

Universidade Federal do Rio Janeiro
Centro de Ciências da Saúde
Escola de Enfermagem Anna Nery
Departamento de Metodologia da Enfermagem
Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional em
Enfermagem - GESPEN

**A gerência do cuidado de enfermagem a paciente com câncer de mama
avançado em quimioterapia paliativa**

Juliana Dias Cirilo

Rio de Janeiro
2015

**A gerência do cuidado de enfermagem a paciente com câncer de mama avançado
em quimioterapia paliativa**

Juliana Dias Cirilo

Dissertação de Mestrado apreciada em banca pelo Programa de Pós-graduação em enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional da Enfermagem - GESPEN

Orientadora

Prof. Dr^a Marcelle Miranda da Silva

Rio de Janeiro

2015

Resumo

Dentre os diversos tipos de câncer, o câncer da mama é o que mais acomete as mulheres em todo o mundo. Apesar de existirem diversas modalidades de tratamento para o câncer de mama, muitos casos apresentam-se como fora de possibilidades terapêuticas atuais para a cura. Sendo assim, quando a cura já não puder ser alcançada, a quimioterapia paliativa pode ser utilizada como opção terapêutica. No entanto, o uso desnecessário da quimioterapia pode piorar a qualidade de vida da mulher, devido às toxicidades relacionadas ao tratamento. Desta forma, diante da decisão em realizar a quimioterapia paliativa, deve-se atentar para as necessidades de cuidado que a paciente pode apresentar no decorrer do tratamento. A adequada gerência do cuidado de enfermagem facilita o atendimento destas necessidades, e a consulta de enfermagem é uma estratégia eficaz nesse processo, pois possibilita a aproximação e estabelece uma relação interpessoal de ajuda. Em assim sendo, o estudo tem como objeto: a gerência do cuidado de enfermagem a paciente com câncer de mama avançado em quimioterapia paliativa no contexto ambulatorial. Foram objetivos do estudo: compreender a visão dos enfermeiros acerca da gerência do cuidado de enfermagem a paciente com câncer de mama avançado em quimioterapia paliativa; analisar a gerência do cuidado de enfermagem a paciente com câncer de mama avançado em quimioterapia paliativa no contexto ambulatorial; e construir uma matriz teórica explicativa da gerência do cuidado de enfermagem que retrate esta realidade. Estudo exploratório com abordagem qualitativa que teve como participantes oito enfermeiras e dez pacientes do ambulatório de quimioterapia do Hospital do Câncer III, uma das unidades do Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, Brasil. Para a coleta de dados foi utilizada a técnica da entrevista semiestruturada. O estudo foi viabilizado por meio da utilização do referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). No decorrer dos processos de codificações inerentes à TFD, os dados empíricos obtidos nas entrevistas geraram códigos preliminares, caracterizando a codificação aberta. O agrupamento de tais códigos a partir das comparações contínuas originou os códigos conceituais, que por sua vez, foram avaliados e designados em subcategorias ou categorias, correspondendo à fase de codificação axial. Na codificação axial emergiram cinco categorias relevantes para o estudo, a saber: Gerenciando o cuidado no momento da consulta de enfermagem; Apontando as dificuldades na realização da gerência do cuidado de enfermagem; Evidenciando as particularidades da vivência/experiência no tratamento quimioterápico do câncer de mama; Elencando estratégias administrativas para melhor gerenciar o cuidado; e Refletindo sobre questões complexas relacionadas à situação do câncer avançado e à atuação profissional. Revelou-se o seguinte fenômeno central: os enfermeiros gerenciam o cuidado a mulher com câncer de mama avançado em quimioterapia paliativa empregando etapas do processo de enfermagem, especialmente, no momento da consulta de enfermagem, que é guiada pelas necessidades desta, considerando peculiaridades da doença e da proposta de tratamento, assumindo assim alguns preceitos dos cuidados paliativos, e enfrentando problemas

relacionais, conceituais e estruturais. Com o estudo preencheu-se parte da lacuna de conhecimento da literatura nacional, sugerindo, a partir dos dados da pesquisa, um olhar mais apurado quanto às reais necessidades da mulher para que sua qualidade de vida não deixe de ser uma prioridade.

Descritores: Enfermagem Oncológica, Câncer de Mama, Antineoplásicos e Gerência.

