
**PROCESSO DE ENFERMAGEM APLICADO A CLIENTE COM CÂNCER DE MAMA: ESTUDO DE CASO
EMBASADO NO REFERENCIAL TEÓRICO DE IMOGENE KING**

***NURSING PROCESS APPLIED TO A CLIENT WITH BREAST CANCER: A CASE STUDY BASED ON
THE THEORETICAL FRAMEWORK OF IMOGENE KING***

CLÁUDIA MARIA RAMOS MEDEIROS SOUTO¹

TELMA RIBEIRO GARCIA²

MARGA SIMON COLER³

Trata-se de estudo de caso clínico, em que as autoras objetivam descrever uma aplicação prática domiciliar do processo de enfermagem a uma mulher com câncer de mama, baseado na estrutura conceitual e na Teoria do Alcance de Metas de Imogene King. Durante o estudo, utilizou-se a taxonomia de diagnósticos de enfermagem da Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA) para retratar as respostas da cliente à situação de saúde que vivenciava. Foram realizadas nove visitas domiciliares, durante as quais utilizou-se, como forma de coleta de dados, a entrevista semi-estruturada e a observação assistemática. No processo de assistência, foram identificados e tratados cinco diagnósticos de enfermagem, dos quais selecionaram-se dois para apresentação neste trabalho – Dor Crônica e Angústia Espiritual.

UNITERMOS: Processos de enfermagem; Diagnóstico de enfermagem; Teoria de enfermagem.

This is a clinical case study in which the authors aim to describe an application of the nursing process to a woman with breast cancer, based on the conceptual framework and Theory of Goal Attainment of Imogene King, in the area of domiciliary care. Taxonomy I of the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) was used as a framework for portrays the client's responses in regarding to her lived health situation. To implement the nursing process, domiciliary visits were conducted and data were gathered through systematic observation and a semi-structured interview. Five nursing diagnoses were identified for which interventions were planned and implemented. The authors selected two out of these fine diagnoses to be presented in this work – Chronic Pain and Spiritual Distress.

KEYWORDS: Nursing process; Nursing diagnosis; Nursing theories.

¹ Enfermeira – Professora Auxiliar II do Depto. de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria do CCS/UFPB – Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem (Área de Concentração: Saúde Pública) do CCS/UFPB.

² Enfermeira Obstétrica – Doutora em Enfermagem pela EERP-USP – Professora Adjunto IV do Depto. de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria do CCS/UFPB.

³ RN, EdD, CS, CTN, FAAN – Professora Emérita da Universidade de Connecticut-USA – Professora Visitante do Depto. de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria do CCS/UFPB.

INTRODUÇÃO

O câncer, patologia de evolução prolongada e progressiva, exceto se for interrompida em alguma de suas fases, continua a ser a doença crônico-degenerativa mais temida (Brasil, 1995). Mesmo apresentando na atualidade possibilidades reais de cura, especialmente se diagnosticado precocemente, o acometimento pelo câncer ainda faz emergir uma diversidade de respostas psicossociais negativas no ser humano, em sua grande parte relacionadas à persistência do temor da doença, ao desconhecimento dos meios terapêuticos utilizados em seu tratamento, às crenças sobre a incurabilidade da doença e, sobretudo, ao medo da morte, levando o portador dessa patologia a um estado crescente de perda da vitalidade, desesperança, revolta e desamparo (Fialho & Silva, 1993). Somam-se a isso as possíveis alterações no estado físico, que comprometem o bem estar e a qualidade de vida, podendo, como resultado, interferir diretamente nos relacionamentos intrapessoais e interpessoais da pessoa.

Do ponto de vista da mulher, o câncer de mama é, provavelmente, um dos mais temidos. Além de ser uma das duas localizações mais frequentes de tumores malignos na mulher (a outra é o colo do útero), deve-se ressaltar o significado estético, erótico e/ou afetivo atribuído às mamas, intimamente ligado à área da sexualidade e do autoconceito. Tendo em vista esses aspectos, pode-se afirmar ser previsível a crise gerada pelo diagnóstico de câncer de mama, ou pela necessidade de uma mastectomia, seja a ablação das mamas radical ou parcial.

