfusionais. Para responder à questão, optou-se pela inserção contextual como forma metodológica para analisar a atuação do enfermeiro nas reações transfusionais. Para este estudo, foi realizada a pesquisa por meio da revisão narrativa da literatura entre os meses de julho a agosto de 2011. Os resultados obtidos foram analisados e agrupados em diferentes situações da temática, tendo como referencial teórico Hinds, Chaves e Cypress. O estudo permitiu que a reflexão ajudasse a compreender a transfusão e suas prováveis reações nas quatro camadas contextuais.

Palavras-chave: Enfermagem; Hemoterapia; Segurança Transfusional.

ABSTRACT: The technological advances and the care involved in blood and its components processing do not exempt hemotherapy from risks, as it occurs in transfusion reactions. The nurse should observe changes that may occur during transfusions and be able to intervene, giving security to users. On this situation, we try to understand the role of the nurse facing the user of health treatments in the context of transfusion reactions. To answer this question, we decided for the contextual insertion as methodology to analyze the performance of nurses in transfusion reactions. For this study, the research was performed through narrative review of the literature between the months of July and August in 2011. The obtained results were analyzed and grouped in different theme situations, with the theoretical reference being Hinds, Chaves and Cypress. The study allowed the reflection to help to understand transfusion and its probable reactions in four contextual layers.

Keywords: Nursing, Hematology, Transfusion Safety.

RESUMEN: Los avances tecnológicos y el cuidado que participan en el procesamiento de la sangre y sus componentes no eximen a sus hemoterapia del riesgo, como en las reacciones transfusionales. La enfermera debe estar atento a los cambios que pueden ocurrir durante las transfusiones y ser capaces de intervenir, dar seguridad a los usuarios. Ante esta situación, tratamos de entender el papel de la enfermera a la salud del usuario en la frente de las reacciones transfusionales. Para responder a esta pregunta, se optó por introducir la metodología contextual como una forma de analizar el desempeño de las enfermeras en las reacciones transfusionales. Para este estudio, la investigación se realizó por medio de la revisión narrativa de la literatura entre los meses de julio y agosto de 2011. Los resultados fueron analizados y agrupados en diferentes situaciones de la materia, como la teoría de Hinds, Chaves y Cypress. El estudio permitió ayudar a la reflexión para entender sus reacciones a las transfusiones probable en cuatro capas contextual.

Palabras clave: Enfermería, Hematología, seguridad de las transfusiones.

Introdução

O enfermeiro, como profissional de saúde, tem acompanhado o desenvolvimento da hemoterapia, considerada como uma nova área para a enfermagem, atrelado ao avanço da tecnologia e inovação. Atua tanto na captação dos doadores de sangue como no atendimento destes nas unidades hemoterápicas no processo de doação. Este profissional, na sua prática diária, atende aos usuários de saúde em todo o procedimento da transfusão dos hemocomponentes, primando pela excelência desta prática¹.

Reconhece-se que o critério de excelência requer alguns fatores relacionados ao contexto, os quais são merecedores de atenção, pois ele encerra, em certa medida, um agir responsável mediado pela compreensão do ambiente e das relações humanas que aí ocorrem. Assim, propõe-se uma breve revisão contextual da atuação do enfermeiro na prática transfusional, fazendo-se necessária uma busca por informações evidenciadas na literatura pertinente que dê suporte teórico e legal aos profissionais.

O sangue e seus componentes são utilizados em usuários de saúde que necessitam desta terapêutica para sua reabilitação. Mesmo com o avanço tecnológico e todo o cuidado envolvido no processamento do sangue e dos seus hemocomponentes que, mesmo eficazes, não a isenta de certos riscos. As reações transfusionais representam parte desses riscos².

Ao administrar um hemocomponente o enfermeiro deverá observar algumas alterações que possam ocorrer durante este procedimento. Refere-se as reações transfusionais (RT), que podem ser imediatas, ou seja, aquelas que ocorrem durante a transfusão ou até 24h após; a mediata que ocorre 24h após a transfusão, podendo demorar dias ou meses para se manifestar³. Existem várias reações provenientes da administração do sangue e seus componentes, recomendando-se que o enfermeiro tenha o conhecimento necessário para esta intercorrência, pois alguns dos sinais e sintomas são de grande valia para determinar o tipo de reação transfusional e a tomada de decisão para a conduta terapêutica.

Observa-se no cotidiano que alguns enfermeiros não dão a devida importância para este procedimento transfusional e seus riscos. Destaca-se, que não sendo bem conduzida pode ter consequências drásticas para o usuário, levando-o, inclusive, à morte.

Diante dessas considerações, indaga-se: qual o papel da enfermagem diante do usuário de saúde frente às reações transfusionais? Para responder à questão, optou-se pela inserção contextual, como uma forma metodológica para analisar a atuação do enfermeiro na área da hemoterapia com foco nas reações transfusionais.

Metodologia

Este estudo foi realizado por meio da revisão narrativa da literatura, que é uma revisão que sintetiza e resume em termos narrativos, um corpo da literatura de pesquisa⁴. Realizou-se a busca entre os meses de julho a agosto de 2011, e tem na fonte bibliográfica seu aporte teórico. Intentou-se, averiguar, em espaços como os dados das unidades hemoterápicas ou hospitais que comportem a hemoterapia como atividade de seus quadros funcionais, a viabilidade da teoria.

Utilizou-se para este estudo as publicações impressas em livros e dissertações, acrescido da busca de pesquisas *online* registradas nas bases de dados disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), englobando a *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO) e a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). A busca foi realizada através dos descritores indexadores para “enfermagem” e “contexto”; e como descritores não indexados “reações transfusionais”. Consultou-se as resoluções vigentes do Ministério da Saúde (MS) e do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), relacionadas ao tema.

Os resultados obtidos foram analisados e agrupados em diferentes situações da temática através do referencial teórico de Hinds, Chaves e Cypress⁵. Esse referencial utiliza as perspectivas de análise em quatro níveis contextuais, também chamadas de camadas, que se inter-relacionam e, assim denominados: o contexto imediato, o específico, o geral e o metacontexto. Esta articulação favorece a compreensão do fenômeno da atuação do enfermeiro em reações transfusionais.

O contexto imediato focaliza o presente imediato, o fenômeno em si, e busca respostas sobre sua ocorrência⁴. No *contexto específico* destacam-se o passado imediato, os aspectos concretos relacionados ao fenômeno⁶. Para o *contexto geral* a subjetividade e cultura influenciam diretamente a compreensão do fenômeno. E, o *metacontexto* diz respeito aos elementos normorreguladores e políticos que condizem o fenômeno estudado⁵.

Perspectivas e problemas da Transfusão - contexto imediato

No contexto imediato, ressalta-se a grande importância da atividade de enfermagem, no que diz respeito a transfusão dos hemocomponentes considerada como fonte de vida. E, como tal, envolve uma série de problemas, perspectivas e entendimento em sua atuação contextual. Para isso, é necessária a compreensão do contexto que envolve essa atividade para que os resultados daí provenientes, a manutenção da própria vida, sejam os mais satisfatórios. A atuação efetiva do enfermeiro, assim, é primordial para a minimização de prováveis riscos aí ocorrentes, sendo portanto, o contexto imediato.

Sabe-se que a transfusão é a transferência de sangue total ou de um hemocomponente (de um doador) de acordo com as características de cada usuário de saúde (receptor), e tem como finalidade prover as necessidades orgânicas de transporte de oxigênio ou corrigir distúrbios da coagulação². A utilização dos hemocomponentes apresenta uma boa resposta terapêutica, mas não é completamente isenta de riscos. O receptor pode apresentar vários sinais e sintomas, tais como: febre, calafrios, dor no local da infusão, no tórax, no abdome ou nos flancos, hipotensão ou hipertensão arterial, dispnéia, tosse, taquicardia, prurido, urticária, vômito, hemoglobinúria entre outros².

Compete ao enfermeiro identificar o mais precocemente possível os sinais e sintomas de uma reação transfusional, para evitar um dano maior ao receptor. Para isto, antes da transfusão, um profissional da enfermagem deverá realizar todo procedimento padrão de identificação do usuário de saúde através de, um breve exame físico, da verificação dos sinais vitais e da confirmação da prescrição médica. Esta atividade poderá ser realizada por um técnico em enfermagem habilitado com a supervisão do enfermeiro.

Durante o período de transfusão, o receptor deverá permanecer em rigorosa observação, particularmente, nos primeiros dez minutos iniciais da transfusão que o profissional deverá permanecer ao seu lado, observando possíveis reações^{6,7}. Em caso da identificação de um ou mais sinais e sintomas de uma reação transfusional, o enfermeiro deverá ser capaz de, pelo menos, tomar as medidas cabíveis para cada um dos tipos de reações.

Reação Transfusional - contexto específico

A transfusão acarreta benefícios e é um procedimento irreversível, mas podem ocorrer riscos. Entre estes, estão as reações transfusionais que, na maior parte em que ocorrem, por ser um evento indesejado, podem ser evitadas ou prevenidas. Chama-se a atenção para o fato de que a enfermagem encontra-se na assistência direta ao usuário transfundido, exigindo, dessa forma, que o enfermeiro tenha o conhecimento tanto dos benefícios como dos prováveis riscos que a transfusão venha a acarretar.

As reações transfusionais classificam-se em imunológicas e não imunológicas, as primeiras, são aquelas mediadas pelo sistema imunológico e, as segundas, são aquelas sem associação com causas relacionadas às defesas do organismo. As reações são categorizadas como agudas ou tardias, conforme sua relação com o momento em que ocorreu a transfusão. Sabendo da rapidez do início dos sinais e sintomas e do mecanismo de ação, podem-se avaliar mais adequadamente os riscos atuais e futuros, para a tomada de medidas terapêuticas preventivas apropriadas⁸.

Portanto, na presença dos sinais e sintomas das reações, o enfermeiro deverá intervir, neste que constitui o contexto imediato de uma transfusão. Nesse contexto, a ação deve ser imediata, pois, o quanto antes, exige tomadas de decisões, estabelecendo prioridades nas providências como meio e forma de minimizar os danos e desconforto propiciados pela reação. Destaca-se que ações terapêuticas são adotadas especificadamente para cada reação e sua sintomatologia. Objetiva-se, a melhora do quadro clínico da intercorrência, minimizando os riscos e proporcionando conforto físico e emocional, após as ações realizadas de acordo com os sinais e sintomas da reação transfusional.

Neste contexto, a atuação da enfermagem diz respeito a suspensão da transfusão, mantendo o acesso venoso, e concomitantemente, solicitar avaliação médica, enquanto adota as seguintes medidas: manter o usuário confortável, aquecê-lo, checar as identificações com finalidade de detectar possíveis não-conformidades, verificar e comparar os sinais vitais com os verificados anteriores à transfusão, administrar medicamentos prescritos, preencher ficha de notificação de reação transfusional, comunicar ao serviço de hemoterapia e registrar no relatório de enfermagem².

Num contexto específico, pode-se afirmar que a transfusão terapêutica de sangue e seus componentes é utilizada em diversas situações clínicas e cirúrgicas. Em ambas as ocasiões, tem como objetivo uma resposta terapêutica à manutenção da vida. Apesar de eficaz, a decisão terapêutica de indicar uma transfusão sanguínea deve estar baseada na relação entre os benefícios e os riscos, devendo cada usuário de saúde ter seu plano individualizado⁹.

Esse contexto se caracteriza pela presença simultânea de um “passado imediato e os aspectos relevantes da presente situação⁴. Existem vários riscos potenciais quando um usuário é submetido a uma transfusão sanguínea, como as contaminações virais e bacterianas e as reações que podem ser a reação hemolítica grave, complicações do sistema imunológico do usuário, falhas e ou não-conformidades durante a execução do processo, entre outros. Por isso, há necessidade de se conhecer as “circunstâncias” adversas a ela relacionadas e a sua prevalência, a fim de facilitar a introdução de medidas corretivas e preventivas que contribuam para aumentar a segurança transfusional^{6,7,8}.

Neste contexto da transfusão e do plano terapêutico individual para cada usuário, o enfermeiro poderá atuar diretamente no processo da transfusão bem como na monitoração de alguma reação adversa proveniente deste procedimento¹⁰. Para isso, deve estar atento, por exemplo, às manifestações de humor do usuário e de si mesmo, ao ambiente em sua quantidade de barulho, ventilação e iluminação etc.

Papel do Enfermeiro na hemoterapia - contexto global

No contexto geral, o enfermeiro passou a se destacar atuando nas unidades hemoterápicas, no atendimento ao doador e ao receptor do sangue. Nesse sentido, houve um avanço para a enfermagem na área da hemoterapia no Brasil, iniciada na de 1990, quando os enfermeiros que atuavam na área de hematologia e hemoterapia passaram a discutir, em eventos científicos, o cuidado que o enfermeiro deveria prestar ao doador e ao receptor em todo o ciclo do sangue². Muitas de suas crenças anteriores passaram a incorporar novas ideias e os procedimentos foram, com isso, cada vez se aperfeiçoando.

Para a prática do enfermeiro nas unidades hemoterápicas públicas e privadas, houve a necessidade de uma legislação específica. Em março de 1997 o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) publicou a Resolução 200, que dispõe sobre a atuação do enfermeiro em hemoterapia e em transplante de medula óssea. Esta resolução foi atualizada e revogada pela Resolução 306/2006, que se encontra em vigor^{1,11}. Outro importante marco para a enfermagem hemoterápica diz respeito à criação do curso de Especialização nos Moldes de Residência de Enfermagem em Hematologia e Hemoterapia, em 2002¹.

O enfermeiro participa na unidade hemoterápica da captação dos doadores de sangue, fazendo a seleção destes através da triagem clínica, o gerenciamento da equipe de enfermagem que executa a triagem hematológica, a coleta do sangue do doador, o fracionamento e distribuição dos hemocomponentes a serem transfundidos^{11,12}.

Diante dessas mudanças, a saúde vai ganhando novos contornos e as crenças pessoais tem, inevitavelmente, “aderido” às conquistas que a área incorpora. Tanto enfermeiro, quanto usuário vão “absorvendo” as informações e conquistas que o contexto, de ordem geral, vai trazendo com o aprimoramento das pesquisas e os estudos específicos.

Saúde como um bem coletivo - metacontexto

Numa perspectiva da camada metacontextual, reforça-se o desenvolvimento da hemoterapia. Portanto, é consensual, tanto da parte da enfermagem quanto dos usuários, que a saúde é um bem coletivo e, por isso, tem suas responsabilidades de ação preventiva e de inserção coletiva na melhoria do bem estar de todos.

Na história da hemoterapia, avanços sobre crenças de uso do sangue e sua sintomatologia levaram as discussões a um âmbito em que poucas culturas não aderiram ao uso de hemocomponentes. Tais conquistas, mesmo centradas no passado, revelam que o presente e, conseqüentemente, o futuro, tem procurado o controle das condições de enfermidade e superado crenças que, de certo modo, geravam certos entraves ao conhecimento da área¹².

