



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA – UFBA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LEONARDO CORREIA SANTANA DECANIO

PRIMEIRA HOSPITALIZAÇÃO EM UMA UNIDADE DE ONCO-HEMATOLOGIA:
VIVÊNCIAS DE PACIENTES NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO

SALVADOR-BA
2022

LEONARDO CORREIA SANTANA DECANIO

**PRIMEIRA HOSPITALIZAÇÃO EM UMA UNIDADE DE ONCO-HEMATOLOGIA:
VIVÊNCIAS DE PACIENTES NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e Saúde na área de concentração Enfermagem, Cuidados e Saúde, na Linha de pesquisa: Cuidado na Promoção à Saúde, Prevenção, Controle e Reabilitação de Agravos em Grupos Humanos.

Orientadora: Profa. Dra. Juliana Bezerra do Amaral
Coorientadora: Profa. Dra. Maria Carolina Ortiz Whitaker

SALVADOR-BA
2022

D545 Dicanio, Leonardo Correia Santana

Primeira hospitalização em uma unidade de onco-hematologia:
vivências de pacientes no processo de transição / Leonardo Correia Santana
Dicanio. – Salvador, 2022.

112 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Juliana Bezerra do Amaral

Coorientadora: Profa. Dra. Maria Carolina Ortiz Whitaker

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de
Enfermagem/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, 2022.

LEONARDO CORREIA SANTANA DECANIO

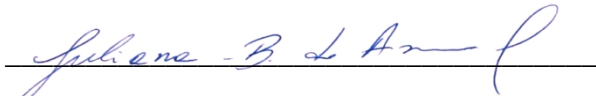
**PRIMEIRA HOSPITALIZAÇÃO EM UMA UNIDADE DE ONCO-HEMATOLOGIA:
VIVÊNCIAS DE PACIENTES NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e Saúde na Área de concentração: Enfermagem, Cuidado e Saúde, na Linha de Pesquisa: Cuidado na Promoção à Saúde, Prevenção, Controle e Reabilitação de Agravos em Grupos Humanos.

Aprovada em 25 de agosto de 2022.

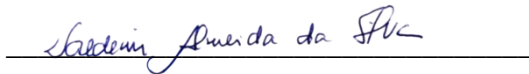
BANCA EXAMINADORA

Juliana Bezerra do Amaral (Orientadora)




Doutora em Enfermagem e Saúde pela Universidade Federal da Bahia e Professora adjunta da Universidade Federal da Bahia.

Valdenir Almeida da Silva (Membro Externo)



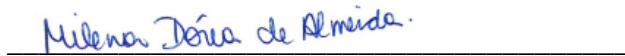
Doutor em Enfermagem e Saúde pela Universidade Federal da Bahia e Professor do Centro Universitário Maurício de Nassau – Salvador, Bahia.

Larissa Chaves Pedreira (Membro Interno)



Doutora em Enfermagem e Saúde pela Universidade Federal da Bahia e Professora Associada da Universidade Federal da Bahia.

Milena Dórea de Almeida (Suplente)



Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo e Professora Adjunta da Universidade Federal do Sul da Bahia.

Ao Beija-flor,
À Lavadeira,
Ao Sabiá,
À Maritaca,
Ao Carcará,
Ao Bem-te-vi,
À Coruja,
Ao Corrupião,

Que, com tanta generosidade, partilharam comigo suas experiências.
Eu precisava ouvi-los.

AGRADECIMENTOS

Chegar e agradecer...

Agradecer a **Deus**, pelo dom da vida, pela força, pela lucidez e toda sabedoria.

Agradecer aos **meus familiares**, em especial à minha mãe, Norma, exemplo de força, por todo amor, carinho e presença ao longo de minha vida. Ao meu pai, Carleondas, pelo apoio e presença e aos meus irmãos Carla, Anne, Guilherme e Arthur, pelos incentivos e por acreditarem sempre em mim.

Agradecer ao **meu cônjuge**, Mário Decanio, mestre do meu barco, por todo amor, apoio, parceria, cuidado, incentivo e direcionamento em toda minha trajetória.

Agradecer às **professoras**, Juliana Amaral e Carolina Ortiz, pelas orientações, confiança, paciência, incentivo, sensibilidade, pela partilha do saber e por me apresentarem a Teoria das Transições.

Agradecer aos **amigos**, aos que estiveram comigo e aos que conquistei nesta jornada pela solidariedade, troca e apoio mútuo.

Agradecer ao **Hospital Universitário Professor Edgard Santos**, pelo apoio recebido, em especial à Unidade de Onco-hematologia, pela acolhida e disponibilidade.

Agradecer ao **Grupo de Estudos do Cuidado em Saúde**, em especial à Linha de Cuidados Paliativos e Oncologia, pelos momentos e conhecimentos compartilhados.

Agradecer à **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior**, pela manutenção do programa de pós-graduação.

Agradecer à **Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia**, pela partilha do saber e tanta contribuição em minha formação.

AGRADECIMENTO AOS ÓRGÃOS DE FOMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001.

*Renda-se, como eu me rendi.
Mergulhe no que você não conhece como eu mergulhei.
Não se preocupe em entender,
viver ultrapassa qualquer entendimento.*

Clarice Lispector (apud KNOBEL, 2004, p.32)

DECANIO, Leonardo Correia Santana. **Primeira hospitalização em uma unidade de onco-hematologia:** vivências de pacientes no processo de transição. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2022.

RESUMO

Introdução: A pessoa que é acometida pelo câncer vivencia uma transição. A experiência de transição é um período de instabilidade, em que o diagnóstico de câncer muda drasticamente a rotina das pessoas que terão que readaptar sua vida emocional, física e social. Ao considerar a dimensão das neoplasias hematológicas, sobretudo pelo diagnóstico repentino, necessidade de tratamento imediato, e o desequilíbrio na vida das pessoas desde a descoberta do diagnóstico, a hospitalização e o início do tratamento, faz-se necessário desvelar este processo tão particular, não somente pelo aspecto humano, mas também para a construção e aprimoramento do cuidado de enfermagem a ser dedicado. Decidiu-se por realizar esta pesquisa a partir da seguinte questão norteadora: Como se dá o processo de transição nas pessoas acometidas pela doença onco-hematológica na primeira hospitalização em uma unidade especializada? **Objetivo:** Compreender o processo de transição vivenciado pelos pacientes onco-hematológicos durante a primeira hospitalização, a partir da Teoria das Transições de Afaf Meleis. **Método:** Esta é uma pesquisa qualitativa, exploratória, realizada em hospital público de ensino de Salvador (Bahia, Brasil), com oito pessoas com adoecimento onco-hematológico, na primeira hospitalização, entre julho de 2021 a março de 2022. Os dados foram coletados por meio de entrevista em profundidade, submetidos à análise lexical pelo *software* IRAMUTEQ®, através da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), e interpretados à luz da Teoria das Transições. Neste estudo compreende-se o significado de vivência na filosofia de Nietzsche. A pesquisa obedeceu aos princípios éticos, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (CAAE: 44705321.5.0000.0049), e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Resultados:** Foram identificadas três categorias temáticas: 1) O despertar para a Transição (A vida antes da hospitalização, A família como elemento facilitador de transição, A mudança na rotina com o adoecimento); 2) O processo para o diagnóstico e a hospitalização (O itinerário terapêutico; A religião/religiosidade como suporte para o enfrentamento; O momento do diagnóstico e os desdobramentos; A hospitalização e o processo saúde/doença); 3) Eventos e pontos críticos (As estratégias de adaptação; O uso de dispositivos e o início da quimioterapia; Angústias e medos com o adoecimento e a primeira hospitalização; A relação com os profissionais de saúde; A relação com a família durante a hospitalização). **Conclusão:** A partir das narrativas e com base na Teoria de Afaf Meleis, foi possível compreender as diferentes transições dos pacientes; assim como o mover-se, as mudanças, os eventos e pontos críticos são determinantes nas transições; bem como as condicionantes pessoais, comunitárias e sociais que atuam como facilitadoras ou inibidoras das transições.

Palavras-chave: Hospitalização. Enfermagem Oncológica. Teorias de Enfermagem. Cuidado transicional.

DECANIO, Leonardo Correia Santana. **First hospitalization in a hematological neoplasm unit: patients' experiences in the transition process.** Dissertation (Master Thesis in Nursing and Health) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2022.

ABSTRACT

Introduction: The person who is affected by cancer experiences a transition. The transition experience is a period of instability, where the diagnosis of cancer drastically changes the routine of people who will have to readapt their emotional, physical and social lives. When considering the dimension of hematological neoplasms, mainly due to sudden diagnosis and the need for immediate treatment, and the imbalance in people's lives since the discovery of the diagnosis, hospitalization and beginning of treatment, it is necessary to reveal this very particular process, not only because of the human, as well as for the construction and improvement of the nursing care to be dedicated. It was decided to carry out this research based on the following guiding question: How does the transition process take place in people affected by onco-hematological disease in the first hospitalization in a specialized unit? **Objective:** To understand the transition process experienced by onco-hematological patients during their first hospitalization, based on Afaf Meleis' Theory of Transitions. **Method:** This is a qualitative, exploratory research, carried out in a public teaching hospital in Salvador - Bahia, Brazil, with eight people with onco-hematological illness, in their first hospitalization, between July 2021 and March 2022. Data were collected by through in-depth interviews, submitted to lexical analysis by the IRAMUTEQ® software, through the Descending Hierarchical Classification - CHD, and interpreted in the light of the Theory of Transitions. In this study, the meaning of living in Nietzsche's philosophy is understood. The research complied with ethical principles, having been approved by the Research Ethics Committee of the Hospital Universitário Professor Edgard Santos (CAAE: 44705321.5.0000.0049), and all participants signed an informed consent form. **Results:** Three thematic categories were identified: 1) Awakening to Transition (Life before hospitalization, The family as a facilitator of transition, Change in routine with illness); 2) The process for diagnosis and hospitalization (The therapeutic itinerary; Religion/religiosity as a support for coping; The moment of diagnosis and the consequences; Hospitalization and the health/disease process); 3) Events and critical points (The adaptation strategies; The use of devices and the beginning of chemotherapy; Anxieties and fears with the illness and the first hospitalization; The relationship with health professionals; The relationship with the family during hospitalization). **Conclusion:** From the narratives and based on the Theory of Afaf Meleis, it was possible to understand the difference between transitions for patients, as well as moving, changes, events and critical points are determinant in transitions, as well as personal, community and social conditions that act as facilitators or inhibitors of transitions.

Keywords: Hospitalization. Oncology Nursing. Nursing Theories. Transitional care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Teoria das Transições por Afaf Meleis	37
Quadro 1	Caracterização sociodemográfica dos participantes da pesquisa, na primeira hospitalização em unidade de onco-hematologia, em Hospital Universitário, Salvador, Bahia, 2022	58
Figura 2	Dendograma I da CHD gerado pelo <i>software</i> IRAMUTEQ® relativo às vivências dos pacientes na primeira hospitalização em uma unidade de onco-hematologia, Salvador, Bahia, Brasil, 2022	60
Figura 3	Dendograma II da CHD gerado pelo <i>software</i> IRAMUTEQ®, vocábulos mais frequentes, relativo às vivências dos pacientes na primeira hospitalização em uma unidade de onco-hematologia, Salvador, Bahia, Brasil, 2022	60
Quadro 2	Divisão das Classes e respectivos temas e subtemas referentes à entrevista com os pacientes onco-hematológicos na primeira hospitalização	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CB	Crise Blástica
CECS	Grupo de Estudos Sobre o Cuidado em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID 10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - décima
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COVID-19	Doença por coronavírus 2019
CTMO	Centro de Transplante de Medula Óssea
DRM	Doença Residual Mínima
EPIs	Equipamentos de Proteção Individual
FA	Fase Acelerada
FC	Fase Crônica
GNU GPL	Licença Pública Geral GNU
GVHD	Doença do Enxerto Contra o Hospedeiro
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HTLV1	Vírus Linfotrópico de células T Humanas do tipo 1
HUPES	Hospital Universitário Professor Edgard Santos
IBI	Infecção Bacteriana Invasiva
IFI	Infecção Fúngica Invasiva
IRAMUTEQ	Interface de <i>R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i>
ITK	Inibidor da Tirosino Quinase
LH	Linfoma Hodgkin
LLA	Leucemia Linfocítica Aguda
LLC	Leucemia Linfocítica Crônica
LMA	Leucemia Mieloide Aguda
LMC	Leucemia Mieloide Crônica
LNH	Linfoma não Hodgkin
MST	Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra
NF	Neutropenia febril
OMS	Organização Mundial de Saúde
Ph	Cromossomo Filadélfia

QT	Quimioterapia
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCH	Transplante de Células Hematopoiéticas
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
TMA	Teorias de Médio Alcance
TMO	Transplante de Medula Óssea
UCE	Unidades de Contexto Elementares
UCI	Unidades de Contextos Iniciais
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UOH	Unidade de Onco-hematologia
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VHS	Exame de velocidade de hemossedimentação

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	20
2.1 OBJETIVO GERAL.....	20
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	21
3.1 A ENFERMAGEM E O PACIENTE ONCO-HEMATOLÓGICO HOSPITALIZADO	21
3.2 A DOENÇA ONCO-HEMATOLÓGICA.....	26
3.2.1 Leucemias.....	26
3.2.2 Linfoma não Hodgkin	32
3.2.3 Linfoma de Hodgkin	34
4 REFERENCIAL TEÓRICO	37
4.1 TEORIA DA TRANSIÇÃO DE AFAF MELEIS	37
5 METODOLOGIA.....	44
5.1 TIPO DE ESTUDO	44
5.2 CENÁRIO DA PESQUISA	45
5.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	45
5.4 COLETA DE DADOS	46
5.5 ANÁLISE DE DADOS	47
5.5.1 Corpus	49
5.5.2 Texto	49
5.5.3 Segmentos de texto (ST).....	49
5.5.4 Análises lexicográficas clássicas	49
5.5.5 Método da classificação hierárquica descendente (CHD)	50
5.6 PREPARAÇÃO DO <i>CORPUS</i>	51
6 ASPECTOS ÉTICOS.....	53
7 RESULTADOS	54
7.1 APRESENTAÇÃO DOS PARTICIPANTES	54
7.1.1 Beija-flor	54
7.1.2 Lavadeira	55
7.1.3 Sabiá	56
7.1.4 Maritaca	56
7.1.5 Carcará.....	57
7.1.6 Bem-te-vi	58
7.1.7 Coruja.....	59
7.1.8 Corrupião.....	60
7.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	61
7.3 CATEGORIAS TEMÁTICAS.....	63
7.4 O DESPERTAR PARA A TRANSIÇÃO	65
7.4.1 A vida antes da hospitalização	66
7.4.2 A família como elemento facilitador de transição	67
7.4.3 A mudança na rotina com o adoecimento	68

7.5 O PROCESSO PARA O DIAGNÓSTICO E A HOSPITALIZAÇÃO	69
7.5.1 O itinerário terapêutico	69
7.5.2 A religião/religiosidade como suporte para o enfrentamento	70
7.5.3 O momento do diagnóstico e os desdobramentos	71
7.5.4 A hospitalização e o processo saúde/doença	73
7.6 EVENTOS E PONTOS CRÍTICOS	74
7.6.1 As estratégias de adaptação.....	74
7.6.2 A quimioterapia: lidar com os dispositivos e os efeitos indesejados.....	75
7.6.3 Angústias e medos com o adoecimento e com a hospitalização.....	77
7.6.4 A relação com os profissionais de saúde.....	78
7.6.5 As conversas com a família sobre o diagnóstico e a hospitalização	78
8 DISCUSSÃO	80
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	93
REFERÊNCIAS.....	95
APÊNDICE A – CARTA DE ANUÊNCIA DO SERVIÇO.....	102
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	103
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	105
ANEXO 1 – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	108

1 INTRODUÇÃO

O câncer é um problema de saúde pública no mundo e já está entre as quatro principais causas de morte prematura (antes dos 70 anos de idade) na maioria dos países. A incidência e a mortalidade por essa doença vêm aumentando sobremaneira no mundo, em parte pelo envelhecimento e pelo crescimento populacional, em parte pela mudança na distribuição e na prevalência de seus fatores de risco, especialmente aos associados ao desenvolvimento socioeconômico (INCA, 2019). Dentre os tipos de câncer os hematológicos têm relevância pública, em razão da descoberta repentina do diagnóstico e da necessidade de internação imediata. Das doenças onco-hematológicas, este estudo se debruçará sobre pessoas acometidas por leucemias ou linfomas (Hodgkin e não Hodgkin).

Segundo as estimativas do Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva, o número de casos novos de leucemia esperados para o Brasil, para cada ano do triênio 2020-2022, é de 5 920 casos em homens e de 4 890 em mulheres. Para o linfoma de Hodgkin, segundo o mesmo instituto, é de 1 590 casos em homens e de 1 050 em mulheres; para o não Hodgkin é de 6 580 casos em homens e de 5 450 em mulheres (INCA, 2019).

Ao se considerar a dimensão das neoplasias hematológicas diante das estimativas, e ao relacioná-las às questões do processo de adoecimento, sobretudo no desequilíbrio na vida dessas pessoas acometidas pela doença (desde a descoberta do diagnóstico e início do tratamento), faz-se necessário desvelar essa situação tão particular. Isso se justifica não somente pelo aspecto humano, mas também pela construção e aprimoramento do cuidado de enfermagem a ser dedicado. Pensar no cuidado de enfermagem nesse contexto nos remete ao cuidado transicional proposto pela Teoria das Transições de Meleis (2010). Afinal, o diagnóstico de câncer muda drasticamente a rotina das pessoas, que muitas vezes interrompem seus costumes cotidianos e os relacionados ao trabalho e ao convívio social.

Quem é acometido pelo câncer vivencia uma transição. A experiência de transição é desencadeada por eventos críticos e mudanças na pessoa ou no ambiente e tem início assim que o evento ou a mudança estejam previstos, caracterizando-se por um período de instabilidade (MELEIS, 2010). Para que a transição seja deflagrada, é necessário um evento ou marco gerador do processo. Aqui, o evento transicional evocado é a presença da doença onco-hematológica e, por conseguinte, a primeira hospitalização, uma vez que grande parte do tratamento das doenças onco-hematológicas requer o internamento do paciente em uma unidade especializada.

Nesse sentido, decidiu-se realizar esta pesquisa a partir da seguinte questão: como se dá o processo de transição nas pessoas acometidas pela doença onco-hematológica na primeira hospitalização em uma unidade especializada?

Canguilhem (2000) revela que a doença não é uma variação da dimensão da saúde; ela é uma nova dimensão da vida. Estar doente pode significar ser nocivo, indesejável, ou socialmente desvalorizado. O que é desejável é a vida, uma vida geralmente longa, a experimentação de sensações agradáveis, a capacidade de relacionar-se, a possibilidade de trocar vivências e afetos, a capacidade de reprodução e de trabalho físico e mental, a força física e energética e a ausência de dor – um estado no qual o corpo sente o mínimo de desconforto e percebe a agradável sensação de “ser no mundo”.

O senso comum de uma vida descrita por boas sensações pode ser atravessado pela experiência de uma doença como o câncer, cujo diagnóstico é rodeado por um estigma de morte e sofrimento, também por modificações na vida do indivíduo e de sua família. Cabe destacar que o câncer gera um sofrimento que ultrapassa a dimensão física, pois desencadeia quebra na trajetória da vida daquele que adoece e daqueles que estão ao seu entorno. Essa enfermidade é capaz de mobilizar uma gama de sentimentos de incerteza, mudando a vida daqueles que a experienciam (BATISTA; MATTOS; SILVA, 2015).

Dessa maneira, a hospitalização dos pacientes onco-hematológicos pode ser concebida como uma experiência transicional. Parte-se do pressuposto de que o adoecimento e o tratamento antineoplásico possibilitam mudanças no nível de seus conhecimentos, hábitos, culturas, atitudes, comportamentos e valores éticos morais, com consequente reconstrução de identidade e forma de enfrentamento. Corroborando essa afirmação, Chick e Meleis (2010) resumem a transição como processo e resultado da interação entre a pessoa e o ambiente, além de estar intrinsecamente ligada ao tempo e ao movimento. A transição implica mudança de estado de saúde, de relações, de expectativas ou de habilidades em que o paciente (ou pacientes), consoante ao contexto e à situação, tem de incorporar novos conhecimentos.

A transição reveste-se de uma importância central para a enfermagem enquanto ciência, disciplina e arte, pois o enfermeiro deve assumir papel de “facilitador de transições”. Vários são os conceitos que acompanham a Teoria das Transições e que são também a base do enquadramento conceptual e do Regulamento do Exercício Profissional da Enfermagem (SANTOS *et al.*, 2015).

Para o tratamento do câncer, o indivíduo terá que readaptar sua vida emocional, física e social. Entre as novas atividades se destacam a ida aos serviços de saúde e o contato com os profissionais de saúde, sobretudo com a enfermagem. A doença onco-hematológica é complexa, e a hospitalização para esses pacientes é necessária e imprescindível. Esse é um momento difícil na vida de qualquer pessoa, pois, no adoecimento, há necessidade de submeter a situações como normas, rotinas e procedimentos que até então não faziam parte da vida cotidiana (SOUSA, 2018).

Assim, a hospitalização é um momento em que há mudanças e perdas às quais, em geral, a pessoa não está preparada física e emocionalmente para se adaptar. Isso especialmente se ela for um paciente com câncer, já que se depara com um diagnóstico de uma doença estereotipada e carregada de anseios, que muitas vezes é associada à morte pela sociedade (SOUSA, 2018).

Diante da magnitude das ações necessárias para diagnóstico e tratamento dos pacientes com câncer, ressalta-se a importância da integração dos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde público. Considerando o acesso e a resolutividade no amparo a esse grupo específico de pessoas, é indispensável a participação da atenção básica, a atenção especializada de média e a de alta complexidade (INCA, 2018).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS), visando uma assistência integral ao paciente oncológico, publicou a Portaria nº 874 em 16 de maio de 2013, instituindo a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O MS definiu como objetivo a redução da mortalidade e da incapacidade causadas pela doença, bem como a possibilidade de diminuir a incidência de alguns de seus tipos e contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários acometidos. Isso por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos (BRASIL, 2013).

Para Guimarães e colaboradores (2015), o câncer tem o potencial de impactar negativamente a qualidade de vida dos pacientes, pois gera sofrimento em razão da incerteza sobre o futuro e a reação do corpo ao tratamento. Assim, há alterações físicas, psicológicas e emocionais, com consequente perda da autoestima, que interferem na sobrevivência e na qualidade de vida dos pacientes.

Dentre os elementos do cuidado de enfermagem aos pacientes com doenças onco-hematológicas hospitalizados, segundo Souza e colaboradores (2019), devem ser considerados os vários aspectos envolvidos, como alterações físicas, psicológicas, emocionais

e comportamentais. Isso porque a doença hematológica é, na maioria das vezes, crônica, e provoca incapacidades variadas caracterizadas pelo declínio lento e progressivo da fisiologia, o que torna esses pacientes mais vulneráveis a complicações decorrentes do tratamento e do próprio processo de hospitalização.

Entre as alterações físicas, na doença onco-hematológica ocorre imunodepressão medular tanto pela doença quanto pelo tratamento quimioterápico recebido durante a hospitalização. O resultado da mielodepressão é a ocorrência da tríade hematológica anemia, plaquetopenia e neutropenia, que suscitabiliza os pacientes respectivamente à fadiga, ao sangramento e à infecção. Advêm então os efeitos adversos causados pelo uso da quimioterapia, tal como alopecia, náusea, vômito, inapetência, mucosite, dentre outros (SOUZA; ESPÍRITO SANTO; COSTA, 2012; COSTA; RODRIGUES; PACHECO, 2012).

A sensibilização para o tema é decorrente de minha experiência profissional enquanto enfermeiro com atuação de dois anos na assistência no serviço de onco-hematologia de um hospital universitário na cidade do Salvador (Bahia), também de seis anos no ambulatório de quimioterapia de um serviço privado de oncologia na mesma cidade. O hospital universitário é um hospital-escola de nível terciário, com especialidades clínicas e cirúrgicas, de atendimento exclusivo ao Sistema Único de Saúde (SUS). É classificado como referência na área onco-hematológica, com alto envolvimento na atenção à saúde da população baiana em geral.

Ao iniciar as atividades com os pacientes onco-hematológicos hospitalizados, pude entender a complexidade da neoplasia hematológica e as particularidades que envolvem seu diagnóstico e tratamento. Assistir esses pacientes, em grande maioria adultos jovens, em tratamentos tão dolorosos e arrevedados traz inquietação sobre como eles vivenciam essa mudança em sua vida, quais são seus anseios, seus medos e como a prática da enfermagem pode contribuir enquanto elemento facilitador desse processo.

O estudo das vivências dos pacientes no processo de transição durante a primeira hospitalização contribui para a ampliação dos estudos da enfermagem voltados ao cuidado ao paciente onco-hematológico, assim como para a aplicação da Teoria das Transições e outras teorias de médio alcance. Ouvir os pacientes onco-hematológicos – partes diretamente envolvidas e receptoras do cuidado – contribui com reflexões e direcionamento das práticas da enfermagem, no sentido de considerar a realidade dessa população, com suas características singulares provenientes do processo de adoecimento, da condição e das especificidades das doenças neoplásicas hematológicas, do estigma do câncer e do contexto social em que ela está inserida.

A relevância deste estudo prende-se ao fato de ser necessário que os enfermeiros e as enfermeiras entendam o processo de transição na perspectiva de quem o vivencia. Esses profissionais assumem um papel central no levantamento de dados, o que lhes permite reconhecer o sentido da transição. Frente ao reconhecimento de estados de vulnerabilidade que potenciem processos de transição desajustados, cabe a enfermeiros e enfermeiras orientar a pessoa em direção a uma transição bem-sucedida, que apoie os desafios e minimize as fragilidades.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Compreender o processo de transição vivenciado pelos pacientes onco-hematológicos durante a primeira hospitalização, a partir da Teoria das Transições de Afaf Meleis.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os pacientes onco-hematológicos, hospitalizados em unidade de onco-hematologia;
- identificar a natureza, os condicionantes e os padrões de resposta das transições dos pacientes onco-hematológicos durante a primeira hospitalização na unidade de onco-hematologia de acordo com a Teoria de Meleis.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A ENFERMAGEM E O PACIENTE ONCO-HEMATOLÓGICO HOSPITALIZADO

O papel da enfermagem frente às pessoas com adoecimento onco-hematológico reflete sua verdadeira essência, que é o cuidado. Este implica no estabelecimento de uma interação entre quem cuida e quem é cuidado. Isso ocorre porque, ao cuidarmos, não realizamos apenas uma ação técnica, mas também sensível, que envolve o contato entre humanos por meio do toque, do olhar, da escuta, do olfato e da fala (FERREIRA, 2006).

Para a mesma autora, o cuidar é uma ação na qual está presente a sensibilidade, a liberdade, a subjetividade, a intuição e a comunicação, sendo o cuidado direto ou indireto. Portanto, o cuidado, seja técnico ou expressivo, da esfera psicológica ou espiritual se expressará no corpo do cliente por meio de gestos, movimentos, ações e reações.

Cuidar é uma ação realizada pelo enfermeiro, na qual este, uma vez conhecidas as necessidades do paciente, planejará e implementará a assistência. Portanto, minimizar os riscos ao paciente onco-hematológico, que se encontra imunodeprimido na maioria das vezes, é primordial na prevenção de complicações e agravos (SILVA, 2011).

Para Souza, Espírito Santo e Pinheiro (2017), o cuidado da equipe de enfermagem ao paciente onco-hematológico envolve os cuidados de prevenção, o cuidado clínico, o cuidado sensível e o cuidado educativo. O cuidado de prevenção está relacionado à prevenção de infecção e sangramento, aos quais esses pacientes estão sujeitos. O cuidado clínico remete à avaliação clínica que os profissionais de enfermagem realizam no paciente onco-hematológico, seja física ou biológica. O cuidado sensível envolve os atributos afetivos e emocionais na enfermagem que cuida, indo além, portanto, da aplicação de conhecimentos e técnicas. E, por fim, o cuidado educativo, que presta orientações relativas a neutropenia, alimentação, autocuidado e ambiente não somente ao paciente, mas também à família e aos funcionários da limpeza, que são fundamentais na recuperação desses pacientes.

Segundo Souza e colaboradores (2019), dentre os elementos do cuidado de enfermagem a pacientes com doenças onco-hematológicas hospitalizados, devem ser considerados os vários aspectos envolvidos, como alterações físicas, psicológicas, emocionais e comportamentais. Isso porque a doença hematológica é, na maioria das vezes, crônica e provoca incapacidades variadas caracterizadas pelo declínio lento e progressivo da fisiologia, tornando esses pacientes mais vulneráveis a complicações decorrentes do tratamento e do próprio processo de hospitalização.

Dentre as doenças onco-hematológicas, as leucemias e os linfomas ganham relevância porque são doenças geralmente descobertas a partir de um exame médico de rotina ou de busca por um tratamento para um sintoma que é aparentemente simples, de início repentino, cuja sintomatologia é comum a vários outros tipos de doenças. Esse contexto torna complexo o diagnóstico da doença e requer, muitas vezes, internação imediata (SOUSA; ESPÍRITO SANTO; COSTA, 2012).