A nosso ver, a participação da enfermeira no processo de cuidar/cuidado da mulher portadora de câncer de mama/mastectomizada é de importância fundamental. À luz do marco teórico deste trabalho, definimos o cuidar/cuidado de enfermagem à portadora de câncer de mama/mastectomizada como um processo social intencional mediado pela linguagem (verbal e não-verbal) e influenciado pelo tipo e qualidade das interações estabelecidas entre a enfermeira e a cliente – uma mulher vivenciando um momento crítico, e que age, reage e interage diferentemente à medida que sua situação particular de vida evolui. Através de um cuidado que incorpore características tais como sensibilidade e solidariedade, a ação profissional da enfermeira pode exercer um efeito benéfico sobre o autoconceito e sobre a autodeterminação dessa mulher, ajudando-a a superar o momento crítico que vivencia, ou a minimizar seus efeitos.

Considerando os aspectos anteriormente apresentados, este estudo tem como **objetivo** descrever uma experiência de aplicação prática domiciliar do processo de enfermagem a uma cliente portadora de câncer de mama, desenvolvido à luz das concepções teóricas de King (1971, 1981), durante o qual utilizou-se a taxonomia de diagnósticos de enfermagem da *North*

American Nursing Diagnosis Association (NANDA), conforme apresentada em Nóbrega & Garcia (1994), para retratar as respostas dessa cliente à situação de saúde que estava vivenciando. Vale ressaltar que, originalmente, essa aplicação prática do processo de enfermagem foi desenvolvida por uma das autoras deste trabalho, como atividade prática da disciplina Metodologia da Assistência de Enfermagem, do Curso de Mestrado em Enfermagem – CCS/UFPB (Souto, 1997).

MARCO TEÓRICO⁴

As concepções teóricas de Imogene King estão embasadas no pressuposto filosófico geral de que “*os seres humanos em interação com o meio ambiente são o foco da enfermagem, cuja atribuição seria a de conduzi-los a um estado de saúde, ou seja, a estar aptos para atuar em seus papéis sociais*” (King, 1971, 1981). Nesta afirmativa, a autora inter-relaciona os quatro conceitos identificados como centrais (metaparadigma) para o desenvolvimento dos modelos conceituais e teorias de enfermagem – ser humano, meio ambiente, saúde e enfermagem.

Em sua compreensão de ser humano, a autora propõe três premissas básicas: 1) o ser humano é um ser **reagente** – percebe outras pessoas, objetos e eventos em seu meio ambiente, e está apto para refletir, sentir, escolher, estabelecer metas, selecionar os meios para alcançar as metas estabelecidas, e para tomar decisões; 2) o ser humano é um ser **orientado no tempo** – o presente de cada pessoa tem sua base em experiências passadas e, similarmente, a consciência do presente molda as idéias do futuro da pessoa; e 3) o ser humano é um ser **social** – está em contínuo intercâmbio com pessoas e com o meio ambiente, a linguagem sendo o meio simbólico que facilita ao indivíduo a expressão de seus pensamentos, ações, costumes e crenças (King, 1981).

O pressuposto filosófico geral e as premissas básicas acerca do ser humano conduziram a autora à formulação de uma estrutura conceitual que incorporasse essas idéias, e que ela apresenta como uma estrutura de sistemas dinâmicos interatuantes. Nessa estrutura, os indivíduos compreendem um tipo de sistema, o **pessoal**. Os indivíduos interagem para formar díades, tríades, e pequenos ou grandes grupos, constituindo assim outro tipo de sistema, o **interpessoal**. Os grupos com interesse e necessidades especiais formam organizações, cujas delimitações em comunidades e instituições sociais são chamadas **sistemas sociais**.

Cada um dos sistemas dinâmicos interatuantes – o pessoal, o interpessoal e o social – é descrito por King (1981) através de um tabela de conceitos a eles relacionados, aos quais ela

⁴ Condensação de unidade da tese de doutoramento de GARCIA, T.R. (1996). Ver referências bibliográficas.

se refere como sendo imprescindíveis para a completa compreensão do modo como os seres humanos interagem com outras pessoas em uma variedade de ambientes. Esse conhecimento é enfatizado como sendo fundamental para a enfermeira, visto que, para King (1971, 1981), exercer a enfermagem é exercer a capacidade para perceber, refletir, relacionar, julgar e agir *vis-à-vis* o comportamento dos indivíduos.