Palavra-chave: Quimioterapia Paliativa

Abstract

Among the various types of cancer, breast cancer is the one that most commonly affects women in the whole world. Although there are different types of treatment for breast cancer, many cases are presented as out of current therapeutic possibilities for healing. Palliative chemotherapy can be used as an additional resource for control of advanced disease, with the possibility of favorable responses regarding the promotion of comfort and the patient's quality of life; however, its unnecessary use can worsen her condition due to unwanted toxicities and adverse reactions related to the treatment. Following the decision to use the palliative chemotherapy, attention should be paid to the care needs that the patient may present during treatment, and the nurse has an important role to manage care. The management of nursing care, when performed properly, considering the individual, integral and humanized approach, facilitates meeting the needs of patients. That being so, the study has the object: the management of the patient nursing care with advanced breast cancer in palliative chemotherapy in the outpatient setting. The objectives of the study were: understanding the view of nurses about the nursing care management to the patient with advanced breast cancer in palliative chemotherapy; analyze the management of the nursing care to the patient with advanced breast cancer in palliative chemotherapy in the outpatient setting; and build an explanatory theoretical framework of nursing care management that portrays this reality. Exploratory qualitative study that was attended by eight nurses and ten patients in the chemotherapy clinic of the Cancer Hospital III, one of the units of the National Cancer Institute, Rio de Janeiro, Brazil. For data collection was used the technique of semi-structured interview. The study was made possible through the use of the methodological framework of Grounded Theory (GT). Over the encodings processes involved in GT, the empirical data obtained in preliminary interviews generated codes, featuring open coding. The grouping of such codes from the continuous comparisons originated the conceptual codes, which in turn, were assessed and designated in subcategories or categories, corresponding to the axial coding phase. In axial coding were five categories relevant to the study, namely: Managing care when nursing consultation; Pointing out the difficulties in carrying out nursing care management; Showing the particularities of experience / expertise in the

chemotherapy treatment of breast cancer; Listing administrative strategies to better manage care; and Reflecting on complex issues related to advanced cancer situation and professional performance. The following central phenomenon was revealed: nurses manage the care of women with advanced breast cancer in palliative chemotherapy employing steps of the nursing process, especially when nursing consultation, which is guided by her needs, considering peculiarities of the disease and the proposed treatment, thus taking some principles of palliative care, and facing relational, conceptual and structural problems. With the study was filled part of the national literature knowledge gap, suggesting, from the survey data, a more refined look as to the real needs of women to ensure the quality of life as a priority.

Descriptor: Oncology Nursing, Breast neoplasms, Antineoplastic agents and Management.

Keyword: Palliative Chemotherapy

Resumen

Entre los diversos tipos de cáncer, el cáncer de mama es lo que afecta más comúnmente a las mujeres en todo el mundo. Aunque hay diferentes tipos de tratamiento para el cáncer de mama, muchos casos se presentan como fuera de posibilidades terapéuticas actuales para la curación. La quimioterapia paliativa puede ser utilizada como un recurso adicional para el control de la enfermedad avanzada, con la posibilidad de respuestas favorables con respecto a la promoción de la comodidad y la calidad de vida del paciente, sin embargo, su uso innecesario puede empeorar su condición debido a toxicidades no deseadas y las reacciones adversas relacionadas con el tratamiento. Después de la decisión de utilizar la quimioterapia paliativa, se debe prestar atención a las necesidades de cuidado que el paciente puede presentar durante el tratamiento, y la enfermera tiene un papel importante para manejar el cuidado. La gerencia del cuidado de enfermería, cuando se realiza correctamente, teniendo en cuenta la persona, enfoque integral y humanizada, facilita la satisfacción de las necesidades de los pacientes. Siendo esto así, el estudio tiene como objeto: la gerencia del cuidado de enfermería a la paciente con cáncer de mama avanzado en quimioterapia paliativa en el ámbito del ambulatorio. Los objetivos fueron: comprender la visión de los enfermeros sobre la gerencia del cuidado de enfermería de las pacientes con cáncer de mama avanzado en quimioterapia paliativa; analizar la gerencia del cuidado de enfermería de las pacientes con cáncer de mama avanzado en quimioterapia paliativa en el ámbito del ambulatorio; y construir un marco teórico explicativo de la gerencia del cuidado de enfermería que retrata esta realidad. Estudio cualitativo exploratorio que asistieron ocho enfermeras y diez pacientes en la clínica de quimioterapia del Hospital de Cáncer III, una de las unidades del Instituto Nacional do Câncer, Rio de Janeiro, Brasil. Para la recolección de datos se utilizó la técnica de entrevista semi-estructurada. Se hizo posible el estudio a través de la utilización del marco metodológico de la Grounded Theory (GT). Durante los procesos de codificaciones que participan en GT, los datos empíricos obtenidos en las entrevistas preliminares generan códigos, con la codificación abierta. El grupo de tales códigos de las comparaciones continuas originó los códigos conceptuales, que a su vez, fueron evaluados y designados en subcategorías o categorías, correspondientes a la fase