O sangue passa a ser utilizado de forma terapêutica em meados do século XX. Nessa época, a transfusão era realizada por um aparelho que passava o sangue do doador diretamente para o organismo do receptor. Avanços na área da hemoterapia foram bem significantes, podemos citar a descoberta dos anticoagulantes, que permitiram iniciar o processo de armazenamento e estocagem do sangue, garantindo sua preservação *in vitro*. Outro avanço importante foi a utilização de bolsas plásticas para fracionamento do sangue, podendo de um único doador ser produzido vários hemocomponentes beneficiando mais de um usuário de saúde¹³. Na contemporaneidade a hemoterapia difundida em todo o mundo com atuação de forma interdisciplinar, reunindo médicos, enfermeiros, bioquímicos e assistentes sociais entre outros profissionais da área da saúde.

Considerações Finais

Na área da hemoterapia, como uma área relativamente nova para a enfermagem, traduzida pelas transfusões de sangue e componentes, acrescida dos seus benefícios e riscos, pode-se observar uma série de questões e problemas envolvendo a atuação do enfermeiro em sua relação com o usuário de saúde.

Portanto, procurou-se, no presente estudo, analisar a atuação desse profissional na área da hemoterapia, tendo como foco as reações transfusionais em seu contexto. Para isso, a abordagem teórica fundamentada foi buscada nos quatro níveis contextuais propostos pelo método teórico de Hinds, Chaves e Cypress. Como o contexto justifica a explicitação das ações e procedimentos, o que se verifica, aqui, é a necessária intervenção do enfermeiro, bem como o domínio teórico das camadas que constituem tal contexto (contexto imediato, específico, geral e o metacontexto) para, de posse desse conhecimento, ser capaz de intervir de modo mais adequado em sua vivência e contato com o usuário e demais pessoas envolvidas no processo.

Como desafio, procurou-se refletir, a partir da pesquisa bibliográfica, nos encaminhamentos práticos por ora legados. O que se espera é que a reflexão presente possa contribuir para a enfermagem hemoterápica, ajudando a compreender a transfusão com as prováveis reações das camadas contextuais que, aqui verificadas para fins didáticos e para um melhor entendimento de seu funcionamento, foram elencadas separadamente, sabendo-se, entretanto, que fazem parte de um conjunto uno e indissociável e são compostas entre si.

Referências

1. Silva MA, Torres GV, Melo GSM, Costa IKF, Tiburcio MP, Farias TYA. Conhecimento acerca do processo transfusional da equipe de enfermagem da UTI de um hospital

universitário. Cienc Cuid Saude. [periódico on line]. 2009 [citado 15 2011]; 8(4):571-8. Disponível em http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/Cienc_Cuid_Saude/article/view/9676/5389. 2. Fidlarczyk D, Ferreira SS. Enfermagem em hemoterapia. 1. ed. Rio de Janeiro (RJ): Medbook; 2008. 3. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: Tratado de enfermagem médico cirúrgico. 10. ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2006. 4. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 5.ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004. 5. Hinds PS, Chaves DE, Cypress SM. Context as a source of meaning and understanding. Qual Health Res., Newbury Park 1992; 2(1):61-74. 6. Silva MA. Atuação dos profissionais de enfermagem durante o processo transfusional na UTI de um hospital universitário [Dissertação]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2008. 7. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária/ Portaria Nº 1.353 de 13 de Junho de 2011. Dispões sobre os procedimentos hemoterápicos. [on line] Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado 24 Jul 2011]; Disponível em <http://brasilsus.com.br/legislações/gm/108431-1353.html>. 8. Harmening, D.M. Técnicas Modernas em banco de sangue e transfusão. 4. ed. São Paulo (SP): Revinter; 2006. 9. Covas DT, Langhi Júnior DM, Bordin JO. Hemoterapia: fundamentos e práticas. 1. ed. São Paulo (SP): Ateneu; 2007. 10. Zago M, Passeto R, Pasquine R. Hematologia: fundamentos e prática. 1. ed. São Paulo (SP): Ateneu; 2001. 11. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 306, de 25 de abril de 2006. Normatiza a atuação do enfermeiro em hemoterapia e transplante de medula óssea. [on line] [citado 20 Jul de 2011]. Disponível em <http://www.sbh.com.br/home/resolucaoCOFEN.pdf>. 12. Schöninger N, Duro CLM. Atuação do enfermeiro em serviço de hemoterapia. Cienc Cuid Saude. [periódico on line]. 2010 out/dez; [citado 20 jul 11]; 9(2):3174. Disponível em http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/Cienc_CuidSaude/article/view/File/11239/6082. 13. Pereima RSMR, Reibnitz KS, Martini JG, Nitschke RG. Doação de sangue: solidariedade mecânica versus solidariedade orgânica. Rev Bras Enferm, [periódico on line]. 2010 mar/abr [citado 22 jul 2011]; 63(2): 322-7. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sciarttext&pid=S0034-71672010000200024>.

5.1.2 Artigo 2 –História oral de vida de usuários de saúde oncológicos em uso de hemotransfusão

Oral history of life of users of health care in oncology use of blood transfusion

Historia oral de vida de los usuarios de los servicios de salud en oncología uso de la transfusión de sangre

João Evangelista da Costa¹

Clélia Albino Simpson²

RESUMO:

O objetivo deste estudo é analisar narrativas de usuários de saúde com câncer em uso de hemotransfusão, utilizando como metodologia a história oral de vida e análise de conteúdo. Foram selecionados trechos das narrativas de cinco colaboradores e identificadas, através de associação e definição de elementos comuns, três categorias de análise: a primeira, o impacto no psicológico; a segunda, o impacto na socialização e a terceira o impacto no ambiente do tratamento, surgidos em decorrência do uso da transfusão sanguínea. Estas categorias buscam visualizar a relação entre o enfermo e si mesmo e entre o enfermo e suas relações com o outro e com o mundo no qual interfere e se faz modificar. Por fim, a análise direciona o enfermeiro para o entendimento da sua prática, através do ponto de vista dos colaboradores, fazendo com que contribuam para uma melhoria da assistência prestada.

Descritores: Enfermagem, Hemoterapia, História Oral de vida, Análise de Conteúdo.

ABSTRACT

The objective of this study is to analyze the narratives of users of health with the use of blood transfusion in cancer using oral history as a methodology of life and content analysis of. We selected excerpts from the narratives of five employees and identified through association and definition of common elements, three categories of analysis: first, the psychological impact, the impact on the second and third socialization environmental impact of treatment encountered in due to the use of blood transfusion. These categories seek to visualize the relationship between the patient and himself, among the sick and their relationships with each other and with the world in which

¹ Enfermeiro, Mestrando do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da UFRN. E-mail: hevan33@hotmail.com. Endereço: Av. Aeroporto dois de Julho, 345, Bairro: Emaús, Parnamirim/RN. CEP: 59149-316. Tel. (84) 88576624.

² Enfermeira, Doutora, Professora do Programa de Pós- Graduação do Departamento de Enfermagem da UFRN. E-mail: clelasimpson@pop.com.br.

interfere and modify it. Finally, the analysis directs the nurse to the understanding of their practice, through the point of view of employees, making that contribute to improved care.

Descriptors: Nursing, Hematology, Oral History of Life, Content Analysis.

RESUMEN

El objetivo de este estudio es analizar las narrativas de los usuarios de la salud con el uso de la transfusión de sangre en el cáncer utilizando la historia oral como una metodología de vida y el análisis de contenido. Se seleccionaron fragmentos de los relatos de cinco empleados y se identificaron a través de la asociación y la definición de los elementos comunes, tres categorías de análisis: en primer lugar, el impacto psicológico, el impacto sobre el impacto de la socialización segundo y tercer ambiental del tratamiento se encuentran en debido a la utilización de la transfusión de sangre. Estas categorías tratar de visualizar la relación entre el paciente y él mismo, entre los enfermos y sus relaciones con los demás y con el mundo en el que interferir y modificarlo. Finalmente, el análisis dirige la enfermera a la comprensión de su práctica, a través del punto de vista de los empleados, haciendo que contribuyen a la mejora de la atención.

Descritores: Enfermería, Hematología, Historia Oral de Vida, Análisis de Contenido.

INTRODUÇÃO

Seguindo tendência mundial, houve mudanças no perfil epidemiológico das enfermidades que acometem a população brasileira. A partir dos anos 1960, as doenças infecciosas e parasitárias deixaram de ser a principal causa de morte, sendo substituídas pelas doenças do aparelho circulatório e pelas neoplasias. Nesse último caso, o câncer se destaca por ser uma doença de genes vulneráveis à mutação, especialmente durante o longo período da vida humana. Fatores como envelhecimento da população, o intenso processo de urbanização e das ações de promoção e recuperação da saúde, e uma exposição maior dos indivíduos a fatores de risco cancerígenos contribuíram para este crescimento⁽¹⁾.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA)⁽¹⁾, câncer é o nome dado a um conjunto de mais de cem doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células. O que determina a formação de tumores é a divisão rápida e muito agressiva e incontrolável dessas células, podendo se espalhar por todo o corpo (metástase – *metástasis*, palavra grega significando “deslocamento”, “mudança de lugar”), formando tumores em outros locais. As causas do câncer são variadas, podendo ser externas e internas ao organismo. As causas externas referem-se ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes, enquanto que as causas internas são, na maior parte,

geneticamente pré-determinadas, e estão vinculadas à capacidade do organismo de se defender dessas agressões⁽²⁾.

Existem atualmente vários métodos terapêuticos para o tratamento do câncer como as ressecções cirúrgicas, radioterapia, quimioterapia, bioterapia e a hormonoterapia, sendo a cirurgia, na maioria dos casos, o tratamento inicial e de escolha para vários tipos de cânceres. O tratamento quimioterápico também é uma das modalidades de escolha para produzir a cura, controle e palição. Neste tratamento, são usadas substâncias citotóxicas administradas principalmente por via sistêmica (endovenosa). Os quimioterápicos, contudo, não atuam exclusivamente sobre as células tumorais. As estruturas normais que se renovam constantemente, como a medula óssea, os pelos e a mucosa do tubo digestório são também atingidas pela ação destes medicamentos. Os efeitos terapêuticos e tóxicos dos quimioterápicos dependem do tempo de exposição destes na concentração plasmática. A toxicidade é variável para os diversos tecidos e depende do tipo do medicamento usado⁽³⁻⁴⁾.

Por isto a anemia é uma ocorrência comum em usuários com câncer e contribui para o aumento da sintomatologia e a piora da qualidade de vida, necessitando geralmente de transfusões sanguíneas. Há também o risco de sangramento durante o tratamento quimioterápico, pois o sangramento está relacionado com a gravidade da plaquetopenia, necessitando constantemente de transfusão de plaquetas⁽⁵⁾. A transfusão adquire função vital, é um procedimento complexo que pode trazer benefícios, mas também pode trazer riscos. O sangue, por ser um produto biológico carregado intrinsecamente de vários riscos, em transfusão, pode provocar complicações, a exemplo das reações adversas que podem ocorrer durante ou após o processo, e com severidade pode variar de reações leves a reações fatais⁽⁶⁾.

O enfermeiro que participa desta terapêutica tem que ter o entendimento de todo processo que envolve a transfusão e conhecer tanto dos benefícios, como dos prováveis riscos que ela venha acarretar, evitando alguns riscos desnecessários⁽⁶⁻⁷⁾.

Imbuído da responsabilidade e do tratamento de muitos desses usuários, o enfermeiro procura ouvir e aprender com suas histórias, com suas "lições" de vida. Nesse sentido, procurou-se, para o presente estudo, através da história oral de vida, entender como esses portadores de câncer enfrentam uma doença tão estigmatizada e que causa muito sofrimento e, em decorrência deste diagnóstico e do seu tratamento, como foi percebido e internalizado o uso da hemoterapia como suporte terapêutico.

Portanto, pode-se destacar na presente pesquisa o objetivo de analisar narrativas dos usuários de saúde com câncer em uso de transfusão sanguínea, avaliando o impacto causado pela doença e pela transfusão na vida dos colaboradores. Desse modo, espera-se divulgar não apenas resultados à área da saúde, mas, e principalmente, revelar o

traço de humanidade por trás dessas pessoas em um momento tão delicado e incisivo na definição de suas vidas.

MÉTODOS

Este estudo consiste de uma pesquisa exploratória-descritiva com dados prospectivos e abordagem qualitativa. Foi utilizada como método a história oral de vida, por ser um campo multidisciplinar e oferecer apreensão de princípios da subjetividade humana que, através da narrativa de vida, deixam entrever suas experiências e seus significados⁽⁸⁾. Para a interpretação das narrativas dos colaboradores, a técnica de análise de conteúdo temático⁽⁹⁾ serviu como ponto de partida.

Neste estudo foi utilizada a entrevista não-estruturada para coleta das narrativas, por considerar que esta técnica possibilita ao entrevistador uma maior flexibilidade e liberdade de desenvolver situações em qualquer direção que considere mais adequado e em seguida realizada a transcrição, a transcrição e a conferência pelos colaboradores, que assinaram a carta de cessão, autorizando, sem restrições, o uso do material.

Quanto ao alcance do objetivo proposto, discutiram-se trechos das entrevistas de cinco colaboradores que fazem parte da pesquisa "Trajetos no Labirinto: História de vida dos portadores de doenças oncológicas em uso de transfusões sanguíneas na cidade de Natal/RN", estudo em andamento, do mestrando João Evangelista da Costa, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Nos trechos investigados, os nomes dos colaboradores foram substituídos por codinomes, mantendo-se o anonimato, preservando suas identidades, segundo as normas de ética da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Os codinomes, ou pseudônimos aplicados tiveram nomes de meses do ano, por comportarem, simbolicamente, em seus significados, a ação do tempo sobre o ser humano. Das falas coletadas, procurou-se fazer recortes das narrativas que remetessem a aspectos da relação entre a doença e os impactos a ela relacionados, como também no uso da hemoterapia.

O trabalho tem parecer do comitê de ética da Liga Norte Riograndense contra o câncer, sob número 001/001/2012. Os colaboradores assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As entrevistas tiveram um direcionamento através da formulação das "perguntas de corte", elemento fundamental e comum pelo qual devem passar todos os entrevistados.

Na análise dos dados, o trabalho deteve-se na interpretação das falas dos colaboradores, valorizando o significado da narrativa implícita. Para tanto, foi trabalhada a categorização com base no material narrado, agrupando-se elementos, ideias ou expressões.

RESULTADOS:

Com base na cuidadosa leitura das narrativas das histórias orais dos colaboradores, após receberem o diagnóstico do câncer e de como passaram a fazer uso de hemocomponentes no seu tratamento, passou-se a direcionar o objetivo no sentido de delinear categorias de análise para interpretação das narrativas. Conhecendo as especificidades, com a identificação do tom vital e da decodificação dos dados, as narrativas orais de vida passaram a compor o quadro das questões mais específicas das necessidades e encaminhamentos que o contexto da pesquisa visava “descortinar”.

Nesse caminho, tais histórias permitiram identificar o tom vital das falas. O tom vital “funciona como um farol a guiar a recepção do trabalho”⁽⁸⁾. Uma vez identificado, ele forneceu pistas e subsídios para a construção das categorias de análises, apontando, em seus desdobramentos, as palavras e situações que melhor podem representar uma essência e o sentido daquelas narrativas.

Uma vez identificado o tom vital das narrativas em questão, procede com a organização dos dados coletados, transformados em conteúdos temáticos⁽⁹⁾, através da codificação das entrevistas, descrevendo as falas, recortando e isolando os trechos dos relatos que estavam mais caracterizados.

Na orientação à discussão e análises que seguem quanto aos procedimentos de identificação dos casos, foram indicados, através de associação e definição de elementos comuns, três categorias de análise.