Para o sistema social, o conceito básico selecionado pela autora foi **organização**, conceito esse descrito por ela como um sistema que exhibe padrões de comportamento individual e grupal, padrões de comunicação e padrões de interação que estão ligados aos subconceitos de autoridade, poder, *status* e tomada de decisão. Para o sistema interpessoal, o conceito principal selecionado pela autora foi **interação**, sendo os demais – comunicação, transação, papel e estresse – subconceitos que, inter-relacionados, foram considerados por ela como sendo essenciais para a compreensão das interações que ocorrem entre duas ou mais pessoas, em situações concretas. Finalmente, para o sistema pessoal, o conceito principal selecionado pela autora foi **percepção** que, segundo ela, é fundamental em todas as interações humanas. Percepção é definida por King (1981) como “o modo através do qual o ser humano experincia contato direto com o seu espaço vital”, ou seja, como o modo através do qual a pessoa dá significado a suas vivências e ao seu mundo real. É através da percepção, afirma ela, que o indivíduo vem a conhecer a si próprio e a tudo o mais que faz parte de seu meio ambiente, seja o físico, o social ou o simbólico. Quanto aos demais conceitos do sistema pessoal – *self*, crescimento e desenvolvimento, imagem corporal, tempo e espaço -, estabelece sua inter-relação na seguinte assertiva:

As percepções do indivíduo acerca de si próprio, da imagem corporal, do tempo e do espaço influenciam o modo como ele responde a pessoas, objetos e eventos em sua vida. À medida que os indivíduos crescem e se desenvolvem ao longo do ciclo vital, as experiências sobre as mudanças na estrutura e função de seus corpos influenciam suas auto percepções. (King, 1981)

Da estrutura conceptual de sistemas dinâmicos interatuantes, King (1981) derivou uma teoria que descreve a natureza das interações enfermeira-cliente, interações essas que conduzem ao alcance de metas – a Teoria do Alcance de Metas. Para tanto, partiu da suposição de que “as enfermeiras interagem propositadamente com os clientes para, mutuamente, estabelecer metas, e para analisar e entrar em acordo sobre as formas possíveis de alcançar essas metas.”

Conforme explica a autora, embora os sistemas pessoal e social influenciem a qualidade do cuidado, os elementos principais de sua teoria foram descobertos no sistema interpessoal,

no âmbito do qual duas pessoas, usualmente estranhas, comparecem ao ambiente do cuidado, uma delas para ajudar e a outra para ser ajudada a manter um estado de saúde tal que lhe permita o desempenho de seus papéis sociais.

A díade enfermeira-cliente é um tipo de sistema interpessoal. O postulado da autora é o de que as interações enfermeira-cliente são caracterizadas: a) por comunicação verbal e não-verbal, através da qual a informação é trocada e interpretada; b) por transações, através das quais os valores, necessidades e desejos de cada membro da díade são compartilhados; c) pelas percepções da enfermeira e do cliente acerca tanto de si próprios, quanto do outro e da situação; d) pelo *self* no papel de cliente e pelo *self* no papel de enfermeira; e) pelos estressores que influenciam cada um dos indivíduos dessa díade, assim como a situação, no tempo e no espaço. No âmbito dessas interações, as enfermeiras coletam informações, observam e avaliam parâmetros fisiológicos do cliente, fornecem informações pertinentes aos clientes para ajudá-los a estabelecer suas metas; os clientes observam a enfermeira, fazem perguntas, fornecem informações, e participam ativamente do estabelecimento de metas.

A autora relata um estudo desenvolvido para testar sua teoria, através da descrição de interações enfermeira-cliente que conduzem a transações em situações concretas de enfermagem. Segundo afirma King (1981, 1988), a análise dos dados obtidos nesse estudo foi facilitada pela utilização de uma definição operacional de transação, desenvolvida de modo indutivo antes do início do estudo, que identificava seis comportamentos como variáveis independentes, ou seja, se estivessem presentes, seria possível se predizer que a transação ocorreria e que as metas seriam alcançadas: a) as ações iniciadas por um dos elementos da díade; b) as reações da outra pessoa; c) os problemas (distúrbios) observados na situação diádica; d) a concordância mútua acerca das metas a serem alcançadas; e) a exploração dos meios para alcançar as metas; f) a concordância sobre os meios para alcançar as metas. A definição operacional de transação identificava, também, uma variável dependente – a ocorrência da transação e conseqüente alcance de metas.