A hospitalização é um traço comum nas doenças onco-hematológicas, seja pela baixa imunidade e pelo comprometimento sistêmico, seja para realização do tratamento quimioterápico. Normalmente, as alterações hematológicas suscetibilizam os pacientes a complicações como infecção, dor, lesões em mucosa oral, fadiga e desnutrição, as quais podem agravar o quadro clínico e interferir na recuperação (SOUSA; ESPÍRITO SANTO; COSTA, 2012). Ao se hospitalizar, em decorrência do processo saúde-doença ou do tratamento recebido durante a internação, esses pacientes apresentam necessidade de cuidados que são específicos e que fazem toda a diferença quando conhecidos e aplicados por enfermagem especializada (SOUSA *et al.*, 2019).

Entre as alterações hematológicas comumente encontradas, destaca-se a anemia, que predispõe o cliente à fadiga, palidez, dispneia e taquicardia, além da trombocitopenia, que o suscetibiliza ao sangramento (principalmente quando o número de plaqueta é $\leq 20\ 000/\text{mm}^3$, potencializando o risco de hemorragia cerebral e gastrointestinal). A neutropenia reduz o número de leucócitos para menos de $1\ 500/\text{mm}^3$ e expõe o paciente ao risco de infecção. Os valores iguais ou menores a $1\ 000/\text{mm}^3$ são considerados, respectivamente, como neutropenia moderada e severa (BRASIL, 2008). É importante que a enfermagem conheça essas particularidades e as identifique como foco clínico de sua atenção, além de avaliar as respostas desses sujeitos à situação vivenciada.

Sousa e colaboradores (2015) enfatizam que a exposição do paciente onco-hematológico é proporcional ao número de dias de internação. Isso porque, durante a hospitalização, além da doença de base, ele é submetido a procedimentos invasivos e ao próprio tratamento quimioterápico, que compromete seu sistema imune e o expõe à infecção, resultando em maior tempo de internação.

O risco de infecção está associado à exposição ambiental aumentada a patógenos, imunossupressão, procedimentos invasivos, defesas primárias (pele rompida) e secundárias inadequadas (diminuição da hemoglobina e leucopenia) e agentes farmacêuticos (imunossupressores).

O paciente com leucemia, ao ser hospitalizado, é exposto a micro-organismos patógenos seja pelo ambiente hospitalar, seja pela própria doença de base ou pelo tratamento terapêutico necessário para sua recuperação, o qual inclui a utilização de um acesso venoso para a administração dos fármacos dos imunossupressores prescritos. Cerca de 80% dos pacientes com leucemia linfóide crônica apresentam complicações infecciosas em algum ponto durante o curso da doença. É importante considerar a proteção ineficaz e o risco de infecção na implantação e na documentação do processo de enfermagem (SOUSA *et al.*, 2015).

Para os mesmos autores, a neutropenia, a disfunção celular e humoral, a hipogamaglobulinemia, bem como os danos causados à mucosa oral predisõem os pacientes à infecção. O diagnóstico de mucosa oral prejudicada está frequentemente observado nos pacientes onco-hematológicos. Esta se caracteriza por dificuldade para engolir, lesões orais, sangramentos, hiperplasia gengival, palidez da mucosa, desconforto oral, dificuldade para falar e para comer, dor oral, halitose e língua saburrosa (SOUSA *et al.*, 2015).

Tem-se a mucosite como uma inflamação da mucosa bucal dose-dependente dos diversos agentes quimioterápicos; caracteriza-se como o efeito colateral mais comum da quimioterapia e atinge até 40% dos pacientes em tratamento antineoplásico (GALVÃO; CASTRO; CONSOLARO, 2006). A dor causada pela mucosite é tão intensa que pode interferir na alimentação do paciente e, com frequência, levar à necessidade do uso de analgésicos e opioides e à interrupção do protocolo de tratamento (SOUSA *et al.*, 2015). Além disso, essa inflamação ainda pode ser uma porta de entrada para infecções secundárias locais e sistêmicas, podendo levar o paciente a óbito (GALVÃO; CASTRO; CONSOLARO, 2006). Isso ocorre porque a quimioterapia antineoplásica atua nas células que estão em mitose, ou seja, tanto nas células neoplásicas quanto nas sadias.

Assim, como as células da mucosa oral estão em constante processo de mitose, essas são também afetadas, ocasionando as lesões orais conhecidas como mucosite, causando dor, desconforto oral e dificuldade para falar, comer e até mesmo para realizar a higiene oral, gerando conseqüentemente halitose e língua saburrosa. Uma vez que a mucosa é lesionada, instala-se uma abertura para invasão de patógenos, aumentando ainda mais o risco de infecção. Dessa maneira, observa-se a importância da enfermagem na identificação precoce das lesões orais, bem como na prevenção das infecções oportunistas, já que esse profissional é o responsável pela higiene e manutenção da integridade oral.

A complicação mais frequente nos pacientes com neoplasias hematológicas submetidos à quimioterapia é a neutropenia febril (NF), responsável por altas taxas de morbimortalidade

(KLASTERSKY *et al.*, 2016). Infecção evidente ou oculta é detectada entre 30-60% dos pacientes neutropênicos que desenvolvem febre. Por apresentarem uma resposta inflamatória francamente diminuída, os sinais e sintomas de infecção nesses pacientes são mínimos, e a febre acaba sendo a principal – e às vezes única – manifestação de infecção subjacente. Quando não tratadas, as infecções em pacientes neutropênicos costumam ser rapidamente progressivas e ter alta gravidade. Assim, a NF deve ser encarada como uma emergência médica, e o início de antibioticoterapia empírica deverá ser sempre imediato (WALTER *et al.*, 2002).

Diretrizes da prática clínica para o manejo da NF apontam que a mensuração de temperatura axilar maior que 37,8 °C, sendo um único episódio ou vários, já constitui alerta para um quadro de neutropenia febril. Na presença de febre, são realizados exames laboratoriais e, caso seja evidenciada a contagem de neutrófilos menor que 500/mm³ ou diminuição para menos de 500 neutrófilos/mm³ nas próximas 48 horas, está confirmado o diagnóstico de NF (HOFF; DIZ; TESTA, 2019).

A apresentação clínica da NF é ampla, variando de febre de intensidade variável, sem outros sintomas acompanhantes, até sepse grave com infecção bacteriana invasiva (IBI) ou infecção fúngica invasiva (IFI) (MENICHETTI, 2010). Observa-se, então, a importância da enfermagem na identificação precoce dos fatores de risco e dos sinais e sintomas de hipertermia e no acompanhamento do leucograma, a fim de avaliar a presença de NF e contribuir para a redução das complicações advindas desta e, conseqüentemente, da infecção e do óbito por sepse (SOUZA *et al.*, 2015).

O risco de sangramento está relacionado a coagulopatias inerentes (trombocitopenia). Isso porque esses pacientes, além de apresentarem queda no número de plaquetas, também manifestam a sintomatologia decorrente dessa redução, como petéquias pelo corpo, sangramento gengival, equimoses, melena, epistaxe, enterorragia, hemorragia na esclera, hematêmese e hematoma (SOUZA *et al.*, 2015).

A incidência e severidade da trombocitopenia em pacientes com leucemia variam em função do tipo e do estágio da doença. Ela pode desenvolver-se pelo emprego da quimioterapia ou pelo acúmulo de células blásticas anormais na medula óssea. Andrade, Sawada e Barichello (2013) apontam a trombocitopenia como um dos fatores intervenientes à qualidade de vida do paciente onco-hematológico. Esta manifestação clínica deve ser, portanto, um dos focos de intervenção da enfermagem.

A fadiga, diagnóstico de enfermagem apontado por Souza e colaboradores (2015), no paciente onco-hematológico se relaciona à mielossupressão causada pela doença, pelo tratamento, que reduz os níveis de hemoglobina e, conseqüentemente, pelas taxas de oxigênio sanguíneo diminuídas, gerando hipóxia tecidual. A fim de reduzir a demanda de oxigênio, o paciente permanece um maior tempo no leito, prostrado e sem ânimo. Ele reduz a mobilidade, apresenta fraqueza muscular e tem como complicações a atrofia muscular e/ou úlcera por pressão, que podem comprometer a recuperação e agravar o quadro clínico.

Para Silva e Gorini (2012), se não identificada adequadamente, a fadiga pode debilitar o paciente oncológico, interferir no tratamento e prejudicar a qualidade de vida. Esses pacientes comumente se sentem desestimulados e deixam de realizar suas atividades diárias, isolando-se socialmente. Daí a importância de sua detecção e intervenção pela enfermeira.

A dor aguda, segundo Souza e colaboradores (2015), também é um diagnóstico comum observado no paciente oncológico – em especial o onco-hematológico –, em razão da infiltração de células leucêmicas na medula óssea, no fígado e no baço. Quando essa dor persiste ou se agrava, pode servir como sinal de progressão da doença e criar a sensação de desesperança. Assim, nota-se que a dor, seja ela de qual intensidade for, é um implicante na recuperação clínica e merece atenção especial por parte da equipe de enfermagem, em especial dos enfermeiros, no manejo e controle, para que haja conforto e bem-estar.

A nutrição desequilibrada associa-se com as implicações de piora nos demais diagnósticos de enfermagem, como a percepção de bem-estar do paciente. Qualquer alimento ingerido pelo paciente onco-hematológico deve, primeiramente, ser fervido e cozido – inclusive as frutas –, o que, por sua vez, contribui para a redução do apetite e o desinteresse pela alimentação. Portanto, é fundamental que a equipe de enfermagem, como um todo, empenhe-se no estímulo da ingestão oral de alimentos e líquidos, bem como instrua o paciente quanto à importância desse preparo e da necessidade de alimentação para a sua recuperação (COSTA; CHAVES, 2012).

A ansiedade é um sinal de alerta, que chama atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça. Desse modo, devem ser valorizadas a avaliação e a implementação de intervenções para o enfrentamento individual, familiar e coletivo do tratamento e manutenção dos princípios de vida. Essas são metas do cuidado de enfermagem onco-hematológico, que buscam preservar a espiritualidade e os sentimentos de pesar, dada a alta incidência de cuidados ao fim da vida requeridos.

A enfermagem apresenta uma função primordial no cuidado à pessoa com adoecimento onco-hematológico. Pensar na dimensão deste, remete à Teoria das Transições de Afaf Meleis, uma teoria de enfermagem de médio alcance.

3.2 A DOENÇA ONCO-HEMATOLÓGICA

O câncer é o principal problema de saúde pública no mundo e já está entre as quatro principais causas de morte prematura (antes dos 70 anos de idade) na maioria dos países. A incidência e a mortalidade pela doença vêm aumentando no mundo, em parte pelo envelhecimento e pelo crescimento populacional, em parte pela mudança na distribuição e na prevalência dos seus fatores de risco, especialmente aos associados ao desenvolvimento socioeconômico. Verifica-se uma transição dos principais tipos de câncer observados nos países em desenvolvimento, com um declínio dos tipos de câncer associados a infecções e o aumento daqueles associados à melhoria das condições socioeconômicas com a incorporação de hábitos e atitudes associados à urbanização (sedentarismo, alimentação inadequada, entre outros) (BRAY *et al.*, 2018). Para INCA (2019), a estimativa para cada ano do triênio 2020-2022 aponta que ocorrerão 625 mil casos novos de câncer (450 mil, excluindo os casos de câncer de pele não melanoma).

Dentre os tipos de câncer, os hematológicos têm relevância pública em razão da descoberta repentina do diagnóstico e da necessidade de internação imediata. Das doenças onco-hematológicas, destacamos a leucemia (mieloide aguda e crônica e linfóide aguda e crônica); o linfoma de Hodgkin; e o linfoma não Hodgkin, baseadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão (CID 10).

3.2.1 Leucemias

A leucemia é uma doença que atinge as células do sangue, cuja principal característica é o acúmulo de células doentes na medula óssea, as quais substituem as células sanguíneas normais. O tipo da leucemia depende do tipo de célula sanguínea que se torna cancerosa e do crescimento, se cresce rápido ou lentamente, o que caracteriza a doença como aguda ou crônica. A leucemia ocorre mais frequentemente em adultos com mais de 55 anos, mas também é o câncer mais comum em crianças menores de 15 anos (BRASIL, 2020a).

A estimativa mundial mostra que ocorreram 249 mil casos novos de leucemia, e que esse é o décimo tumor mais incidente entre todos os cânceres, com um risco estimado de 6,5/100 mil para homens. Para as mulheres, foram estimados 187 mil casos novos, com taxa de

incidência de 5,0/100 mil, ocupando a 12^a posição (BRAY *et al.*, 2018; FERLAY *et al.*, 2018 *apud* INCA, 2019).

O número de casos novos de leucemia esperados para o Brasil, para cada ano do triênio 2020-2022, é de 5 920 casos em homens e de 4 890 em mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 5,67 casos novos a cada 100 mil homens e 4,56 para cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, a leucemia na Região Nordeste, em homens, é a sétimo mais frequente com 5,02/100 mil, para as mulheres, ocupa a décima posição com 4,06/100 mil (INCA, 2019).

Para a Bahia, segundo as taxas de incidência estimadas para 2020, a leucemia em homens é a décima mais frequente, com 3,7/100 mil; para as mulheres, ocupa a oitava posição, com 3,24/100 mil. Em Salvador, segundo as taxas de incidência estimadas para o ano 2020, a leucemia em homens é a décima primeira mais frequente com 5,40/100 mil, para as mulheres, ocupa a décima posição com 4,49/100 mil (INCA, 2019).

Em relação à mortalidade, segundo o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, em 2019 ocorreram no Brasil 7 370 óbitos, sendo 4 014 homens e 3 356 mulheres.

Existem mais de 12 tipos de leucemia, as quatro principais são: leucemia mieloide aguda (LMA), leucemia mieloide crônica (LMC), leucemia linfocítica aguda (LLA) e leucemia linfocítica crônica (LLC). Sabe-se que a classificação das leucemias ocorre em duas linhagens, mieloide e linfóide, desenvolvendo-se de forma aguda ou crônica (GUIMARÃES, 2015). Além disso, a principal diferença entre as formas aguda e crônica é que as leucemias agudas são doenças de progressão rápida, em que as células perdem a capacidade de se diferenciar, o que resulta no acúmulo de células imaturas, denominadas blastos, com função e proliferação celular anormais.

Os fatores de risco para leucemia ainda não estão bem estabelecidos, mas existe a suspeita de associação entre determinados fatores de risco com uma maior chance de desenvolver alguns tipos específicos da doença: tabagismo (LMA); benzeno – encontrado na gasolina e largamente usado na indústria química (LMA e LMC, LLA); radiação ionizante (raios-X e gama); quimioterapia – algumas classes de medicamentos usados no tratamento do câncer e doenças autoimunes (LMA e LLA); exposição ocupacional ao formaldeído em indústrias (química, têxtil, entre outras); produção de borracha (leucemias); síndrome de Down e outras doenças hereditárias (LMA); síndrome mielodisplásica e outras desordens sanguíneas (LMA); história

familiar; e, por fim, exposição a agrotóxicos, solventes e infecção por vírus das hepatites B e C (BRASIL, 2020a).

3.2.1.1 *Leucemia mieloide aguda (LMA)*

A leucemia mieloide aguda (LMA) é uma neoplasia maligna que acomete frequentemente a população adulta. Segundo Mohallen e Rodrigues (2007, p. 337), os seguintes fatores etiológicos estão relacionados ao seu desenvolvimento: exposição à radiação; exposição química, especialmente ao benzeno, ou uso prévio de quimioterápicos alquilantes; Síndrome mielodisplásica e distúrbios congênitos como Síndrome de Down, anemia de Fanconi, Síndrome de Klinefelter e Síndrome de Turner. A LMA é uma doença clonal do tecido hematopoiético que se caracteriza pela proliferação anormal de células progenitoras da linhagem mieloide, a qual ocasiona produção insuficiente de células sanguíneas maduras normais (SILVA *et al.*, 2006).

Diversas técnicas são realizadas para o diagnóstico de LMA, se faz necessário o levantamento do histórico, exame físico, exame de sangue e exames mais especializados que confirmam o diagnóstico. A partir do histórico são colhidas as informações subjetivas fornecidas pelo paciente, tais como fadiga, relato de sangramento sem causa aparente e episódios de febre. Os sintomas suspeitos da LMA são: palidez, febre em decorrência de infecções, petéquias e outras manifestações hemorrágicas, dor óssea, hipertrofia gengival, linfadenopatia e infiltrações cutâneas. Já no hemograma, percebem-se a contagem de plaquetas e hemoglobinas baixas, contagem diferencial de células brancas anormais com neutropenia e presença de blastos e anemia (SILVA *et al.*, 2006).

O diagnóstico de LMA inicia-se a partir de uma suspeita clínica e baseia-se na avaliação do sangue periférico e da medula óssea (BAIN, 2003). Embora a morfologia continue sendo o fundamento para o diagnóstico, técnicas adicionais, incluindo imunofenotipagem, avaliação citogenética e estudos de genética molecular, tornaram-se essenciais e, em alguns casos específicos, são ferramentas complementares obrigatórias (TALLMAN, 2004).

O tratamento da LMA pode assentar-se em abordagem curativa, com recurso a quimioterapia e transplante de células progenitoras hematopoiéticas com ou sem intensidade reduzida ou basear-se num tratamento paliativo, com recurso a quimioterapia de baixa dose e cuidados de suporte. No que concerne às diferentes fases de tratamento, o primeiro passo consiste em um esquema de quimioterapia de indução cujo objetivo é a mielossupressão, ou seja, “esvaziar” a medula óssea de todos os elementos hematopoiéticos para permitir o

repovoamento da medula com células normais. O segundo passo consiste em um esquema de quimioterapia de consolidação, pois, uma vez que a remissão completa é atingida, é necessário tratamento subsequente para reduzir as células leucêmicas remanescentes a um nível suficientemente baixo, a fim de que possa ser possível a sobrevivência livre de doença a longo prazo (DOHNER *et al.*, 2010).

Em relação à estratégia terapêutica, esta pode consistir em um esquema de quimioterapia intensivo seguido ou não de transplante alogênico. Já em relação aos esquemas de quimioterapia, a modalidade de tratamento mais usada nos esquemas terapêuticos de indução consiste em uma combinação de citarabina e antraciclina (DOHNER *et al.*, 2010).

A estratégia de tratamento da LMA também poderá passar pelo transplante de células hematopoiéticas (TCH). Esse procedimento é a abordagem antileucêmica mais eficaz. No entanto, ele acarreta um alto grau de mortalidade inicial e um significativo grau de morbidade a longo prazo, sob a forma da doença do enxerto contra o hospedeiro (GVHD) (STONE; O'DONNELL; SEKERES, 2004).

3.2.1.2 *Leucemia mieloide crônica (LMC)*

A leucemia mieloide crônica é uma doença mieloproliferativa crônica clonal, caracterizada por leucocitose com desvio à esquerda, esplenomegalia e presença do cromossomo Philadelphia (Ph), que resulta da translocação recíproca e equilibrada entre os braços longos dos cromossomos 9q34 e 22q11, gerando a proteína híbrida BCR-ABL, com atividade aumentada de tirosina quinase. A proteína BCR-ABL está presente em todos os pacientes com LMC, e sua hiperatividade desencadeia liberação de efetores da proliferação celular e inibidores da apoptose. Sua atividade é responsável pela oncogênese inicial da LMC. A descoberta dessa alteração molecular não apenas aprimorou o diagnóstico da LMC, mas também possibilitou o desenvolvimento de terapia dirigida contra esse defeito molecular e, posteriormente, de métodos de monitoração de doença residual mínima (DRM) (TEFFERI *et al.*, 2005). Embora a doença seja relacionada à presença de uma única alteração gênica, o quadro clínico é heterogêneo tanto na apresentação clínica quanto na evolução.

Classicamente, a doença evolui em três fases: crônica (FC), acelerada (FA) e crise blástica (CB). Na FC ocorre proliferação clonal maciça das células granulocíticas, e estas mantêm a capacidade de diferenciação; a doença é facilmente controlada. Posteriormente, em um período de tempo variável, o clone leucêmico perde a capacidade de diferenciação, e a doença passa a

ser de difícil controle (FA) e progride para uma leucemia aguda ou CB (CORTES; KANTARJIAN, 2003).

Por meio dos exames específicos e das características clínicas, é possível determinar a fase em que o paciente se encontra e qual é o inibidor da tirosino quinase (ITK) mais adequado para o tratamento. Os exames hematológicos, como o mielograma, demonstram possível hiperplasia dos precursores granulocíticos, e o hemograma para avaliação e acompanhamento do estado hematológico destes pacientes. Entretanto o exame solicitado para a confirmação do diagnóstico é o cariótipo, indicado para a observação do cromossomo philadelphia quantificando o número de metáfase do Ph positivo (CHAUFFAILLE, 2009).

O objetivo do tratamento da leucemia mieloide crônica cromossomo Ph-positiva é a eliminação das células que contêm o cromossomo Ph e uma remissão completa. O mesilato de Imatinibe é o principal medicamento a ser utilizado no tratamento da LMC, o qual inibe a atividade da tirosinoquinase, levando à destruição da célula Ph-positiva (CHAUFFAILLE, 2009).

Além disso, outro tratamento utilizado para LMC que possui poder curativo é o Transplante de Medula Óssea Alogênica, o qual, por apresentar um alto risco de morte (15 a 40%), só é indicado em casos selecionados. É de se reservar o TCH alogênico para aqueles que não alcançaram remissão hematológica ou recaíram (CHAUFFAILLE, 2009).

3.2.1.3 Leucemia linfóide aguda (LLA)

A leucemia linfocítica aguda resulta na produção descontrolada de blastos de características linfóides e no bloqueio da produção normal de glóbulos vermelhos, de glóbulos brancos e de plaquetas. A LLA desenvolve-se a partir dos linfócitos primitivos, que podem encontrar-se em diferentes estágios de desenvolvimento. O principal método de classificação é a imunofenotipagem. Também a citogenética é uma metodologia importante (HAMERSCHLAK, 2008).

Segundo Mohallen e Rodrigues (2007, p. 343), a etiologia da LLA está relacionada à exposição à radiação, particularmente se esta ocorrer *in utero*; exposição a produtos químicos, como o benzeno; exposição a vírus como o HTLV-1 e o Epstein Barr; e a anormalidade genética. A sintomatologia manifestada na LLA está relacionada às alterações sanguíneas, ou seja, são sinais e sintomas resultantes da diminuição de eritrócitos, leucócitos, especialmente linfócito e plaquetas.

O diagnóstico de LLA é feito por meio da avaliação das células sanguíneas e da medula óssea, de modo que, ao se examinar o sangue, observa-se a presença de linfoblastos e, ao se examinar a medula, evidencia-se hiperplasticidade. Embora seja firmado pelo mielograma, requer refinamento com o emprego de análise bioquímica, citológica, citogenética e imunofenotipagem, a fim de se aplicar a terapêutica mais adequada a cada paciente (MOHALLEN; RODRIGUES, 2007).

O tratamento é baseado em quimioterapia, utilizada para induzir a remissão com resposta completa, a fim de se obter um aspirado de medula óssea com menos de 5% de linfoblastos e eliminação da doença extramedular. Posteriormente, é feita a terapia de consolidação com altas doses de quimioterápicos e, por fim, a terapia de manutenção com baixas doses de mercaptopurina e metotrexato (MOHALLEN; RODRIGUES, 2007). O transplante de medula óssea é utilizado para os pacientes que necessitam de tratamento mais agressivo, em que há a presença de fatores com prognóstico desfavorável ou recidiva da doença (HAMERSCHLAK, 2008).

3.1.2.4 Leucemia linfóide crônica (LLC)

A leucemia linfóide crônica (LLC) é uma proliferação anormal das células da linhagem linfóide, mais especificamente os linfócitos B, mas, segundo Smeltzer e Bare (2006, p. 953) “a LLC de linfócito T é rara”. É uma doença de idosos que tende a se elevar com o aumento da idade, na qual “dois terços de todos os pacientes têm mais de 60 anos de idade”.

Para Abrale (2020a), essa doença não é descrita em crianças ou adolescentes. Diferentemente das demais leucemias, a LLC apresenta células maduras que se originam de clone maligno e que, uma vez em excesso, causarão complicações em todo o organismo.

Segundo Mohallen e Rodrigues (2007, p. 345), os fatores etiológicos da LLC estão relacionados à hereditariedade; a doenças autoimunes, como o lúpus eritematoso sistêmico, a síndrome de Sjögren e a anemia hemolítica autoimune; e a alterações genéticas, como a trissomia do cromossomo 12.

Inicialmente a LLC é assintomática e, quando os sintomas são aparentes, geralmente os pacientes referem mal-estar, fadiga ou tonturas, sudorese excessiva, febre alta frequente ou febre baixa crônica, linfadenomegalia, esplenomegalia, inapetência e perda de peso inexplicável (ABRALE, 2020a).

O diagnóstico de LLC é feito com a realização de um exame físico rotineiro, no qual um nódulo linfático ou baço pode ser apalpado, e a linfocitose pode ser observada no hemograma

ou até mesmo durante o tratamento de alguma outra patologia. Uma vez que ocorre suspeita de diagnóstico de LLC, os exames laboratoriais são realizados para a confirmação. Dentre esses exames, incluem-se o mielograma, a imunofenotipagem, a citogenética e ainda, no exame de sangue, pode-se dosar as imunoglobulinas (gamaglobulinas), proteínas que auxiliam o corpo a combater infecções (ABRALE, 2020a).

Inicialmente a LLC pode não precisar de tratamento, e a partir da evolução da doença é que se pode planejá-lo. Quando indicado o tratamento quimioterápico, em associação ou isolados são utilizados Bendamustina, ciclofosfamida, clorambucila, fludarabina e prednisona. Outros tratamentos são considerados, como a imunoterapia e o transplante de medula óssea, indicado para os casos de evolução rápida em pacientes jovens (ABRALE, 2020a).

3.2.2 Linfoma não Hodgkin

O linfoma não Hodgkin é um tipo de câncer que se origina no sistema linfático. Existem mais de 20 tipos diferentes desse câncer. De modo geral, o risco da doença aumenta à medida que se envelhece (INCA, 2019). Nos Estados Unidos, esse fato fica bem evidente quando se observa o percentual da doença por faixa etária; o risco de desenvolver a doença aumenta em até seis vezes em homens e sete vezes em mulheres em idade acima dos 70 anos (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2019).

Estimativas mundiais mostram que ocorreram aproximadamente 510 mil casos novos de linfoma não Hodgkin, o equivalente a 3% do total dos casos novos estimados. Destes, 285 mil casos novos ocorreram em homens com um risco estimado de 7,4 por 100 mil e, nas mulheres, houve 225 mil casos novos com um risco estimado de 5,9 por 100 mil. Em homens, esse ocupa a oitava posição entre todos os cânceres estimados e, nas mulheres, ocupa a décima posição. As maiores taxas de incidência encontram-se na Austrália e em Nova Zelândia, na América do Norte e nos países do Norte da Europa em ambos os sexos (BRAY *et al.*, 2018; FERLAY *et al.*, 2018 *apud* INCA, 2019).

O número de casos novos de linfoma não Hodgkin esperados para o Brasil, para cada ano do triênio 2020-2022, é de 6 580 casos em homens e de 5 450 em mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 6,31 casos novos a cada 100 mil homens e de 5,07 para cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o linfoma não Hodgkin em homens é o décimo mais frequente na Região Nordeste (3,96/100 mil); para as mulheres, é o décimo segundo (3,29/100 mil) (INCA, 2019).

Para a Bahia, segundo as taxas de incidência estimadas para 2020, o linfoma não Hodgkin, em homens e mulheres ocupam a 11^a mais frequente, com respectivamente 3,67/100 mil e 2,91/100 mil. Em Salvador, das taxas de incidência estimadas para o ano 2020, o linfoma não Hodgkin em homens é a nona mais frequente, com 6,07/100 mil; para as mulheres, ocupa a sétima posição, com 6,27/100 mil (INCA, 2019).

Em relação à mortalidade, segundo o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, em 2019 ocorreram no Brasil 4 923 óbitos; 2 695 homens e 2 228 mulheres.

Entre os principais fatores de risco, estão pessoas com sistema imunocomprometido, em consequência de doenças genéticas hereditárias ou portadores de infecção pelo o vírus da imunodeficiência humana (do inglês, *human immunodeficiency virus* – HIV); pacientes que fazem uso de drogas imunossupressoras, portadores do vírus Epstein-Barr e vírus Linfotrópico de Células T Humana do Tipo 1 (HTLV1), da bactéria *Helicobacter pylori*, bem como têm contato com algumas substâncias químicas (agrotóxicos, radiação ionizante e ultravioleta) (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2019).

Na fase inicial da doença, os sintomas quase não aparecem ou são brandos. Isso dificulta o diagnóstico, de forma que este ocorre quando a sintomatologia está presente, ou seja, nos estágios mais avançados da doença. De acordo com Smeltzer e Bare (2006, p. 960), “nesses estágios (III ou IV), a linfadenopatia é perceptível. Um terço dos pacientes apresenta os ‘sintomas B’ (febre recorrente, sudorese noturna e perda de peso não intencional de 10% ou mais)”. Pode-se palpar o baço aumentado no exame físico. Essa patologia é, em determinados casos, diagnosticada ao se fazer um exame médico de rotina ou ao se tratar de uma situação não relacionada.