A primeira se refere ao impacto no psicológico, que se norteia pela constatação dos sentimentos, da fé e da vontade de viver, envolvendo, aí, o diagnóstico e a dor como sofrimento em decorrência das fases da doença. Essa categoria de análise pode ser definida pela presença de elementos ligados à subjetividade e à individualidade, com seus valores internos e modo particular do sujeito se relacionar, primeiro consigo e depois com o outro. Aí aparecem os sentimentos que se encontram fortemente imbricados na condição humana e nas relações que mantêm com o mundo e com meio em que se vive.

Com o aparecimento de uma doença grave, como o câncer, o enfermo se mostra psicologicamente vulnerável. É neste período que se pode notar um afloramento de sentimentos como a religiosidade e a fé. Para muitos doentes, é através da dor que este sentimento é testado. E o câncer, por ser uma doença devastadora, e que causa muita dor e sofrimento, deixa emergir sentimentos os mais diversos que, em várias nuances, procuram conforto e alento.

Como o câncer, outras doenças graves como o HIV/AIDS, tuberculose, hanseníase, entre outras, afetam psicologicamente seus portadores. Um exemplo disso está no relato de história oral de vida do Senhor Hortêncio, um ex-doente de hanseníase, que conta sua experiência no livro “Amor à vida não me faltou: trajetória de vida de um ex-

doente de hanseníse⁽¹⁰⁾, onde ele narra toda perturbação mental e os transtornos que a doença causou.

O câncer não é uma doença simples, podendo ser definida como “assassina”, um inimigo demoníaco e letal⁽¹¹⁾. É uma doença de superprodução e de crescimento de células malignas, é expansionista, invadindo os tecidos e estabelecendo colônias, causando asfixia com a quantidade de células em excesso⁽¹²⁾.

Diante destas pormenorizações tão perturbadoras sobre o câncer, aqueles que têm esta doença, supondo e imaginando as agruras pelas quais irão passar, agarram-se a todas as possibilidades possíveis, como forma de diminuir os sofrimentos, atrelando a isso sentimentos como a crença e o apego em uma realidade não apenas material, mas extrassensorial, com a crença em um Ser supremo e justo.

A segunda categoria de análise aponta para o impacto na socialização, revelando as mudanças nas amizades e no grupo de pertença. Nesta categoria, procura-se também, dissociado do psicológico, envolver as perspectivas do trabalho, suas variações em torno das atividades desenvolvidas cotidianamente. Vale lembrar que o psicológico e as atividades sociais caminham juntos, não funcionam como etapas estanques. Contudo, o que interessa para fins didáticos à análise aqui posta é que, ao abirmos essa divisão, procuramos dar relevância aos estados mentais e emocionais, chamando atenção para a aproximação entre a subjetividade e sua relação com o mundo exterior mais próximo.

A família de um portador de uma doença grave, como o câncer, desempenha um papel predominante, e o cuidado e a atenção fazem grandes diferenças no tratamento. Quando o enfermo é obrigado a ficar acamado ou a diminuir suas funções ou até mesmo ficar hospitalizado, isso pode causar mudanças radicais na organização da vida familiar, principalmente no que concerne aos papéis antes delimitados no lar. Quando o doente é um dos chefes da família, o que fica responsável pela casa terá de se adaptar a nova realidade. Se este for o esposo, a inversão dos papéis fica mais difícil de ser aceita, pois aí concorrem valores pessoais, culturais e históricos muito marcantes para cada indivíduo. A mudança de papéis tende, assim, a ser mais um elemento de mudanças e sofrimentos no contexto inserido, levando homem ou mulher a terem que se adaptar às novas rotinas, o que geralmente produz muito transtorno⁽¹³⁾.

A terceira e última categoria aqui sugerida, o impacto do ambiente no tratamento e da transfusão sanguínea, indica a recepção do doente no local em que está sendo cuidado, bem como revela ações e procedimentos dos especialistas da área da saúde no zelo ou indiferença com esses usuários. Procura ainda expandir seu alvo para o contato dos usuários com os processos surgidos em decorrência do uso da transfusão sanguínea, revelando a conformação ou a revolta em face do vivido.

Vale lembrar que tais categorias, antes de se excluírem, corroboram com a criação de um quadro em que o conjunto deve ser capaz de proporcionar um olhar mais

humano, crítico e criterioso acerca do portador de doenças graves. Cabe recordar, ainda que "Doenças de longa duração que persistem mais tarde na vida cobram um preço emocional e têm um impacto na capacidade de trabalhar, na vida social e nas atividades recreativas"⁽¹⁴⁾.

Isso posto, é justamente a partir deste "preço emocional" e seus impactos que se registram, a seguir, as categorias com as quais buscou-se visualizar um pouco da relação entre enfermo e si mesmo, entre enfermo e suas relações com o outro e com o mundo no qual interfere e se faz modificar.

Após o delineamento das categorias de análise, segue a análise propriamente dita. Nesta etapa "os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos ('falantes') e válidos"⁽⁹⁾. Tratar, neste caso, significa codificar, transformar o texto em unidades, delineando e transformando segundo regras precisas.

DISCUSSÕES

Impacto no Psicológico. Abalada a estreita ligação com a subjetividade, o doente passa a ver o mundo, nesta perspectiva, como lugar de tormenta, de provação e de desafios que precisam ser vencidos. Fragilizado, portanto, busca alguma forma de conforto.

Mesmo diante desse quadro de melancolia, muitas vezes beirando a depressão, o que pode ser observado, em vários relatos aqui transcritos, é a presença em uma fé que, em face de tanto sofrimento, dor e angústia, é expressa de modo intenso, depositando em Deus o motivo da esperança e da crença de melhorias na enfermidade, com alívio das dores e até mesmo a cura da doença. Assim, vejamos algumas passagens dos trechos de falas dos colaboradores:

A saúde a cada dia que passa tá ficando mais deficitária. E eu acho que daqui para frente a solução é só esperar que Deus ilumine ou..., que venha o pior, que espero que não. Porque eu tenho muita fé. Tenho cinquenta e oito anos de idade, acredito ainda que tenho muita vida pela frente. (Senhor Abril).

Sempre tive fé, toda vida tive esperança que eu ia ficar bem. Portanto estou aqui. Eu sempre tive muita fé, muita fé mesmo de ficar bem, principalmente na hora do transplante, que é muito doloroso. Mas eu sempre tinha uma esperança de ficar boa. E estou aqui, graças a Deus. (Senhora Maio).

Cabe ressaltar, conforme transcrito, certa reiteração acerca da crença em fatos positivos, todos eles vindos em decorrência do sentimento religioso provocado pela fé. Pois, como se sabe, uma vez diagnosticada uma doença tão exprobrada quanto o câncer, o doente é acometido de sentimento de desesperança e de associação com a morte, fazendo com que esse enfermo passe por estágios de visão negativa com a vida, ao se defrontar com uma notícia tão trágica.

Por isso, passam a utilizar diversos mecanismos de defesa e luta, em situações de extrema dificuldade psicológica e também física. Afloram, assim, nesse caminho, sentimentos diversos, podendo o portador do câncer aceitar ou não a doença. Estes mecanismos são estágios denominados de “comportamentais ou psíquicos” que incluem a negação, raiva/revolta, barganha, depressão e aceitação. Tais fases podem ocorrer nesta ordem apresentada, mas isso não é obrigatoriamente necessário; como as reações que indicam cada uma delas, podendo coexistir em um mesmo momento, tendo durações variáveis, quando uma substituirá a outra ou se encontrará, às vezes, lado a lado. Em todos estes momentos, a esperança é a única coisa que geralmente persiste⁽¹³⁾.

Nos segmentos de relatos abaixo citados, podem ser visualizadas as fases comportamentais ou psíquicas mencionadas. Vejamos:

Eu estou triste mesmo. Porque a gente fica triste. Porque fica doente muito tempo, tem que ficar boa, não é? A gente se sente triste. O médico disse que eu só estava vivendo por causa desses tratamentos. Será que os médicos..., só Jesus é quem sabe. Eu tenho fé em Deus que eu fico boa. Eu tenho fé também nos medicamentos, que tem vez que eu tô muito doente, eu tomo e melhora mais. (Senhora Fevereiro).

Pela voz da Senhora Fevereiro pode ser observada certa ênfase na tristeza: “Eu estou triste mesmo”, ou “A gente se sente triste”. Estatísticas mostram que em torno de 58% dos usuários de saúde com câncer apresentam depressão, e que algumas condições clínicas como dor não controlada, alterações metabólicas e alguns medicamentos usados podem estar associados a este quadro psicológico⁽¹⁵⁾.

Senhor Abril, sabendo desde o início o seu diagnóstico, sem grandes possibilidades terapêuticas, passou por todos os estágios mencionados, da negação à depressão, chegando agora ao estágio que tem na aceitação sua maior contribuição. Vejamos um trecho da sua fala que evidencia isso:

Nesse tratamento o único diagnóstico que deram, até hoje, foi um CA de próstata, somente. Até minha medicação é uma só, baseada no pamidronato, eu tomo e faço quimioterapia de quatro em quatro meses ou de cinco em cinco meses, quando precisa mesmo. [...] Agora uma coisa que eu nunca perco é a esperança de vencer. É o câncer? É! Tem solução? Não! Não tem ainda não, mas vamos ter, então vamos procurar ela. (Senhor Abril).

Nesse quinto e último estágio, persiste a esperança, traço que desde o início promove mecanismos de luta e de resistência em não se entregar à doença. A possibilidade de cura e a coragem em acreditar na criação de novos produtos impulsionam o doente de câncer a ter esperança. Desse modo, o enfermo procura, na confiança interna ou fora de si, mecanismos que deem força e coragem no desafio da cura. Condição percebida no discurso marcado pela assimilação de respostas benéficas e positivas no enfrentamento ao câncer.

Quando soube da donça não fiquei muito chocada não. A gente se emociona porque, um choque desse, todo mundo fica..., chorei, mas depois fiquei tranquila porque eu falei: se eu me aperrear não vai dar jeito! Então fiquei mais calma. Lá fiz o tratamento e tudo mais. Tive esperança. O doutor disse que eu tinha muita chance de ficar bem. Então aceitei tudo, tudo normal. (Senhora Maio).

No relato da Senhora Maio, enfaticamente positivo, é possível perceber uma insistência por afirmações à vida, quando do diagnóstico da doença. Mesmo enfrentando todo o desconforto em se saber gravemente enferma, consegue chegar e atingir estágios de aceitação em que a garra e a fé perpassam sua crença na relação vida e morte.

Na fala do Senhor Novembro, posta a seguir, o incômodo pelas reações da enfermidade se fazem notar mais nitidamente, provocando uma posição mais enfática para com a crença:

Sinto dor no corpo todo. Só não na próstata, na próstata eu não sinto nada, é como eu estou dizendo a você, eu não sinto nada. É difícil, mas às vezes eu vou urinar e dá aquele ardozinho, mas é pouco. Não é negócio de dor de fazer medo não. Tenho muita fé. Fé em Deus que fico bom. Se Deus quiser. [...] É porque agora eu só posso pedir muita fé a Deus, né? Eu só posso pedir muita fé a Ele (Senhor Novembro).

É possível de se observar processo semelhante de assimilação do impacto psicológico em sua vivência no caso da Senhora Dezembro, vejamos o trecho:

Fui fazer os exames. Fiz todos, inclusive os de sangue que acusaram o CA 125. Acusou que estava com câncer. Tive que fazer todos os exames novamente para começar a quimioterapia, para diminuir (o tumor). Se não diminuísse, teria que fazer a cirurgia, como de fato eu fiz. No dia dezenove de novembro, comecei a fazer a quimioterapia. O médico passou oito sessões. Fiz as oito sessões e parei. Fiz novamente a ressonância para ver como é que estava, e se já podia fazer a cirurgia. [...] ficar triste, pensar em morrer, nunca! A vida, por mais ruim que seja é melhor que morrer..., (Senhora Dezembro).

Contudo, o tom psicológico de como lida com os fatos denota um maior fortalecimento pessoal, que a deixa mais confiante no tratamento, encarando a doença como mais uma etapa a ser vencida. Chama atenção, em seu relato, o modo de aceitação, o que provavelmente tende a superar outros estágios da doença, revelando que o fortalecimento psíquico está intimamente ligado à crença, que a deixa em vantagem em relação a outros doentes, preparando-a para enfrentar problemas decorrentes, como o aumento do sofrimento e da dor. Nessa perspectiva, a aceitação e a superação tendem a criar formas de enfrentamento mais resistentes à doença⁽¹³⁾. A dor faz parte da vida do ser humano e tem função protetora à integridade física ou funcional do homem, mas pode proporcionar sofrimento desnecessário, nocivo ao estado físico quanto emocional do indivíduo⁽¹⁶⁾.

O relevo que se estabelece à dor surge na iminência de, ante uma doença crônica como o câncer, se figurar como um elemento constante na vida destes usuários de saúde. Isto pode ser observado nas passagens descritas abaixo:

Sinto muita dor, procuro um jeito de andar, de viver, pois é uma coisa muito difícil. Quase não posso andar direito aqui dentro de casa. Passo a vida todinha aqui, deitado nesta rede. É dor que não é brincadeira, só você vendo. (Senhor Novembro).

Impacto na socialização. Os transtornos advindos com a nova realidade e as preocupações com o ente querido vêm acrescidos do aumento de responsabilidades e de trabalho, juntando a tudo isso, muitas vezes, a busca pelo isolamento e a solidão. A esperada ajuda de parentes e amigos pode, nesse sentido, aliviar um pouco o sofrimento causado por esta fase tão difícil. Observam-se nos relatos abaixo o tratamento e o cuidado dispensados pelos familiares diante do doente:

Ele (o filho) vem sempre aqui. Tem dia que ele vem todo dia. Tem dias que passa um pouco de dias sem vir. É carinhoso, passa um pedacinho e vai-se embora, que ele também fica triste de me ver doente. Elas cuidam bem (as irmãs). Sou a mais velha de todas. [...] Depois da doença minha vida mudou. Quando eu andava, era sempre melhor, sempre. Eu vejo o povo conversar, vejo o povo ter alegria, mas eu mesma, para mim tanto faz como tanto fez. Perdi a alegria... (Senhora Fevereiro).

Os sintomas frequentemente vivenciados por estes usuários de saúde, como a fadiga, dor, dispneia, alterações cognitivas, perda de apetite, caquexia, náusea e depressão, podem ser apontados. Estes sintomas, além de debilitar os doentes, também afetam seus familiares, podendo interferir no relacionamento entre eles e também nas atividades diárias e no trabalho⁽¹⁷⁾.

Dos sintomas citados a fadiga é um dos mais relatados pelos portadores de câncer, havendo divergência na definição deste sintoma. No entanto, é consensual que esses sintomas estejam envolvidos por aspectos físicos e psíquicos, "podendo ser considerado uma síndrome"⁽¹⁷⁾. A fadiga é a sensação de cansaço extremo devido à combinação de sintomas físicos e mentais. Praticamente universal nos estágios finais da doença⁽¹⁾. Este sintoma restringe de forma significativa as atividades diárias e reduz a disposição para o trabalho⁽¹⁷⁾, não sendo diferente para os colaboradores, o que fica bem evidenciado nos relatos abaixo:

Isso tudo interferiu muito na minha vida, porque a gente fica..., não tem mais a responsabilidade de dona de casa, tem que entregar as obrigações aos outros. Aí muda muito. (Senhora Maio).