Em síntese, pode-se afirmar que as concepções teóricas de Imogene King lidam com questões fundamentais da comunicação enfermeira-cliente, entendendo que a prática de enfermagem se efetiva através de um processo de interação mediado pela linguagem, durante o qual ocorre um intercâmbio proposital de significados entre os dois seres humanos nele envolvidos. No curso dessas interações, a informação é compartilhada, metas de saúde são estabelecidas mutuamente, e os clientes são estimulados a participar ativamente na tomada de decisão sobre os meios para alcançar essas metas. Nesse processo, o **foco central** é o ser humano, a **unidade de análise** é o comportamento humano, e a **meta** é a saúde (Garcia, 1996).

METODOLOGIA

Para o desenvolvimento deste trabalho escolheu-se o estudo de caso clínico visto que, segundo aponta Garcia (1996), é um tipo de pesquisa que se ajusta bem ao conjunto de procedimentos sistemáticos que compõem o processo de enfermagem – coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação do cuidado de enfermagem.

O estudo foi realizado com uma cliente portadora de câncer de mama, submetida a mastectomia unilateral esquerda há dois anos, e apresentando recidiva da doença. A identificação inicial dessa cliente foi feita através de consulta aos prontuários de mulheres que receberam tratamento cirúrgico de câncer de mama, e que faziam acompanhamento ambulatorial no Hospital-Universitário Lauro Wanderley (HULW/UFPB).

No primeiro encontro havido com a cliente, explicou-se o objetivo do trabalho e como se procederia para implementá-lo. Em observância ao previsto na legislação que trata dos aspectos éticos da pesquisa com seres humanos (Resolução Nº 196/96, do Ministério da Saúde), procurou-se obter, por escrito, o consentimento para participação, além da concordância para que o processo da pesquisa fosse desenvolvido em sua residência.

Para a coleta de dados, utilizou-se as técnicas de entrevista semi-estruturada e de observação assistemática. O roteiro construído para a entrevista abordava os seguintes aspectos: a) dados pessoais tais como nome, idade, naturalidade, profissão, estado civil, endereço, nível de instrução, religião, pessoa(s) com quem reside; b) história de saúde/doença atual e pregressa envolvendo os antecedentes familiares e pessoais, idade da menarca, características do ciclo menstrual, início da atividade sexual, história obstétrica (número de gestações, partos e abortos); c) exame físico; d) percepção sobre si mesma, sobre possíveis alterações de papel e/ou no seu comportamento/relacionamento interpessoal com outras pessoas após a mastectomia, sobre suas aspirações pessoais, e sobre o tratamento do problema de saúde. Durante o desenvolvimento do estudo de caso, que ocorreu nos meses de junho e julho de 1997, foram realizadas 09 (nove) visitas domiciliares.

No primeiro encontro, após a interação inicial, em que enfermeira e cliente se deram a conhecer mutuamente, foram coletados os dados gerais de identificação da cliente, a história de saúde/doença atual e pregressa, e realizado o exame físico. No segundo encontro, realizou-se uma entrevista gravada, com a aquiescência da cliente, em que se procurou investigar que significados ela atribuía à situação que estava vivenciando. Após a sistematização das informações coletadas nesses dois encontros, procedeu-se à análise e síntese dos dados coletados e à denominação dos diagnósticos de enfermagem identificados, utilizando-se para isso uma adaptação dos passos preconizados por Risner (1990). Para a denominação dos diagnósticos de

enfermagem, utilizou-se a taxonomia de diagnósticos de enfermagem da NANDA, conforme apresentada em Nóbrega & Garcia (1994). Após a identificação dos diagnósticos de enfermagem, procedeu-se à validação desses diagnósticos junto à cliente; ao estabelecimento mútuo de metas e planejamento das intervenções, sendo a cliente estimulada a participar ativamente na tomada de decisão sobre os meios para alcançar essas metas. O desenvolvimento desse processo está narrado no item a seguir apresentado.