O diagnóstico do LNH deve ser estabelecido a partir de um conjunto de sintomas e uma série de exames, para excluir dúvidas e confirmar o linfoma, pois nem todo nódulo linfático aumentado será denominado de câncer, já que o linfonodo também se encontra palpável em processos infecciosos (ABRALE, 2020b).

Existem três exames que podem diagnosticar o linfoma, dentre eles está a biópsia, o exame de imagem e os estudos celulares. O primeiro é feito a partir da retirada de uma parte de um tecido corporal, como linfonodo, medula óssea e líquido cefalorraquidiano, de forma a realizar uma análise patológica do tecido. O exame de imagem tem por finalidade localizar o

foco atingido pela doença, e os estudos celulares objetivam detectar características peculiares das células retiradas dos tecidos biopsiados (ABRALE, 2020b).

O tratamento é realizado a partir da classificação do linfoma quanto ao seu tipo, dependendo da célula linfóide atingida, se T ou B, e ao estágio. Na apresentação microscópica, são considerados também o tamanho, a forma e o padrão. Se sua forma for não agressiva e estiver localizada, pode-se utilizar como tratamento a irradiação. A quimioterapia e a radioterapia são as terapias de escolha para as demais formas de LNH, agressiva e intermediária (INCA, 2019).

Para os linfomas com maior risco de invasão do sistema nervoso (cérebro e medula espinhal), faz-se terapia preventiva. Esta consiste em injeção de drogas quimioterápicas diretamente no líquido cérebro-espinhal e/ou radioterapia que envolva cérebro e medula espinhal (INCA, 2019).

3.2.3 Linfoma de Hodgkin

Linfoma ou doença de Hodgkin é um tipo de câncer que se origina no sistema linfático (linfonodos ou gânglios) e tecidos que produzem as células responsáveis pela imunidade (defesa do organismo) (INCA, 2019). Essa doença pode ocorrer em qualquer idade, entretanto é mais comum entre adolescentes e adultos de 15 a 39 anos e em idosos a partir dos 75 anos. Os homens são mais acometidos do que as mulheres (INCA, 2019).

O número de casos novos de linfoma de Hodgkin esperados para o Brasil, para cada ano do triênio 2020-2022, é de 1 590 casos em homens e de 1 050 em mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 1,52 casos novos a cada 100 mil homens e, para as mulheres, o risco estimado foi de 0,95 para cada 100 mil. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o linfoma de Hodgkin em homens, na região Nordeste, é o 14º mais frequente, com 0,98/100 mil; para as mulheres, é a 17º posição mais frequente, com 0,28/100 mil (INCA, 2019).

Na Bahia, segundo as taxas de incidência estimadas para 2020, o linfoma de Hodgkin em homens ocupa a 14ª posição mais frequente, com 0,43/100 mil; para as mulheres, ocupa a 17ª posição, com 0,40/100 mil. Em Salvador, para o mesmo instituto, das taxas de incidência estimadas para o ano 2020, o linfoma de Hodgkin em homens é a 14ª mais frequente, com 0,66/100 mil; para as mulheres, ocupa a 16ª posição, com 0,63/100 mil (INCA, 2019).

Em relação à mortalidade, segundo o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, em 2019 ocorreram no Brasil 532 óbitos; 307 homens e 225 mulheres.

Os fatores de risco para linfoma de Hodgkin, bem como para todos os linfomas, ainda não estão bem estabelecidos, mas pesquisadores sugerem algumas associações para risco aumentado de desenvolvimento da doença: pessoas com sistema imunocomprometido, presença do HIV e pacientes que fazem uso de drogas imunossupressoras. Com relação ao histórico familiar, apesar de ser muito raro, deve-se considerar o fato de uma ou mais pessoas da mesma família apresentarem o diagnóstico da doença (BRASIL, 2020c).

Segundo a Abrale (2020c), o linfoma de Hodgkin acontece quando um linfócito (mais frequentemente um linfócito B) se transforma de uma célula normal em uma célula maligna, capaz de crescer descontroladamente e disseminar-se. A célula maligna começa a produzir, nos linfonodos, cópias idênticas (também chamadas clones). Com o passar do tempo, essas células podem disseminar-se para tecidos adjacentes e, se não tratadas, atingir outras partes do corpo.

As células que caracterizam o LH são denominadas células de Reed-Sternberg, uma célula tumoral gigante, que é morfológica única e que se acredita ser de origem linfoide imatura (SMELTZER; BARE, 2006, p. 959). Algumas pessoas podem ser mais propensas ao desenvolvimento de linfoma de Hodgkin por apresentarem fatores de risco como comprometimento do sistema imunológico, a exemplo de doenças genéticas hereditárias, infecção pelo HIV e pelo uso de drogas imunossupressoras. Além disso, história familiar de diagnóstico de LH.

Dentre outros sintomas incluem-se a dispneia, em consequência da compressão da traqueia pela linfadenopatia; o prurido, a dor localizada da doença de Hodgkin, a tosse e o derrame pulmonar, em razão da infiltração no pulmão; a icterícia, por acometer fígado ou obstruir ducto biliar; e a dor abdominal, pela esplenomegalia ou adenopatia retroperitoneal (SMELTZER; BARE, 2006, p. 959). Outras sintomatologias presentes são febre, fadiga, sudorese noturna e perda de peso (ABRALE, 2020c).

Para se diagnosticar a doença de Hodgkin existem diversos tipos de exames, como a biópsia de linfonodo, para análise e pesquisa da célula de Reed-Sternberg; exame de imagem, para localizar o tumor no corpo; radiografia de tórax e tomografia computadorizada do tórax, abdome e pelve, a fim de determinar a extensão da linfadenopatia; e ressonância magnética, para obter imagem de partes moles e órgãos (ABRALE, 2020c).

Também são utilizados outros exames, dentre eles estudos de citogenética, imuno-histoquímica e estudos de genética molecular, que fornecem características específicas das células tumorais. Para Smeltzer e Bare (2006, p. 960), também se incluem os exames

laboratoriais como hemograma completo, contagem de plaquetas, VHS, prova de função hepática e renal, biópsia de medula óssea e imageamento ósseo. Uma vez diagnosticada a doença, é necessário classificá-la quanto ao tipo e estadiamento, para definir a extensão e determinar o prognóstico e o tratamento ideal.

O tratamento do LH visa obter a cura da doença que, se tratada adequadamente, é curável. A terapêutica baseia-se em quimioterapia associada com a radioterapia. O esquema de quimioterapia utilizados de rotina são combinados, medicamentos como doxorrubicina, bleomicina, vimblastina e dacarbazina (SMELTZER; BARE, 2006, p. 960).

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 TEORIA DA TRANSIÇÃO DE AFAP MELEIS

A Teoria da Transição de Afaf Meleis é uma teoria de enfermagem de médio alcance, pois pretende providenciar uma estrutura que permita descrever, compreender, interpretar e explicar os fenômenos específicos que refletem e emergem da prática da enfermagem. Nela, a transição é explorada como conceito central. As teorias de médio alcance (TMA) abordam um conjunto de conceitos menos abstratos e mais específicos para os detalhes da prática de enfermagem (ALLIGOOD, 2013).

O desenvolvimento da Teoria de Transição iniciou-se na década de 1960, quando Meleis estava fazendo seu PhD, e prosseguiu ao longo dos anos em parceria com alunos e colegas. No mestrado e doutorado, investigou planejamento familiar ineficaz, processos envolvendo relação conjugal, a questão de torna-se pai e papéis parentais. O Interacionismo Simbólico e a Teoria de Florence Nightingale exerceram influência na determinação da Teoria das Transições. Na enfermagem, a transição é um foco expressivo a ser considerado, pois o enfermeiro auxilia indivíduos a percorrerem diversas situações e a se adequarem aos efeitos das transições (MELEIS, 2010). A palavra transição deriva do latim *transitióne* e significa o ato ou efeito de passar de um lugar, de um estado ou de um assunto para outro; trajeto (MELEIS *et al.*, 2000).

Afaf Meleis e Norma Chick, da Massey University, descreveram a transição como uma passagem ou movimento de um estado razoavelmente estável para outro estado razoavelmente estável, ou como uma passagem ou movimento de uma condição ou lugar para outro (MELEIS *et al.*, 2000). Esta definição denota que a transição está intrinsecamente ligada com tempo e movimento e implica uma mudança de estado saúde, de relações, de expectativas ou de habilidades, pelo que o paciente (ou pacientes), consoante ao contexto e à situação, tem de incorporar novos conhecimentos (CHICK; MELEIS, 2010; SCHUMACHER; MELEIS, 2010).

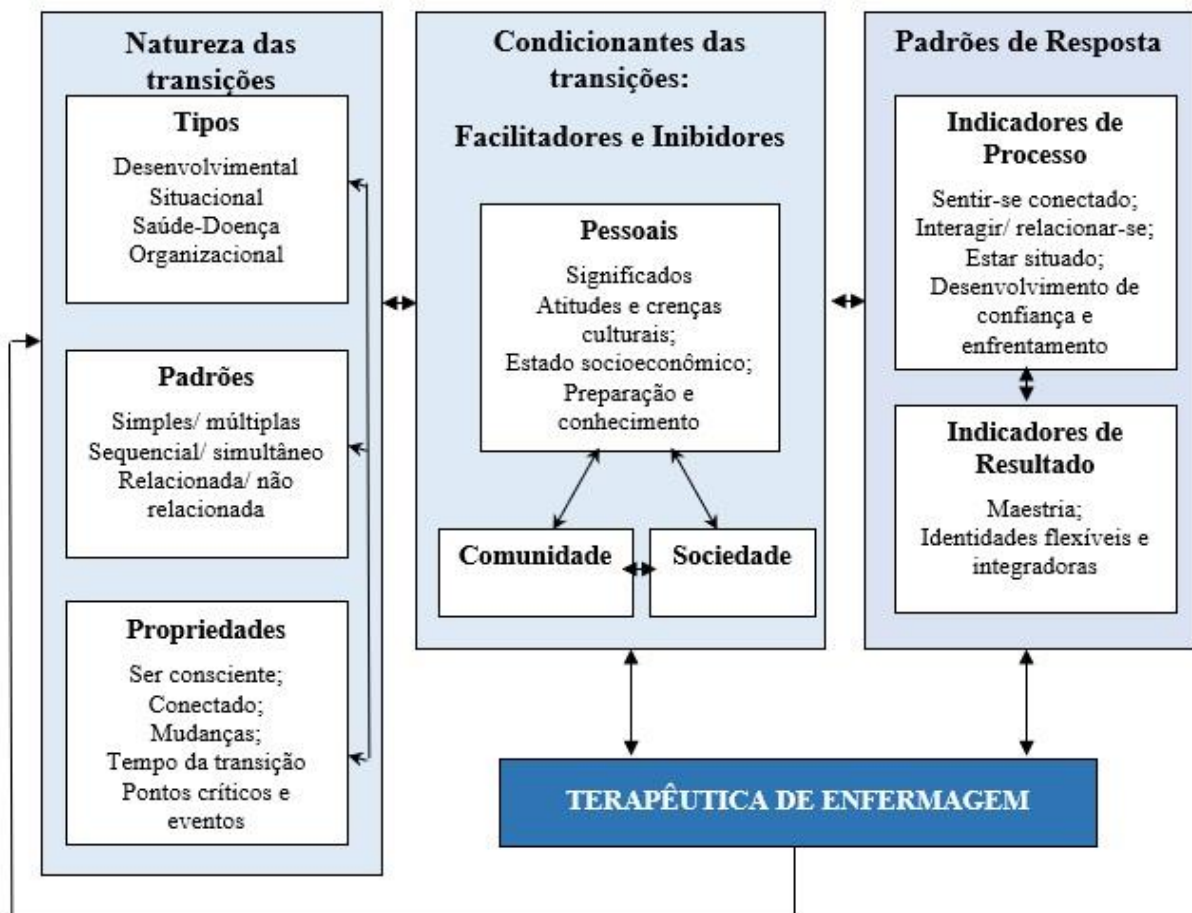
Uma característica importante das transições é que elas são essencialmente positivas. A conclusão de uma transição implica que a pessoa chegou a uma fase de maior estabilidade em relação ao que foi antes. Isso pressupõe que as transições são processos que incluem três fases: entrada, passagem e saída, com um fluxo temporal mais ou menos alargado (CHICK; MELEIS, 1986).

Desse modo, Meleis definiu os seguintes pressupostos da Teoria: as transições são complexas e multidimensionais; possuem padrões de multiplicidade e complexidade; são caracterizadas pelo fluxo e movimento ao longo do tempo; causam mudanças nas identidades,

papéis, relacionamentos, habilidades e padrões de comportamento; englobam um movimento e mudanças nos padrões fundamentais da vida, manifestados em todos os indivíduos. Também está definido nos pressupostos que: o cotidiano, o contexto e as relações dos clientes são influenciados pela natureza, pelos significados e pela vivência de sua experiência de transição; a vulnerabilidade dos indivíduos tem relação com suas experiências de transição, relacionamentos e condições ambientais que os expõem a danos potenciais, situações insalubres e recuperações problemáticas; os enfermeiros são os principais cuidadores de clientes e de seus familiares ao passarem por uma transição (MELEIS, 2009).

A Figura 1, abaixo, ilustra a Teoria das Transições de médio alcance de Afaf Meleis, trazendo as possíveis naturezas das transições como tipo, padrões e propriedades, bem como relaciona com as condições facilitadoras e inibidoras e os padrões de resposta. A Figura 1 mostra também o cuidado de enfermagem sendo aplicado a várias áreas da transição, mostrando que este pode agir de forma a facilitar o processo de transição.

Figura 1 – Teoria das Transições por Afaf Meleis



Fonte: Adaptado de Meleis e colaboradores (2000).

Reportando à Teoria de Meleis, conforme destaca a Figura 1, identifica-se a existência de três constructos basilares, a referir: a natureza da transição, as condições de transição e os padrões de resposta. Também se identificam quatro tipos de transições particulares: desenvolvimental, de saúde-doença, organizacional, situacional.

A transição desenvolvimental é aquela que focaliza o estágio do ciclo da vida, com ênfase no indivíduo. Podem-se citar como exemplos a adolescência, a menopausa e a velhice. Das transições desenvolvimentais, a parentalidade tem sido a que recebe maior atenção por parte da enfermagem. Também a adolescência é alvo de interesse, assim como a menopausa. A maioria do trabalho realizado no nível desse tipo de transição se encontra fundamentalmente, mas não exclusivamente, focado no individual (MELEIS, 2010).

A transição do tipo saúde-doença refere-se ao aparecimento de algum agravo na saúde do indivíduo, que afeta sua rotina, seus hábitos e expira cuidados, acarretando mudanças também em sua estrutura familiar, pois muitas vezes este passa a depender de outros para o seu cuidado. Este estudo está focado nesse tipo de transição dos pacientes onco-hematológicos durante a hospitalização, do diagnóstico ao tratamento antineoplásico.

Segundo a autora, a categoria saúde-doença inclui: as transições, em que ocorrem mudanças de papéis repentinas, que resultam da mudança de bem-estar para um estado de doença; mudanças de papéis graduais (distinta da anterior porque permite tempo para uma incorporação gradual de comportamentos e sentimentos do novo papel); mudanças de papéis de doença para saúde. Por fim, também se incluem mudanças repentinas ou graduais de papéis de saúde para doenças crônicas, reabilitação, transição de hospitais psiquiátricos para a comunidade, entre outros (MELEIS, 2010).

A transição situacional refere-se àquela causada por um acontecimento ou fato na vida do indivíduo ou de familiares; pode ser de forma planejada ou não. Está relacionada com mudanças súbitas de papéis nos vários contextos em que o cliente/indivíduo está envolvido, incluindo a adição ou perda de um membro da família (MELEIS, 2010).

A transição organizacional ocorre no contexto ambiental dos indivíduos e é precipitada pelas mudanças que acontecem ao nível do contexto social, político e econômico. Como exemplo, podem ser citadas as mudanças de líder, a implementação de novas políticas, rotinas e práticas, as mudanças na comunidade, e a saída do emprego (MELEIS, 2010).

As transições seguem padrões que se referem à sua multiplicidade ou complexidade de fatores. Sendo assim, podem ser simples, múltiplas, sequenciais ou simultâneas, desde que tenham importância na vida do indivíduo.

Referindo-se às experiências de transição em geral, Chick e Meleis (1986) consideram que, apesar de se identificar um conjunto de diferentes tipos de transições, é visível a existência de alguns aspectos comuns dentro da complexidade e multidimensionalidade dessas experiências, os quais se denominam propriedades das transições. Meleis e colaboradores (2000) definiram as seguintes propriedades para as experiências de transição: conhecimento; consciência, ajustamento; compromisso, mudança e diferença, eventos e acontecimentos críticos e período de experiência.

A propriedade conhecimento encontra-se relacionada com a consciencialização do cliente/indivíduo sobre a experiência que se encontra a vivenciar. Neste âmbito é, então, esperado que o cliente/indivíduo apresente ou desenvolva conhecimento sobre as alterações que ocorrem e que está a viver.

O nível de conscientização, segundo Meleis e colaboradores (2000), influencia o nível de envolvimento, e este pode não acontecer na falta de conscientização da transição que está a ocorrer. Outra propriedade é o envolvimento que cada pessoa demonstra no processo de transição.

Mudança e diferença são propriedades similares e essenciais da transição, mas não são sinônimas. A mudança e a diferença são essenciais na transição, visto que toda transição causa mudança, entretanto, nem toda mudança deflagra um processo transicional. Para compreender esse processo, é importante identificar e descrever as consequências e os significados dessas mudanças na vida do indivíduo em relação à natureza, à temporalidade, à importância percebida, às normas sociais e às expectativas. Expectativas não atendidas ou que divergem, visão de mundo diferenciada e o sentimento ou o fato de ser visto pelo outro como diferente podem provocar mudanças no modo de ser e ver do indivíduo (SILVA, 2013).

O intervalo de tempo é variável, depende do processo transicional pelo qual está passando o indivíduo e depende do indivíduo. Normalmente é um período demorado, desde a ocorrência do evento até a estabilidade. O intervalo de tempo refere-se à duração da experiência transicional. Contudo, nem sempre é possível fazer essa delimitação em todas as experiências transicionais, em razão da própria subjetividade inerente ao processo (SILVA, 2013).

Os pontos críticos são pontos de viragem usualmente associados ao aumento da conscientização da mudança e à diferença ou envolvimento mais ativo ao lidar com a experiência de transição. São os pontos marcantes durante o processo transicional (MELEIS, 2000).

As condições de transição são as circunstâncias que podem facilitar ou inibir o alcance de uma transição saudável e dependem da percepção do indivíduo e do significado que ele atribui a essa experiência. Dessa maneira, é importante identificar as condições pessoais e ambientais que podem interferir no alcance de uma transição positiva (MELEIS, 2009; MELEIS *et al.*, 2000).

As condições pessoais englobam o significado atribuído aos eventos que ocorrem antes da transição e no processo em si, influenciado pelas crenças socioculturais e pelas atitudes. O *status* socioeconômico, o conhecimento e preparo antecipado do indivíduo facilitam a transição; ou seja, o nível de conhecimento sobre o que esperar de uma transição e quais estratégias podem ser utilizadas para lidar com ela; do contrário, ocorre inibição da transição (SILVA, 2013). Vale destacar a existência de apoio social ou de recursos instrumentais e, nas condições sociais, o apoio dos familiares e a representação social face à mudança como condições facilitadoras e/ou inibidoras das transições (MELEIS *et al.*, 2000).

Shumacker e Meleis (2010) afirmam que o significado da transição para um indivíduo, ou a busca de seu sentido, englobando o que ela pode causar, é uma percepção subjetiva e essencial para a compreensão do processo. Esse significado pode ser positivo, neutro ou negativo e resulta de uma transição desejada, planejada ou não. As expectativas em relação à transição dependem de experiências vivenciadas anteriormente, as quais podem interferir ou não nessa vivência.

Todavia, para compreender todo o processo de transição e valorar a experiência vivida pelo cliente/indivíduo é ainda necessário atender à existência de alguns padrões de resposta. Estes se subdividem em dois tipos de indicadores – processuais e de resultado – e auxiliam a avaliação dos enfermeiros (MELEIS *et al.*, 2000).

Os indicadores de processo, segundo Meleis e colaboradores (2000), particularizam a necessidade de o cliente/indivíduo sentir-se e manter-se integrado em um determinado contexto, e a necessidade de informação, nomeadamente sobre os recursos disponíveis, é fundamental para se prosseguir em uma transição saudável. Nesse sentido, as relações que os

clientes/indivíduos estabelecem com o meio (família, amigos, profissionais de saúde, entre outras) revelam-se fontes de informação privilegiadas.

No que se refere ao padrão de resposta interação, os mesmos autores salientam a íntima relação estabelecida entre o cliente em transição e o seu cuidador, da qual advêm as dimensões do autocuidado e do ser cuidado. Assim, Meleis e colaboradores (2000) alertam para o fato dessa mobilidade de papéis comportar diferentes significados para as pessoas envolvidas. Nesse sentido, estas deverão constituir-se como um dos focos para a prática da enfermagem.

No decorrer da experiência de transição, o cliente/indivíduo deve sentir-se situado, ou seja, ser parte integrante do contexto em que se encontra inserido. Esse padrão é indispensável, porque a transição envolve a criação de novos significados e percepções e a reformulação das significações em relação ao ambiente que o envolve. É esse estado dinâmico que se remete à noção de adaptação ao meio envolvente, e, subsequentemente, para o desenvolvimento da confiança e *coping*, que ocorre quando se experiencia a transição, ao se demonstrar um conhecimento mais aprofundado e também uma maior compreensão acerca dos aspectos essenciais e críticos (MELEIS *et al.*, 2000).

Os indicadores de resultados são dois: o domínio e as identidades fluídas e integrativas. O domínio de habilidades e comportamentos, necessários para gerir as novas situações e ambientes, determina o final de uma transição; resulta da junção de habilidades antigas com as desenvolvidas durante a transição, e com o tempo e experiência. Por isso, o domínio não é percebido no início da experiência transicional. Identidades fluídas integrativas referem-se à reformulação da identidade que resulta da experiência transicional (MELEIS, 2012; MELEIS *et al.*, 2010).

Em suma, compreender as propriedades e condições inerentes a um processo de transição conduz ao desenvolvimento de um conjunto de intervenções de enfermagem que serão congruentes com as experiências únicas das pessoas em processo de transição e seus familiares, tendo em vista a promoção de respostas saudáveis à transição (MELEIS, 2010). Segundo a autora, a transição será mais bem-sucedida ao se conhecer: o que desencadeia a mudança; a antecipação do evento; a preparação para mover-se dentro da mudança; a possibilidade de ocorrência de múltiplas transições simultaneamente (MELEIS, 2010).

Para pensar na enfermagem como um agente facilitador para transições saudáveis nos pacientes onco-hematológicos, é imprescindível conhecimento sobre a doença

onco-hematológica considerando também seu aspecto biomédico. É importante conhecer seus tipos mais comuns, características, formas de diagnóstico, tratamento e particularidades.

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo é exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa e tem como aporte teórico a Teoria das Transições de Afaf Meleis. A pesquisa qualitativa favorece ao pesquisador apreender o modo como os seres humanos pensam, agem e reagem diante de questões focalizadas; proporciona o aprendizado da dinâmica entre a prática e o conhecimento, bem como ajuda na percepção dos sentimentos, dos valores, dos temores e das atitudes das pessoas ao expor suas ações diante de um problema ou situação (POLIT; BECK, 2018). Segundo Lakatos e Marconi (2021), essa abordagem se preocupa em analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano e fornecendo análise mais detalhada sobre as investigações, hábitos, atitudes, tendências de comportamento, etc.

O estudo exploratório permite ao investigador a definição do problema de pesquisa e a formulação de hipótese do estudo com mais exatidão. Ainda permite que o pesquisador escolha as técnicas mais apropriadas para a sua pesquisa e decida quais são as questões a serem enfatizadas e detalhadas na investigação. Pode também sinalizar potenciais dificuldades, sensibilidades e áreas de resistência no processamento do problema (GIL, 2022).

Para Minayo (2015), o método qualitativo é adequado ao estudo de aspectos históricos, relacionais, das representações, das crenças, das percepções e opiniões. Esses fatores resultam, segundo a autora, das interpretações que os sujeitos fazem da forma como vivem, sentem e pensam. A opção por esse tipo de estudo vem ao encontro de seus objetivos e da compreensão sobre o processo de transição vivenciado pelos entrevistados e sua descrição, para uma posterior intervenção.

Para este estudo, compreende-se o significado de vivência na filosofia de Nietzsche. O conceito de vivência em Nietzsche, conforme aponta Viesenteiner (2013), possui uma tríplice significação:

- a) a imediatez entre o homem e o mundo, uma ligação imediata com a vida, de modo que não se vivencia algo de “que se ouviu falar”;
- b) a significabilidade para o caráter global da existência, na qual o que é vivenciado deve ter uma intensidade de tal modo significativa, cujo resultado confere uma importância que transforma por completo o contexto geral da existência;

- c) a incomensurabilidade do conteúdo da própria vivência, sendo impossível determinar racionalmente o conteúdo da vivência, de modo que a noção de vivência deve sempre ser pensada do ponto de vista estético, sensível.

5.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em hospital universitário de grande porte, referência em média e alta complexidade, com atendimento exclusivamente dedicado ao Sistema Único de Saúde, composto pela integração do Hospital Universitário, o Centro Pediátrico e o Ambulatório. O hospital possui 277 leitos de internação de diversas especialidades, destes, 31 leitos são de especialidade Onco-hematologia para pacientes adultos e idosos.

A escolha desse local se deu por ser este referência no Sistema Único de Saúde para o tratamento das neoplasias hematológicas no município de Salvador e em todo o Estado da Bahia. Com duas enfermarias que somam 21 leitos para internação clínica, Centro de Transplante de Medula Óssea (CTMO) com cinco leitos exclusivos para pacientes adultos, com atendimento ambulatorial compostos por consultórios médicos e serviço de enfermagem, possui 11 leitos (nove poltronas e dois leitos destinados a intercorrências). As unidades de internação são constituídas por enfermarias contendo quartos individuais, duplos e triplos.

A Unidade de Onco-hematologia possui uma equipe multidisciplinar composta por enfermeiros, técnicos de enfermagem, hematologistas, médicos transplantadores, médica paliativista, psicólogas, fisioterapeutas, fonoaudióloga, nutricionistas, assistentes sociais, odontólogo e terapeuta ocupacional. Como espaço de formação, a unidade congrega professores, residentes e internos do curso de medicina, e graduandas de enfermagem em estágio curricular. A aproximação do pesquisador com o serviço para a coleta de dados ocorreu após a liberação do campo, mediante a carta de anuência (Apêndice A).

5.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada com pessoas com adoecimento onco-hematológico, de idade maior ou igual a 18 anos, que vivenciavam a primeira hospitalização no serviço de Onco-hematologia do hospital universitário. Neste estudo, foi utilizado o termo adoecimento onco-hematológico para designar os pacientes com diagnóstico médico de leucemia ou linfoma, englobando seus tipos e subtipos.

Como critérios de inclusão: ter o diagnóstico de neoplasia hematológica; ter no mínimo dez dias da admissão no serviço; ser a primeira internação para tratamento oncológico. Como exclusão: participantes que apresentarem agravamento do quadro clínico e indicação para

transferência para unidades de terapia intensiva, ter o diagnóstico médico de deficiência mental e ser portador de déficit intelectual definido em prontuário. Instituiu-se o tempo mínimo de hospitalização de dez dias, período que o paciente reconhece o ambiente e possui vivências com equipe multidisciplinar, também o período em que ocorre o início do tratamento antineoplásico.

Embora as questões relacionadas às pessoas com deficiência constituam um desafio frente à busca de uma sociedade inclusiva e democrática, por questões técnicas de adaptação envolvendo a proposta da entrevista em profundidade e sua relação com a Teoria das Transições, optou-se por excluir o participante que: fosse portador de déficit intelectual e/ou comunicação definido no prontuário médico ou identificado pelo pesquisador durante o momento de aproximação; tivesse o diagnóstico médico de deficiência mental.

5.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados entre os meses de julho de 2021 e março de 2022. Utilizou-se uma entrevista aberta em profundidade, com uma média de 30 minutos de duração. A entrevista é uma técnica de pesquisa que já vem sendo utilizada há muito tempo nas pesquisas qualitativas. Elas foram gravadas em aparelho gravador de áudio digital, após a autorização dos participantes.

Por sua flexibilidade, a entrevista é adotada como técnica fundamental de investigação nos mais diversos campos. Os profissionais que tratam de problemas humanos valem-se dessa técnica não apenas para coleta de dados, mas também com objetivos voltados para diagnóstico e orientação. Ou seja, parte importante do desenvolvimento das ciências sociais, nas últimas décadas, deu-se graças à utilização da entrevista (GIL, 2022). Utilizar essa técnica para obtenção de informação teve o propósito de buscar compreender a subjetividade do indivíduo por meio de seus depoimentos, pois se trata do modo como aquele sujeito observa, vivencia e analisa seu tempo histórico, seu momento, seu meio social, etc.; este é sempre um, entre muitos pontos de vista possíveis (BATISTA; MATOS; NASCIMENTO, 2017).