Esta doença interferiu em muita coisa na minha vida. Eu deixei de fazer minhas coisas, não faço mais nada e não tem quem faça. Se tiver alguma coisa pra fazer tem que pedir a meus filhos. Pedir a um e a outro. Quando eu estava bom eu fazia tudo e não pedia a ninguém. (Senhor Novembro).

Impacto do Ambiente no Tratamento e da Transfusão Sanguínea. Estas categorias estão definidas pelo impacto que o local do tratamento contribuiu/determinou na terapia, e o impacto causado pelas transfusões sanguíneas no tratamento destes colaboradores. Entende-se que o principal local para o diagnóstico da doença, e onde se inicia a terapêutica, é o hospital; as residências dos usuários de saúde devem ser a extensão dele. O hospital "É parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente"⁽¹⁸⁾.

Contudo, o hospital é visto, muitas vezes, pela sociedade, como um ambiente de muito sofrimento, tanto pelas condições da assistência prestada como também pelo próprio estado de vulnerabilidade e de dor em que se encontra a maioria dos usuários de saúde. Mas hoje, com o desenvolvimento da medicina e da enfermagem, o hospital está assumindo uma nova "feição", superando, aos poucos, a distinção que existia entre o atendimento curativo e o preventivo.

No hospital que se vê mais claramente a vulnerabilidade do ser humano. Neste ambiente nosocomial que o usuário de saúde busca forças para lutar contra sua enfermidade, e até mesmo como vencer a morte. A internação é tida como uma experiência desagradável para quem a vivencia. Muitos desses usuários têm consciência do que possa vir a acontecer: não conseguir ficar curado da doença e morrer no hospital.

Além de todos estes problemas citados, os usuários ainda passam a conviver com profissionais de saúde e seus vocabulários científicos, aparentando que a sua doença consiste ser maior do que ela significa na realidade. No período de internamento, na maioria das vezes, a atenção maior da equipe se direciona para o diagnóstico e pouco dirigida para o indivíduo doente. Isto faz com que a individualidade de cada pessoa seja silenciada, e, uma vez não exposta, tendem a não ser percebidos os medos, a insegurança, as preocupações, as necessidades e as angústias, que podem levar o indivíduo pensar até mesmo no seu próprio fim⁽¹⁹⁾.

No entanto, mesmo em face dos dados do Ministério da Saúde e diante de tanto receio que causa o hospital na vida do usuário, observa-se nos relatos abaixo uma conformação no tratamento recebido no local onde foram internados:

Fui muito bem atendida nos hospitais. Fui internada no Hospital Walfredo e no Hospital da Polícia, só nesses dois hospitais. E às vezes fui ao pronto socorro e só. (Senhora Fevereiro).

Mas o atendimento no hospital polícia militar foi muito bom. A medicação toda correta, o pessoal atendendo no horário certo, não deixando passar o horário da

medicação, muito corretos eles. Quando eu ia tomar o sangue eles explicavam. Inclusive no banco de sangue, aqui da UFRN, muito bom! O pessoal muito profissional. (Senhor Abril).

A eficácia técnico-científica e a racionalidade administrativa nos serviços de saúde, quando não acompanhadas de princípios e valores como a solidariedade, o respeito e a ética na relação entre profissionais e usuários, não são suficientes para a conquista de uma assistência humanizada. Para isso, é necessário estar bem definido na consciência dos profissionais de saúde o que vem a ser humanização⁽²⁰⁾.

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH - pontua que a humanização: “é entendida como o valor, na medida em que resgata o respeito à vida humana. Abrange circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano. Esse valor é definido em função de seu caráter complementar aos aspectos técnico-científicos que privilegiam a objetividade, a generalidade, a causalidade e a especialização do saber”⁽²⁰⁾.

A razão de existência de um hospital é cuidar da saúde da comunidade, que esta assistência seja integral, e que o trabalho de todos os profissionais tenha um só objetivo, cuidar da saúde e da vida das pessoas⁽²⁰⁾. É, pois, dentro dos diversos tratamentos proporcionados pelos hospitais que a hemoterapia ocupa seu espaço, agindo no processo terapêutico na utilização do sangue e seus componentes como tratamento.

Como procedimento comum a todos os colaboradores, a hemoterapia foi utilizada como tratamento à reabilitação de um quadro clínico surgido em decorrência do agravamento do câncer. Em função disso, no relato adiante, procura-se evidenciar que as orientações sobre a transfusão, seus riscos e benefícios foram explicados, com reservas, aos usuários:

Quando eu ia tomar o sangue eles explicavam. Inclusive no banco de sangue, aqui da UFRN, muito bom! O pessoal muito profissional. Quando eu estive lá, eles me aconselharam a tomar duas bolsas de sangue num dia e duas no outro. Antes disso, eles fizeram um preparatório psicológico comigo, conversaram muito, fizeram um preparatório para saber como eu estava e como é que fui atendido, e o que é que eu estava precisando. Se eu estava bem para receber aquela medicação. Eles fizeram um preparatório muito bom e, inclusive, eles me deixaram em uma situação muito privilegiada para o atendimento. Porque não senti dificuldade nenhuma, nem dificuldade de falar com eles. (Senhor Abril).

De acordo com o relato do Senhor Abril, as explicações sobre a transfusão foram dadas. Contudo, pode-se perceber que, para ele, um bom atendimento consiste no afeto e na atenção dedicados, como se nota nos trechos a seguir:

Quando fui tomar sangue, tava sentindo falta de sangue mesmo. O corpo estava naquele desânimo, aquela coisa ruim e não tinha sangue. Mas nunca explicaram nada

sobre o sangue não, não falaram nada. Eu só tomei sangue no banco de sangue (Núcleo de Hematologia e Hemoterapia). Depois que eu tomei me senti melhor, fiquei bem, bem mesmo. (Senhor Novembro).

CONCLUSÃO

Nas últimas décadas, houve uma melhora no prognóstico do usuário de saúde com câncer, com uma maior sobrevivência destes. Isso motivou estudos para a melhora da assistência e da qualidade de vida, diminuindo o estresse psicológico e físico associado ao tratamento do câncer. O tratamento oncológico é complexo, longo e envolve tanto o usuário de saúde e seus familiares como a equipe que o assiste, podendo gerar diferentes fontes de estresse. O enfermeiro, enquanto profissional de saúde que passa a maior parte com estes doentes, deve estar atento e perceber, procurando minimizar o estresse aí decorrente. Para isso, deve ter conhecimento de como agir ou atuar para evitar, ou ao menos amenizar, este tipo de problema que, na maioria das vezes, tende a prejudicar o tratamento⁽¹⁵⁾.

Observando as narrativas de alguns colaboradores pode-se concluir que a partir dos relatos vivenciados, fica claro que a dor aparece como transtorno principal, podendo causar problemas na vida dos indivíduos, evidenciando os vários tipos de impactos mencionados. Por isso, o profissional de saúde deve ter o entendimento de que a dor também deve ser vista como um processo subjetivo, a ninguém cabendo avaliar a dimensão da dor do outro, podendo apenas realizar inferências. Isso porque um quadro de dor e sofrimento jamais poderá ser transmitido em sua plenitude para outro indivíduo.

Doenças crônicas, além de debilitar e causar restrições ao corpo, afetam o comportamento pessoal e subjetivo dessas pessoas, provocando impacto no modo de ser e de perceber a vida, refazendo sua ordem subjetiva, psicológica. Ao mesmo tempo, refaz a rede de relacionamentos destes usuários, acarretando, assim, o impacto na socialização, nas amizades e no grupo de pertença. Mesmo que este usuário possa receber visitas e cuidados dos familiares e pessoas de seu convívio, por medo de contágio ou por não saberem lidar com a situação, é comum afastarem-se dele, num momento em que todo o apoio é fundamental.

Mesmo diante de todo sofrimento causado pela doença e muitas vezes pela assistência deficitária, há um sentimento de conformação para com a assistência, seja ela prestada pelo médico ou pelos profissionais da enfermagem. Nessa conformação, nota-se que o afeto dispensado aos usuários corresponde à visão que têm do processo de assistência. "Ser bem atendido" equivale, nesse sentido, ao modo de serem recepcionados, de terem explicações sobre medicamentos e procedimentos a que estão sendo submetidos. Principalmente, deve-se destacar a forma carinhosa e sem "cerimônias" com que são recebidos e conduzidos nestes espaços. Nesse caso, em função

de fatores como a fragilidade provocada pela doença e do não conhecimento específico na área médica, o processo de assistência tende a ser resumido e até mesmo simplificado.

Planejamentos particularizados e aspectos relacionados ao complexo mecanismo de funcionamento de um hospital passam, portanto, de modo despercebido pelo leigo, como um dado comum em se tratando da relação paciente-médico. No entanto, o afeto dispensado e a assistência individualizada tendem a humanizar o processo, não apenas mascarando-o, mas conduzindo-o a uma posição crítica e próxima do que de fato é almejado por todos.

Isto também serve para o processo transfusional com sua complexidade, principalmente em decorrência de complicações que possam se desenvolver. E isto, na maioria das vezes, não é explicado, talvez por receio da reação do usuário ou até mesmo de possível desconhecimento. Ou ainda, é plausível considerar que a ausência de explicações mais específicas ao usuário pode ser resultante do temor em distanciar o doador e o receptor do processo estabelecido, uma vez que a transfusão é um processo passível de ser recusado.

Cabe ao enfermeiro direcionar sua assistência no sentido de evitar e minimizar as complicações provenientes da hemotransfusão, tendo o conhecimento na área para detectar, de imediato, as complicações quando elas se desenvolverem, assistindo o transfundido prontamente com medidas efetivas no controle de qualquer intercorrência. A orientação ao usuário, a respeito de uma provável reação, tende a criar uma constância positiva na assistência prestada, pois, um usuário bem informado pode, no início de qualquer intercorrência, comunicar algum problema de imediato, evitando maiores gravidades e estresse de uma equipe para com a equipe que o assiste.

A enfermagem evoluiu de maneira lenta e gradual. Essa afirmação se deve ao fato de acompanharem o desenvolvimento da hemoterapia atrelado à tecnologia, atendendo aos usuários de saúde em todas as fases do processo hemoterápico. Por isso, ressaltam que ainda é uma área restrita e que necessita de um aperfeiçoamento, principalmente no processo transfusional⁽²¹⁾.

REFERÊNCIAS

1. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER – INCA. **O crescimento desordenado de células**. Available from: < http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322 >.
2. SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgico**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
3. SAWADA, Namie Okino et al. **Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia**. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2009, vol.43, n.3, p. 581-587. ISSN 0080-6234. Available from: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a12v43n3.pdf>>.
4. SEIXAS, Raquel Jeanty de; KESSLER, Adriana; FRISON, Verônica Baptista. **Atividade Física e Qualidade de Vida em Pacientes Oncológicos** durante o Período de

- Tratamento Quimioterápico. Rev. Bras. de Cancerologia [online]. 2010, vol. 56, n.3, p 321-330. Available from: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_56/v03/pdf/05_artigo_atividade_fisica_qualidade_vida_pacientes_oncologicos_durante_periodo_tratamento_quimioterapico.pdf>.
5. COVAS, Dimas Tadeu et al. **Manual de Medicina Transfusional**. São Paulo: Atheneu, 2009.
6. BELÉM, Lindomar de Farias et al. **Descrição de reações transfusionais imediatas na fundação assistencial da paraíba, Brasil**. Rev. B.S.Publica. Miolo. V 34 _ n 4.indd 810. 2011. [online]. Available from: <<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/74/80>>.
6. HARMENING, Denise M. **Técnicas Modernas em Banco de Sangue e Transfusão**. 4 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2006.
7. BRASIL, Ministério da Saúde. **Hemovigilância: manual técnico para investigação das reações transfusionais imediatas e tardias não infecciosas / Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. – Brasília: ANVISA, 2007.
8. MEIHY, Jose Carlos Sebe Bom. HOLLANDA, Fabíola. **História oral: Como fazer, como pensar**. 2.ed. São Paulo: Contexto, 2011.
9. BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Tradução Luiz Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.
10. MIRANDA, Clélia Albino Simpson de; Maciel, Hortêncio Ribeiro. **O amor à vida não me falou: trajetória de um ex-doente de hanseníase**. Editora Universitária: João Pessoa (PB); 2003.
11. SONTAG, Susan. **Doença como metáfora, AIDS e suas metáforas**. Tradução Rubens Figueiredo/Paulo Henriques Brito. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.
12. MUKHERJEE S. **O imperador de todos os males: Uma biografia do câncer**. Companhia das Letras. São Paulo (SP); 2012.
13. KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a Morte e o Morrer**. 9. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
14. KOENIG, Harold George. **Medicina, religião e saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade**. Porto Alegre, RS: L&PM, 2012.
15. MOHALLEM, Andréia da Costa Gomes; RODRIGUES, Andrea Bezerra. **Enfermagem oncológica**. Barueri, SP: Malone, 2007.
16. ANGELOTTI, Gildo. Dor Crônica: Aspectos Biológicos e Psicológicos e Sociais. In: **Psicossomático e a psicologia da dor**. ANGERAMI, Valdemar Augusto (org.). 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2012.(p. 297-311).
17. MOTA, Dálete Delalibera Corrêa de Faria; PIMENTA, Cibele Andrucioli de Mattos. **Fadiga em pacientes com câncer avançado: conceito, avaliação e intervenção**. Revista Brasileira de Cancerologia, 2002, 48(4): 577- 83. [online]. Available from:<http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v04/pdf/revisao3.pdf>.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria nacional de ações básicas de saúde/ Coordenação de assistência médica e hospitalar. **Conceitos e definições em saúde**. Brasília. 1977. Online. Available from: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0117conceitos.pdf>>.
19. MORAIS, Gilvânia Smith da Nóbrega et al. **Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado**. Rev. Acta Paul Enferm. 2009; 22(3):323-7. [online]. Available from: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a14v22n3.pdf>>.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, 2001. Available from: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>.
21. FIDLARCZYK, Delaine; FERREIRA, Sonia Saragosa. **Enfermagem em hemoterapia**. Rio de Janeiro: Medbook, 2008.

CONSIDERAÇÕES FINAIS ...

6. REFLEXÕES FINAIS: LUMIAR PÓS-LABIRINTO

Ao procurarmos, portanto, estabelecer uma relação entre o mito de Teseu e usando a mitologia para fazer analogias, buscamos mostrar os desafios e as dificuldades enfrentadas pelos colaboradores, no percurso do “labirinto”, e na tentativa, como o herói grego, de vencer o “Minotauro”. Enfim, através deste estudo e do olhar lançado ao mito, arriscamos mostrar a difícil batalha que um portador de câncer (um herói em construção), em uso da hemoterapia, passa na tentativa de cura, ou de pelo menos de conviver em “harmonia” com uma doença (um monstro?) tão devastadora.

Fundamentados na história oral de vida, procuramos descrever a dor e a dificuldade que os colaboradores tiveram, e alguns continuam tendo, para tentar expressar suas vicissitudes mais profundas, seus medos e, muitas vezes o pavor encontrado nos pesadelos tidos pela proximidade da morte. Pela história oral e as chances que ela oportuniza, pela técnica e métodos aplicados, notamos o crescimento não apenas deles, que falavam e deixavam a vida fluir, mas o crescimento do pesquisador que aprende em cada ato de vida ali exposto e registrado.