O CASO DO ESTUDO

Coleta de Dados

Dados obtidos no primeiro encontro:

M.C.C., 41 anos, cor branca, estatura mediana, solteira, católica, 1ª grau completo, professora aposentada. Nasceu no município de Souza – PB. Reside com a genitora e dois sobrinhos, menores de idade, em um bairro popular da cidade de João Pessoa – PB, em casa de alvenaria, com seis cômodos, e provida de água encanada, luz elétrica e fossa sanitária. Nasceu de parto eutócico, sendo a terceira filha de uma série de onze. Menarca aos 16 anos; ciclos menstruais com intervalo de 26 dias e duração de 2-3 dias, quantidade normal. Nuligesta, afirma nunca haver mantido relações sexuais. Refere amenorréia, em consequência de quimioterapia antineoplásica. Durante a infância teve parotidite, varicela e sarampo. Enquanto antecedentes familiares, relata que uma irmã faleceu com diagnóstico médico de leucemia, e dois tios maternos com diagnóstico de câncer de laringe. Nega tabagismo e etilismo. Em junho de 1995, foi diagnosticado um câncer em sua mama esquerda, e submetida a mastectomia radical, radioterapia e quimioterapia. Em março deste ano (1997), após confirmação de recidiva neoplásica maligna pós-mastectomia, fez extirpação de nódulo de mama esquerda. Faz uso de quimioterapia e tem prescrição médica de Sulfato de Morfina, 10mg, V.O., de 6/6 horas. Recebeu alta hospitalar há dois dias, após drenagem pleural do pulmão esquerdo. Refere anorexia total; aspecto emagrecido. Eliminações urinárias e fecais normais. Apresenta-se gemente, com máscara facial de dor; pele e mucosas descoradas. Queixa-se de dor intensa no membro superior esquerdo (MSE) e na região torácica esquerda. Observa-se lesão crostosa, com odor discretamente fétido, na região peitoral esquerda. Incisão de dreno torácico com sinais flogísticos de infecção. Linfedema moderado no MSE. Higiene satisfatória. PA 120 x 80 mmHg, pulso 80 bat./min, respiração 24 mov./min. Perguntada como se sente no momento, responde: “Não tô bem, não, por causa dessa dor no peito, nesse braço e nas costas. Passei a noite assim... Mas, eu confio em Deus que eu vou ficar boa... Ah, meu Deus, se não fosse esse braço!...”

Dados obtidos no segundo encontro
(entrevista gravada):

PERCEPÇÃO SOBRE SI MESMA:

Para falar a verdade, eu me acho assim, uma pessoa inútil... Não poder compartilhar... Porque eu já me afastei do trabalho... (chora, silenciosamente)... As atividades domésticas, também...; **sobre como as pessoas a vêem:** "Eu acho que... Um me olham com compaixão!... Até mesmo as pessoas de minha família..."; **sobre a mastectomia:** "Antes da cirurgia, eu pensei que fosse o fim, né?... Quando alguém dizia 'fulana operou', eu não queria nem saber, não chegava nem a ter conhecimento, media distância mesmo... Ai, depois que aconteceu comigo, já tava conscientizada que eu não era a primeira, que muita gente já tinha dado exemplo... 'Fulana operou, e tá boa'... Ai, graças a Deus, eu já tava conscientizada..."; **sobre a mudança no comportamento das pessoas:** "Percebi, sim... Sei lá... Me olhavam de outro jeito, como se eu não fosse a mesma pessoa... Parece que

tinham medo! Não da minha família, sabe? Minha família me deu todo apoio..."; **sobre as mudanças de papel:** "Interrompi, né?, meu trabalho... Tive que me afastar do meu trabalho... Acho que foi a coisa pior que aconteceu na minha vida, porque eu adorava trabalhar, ficar com aquelas crianças... Ai, de repente, aconteceu um negócio desses... Eu fiquei chocada!..."; **sobre o tratamento:** "Primeiramente Deus, né? A gente tem que esperar em Deus e... segundo, que os médicos possam fazer alguma coisa... que essa medicação que eu tô tomando seja ideal para meu tratamento, que eu fique boa... Basta entrar na sala, me dá crise de vômito... O tempo que eu tô lá, é vomitando... É ruim demais a reação que vem depois!... Passo dois, três dias arriada..."; **sobre as expectativas pessoais:** "Eu queria que Jesus me curasse, tirasse toda dor de cima de mim, me desse a minha saúde... Porque eu quero viver, assim, como uma pessoa normal, compartilhando com a minha família... Eu tenho medo da morte... Só espero a minha cura, Jesus me curar, e eu servir muito a ele aqui na terra..."