O instrumento de coleta de dados foi composto por três partes (Apêndice B). A primeira parte foi destinada à coleta de informações sobre a caracterização sociodemográfica das pessoas com adoecimento onco-hematológico; a segunda parte foi destinada à coleta de dados sobre a história de saúde e adoecimento, como o diagnóstico médico de neoplasia hematológica, a presença de outras doenças crônicas e o tempo de hospitalização na Unidade de Onco-hematologia; e a terceira parte continha as questões norteadoras para a compreensão das

vivências dos participantes: “conte sobre sua vida antes da hospitalização”, “como o Sr. (Sra.) vivencia esse momento?”, “conte-me como está sendo sua hospitalização”, “conte como têm sido as modificações em sua vida desde a investigação para o diagnóstico até os dias atuais” e “conte sobre suas expectativas futuras para as novas etapas de sua vida”.

A coleta dos dados ocorreu em duas etapas: a primeira etapa foi de aproximação com o participante para a criação de vínculo, apresentação do projeto, aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e preenchimento dos dados sociodemográficos, de saúde e adoecimento. Na segunda etapa, ocorreu a realização da entrevista. Foi acordado com o participante o dia, o horário e o local. As entrevistas foram realizadas exclusivamente pelo pesquisador, individualizadas, em local privativo no hospital, em espaço do hospital que assegurasse o conforto, privacidade, integridade e segurança. Considerando o cenário pandêmico pelo novo coronavírus e as orientações para prevenção e vigilância epidemiológica das infecções por SARS-CoV-2 dentro dos serviços de saúde, foi garantido aos participantes do estudo o uso de máscara cirúrgica descartável com tripla camada e o distanciamento social mínimo de 1 metro (ANVISA, 2020). Durante todo o período da coleta de dados e de permanência na instituição, o pesquisador esteve em uso de máscara PFF2/N95 e fez uso de álcool gel.

5.5 ANÁLISE DE DADOS

Os materiais produzidos nas entrevistas constituíram as fontes primárias para a análise dos dados. As entrevistas foram gravadas em mídia do tipo áudio formato MP3. Posteriormente as gravações foram transcritas na íntegra. Foi realizada a análise por meio do *software* IRAMUTEQ® (Interface de R *pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*) 0.7 alpha 2, que é um programa que permite fazer análises estatísticas sobre *corpus* textuais e sobre tabelas individuais/palavras.

Segundo Salviati (2017, p. 4):

Para se analisar grande volume de textos têm sido utilizados softwares específicos de análise textual tais como ALCESTE e IRAMUTEQ. O uso de novas técnicas para manipular e apresentar grandes volumes de dados leva a novas possibilidades de análise – pois construir uma representação, naturalmente, é propor uma interpretação. Esses softwares possibilitam identificar o contexto em que as palavras ocorrem. Eles executam análise lexical do material textual e particionam o texto em classes hierárquicas, identificadas a partir dos segmentos de textos que compartilham o mesmo vocabulário, facilitando, assim, o pesquisador conhecer seu teor.

O IRAMUTEQ[®] foi desenvolvido pelo pesquisador francês Pierre Ratinaud em 2009. É um *software* gratuito, sob licença de *software* livre e código fonte aberto, licenciado por GNU GPL (v2), que utiliza o ambiente estatístico do *software* R,¹ e a sua linguagem de programação é Python.² Ele é utilizado no estudo das Ciências Humanas e Sociais e utiliza o mesmo algoritmo do *software* ALCESTE para realizar análises estatísticas de textos, porém incorpora, além da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), outras análises lexicais que auxiliam na análise e interpretação de textos. (CAMARGO; JUSTO, 2013a; CAMARGO; JUSTO, 2013b; SALVIATI, 2017).

No Brasil, o IRAMUTEQ[®] começou a ser utilizado em 2013 (CAMARGO; JUSTO, 2013a). Os responsáveis diretos pela experimentação, desenvolvimento de dicionários e divulgação é o Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição (LACCOS), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); Centro Internacional de Estudos em Representações Sociais e Subjetividade – Educação (CIERS-Ed), da Fundação Carlos Chagas (FCC); e o Grupo de Pesquisa Valores, Educação e Formação de Professores, da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP) (CAMARGO; JUSTO, 2013a; CAMARGO; JUSTO, 2013b). Entre as funcionalidades do *software* está a possibilidade de execução de análises de dados textuais em diferentes níveis, desde aquelas bem simples, como a lexicografia básica (cálculo de frequência de palavras), até análises multivariadas (classificação hierárquica descendente, análises de similitude) (CAMARGO; JUSTO, 2013a; CAMARGO; JUSTO, 2013b; KAMI *et al.*, 2016; SALVIATI, 2017).

São cinco possibilidades de análise de dados textuais, a saber: 1) estatísticas textuais clássicas (identifica quantidade e frequência de palavras), palavras únicas (coeficiente de Hapax), identifica e busca palavras de acordo com as classes gramaticais e busca palavras com base na raiz (lematização); 2) pesquisa de especificidades de grupos; 3) classificação hierárquica descendente (por consequência Análise Fatorial de Correspondência); 4) análises de similitude; e 5) nuvem de palavras (RATINAUD, 2014; CAMARGO; JUSTO, 2013; KAMI *et al.*, 2016). Enquanto análises de dados textuais simples, por exemplo, é possível realizar cálculos de frequências de palavras, que pode ser apresentada em nuvem de palavras. Já para análises multivariadas, mais sofisticadas do que as primeiras, é possível realizar a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), Análise Fatorial de Correspondência (AFC) e as análises de

¹ Disponível em: <https://www.r-project.org/>. Acesso em: 20 jan. 2022.

² Disponível em: www.python.org. Acesso em: 20 jan. 2022.

similitude (CAMARGO; JUSTO, 2013a; CAMARGO; JUSTO, 2013b; KAMI *et al.*, 2016; SALVIATI, 2017).

A análise textual é um tipo específico de análise de dados, na qual trata de material verbal transcrito, ou seja, os textos (CAMARGO; JUSTO, 2013a; CAMARGO; JUSTO, 2013b; SALVIATI, 2017). Essa análise tem várias finalidades, sendo possível analisar textos, entrevistas, documentos, redações etc. A partir da análise textual, é possível descrever um material produzido por um produtor, seja individual ou coletivamente, como também é possível utilizar a análise textual com a finalidade relacional, comparando produções diferentes em função de variáveis específicas que descrevem quem produziu o texto. Para a compreensão da análise textual do *software* é necessário o conhecimento e familiaridade de alguns conceitos importantes, conforme destacam Camargo e Justo (2013), os quais estão descritos a seguir.

5.5.1 *Corpus*

O *corpus* é elaborado pelo pesquisador; é o conjunto de texto que se pretende analisar.

5.5.2 Texto

Um conjunto de textos constitui o *corpus* de análise. Os textos são separados por linhas de comando também chamadas “linhas com asteriscos“ (****). No caso de entrevistas, como cada uma delas é um texto, elas necessariamente devem começar com esta linha de comando. Esta linha informa o número de identificação do entrevistado e algumas características (variáveis) que são importantes para o delineamento da pesquisa.

5.5.3 Segmentos de texto (ST)

Os segmentos de texto são fragmentos de texto, na maior parte das vezes do tamanho de três linhas, dimensionados pelo próprio *software* em função do tamanho do *corpus*. Após reconhecer as indicações dos textos a serem analisados, o *software* divide os textos do *corpus* em segmentos de texto.

5.5.4 Análises lexicográficas clássicas

Análises lexicográficas clássicas identificam e reformatam as unidades de texto, transformando número de textos em número de segmentos de texto; identificam a quantidade de palavras, frequência média e hapax (palavras com frequência um); pesquisa o vocabulário e reduz palavras com base em suas raízes (lematização), cria dicionário de formas reduzidas e identifica formas ativas e suplementares.

5.5.5 Método da classificação hierárquica descendente (CHD)

Os segmentos de texto são classificados em função dos seus respectivos vocabulários, e o conjunto deles é repartido em função da frequência das formas reduzidas. A partir de matrizes cruzando segmentos de textos e palavras (em repetidos testes do tipo X^2), aplica-se o método de CHD e obtém-se uma classificação estável e definitiva. Essa análise visa obter classes de segmentos de texto que, ao mesmo tempo, apresentam vocabulário semelhante entre si, e vocabulário diferente dos segmentos de texto das outras classes. A partir dessas análises em matrizes, o *software* organiza a análise dos dados em um dendograma da CHD, que ilustra as relações entre as classes.

O uso de um *software* para o processamento dos dados viabilizou a codificação, organização e separação das informações, o que permitiu a localização de forma mais rápida de todo o segmento de texto utilizado na escrita qualitativa, promovendo assim um maior rigor metodológico à pesquisa qualitativa. O tempo de processamento do *software* IRAMUTEQ® foi de 48 segundos, o que é considerado bem relevante nessa etapa.

Neste estudo, a fim de atender os objetivos propostos, para extrair os conteúdos se utilizou o método da classificação hierárquica descendente (CHD), pois esta interface possibilita, com base no *corpus* original, a recuperação dos segmentos de texto e a correlação entre cada um, o que permite o agrupamento das palavras estatisticamente significativas (classes). Assim, esse método de classificação possibilita uma análise mais aprofundada e qualitativa das entrevistas (SILVA, 2020). Após a transcrição das falas dos oito participantes, relacionadas às entrevistas, foi realizada a formatação de um *corpus*. O *corpus* contém todos os textos em um único arquivo compatível com o programa OpenOffice,³ salvo no formato texto (.txt), o qual é separado por linhas de comando (CAMARGO; JUSTO, 2013). Para tanto, três etapas são necessárias para a realização da CHD: preparação e codificação do texto inicial, classificação hierárquica descendente e interpretação das classes.

Sua utilização foi possível, uma vez que a porcentagem de texto do *corpus* desta pesquisa para efetuar a CHD foi satisfatória, de 83,64%. É importante salientar que as análises do tipo CHD requerem uma retenção mínima de 75% dos segmentos de texto, sendo possível considerar o aproveitamento de 70% desses segmentos, de acordo com alguns autores (CAMARGO; JUSTO, 2013). Caso a CHD ofereça uma classificação com retenção inferior a

³ Disponível em: <https://www.libreoffice.org/download/download>. Acesso em: 14 jun. 2022.

esta, não pode ser considerada uma análise adequada aos dados coletados, pois fornece apenas uma classificação parcial (SILVA, 2020).

O processamento da análise lexical no IRAMUTEQ® tem início na identificação e reformatação das unidades de textos, que transformam as Unidades de Contextos Iniciais (UCI) em Unidades de Contexto Elementares (UCE). Em seguida, a quantidade de palavras é mensurada, o que possibilita a identificação da frequência média entre as palavras, destacando a quantidade de palavras que não se repetem (os Hapax); realiza a pesquisa do vocabulário e reduz as palavras com base em suas raízes (processo é denominado lematização); e, por fim, cria o dicionário de formas reduzidas identificando formas ativas e suplementares (CAMARGO; JUSTO, 2013).

O *software* organiza a análise de dados em um dendograma da CHD, a qual ilustra as relações entre as classes, interpretadas como campos lexicais ou contextos semânticos. (CAMARGO, 2005). Cabe destacar que o pesquisador é o elemento central, pois faz uma interpretação do material gerado, juntamente com o texto original, para compreender os depoimentos e ajudar a identificar as conclusões mais plausíveis a partir dos dados. Sendo assim, apesar do programa viabilizar a codificação e categorização de uma enorme quantidade de informações, ele não substitui a responsabilidade do pesquisador na interpretação substantiva dos resultados (SILVA, 2020).

5.6 PREPARAÇÃO DO *CORPUS*

As etapas de preparação do *corpus* são descritas abaixo, conforme recomendação do programa:

- a) o corpo textual foi gerado a partir das questões respondidas pelos pacientes na primeira hospitalização, contidas no instrumento de coleta de dados;
- b) as entrevistas foram transcritas suprimindo-se as perguntas e mantendo-se apenas as respostas dos entrevistados, e todos os textos foram colocados em um único arquivo de texto;
- c) foi realizada a revisão de todo o texto, a fim de configurá-lo de acordo com as recomendações do *software*: correção de erros de digitação e pontuação; uniformização das siglas e junção de palavras compostas por *underline* em vez de hífen; retirada de caracteres do texto; também o texto não foi justificado; não se utilizou negrito, itálico ou recurso semelhante, e parágrafos foram retirados. Todas as

observações foram realizadas de forma minuciosa, para que o processamento fosse feito com o maior aproveitamento das palavras compostas no *corpus*;

- d) no *corpus* textual, os textos foram separados por linhas de comando ou linhas de asteriscos (****), que determinam o número de identificação do entrevistado e as variáveis definidas. Sendo assim, as seguintes variáveis foram estabelecidas: sujeitos participantes da pesquisa (suj_1 até suj_08), sexo (sex_1 = masculino e sex_2 = feminino), idade (ida_1 = até 19 anos; ida_2 = 20 a 29 anos; ida_3 = 30 a 39 anos; ida_4 = 40 a 49 anos; ida_5 = 50 a 59 anos; ida_6 > 60 anos), estado civil (estciv_1 = solteiro; estciv_2 = casado; estciv_3 = divorciado/separado; estciv_4 = viúvo), filhos (filh_1 = sim; filh_2 = não), religião (relig_1 = católico; relig_2 = evangélico; relig_3 = espírita; relig_4 = matriz africana; relig_5 = não possui; relig_6 = outra), diagnóstico médico (diag_1 = Leucemia; e diag_2 = Linfoma Hodgkin; diag_3 = Linfoma Não-Hodgkin), e o tempo de internação (temp_número de dias de internação). Por exemplo: **** *suj_1 *sex_1 *proced_2 *ida_23 *estciv_2 *filh_1 *relig_1 *diag_1 *temp_22;
- e) depois de toda a revisão, o texto digitado em arquivo único foi aplicado no bloco de notas, salvo em arquivo com extensão codificada para UTF8 e aplicado no *software*.

Após o processamento das entrevistas pelo *software*, foi realizada a interpretação e discussão dos dados encontrados, sob a luz da Teoria das Transições de Afaf Meleis, e as evidências científicas encontradas acerca dos pacientes onco-hematológicos.

6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar Professor Edgard Santos (CEP/HUPES) e seguiu os padrões sugeridos pela Resolução nº 466/2012, que dispõe sobre Pesquisa envolvendo Seres Humanos, frente ao direcionamento de somente ser iniciada após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) pelo participante. A coleta de dados só foi iniciada após aprovação por escrito do Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar Professor Edgard Santos (CEP/HUPES) (número do parecer 4708485, CAAE 44705321.5.0000.0049) (Anexo A). Foram respeitadas as resoluções nº 510/2016 e nº 580/2018, assim como foram garantidas pelo autor a preservação dos dados, da confidencialidade e do anonimato dos indivíduos pesquisados.

O anonimato foi garantido mediante a não divulgação de nomes ou dados que possam identificar os participantes. Para a identificação das entrevistas, foram utilizados números arábicos, conforme a ordem de realização. Além disso, foi garantido aos participantes o sigilo das informações, e que os dados coletados só foram utilizados para elaboração da dissertação e de artigos para divulgação científica, entretanto sem expô-los de modo a afetar sua imagem.

A pesquisa tem como possibilidade de riscos a geração de desconfortos para os participantes ao rememorar as experiências vivenciadas com o adoecimento e a hospitalização na Unidade de Onco-hematologia, bem como o possível constrangimento em responder algumas perguntas. Cabe destacar que os pacientes hospitalizados no serviço onde ocorreram as entrevistas são acompanhados durante todo internamento pelo serviço de psicologia, constituído por duas psicólogas. Assim, caso o participante sinta algum desconforto, a entrevista será interrompida, serão acionados os serviços de enfermagem e de psicologia hospitalar para o oferecimento do suporte necessário. O pesquisador permaneceu ao lado do participante pelo tempo que for necessário.

Como benefícios, espera-se a contribuição com conhecimentos que possam gerar reflexões para melhor direcionamento das práticas da enfermagem, no sentido de considerar o processo de transição saúde/doença dessa população presente nos serviços de saúde, com suas características singulares provenientes do processo de adoecimento, da condição crônica das neoplasias hematológicas, do estigma do câncer e do contexto social em que ela está inserida.

7 RESULTADOS

Os resultados deste estudo serão apresentados por meio da apresentação, da caracterização dos participantes e das categorias temáticas que desvelam as vivências de oito pessoas com adoecimento onco-hematológico que, de forma inesperada e abrupta, tiveram a dinâmica de sua vida afetada, desencadeando um processo de mudança. Para este estudo foram identificados nove participantes como elegíveis; oito participaram da pesquisa e um foi excluído por apresentar o diagnóstico médico de deficiência mental.

7.1 APRESENTAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Os participantes deste estudo foram identificados de forma aleatória com nomes de aves da fauna brasileira, de escolha do pesquisador, de forma puramente subjetiva, sem nenhuma participação dos entrevistados, garantindo assim seu anonimato.

7.1.1 Beija-flor

O primeiro participante da pesquisa é um jovem de 23 anos, natural do interior do estado da Bahia, diagnosticado com leucemia mieloide aguda. Veio para uma consulta ambulatorial e, após avaliação médica, foi direcionado para a hospitalização imediata na Unidade de Onco-hematologia. A entrevista ocorreu no 22º dia de internação, em uma sala de aula do hospital. Durante a entrevista, mostrou-se confortável, acessível e colaborativo por todo o período, gesticulando e interagindo. No entanto, por alguns momentos, teve sua fala marcada por muita emoção, com a voz entrecortada e presença de lágrimas.

É um homem cisgênero, bem-humorado, se autodeclara pardo, possui o ensino médio completo, caminhoneiro, católico. Mora em sua cidade natal, mas trabalha viajando constantemente. Relata ter uma vida agitada, mas muito prazerosa. É casado, espera o nascimento de sua primeira filha. Revela em sua fala fortes laços afetivos com os pais e a cônjuge.

É portador de obesidade grau II, e o início desse processo começou há aproximadamente 3 meses, quando, em São Paulo, começou a apresentar cansaço, dispneia e palpitações, tendo um primeiro atendimento em unidade de pronto Atendimento UPA. No retorno para cidade natal, buscou avaliação cardiológica sem achados. Fez então um hemograma por conta própria e, a partir das alterações no exame, buscou atendimento com hematologista ambulatorial em uma cidade próxima, um serviço privado, e iniciou-se a investigação e o diagnóstico estabelecido. Ele foi inserido no sistema de regulação ambulatorial para uma consulta de Onco-

hematologia, por meio do programa de Tratamento Fora do Domicílio (TFD) com um pouco mais de um mês do diagnóstico.

7.1.2 Lavadeira

A segunda participante é uma jovem de 19 anos, que nasceu em São Paulo capital, mas foi criada e é proveniente de um distrito de uma cidade do interior do estado da Bahia. Diagnosticada com leucemia mieloide aguda, chegou à Unidade de Onco-hematologia por meio do Sistema de Regulação de Leitos do Estado da Bahia. É portadora de hipotireoidismo. A entrevista ocorreu no 15º dia de hospitalização. Por todo o período ela foi colaborativa, com voz baixa, tímida e semblante de preocupação com o momento atual, mas sempre colaborativa. Durante a entrevista, esteve contida na cadeira, gesticulando pouco e por vezes brincou e deu risadas, deixando claro que o momento atual é muito difícil.

Advinda de uma família de baixa renda, ela é uma mulher cisgênero, que se autodeclara branca e mora com os pais e uma irmã de 12 anos. Interrompeu os estudos no segundo ano do ensino médio para trabalhar, relata que algumas vezes trabalhou “em casa de família” como doméstica e que morou alguns meses em outra cidade com uma prima e o ex-namorado, identifica-se como católica. Faz crochê como uma fonte alternativa de renda. É solteira, durante o relacionamento com o ex-namorado engravidou e teve um aborto espontâneo há cerca de nove meses. Por várias vezes trouxe o desejo de sair de casa e ter sua independência, tentou, mas retornou à casa dos pais em razão do adoecimento.

Todo o processo de adoecimento começou há mais de dois meses, quando apareceram os sintomas de cansaço, inapetência e fraqueza quando estava trabalhando em outra cidade, que ficava há aproximadamente 12 horas de viagem da casa dos seus pais, e por isso decidiu voltar a morar com eles. Esteve por 17 dias internada em um hospital no interior acreditando ter uma anemia grave e, após a alta hospitalar, por conta própria veio para o ambulatório da Onco-hematologia para uma consulta com especialista, visto que é uma referência no Estado. Todavia não teve sucesso no atendimento, pois o hospital não tem unidade de emergência. Assim, foi orientada e direcionada para avaliação em uma UPA na cidade de Salvador. Ficou internada na UPA por dois dias, sendo regulada para uma unidade de clínica-médica de um hospital geral do Estado. Permaneceu por um mês internada neste hospital aguardando ser referenciada para a unidade especializada de Onco-hematologia.

7.1.3 Sabiá

O terceiro participante é um idoso de 63 anos, natural do interior do estado da Bahia, diagnosticado com leucemia mieloide aguda. Ele chegou à Unidade de Onco-hematologia por meio do Sistema de Regulação de Leitos do Estado da Bahia, está no 55º dia de hospitalização na Unidade de Onco-hematologia. Mostrou-se confortável, acessível e colaborativo por todo o período, deitado na cama, por todo o tempo se mostrou consciente do seu estado de saúde.

É um homem cisgênero, que se autodeclara pardo, é humilde e resiliente, estudou até a 6ª série do ensino fundamental, é marinheiro mecânico e por 30 anos exerce essa função. Ele é casado, pai de três filhos, avô de quatro meninos, identifica-se como evangélico, de religião Batista.

Os sintomas iniciais de adoecimento foram: com uma tosse, perda de apetite, cansaço, falta de ar, perda de 10 kg em pouco tempo. Começou a investigação em sua cidade natal, procurou um especialista em hematologia em uma cidade próxima, onde solicitou o estudo da medula. Veio então para Salvador, fez o exame com custo próprio e em posse do resultado retornou ao especialista, que diagnosticou a leucemia, solicitou a internação no hospital do SUS e orientou a regulação para uma unidade de onco-hematologia. Internou-se em sua cidade natal, posteriormente por meio do TFD foi transferido para um hospital geral do município de Salvador, ainda aguardando uma vaga para ser novamente regulado para o hospital com a especialidade. No hospital geral aguardou 35 dias até ser transferido para a Unidade de Onco-hematologia e iniciar o tratamento.

7.1.4 Maritaca

A quarta participante é uma jovem de 22 anos, natural do interior do estado da Bahia, diagnosticada com leucemia mieloide aguda, que chegou à Unidade de Onco-hematologia por meio do Sistema de Regulação de Leitos do Estado da Bahia e está no 21º dia de hospitalização na Unidade de Onco-hematologia. A entrevista ocorreu em seu leito, estava internada em um quarto privativo, em medidas de precaução de contato. Durante todo o período apresentou-se colaborativa, disponível e acessível.

É uma mulher cisgênero, que se autodeclara parda, é bem-humorada e alegre, mora com os avós maternos e uma tia. Sempre tem contato com o pai e a mãe, que são divorciados e moram próximos a ela. Ela brinca que os pais se separaram quando ela não tinha nascido, sempre viveu na casa dos avós e são os avós a sua referência de pai e mãe. Estudante de biomedicina, está no 3º semestre do curso, o qual cursava no horário noturno em outro

município, para onde se deslocava diariamente até começarem as aulas no formato remoto. Trabalhava como acompanhante de sete pacientes em tratamento dialítico por três vezes na semana, contratada pela Secretaria Municipal de Saúde/TFD de sua cidade, além de dar aulas de reforço escolar para alunos do ensino fundamental como forma de renda extra. É solteira, tem um relacionamento de aproximadamente nove meses, o namorado esteve sempre presente nas consultas e a acompanhou em todas as etapas.

Está na sua primeira hospitalização em companhia de sua tia, com quem tem um vínculo afetivo muito forte. Apareceu uma dor na lombar, e, por conta própria, ela decidiu fazer um hemograma. Ao ver o resultado do exame, suspeitou de leucemia e marcou prontamente uma consulta com um especialista em outra cidade, visto que na sua não havia. A mãe, o pai, a tia e o namorado estiveram presentes na consulta com o hematologista, que confirmou a suspeita diagnóstica e, por isso, fez biópsia. No dia seguinte foram confirmados diagnóstico e tipo de leucemia, e a participante foi orientada para hospitalização imediata. Assim, foi internada em sua cidade por um período, até ser regulada para um hospital geral do Estado, na cidade do Salvador, que não tinha o tratamento. Narra que foi um tempo desesperador sobretudo por perceber que os pacientes esperam por meses até conseguirem uma vaga na Unidade de Onco-hematologia.

7.1.5 Carcará

O quinto participante é um jovem de 29 anos, natural do interior do estado da Bahia, diagnosticado com linfoma de Burkitt (subtipo do linfoma não Hodgkin) e portador do vírus HIV. Ele veio para uma consulta ambulatorial e, após avaliação médica, foi direcionado para a hospitalização imediata em razão do volume da massa em região da face e cervical, bem como o risco de lise tumoral. A entrevista ocorreu no 27º dia de internação na Unidade de Onco-hematologia, em seu leito, por estar hospitalizado em um quarto privativo, já apresentando redução total do volume da massa tumoral. Sentado em uma poltrona, mostrou-se confortável, acessível e colaborativo ao longo de toda a entrevista, revelando em seu discurso estar consciente do seu estado de saúde. Ao mesmo tempo que brincava, trazia a preocupação pela gravidade da doença e descreveu que todo o processo foi muito rápido e que não esperava ser um câncer, pois inicialmente achava que era apenas um caroço, mas cresceu muito rápido, sendo necessário a busca do serviço de saúde.

É um homem cisgênero, autodeclarado negro, bem-humorado e alegre, de porte atlético, mora em uma fazenda de produção de cacau. Na fazenda, há a casa de sua mãe e a dele ao lado, onde vive com sua companheira em união estável há seis anos; é católico. Traz uma rotina de

trabalho braçal na agricultura durante a semana e de diversão aos finais de semana, com o “baba semanal” e idas à praia com amigos, na cidade vizinha. Destaca que a roça foi herança do pai que já faleceu e que são apenas ele e a mãe cuidando do trabalho; não tem irmãos.

Conta que tudo surgiu por volta de cinco meses atrás com um pequeno caroço na face, o qual acreditava ser um furúnculo e que cresceu um pouco em um mês. Ele ficava observando, mas o caroço começou a crescer muito rápido e, em dois meses, tomou toda a face, pescoço e ombro. Nesse período, ele foi desacelerando o trabalho na roça, dando somente orientações aos empregados. Começou então a buscar atendimento na cidade do Salvador e fez uma biopsia por intermédio de uma médica na família, que já o direcionou para o ambulatório de Onco-hematologia. Aguardou por um mês a consulta que não aconteceu por falta de vaga, retornou para o interior e aguardou novamente por mais um mês. No dia da consulta, após avaliação médica já foi solicitada a hospitalização imediata. Ele relata que a partir desse momento tudo começou a mudar. A conversa com o médico foi muito difícil, pois ele, durante a consulta, brincava com a situação até que o médico o chamou para a realidade, frisando que o quadro dele era muito sério e grave. Ele internou-se e a esposa voltou para o interior. Hoje é sua mãe que toma conta da fazenda com os funcionários. Relata que esteve irreconhecível de tão “inchados” a face e o ombro.

7.1.6 Bem-te-vi

O sexto participante é um jovem de 20 anos, natural de um assentamento fundado pelo Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) do interior do estado da Bahia, diagnosticado com leucemia linfoblástica aguda, portador de doença renal crônica e endomiocardiofibrose. Chegou à Unidade de Onco-hematologia por meio do Sistema de Regulação de Leitos do Estado da Bahia há 16 dias. A entrevista ocorreu em seu leito, por estar hospitalizado em um quarto privativo. Por todo o período, apresentou-se calmo e retraído, com semblante de preocupação com o momento atual, mas sempre colaborativo. Esteve mais contido na cadeira, gesticulando pouco, deixando claro que o momento atual é muito difícil sobretudo pela distância do seu pai, que ficou no assentamento.

É um homem cisgênero, autodeclarado negro, mora com o pai, e a relação com a mãe era mais distante, pois ela morava em outra cidade, mas se faz presente nesse período do adoecimento. Também tem um irmão que se casou recentemente. O participante é agricultor, possui o ensino médio completo, trabalhava junto com o pai na fazenda do assentamento, terra compartilhada com cerca de 50 famílias. Tem uma renda familiar em torno de meio salário mínimo, fumava esporadicamente, é solteiro e não possui relacionamento amoroso no

momento; não possui religião. Durante todo o período do discurso destaca o vínculo forte com o pai e o sentimento de tristeza e saudade pelo distanciamento. Conversa regularmente com ele por telefone, e devido à distância e aos custos não tem como visitá-lo. Sua mãe está presente o tempo todo, acompanhando-o na hospitalização.