Despidos de intenções, aqueles homens e mulheres que se pronunciavam e relatavam, além de seus temores e perspectivas, toda uma trajetória de vida experimentada. Pura experiência, como afirma o estudioso Walter Benjamin, ao retratar a figura do narrador como homem a quem ainda propõe experiências em um mundo desumanizado. Por não “medirem” esforços ao exteriorizar seus sentimentos e sofrimentos, tanto físicos como psicológicos, os colaboradores dão uma prova viva da relevante tarefa de viver, procurando, entre trilhas, percalços e labirintos, uma saída.

Isto tudo serve e fica como lição para a reflexão que o estudo aqui buscou fazer. Pois, mergulhados na temível estrada que o câncer, como martírio e enfermidade, tem desafiado o ser humano, parece-nos difícil chegar ao outro lado do tortuoso caminho que a doença tem deixado como herança a quem se “atreve” a seguir na busca por vencê-la.

Pela história oral de vida chegamos às narrativas dos colaboradores. Essas narrativas estão repletas das experiências de vida em suas verdades,

sofrimentos, esperanças e medos. Estão também permeadas de desejo e vontade de viver. Observa-se aí o quanto de sofrimento o câncer causou, os prejuízos, e como os tratamentos, exames, dietas, entre outros problemas, limitaram as vidas de cada um. Tais limitações interferiram de maneira severa na forma de viver e conviver dessas pessoas com seu grupo de pertença, havendo, inclusive, interferência enorme também no trabalho, seja ele realizado em empresas, ou mesmo nos simples afazeres domésticos, deixando-os, muitas vezes, impossibilitados de realizá-los e com a sensação de inutilidade que pode refletir no tratamento contra a doença.

Sobretudo, o tratamento muitas vezes não foi devidamente compreendido ou até mesmo mal explicado, como ocorreu, neste caso, com a hemoterapia. Percebeu-se a falta de orientações do enfermeiro aos usuários de saúde com relação às explicações adequadas para esta terapêutica, deixando-os muitas vezes, sem os devidos esclarecimentos, pois sabemos que as transfusões sanguíneas trazem benefícios, mas podem também trazer prejuízo, como as reações transfusionais que podem levá-los a óbito. Será que essa falta de orientação dos procedimentos transfusionais aos usuários de saúde ocorre pela falta de conhecimento do enfermeiro, ou por ele não dar a devida importância à hemoterapia? Questionamentos como este poderão ser respondidos em futuras pesquisas.

As histórias dos colaboradores estão repletas de relatos da vivência e de experiência, revelando um intenso impacto emocional, ocorrido quando descobriram que estavam, cada um a seu modo e tempo, com uma doença com consequências drásticas. Embora tenham usado diversos mecanismos de defesa e luta como a negação, raiva/revolta, barganha, depressão e aceitação, tiveram que se readaptar e readaptar a uma forma de viver que equilibrasse a dor e a falta de esperança.

Trabalhos científicos comprovam, e a mídia diariamente noticia o surgimento de curas em indivíduos com câncer. No entanto, a maioria dos colaboradores do presente estudo não teve a chance de poder usufruir do que está por vir.

O fato é que muitas pessoas, não importa de que credo ou classe social, qual gênero ou cor, em decorrência desta doença tem vindo a óbito, deixando em todos nós a sensação de impotência diante de todo sofrimento e luta por que passam, tanto para os doentes como os seus familiares. Isso nos faz repensar

nossa prática, como profissional de saúde, e a conduta diante destes doentes e de nós mesmos.

E, sabendo que o enfermeiro é o profissional da área da saúde que está diuturnamente na assistência aos usuários, esteja ele com câncer ou outra doença, mas, que necessita de transfusão sanguínea, deverá ser orientado quando aos benefícios e os riscos, pois só assim conseguiremos fazer com que esta terapia não seja “banalizada”, e que se consiga realizar uma assistência humanizada.

Essas reflexões não representam o fim das discussões, mas podemos pensá-las como o início para outras, sobre as complicações, medos e os sofrimentos impostos pelo doente com câncer em uso de hemocomponentes. Por enquanto, tais reflexões apenas apontam e provocam para outros estudos que, diante das narrativas dos colaboradores, clamam por mudanças na gestão, na assistência de enfermagem e na saúde pública do Brasil.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução nº 57, de 16 de dezembro de 2010. Determina o Regulamento Sanitário para Serviços que desenvolvem atividades relacionadas ao ciclo produtivo do sangue humano e componentes e procedimentos transfusionais. **Brasilsus**, Brasília, DF, 17 dez. 2010 [online]. Disponível em: < <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/rdc/106696-57.html>>. Acessado em 22 Dez. 2010.

_____. **Rede sentinela**. Brasília, DF, 2010 [online]. Disponível em: < <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/hsentinela/apresentacao.htm>>. Acesso em: 15 nov. 2

ALBERTI, Verena. **Manual de história oral**. 3.ed. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

AMORIM FILHO, Luis de Melo. Uso do plasma fresco congelado. In: COVAS, Dimas Tadeu; LANGHI JÚNIOR, Dante Mário; BORDIN, José Orlando. **Hemoterapia: fundamentos e práticas**. São Paulo: Ateneu, 2007. (p 247-52).

ANGELOTTI, Gildo. Dor Crônica: Aspectos Biológicos e Psicológicos e Sociais. In: **Psicossomático e a psicologia da dor**. ANGERAMI, Valdemar Augusto (org.). 2 ed. São Paulo: Cengage Learning, 2012.(p. 297-311).

ANGERAMI, Valdemar Augusto. **Psicossomático e a psicologia da dor**. 2 ed. São Paulo: Cengage Learning, 2012.

ANTUNES, Sandra Vallin. Uso clínico de crioprecipitado e concentrado de fatores da coagulação. In: COVAS, Dimas Tadeu; LANGHI JÚNIOR, Dante Mário; BORDIN, José Orlando. **Hemoterapia: fundamentos e práticas**. São Paulo: Ateneu, 2007.p. 265-269.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução Luiz Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BATTAGLINI, Claudio L. et al. **Atividade física e níveis de fadiga em pacientes portadores de câncer**. Rev Bras Med Esporte _ Vol. 10, Nº 2 – Mar/Abr, 2004 [online]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbme/v10n2/a04v10n2.pdf>>. Acessado em 02 Dez. 2010.

BENTO, Luiz Antonio. **Bioética e pesquisa em seres humanos**. São Paulo: Paulinas, 2011.

BELÉM, Lindomar de Farias et al. **Descrição de reações transfusionais imediatas na fundação assistencial da paraíba, Brasil**. Rev. Baiana de Saúde Publica. Miolo. V 34 _ n 4.indd 810. 2011. [online]. Disponível em: <<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/74/80>> Acesso em: 18 de out. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Hemovigilância**: manual técnico para investigação das reações transfusionais imediatas e tardias não infecciosas / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: ANVISA, 2007.

_____. Portaria nº 1.353, de 13 de junho de 2011. Aprova o Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos. **Saúde Legis**, Brasília, DF, 2011. [online]. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1353_13_06_2011.html >. Acesso em: 16 jun. 2011.

_____. **Guia para o uso de hemocomponentes**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

_____. **Diretrizes Operacionais para os Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão**, Secretaria Executiva Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. 2006. [online]. Disponível em: < http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06_0257_M.pdf >. Acesso em: 20 de Dez. 2011. Às 02h.

_____. **Conceitos e definições em saúde**. Secretaria nacional de ações básicas de saúde. Coordenação de assistência médica e hospitalar. Brasília, 1977. [online]. disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0117conceitos.pdf>> Acesso em: 15 de out. 2012.

_____. Portaria nº 2.439/GM, de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Portal da Saúde**, Brasília, DF, 2005. [online]. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2439.htm> >. Acesso em: 10 de dez. 2011.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, 2001. [online]. Disponível em:

<<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>.> Acesso em: 08 de out. de 2012.

BULFINCH, Thomas. **O livro de ouro da mitologia**: histórias de deuses e heróis. 34 ed. Tradução David Jardim. Rio de Janeiro: Ediouro, 2006.

Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 306/2006**. Normatiza a atuação do Enfermeiro em Hemoterapia. Rio de Janeiro, abril de 2006. [online].

Disponível em:

< http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3062006_4341.html > Acesso em 03 de Nov. 2010.

Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Conselho Nacional de Saúde**, Brasília, DF, 10 out. 1996. [online].

Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.Htm >. Acesso em: 16 dez. 2010

COVAS, Dimas Tadeu et al. **Manual de medicina transfusional**. São Paulo: Atheneu, 2009.

DUNCAN, David Ewing. **Calendário**. Rio de Janeiro: Ediouro, 1999.

FELIX, Janaina Dumas; CASTRO, Denise Silveira de; AMORIM, Maria Helena Costa; ZANDONADE, Eliana. **Tendência da mortalidade por câncer de mama em mulheres** no Estado do Espírito Santo, no Período de 1980 a 2007. Rev. Bras. de Cancerologia [online]. 2011, vol. 57, n.2, p. 159-166. [online]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_57/v02/pdf/03_artigo_tendencia_mortalidade_cancer_mama_mulheres_estado_espirito_santo_periodo_1980_2007.pdf > acesso em: 05 de Nov. 2011. Às 22h.

FIDLARCZYK, Delaine; FERREIRA, Sonia Saragosa. **Enfermagem em hemoterapia**. Rio de Janeiro: Medbook, 2008.

FRAIJI, Nelson. Anemia aguda e transfusão de concentrado de hemácias. In: COVAS, Dimas Tadeu; LANGHI JÚNIOR, Dante Mário; BORDIN, José Orlando. **Hemoterapia**: fundamentos e práticas. São Paulo: Ateneu, 2007.p 207-212.

FRANCO, Maria Laura Publisi Barbosa. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Brasília. Liber livro, 2008.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GUIA DE CONDUTAS HEMOTERÁPICAS: **Padronização para utilização de hemocomponentes no hospital Sírio-Libanês**. 2. ed. S. P. 2010.

Instituto Nacional do Câncer. **O crescimento desordenado de células**. [online]. Disponível em: < http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322>. Acesso em 02 fev. 2011.

_____. **Cuidados paliativos oncológicos: controle de sintomas**. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

HARMENING, Denise M. **Técnicas Modernas em Banco de Sangue e Transfusão**. 4. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2006.

Associação Internacional para o Estudo da Dor. [online]. Disponível em: < <http://www.southernpain.com/> >. Acesso em: 05 de out. 2012.

JUNQUEIRA, Pedro C.; ROSENBLIT, Jacob; HAMERSCHLAK, Nelson. História da Hemoterapia no Brasil. In: COVAS, Dimas Tadeu; LANGHI JÚNIOR, Dante Mário; BORDIN, José Orlando. **Hemoterapia: fundamentos e práticas**. São Paulo: ateneu, 2007. p 535-540.

KALIKS, Rafael; HOLTZ, Luciana; GIGLIO, Auro Del. **Paciente com câncer: Um guia para quem acabou de receber o diagnóstico**. Barueri, SP. Minha editora, 2012.

KOENIG, Harold George. **Medicina, religião e saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade**. Porto Alegre, RS: L&PM, 2012.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 9. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

KÜBLER-ROSS, E. **A Roda da vida: Memórias do viver e do Morrer**. 2. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2004.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Mariana de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LEITE, Francisco Tarcísio. **Metodologia científica: métodos e técnicas de pesquisa: monografias, dissertações, teses e livros**. 3. ed. Aparecida, SP: Ideias & Letras, 2012.

LUDWIG Luana; ZILLY Adriana. **Reações transfusionais ligadas ao sistema ABO**. Ed. NewsLab . PR – 2007. [online]. Disponível em: <http://www.newslab.com.br/ed_anteriores/84/art01/art01.pdf> Acesso em: 15 jun. 2011.

MAGANHA, Cleusa Vieira; REZENDE Rosália Figueiredo. **Doação de sangue: aspectos relevantes relacionados ao seu desenvolvimento**. 2008. 59 f. Trabalho de Conclusão do curso (graduação em Enfermagem) - Faculdade de Ciências da Saúde de Campos Gerais, Campos Gerais - MG, 2008. [online]. Disponível em: <<http://www.facica.edu.br/tcc/2008-2/Cleusa%20Vieira%20e%20Rosalia%20Figueiredo.pdf>> Acesso em: 20 de jun. 2010.

MEIHY, Jose Carlos Sebe Bom. **Manual de história oral**. São Paulo: Loyola, 2002.

MEIHY, Jose Carlos Sebe Bom. HOLANDA, Fabíola. **História oral: Como fazer, como pensar**. 2.ed. São Paulo: Contexto, 2011.

MEIHY, Jose Carlos Sebe Bom. RIBEIRO, Suzana L. Salgado. **Guia prático de história oral: para empresas, universidades, comunidades, famílias**. São Paulo: Contexto, 2011.

MCEWEN, Melanie; WILLS, Evelyn M.; **Bases teóricas para enfermagem**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MIRANDA, Clélia Albino Simpson de; Maciel, Hortêncio Ribeiro. **O amor à vida não me falou: trajetória de um ex-doente de hanseníase**. Editora Universitária: João Pessoa (PB); 2003.

MOHALLEM, Andréia da Costa Gomes; RODRIGUES, Andrea Bezerra. **Enfermagem oncológica**. Barueri, SP: Malone, 2007.

MORAIS, Gilvânia Smith da Nóbrega *et al.* **Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado**. Rev. Acta Paul Enferm. 2009; 22(3):323-7. [online]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a14v22n3.pdf>> Acesso em: 30 de out. 2012.

MOTA, Dálete Delalibera Corrêa de Faria; PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos. **Fadiga em pacientes com câncer avançado: conceito, avaliação e intervenção**.

Revista Brasileira de Cancerologia, 2002, 48(4): 577- 83. [online]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v04/pdf/revisao3.pdf> Acesso em: 28 de out. 2012.

MUKHERJEE S. **O imperador de todos os males**: Uma biografia do câncer. Companhia das letras. São Paulo (SP); 2012.

NEVES, Mário Soares de Azevedo; DELGADO, Raquel Baumgratz. **Suporte hemoterápico ao paciente em emergência médica**. Rev. Med. Minas Gerais. [online]. 2010, vol. 20, n.4, pp. 568-577. [online]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v29n4/a14v29n4.pdf>> acesso em: 20 de Out. 2011. Às 14h.

POLIT, Denise F; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre -RS: Artmed, 2004.

SAWADA, Namie Okino et al. **Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia**. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2009, vol.43, n.3, pp. 581-587. ISSN 0080-6234. [online]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a12v43n3.pdf>>. Acesso em: 05 de jan. 2012.

SEIXAS, Raquel Jeanty de; KESSLER, Adriana; FRISON, Verônica Baptista. **Atividade Física e Qualidade de Vida em Pacientes Oncológicos durante o Período de Tratamento Quimioterápico**. Rev. Bras. de Cancerologia [online]. 2010, vol. 56, n.3, p. 321-330. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_56/v03/pdf/05_artigo_atividade_fisica_qualidade_vida_pacientes_oncologicos_durante_periodo_tratamento_quimioterapico.pdf>. Acesso em: 02 de Nov. 2011. Às 12h.