ETAPA DIAGNÓSTICA

Agrupamento de Dados Significativos	Hipótese Diagnóstica	Relacionamento Causal	Afirmativa Diagnóstica
Gemente; máscara facial de dor; verbaliza intenso desconforto: "Não tô bem, não, por causa dessa dor no peito, nesse braço e nas costas. Passei a noite assim... Ah, meu Deus, se não fosse esse braço!..."; tem prescrição médica de Sulfato de Morfina, 10 mg, V.O., de 6/6hs.	Dor crônica	Efeitos de câncer em mama esquerda, em estágio avançado Trauma tissular secundário a procedimentos cirúrgicos sucessivos	Dor crônica, relacionada a efeitos de câncer em mama esquerda, em estágio avançado, e a trauma tissular secundário a procedimentos cirúrgicos sucessivos
Verbalização de intenso sofrimento físico e de desespero: "Ah, meu Deus, se não fosse esse braço!..."; "Eu queria que Jesus me curasse, tirasse toda dor de cima de mim, me desse a minha saúde..."; "Eu tenho medo da morte..."; "Só espero a minha cura, Jesus me curar, e eu servir muito a ele aqui na terra..."	Angústia espiritual	Intenso sofrimento físico Medo da morte Desafio ao sistema de crenças, secundário a doença terminal	Angústia espiritual, relacionada a intenso sofrimento físico, a medo da morte, e a desafio ao sistema de crenças secundário a doença terminal
Lesão crostosa, com odor fétido, na região peitoral esquerda; incisão de dreno torácico com sinais flogísticos de infecção; linfedema moderado no MSE.	Proteção alterada	Doença debilitante, em estágio avançado; Comprometimento imunológico secundário a terapia antineoplásica	Proteção alterada, relacionada a doença debilitante em estágio avançado, e a comprometimento imunológico secundário a terapia antineoplásica
Anorexia total; pele e mucosas descoradas; emagrecimento.	Nutrição alterada: ingestão menor do que as necessidades corporais	Doença debilitante, em estágio avançado; Efeitos secundários a quimioterapia antineoplásica	Nutrição alterada: ingestão menor do que as necessidades corporais, relacionada a doença debilitante em estágio avançado, e a efeitos secundários a quimioterapia antineoplásica
Percepção de mudanças no desempenho de papéis: "Para falar a verdade, eu me acho assim, uma pessoa inútil... Não poder compartilhar..."; "... Porque eu já me afastei do trabalho... as atividades domésticas, também..."; "... Tive que me afastar do meu trabalho... Acho que foi a coisa pior que aconteceu na minha vida, porque eu adorava trabalhar, ficar com aquelas crianças... Ai, de repente, aconteceu um negócio desses... Eu fiquei chocada!..."	Desempenho de papéis sociais alterado	Crise situacional secundária a doença debilitante, em estágio avançado	Desempenho de papéis sociais alterado, relacionado a crise situacional secundária a doença debilitante, em estágio avançado

PLANEJAMENTO, IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

No processo de assistência à cliente, foram identificados cinco diagnósticos de enfermagem, para os quais as intervenções de enfermagem foram planejadas, implementadas e avaliadas. No entanto, optou-se por apresentar neste trabalho dois deles – Dor Crônica e Angústia Espiritual –, por haver sido aqueles que mais comprometiam o bem estar da cliente.

Diagnóstico 1: Dor crônica, relacionada a efeitos de câncer em mama esquerda, em estágio avançado, e a trauma tissular secundário a procedimentos cirúrgicos sucessivos.

Meta: A cliente relatará alívio progressivo da dor, diminuição do estresse emocional e retorno/melhoria do padrão de sono.

Objetivos: Para alcançar a meta estabelecida, **a cliente** seguirá a recomendação médica para uso do Sulfato de Morfina de 6/6 horas; identificará e evitará fatores que potencializam a dor.

Para ajudar a cliente a alcançar a meta, **a enfermeira** explicará as técnicas de relaxamento à cliente e sua genitora; estabelecerá, junto com a paciente um esquema para uso do medicamento prescrito pelo médico; auxiliará a cliente a identificar os fatores que aliviam e os que potencializam a dor.