Começou com dor de cabeça, no peito e abdome, vômitos frequentes, perda de peso significativa – mais de 25 kg –, passou mal no assentamento e foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192). Ficou internado por um período em investigação cardiológica e renal. Teve alta por causa de surto de COVID-19 no hospital, retornou ao domicílio e menos de um mês começou a ter febres recorrentes vespertina e noturna. Debilitado, foi avaliado por um médico, no assentamento, que solicitou internação em um hospital geral do interior do estado. Após duas semanas conseguiu a vaga na Unidade de Onco-hematologia e veio transferido do hospital geral do interior.

7.1.7 Coruja

A sétima participante é uma jovem de 24 anos, natural do interior do estado do Maranhão, reside em Salvador há aproximadamente cinco anos. Trabalhava como promotora de vendas em uma loja de departamento, em um *shopping center* da cidade, e parou de trabalhar devido ao adoecimento. Diagnosticada com leucemia mieloide aguda, chegou à Unidade de Onco-hematologia por meio do Sistema de Regulação de Leitos do Estado da Bahia, aguardou o leito por dois meses, e está no 17º dia de hospitalização na Unidade de Onco-hematologia. A entrevista ocorreu na varanda da Ala B, onde estava internada. Por todo o período apresentou-se colaborativa, disponível e calma; inicialmente esteve mais distante, desconfiada, e aos poucos foi se soltando. O semblante era de preocupação com o momento atual; contida na cadeira, gesticulando pouco, por vezes brincou e deu risadas, deixando claro que o momento atual é muito difícil e delicado.

É uma mulher cisgênero, autodeclarada parda, bem-humorada, mora com o companheiro com quem tem uma união estável. Veio do Maranhão após concluir o ensino médio em busca de melhores oportunidades, não possui familiares na capital baiana e toda sua família continua na sua cidade de origem, mas tem o apoio. Relata que tem o sonho de ser bombeira, mas ainda não se organizou para o processo seletivo da categoria. Descreve que a estratégia que tem utilizado para lidar com o tratamento é fingir que nada tem acontecido, não pensar na doença para não ficar entristecida. É evangélica, relata frequentar a Igreja Quadrangular, apresenta-se religiosa.

Conta que para sua chegada na Unidade de Onco-hematologia o processo foi árduo, o companheiro mobilizou a imprensa e o Ministério Público. Há cerca de quatro meses começou a sentir fraqueza, tontura e sofreu perda de peso; passou então por avaliação em uma UPA, onde diagnosticaram como anemia. Ficou internada lá por sete dias, teve alta e cerca de uma semana depois reapareceram os sintomas. Assim procurou hematologia particular que, avaliando o hemograma, identificou baixas taxas e orientou procurar unidade de emergência o mais rápido possível para internação e investigação. Dirigiu-se para um hospital geral do Estado, internou-se e aguardou dois meses até ser regulada para a Unidade de Onco-hematologia.

7.1.8 Corrupção

O participante número oito é um jovem de 41 anos, natural de Salvador da Bahia, diagnosticado com linfoma não Hodgkin. Veio para uma consulta ambulatorial e, após avaliação médica, foi direcionado para a hospitalização imediata devido ao volume da massa em região torácica e aos sinais de síndrome da veia cava superior; estava no 15º dia de internação na Unidade de Onco-hematologia. A entrevista ocorreu na varanda da Ala B, onde estava internado. Por todo o período, apresentou-se colaborativo, disponível e calmo; inicialmente esteve mais tímido e distante, mas aos poucos foi se soltando, seu semblante estava sereno, deixando claro que o momento atual está sobre o controle do divino, muito religioso. Terceiriza as conversas, discussões e decisões com a esposa, esteve mais contido na cadeira, gesticulando pouco, e por vezes brincou e deu risadas, deixando claro que o momento atual é muito difícil e delicado, mas que estava confiante e entregou a Deus sua saúde e vida. Destaca não gostar de ficar pesquisando sobre a doença para não ficar preocupado.

É um homem cisgênero, autodeclara-se pardo, é tranquilo, de porte atlético, possui ensino médio completo, trabalha como garagista, empregado de uma empresa privada; mora com a esposa e a filha de 12 anos. Traz uma rotina de trabalho em horário comercial durante toda a semana e dedicação, aos finais de semana, à família e à igreja. É evangélico e apresenta-se bastante religioso. Tem um filho de outro relacionamento.

Narra que começou com sintomas gripais e o rosto edemaciado, foi em uma UPA e lhe disseram que era apenas gripe. Não conformado, procurou outras unidades até que, em um atendimento em outra UPA, foi solicitado um Raio-X, e logo identificaram uma massa torácica. Foi então orientado a procurar assistência de saúde ambulatorial. A esposa é da área de saúde e no mesmo dia fez um agendamento de consulta e tomografia particular. Com resultado em mãos, procurou atendimento com cirurgião torácico ainda no mesmo dia, pelo SUS, por meio de contatos da área de saúde. Passou pela consulta, e já foi solicitada a internação para a retirada

de uma massa na região cervical e a realização de biópsia. Fez o procedimento, recebeu orientações e teve alta, aguardou o sistema de regulação para a consulta ambulatorial na Oncologia. Após um mês de espera, veio para a consulta ambulatorial e, em razão de seu quadro, foi solicitada a hospitalização imediata para início do tratamento.

7.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

O Quadro 1 contém os dados relativos à caracterização dos participantes do estudo quanto às variáveis sociodemográficas.

Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes da pesquisa, na primeira hospitalização em unidade de onco-hematologia, em Hospital Universitário, Salvador, Bahia, 2022

Participante	Sexo	Idade	Cor/raça	Procedência	Ocupação	Renda mensal	Escolaridade	Religião	Estado civil	Com quem mora	Filhos
Beija-flor	Homem cisgênero	23	Parda	Interior da Bahia	Caminhoneiro	6 salários mínimos	Ensino médio	Católica	Casado	Cônjuge	Esposa gestante 1º filho
Lavadeira	Mulher cisgênero	19	Branca	Interior da Bahia, Zona rural	Doméstica	1,5 salário mínimo	Ensino médio incompleto	Católica	Solteira	Pais e irmã	Não
Sabiá	Homem cisgênero	63	Parda	Interior da Bahia	Marinheiro	5 salários mínimos	Ensino fundamental incompleto	Evangélica Batista	Casado	Cônjuge	Sim 4
Maritaca	Mulher cisgênero	21	Parda	Interior da Bahia	Estudante universitária	3 salários mínimos	Ensino superior em curso	Católica	Solteira	Avós maternos e tia	Não
Carcará	Homem cisgênero	29	Negra	Interior da Bahia, Zona rural	Agricultor	1,5 salário mínimo	Ensino médio	Católica	União estável	Cônjuge	Não
Bem-te-vi	Homem cisgênero	20	Negra	Interior da Bahia, Zona rural	Agricultor	0,5 salário mínimo	Ensino médio	Não tem	Solteiro	Pai	Não
Coruja	Mulher cisgênero	24	Parda	Capital da Bahia	Promotora de vendas	1,5 salário mínimo	Ensino médio	Evangélica Quadrangular	União estável	Cônjuge	Não
Corrupião	Homem cisgênero	41	Negra	Capital da Bahia	Garagista	2 salários mínimos	Ensino médio	Evangélica Universal do Reino de Deus	Casado	Cônjuge e 1 filha	Sim 2

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

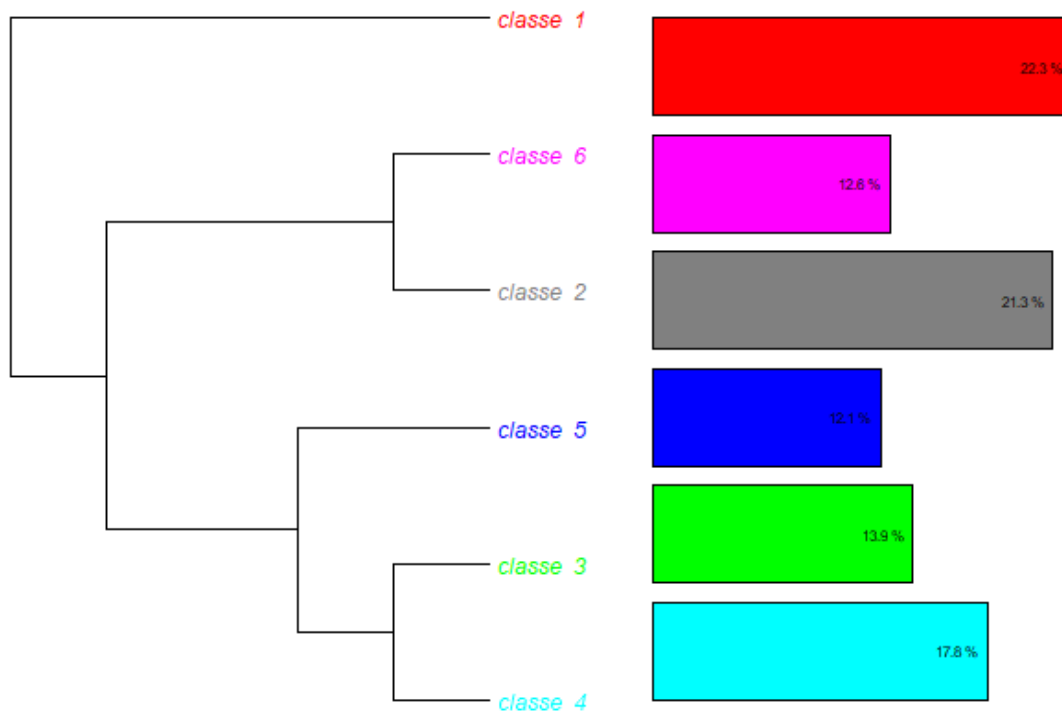
7.3 CATEGORIAS TEMÁTICAS

A organização textual estabelecida pelo *software* IRAMUTEQ®, por meio da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), permitiu a criação das classes através dos segmentos de textos formados. Posteriormente, foi feita a interpretação pelo pesquisador do estudo dos resultados fornecidos pelo *software*, com a elaboração dos temas e subtemas das classes.

A partir da leitura dos segmentos de textos, por classe, e da compreensão das vivências dos participantes através da Teoria das Transições de Afaf Meleis, por apresentarem discursos afins e para melhor apresentação dos resultados, foi considerada a subdivisão do *corpus* nas classes primárias da CHD. Dessa maneira, a Classe 1 manteve-se isolada, as Classes 2 e 6 ficaram juntas, constituindo aqui a Classe 2; e as Classes 3, 4 e 5 juntas, formando a Classe 3. Essa subdivisão primária gerada pelo *software* IRAMUTEQ® é mais bem visualizada no Dendograma I da CHD, Figura 2.

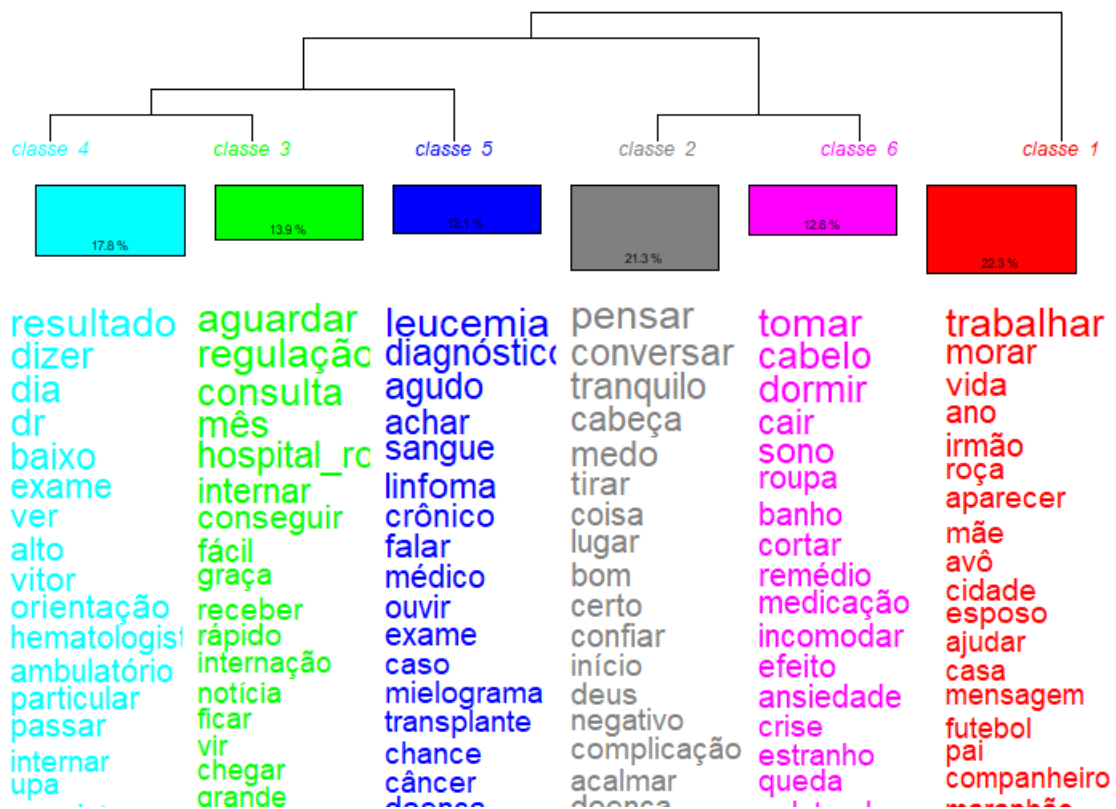
A partir dessa definição, a organização dos resultados é apresentada em 3 classes. Para cada classe foi atribuído um tema e subtemas referentes à entrevista dos pacientes onco-hematológicos na primeira hospitalização. Os temas e subtemas apresentados e discutidos aqui desvelam complexidade, singularidade, diversidade e múltiplas dimensões do processo transicional, que geram significados variados, determinados pela percepção de cada indivíduo.

Figura 2 – Dendograma I da CHD, gerado pelo *software* IRAMUTEQ® relativo às vivências dos pacientes na primeira hospitalização em uma unidade de onco-hematologia, Salvador, Bahia, Brasil, 2022



Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Figura 3 – Dendrograma II da CHD gerado pelo *software* IRAMUTEQ®, vocábulos mais frequentes, relativo às vivências dos pacientes na primeira hospitalização em uma unidade de onco-hematologia, Salvador, Bahia, Brasil, 2022



Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Quadro 2 – Divisão das classes e respectivos temas e subtemas referentes à entrevista com os pacientes onco-hematológicos na primeira hospitalização

CLASSE E TEMAS	SUBTEMAS
Classe 1: O despertar para a Transição	<ul style="list-style-type: none"> • A vida antes da hospitalização • A família como elemento facilitador de transição • A mudança na rotina com o adoecimento
Classe 3, 4 e 5: O processo para o diagnóstico e a hospitalização	<ul style="list-style-type: none"> • O itinerário terapêutico • A religião/religiosidade como suporte para o enfrentamento • O momento do diagnóstico e os desdobramentos • A hospitalização e o processo saúde/doença
Classe 2 e 6: Eventos e pontos críticos	<ul style="list-style-type: none"> • As estratégias de adaptação • O uso de dispositivos e o início da quimioterapia • Angústias e medos com o adoecimento e a primeira hospitalização • A relação com os profissionais de saúde • A relação com a família durante a hospitalização

Fonte: Elaboração do autor, 2022.

7.4 O DESPERTAR PARA A TRANSIÇÃO

A transição indica mudança no estado de saúde, nas relações, papéis sociais, nas expectativas ou habilidades. O adoecimento onco-hematológico é um evento transicional, e a hospitalização dos pacientes onco-hematológicos pode ser concebida como uma experiência transicional, partindo do pressuposto de que o adoecimento e tratamento antineoplásico possibilitam mudanças no nível de conhecimento, hábitos, culturas, atitudes, comportamentos e valores éticos morais com consequente reconstrução da sua identidade e forma de enfrentamento.

7.4.1 A vida antes da hospitalização

A estabilidade, ou melhor, o sentido de normalidade referido pelos participantes é um dos marcos para o movimentar-se em um processo de mudança e, sobretudo, na elaboração e construção de um novo estar no mundo.

O sentimento de ter sua vida atravessada pelo processo de adoecimento, a qual antes era normal, é bastante presente nas falas dos participantes:

A minha vida antes do adoecimento era normal, eu viajava muito e quando eu chegava era uma correria, porque eu tinha que correr muito, trabalhar muito na estrada, para conseguir ficar em casa um pouco, passava em casa todos semanas graças à Deus... tinha que dar atenção à minha esposa e aos meus pais. Toda viagem quando chegava tinha que ir na casa dos meus pais e aproveitar um pouco... Fazia uma coisa e outra, não ficava no sofá sentado, nem descansava, era uma vida bem agitada, mas que eu gosto muito do trabalho, de minha casa e sou bem apegado à família. (Beija-flor)

[...] era normal, eu ficava dentro de casa ajudando minha mãe a fazer as coisas, eu parei os estudos, ficava assistindo TV, fazia crochê, escutava uma rádio... quando eu conseguia trabalho em casa de família eu trabalhava, mas lá era bem difícil para serviço [...]. (Lavadeira)

[...] nunca tinha sentido nada antes. Estudava, trabalhava, treinava bastante, uma vida com uma rotina normal. Nunca senti nada, nunca fui em um médico por causa de dor de garganta ou coisa assim... (Maritaca)

Era vida de adolescente, ia para o rio, bebia, fumava cigarro, fazia tudo que um adolescente faz, e de repente aconteceu isso comigo. (Bem-te-vi)

Minha vida antes da hospitalização era muito simples, acordava pela manhã, ia trabalhar, à noite ia para a igreja, ficava em casa com a família e no final de semana, às vezes fazia um passeio para sair daquela rotina sufocante e não ficar só em casa. (Corrupião)

A rotina do trabalho e sua interrupção com o processo da patologia, além da fala do Beija-flor, são endossadas pelas falas dos participantes Sabiá, Carcará e Coruja.

Comecei a trabalhar muito cedo na parte marítima, sou marinheiro mecânico, faço transporte de passageiros de... E antes de ter esse acontecimento a minha vida era trabalhar diariamente. (Sabiá)

Moro na zona rural, a 11 quilômetros da cidade, na fazenda deixada por meu pai. Mora eu, minha mãe e minha esposa. Tenho seis anos com essa minha esposa e minha vida foi só trabalhando. Só ia na cidade nos finais de semana... Aproveitava para jogar futebol e ir à praia. Eram três dias de futebol (sexta, sábado e domingo) e quando percebi o caroço parei com tudo, começou e só ia aumentando, aumentando. Eu só ia pra roça. (Carcará)

Eu trabalhava em uma loja de departamento no shopping, trabalhava lá há um ano e meio. Parei de trabalhar agora que adoeci. Moro com meu companheiro e ele trabalha como autônomo em aplicativo de transporte. (Coruja)

Compreender a vida como polaridade, normal ou anormal/patológico, implica pensar a normatividade como inscrita não exatamente no organismo individual, mas na sua relação com o meio.

7.4.2 A família como elemento facilitador de transição

Nos depoimentos dos participantes, observa-se o grandioso papel da família como suporte para o enfrentamento nesse momento de início de sintomas, investigação e descoberta da doença oncológica. Para todos os participantes, esse apoio foi narrado com muita emoção e reconhecimento. O núcleo familiar é citado por todos os participantes, a maioria é jovem e a figura dos genitores é bastante destacada.

[...] voltamos para casa, fomos todos para lá, eu chamei todo mundo da família para conversar, meu pai, minha mãe, minha irmã, e conversamos. Assim, a gente tinha rezado muito à Deus para que não desse leucemia [...]. (Beija-flor)

Minha mãe está do meu lado o tempo todo, ela fica falando que não pode trocar de acompanhante por causa da pandemia, mas da outra vez que eu vier para continuar o tratamento espero já poder outro acompanhante para minha mãe descansar. Falei com minha mãe que minha sobrançelha vai cair e que vou fazer uma de mentira, e falei com minha irmã que não vou sair de casa [...]. (Lavadeira)

Fiquei doente, mandei mensagem para minha mãe que morava em outra cidade, agora ela mora onde a gente mora, ela veio ficar perto para cuidar de mim. (Bem-te-vi)

Meu medo é não voltar mais pra casa, não ver mais a minha mãe, minha mulher, meus cachorros (eu tenho dois cachorros muito apegados a mim) e à casa da gente na roça. (Carcará)

Meu pai ficou em choque quando soube, conversei com meus irmãos, com meu esposo e minha mãe. Conversei com todos eles. Na conversa com meu esposo ele me tranquilizou bastante. Meu companheiro e minha irmã que está aqui é que é o meu apoio. Minha irmã que está aqui comigo o tempo todo veio do Maranhão para ficar comigo, há quase um mês ela fica aqui e dorme na poltrona. (Coruja)

A presença dos genitores é destacada pela participante Maritaca, embora ela tenha o domicílio na casa dos avós. Os pais são separados, mas se uniram para apoiá-la.

Nunca morei só com minha mãe ou com o meu pai... Eles se separaram eu nem tinha nascido... Moro com meus avós maternos e minha tia... Minha mãe e meu pai moram perto, estão sempre presentes, eles

constituíram outra família, têm filhos e estão unidos me ajudando [...] Minha família me manda mensagens de apoio, de carinho, e isso é muito bom. Minha avó fala que até hoje ela não se senta, sempre tem uma pessoa na porta perguntando por mim. Quem fez tudo para eu vim pra cá foi meu pai, ele correu atrás, deu um jeito para eu vim pra cá. Se estou aqui foi por causa da correria dele. (Maritaca)

Além do apoio, a confiança nos membros da família são destacados pelos participantes, conforme a fala do participante Corrupião:

Minha esposa é da área de saúde, tem mais conhecimento então eu deixo mais ela resolver. Eu sou um cara tranquilo, ela até fica me questionando às vezes que eu fico parado parecendo que não está acontecendo nada. (Corrupião)

Sobre as relações familiares, os papéis desempenhados marcam como lidar com o adoecimento e como compartilhar o diagnóstico. Na fala do participante, Corrupião, que é pai de dois filhos de relacionamentos diferentes cada, destaca o sentimento de proteger os filhos mesmo nesse momento de tamanha fragilidade:

Para meu filho eu não contei, quis poupá-lo pois ele casou tem pouco tempo, vai ser pai, eu quis poupar ele para não deixar ele preocupado com essas coisas, falo para ele ficar bem, para ficar tranquilo. Minha filha sabe que estou internado, que estou doente, a mãe conversa com ela, às vezes chora que sente saudades, ela é bem apegada a mim, praticamente eu que criei ela pois a mãe trabalhava muito o dia inteiro aí ela sente mais falta. (Corrupião)

7.4.3 A mudança na rotina com o adoecimento

Uma das grandes características da doença onco-hematológica é a imediatez da assistência à saúde devido à limitação física, aos sintomas repentinos e ao caráter de urgência no diagnóstico e início do tratamento. Esse contexto é destacado por todos os participantes, que foram surpreendidos com o aparecimento da doença e a necessidade de mudança nos planos de vida e rotinas.

Desde que começou os sintomas e essas idas para os médicos não viajei mais, parei de trabalhar e fiquei em casa. Quando senti os sintomas, de São Paulo já voltei pra casa e comecei a procurar os médicos. (Beija-flor)

Eu estava trabalhando em outra cidade... gastava 12 horas de viagem até lá, nessa época eu fiquei três meses longe, morava com minha cozinheira e meu ex-namorado, nós vivíamos trabalhando... voltar a morar com meus pais depois que a gente sai, fica fora, é diferente, não é muito bom não. Eu queria ter meu cantinho. Eu estava planejando alugar uma coisa pra mim, mas aí adoeci e agora eu vou ter que ficar com meus pais até eu melhorar, eu já fazia esse plano, já estava

arrumando minhas coisas aos poucos e colocando na casa do meu avô.
(Lavadeira)

Me apareceu uma tosse seca, procurei médicos, aí correndo atrás vim a diagnosticar essa leucemia. Assim, eu trabalhava como marinheiro... mais de trinta anos trabalhando nessa área, trabalhava direto, folgava uma vez na semana e alguns feriados, começou a tosse, perda de apetite, cansaço, perda de peso, perdi na faixa de 10 quilos, foi aí que começamos a correr atrás dos médicos [...] fica sempre aquela expectativa se eu vou conseguir voltar a trabalhar, ajudar de alguma forma a família, de forma tranquila, mas também como Jesus permitir.
(Sabiá)

Eu estudo biomedicina, estou no sexto semestre, meu curso é à noite, em outra cidade e eu viajava todos os dias, mas agora está com aulas remoto consigo conciliar. Estava ajudando alguns alunos com aulas de reforço escolar, de todas as séries do ensino fundamental, mas parei esses tempos. Não sei se vou conseguir ter filhos por causa do tratamento, mas pretendo ter filhos, mesmo que seja adotado. Eu falo tanto do meu namorado que parece que a gente namora há muito tempo, na verdade a gente começou a namorar tem nove meses, está sempre presente, estive nas consultas, ele também é de minha cidade e é mais velho do que eu, oito anos. (Maritaca)

Quando apareceu o caroço foi assim: apareceu, começou a crescer, aí minha esposa tinha uns conhecimentos aqui em Salvador, então a gente pensou logo ser melhor ir para Salvador para saber o que era, que seria melhor do que ficar na roça. Agora ficou bom, mas no início foi bem ruim porque eu nunca fiquei na vida só assim. Quando eu não estava em casa com minha mãe, estava na minha casa com minha mulher, ou então na fazenda ou no futebol. (Carcará)

Sou agricultor e trabalhava na roça com meu pai, junto com o restante do pessoal de lá do assentamento, que moram cerca de 50 famílias. Moro agora apenas com meu pai, pois meu irmão se casou e foi morar com a mulher dele. (Bem-te-vi)

7.5 O PROCESSO PARA O DIAGNÓSTICO E A HOSPITALIZAÇÃO

7.5.1 O itinerário terapêutico

O percurso dos participantes na rede até a sua chegada na unidade especializada foi complexo e cheio de particularidades. Do aparecimento dos sintomas à busca pelo diagnóstico, à inserção no SUS, ao sistema de acesso de regulação e à chegada para a hospitalização na Onco-hematologia, remontam-se experiências de muitas angústias, que são apresentadas neste tópico.

Antes de vir pra cá, fiquei internada na minha cidade, vim tentar uma consulta aqui e fomos orientados a ir para a UPA X, na UPA fiquei por dois dias, a regulação saiu para outro hospital. No Hospital X, fiquei internada mais de 30 dias aguardando uma vaga aqui. (Lavadeira)

Vim transferido do interior para o Hospital X porque aqui não tinha vaga, fiquei lá no Hospital X por 35 dias. (Sabiá)

Me internei em minha cidade e lá fiquei até ser regulada para Salvador, só consegui regulação para o Hospital X, enquanto estava lá foi ótimo porque tinha minha família, meu namorado por perto, foi tudo mais fácil. Quando eu Cheguei no Hospital X foi um susto porque lá não tem tratamento aí foi um desespero porque tem gente sem noção: uma médica mesmo de lá me falou que tinha paciente lá que esperava dois meses ou mais para vir para cá, aí eu desesperei, que tinha que ficar aguardando a regulação. Foi aquele baque por perceber de como a Saúde Pública é difícil e cruel. Meu pai ficou louco querendo que a gente fosse logo para São Paulo. Meu Deus, foi difícil. Eles se mobilizaram, meu pai conseguiu contato com muita gente e aí com 6 dias no Hospital X eu vim pra cá, foi bem rápido. Para eu chegar aqui não foi fácil, me internei na minha cidade, corremos atras da regulação, saiu pro Hospital X, depois corremos atras da regulação para vir para cá, não foi fácil. Tivemos que procurar muita gente, espalhar informativos, teve que ir atrás do prefeito na cidade, foi uma mobilização. (Maritaca)

Tudo isso foi muito rápido, comecei a perder peso, fiquei bem magro, eu tinha 84 kg e cheguei a pesar 59 kg, agora já estou com 64 kg, fiquei internado na cidade Y próxima do assentamento, fiquei lá até ter um surto de COVID-19, me deram alta, fiquei em casa quase dois meses, voltou tudo de novo, dessa vez comecei a ter febre, vomitava bastante, fui internado novamente pelo médico do assentamento lá no hospital de referência. No dia seguinte saiu minha regulação para o Hospital Y, mas o médico do assentamento disse que para o Hospital Y não ia me enviar, que queria outro e consegui me enviar para o Hospital Z, em outra cidade. Fizeram toda investigação lá e não achou a causa do que eu tinha e eu fui então para o cadastro da regulação novamente. Fiquei lá internado e quando saiu vim para cá de ambulância. (Bem-te-vi)

Eu fiquei lá internada dois meses aguardando. Meu esposo saiu procurando tudo: foi no Ministério Público, na Imprensa, rodou tudo para conseguir mobilizar e sair essa regulação e então me transferiram para cá, graças a Deus. (Coruja)

7.5.2 A religião/religiosidade como suporte para o enfrentamento

Neste momento destacamos que os participantes, ao terem a confirmação diagnóstica, entenderem a complexidade da rede e as dificuldades para o acesso ao tratamento e lidarem com os medos que circundam todo o contexto, a figura de Deus ganha destaque como suporte para o enfrentamento.