SILVA, Camila Bento; ALBUQUERQUE, Verônica; Leite, Jonas. **Qualidade de Vida em Pacientes Portadoras de Neoplasia Mamária Submetidas a Tratamentos Quimioterápicos**. Rev. Bras. de Cancerologia [online]. 2010, vol. 56, n.2, p. 227-236. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_56/v02/pdf/08_artigo_qualidade_vida_portadoras_neoplasia_mamaria.pdf> Acesso em: 03 de Nov. 2011. Às 11h.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **Brunner & Suddarth**: Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgico. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SONTAG, Susan. **Doença como metáfora, AIDS e suas metáforas**. Tradução Rubens Figueiredo/Paulo Henriques Brito. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

TERAPÊUTICA TRANSFUSIONAL: **Manual para médicos**. 7. ed. 2002. Versão traduzida do manual AABB, Associação Americana dos Bancos de Sangue.

THERNSTROM, Melanie. **As crônicas da dor: tratamento, mitos, mistérios, testemunhos e a ciência do sofrimento**. Tradução Maria Beatriz de Medina. Rio de Janeiro: Objetiva, 2011.

THOMPSON, P.; **A voz do passado: História oral**. Rio de Janeiro: 3. ed. Paz e Terra 2002.

VELOSO, Caetano. **Caetano Veloso: Literatura Comparada**. Seleção de textos, notas, estudos biográficos, histórico e crítico e exercícios por Paulo Elias Allane Franchetti e Antônio Alcyr Bernardes Pécora. São Paulo: Abril Educação. 1981.

NOVARETTI, Marcia Cristina Z.. **Importância dos carreadores de oxigênio livre de células**. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter.* [online]. 2007, vol.29, n.4, p. 394-405. ISSN 1516-8484. [online]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v29n4/a14v29n4.pdf>> acesso em: 20 de Out. 2011. Às 02h.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Campus Universitário – BR 101 – Lagoa Nova – Natal (RN).

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Sr. (a)

Este é um convite para você participar da pesquisa intitulada “**Trajetória de vida dos portadores de doenças oncológicas em uso de transfusões sanguíneas**” que é coordenada pela Profr^a. Dr^a. Clélia Albino Simpson, professora Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFRN, em colaboração com João Evangelista da Costa, mestrando desta universidade.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Essa pesquisa tem como objetivo: Refletir e narrar sobre o impacto da transfusão de sangue em usuários de saúde oncológicos através da história oral de vida, no município de Natal, estado do Rio Grande do Norte. O estudo justifica-se pelo interesse dos pesquisadores em resgatar sentimentos/comportamentos, expectativas de portadores de doenças oncológicas como forma de resgatar sua própria história.

Caso decida aceitar o convite, você será submetido (a) ao(s) seguintes procedimentos: escolha da pessoa, as pessoas ou grupos a serem entrevistados. Para se ter um bom desenvolvimento da História Oral, é indispensável a existência de um projeto que oriente o andamento do trabalho durante o tratamento da textualização. A última fase é a transcrição, que se compromete a ser um texto recriado em sua plenitude. Conferência é o momento em que, depois de trabalhado o texto, quando se supõe que está em sua versão final

A presente pesquisa oferece riscos mínimos ou desconforto ao participante e não envolve experimento de qualquer natureza tampouco utilizará medicamentos em seus participantes. Em caso de dano devidamente comprovados resultantes desta pesquisa, o colaborador será devidamente indenizado pelos pesquisadores. No entanto, na ocorrência, em qualquer momento, de algum dano causado pela pesquisa ao mesmo seja ele de origem, física ou moral, o participante terá direito a indenização. Os benefícios ao participante serão da ordem de promoção do conhecimento acerca das transfusões sanguíneas e as estratégias para seu enfrentamento.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar, direta e respectivamente ao pesquisador:

Pesquisador responsável: Dr^a Clélia Albino Simpson. Endereço: Rua Girassol, 200; Residencial Viver; Jardim Planalto; Parnamirim – RN Fone: (84) 36451647. E-mail: cleliasimpson@pop.com.br

Duvidas éticas:

Comitê de Ética em Pesquisa: End. Rua Dr. Mário Negócio, 2267. Bairros das Quintas.

CEP: 59040-000, Natal/RN. Telefone (84) 4009-5494. E-mail: biblioteca@liga.org.br

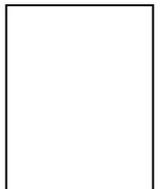
Home-page: <http://ligacontraocancer.com.br/comite-de-etica-e-pesquisa>

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa intitulada “**Trajetória de vida dos portadores de doenças oncológicas em uso de transfusões sanguíneas na cidade de Natal/RN**”

Pesquisador (Assinatura)

Participante da Pesquisa (Assinatura)



Natal/RN, _____ de _____ de _____

APÊNDICE B– INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

Campus Universitário – Br 101 – Lagoa Nova – Natal, RN.
CEP: 59072-970. Fone/fax: (84) 3215-3196. E-mail: pgenf@pgenf.ufrn.br

ENTREVISTA**Ficha técnica do colaborador do estudo**

Nome: _____

Nome fictício: _____

Naturalidade: _____

Idade: ___ anos Gênero: () M () F

Escolaridade: () Sem estudos () Fundamental incompleto () Fundamental completo () Médio incompleto () Médio completo () Superior incompleto () Superior completo () Outros: _____

Estado Civil: () Solteiro (a) () Casado (a) () Viúvo (a) () Divorciado(a) ()

Outros: _____

Profissão: _____

Renda Familiar (Salário mínimo de R\$510,00 – Atualizado pela Medida Provisória nº 474/2009, de 24.12.2009):

() até 1 salário mínimo () de 1 a 2 salários mínimos () de 2 a 5 salários mínimos
() acima de 5 salários mínimos

Religião: _____

Local da entrevista: _____

Data da entrevista: __/__/____ Hora: _____

Questões de corte

5. Fale de sua vida depois da doença.

6. Fale sobre as mudanças que ocorreram na sua vida após as transfusões sanguíneas.

APÊNDICE C – CARTA DE CESSÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
 Campus Universitário – Br 101 – Lagoa Nova – Natal, RN.
 CEP: 59072-970. Fone/fax: (84) 3215-3196. E-mail: pgenf@pgenf.ufrn.br

CARTA DE CESSÃO

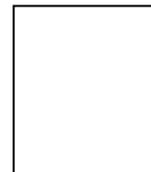
Natal, ___/___/_____.

Prezado (a) Pesquisador (a)

Eu, _____, de estado civil _____ e, portador (a) do RG nº: _____, Órgão Expedidor _____, declaro para os devidos fins que participei, de forma voluntária, como colaborador (a), da pesquisa intitulada **TRAJETÓRIA DE VIDA DOS PORTADORES DE DOENÇAS ONCOLÓGICAS EM USO DE TRANSFUSÕES SANGUÍNEAS NA CIDADE DE NATAL/RN**, bem como também declaro que cedo os direitos de minhas fotos, cartas, documentos e entrevista, concedida no dia ___/___/_____, para que a Professora Doutora Clélia Albino Simpson, vinculada a Universidade Federal do Rio Grande do Norte e responsável pela pesquisa, possa usá-la integralmente ou em partes, sem restrições de prazos e limites de citações, desde a presente data. Da mesma forma, autorizo o uso de terceiros para ouvi-la e usar citações, ficando vinculado o controle à responsável pela pesquisa, que tem sua guarda.

Abdicando de direitos meus e de meus descendentes, subscrevo a presente, que terá minha firma reconhecida em cartório.

 Assinatura do colaborador



Impressão Digital

APÊNDICE D – CARTA DE ANUÊNCIA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
 Campus Universitário – Br 101 – Lagoa Nova – Natal, RN.
 CEP: 59072-970. Fone/fax: (84) 3215-3196. E-mail: pgenf@pgenf.ufrn.br

CARTA DE ANUÊNCIA

TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA: TRAJETÓRIA DE VIDA DOS PORTADORES DE DOENÇAS ONCOLÓGICAS EM USO DE TRANSFUSÕES SANGUÍNEAS NA CIDADE DE NATAL/RN.

LOCAL DE PESQUISA: NÚCLEO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA - UFRN

RESPONSÁVEL: PROFA. DRA. CLÉLIA ALBINO SIMPSON.

COLABORADOR: JOÃO EVANGELISTA DA COSTA

CONHECENDO O PROPÓSITO DESTA PESQUISA, SEUS OBJETIVOS E METODOLOGIA, DECLARO QUE:

AUTORIZO A COLETA DE DADOS: SIM () NÃO ()

QUANTO À DIVULGAÇÃO: AUTORIZO MENÇÃO DO NOME DESTA INSTITUIÇÃO NO RELATÓRIO TÉCNICO-CIENTÍFICO: SIM () NÃO ()

QUANTO AO RELATÓRIO TÉCNICO-CIENTÍFICO: REQUER A APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS: SIM () NÃO ()

COMENTÁRIO(S):

NATAL, RN: ____/____/____.

DIRETORIA GERA

ANEXOS

ANEXO A - PROTOCOLO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



LIGA NORTE RIOGRANDENSE CONTRA O CÂNCER
DEPARTAMENTO DE ENSINO, PESQUISA
E EDUCAÇÃO COMUNITÁRIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Natal, 08 de Fevereiro de 2012.

Parecer Consubstanciado Nº. 001/001/2012.

Protocolo de Estudo: "Trajetória de vida dos portadores de doença oncológicas em uso de transfusões sanguíneas na cidade de Natal/RN".

Pesquisadora Responsável: Clélia albino Simpson

Pesquisadores Envolvidos: João Evangelista da Costa

Documentos analisado:

- Carta de Submissão;
- Folha de rosto;
- Proposto do projeto;
- Carta de responsabilidade;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Projeto de pesquisa

Parecer: em resposta ao parecer consubstanciado nº 205/205/2011, todas as exigências foram atendidas. A justificativa e os objetivos foram refeitos baseados em literatura científica. O TCLE foi feito, ficando claro e objetivo. Portanto, este Comitê de Ética da Liga Norte Riograndense após reunião realizada em 07/02/2012, expressa o seu parecer a este estudo como **APROVADO**.

Informações ao pesquisador: segundo a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, através do "Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa" e resolução 196/96 do CNS o pesquisador responsável deverá:


Andréa Carla P. Fernandes
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

1. Entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, na íntegra, por ele assinada (Res. 196/96 – CNS);
2. Desenvolver a pesquisa conforme foi delineada no protocolo aprovado (Res. 196/96 – CNS);
3. Apresentar ao CEP/LNRCC eventuais emendas ou extensões ao protocolo original, com justificativa;
4. Apresentar ao CEP/Liga relatório parcial (a cada 6 meses) e final após conclusão da pesquisa.

OBS: Informamos também que nenhum dos pesquisadores envolvidos no estudo participou e também não aprovou ou expressou sua opinião através de procuração a membros do CEP para análise, aprovação ou não, dos documentos referidos.


Andréa Carla P. Fernandes
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Liga Norte Riograndense Contra o Câncer

ANEXO B - NORMAS DA REVISTA ELETRÔNICA CUIDADO É FUNDAMENTAL
<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/information/authors>

Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online DOI: 10.9789/2175-AP5361

ATUALIZADO EM AGOSTO DE 2012

Diretrizes para Autores:

A Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental On Line [RPCFO] foi transferida para o formato eletrônico (SEER) em maio de 2009, sem fins lucrativos. Atualmente é editada pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF)- Mestrado e Doutorado em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro [UNIRIO], com periodicidade trimestral, compondo-se de um volume por ano com quatro números. Está classificada no QUALIS/CAPES como B2.

Quando da submissão dos manuscritos, em METADADOS DA SUBMISSÃO devem constar todos os AUTORES que por ventura estejam mencionados como << AUTOR >> no corpo do texto. O encaminhamento do manuscrito, anexos e o preenchimento de todos os dados, são de inteira responsabilidade do autor que está submetendo o manuscrito e não do Editor.

Todos os manuscritos são previamente apreciados pelo Editor no que se refere à adequação às Normas da RPCFO de FORMATAÇÃO e ESTRUTURA e, se considerados adequados, serão encaminhados para os consultores *Ad hoc*, de reconhecida competência na temática abordada. Em caso de desacordo, será enviado para uma segunda avaliação. No caso da identificação de conflito de interesse por parte dos consultores, será encaminhado para outro consultor.

O manuscrito que NÃO cumprir tais Normas, por INCOMPLETUDE ou INADEQUAÇÃO, SERÁ SUMARIAMENTE DEVOLVIDO antes mesmo de ser submetidos à avaliação PELO CONSULTOR. Portanto, solicitamos atenção nas normas para submissão de manuscritos. Caso não seja atendida a solicitação ajustes no prazo de 3 (três) dias, o mesmo será ARQUIVADO e se

houver interesse ainda em publicá-lo, deverá ser submetido novamente, onde será iniciado novo processo de julgamento por pares.

O processo de avaliação utiliza o sistema *Doubleblind peer review*, preservando a identidade dos autores e consultores, com emprego de formulário da RPCFO. O prazo de devolução para os pareceres é, no máximo, 28 dias, quando for aceita a realização da avaliação pelos avaliadores. Caso contrário, será enviado para outros consultores. Em persistindo a não aceitação, dois membros do Conselho Editorial avaliarão o artigo.

Os pareceres dos avaliadores serão disponibilizados *online* para o autor responsável pela submissão que terá o prazo de 10 (dez) dias para atender as solicitações. Caso contrário, o manuscrito será ARQUIVADO após envio de comunicado para todos os autores por entendermos que não houve interesse em atender a solicitação para ajustes de acordo com as avaliações realizadas. Porém, se houver interesse ainda em publicá-lo, o artigo deverá ser submetido novamente, onde será iniciado novo processo de julgamento por pares.

Preparo dos manuscritos:

QUANTO À REDAÇÃO - os manuscritos devem ser redigidos de maneira objetiva, mantendo linguagem adequada ao estudo, bem como ressaltando a terminologia científica condizente.

QUANTO À AUTORIA - o conceito de autoria está respaldado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere, sobretudo, à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica.

MÁXIMO DE 06 AUTORES por artigo enviado.

QUANTO À FORMATAÇÃO - os manuscritos devem ser produzidos em editor de texto word 7.0 (ou versão inferior) com:

- a) 25 páginas (máximo), excluindo-se: página de rosto, resumo, abstract, resumen (todos com descritores), agradecimentos e referências (Estilo Vancouver), digitadas em uma só face, em papel tamanho Ofício (21,59cm/35,56cm).
- b) Fonte Trebuchet MS, justificado, tamanho 11, espaço 1,5 linha em todo o texto (há exceções para tabelas e citações).

- c) Páginas numeradas no ângulo superior direito a partir da página de identificação.
- d) Margens laterais, superiores e inferiores de 3,0 cm cada.
- e) Os resumos devem ser apresentados em português, inglês e espanhol, com 150 palavras no máximo. Deve-se iniciar e sequenciar em tópicos os seguintes termos: OBJETIVO, MÉTODOS, RESULTADOS, CONCLUSÃO, DESCRITORES seguido do sinal de : . Usar letra maiúscula apenas na primeira letra de cada palavra. Não usar os termos: Palavras-chave, Keywords e Palabras-llave. Usar: DESCRITORES, DESCRIPTORS e DESCRIPTORES, respectivamente. Ressalta-se que os itens observados se adequarão à natureza do estudo qualitativo, quando for pertinente.
- f) Não deverá ser utilizada nenhuma forma de destaque no texto (sublinhado, negrito, marcas d'água), exceto para títulos e subtítulos. Nos subtítulos NÃO USAR numeração nem no final o sinal de:. O texto deve ser escrito abaixo.
- g) Utilizar apenas itálico em palavras ou expressões que realmente necessitem ser enfatizadas no texto.
- h) Os títulos e subtítulos devem ser identificados por negrito e letra maiúscula.
- i) Não usar rodapé ou cabeçalhos.
- j) As referências devem ser numeradas e normalizadas de acordo com o Estilo Vancouver. Não usar o termo << BIBLIOGRÁFICAS >>
- l) Recomenda-se o uso de parágrafos de 1,5 cm para as referências.