Avaliação: Ao final da segunda semana de contatos, a cliente relata que, com a observância da escala estabelecida para o uso do medicamento, houve uma sensível melhora da dor; relata estar dormindo melhor e ter havido uma discreta melhora no apetite; emocionalmente, está mais tranqüila.

Diagnóstico 2: Angústia espiritual, relacionada a intenso sofrimento físico, a medo da morte, e a desafio ao sistema de crenças secundário a doença terminal.

Meta: A cliente evidenciará melhora no estado psico-espiritual.

Objetivos: Para alcançar a meta estabelecida, **a cliente** compartilhará seus sentimentos, preocupações e medos relacionados à situação de vida atual, e expressará suas necessidades espirituais à enfermeira.

Para ajudar a cliente a alcançar a meta, **a enfermeira** providenciará ambiente propício à escuta dos sentimentos da cliente; respeitará e valorizará a expressão de seus sentimentos e necessidades; incentivará a procura e a conti-

nuidade de visitas ao grupo de ajuda e apoio espiritual do HULW; e realizará, em todas as visitas, a leitura bíblica, conforme solicitado pela cliente.

Avaliação: No final da primeira semana, a cliente conseguiu verbalizar as suas preocupações e sentimentos negativos, sendo a dor e o medo da morte os principais aspectos apontados por ela como causadores de sofrimento. Em todas as visitas eram feitas as leituras bíblicas que havia solicitado, observando-se que, após esses momentos, ela apresentava uma expressão mais tranqüila. Na segunda semana, iniciou banhos de sol pela manhã, saindo do isolamento anterior em que se colocava no quarto; passava mais tempo sentada do que deitada, e conversava mais espontaneamente com familiares e com a enfermeira.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acometimento pelo câncer de mama faz emergir uma ampla diversidade de respostas humanas na mulher, seja no âmbito psicofísico, psicossocial ou psico-espiritual. Entre essas possíveis respostas humanas, identificaram-se cinco diagnósticos de enfermagem na cliente que participou deste estudo de caso clínico – dor crônica, angústia espiritual, proteção alterada, nutrição alterada (déficit) e desempenho de papéis sociais alterado. Destes diagnósticos, os dois primeiros foram priorizados, haja vista sua magnitude e influência que exercia sobre os demais, confirmando a inter-relação e interdependência que usualmente ocorre nas respostas do ser humano aos problemas de saúde ou aos processos vitais.

Para corroborar essa afirmativa, pode-se citar resultados de pesquisa realizada por Pimenta & Cruz (1994) com clientela de pacientes oncológicos, em que a dor crônica foi uma ocorrência presente em 100% da amostra. A presença do sofrimento físico, no dizer dessas autoras, gera outras limitações, a dor podendo “ser vista com um núcleo a partir do qual diferentes respostas advêm...”, tais como distúrbio no padrão do sono, intolerância à atividade, desesperança, estratégias de resolução ineficazes, entre outros diagnósticos que identificaram naquela clientela.

No caso deste estudo, acreditamos que o intenso sofrimento físico da cliente, a que se superajuntavam o medo da morte e o desafio ao sistema de crenças secundário a doença terminal, determinou, em especial, a ocorrência da angústia espiritual, diagnóstico de enfermagem pertencente ao Padrão de Respostas Humanas **Valorizar**. Narchi & Gutiérrez (1997), em estudo realizado com 14 mulheres com câncer de mama que estavam

sendo submetidas a quimioterapia antineoplásica, também identificaram o diagnóstico nas clientes.

Este é um diagnóstico de enfermagem pouco explorado e dificilmente atribuído pela enfermeira. Talvez isso se deva ao fato de que, na taxonomia da NANDA, ele tem como característica definidora crítica (que deve, portanto, estar presente para que o diagnóstico seja firmado) a “preocupação expressa com o significado da vida ou da morte e/ou com sistema de crença” (Nóbrega & Garcia, 1994), o que limitaria sua identificação.