Agradeço a Deus demais por estar aqui, porque não é fácil. Tem muita gente que tenta, vai demorando, mas graças à Deus eu consegui, não demorou o agendamento da consulta e é isso: agradecer a Deus por estar tendo a oportunidade de fazer o tratamento... Na primeira vez que vim

para a consulta, graças a Deus vim para a consulta e já consegui me internar. (Beija-flor)

Eu sou da religião Batista, de muito tempo, não ia muito no culto, depois dessa experiência de agora, tive que abraçar o meu Jesus e Ele me acolheu. Quando cheguei aqui no hospital primeiramente agradei muito a Deus por ter conseguido essa vaga porque não é fácil estar aqui, nesse local, fui agraciado por Deus. (Sabiá)

Pedi tanto a Deus para eu sair daqui logo, que estar aqui não é fácil, é muito difícil. (Carcará)

Ficar longe da família é complicado, na verdade eu já vim preparado para a consulta na expectativa de já internar, já vim com o pensamento assim com esse sentimento que Deus preparou e ia ser assim. Tinham mais de duzentas pessoas na minha frente, então é Deus colocando a mão. Fiquei um mês e meio em casa aguardando a consulta que não tinha previsão, aí Deus foi agindo. (Corrupião)

7.5.3 O momento do diagnóstico e os desdobramentos

O momento do diagnóstico de câncer representa o início de experiências muito sofridas, que podem gerar variadas emoções. A revelação do diagnóstico da doença onco-hematológica é apresentada pelos participantes como um momento muito delicado e difícil. Período de incertezas, angústias, questionamentos, demora na aceitação da realidade e medos.

A conversa com o médico sobre o diagnóstico foi bem difícil, eu não tinha o que falar, só fazia chorar. Eu só chorava, eu sempre fui muito chorona, minha família toda é chorona, aí quando vai ver está todo mundo chorando. Quando recebi a notícia eu só fazia chorar, ele me perguntou se eu sabia o que era câncer, câncer no sangue... Eu disse que sabia, ele então me disse que eu tinha leucemia mieloide aguda, eu só tinha boca pra chorar, eu achava que só tinha uma anemia profunda, aí quando eu cheguei no Hospital X que fiz a biopsia da medula óssea, aí foi chocante, foi aí que eu imaginei. (Lavadeira)

A conversa com o médico sobre o diagnóstico não foi muito impactante porque eu já estava esperando [...] Eu já estava com os sintomas que sabia que tinha algo errado, estava perdendo peso, fraqueza, perda de apetite. (Sabiá)

Eu fui no hematologista para confirmar, quando eu vi o resultado do hemograma que fiz, eu já sabia. Eu chorei, chorei, chorei, chorei, não queria aceitar, mas pensei: vou ter que aceitar, vou ter que enfrentar, porque eu quero me curar [...] o hematologista viu meus exames e ele disse que suspeitava de uma leucemia, só que ele não sabia o tipo, chorei um pouquinho e fui logo perguntando como é o tratamento [...] foi um processo lento, dá um desgaste muito grande, mas é preciso. Eu peguei e fui para casa, teve toda a conversa com a minha família. Sabe como é cidade pequena né? Foi muita gente lá em casa para saber a verdade [...]. A conversa sobre o diagnóstico foi lá no interior, quando

cheguei aqui já tinha o diagnóstico fechado e já falavam na leucemia... Aqui eles falaram que eu iria fazer a quimio, que no final da quimio eu provavelmente, porque eu acredito que a minha leucemia é de alto risco porque eu vi o exame (eu não devia ter visto o exame) aí um possível transplante. Aí eu já pensei que eu não tenho irmão de pai e mãe, provavelmente eu vou entrar em uma lista, esperar um doador, eu sei como funciona o REREME e o REDOME, se achar um doador compatível eu vou para São Paulo e faço o transplante, ouvi alguém comentar aqui que este tipo de transplante faz lá. (Maritaca)

Ele disse que era um Linfoma de Burkitt, que era um tipo muito agressivo, que aquilo não era caso de brincadeira, que poderia estar em toda parte do meu corpo, inclusive na minha cabeça poderia estar. Quando tive o diagnóstico de linfoma eu não expliquei nada para minha mãe, não falei nada ainda, só liguei e falei assim: que o médico já descobriu o que era, que era câncer, que eu precisava ficar internado para fazer o tratamento e tinha que já ficar internado. Não falei da gravidade, que poderia estar espalhado no corpo, isso eu não falei nada, não entrei em detalhes para ela, poupei ela disso, e ela também não toca no assunto, não entra muito em detalhes. (Carcará)

Quando cheguei aqui descobriu que eu estou com esta leucemia aguda, até então eu não sabia que era leucemia, só soube aqui, os médicos até tinham uma suspeita, mas achavam que era uma leucemia crônica. Os médicos falavam que os sintomas eram de leucemia crônica, não era aguda não. Eles não estavam conseguindo diferenciar se era crônica ou aguda, a médica foi e me falou que se fosse crônica, pela hematologia já estava liberado, mas também tem o problema no rim e no coração, que precisava desse acompanhamento... Depois descobriram que era aguda, aí a médica falou um pouco sobre a leucemia aguda, que teria que fazer quimioterapia, que a quimioterapia é um processo difícil, ruim, que eu vou ter que ficar um tempo internado. (Bem-te-vi)

Ouvir do médico que eu tenho leucemia foi muito difícil, agora que eu estou mais tranquila aqui. Quando cheguei foi feito novo exame, a médica falou que era uma leucemia que acomete mais crianças, que tinha grande chance de cura. (Coruja)

É difícil você saber que está bem, achar que está tendo um processo alérgico ou uma gripe e de repente você está com câncer, quando vai pesquisar é linfoma. A conversa com o médico praticamente eu já sabia, o que era a preocupação mesmo era em relação ao tratamento, como era no sangue. Daí ela me explicou que esse tipo de linfoma é um pouco agressivo, que tem o processo da quimioterapia, passou um exame mais preciso que aqui não faz, precisou fazer fora particular, aí consegui reunir todos os familiares e conseguimos organizar o dinheiro para fazer. Esperando agora o resultado mais detalhado e enquanto isso vou fazendo o tratamento e dependendo do resultado pode precisar de transplante. (Corrupião)

Eu sabia que precisava do tratamento, então, eu não podia ficar preso dentro de casa. É muito difícil, não é fácil, mas você precisa procurar tratar enquanto é possível e foi isso que a gente fez esse tempo que

ficamos esperando para conseguir a consulta aqui com o hematologista daqui. Ninguém me encontrou chorando, sempre estava alegre. (Beija-flor)

7.5.4 A hospitalização e o processo saúde/doença

Neste tópico, a partir das falas dos participantes é ressaltado como a doença onco-hematológica é complexa, momento de muita dificuldade, pois, ao adoecer e se hospitalizar, eles precisaram se submeter a normas, rotinas e realização de procedimentos como biopsias e mielograma, que até então não faziam parte da sua vida cotidiana.

Estar aqui é uma situação delicada, difícil, mas importante, principalmente para mim que estou aqui há mais de dois meses. O pessoal da enfermagem me trata muito bem. Estou concluindo hoje o segundo ciclo da quimioterapia, aguardando amanhã a conversa com a médica que vai juntar com a equipe para ver o novo prosseguimento. Aqui eu sou bem atendido, muito bem mesmo, desde a portaria quando a gente chegou fomos bem recebidos. (Sabiá)

Não é pela doença em si, eu acho que a doença eu já aceitei desde o início que eu recebi o diagnóstico. Aqui tem as rotinas e eu tenho que me adaptar, até então não tive nenhum problema com os profissionais de enfermagem, com os médicos e psicólogos. Tem sido tudo muito bem, consigo falar com eles sempre e não escondo nada. (Maritaca)

Para mim é complicado ter muita gente perto, eu não estou acostumada com muita gente. (Lavadeira)

Quando ele falou que ia ter que internar eu fiquei meio triste, eu falei que estava confiante. Eu vim para o hospital com a minha esposa para a consulta e ela não me largou não, só depois que internou que o hospital disse que ela não poderia mais ficar [...] meu medo é ficar longe de tudo, de não ir mais para o interior. (Carará)

Quando eu cheguei na unidade não tive nenhuma dificuldade, nenhum problema. Eu já sabia que teria que ficar internado de qualquer jeito. É aceitar mesmo porque a internação era necessária mesmo, no entanto eu pensava que seria rápido. Pensei que vinha para cá passar uma semana aqui e logo iria voltar, que eu já ia para casa, eu achei que a minha doença não era tão séria assim não. Eu estou com vontade de ir para casa, sei que o tratamento é longo, que terei que voltar algumas vezes, a médica falou depois que o meu irmão é a melhor chance se eu precisar de um transplante, que no caso este não faz aqui, só faz em São Paulo, mas que tudo, passagem de avião e tudo, é pago pelo SUS. (Bem-te-vi).

Aqui é bem tranquilo, a minha internação está sendo bem tranquila, o pessoal daqui é bem atencioso, não tenho o que falar... Nem parece que estou aqui, não é como estar em casa com a família, é pelo fato de estar internado a gente fica aqui longe da família, não pode sair, só por isso. Confesso que para mim estar no hospital não foi impactante a rotina, eu já trabalhei em hospital [...] se eu fosse um cara que recebesse a notícia

e fosse desabar também aí do jeito que minha esposa é, não iria dar nada que preste, iria ficar chorando o tempo todo. Eu passo mais confiança o que deveria ser o contrário. (Corrupião)

A chegada na unidade de onco-hematologia é destacado como um momento de esperança e renovação, características aos depoentes que compartilharam as vivências.

A chegada aqui na unidade de onco-hematologia foi para mim a esperança, saber que vim para cá para ser curada dessa doença, porque é aqui que dizem que fazem os tratamentos necessários. Aqui minha internação está tudo ótimo, tem vários profissionais e aqui todos tratam a gente muito bem. (Coruja)

Eu só tenho a agradecer a esses profissionais que estão me atendendo, por ser bem tratado. Está sendo muito bom, eu não tenho o que reclamar de ninguém até agora, só agradecer. Eles conversam comigo. (Beija-flor)

7.6 EVENTOS E PONTOS CRÍTICOS

7.6.1 As estratégias de adaptação

Neste tópico, as falas dos participantes expressam as estratégias utilizadas para a aceitação da condição de doente, do apoio na religião e em membros da família, do pensamento positivo como forma de projeção para o sucesso no tratamento.

Este momento agora é de muito aprendizado, a gente aprende a ter mais fé, a confiar em Deus, porque só tem Deus por você, e assim, uma coisa que Deus mandou é para a gente ter fé, que Ele vai tirar a gente daqui. (Beija-flor)

Muita coisa está sendo difícil para mim, eu nunca imaginei passar por isso, para mim está sendo difícil, eu não me acostumei, eu procurei apoiar em minha mãe. (Lavadeira)

O que eu penso mais é na minha cura, eu evito pensar em coisas negativas e quando eu penso, logo me corrijo: eu não posso, eu não posso, eu não posso... (Maritaca)

Se ficar com medo, mostrando dúvida, não dá, então segue esse caminho que assim você não fica colocando coisa negativa na cabeça. Na hora que vem a gente repreende, a gente pede para tirar do nosso caminho, que a gente sabe que é do humano, a gente interrompe e segue o caminho certo. Com o pensamento positivo, coisas positivas acontecem, quando você pensa negativo, acaba vindo aquilo para sua vida. (Corrupião)

Uma estratégia destacada pela participante Coruja é o desvio do foco, de não ficar pensando na doença, como forma de proteger sua saúde mental, pontuada também pelo Beija-flor.

Estar hoje no hospital, nesta condição de doente, assim, na minha opinião eu estou levando numa boa e eu não fico pensando muito na doença. Eu fico pensando que estou bem para não afetar meu psicológico, se eu pensar muito nisso eu fico entristecida, meu psicológico fica bem abalado, eu tento me desligar disso... então eu penso que eu vim para um lugar bom, um lugar para me tratar e ficar curada dessa doença. (Coruja)

Eu sou assim, prefiro não ficar pensando muito na doença. (Beija-flor)

Neste mesmo caminho, o participante número 8 aponta que prefere ouvir as orientações na hora, não gosta de ficar estudando sobre a temática para não ficar ansioso.

Eu prefiro ouvir e na hora me dizerem o que é, como vai tratar. Eu não gosto de ficar estudando para não ficar ansioso com muita coisa na mente, quem pesquisa mais é a minha mulher. (Corrupião)

7.6.2 A quimioterapia: lidar com os dispositivos e os efeitos indesejados

Ao lidar com o fato de serem submetidos à quimioterapia antineoplásica, todos os participantes destacaram como foi o recebimento da notícia, bem como a forma que lidaram com as infusões e efeitos indesejados, especialmente a queda do cabelo.

O início da quimioterapia foi tranquilo, fiz os dias todos e foi tudo normal, aí quando comecei a ficar mais fraco e ter umas alterações, eu também já sabia que poderia acontecer, aí foi tranquilo. (Beija-flor)

Falaram da quimioterapia, falaram que eu ia cair o cabelo, aí eu falava com minha mãe que eu não queria perder o cabelo, como iria ser, porque eu acho que eu vou ficar estranha. Vai demorar um pouco pra me acostumar, mas depois eu vou me preparar até passar isso. Eu percebo que já caiu um pouquinho o meu cabelo, principalmente quando eu penteio, ele era bem mais volumoso. Quando foi ontem ganhei um lencinho, fiquei pensando eu com aquele pano na cabeça, meu Deus, já falei com minha tia para comprar uns paninhos mais bonitos. Eu não vou querer ir na rua, antes a gente brincava, agora eu só vou ficar dentro de casa, me esconder por um tempo, eu sei que o cabelo cresce depois, então vai ser temporário. (Lavadeira)

Ao saber que precisava fazer quimioterapia eu fiquei um pouco ansioso, porque o pessoal falava como era o tratamento. (Sabiá)

Ao saber que iria fazer quimioterapia pensei logo no cabelo, mas depois eu relaxei, eu tenho um namorado que é muito bom para mim, está do meu lado o tempo todo e falou na mesma hora que iria raspar a cabeça dele também, e isso já me deixou mais aliviada. De início eu não queria aceitar o fato de ficar careca, mas agora o cabelo está me incomodando, está caindo, coçando, dói muito o couro cabeludo. Primeiro a gente cortou um pouco, porque cai e fica embolado nas pontas, cortou para dar uma melhorada. Estou me preparando para ficar careca, para voltar para minha cidade careca, eu pensei logo: primeiro vou me maquiar,

colocar um lenço e ficar bem bonita e pronto. Já estou vendo uns lenços. Uma amiga minha, muito amiga, ela tem o cabelo bem grande aí ela cortou e mandou fazer uma peruca para mim. (Maritaca)

Quando me disse que teria que fazer quimioterapia não passou muita coisa na minha cabeça, pensei que tinha que fazer. Eu não sabia o que era, mas como o médico me disse que tinha que fazer... (Carcará)

Quanto à quimioterapia só não sabia como era, como eu não pesquisava, não sabia. Pensei que era um bicho-papão, colocar isso, colocar aquilo, mas foi bem tranquilo, na verdade, está sendo. Fui orientado sobre os efeitos colaterais, da ansia de vômito, da queda do cabelo, inclusive o cabelo eu já deixo pequeno mesmo, se cair não vai ser problema não. (Corrupião)

Alguns pacientes pontuaram o desconforto na utilização de cateter venoso central durante a infusão da quimioterapia, tanto na punção quanto na permanência do dispositivo, sobretudo pela quantidade de soluções sendo infundidas, número de equips e por estes estarem inseridos na região jugular.

Uma coisa boa pra gente é ter a liberdade de movimentar o pescoço e aquilo pendurado no pescoço dificultava. Eu fiquei 7 dias com o cateter, eu ficava com medo de machucar, ficava com o pescoço duro. Não dormia direito e todo mundo dizendo que eu podia movimentar, mas eu não conseguia, ficava com medo, e quando foi para tirar eu ficava com medo, perguntei logo se iria doer, mas foi bem tranquilo a retirada. (Lavadeira)

Teve a questão dos acessos que colocou, os acessos centrais que não deu certo, tentou vários lugares até colocou na perna e com 3 dias inflamou, retirou e colocou novamente no pescoço. Então, foram quatro acessos centrais, foi muito sofrimento. (Maritaca)

Tive problemas para dormir quando estava cheio de coisas aqui, como o soro e as coisas penduradas aqui, tinha passado o cateter, era o soro... Me perturbou um pouco aí eu não conseguia dormir direito. Coloquei o cateter também porque fiquei mais de dois meses internado, tomando soro e medicação, as veias vão ficando fracas. Quando eu cheguei aqui as medicações são mais fortes ainda, aí ia perdendo a veia, pegava hoje e já perdia amanhã, aí precisou colocar o cateter. (Bem-te-vi)

O participante 5 descreve um evento adverso durante a infusão da quimioterapia, em que foi necessário reajustar o tempo de infusão da medicação

Teve um dia que, na medicação de uma hora eu senti uma dor, eles correram e pararam logo e fizeram um eletrocardiograma, mas estava tudo sem alterações, mas o médico conversou comigo e disse que ao invés de uma hora ia fazer em três horas. (Carcará)

7.6.3 Angústias e medos com o adoecimento e com a hospitalização

Embora grande parte dos discursos fosse permeada por angústias e medos desse momento novo, neste tópico destacamos algumas falas dos participantes, as quais giram em torno da relação com a família, do tratamento desconhecido e das tantas expectativas, os efeitos colaterais e o medo da morte.

Enquanto esperava a consulta, meus pais ficavam me fiscalizando, que eu teria que ficar de repouso em casa, aí eu falava para ele que só Deus sabe quanto tempo eu vou ficar numa cama de hospital fazendo tratamento [...] Meus medos são se essa quimioterapia não ter matado as células suficientes, também de precisar de transplante e de alguém da minha família não ser compatível. (Beija-flor)

Tenho medo de morrer. Uma sobrinha de minha tia já morreu dessa doença, eu tentei me acalmar, fiquei pensando e fingindo que não estava acontecendo nada. Eu não sei direito o que é, é o que eu penso, este é o meu medo, mas para Deus nada é impossível, eu não sei por que vem esse medo, esse medo vem de vez em quando e depois passa. (Lavadeira)

A adaptação à rotina do hospital e da Unidade de Onco-hematologia foi pontuada sobretudo em relação à necessidade do uso de roupas próprias para os pacientes e ao banho logo na chegada.

Foi bem estranho ficar aqui com essas roupas, eu gosto de ficar com as minhas, mas aqui tinha logo que tomar banho e trocar por essas roupas, eu ficava me sentindo desconfortável. (Lavadeira)

Quando eu cheguei aqui de noite eu tomei o banho, me deram um short, fiquei deitado. No outro dia vieram me preparar para o banho, me deram o roupão daqui disseram que eu tinha que vestir esse jaleco, questionei logo, disseram que eu tinha que vestir a roupa do hospital, disse que tinha as minhas, mas não deixou, disse que era a obrigação, então eu passei a usar, todo dia troca tudo, máscara, tem que ir pensar... (Carcará)

A saudade da família está presente nas falas como uma das angústias provocadas pela hospitalização, sobretudo pela restrição de visitas e a impossibilidade de ter acompanhante, devido às medidas protetivas da pandemia da COVID-19, com algumas exceções.

É claro que às vezes dá aquela tristeza e depois passa. Aquela tristeza e uma saudade da família, é só isso. (Maritaca)

Eu não tenho medo da doença, eu tenho medo é de ir para UTI. Com relação à doença eu estou tranquilo, mas eu também tento não ficar pensando nisso. O mais difícil pra mim é estar longe do meu pai, ficar longe do meu pai é a coisa mais difícil para mim desse tratamento. (Bem-te-vi)

7.6.4 A relação com os profissionais de saúde

A relação com os profissionais é construída ao longo da hospitalização, a partir da aproximação, do cuidado ofertado, confiança na equipe e interação.

O contato com a equipe agora está mais fácil, a gente se conhece, no início foi mais difícil. Eu ficava mais calado, conversava pouco, não queria muita conversa, mas agora está ótimo, converso com todo mundo, toda hora. (Carcará)

Os profissionais ficam falando que é para eu confiar em todos, que eu pudesse me sentir mais segura com eles também, mas eu só me sinto segura com a minha mãe por perto. Os profissionais são legais, consigo conversar com todos, eu até tenho conseguido me abrir um pouco com eles. Não é igual como conversar com minha família, mas me dou bem com eles. (Lavadeira)

Cada profissional que passa aqui a gente tem uma experiência, a gente consegue conversar, com cada um, aprende uma coisa, tinha um residente aqui que a gente brincava muito e tinha uma experiência boa, distraía. (Sabiá)

Não é como a casa da gente, mas foi tranquila a relação com os profissionais, foi muito boa, bem tranquilos e educados. Posso dizer que foi ótima a receptividade dos profissionais. Eles são excelentes. (Coruja)

A presença constante dos profissionais da equipe multidisciplinar é destacada pelos participantes, principalmente das técnicas de enfermagem, enfermeiras, médicos e residentes de medicina.

Toda hora tem as técnicas de enfermagem aqui, se doer qualquer coisa elas estão aqui com o remédio, não deixa a gente em falta de nada. (Carcará)

Todos os profissionais são acessíveis, a residente mesmo que está me acompanhando ela é muito boa, as enfermeiras também não têm nenhuma que eu olho assim e penso diferente, os técnicos também são bem acolhedores. (Maritaca)

Os profissionais daqui são bem tranquilos, sempre tem muita gente, dois, três, nunca falta ninguém. Vêm perguntar se está tudo bem, se precisa de alguma coisa [...]. (Corrupião)

7.6.5 As conversas com a família sobre o diagnóstico e a hospitalização

Ao longo da hospitalização, as manifestações de carinho e afeto entre a família são destacadas por todos, desde a preocupação com o bem-estar até a presença e apoio em todos os aspectos, ainda que de forma remota e sem profundidade.

Toda vez que eu converso com meu pai e meu avô eu só choro. Eu e minha mãe ficamos o tempo todas juntas, não conversamos nada muito profundo até porque quando toca no assunto eu só tenho boca para chorar, é uma conversa difícil. (Lavadeira)

A gente não conversou como seriam as coisas, mas todos me apoiaram e estão comigo o tempo todo. (Sabiá)

A conversa com meu pai sobre o diagnóstico foi superficial, não conversei direito com o meu pai não. Falei com todo mundo do diagnóstico, com a família, meus amigos... (Bem-te-vi)

Eles sempre falam comigo para eu ter fé em Deus que vai dar tudo certo, que eu vou sair daqui curada. Com minha mãe eu estou sempre conversando com ela e em momento algum tive uma conversa profunda ou mais íntima, só assim: tenha fé em Deus, seja forte, se Deus te escolheu para isso é porque algum propósito Ele tem. (Maritaca)

A conversa com a família foi bem delicada, meu pai ficou bem emocionado porque é uma doença que se alastra muito rápido, mas eu tentei acalmar ele, que eu estava bem, que vai dar tudo certo. (Coruja)

Converso com minha irmã direto, falaram com ela que ela pode ser a doadora da medula para mim, nem sabe ainda se vai precisar e se ela serve, mas ela me ligou para dizer que ela vai dar a vida dela para mim, aí eu só choro. (Lavadeira)

Além de lidar com a sua fragilidade pelo adoecimento e hospitalização, alguns participantes destacaram a preocupação em proteger a família, evitando algumas conversas e não partilhando experiências que fossem gerar preocupações e angústias.

Tem coisas que eu não conto para eles, por exemplo, fui tomar plaquetas esses dias e tive reação alérgica às plaquetas, foi um susto, mas eu não contei para eles. (Maritaca)

Eu não conversei muita coisa com minha mãe não. Minha mãe é daquelas mulheres reservadas, eu só falei que iria para Salvador procurar tratamento porque este caroço não era brincadeira [...] Quando contei à minha mãe, na hora ela ficou desesperada, chorou no telefone e a gente não fala muito no assunto. A gente se fala todo dia pelo telefone, converso muito com ela, mando foto, mas não toco no assunto. Ela liga todo dia, a gente conversa muito, dura uns 50 minutos conversando, mas a gente não fala muito da doença. Na verdade, ela me poupa e eu poupo ela. (Carará)

Com a minha filha a gente só passa o necessário e com o meu filho também. Eles sabem que eu estou doente, mas sobre a doença eu não converso. (Corrupião)

8 DISCUSSÃO

Diante de toda complexidade que envolve o adoecimento onco-hematológico, os segmentos de textos oriundos das entrevistas desvelam as particularidades desse processo de transição vivenciado pelos participantes desta pesquisa. Transição é uma passagem entre dois períodos relativamente estáveis, que conduz o indivíduo a mover-se por diferentes fases dinâmicas, marcos e pontos de mudança. Esses percursos ocorrem ao longo do tempo e têm um sentido de fluxo e movimento, guiado por alterações que provocam um período de desequilíbrio, incertezas, conflitos interpessoais e perturbações (MELEIS, 2010; SCHUMACHER, MELEIS, 1999; COSTA, 2016).

De acordo com a teoria de médio alcance de Meleis e colaboradores (2010), infere-se que as transições são complexas e multidisciplinares, caracterizadas pelo fluxo e movimento ao longo do tempo, responsáveis por alterações de identidade, papéis, relacionamentos, habilidades e padrões de comportamento, bem como envolvem um processo de movimento e mudança fundamental nos estilos e que se manifesta em todos os indivíduos. Essa característica fundamental de mudança e movimento é percebida em todos os participantes, reafirmando que o adoecimento onco-hematológico é um evento transicional.

Uma característica importante das transições é que elas são essencialmente positivas. A conclusão de uma transição implica que a pessoa chegou a uma fase de maior estabilidade, relativamente ao que foi antes. Isto pressupõe que as transições são processos que incluem três fases: entrada, passagem e saída, com um fluxo temporal mais ou menos alargado (CHICK; MELEIS, 1986). É importante destacar que esta dissertação se debruça sobre a primeira hospitalização dos pacientes onco-hematológicos em uma unidade especializada, e que a maior parte corresponde ao período de descoberta da doença e início do tratamento quimioterápico; pode-se inferir que visualizamos apenas a fase de entrada e o início da trajetória de passagem.

Ao nos debruçarmos sobre a Teoria de Meleis e colaboradores (2010), identificamos a existência de três constructos basilares, mais especificamente a natureza da transição, as condições de transição e os padrões de resposta; bem como reconhecemos quatro tipos de transições: desenvolvimentais, situacionais, de saúde/doença e organizacionais.

Embora seja inquestionável que o tipo de transição vivenciada pelos participantes deste estudo é do tipo saúde/doença, não podemos excluir outros tipos que eles experienciaram e que estão a experienciar na passagem, como as do tipo situacionais e de desenvolvimento. Transições do tipo saúde/doença, como destacado neste estudo e descrito por Santos e colaboradores (2015), em referência a Schumacher e Meleis (2010), incluem as mudanças súbitas de papel que resultam da alteração de um estado de bem-estar para uma doença aguda ou crônica, como o câncer. Transições situacionais estão relacionadas às mudanças de papéis nos vários contextos, como percebemos neste estudo, a exemplo do afastamento do trabalho e da condição de não estar trabalhando e ocioso em casa, da espera do nascimento de um filho com a gestação da cômjuge, do retorno a morar com os pais e da situação de dependência financeira. As transições de desenvolvimento estão centradas no indivíduo a partir da perspectiva de quem vivencia, considerando a existência de uma grande variedade de eventos que desencadeiam esse processo de transição, como por exemplo os relacionamentos de parentalidade e a mudança na imagem corporal.

Conforme destacam Santos e colaboradores (2015), em referência a Chick e Meleis (1986), apesar de se identificar um conjunto de diferentes tipos de transições, é visível a existência de alguns aspectos comuns dentro da complexidade e multidimensionalidade dessas experiências, os quais se denominam por propriedades das transições. Afinal, apesar da complexidade e multiplicidade das transições, suas propriedades não são exclusivas, mas inter-relacionadas em um processo complexo e dinâmico.

Nas falas dos participantes é possível visualizar as propriedades das transições. A primeira propriedade, o conhecimento, encontra-se relacionada com a consciencialização dos participantes sobre a experiência que estão vivenciando. Nela, os participantes apresentam o conhecimento acerca das alterações que estão ocorrendo, como as mudanças no estado de saúde, e as que estão a ocorrer, como os ciclos de quimioterapia subsequentes, os efeitos colaterais (especialmente a neutropenia e a alopecia), medidas preventivas, possibilidade do transplante de medula óssea, entre outros. Essa percepção de mudança é apontada como o início do processo de transição (MELEIS *et al.*, 2010).