QUANTO À ESTRUTURA

- a) Página de rosto - título do manuscrito que deve ser centralizado e em maiúscula com negrito; versão do título nos idiomas inglês e espanhol. Na versão em que o manuscrito seja em espanhol ou francês, deverá ser apresentado no idioma inglês, inclusive. Abaixo do título, justificado: 1) Tipo de auxílio e nome da agência financiadora, se convier; 2) Se elaborado a partir de tese, dissertação ou monografia: título, ano e instituição onde foi apresentada.
- b) Resumos - devem ser apresentados em português, inglês e espanhol, com 150 palavras no máximo. Deve-se iniciar e sequenciar em tópicos os seguintes termos: OBJETIVO, MÉTODOS, RESULTADOS, CONCLUSÃO, DESCRITORES seguido do sinal de : . Usar letra maiúscula apenas na primeira letra de cada palavra. Na versão em que o manuscrito for escrito em Espanhol ou Francês, apresentar o abstract; na versão em que for em Inglês, o resumen. DESCRITORES - indicar de três a cinco

termos que identifiquem o tema, limitando-se aos descritores recomendados nos Descritores em Ciências da Saúde [DeCS], traduzido do Medical Subject of Health - MeSH, e apresentado gratuitamente pela BIREME na forma trilingüe, na página URL: <http://decs.bvs.br>. TESE E DISSERTAÇÃO - enviar o resumo, abstract e resumen.

c) Texto - os textos de manuscritos Pesquisa, Pesquisa de Iniciação científica, Ensaio e de revisão devem apresentar: 1) INTRODUÇÃO; 2) OBJETIVO; 3) MÉTODOS; 4) RESULTADOS; 5) DISCUSSÃO; 6) CONCLUSÃO; 7) AGRADECIMENTOS (opcional); 8) REFERÊNCIAS (Estilo Vancouver).

As demais categorias terão estrutura textual livre, porém as REFERÊNCIAS são obrigatórias. Os textos de manuscritos Pesquisa, Página de Iniciação Científica, Ensaio e de revisão devem conter as seguintes seções:

1) INTRODUÇÃO - deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento, fornecendo referências estritamente pertinentes. Apresentar os objetivos da pesquisa.

2) MÉTODOS - devem descrever o tipo de estudo, a população, a amostra, os critérios de seleção da amostra, o instrumento de coleta de dados, os procedimentos para a coleta e análise dos dados. Necessariamente devem explicitar o cumprimento dos princípios de pesquisa envolvendo seres humanos ou animais, bem como o nome do Comitê de Ética em Pesquisa no qual o projeto de pesquisa foi aprovado com o respectivo número de protocolo. Para os autores brasileiros, a Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, deve ser considerada; para os estrangeiros, se adotaram a Declaração de Helsinki, disponível na página URL: <http://www.wma.net>.

3) RESULTADOS - devem descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações ou comparações e o texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras.

a) TABELAS - devem ser elaboradas para reprodução direta, em preto e branco, inseridas no texto, com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte superior, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que

foram citadas no texto, conteúdo em fonte 10 com a primeira letra em maiúscula, apresentadas em tamanho máximo de 14 x 21 cm (padrão da revista) e comprimento não deve exceder 55 linhas, incluindo título. Se usar dados de outra fonte, publicada ou não, obter permissão e indicar a fonte por completo. Não usar linhas horizontais ou verticais internas. Empregar em cada coluna um título curto ou abreviado. Colocar material explicativo em notas abaixo da tabela, não no título. Explicar em notas todas as abreviaturas não padronizadas usadas em cada tabela.

b) ILUSTRAÇÕES - fotografias, desenhos, gráficos e quadros são considerados Figuras, as quais devem ser elaboradas para reprodução de acordo com o formato da RPCFO, em preto e branco, inseridos no texto, com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte inferior e sem grifo, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto.

c) CITAÇÕES - No texto, utilizar o sistema numérico de citação, no qual somente os números-índices das referências, na forma sobrescrita, são indicados no texto. Nas citações diretas até três linhas incluí-las no texto, entre aspas (sem itálico) e referência correspondente conforme exemplo: 13:4 (autor e página); com mais de três linhas, usar o recuo de 4 cm, letra tamanho 11 e parágrafo simples (sem aspas e sem itálico), seguindo a indicação de autor e data.

d) DEPOIMENTOS - na transliteração de comentários ou de respostas, seguir as mesmas regras das citações, porém em itálico, com o código que representar cada depoente entre parênteses. Exemplo: Acho que não faz sentido avaliar este trabalho de modo que não comprometa a idoneidade dos autores assim como a identificação de cada um. (Davidson).

4) DISCUSSÃO - deve conter comparação dos resultados com a literatura, as limitações da pesquisa e a interpretação dos autores, enfatizando os aspectos novos e importantes do estudo.

5) CONCLUSÃO - relacionar as conclusões com os objetivos do trabalho, evitando assertivas não apoiadas pelos achados e incluindo recomendações, quando pertinentes.

6) AGRADECIMENTOS - devem ser breves e objetivos, somente a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo.

7) REFERÊNCIAS

A RPCFO adota os "Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas", publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas - Estilo Vancouver, disponível no site: <http://www.icmje.org> ou <http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html> (versão traduzida em português).

Os títulos de periódicos devem ser referidos abreviados, de acordo com o Index Medicus: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals> .

Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consultar o site: <http://portal.revistas.bvs.br> eliminando os pontos da abreviatura, com exceção do último ponto para separar do ano.

As referências devem ser numeradas e normalizadas de acordo com o Estilo Vancouver.

Na lista de referências, as referências devem ser numeradas consecutivamente, conforme a ordem que forem mencionadas pela primeira vez no texto.

Referencia-se o(s) autor(e)s pelo sobrenome, apenas a letra inicial é em maiúscula, seguida do(s) nome(s) abreviado(s) e sem o ponto.

Quando o documento possui de um até seis autores, citar todos os autores, separados por vírgula; quando possui mais de seis autores, citar todos os seis primeiros autores seguidos da expressão latina "et al".

Com relação a abreviatura dos meses dos periódicos - em inglês e alemão, abrevia-se os meses iniciando por maiúsculas; em português, espanhol, francês e italiano, em minúsculas. Ambos serão sem ponto como recomenda o Estilo Vancouver.

Exemplos:

1. Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med*. 2002 Jul 25;347(4):284-7.

2. Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK, et al. Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. *Brain Res*. 2002;935(1-2):40-6

3. Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4ª ed. St. Louis: Mosby; 2002.

4. Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editores. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

5. Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertação]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

6. Tannouri AJR, Silveira PG. Campanha de prevenção do AVC: doença carotídea extracerebral na população da grande Florianópolis [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Medicina. Departamento de Clínica Médica, 2005.

7. Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [periódico na Internet]. 2002 Jun [acesso em 2002 Aug. 12];102(6):[aproximadamente 3 p.]. Disponível em: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

8. Cancer-Pain.org [homepage na Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [atualizada em 2002 May 16; acesso em 2002 Jul. 9]. Disponível em: <http://www.cancer-pain.org/>.

OUTROS

Livros como um todo: Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo (SP): Atlas; 2002.

Livros traduzidos: Nightingale F. Notas de enfermagem: o que é e o que não é. Tradução de Amália Correa de Carvalho. São Paulo (SP): Cortez; 1989.

Livros com organizador, coordenador, editor ou compilador: Figueiredo NMA, Viana DL, coordenadoras. Tratado prático de enfermagem. São Caetano do Sul (SP): Yendis; 2006.

Capítulo de livro: Moreira A. Movimentos de profissionalização da enfermagem. In: Oguisso T, organizadora. Trajetória histórica e legal da enfermagem. 1ª. São Paulo (SP): Manole; 2005.

Teses, dissertações e monografias acadêmicas:

1. Melo ECP. Infarto agudo do miocárdio no Município do Rio de Janeiro: qualidade dos dados, sobrevida e distribuição espacial [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública; 2004.

2. Porto F. A cartografia de luta das enfermeiras obstetras na maternidade Leila Diniz (1996-1998): do soldado ao batom [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 2001.

3. Alessandra CM. O enfermeiro diante do corpo do cliente em fase terminal: o cuidado que transcende o real e o concreto [monografia] Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, UNIRIO; 2005.

Trabalhos de congressos e de seminários: anais, livros de resumos:

1. Amorim WM, Barreira IA. As circunstâncias do processo de reconfiguração da Escola Profissional da Assistência a Psicopatas do Distrito Federal. In Anais do 2º Colóquio Latino-americano de História de Enfermagem; 2005 set 12-15; Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Rio de Janeiro (RJ): EEAN; 2005. p 148-53.

Artigo padrão publicado em periódico impresso:

1. Moreira MC, Carvalho V. Manifestações de ansiedade de clientes durante tratamento quimioterápico: indicativo para o planejamento do cuidado de enfermagem. R. pesq.: cuidado é fundamental 2005 jan/dez; 9 (1/2): 7-16.

Artigo publicado em periódico de meio eletrônico:

1. Cabral IEC. Cuidando y educando para la cidadania: modelo sociopolítico. Freire Online - A journal of the Paulo Freire Institute/UCLA [periódico on line] 2003 jul; [citado 10 set 2003]; 1(2): [aprox. 3 telas]. Disponível em <http://www.paulofreireinstitute.org/freireonline/volume1/1cabral2.html>

Artigo consultado em indexadores ou bibliotecas eletrônicas:

1. Carvalho V. Sobre constructos epistemológicos nas ciências: uma contribuição para a enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [on line] 2003 jul/ago; [citado 22 dez 2003]; 11(4): [aprox. 8 telas]. Disponível em <http://www.scielo.br>.

Artigo no prelo (com confirmação para publicação):

1. Brum AKR, Tocantins FR, Silva TJES. O enfermeiro como instrumento de ação no cuidar do idoso. Rev. Latino-Am. Enfermagem. No prelo 2004.

Artigo em periódico de divulgação comercial (revista e jornal):

1. Transgênicos: os grãos que assustam. Veja (São Paulo) 2003 out 29; 36 (43): 95-113.

Resumo, editorial e resenha publicados em periódicos:

1. Porto IS. Requisitos uniformes para manuscritos na Escola Anna Nery Revista de Enfermagem: por que, para que e como [editorial]. Esc Anna Nery Rev. Enferm 2003 dez; 3(7): 309-10.

Instituição como autor:

1. Center for Disease Control. Protection against viral hepatitis. Recommendations of the immunization. Practices Advisory Committee. MMWR 1990; 39(RR-21): 1-27.

Trabalhos em CD-ROM:

1. Motta MCS, Marin HF, Zeitone RC. Exame físico em consulta de enfermagem de puericultura. [CD-ROM]. Rio de Janeiro (RJ): NCE / EEAN / Central de Eventos; 2001.

Página da Web:

1. Mascagni PMA. Adolescência e diabetes. São Paulo (SP): ABC da saúde; 2003. [citado 18 ago 2005]. Disponível em: URL: <http://www.abcdasaude.com.br/DM/adolesc.htm>.

Verbetes de dicionário:

1. Ferreira ABH. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. 2. ed. Rio de Janeiro (RJ); Nova Fronteira; 1986. Cuidado; p. 507.

Relatório técnico e científico:

1. Associação Brasileira de Enfermagem. Seção Rio de Janeiro. Relatório Financeiro 2000. Rio de Janeiro (RJ); 2000.

2. Paes FRC, Nogueira ARR, Dias DS. Protótipo de sistemas de informação: um estudo sobre a tecnologia utilizada. Rio de Janeiro (RJ): IBM/Centro Científico; 1998. Relatório técnico nº CCR-60.

Ata de reunião:

1. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Ata da reunião ordinária nº 7 do Núcleo de Pesquisa e Experimentação em Enfermagem Fundamental, do Departamento de Enfermagem Fundamental para tratar reunião ordinária para a implantação do Laboratório de Pesquisa em História da Enfermagem. Rio de Janeiro (RJ); 2000 set.

Documentos jurídicos (leis, atos normativos, portarias e resoluções):

1. Senado Federal (BR). Constituição: República Federativa do Brasil: 1988. Brasília (DF): Centro Gráfico: 1988. Decreto lei nº 2268, de 30 de junho de 1997. Regulamenta a lei nº 9434 sobre doação de órgãos no Brasil. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF) 1997 jul; 123 (99): 6110.

2. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos: Resolução nº 196/96. Brasília (DF); 1996. [citado em 17 jun 2000]. Disponível em: URL: <http://www.ufrgs.br/hcpa/gppg/res19696.htm>.

Erratas: os pedidos de correção deverão ser encaminhados em prazo máximo de 30 dias após a publicação da edição.

ANEXO C – NORMAS DA REVISTA ELETRÔNICA DE ENFERMAGEM
<http://www.fen.ufg.br/revista/pre-textuais/normas.htm>



Todos Atual Instruções Submissão

Instruções para publicação de manuscritos

POLÍTICA EDITORIAL

A Revista Eletrônica de Enfermagem (REE), disponível no site <http://www.fen.ufg.br/revista/>, é um periódico de acesso aberto, gratuito e trimestral, destinado à divulgação arbitrada da produção científica na área de Ciências da Saúde com ênfase em Enfermagem.

São aceitos manuscritos originais e inéditos, destinados **exclusivamente** à REE, que contribuam para o crescimento e desenvolvimento da produção científica da área da Saúde, da Enfermagem e de áreas correlatas.

A REE publica artigos em português, inglês ou espanhol, destinados à divulgação de resultados de pesquisas originais, artigos de revisão sistemática, revisão integrativa e editorial.

As opiniões e conceitos emitidos pelos autores são de exclusiva responsabilidade dos mesmos, não refletindo, necessariamente, a opinião da Comissão de Editoração e do Conselho Editorial da Revista.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Os manuscritos são analisados em uma primeira etapa, pela Comissão Editorial, que leva em consideração a observância do atendimento das normas editoriais, coerência interna do texto, pertinência do conteúdo do manuscrito à linha editorial do periódico e contribuição para a inovação do conhecimento na área.

Uma vez aprovados na etapa preliminar, os manuscritos são encaminhados para apreciação do seu conteúdo. Para tanto, utiliza-se o modelo *peer review*, de forma a garantir o sigilo sobre a identidade dos consultores e dos autores. A análise do texto é feita com base no instrumento de avaliação da Revista. Os pareceres encaminhados pelos consultores são analisados pela Comissão Editorial que atenta para o cumprimento das normas de publicação, conteúdo e pertinência. Após todo esse processo, os manuscritos são enviados aos autores com indicação de aceitação, reformulação ou recusa.