Segundo Carpenito (1997), “a doença crítica não representa um fator contribuinte específico ou o indício da presença de sofrimento espiritual.” Ousamos discordar desta afirmativa, por entender que a angústia espiritual transcende a questão de crenças/comportamentos religiosos. Embora tanto a definição quanto as características definidoras da NANDA para este diagnóstico ainda estejam descritas em um grau de abstração muito alto, essa possibilidade está implícita. Além disso, concordamos com McHolm (1991, apud Garcia & Lins, 1992), quando afirma que a listagem atual de características definidoras não está completamente adequada para se avaliar a presença deste diagnóstico na clientela, havendo a necessidade de que se desenvolvam estudos que resultem em características definidoras mais operacionais para sua identificação na clientela com que interagimos.

Quanto à aplicação na prática domiciliar do processo de enfermagem à cliente portadora de câncer de mama, podemos concluir que a utilização das concepções teóricas de Imogene King para guiar esse processo foi de importância fundamental. A incorporação na prática assistencial dos conceitos propostos por esta teórica nos permitiu compreender que CUIDAR, tendo como meta a saúde e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade de vida da cliente, assume um significado transcendente, e que SER CUIDADO, em sua acepção mais ampla, certamente contribui para amenizar o sofrimento presente na experiência de estar vivenciando os limites vida/morte.

No caso deste estudo, aproximando-se numa situação de necessidade de cuidado, enfermeira e cliente, inicialmente estranhas, ajudaram-se mutuamente. Às ações iniciadas pela enfermeira, um dos elementos da díade, a cliente reagiu fornecendo-lhe as informações necessárias para a identificação das respostas alteradas que demandavam um cuidado profissional, e participando ativamente da tomada de decisão acerca das metas a serem alcançadas, e dos meios para alcançá-las. Dessa forma, pode-se afirmar ter ocorrido a transação e, como resultado de todo o processo, um cuidado individualizado, humanizado, sensível e solidário à cliente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenadoria de Programas de Controle do Câncer – PRO-ONCO. **Enfermagem para o controle do câncer**. Rio de Janeiro: PRO-ONCO, 1995.
- CARPENITO, L.J. **Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica**. 6. ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- FIALHO, A., SILVA, R. Mastectomia e suas repercussões. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 46, n. 3/4, p. 266-270, jul./dez. 1993.
- GARCIA, T.R. **Cuidando de adolescentes grávidas solteiras**. Ribeirão Preto, 1996. 256p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1996.
- GARCIA, T.R., LINS, Z.M.B. Padrão de resposta humana valorizar: propostas para a uniformização da linguagem dos diagnósticos de enfermagem no Brasil. In: PÉREZ, V.L.A.B., NÓBREGA, M.M.L. (Orgs.). 2., 1992, João Pessoa, **Anais... João Pessoa: Persona**, 1992, p. 115-120.
- KING, I.M. **Toward a theory of nursing: general concepts of human behavior**. New York: John Wiley, 1971.
- _____. **A theory for nursing: systems, concepts, and process**. New York: John Wiley, 1981.
- _____. Concepts: essential elements of theories. **Nurs. Science Quarterly**, Baltimore, v. 1, n. 1, p. 22-25, 1988.
- NARCHI, N.Z., GUTIÉRREZ, M.G.R. Diagnósticos de enfermagem em mulheres com câncer de mama submetidas à quimioterapia antineoplásica. **Acta Paul. Enfermagem**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 33-42, jan./abr. 1997.
- NOBREGA, M.M., GARCIA, T.R. (Orgs.). **Uniformização da linguagem dos diagnósticos de enfermagem da NANDA: sistematização das propostas do II SNDE**. João Pessoa: A União, 1994.
- PIMENTA, C.A.M., CRUZ, D.A.L.M. Câncer e dor: alterações nos padrões de resposta humana. **Acta Paul. Enfermagem**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 27-34, jan./mar. 1994.
- SOUTO, C.M.R.M. Assistindo à mulher com câncer de mama à luz da Teoria do Alcance de Metas de Imogene King. João Pessoa, 1997. (Monografia apresentada à disciplina Metodologia da Assistência de Enfermagem, Curso de Mestrado em Enfermagem, CCS/UFPB, 1997).
- RISNER, P.B. Diagnosis: analysis and synthesis of data. In: GRIFFITH-KENNEY, J.W., CHRISTENSEN, P.J. **Nursing process: application of theories, frameworks, and models**. 2. ed. St. Louis: Mosby, 1990, c. 7, p. 124-150.