A segunda propriedade descrita por Meleis e colaboradores (2010) e presente neste estudo é o ajustamento, que se refere ao grau de envolvimento dos pacientes nos processos inerentes à transição, influenciado diretamente pelo conhecimento que se detém nesse processo. Cabe destacar que as duas primeiras propriedades estão intimamente

relacionadas, presentes por todo o período, uma vez que o ajustamento não existe se o conhecimento não estiver presente. Costa (2016) destaca sobre a Teoria das Transições que o nível de envolvimento de um indivíduo que está consciente das mudanças físicas, emocionais, sociais ou ambientais será diferente dos que não vivenciam tais mudanças. Essa propriedade é bem evidente nas narrativas dos participantes, sobretudo no que se refere à busca pelo diagnóstico e tratamento, especificamente na superação dos entraves da rede SUS e na chegada à unidade especializada.

O reconhecimento da mudança no estado de saúde, sobretudo os sinais de astenia, fraqueza, mal-estar e perda ponderal, é narrado como um momento de apreensão, mas principalmente de alerta para algo que estava errado. As doenças onco-hematológicas, especialmente as leucemias e os linfomas, geralmente são descobertas a partir de um exame médico de rotina ou quando a pessoa busca tratar um sintoma aparentemente simples que teve início repentino, cuja sintomatologia é comum a vários outros tipos de doenças. Assim, o diagnóstico é complexo e requer, muitas vezes, internação imediata (SOUSA; ESPÍRITO SANTO; COSTA, 2012).

Esse contexto converge para outra propriedade das transições, que é a mudança e diferença. Conforme destaca Costa (2016), embora semelhantes, estas não são sinônimos de transição. Importante salientar a distinção entre os conceitos de transição e mudança, já que uma transição envolve sempre uma mudança, enquanto o inverso não se verifica.

O senso comum de uma vida descrita por boas sensações e de normalidade, como bem descrita pelos participantes, é atravessado pela experiência de uma doença, como o câncer, cujo diagnóstico é rodeado por um estigma de morte, sofrimento e modificações na vida do indivíduo e de sua família. O câncer gera sofrimento que ultrapassa a dimensão física, pois desencadeia quebra na trajetória da vida de quem adoece e daqueles que estão ao seu entorno; é uma enfermidade capaz de mobilizar uma gama de sentimentos de incerteza, mudando a vida daqueles que o experienciam (BATISTA; MATTOS; SILVA, 2015). Importante destacar que essa é uma doença na qual o portador se torna alvo de penúria, desperta sentimento de frustração, raiva, vergonha, ansiedade, pesar, incerteza, medo e a expectativa da morte (SILVA *et al.*, 2013).

Ao refletir sobre o “normal”, partindo de uma análise semântica do termo, Canguilhem (2000) afirma que há duas formas de definir o normal. A primeira toma o termo como um fato: normal é aquilo que é mais prevalente, mais constante, mais frequente em uma determinada população, é algo detectado pela observação e

objetivamente mensurável. Ao lado dessa definição existe, imersa no uso habitual dessa palavra, uma outra, na qual o normal é concebido não apenas como aquilo que “é”, mas como aquilo que “deve ser”.

A quarta propriedade deve-se ao fato de que as mudanças experienciadas são desencadeadas por eventos e acontecimentos críticos. Neste estudo, diversos são os eventos disparadores, no entanto os mais expressivos foram o diagnóstico da doença onco-hematológica, além de não terem assegurados o diagnóstico e o tratamento em seu município de origem, a necessidade de deslocamento a outras cidades em busca de um atendimento médico especializado; as realizações das biópsias e a expectativa pelos resultados; o cadastro no sistema de regulação seja para a consulta ambulatorial, seja para a hospitalização; a hospitalização, desde a chegada na Unidade de Onco-hematologia até a adaptação às rotinas; as conversas com o médico sobre o diagnóstico; a notícia da quimioterapia e as informações sobre esta; a queda do cabelo, principalmente nas participantes do gênero feminino; além da possibilidade de um transplante de medula óssea. Resultados similares são apontados em estudo de Sousa (2018) sobre o telemonitoramento dos pacientes onco-hematológicos.

Segundo Meleis e colaboradores (2010), a maioria das transições estão relacionadas com acontecimentos marcantes na vida das pessoas. E estes estão, na maioria das vezes, associados a uma consciencialização das mudanças e diferenças ou, por outro lado, a um maior nível de ajustamento para lidar com a experiência de transição.

Ainda sobre as propriedades das transições, é importante destacar a última, que é o período da experiência, conforme apontam Meleis e colaboradores (2010) e ressaltam Santos e colaboradores (2015). Esse período é caracterizado por movimentos e fluxos ao longo do tempo, que devem ser acompanhados pelos enfermeiros, no sentido de se obterem ganhos para a saúde. Assim, embora o período da experiência transicional dos participantes neste estudo seja pequeno, uma vez que o recorte se situa na primeira hospitalização, cabe destacar que o tratamento onco-hematológico tem como característica longas e frequentes hospitalizações.

A hospitalização é um traço comum nessas doenças, seja pela baixa imunidade e pelo comprometimento sistêmico, seja para a realização do tratamento quimioterápico. Normalmente, as alterações hematológicas suscetibilizam os pacientes às complicações, como infecção, dor, lesões em mucosa oral, fadiga e desnutrição, as quais podem agravar seu quadro clínico e interferir na recuperação (SOUSA; ESPÍRITO SANTO; COSTA,

2012). Ao se hospitalizar, seja pelo processo saúde/doença, seja pelo tratamento recebido durante a internação, esses pacientes apresentam uma necessidade de cuidados que são específicos e que fazem toda diferença quando conhecidos e aplicados por uma enfermagem especializada (SOUZA *et al.*, 2019).

Ao aprofundarmos a compreensão das vivências dos participantes no processo transicional, é indispensável a identificação de quais os fatores influenciam e irão influenciar o decurso da experiência. Esses fatores são definidos como condições facilitadoras e inibidoras e dividem-se principalmente em três tipos: pessoais, comunitárias e sociais.

No que concerne às condições pessoais, podem-se destacar os significados, as atitudes e crenças culturais, o nível socioeconômico, a preparação e os conhecimentos. Ao discorrer sobre os significados, estes dizem respeito aos acontecimentos que desencadearam a transição ou, por outro lado, ao sentido atribuído ao próprio processo de transição (MELEIS *et al.*, 2010; SANTOS *et al.*, 2015). Silva (2013) complementa que condições pessoais englobam o significado atribuído aos eventos que ocorrem antes da transição e no processo em si, influenciado pelas crenças socioculturais e pelas atitudes. O *status* socioeconômico do indivíduo, o conhecimento e preparo antecipado facilita a transição, ou seja, o nível de conhecimento sobre o que esperar de uma transição e quais estratégias podem ser utilizadas para lidar com ela; do contrário, ocorre inibição da transição.

No âmbito dessa condição, as narrativas apresentadas nesta dissertação trazem o momento sendo vivido com muita esperança, resiliência, confiança, angústias e medos, uma vez que o surgimento da doença onco-hematológica foi abrupto, inesperado e lhes remete à morte. Cabe destacar que os significados das transições podem ser considerados como positivos, negativos e neutros (SCHUMACHER; MELEIS, 2010).

Nesse sentido, vale ressaltar que a esperança é uma emoção positiva vivenciada no processo de transição saúde/doença. Conforme destacam Macêdo, Gomes e Bezerra (2019), a esperança é uma crença emocional na possibilidade de resultados positivos relacionados com eventos e circunstâncias da vida pessoal, de forma a amenizar os efeitos negativos no momento do diagnóstico, na dimensão tanto psíquica quanto espiritual.

Neste estudo não se avaliaram os níveis de esperança; no entanto, por meio das narrativas apresentadas, pode-se inferir que a esperança está presente em todos os

participantes e que apresenta diferenças significativas em relação ao grau de escolaridade, com maior expressão de esperança entre aqueles com melhor nível de instrução e socioeconômico. Esse resultado reflete os de um estudo realizado sobre a esperança em pacientes oncológicos que estão em tratamento quimioterápico (WAKIUCHI, 2015). Dessa maneira, isso lhes confere maior conhecimento das diferentes etapas do tratamento, o que permite enfrentar de forma diferenciada as vitórias e derrotas que acompanham esse processo transicional.

Outra das condições das transições apresentadas por Meleis e colaboradores (2010) são as atitudes e crenças culturais. Santos e colaboradores (2015) expõem que, na teoria, estas se revelam um componente que exerce a sua influência sobre a experiência de transição, e entre as quais se destacam. Nesse sentido, cabe sublinhar como a busca pela assistência especializada e a atitude de perseverança aliadas à religiosidade impulsionam os participantes em direção a transições saudáveis. Nos discursos apresentados nesta dissertação se sobressaem a fé, a espiritualidade e a religião como elementos diretamente ligados à confiança, fortalecimento e equilíbrio.

Neste momento de ressignificação, a religiosidade e a espiritualidade atuam como um benefício para os participantes do estudo paciente, contribuindo para a diminuição das experiências negativas provocadas pelo câncer e aprimorando sua qualidade de vida, conforme destacam Gobatto e Araújo (2013). Isso ocorre, conforme salientam Ouro e colaboradores (2018), porque a espiritualidade pode ser interpretada como a natureza de uma pessoa em busca da própria significação e objetivos na vida. Em relação à fé, esta pode ser resultante do produto da esperança, do fortalecimento e do equilíbrio; possibilita a luta pela vida e a propensão para aceitar a doença, o que se pode constatar como um elemento facilitador de transições.

Conforme destacam Lima e colaboradores (2016), a religiosidade ajuda no acolhimento do diagnóstico de câncer e auxilia na busca de significados para a doença, ajudando os indivíduos no seu enfrentamento. Além disso, ela também é atribuída à possibilidade de cura, por estar relacionada a um Ser Supremo.

Importante destacar como fatores inibidores de transições o baixo nível socioeconômico, pois este potencializa a manifestação e a existência de sintomas psicológicos. É visível nas narrativas que os participantes que detêm melhor nível socioeconômico possuem conhecimento prévio à hospitalização, como destacado anteriormente. O baixo nível socioeconômico é ainda potencializado como condição

inibitória ao observarmos, nos participantes provenientes de outros municípios, o relato de poucas visitas de familiares, uma vez que ocorre o distanciamento físico entre eles e familiares, por não ficarem acompanhantes e pela situação financeira de alguns não facultar hospedagem próxima, resultando no retorno ao município de origem.

Desse modo, vale ainda destacar como condicionante a preparação e o conhecimento e relacioná-los ao conhecimento do que é esperado, como apontam Santos e colaboradores (2015) em referência à Teoria das Transições. Essa condicionante torna-se um fator facilitador uma vez que pode aliviar o estresse associado à transição. Essa evidência está presente nas vivências que reportam a busca pelo diagnóstico médico na rede suplementar de assistência à saúde, a fase em que permaneceram no domicílio aguardando a consulta e a inserção no SUS, nas quais alguns narram a sua vigilância com as taxas sanguínea, o cuidado com o repouso e o distanciamento das atividades laborais como formas de proteção, ou seja, a noção de autocuidado.

Além das condicionantes pessoais, as condicionantes comunitárias assumem os recursos que uma comunidade garante para facilitar ou inibir as transições. Schumacher e Meleis (2010) e Im (2010) apontam como fatores facilitadores o suporte de amigos, pares e familiares, as informações relevantes obtidas junto de profissionais de saúde, os conselhos de fontes fidedignas, os modelos de papéis e as respostas a dúvidas. Nesse sentido é importante salientar que as vivências dos participantes demonstram o papel fundamental do apoio da família em todas as etapas, também dos seus pares para aqueles que tinham, e da figura dos profissionais de saúde, que são destacados como essenciais no entendimento da doença e no apoio no enfrentamento da condição de paciente.

Como elementos inibitórios, os mesmos autores destacam a insuficiência de recursos, a falta de planejamento e inadequação das sessões de educação para a saúde, o suporte inadequado, os conselhos não solicitados ou negativos, a informação insuficiente ou contraditória, os estereótipos e o confronto com o negativismo por parte de outros. Nas narrativas apresentadas, os desencontros de informações entre a equipe de saúde – sobretudo anterior à chegada na Unidade de Onco-hematologia – acerca da doença, o início de tratamento, os discursos e as especulações sobre a demora em conseguir a transferência para a unidade especializada e a falta de clareza nas orientações sobre as rotinas durante a hospitalização são destacados como os fatores inibitórios das transições relacionados à comunidade. Ainda sobre os elementos inibitórios da comunidade, cabe destacar conselhos e considerações negativos e não solicitados, com histórias de pessoas

com o mesmo diagnóstico morreram ou que estiveram em situação semelhante aguardaram muito o sistema de regulação de leitos.

No tocante às condições sociais, a sociedade pode facilitar e inibir transições, em que podemos encontrar a marginalização, os estigmas e os papéis socialmente definidos como condicionantes inibidores. Costa (2016), em estudo sobre a Teoria das Transições de Meleis, destaca que um evento de transição estigmatizado e com significados estereotipados tende a interferir no processo de transição saudável. Esse princípio já se transpõe ao fato de que o câncer é uma doença estigmatizada e socialmente relacionada a uma “sentença de morte” e à penúria.

Questões sociais acerca de gênero e raça/cor não foram evidenciadas como elementos expressivos e condicionantes para facilitar ou inibir transições. No entanto, as questões relacionadas aos papéis socialmente definidos são bem expressivas, em algumas situações são facilitadoras e em outras, inibidoras. A paternidade surge como elemento facilitador quando apontada nas vivências enquanto uma força interna para vencer o câncer, sobreviver e participar da vida dos filhos; entretanto surge como elemento inibidor nas narrativas em que eclodem o conflito interno para proteger os filhos do diagnóstico e a evitação de conversas mais profundas sobre o adoecimento e a possibilidade da morte com os filhos. Ainda sobre os papéis definidos, o ser provedor do núcleo familiar, em algumas narrativas, são apontadas como elementos inibitórios das transições.

Ainda que neste estudo não se tenham investigado a disposição geográfica dos participantes e o impacto no sistema de referência do SUS, cabe destacar ambos como elemento inibidor nos aspectos sociais, com relação aos participantes provenientes de outras regiões que se deslocaram ou foram regulados, via o TFD, para a capital baiana para o tratamento oncológico. Esse fator tangencia outros condicionantes pessoais e comunitários.

O Programa de Tratamento Fora de Domicílio (TFD) é regulamentado, no âmbito nacional, através da Portaria SAS/GM no. 55, de 24 de setembro de 1999, que visa garantir, por meio da rede pública de saúde, o atendimento médico a pacientes portadores de doenças não tratáveis em seus municípios de origem por falta de condições técnicas ou profissionais, mediante o custeio das passagens e diárias necessárias para o deslocamento e estada desses pacientes enquanto durar o tratamento (BRASIL, 1999). A importância do TFD torna-se mais explícita quando se verifica que muitos usuários do SUS não possuem por vezes condições financeiras para deslocarem-se dos municípios de

suas residências, em razão de não encontrarem mais ali possibilidades para o tratamento adequado do qual necessitam para a conservação ou promoção de sua saúde, como ocorreu com grande parte dos participantes deste estudo.

As dificuldades enfrentadas pelos participantes no acesso e utilização do Programa TFD relacionam-se aos mais diversos aspectos sociais. Ainda que haja a existência do instrumento TFD de forma legal, os participantes deste estudo, assim como outros pacientes do SUS, têm-se deparado com adversidades para acessar o programa – até mesmo os que precisam ter acompanhante, como os portadores de doenças crônicas. As narrativas apontam questões referentes à ausência de condições financeiras dos pacientes e suas famílias.

Ainda sobre as questões sociais, cabe destacar o acesso ao Sistema Único de Saúde e o itinerário na rede até o início do tratamento oncológico como uma condicionante inibitória, sobretudo pela peregrinação descrita pelos participantes até o início do tratamento. Alguns participantes foram referenciados para Unidade de Onco-hematologia já hospitalizados e chegaram para o início do tratamento passando por outros hospitais da rede; outros participantes tiveram o diagnóstico prévio, foram regulados para consulta ambulatorial e, por meio do ambulatório, foram hospitalizado. Entre as narrativas, é possível verificar que a maioria dos participantes já possuía o diagnóstico oncológico e aguardava pelo início do tratamento, alguns por dois meses. Na legislação brasileira encontra-se a lei nº 12.732/12, do Ministério da Saúde, conhecida como a “Lei dos 60 dias”. Esta Lei estabelece que o tratamento para qualquer tipo de câncer para os pacientes do sistema público de saúde deve começar no prazo de 60 dias a partir do diagnóstico definitivo.

A Teoria das Transições de Meleis apresenta padrões de resposta que se subdividem em dois indicadores: de processo e de resultado. Os indicadores de processo ocorrem em qualquer tempo, conforme Schumacher e Meleis (2010) eles traduzem e norteiam as ações de enfermagem rumo a facilitar transições saudáveis. São esses indicadores de processo que foram possíveis de desvelar neste estudo, embora o mesmo não tenha sido possível com os indicadores de resultado, pois se reportam ao final do processo transicional.

Os indicadores de processo particularizam a necessidade de o indivíduo sentir-se e manter-se integrado em determinado contexto, e o atendimento à necessidade de informação, nomeadamente sobre os recursos disponíveis, é fundamental para se prosseguir em uma transição saudável. Nesse sentido, as relações que os participantes

estabelecem com o meio (família, amigos, profissionais de saúde, etc.) se revelam como fontes de informação privilegiadas.

No que se refere ao padrão de resposta interação, a teorista salienta a íntima relação estabelecida entre os participantes em transição e o seu cuidador, da qual advêm as dimensões do autocuidado e do ser cuidado. Assim, alerta para o fato de que essa mobilidade de papéis comporta diferentes significados para as pessoas envolvidas e, nesse sentido, estas deverão constituir-se como um dos focos para a prática da enfermagem. Infere-se, dessa maneira, que todos os participantes evoluem de forma satisfatória, já que relatam uma boa relação com a equipe multiprofissional de saúde, bem como interação e participação nas etapas do tratamento, o que os encoraja.

No decorrer da experiência de transição, é possível afirmar que os participantes deste estudo se sentem situados, ou seja, sendo parte integrante do contexto em que se encontram inseridos. Meleis e colaboradores (2010) descrevem que este padrão é indispensável, porque a transição envolve a criação de novos significados e percepções e a reformulação das significações em relação ao ambiente em torno. É esse estado dinâmico que remete para a noção de adaptação ao meio envolvente e, conseqüentemente, para o desenvolvimento da confiança e *coping*, que ocorre quando se experiencia a transição demonstrando um conhecimento mais aprofundado e uma maior compreensão acerca dos aspectos essenciais e críticos (MELEIS *et al.*, 2000).

O desenvolvimento de confiança dos participantes é notadamente visível, na sua maioria relacionado à chegada na unidade especializada para o início do tratamento, fortalecida a esperança na possibilidade de cura e controle da doença. Vale destacar, nesse contexto, o aumento da espiritualidade e religiosidade dos entrevistados ao lidarem com as mais diversas situações estressantes vivenciadas neste processo transicional. Comumente, nas situações em que a vida parece estar fora de controle e nas quais não é possível visualizar nenhuma explicação para os fatos, as crenças e práticas voltadas para o sagrado são capazes de promover sentido e confiança, em vez de medo e insegurança (PARGAMENT; MAGYAR-RUSSEL; MURRAY-SWANK, 2005).

O conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais que são utilizadas pelas pessoas em resposta a alguma situação estressante é chamado de *coping* (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). A utilização da fé, religião ou espiritualidade no manejo das situações estressantes ou dos momentos de crise que ocorrem ao longo da vida, segundo Pargament (1997), é conhecido como *coping* religioso. Cabe destacar que a

espiritualidade se refere à busca inerente de conexão com o sagrado, o transcendente que agrega sentido à existência, enquanto a religião é a expressão da própria espiritualidade por meio de crenças, ritos e práticas.

Entre as estratégias de enfrentamento destaca-se a busca pela aceitação do diagnóstico, que é apontada na busca de todos os meios possíveis para o enfrentamento da situação, ao se encarar situações difíceis como uma oportunidade ou um desafio e ao se tentar esclarecer as dúvidas. Isso contribui para melhorar o nível de enfrentamento refletido em transições saudáveis.

Neste estudo é possível perceber que existe uma relação entre o apoio familiar e as estratégias de enfrentamento. As famílias dos participantes são apontadas como a fonte de apoio mais significativa e devem ser valorizadas. Ademais, não foram avaliadas as capacidades de enfrentamento, tampouco foram percebidas divergências relacionadas ao tempo do diagnóstico e o enfrentamento. Estudo sobre o enfrentamento e adaptação de adultos com câncer (CEPEDA-TRUJILLO *et al.*, 2022) aponta resultados semelhantes, destacando que os participantes que utilizaram estratégias tais como expressar emoções positivas, ressignificar a experiência positivamente e cultivar uma sensação de paz e significado em suas vidas relataram maior estabilidade durante o diagnóstico e a hospitalização.

Acerca dos indicadores de resultado, espera-se que os participantes desta pesquisa, à medida que seguem o percurso do tratamento onco-hematológico, aproximem-se de um período de estabilidade, inerente ao término da transição. Os seus níveis de mestria indicarão os ganhos em saúde atingidos, bem como uma transição saudável promoverá uma reformulação de identidade, resultando na incorporação de novos conhecimentos com o objetivo de alterar seus próprios comportamentos (MELEIS *et al.*, 2010).

Cabe destacar que os enfermeiros, conforme aponta a Teoria das Transições de Meleis (2010), são os principais agentes facilitadores dos pacientes e das famílias que experienciam transições, ao intervirem sobre as mudanças e exigências que se refletem no cotidiano (MELEIS *et al.*, 2010; SANTOS *et al.*, 2015). A proposta de um cuidado sensível busca prevenir os riscos, melhorar o bem-estar, maximizar o funcionamento e reproduzir atividades de autocuidado; essas são estratégias que os enfermeiros usam para cuidar e apoiar as pessoas no alcance de processos de transição saudáveis e seus resultados. Lidar com a transição é um processo dinâmico que inclui vários segmentos. Alguns são construídos de forma criativa e dinâmica e, ao mesmo tempo, ao se adquirir

experiência e desenvolver competências no cuidado (SCHUMACHER, 1995; COSTA, 2016).

Aprender as vivências dos pacientes onco-hematológico neste estudo, assim como nas possibilidades de contato e cuidado, possibilita a enfermagem estruturar e promover modalidades terapêuticas para lidar com as transições a partir de uma reflexão puramente estética e sensível. O modelo proposto por Meleis e colaboradores (2010) deve ser considerado apenas uma referência para a compreensão de todo o processo de transição, uma vez que a plenitude deste só é possível através do ponto de vista do paciente/cliente, sendo assim um processo particular e individual. Em consonância a isso, as estratégias de enfermagem devem ser sensíveis à compreensão da transição a partir da perspectiva de quem a experiencia, inferindo as necessidades do cliente mediante essa mesma abordagem (ZAGONEL,1999; SANTOS *et al.*,2015).

Estudo de Schumacher, Jones e Meleis (1999) aponta modalidades terapêuticas de enfermagem para lidar com as transições, conforme destaca Costa (2016). A origem para todas as terapêuticas de enfermagem é a Avaliação de Enfermagem, na qual o enfermeiro precisa, em uma sequência linear de ações, avaliar, planejar e implementar. Nesse sentido, para o sucesso, a avaliação deve abranger todo o período da transição, requerendo uma avaliação especial, além da criação de um contexto de cuidados de saúde. Uma grande ferramenta é a avaliação dos indicadores de processo, que possibilita investigar o progresso do paciente e sinaliza precocemente as dificuldades e pontos críticos no processo transicional.

Outra modalidade apontada neste estudo é a Reminiscência, que auxilia na integração do processo de transição, fornecendo um elo importante entre o passado e o presente, ao construir oportunidades para os pacientes refletirem sobre as experiências de vida; isso consequentemente facilita o processo de crescimento e desenvolvimento de identidade. A Suplementação de papel facilita o processo em propagar novos conhecimentos e habilidades, traz à consciência comportamentos, sentimentos, sensações e objetivos em um novo papel. A Criação de um novo ambiente saudável é uma meta da enfermagem, proporcionar um ambiente dinâmico e adaptável, com o objetivo de sincronizar as necessidades de cada pessoa. A Mobilização de recursos inclui recursos pessoais, familiares e comunitários, na qual se faz necessário considerar sua disponibilidade, se eles são ou não estáveis, se são suficientes ou se é necessário desenvolver novos recursos (SCHUMACHER; JONES; MELEIS, 1999; COSTA, 2016).

O cuidado dos pacientes onco-hematológicos, conforme destacam Sousa e colaboradores (2019), envolve não só conhecimento, mas também a disponibilidade e o interesse dos enfermeiros em ouvi-los, identificando suas expectativas, seus medos e sentimentos sobre a experiência da hospitalização e doença. Dessa maneira, pode-se contribuir para a sua adaptação e segurança, por meio de assistência que considere suas necessidades, minimizando os riscos mediante um cuidado de qualidade aos pacientes.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das narrativas foi possível compreender como o ser consciente e o engajamento são essenciais no sentido de transições saudáveis. Também se entende como o conhecimento influencia no engajamento, assim como o mover-se, as mudanças, os eventos e pontos críticos são determinantes nas transições.

Para compreender as experiências dos participantes foi fundamental revelar as condições pessoais, comunitárias e sociais que atuam como facilitadoras ou inibidoras das transições. O adoecimento e a hospitalização produziram uma ruptura em seu cotidiano, e eles relataram a ocorrência de mudanças drásticas em suas vidas durante esse período. No tocante às condições pessoais, destacam-se os significados atribuídos ao processo, que é um período de muita esperança, resiliência, confiança, angústias e medos. O suporte religioso e a espiritualidade atuam como um benefício, contribuindo para a diminuição das experiências negativas, e o baixo nível socioeconômico atua como fator inibidor. Como condicionantes relacionados à comunidade, destaca-se a rede de apoio na família e nos parceiros como facilitadora do processo. As dificuldades enfrentadas pelos participantes no acesso ao SUS e utilização do programa TFD e sistema de regulação relacionam-se aos mais diversos aspectos sociais e aparecem como condicionantes inibitórias das transições na maioria dos participantes.

Importante destacar que as transições são de grande interesse para a enfermagem por motivo das consequências para a saúde no seu decurso. É imprescindível a utilização dos padrões de resposta, a fim de que se reconheçam eventos críticos e situações de vulnerabilidade, ao se estruturar e implementar terapêuticas de enfermagem com intuito de promover resultados positivos e favoráveis à saúde. A enfermeira no ambiente da onco-hematologia, pelas características e particularidades que circundam essa especialidade, precisa assumir uma postura de sensibilidade e relação de ajuda, de compreensão do outro e de suas experiências pessoais, aspectos culturais e significados atribuídos; por conseguinte, precisa promover um cuidado sensível e holístico.

As limitações deste estudo estão relacionadas ao recorte temporal do processo transicional, por debruçar-se na primeira hospitalização. Assim, há impossibilidade de acompanhamento da movimentação das pessoas com adoecimento onco-hematológico até o final da transição, ou seja, até o outro ponto de estabilidade.

A utilização da Teoria das Transições de Meleis proporcionou, além do aprofundamento acerca dos conceitos, a utilização no âmbito das vivências dos pacientes onco-hematológicos, no sentido que as teorias revelem, sugiram, e apoiem o planejamento das ações do profissional de enfermagem.

Assim, este estudo traz implicações para a prática, pois aponta o importante papel da enfermeira no processo de transição, ocupando um papel de destaque como agente facilitador, e sugere que futuros estudos apontem terapêuticas de enfermagem especializadas, bem como uma proposta de estruturação do Processo de Enfermagem à luz da Teoria das Transições de Meleis para o cuidar dessas pessoas tão fragilizadas.

REFERÊNCIAS

ALLIGOOD, M.R. **Nursing theory: utilization & application**. 5th ed. St. Louis: Mosby; 2013.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Cancer facts & figures 2019**. Atlanta: American Cancer Society, 2019.

ANDRADE, V.; SAWADA, N. O.; BARICHELLO, E. Qualidade de vida de pacientes com câncer hematológico em tratamento quimioterápico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 355-361, abr. 2013.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 07/2020. **Orientações para prevenção e vigilância Epidemiológica das infecções por sars-cov-2 (covid-19) dentro dos serviços de saúde**. Brasília, DF: ANVISA, 2020.

Disponível em:

file:///C:/Users/msg2f/OneDrive/Área%20de%20Trabalho/NT_07_PREVENO_DE_TR ANSMISSO_COVID_19_INTRA_INSTITUIO_17.09.2020.pdf. Acesso em: 10 fev. 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LINFOMA E LEUCEMIA. **Manual - LLC**. Tudo sobre a Leucemia Linfóide Crônica. São Paulo: ABRALE, 2020a. Disponível em: <https://www.abrale.org.br/wp-content/uploads/2020/11/Manual-de-LLC.pdf>. Acesso em: 01 out. 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LINFOMA E LEUCEMIA. **Manual - LNH**. Tudo sobre o Linfoma não-Hodgkin. São Paulo: ABRALE, 2020b. Disponível em: <https://www.abrale.org.br/wp-content/uploads/2020/10/manual-de-linfoma-nao-hodgkin-web.pdf>. Acesso em: 01 out. 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LINFOMA E LEUCEMIA. **Manual - Linfoma de Hodgkin**. Tudo o que você precisa saber. São Paulo: ABRALE, 2020c. Disponível em: <https://www.abrale.org.br/wp-content/uploads/2020/10/manual-de-linfoma-de-hodgkin-web.pdf>. Acesso em: 02 out. 2020.