Em caso de reformulação, cabe à Comissão Editorial o acompanhamento das alterações. As pesquisas provenientes do Brasil que envolvem seres humanos devem, obrigatoriamente, explicitar no corpo do trabalho o atendimento das regras da Resolução CNS 196/96, indicando número de aprovação emitido por Comitê de Ética, devidamente reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Não serão admitidos acréscimos ou alterações após o envio para composição editorial e fechamento do número.

PROCESSO DE SUBMISSÃO

Os manuscritos devem ser submetidos à REE exclusivamente pelo Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas, disponível no endereço: <http://revistas.ufg.br/index.php/fen/author/submit/1>, que emitirá um protocolo numérico de identificação.

No momento da submissão o autor precisa anexar no sistema:

- Arquivo do manuscrito no formato.doc;
- Formulário de submissão para cada um dos autores (conforme modelo)
- Aprovação do comitê de ética em pesquisa (autores brasileiros) ou declaração informando que a pesquisa não envolveu seres humanos. Para autores de outros países os procedimentos no texto são os mesmos, porém devem atender as orientações do país de origem para o desenvolvimento de investigações com seres humanos (<http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>).

Os formulários individuais, aprovação do comitê de ética ou declaração devem ser digitalizados em formato JPG ou PDF, com tamanho máximo de um megabyte (1 MB) para cada arquivo, e enviados para o sistema de submissão como “Documentos suplementares” (passo 4 do processo de submissão).

No recebimento do manuscrito é feita a conferência do texto e da documentação. Havendo pendências serão solicitadas correções. O não atendimento dessas correções implica no cancelamento imediato da submissão.

CATEGORIA DOS ARTIGOS

Artigos Originais: são trabalhos resultantes de pesquisa original, de natureza quantitativa ou qualitativa, que agregam inovações e avanços na produção do conhecimento científico. Máximo de 15 laudas.

Artigos de Revisão: serão aceitas **apenas** revisões sistemáticas ou revisões integrativas de literatura que sejam fundamentadas em referencial metodológico adequado ao objeto de estudo e alcance pretendidos, organizadas por procedimentos rigorosos e detalhados na condução da pesquisa. Máximo de 15 laudas.

Editorial: destina-se à publicação da opinião oficial da revista sobre temas relevantes da área de Enfermagem e Saúde.

ESTRUTURA DO ARTIGO

Os manuscritos devem ser estruturados de forma convencional, contemplando os seguintes itens: introdução, métodos, resultados, discussão e conclusão. O conteúdo do texto deve expressar contribuições do estudo para o avanço do conhecimento na área da enfermagem.

Introdução: texto breve que apresente de forma clara e objetiva o problema estudado, fundamentado em referencial teórico pertinente e atualizado. Deve ser enfatizada a relevância da pesquisa em razão de lacunas do conhecimento identificadas, e a sua justificativa. Ao final, devem-se apresentar os objetivos da pesquisa.

Métodos: definir tipo de estudo, local e período em que a pesquisa foi realizada. Apresentar fonte de dados, delimitando, no caso da população estudada, os critérios para inclusão e exclusão e seleção do número de sujeitos. Detalhar procedimentos de coleta e fundamentos da análise de dados, incluindo o conteúdo dos instrumentos de coleta de dados. Pesquisas realizadas no Brasil devem explicitar cuidados éticos, informando aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pesquisas com seres humanos e número de aprovação da pesquisa em comitê de ética em pesquisa. Autores estrangeiros devem informar os procedimentos adotados no país de origem da pesquisa.

Resultados: devem ser apresentados de forma clara e objetiva, sem incluir interpretações ou comentários pessoais. Resultados expressos em tabelas e figuras são encorajados, mas deve-se evitar a repetição das informações em forma de texto.

Discussão: deve ser concebida a partir dos dados e resultados obtidos, enfatizando as inovações decorrentes da investigação e evitando a repetição de informações apresentadas em seções anteriores (introdução, método e resultados). Todos os resultados devem ser discutidos, tendo como apoio em referencial teórico estritamente pertinente, atualizado e que permita identificar concordâncias e divergências com outras pesquisas já publicadas.

Conclusão: texto articulado a partir dos objetivos do estudo, fundamentado nas evidências encontradas com a investigação. Deve mostrar claramente o alcance do estudo por meio de conclusões gerais que possam ser detalhadas e fundamentadas ao longo do item. Se pertinente podem ser apresentadas limitações identificadas e lacunas decorrentes da realização da investigação. Generalizações, quando pertinentes, são incentivadas.

FORMATÇÃO DO MANUSCRITO

- Formato .doc;
- Papel tamanho A4;
- Margens de 2,5 cm;
- Letra tipo Verdana, tamanho 10;
- Espaçamento 1,5 entre linhas em todo o texto;
- Parágrafos alinhados em 1,0 cm.

INSTRUÇÕES PARA O PREPARO DOS MANUSCRITOS

Título: deve ser apresentado em alinhamento justificado, em negrito, conciso, informativo, com até 15 palavras. Use maiúscula somente na primeira letra do título que deve ser apresentado nas versões da língua portuguesa, inglesa e espanhola. Não utilizar abreviações no título e no resumo. A sequência de apresentação dos mesmos deve ser iniciada pelo idioma em que o artigo estiver escrito.

Autoria:

- Os autores devem ser identificados após o título, por ordem de autoria (se houver mais de um), com credencial na sequência do nome. Devem constar as seguintes informações: nome completo, formação universitária, titulação, instituição de origem e e-mail – preferencialmente, institucional.
- A autoria dos manuscritos deve expressar a contribuição de cada uma das pessoas listadas como autor no que se refere à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica.

Resumo: deve ser apresentado na primeira página do trabalho, com no máximo 150 palavras, nas versões em português, inglês (abstract) e espanhol (resumen), em sequência do título.

Descritores: ao final do resumo devem ser apontados de 3 (três) a 5 (cinco) descritores que servirão para indexação dos trabalhos. Para tanto os autores devem utilizar os “Descritores em Ciências da Saúde” da Biblioteca Virtual em Saúde (<http://decs.bvs.br/>), usando o descritor exato.

Siglas e abreviações: para o uso de siglas e abreviações, os termos por extenso, correspondentes devem preceder sua primeira utilização no texto, com exceção de unidades de medidas padronizadas.

Notas de rodapé: devem ser indicadas por asteriscos, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.

Ilustrações: são permitidas, no máximo, seis tabelas ou figuras que devem estar inseridas no corpo do texto logo após terem sido mencionadas pela primeira vez. Os títulos de tabelas e figuras devem conter informações precisas, indicando local do estudo e ano a que se referem os dados. As ilustrações e seus títulos devem estar centralizados e sem recuo, não ultrapassando o tamanho de uma folha A4.

Citações: para citações “ipsis literis” de referências devem-se usar aspas na sequência do texto. As citações de falas/depoimentos dos sujeitos da pesquisa devem ser apresentadas em letra tamanho 10, em estilo itálico e na sequência do texto.

Referências:

- Não ultrapassar 25 referências, exceto para artigos de revisão. Devem representar e sustentar o estado da arte sobre o tema, ser atualizadas e procedentes, preferencialmente, de periódicos qualificados.

- Deve-se evitar o uso de dissertações, teses, livros, documentos oficiais e resumos em anais de eventos. A exatidão das informações nas referências é de responsabilidade dos autores.
- Quando são enviadas fora das normas, acarretam em atraso o processo de avaliação do manuscrito.
- No texto devem ser numeradas consecutivamente, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez, identificadas por números arábicos sobrescritos entre parênteses, sem espaços da última palavra para o parêntese, sem menção aos autores.
- Ao fazer a citação sequencial de autores, separe-a por um traço ex. (1-3); quando intercalados utilize vírgula ex. (2,6,11).
- As regras de referência da REE têm como base as normas adotadas pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (estilo Vancouver), publicadas no ICMJE - Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (<http://www.icmje.org/index.html>).

Agradecimentos e Financiamentos: agradecimentos e/ou indicação das fontes de apoio da pesquisa, devem ser informados ao final do artigo.

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS

Artigos em periódicos

Estrutura: Autores. Título do artigo. Título do periódico. Ano de publicação;Volume(Número):Páginas.

Observações:

1. Após o ano de publicação, não usar espaços.
2. Usar os títulos abreviados oficiais dos periódicos. Para abreviatura de periódicos consultar:
[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=journals&Cmd=DetailsSearch&Term=curentlyindexed\[All\]](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=journals&Cmd=DetailsSearch&Term=curentlyindexed[All]).
3. Ao listar artigos com mais de seis autores, usar a expressão et al após o sexto autor.

Artigo em periódico científico

- Artigo Padrão

Esperidião E, Munari DB. Holismo só na teoria: a trama dos sentimentos do graduando de enfermagem. Rev. esc. enferm. USP. 2004;38(3):332-40.

Ramos Filho AOA, Castro TWN, Rêgo MAV, Alves FO, Almeida LC, Sousa MV, et al. Fatores preditivos de recidiva do carcinoma mamário. Revista Brasileira de Cancerologia. 2002;48(4):499-503.

- Volume com suplemento

Geraud G, Spierings EL, Keywood C. Tolerability and safety of frovatriptan with short- and long-term use for treatment of migraine and in comparison with sumatriptan. Headache. 2002;42 Suppl 2:S93-9.

- Número com suplemento
Glaser TA. Integrating clinical trial data into clinical practice. *Neurology*. 2002;58(12 Suppl 7):S6-12.
- Número sem volume
Banit DM, Kaufer H, Hartford JM. Intraoperative frozen section analysis in revision total joint arthroplasty. *Clin Orthop*. 2002;(401):230-8.
- Sem volume ou número
Outreach: bringing HIV-positive individuals into care. *HRSA Careaction*. 2002:1-6
- Artigo em uma língua diferente do português, inglês e espanhol
Hirayama T, Kobayashi T, Fujita T, Fujino O. [A case of severe mental retardation with blepharophimosis, ptosis, microphthalmia, microcephalus, hypogonadism and short stature-the difference from Ohdo blepharophimosis syndrome]. *No To Hattatsu*. 2004;36(3):253-7. Japanese.
- Artigo sem dados do autor
21st century heart solution may have a sting in the tail. *BMJ*. 2002;325(7357):184.
- Artigo em periódico eletrônico
Santana RF, Santos I. Transcender com a natureza: a espiritualidade para os idosos. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2005 [cited 2006 jan 12];7(2):148-58. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_2/original_02.htm.
- Artigo aceito para publicação
Santana FR, Nakatani AYK, Freitas RAMM, Souza ACS, Bachion MM. Integralidade do cuidado: concepções e práticas de docentes de graduação em enfermagem do estado de Goiás. *Ciênc. saúde coletiva*. In press 2009.

Livros:

- Com único autor
Demo P. *Autoajuda: uma sociologia da ingenuidade como condição humana*. 1st ed. Petrópolis: Vozes; 2005.
- Organizador, editor, compilador como autor
Brigh MA, editor. *Holistic nursing and healing*. Philadelphia: FA Davis Company; 2002.
- Capítulo de livro
Medeiros M, Munari DB, Bezerra ALQ, Alves MA. Pesquisa qualitativa em saúde: implicações éticas. In: Ghilhem D, Zicker F, editors. *Ética na pesquisa em saúde: avanços e desafios*. Brasília: Letras Livres UnB; 2007. p. 99-118.
- Instituição como autor
Secretaria Executiva, Ministério da Saúde. *Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquista*. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2000. 44 p.

- Livro com tradutor
Stein E. Anorectal and colon diseases: textbook and color atlas of proctology. 1st Engl. ed. Burgdorf WH, translator. Berlin: Springer; c2003. 522 p.
- Livro disponível na Internet
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; Ministério da Saúde. Por que pesquisa em saúde? Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pesquisa para Saúde: Textos para Tomada de Decisão [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2007 [cited 2009 Mar 09]. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pq_pesquisa_em_saude.pdf.

Monografia, dissertação e tese

- Monografia
Tonon FL, Silva JMC. O processo de enfermagem e a teoria do autocuidado de Orem no atendimento ao paciente submetido à cirurgia de próstata: implementação de um plano de cuidados individualizado no preparo para a alta hospitalar [monography]. São Carlos: Departamento de Enfermagem/UFSCar; 2005.
- Dissertação
Coelho MA. Planejamento e execução de atividades de enfermagem em hospital de rede pública de assistência, em Goiânia/GO [dissertation]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG; 2007. 119 p.
- Tese
Souza ACS. Risco biológico e biossegurança no cotidiano de enfermeiros e auxiliares de enfermagem [thesis]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem/USP; 2001. 65 p.

Trabalhos em eventos científicos

- Anais/Proceedings de conferência
Munari DB, Medeiros M, Bezerra ALQ, Rosso, CFW. The group facilitating interpersonal competence development: a brazilian experience of mental health teaching. In: Proceedings of the 16th International Congress of Group Psychotherapy [CD-ROM]; 2006 jul 17-21; São Paulo, Brasil. p. 135-6.
Rice AS, Farquhar-Smith WP, Bridges D, Brooks JW. Cannabinoids and pain. In: Dostorovsky JO, Carr DB, Koltzenburg M, editors. Proceedings of the 10th World Congress on Pain; 2002 Aug 17-22; San Diego, CA. Seattle (WA): IASP Press; c2003. p. 437-68.
- Anais/Proceedings de conferência disponível na Internet
Centa ML, Oberhofer PR, Chammas J. A comunicação entre a puérpera e o profissional de saúde. In: Anais do 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem [Internet]; 2002 Maio 02-03; São Paulo, Brasil. 2002 [cited 2008 dec 31]. Available from: <http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sibracen/n8v1/v1a060.pdf>.
- Trabalho apresentado em evento científico
Robazzi MLCC, Carvalho EC, Marziale MHP. Nursing care and attention for children victims of occupational accident. Conference and Exhibition Guide of the 3rd International Conference of the Global Network of WHO Collaborating Centers for Nursing & Midwifery; 2000 July 25-28; Manchester; UK. Geneva: WHO; 2000.

Outras publicações

- Jornais

Souza H, Pereira JLP. O orçamento da criança. Folha de São Paulo. 1995 maio 02; Opinião: 1º Caderno.

- Artigo de jornal na internet

Deus J. Pacto visa o fortalecimento do SUS em todo estado de Mato Grosso. Diário de Cuiabá [Internet]. 2006 Apr 25 [cited 2009 feb 16]. Saúde. Available from: <http://www.diariodecuiaba.com.br/detalhe.php?cod=251738>.

- Leis/portarias/resoluções

Lei N. 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União (Brasília). 1994 Jan 05.

- Leis/portarias/resoluções, disponível na Internet:

Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001 (BR). Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. [cited 2012 jun 30]. Available from: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>

Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994 (BR). Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 05 jan 1994 [cited 2012 jun 30]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm.

- Base de dados online

Shah PS, Aliwalas LI, Shah V. Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. 2006 Jul 19 [cited 2009 mar 02]. In: The Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons, Ltd. c1999 – . Available from: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD004950/frame.html> Record No.: CD004950.

- Texto de uma página da Internet

Carvalho G. Pactos do SUS – 2005 – Comentários Preliminares [Internet]. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado; 2005 Nov 15 [cited 2009 mar 11]. Available from: http://www.idisa.org.br/site/artigos/visualiza_conteudo1.php?id=1638

- Homepage da Internet

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR) [cited 2009 feb 27]. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese de Indicadores 2005. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2005/default.shtm>

DATASUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (BR) [cited 2006 oct 20]. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Available from: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>.