BAIN, J.B. **Diagnóstico em Leucemias**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

BARROS, A. J. da S.; LEHFELD, N. A. de. **Fundamentos de metodologia científica**. 3 ed. reimpr. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2014.

BATISTA, D. R. R.; MATTOS, M. de; SILVA, S. F. da. Convivendo com o câncer: do diagnóstico ao tratamento. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 5, n. 3, p. 499-510, 2015.

BATISTA, E. C.; MATOS, L. A. L. NASCIMENTO, A. B. A entrevista como técnica de investigação na pesquisa qualitativa. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v. 11, n. 3, p. 23-38, tri III. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)**. [S. l.]: MS, [20--]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br>. Acesso em: 9 mar. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Trata de pesquisas e testes em seres humanos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, nº 12, p. 59, 13 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria/SAS/nº55 de 24 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde - SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, nº 38, 26 fev. 1999. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0055_24_02_1999.html. Acesso em 20 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, p. 33, 16 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Tipos de Câncer**: Leucemia. [S. l.]: INCA, 2020a. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/leucemia>. Acesso em: 01 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Tipos de Câncer**: Linfoma de Hodgkin. [S. l.]: INCA, 2020b. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/linfoma-de-hodgkin>. Acesso em: 01 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer - INCA. **Tipos de Câncer**: Linfoma não Hodgkin. [S. l.]: INCA, 2020c. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/linfoma-nao-hodgkin>. Acesso em: 01 out. 2020.

BRAY, F. *et al.* Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, Hoboken, v. 68, n. 6, p. 394-424, nov. 2018.

BRUCKI, S. *et al.* Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 61, n. 3B, p. 777-781, set. 2003.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, Ana Maria. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013a.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M.; LABORATÓRIO DE PSICOLOGIA SOCIAL DA COMUNICAÇÃO E COGNIÇÃO. **Tutorial para o uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. Florianópolis: LACCOS/UFSC, 2013b. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>. Acesso em: 19 fev. 2022

CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense universitária, 2000.

CEPEDA-TRUJILLO, L. *et al.* Enfrentamento e adaptação de adultos com câncer: a arte do cuidado de enfermagem. **Aquichan**, Bogotá, v. 22, n. 1, e2217, março de 2022. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v22n1/2027-5374-aqui-22-01-e2217.pdf>. Acesso em 21 de julho de 2022.

CHAUFFAILLE, M. de L. L. F. Leucemia mieloide crônica: tratamento baseado em evidências. **Diagnóstico e tratamento/Associação Paulista de Medicina**, São Paulo, v. 14, n. 2, p.62-65, mar. 2009.

CHICK, N.; MELEIS, A. I. Transitions: a nursing concern. **Nurse research methodology**, Boulder, p. 237-257, 1986.

CHICK, N.; MELEIS, A. I. A nursing concern. *In*: MELEIS, A. I. **Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice**. New York: Springer Publishing Company, 2010. p. 24-37.

CORTES, J.; KANTARJIAN, H. Advanced-phase chronic myeloid leukemia. **Seminars in Hematology**, [S. l.], v. 40, n. 1, p. 79-86, 2003.

COSTA, A. I. S.; CHAVES, M. D. Dor em pacientes oncológicos sob tratamento quimioterápico. **Revista Dor**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 45-49, mar. 2012.

COSTA, V. G. de S.; RODRIGUES, B. M. R. D.; PACHECO, S. T. de A. As relações Interpessoais no cuidar do cliente em espaço onco-hematológico: uma contribuição do enfermeiro. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p.209-14, abr./jun. 2012.

DA SILVA, P. L. N. *et al.* O significado do câncer: percepção de pacientes. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, [S. l.], v. 7, n. 12, p. 6828-6833, out. 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/12345>. Acesso em: 08 jul. 2022.

DÖHNER, H. *et al.* Diagnosis and management of acute myeloid leukemia in adults: recommendations from an international expert panel, on behalf of the European Leukemia Net. **Blood**, Washington DC, v. 115, n. 3, p. 453-474, 21 jan. 2010.

FERLAY, J. *et al.* **Cancer today**. *In*: INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2020**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>. Acesso em: 01 out. 2020.

FERREIRA, M. de A. A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 59, n. 3, p. 327-330, jun. 2006.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

GALVÃO, V.; CASTRO, C. H. B. C. de; CONSOLARO, A. Mucosite severa em paciente com leucemia: uma abordagem terapêutica. **Revista de cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial**. Camaragibe, v.6, n.2, p. 35-40, abr./jun. 2006.

GIL, C. A. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2022.

GOBATTO, C. A.; ARAÚJO, T. C. C. F. de. Religiosidade e espiritualidade em oncologia: concepções de profissionais da saúde. **Psicologia USP**, São Paulo, , v. 24, n. 1, p. 11-34, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusp/a/sWyWyyrGw3HD63NDPwr3hvd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 jul. 2022.

GRIMMER, J.; STEWART, B.M. Text as Data: The Promise and Pitfalls of Automatic Content Analysis Methods for Political Texts. **Political Analysis**, Cambridge, p. 1-31, 22 jan. 2013.

GUIMARÃES, L. O. Caracterização de subpopulações de Leucemia Mieloide Aguda portadora do rearranjo MLL quanto à resposta diferencial ao tratamento em longo prazo com Citarabina. 2015. Tese (Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Genética) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

GUIMARÃES, R.C.R., GONÇALVES, R.P.F., LIMAS, C.A., TORRES, M.R., SILVA, C.S.O. Ações de enfermagem frente às reações à quimioterapia em pacientes oncológicos. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 2440-2452, abr./jun. 2015. .

HAMERSCHLAK, N. Leucemia: fatores prognósticos e genética. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 4, supl, p. S52-S57, ago. 2008.

HOFF, P. M. G.; DIZ, M. Del P. E.; TESTA, L. (editores). **Manual de condutas em oncologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. 4. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>. Acesso em: 01 out. 2020.

KAMI, M. T. M. *et al.* Trabalho no consultório na rua: uso do software IRAMUTEQ no apoio à pesquisa qualitativa. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, jul./set. 2016.

KLASTERSKY J. *et al.* Comitê de Diretrizes da ESMO. Manejo da neutropenia febril: Diretrizes de Prática Clínica da ESMO. **Annals of Oncology**, [S. l.], v. 27, suppl 5, p. v111-v118, 1 set. 2016.

- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2021.
- LAZARUS, R., FOLKMAN, S. **Stress appraisal and coping**. New York: Springer, 1984.
- LIMA, S. F. *et al.* Representações sociais sobre o câncer entre familiares de pacientes em tratamento oncológico. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 20, p. e967, 2016.
- MACÊDO, E. de L.; GOMES, E. T.; BEZERRA, S. M. M. da S. Esperança de mulheres em tratamento quimioterápico para o câncer de mama. **Cogitare Enfermagem**, [S. l.], v. 24, dez. 2019. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/65400>. Acesso em: 23 jul. 2022.
- MELEIS, A. I. *et al.* Experimentando transições: uma teoria emergente de médio alcance. **Advances in Nursing Science**, Philadelphia, v. 23, n. 3, p. 12-28, 2000.
- MELEIS, A. I. **Nursing theorists and their work**. 7. ed. Saint Louis: Mosby, 2009.
- MELEIS, A. I. **Transition Theory: Middle range and situation specific theory in nursing research and practice**. New York: Springer, 2010.
- MELEIS, A. I. **Theoretical nursing development & progress**. 5. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2012.
- MENICHETTI, F. Complicações infecciosas em pacientes com câncer neutropênico. **Estagiário Emergência Médica**, [S. l.], v. 5, supl 1, p. S21-S25, 2010.
- MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 34. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.
- MINAYO, M. C. de S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 01-12, abr. 2017.
- MOHALLEM, A.G.C.; RODRIGUES, A.B. **Enfermagem Oncológica**. Barueri: Manole, 2007.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10: Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 10. ed. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2017.
- PARGAMENT, K. I., MAGYAR-RUSSEL, G. M., MURRAY-SWANK, N. A. The sacred and the search for significance: Religion as a unique process. **Journal of Social Issues**, [S. l.], v. 61, n. 4, p. 665-687, 2005.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

SALVIATI, M. E. **Manual do Aplicativo Iramuteq**: versão 0.7 Alpha 2 e R Versão 3.2.3. Planaltina: [S. n.], mar. 2017.

SANTOS, E. *et al.* O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®. **Millenium**, Viseu, v. 49, n. 20, p. 153-171, jun./dez. 2015.

SCHUMACHER, K.L.; MELEIS, A.I. Transitions: a central concept in nursing. *In*: MELEIS, A.I. **Transitions theory**: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer. 2010. p.38-51.

SILVA, C. M. G. C. H. *et al.* Relação médico-paciente em oncologia: medos, angústias e habilidades comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza (CE). **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1457-1465, 2011.

SILVA, G. C. da. *et al.* Diagnóstico laboratorial das leucemias mielóides agudas. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 77-84, abr. 2006.

SILVA, P. de O. da; GORINI, M. I. P. C. Validação das características definidoras do diagnóstico de Enfermagem: fadiga no paciente oncológico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, p. 504-510, jun. 2012 .

SILVA, R. M. de O. **Especialização em enfermagem sob a forma de resistência**: experiência transicional na trajetória das egressas. 2013. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

SOUSA, R. M. de. **Telemonitoramento como tecnologia aliada ao cuidado de enfermagem ao paciente com doença onco-hematológica**. 2018. Tese (Doutorado em Ciências do Cuidado em Saúde) – Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Niterói, 2018.

SOUSA, R. M. de; ESPÍRITO SANTO, F. H. do; PINHEIRO, F. Tipologia do cuidado de enfermagem ao paciente onco-hematológico: um estudo de caso. **Revista Enfermagem Atual in Derme**, Rio de Janeiro, ed especial, 2017.

SOUSA, R. M. de; ESPÍRITO SANTO, F. H. do; COSTA, R. Hospitalization oncohematological client subsidies for nursing care. **Journal of Research Fundamental Care**, Rio de Janeiro, v. 4 n. 3, 2012.

SOUSA, R. M. *et al.* Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes onco-hematológicos: mapeamento cruzado. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 54-65, mar. 2015.

SOUSA, R. M. de *et al.* Elementos do cuidado de enfermagem aos pacientes onco-hematológicos: um estudo de caso. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 105-112, jan.-mar. 2019.

STONE, R. M.; O'DONNELL, M. R.; SEKERES, M. A. Acute myeloid leukemia. **Hematology, the ASH Education Program**, Washington DC, p. 98-117, 2004.

TALLMAN, M. S. Relevance of pathologic classifications and diagnosis of acute myeloid leukemia to clinical trials and clinical practice. **Cancer Research and Treatment**, Seoul, v. 121, p. 45-67, 2004.

TEFFERI, A. *et al.* Chronic myeloid leukemia: current application of cytogenetics and molecular testing for diagnosis and treatment. **Mayo Clinic Proceedings**, Rochester, v. 80, n. 3, p. 390-402, mar. 2005.

WAKIUCHI, J. *et al.* Esperança de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 202-208, maio-jun. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500035>. Acesso em: 14 jul. 2022.

WALTER, T. H. *et al.* 2002 Guidelines for the Use of Antimicrobial Agents in Neutropenic Patients with Cancer, **Clinical Infectious Diseases**, Chicago, v. 34, n. 6, p. 730-751, 15 mar. 2002.

ZANICHELLI, Maria Aparecida; COLTURATO, Vergilio R.; SOBRINHO, Jairo. Indicações em transplante de células-tronco hematopoéticas em pacientes adultos com leucemia linfóide aguda. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São Paulo, v. 32, supl. 1, p. 54-60, maio 2010.

APÊNDICE A – Carta de anuência do serviço

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
COMPLEXO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS**

Salvador-BA, 09 de março de 2021.

Ilm^o Dr. Pablo De Moura Santos
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Complexo Hospitalar Prof. Edgard Santos- UFBA

Assunto: Carta de anuência do serviço

Prezado(a),

Pela presente, informo que estou de acordo com a coleta de dados a ser realizada no setor de Onco-Hematologia, sediado no **Complexo Hospitalar Prof. Edgard Santos**, em que o setor tem plenas condições para a realização do procedimento, logo após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo- HUPES. Projeto de pesquisa intitulado "**Primeira Hospitalização em uma Unidade de Onco-Hematologia: Vivências de Pacientes no Processo de Transição**", pesquisador responsável Leonardo Correia Santana Decanio, orientadora Dr^a Juliana Bezerra do Amaral e co-orientadora Dr^a Maria Carolina Ortiz Whitaker. A equipe é constituída pelo pesquisador, orientadora e co-orientadora.

De acordo,



Dr. Carlos Frederico Benevides
Oncologista
CRM-BA 24318
Carlos Frederico Lopes Benevides

Chefe da Unidade de Onco-Hematologia do HUPES

Rua Augusto Viana s/n^o, Canela CEP - 40110-060
Salvador/BA - www.hupes.ebserh.gov.br

APÊNCIDE B – Instrumento de coleta de dados



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

Título do Projeto: Primeira Hospitalização em uma Unidade de Onco-Hematologia: vivências de pacientes no processo de transição

Nº DE ORDEM:

Data: / /	Duração:	Iniciais do Entrevistado:
Local:		

1 - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1.1	Sexo: Homem: 01 Mulher: 02	SEX:
1.2	Qual sua naturalidade?	NAT: RMS <input type="checkbox"/> INT <input type="checkbox"/>
1.3	Qual a sua procedência?	PRO: RMS <input type="checkbox"/> INT <input type="checkbox"/>
1.4	Qual a data de seu nascimento?	NASC _/_/___
1.5	O (A) senhor (a) se considera de que raça/cor? Branco: 01 Negro: 02 Pardo: 03 Amarelo: 04	RAS: <input type="checkbox"/>
1.6	Qual seu estado Civil: Solteiro 01 Casado ou Mora Junto 02 Divorciado ou separado: 03 Viúvo: 04	ESC: <input type="checkbox"/>
1.7	Renda Familiar Mensal	
1.8	Qual a sua profissão/ofício?	
1.9	Por quanto tempo o(a) senhor (a) estudou?	ESC: <input type="checkbox"/>
1.10	Tem quantos filhos? Quantos?	FIL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1.11	Quantas pessoas moram no seu Domicílio?	PES: <input type="checkbox"/>
1.12	O (A) senhor (a) se considera de que religião? Católico: 01 Protestante: 02 Espírita: 03 Matriz Africana: 04 Não tem: 05 Outra: 06	REL: <input type="checkbox"/>

2 - DADOS DE SAÚDE E ADOECIMENTO

2.1	Data do diagnóstico:
-----	----------------------

2.2	Outras doenças crônicas?	
2.3	Tempo de hospitalização na UOH:	
3 – VIVÊNCIAS		
3.1	COMO ERA SUA VIDA ANTES DA HOSPITALIZAÇÃO?	
3.2	COMO O SR/SR ^a VIVENCIA ESSE MOMENTO?	
3.3	CONTE-ME COMO ESTÁ SENDO A SUA HOSPITALIZAÇÃO	
	CONTE-ME UM POUCO MAIS SOBRE:	
3.4	A chegada na Unidade de Onco-hematologia	A conversa com a família
	Como percebeu o ambiente	O início da quimioterapia
	A ação dos profissionais de saúde	O sono
	A conversa com o médico sobre o diagnóstico	Os medos
3.5	QUAIS OS SEUS PLANOS PARA O FUTURO?	

APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA ESCOLA DE ENFERMAGEM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

Nº DE ORDEM:

INFORMAÇÕES AO PARTICIPANTE

O (a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar voluntariamente de um estudo intitulado “**Primeira Hospitalização em uma Unidade de Onco-Hematologia: Vivências de pacientes no Processo de Transição**”, que é de autoria do aluno do curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Área de Concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, Linha de Pesquisa: Cuidado na promoção à saúde, prevenção, controle e reabilitação de agravos em grupos humanos, Leonardo Correia Santana Decanio, orientado pela Profa. Dra. Juliana Bezerra do Amaral e coorientado pela Profa. Dra. Maria Carolina Ortiz. Tem como objetivo geral: Compreender o processo de transição vivenciado pelos pacientes onco-hematológicos durante a primeira hospitalização, a partir da Teoria das Transições de Afaf Meleis, e como objetivos específicos: caracterizar os pacientes onco-hematológicos, hospitalizados, em Unidade de Onco-hematologia; apreender as vivências no processo de transição dos pacientes onco-hematológicos, na primeira hospitalização; identificar a natureza, os condicionantes e os padrões de resposta das transições dos pacientes onco-hematológicos, durante a primeira hospitalização na Unidade de Onco-hematologia, de acordo a Teoria de Meleis.

Realizaremos entrevistas como forma de coleta de dados. As entrevistas serão realizadas em local reservado, sem a presença de outras pessoas, evitando assim lhe expor a constrangimentos e garantindo o sigilo e anonimato das informações. Caso concorde em participar, sua entrevista será gravada, mas a sua participação será mantida em sigilo e as informações serão usadas especificamente para a construção da dissertação resultante deste projeto, para publicações de artigos científicos e possíveis pesquisas futuras, sem haver, contudo, divulgação de informações que permitam a sua identificação. Os dados resultantes desta pesquisa serão guardados pelo pesquisador passando a constituir seus arquivos e não serão destruídos. Será assegurando o conforto, privacidade, integridade e segurança. Considerando o cenário atual de pandemia, e as orientações do Ministério da Saúde/ Anvisa para prevenção e vigilância epidemiológica das infecções por SARS-CoV-2 (COVID-19) dentro dos serviços de saúde, será assegurado aos participantes do estudo o uso de máscara e o distanciamento social mínimo de 1 metro.

Tem como possibilidades de risco e desconforto a possibilidade de lembranças desagradáveis sobre a doença e a internação, além de possível constrangimento em responder algumas perguntas. Assim, caso o (a) senhor(a) sinta algum desconforto, a

entrevista será interrompida, serão acionados os serviços de enfermagem e de psicologia hospitalar para o oferecimento do suporte necessário. O pesquisador permanecerá ao seu lado pelo tempo que for necessário.

Tem como possibilidade de benefícios a melhoria da assistência de enfermagem às pessoas com adoecimento onco-hematológico, no sentido de considerar o processo de transição no primeiro internamento, com suas características singulares, da condição aguda e crônica das neoplasias hematológicas, do estigma do câncer e do contexto social onde estão inseridas.

O (a) senhor(a) poderá sair deste estudo a qualquer momento, caso decida, sem nenhum prejuízo para a continuidade da assistência no hospital. Os (as) pesquisadores (as) e os participantes não serão remunerados para a realização do estudo. Antes de concordar em participar desta pesquisa, é importante que o (a) senhor (a) leia atentamente este documento.

Estaremos disponíveis para qualquer esclarecimento de suas dúvidas. Os critérios de inclusão neste estudo são: ter mais de dezoito anos; ter diagnóstico médico de neoplasia hematológica e estar na primeira hospitalização no serviço de onco-hematologia de um hospital público de ensino localizado em Salvador – BA. Os critérios de exclusão são: ser portador de déficit intelectual e/ou comunicação; ter diagnóstico médico de deficiência mental.

Em presença de qualquer dúvida ou intercorrências que surjam no transcórrer deste estudo o (a) Senhor(a) poderá entrar em contato com o pesquisador através do telefone (71) 98651-8321; do e-mail: leonardocorreias@gmail.com; ou entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar Universitário Prof. Edgard Santos CEP/HUPES, através do telefone (71) 3283-8043 ou e-mail: cep.hupes@ebserh.gov.br, localizado à Dr. Rua Augusto Viana, S/N, CEP: 40110-060, Canela, Salvador – Bahia.

Caso concorde, pedimos que assine este documento em duas vias, sendo uma do participante e a outra, do pesquisador.

Salvador – Bahia, ____ / ____ /2021.

Assinatura do pesquisador

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, _____ fui procurado pelo pesquisador Leonardo Correia Santana Decanio, autor do projeto de pesquisa “**Primeira hospitalização em uma Unidade de Onco-Hematologia: Vivências de pacientes no Processo de Transição**”, entendi que os critérios de inclusão neste estudo são: ter mais de dezoito anos; ter diagnóstico médico de neoplasia hematológica e estar na primeira hospitalização no serviço de onco-hematologia de um hospital público de ensino localizado em Salvador – BA. Os critérios de exclusão são: ser portador de déficit intelectual e/ou comunicação; ter diagnóstico médico de deficiência mental.

Entendi que minha participação é voluntária e será mantida em sigilo; compreendi que estarei contribuindo para a melhoria da assistência de enfermagem aos pacientes onco-hematológicos, no sentido de considerar o processo de transição, com suas características singulares provenientes do processo de adoecimento, da condição crônica das neoplasias hematológicas, do estigma do câncer e do contexto social onde estamos inseridos. Fui assegurado durante a entrevista o conforto, privacidade, integridade e segurança, bem como o uso de máscara cirúrgica tripla descartável e o distanciamento social preconizado de 1 metro, conforme as orientações do Ministério da Saúde/ Anvisa, para prevenção e vigilância epidemiológica das infecções por SARS-CoV-2 (COVID-19) dentro dos serviços de saúde.


Estou esclarecido de que minha recusa em participar do estudo, ou minha desistência no decorrer da pesquisa, não afetará a qualidade da atenção, da disponibilidade de assistência que venho recebendo ou que poderei vir a precisar e que não serei constrangido ou coagido a nele permanecer. Em presença de qualquer dúvida ou intercorrências que surjam no transcorrer deste estudo, poderei entrar em contato com o pesquisador através do telefone (71) 98651-8321; do e-mail: leonardocorreias@gmail.com; ou entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar Universitário Prof. Edgard Santos CEP/HUPES, através do telefone (71) 3283-8043 ou e-mail: cep.hupes@ebserh.gov.br, localizado à Dr. Rua Augusto Viana, S/N, CEP: 40110-060, Canela, Salvador – Bahia.

Salvador – Bahia, ____ / ____ /2021.

Assinatura do Participante

Polegar
Assinatura Datiloscópica

ANEXO 1 – Parecer de aprovação do comitê de ética

UFBA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO PROF.
EDGARD SANTOS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA  HUPES/UFBA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRIMEIRA HOSPITALIZAÇÃO EM UMA UNIDADE DE ONCO-HEMATOLOGIA: VIVÊNCIAS DE PACIENTES NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO

Pesquisador: Leonardo Correia Santana Decanio

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 44705321.5.0000.0049

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.708.485

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza descritiva e exploratória, tendo como aporte teórico a Teoria das Transições.

O estudo das vivências dos pacientes no processo de transição durante a primeira hospitalização vislumbra contribuir para a ampliação dos estudos da Enfermagem voltados ao cuidado ao paciente oncohematológico, assim como a aplicação da Teoria das transições. Acredita-se que ouvir os pacientes oncohematológicos partes diretamente envolvidas e receptoras do cuidado pode contribuir com reflexões que melhor direcionem as práticas da enfermagem no sentido de considerar a realidade dessa população com suas características singulares provenientes do processo de adoecimento, condição e especificidades das doenças neoplásicas hematológicas, do estigma do câncer, e do contexto social em que estão inseridas. A relevância deste estudo prende-se com o fato de ser necessário que os enfermeiros e enfermeiras entendam o processo de transição na perspectiva de quem o vivencia. Os(as) enfermeiros(as) assumem um papel central na recolha de dados, o que lhes permite reconhecer o sentido da transição. Frente ao reconhecimento de estados de vulnerabilidade, que potenciem processos de transição desajustados, cabe aos enfermeiros e enfermeiras orientar a pessoa em direção a uma transição bem sucedida, que apoie os

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar

Bairro: Canela

CEP: 40.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-8043

Fax: (71)3283-8140

E-mail: cep.hupes@ebserh.gov.br

UFBA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO PROF.
EDGARD SANTOS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA & HUPES/UFBA



Continuação do Parecer: 4.708.485

desafios e minimize as fragilidades

Objetivo da Pesquisa:

Segundo o pesquisador:

Objetivo Primário:

Compreender o processo de transição vivenciado pelos pacientes onco-hematológicos durante a primeira hospitalização, a partir da Teoria das Transições de Afaf Meleis;

Objetivo Secundário:

- Caracterizar os pacientes onco-hematológicos, hospitalizados, em unidade de Onco-hematologia;
- Aprender as vivências no processo de transição dos pacientes onco-hematológicos, na primeira hospitalização;
- Identificar a natureza, os condicionantes e os padrões de resposta das transições dos pacientes oncohematológicos, durante a primeira hospitalização na unidade de Onco-hematologia, de acordo a Teoria de Meleis.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo o pesquisador:

Riscos:

A pesquisa terá como possibilidade de riscos a geração de desconfortos para os participantes ao rememorarem as experiências vivenciadas com o adoecimento e a hospitalização na Unidade de Oncohematologia, bem como o possível constrangimento em responder algumas perguntas. Cabe destacar que, os pacientes hospitalizados no serviço onde ocorrerão as entrevistas, são acompanhados durante todo internamento pelo serviço de psicologia, constituído por duas psicólogas. Assim, caso o participante sinta algum desconforto, a entrevista será interrompida, serão acionados os serviços de enfermagem e de psicologia hospitalar para o oferecimento do suporte necessário. O pesquisador permanecerá ao lado do participante pelo tempo que for necessário. Será garantida aos participantes a realização das entrevistas em local reservado, podendo ser no próprio leito do hospital (caso o participante esteja hospitalizado em leito

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-8043 **Fax:** (71)3283-8140 **E-mail:** cep.hupes@ebserh.gov.br

**UFBA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO PROF.
EDGARD SANTOS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA & HUPES/UFBA**



Continuação do Parecer: 4.708.485

individual), espaço reservado e preparado na enfermaria (numa varanda ou sala) ou outro espaço sugerido pelo paciente, evitando-se, contudo, a presença de outras pessoas no recinto e garantindo a segurança e integridade do mesmo. Em se tratando de segurança dos participantes, cabe ressaltar que considerando o cenário atual de pandemia pelo novo coronavírus, e as orientações para prevenção e vigilância epidemiológica das infecções por SARS-CoV-2 (COVID-19) dentro dos serviços de saúde, será assegurado aos participantes do estudo o uso de máscara cirúrgica tripla descartável e o distanciamento social mínimo de 1 metro (BRASIL, 2020d) e por todo o período da coleta e contato com a instituição, o pesquisador estará em uso de máscara PFF2/N95 e uso de álcool gel. O anonimato será garantido mediante a não divulgação de nomes ou dados que possam identificar os participantes. Para a identificação das entrevistas, serão utilizados números arábicos, conforme a ordem da realização. Além disso, será garantido aos participantes o sigilo das informações, e que os dados coletados só serão utilizados para elaboração da dissertação e de artigos para divulgação científica, entretanto, sem expô-los de modo a afetar sua imagem. Será também garantido o direito de recusar ou suspender a sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para si.

Benefícios:

O estudo das vivências dos pacientes no processo de transição durante a primeira hospitalização vislumbra contribuir para a ampliação dos estudos da Enfermagem voltados ao cuidado ao paciente oncohematológico, assim como a aplicação da Teoria das Transições. Acredita-se que ouvir os pacientes oncohematológicos – partes diretamente envolvidas e receptoras do cuidado – pode contribuir com reflexões que melhor direcionem as práticas da enfermagem no sentido de considerar a realidade dessa população com suas características singulares provenientes do processo de adoecimento, condição e especificidades das doenças neoplásicas hematológicas, do estigma do câncer, e do contexto social em que estão inseridas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide conclusões.

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar	
Bairro: Canela	CEP: 40.110-060
UF: BA	Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-8043	Fax: (71)3283-8140
E-mail: cep.hupes@ebserh.gov.br	

UFBA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO PROF.
EDGARD SANTOS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA & HUPES/UFBA



Continuação do Parecer: 4.708.485

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide conclusões.

Recomendações:

Vide conclusões.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise da documentação apresentada e da correção da pendência apontada no parecer 4.698.425, de acordo com a Resolução nº 466/2012, dá-se o projeto por aprovado.

O cronograma foi atualizado. Pendência Atendida.

Considerações Finais a critério do CEP:

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12) e deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, completamente assinado.

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em ____/____/____ e ao término do estudo.

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-8043 **Fax:** (71)3283-8140 **E-mail:** cep.hupes@ebserh.gov.br

UFBA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO PROF.
EDGARD SANTOS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA & HUPES/UFBA



Continuação do Parecer: 4.708.485

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide conclusões.

Recomendações:

Vide conclusões.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise da documentação apresentada e da correção da pendência apontada no parecer 4.698.425, de acordo com a Resolução nº 466/2012, dá-se o projeto por aprovado.

O cronograma foi atualizado. Pendência Atendida.

Considerações Finais a critério do CEP:

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12) e deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, completamente assinado.

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em ____/____/____ e ao término do estudo.

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar	
Bairro: Canela	CEP: 40.110-060
UF: BA	Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-8043	Fax: (71)3283-8140
	E-mail: cep.hupes@ebserh.gov.br