de codificación axial. En la codificación axial había cinco categorías relevantes para el estudio, a saber: la gestión del cuidado al amamantar a consulta; Al señalar las dificultades para llevar a cabo la gestión de los cuidados de enfermería; Mostrando los detalles de la experiencia/ conocimientos en la quimioterapia del cáncer de mama; Elencando estrategias administrativas para gestionar mejor el cuidado; y reflexionar sobre temas complejos relacionados con la situación de cáncer avanzado y desempeño profesional. Fue revelado el siguiente fenómeno central: enfermeras administran el cuidado a las mujeres con cáncer de mama avanzado en quimioterapia empleando medidas paliativas del proceso de enfermería, sobre todo al amamentar a consulta de enfermería, que se guía por las necesidades de este, teniendo en cuenta las peculiaridades de la enfermedad y el tratamiento propuesto, teniendo por lo tanto algunos de los principios de los cuidados paliativos, y frente a los problemas de relación, conceptuales y estructurales. Con el estudio se completó una parte de la brecha de la literatura de conocimiento nacional, lo que sugiere, a partir de los datos de la encuesta, una mirada más precisa en cuanto a las necesidades reales de las mujeres por lo que su calidad de vida sea seguro que será una prioridad.

Descriptores: Enfermería Oncológica, Neoplasias de la Mama, Antineoplásicos y Gerencia

Palabra clave: Quimioterapia Paliativa

LISTA DE QUADROS

1. Quadro 01 - Valorizando a consulta de enfermagem	35
2. Quadro 02 - Aplicando o processo de enfermagem	40
3. Quadro 03 – Destacando a importância da comunicação	47
4. Quadro 04 – Cuidando integralmente em busca da autonomia da paciente	50
5. Quadro 05 – Apresentando a situação do câncer	53
6. Quadro 06 - Relatando os déficits no serviço	56
7. Quadro 07 – Relatando problemas diários no fluxo de atendimento	58
8. Quadro 08 - Enfrentando dificuldades emocionais para lidar com este perfil de clientela	61
9. Quadro 09 - Balanceando os riscos e benefícios da quimioterapia paliativa..	66
10. Quadro 10 - Reconhecendo fatores relacionados à fase da doença que demandam necessidades	69
11. Quadro 11 - Ponderando os aspectos positivos e negativos da presença do acompanhante	72
12. Quadro 12 - Não deixando de cultivar a esperança e a fé	75
13. Quadro 13 - Organizando o ambiente e os recursos	78
14. Quadro 14 - Redistribuindo tarefas: maior participação dos técnicos de enfermagem e dos secretários	81
15. Quadro 15 - Realizando uma triagem para confirmar a condição da paciente receber a quimioterapia naquele dia	83
16. Quadro 16 - Considerando ser necessária a maior integração com a unidade de cuidados paliativos	87

LISTA DE DIAGRAMAS

1. **Diagrama 01** - Gerenciando o cuidado no momento
da consulta de enfermagem 33
2. **Diagrama 02** - Apontando as dificuldades na realização
da gerência do cuidado de enfermagem 52
3. **Diagrama 03** – Evidenciando as peculiaridades
da quimioterapia paliativa no câncer de mama 63
4. **Diagrama 04** – Elencando estratégias administrativas
para melhor gerenciar o cuidado 77
5. **Diagrama 05** – Refletindo sobre questões complexas relacionadas à
situação do câncer avançado e à atuação profissional 85

Sumário

APRESENTAÇÃO.....	11
1. CAPÍTULO I	12
1.1 APRESENTANDO AS CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	12
1.2 Justificativa do estudo	16
1.3 Contribuições do estudo.....	19
2. CAPÍTULO II	20
2.1. BASES CONCEITUAIS	20
2.1.1- Câncer de mama.....	20
2.1.2- Quimioterapia paliativa.....	21
2.1.3- Gerência do cuidado de enfermagem	22
3. CAPÍTULO III	24
3.1. MÉTODO.....	24
3.1.1- Tipo de estudo	24
3.1.2- Participantes do estudo.....	24
3.1.3- Procedimentos para captação dos participantes.....	25
3.1.4- Cenário da coleta de dados	25
3.1.5- Técnica para coleta de dados	26
3.1.6- Análise dos dados – Referencial Metodológico.....	27
3.1.7- Aspectos éticos	29
4. CAPÍTULO IV	31
4.1. Apresentando os resultados.....	31
4.1.1. Caracterizando o perfil dos enfermeiros e das pacientes.....	31
4.1.2. Apresentando os resultados obtidos no processo de codificação dos dados dos dois grupos amostrais	31
5. CAPÍTULO V	88
5.1. Aplicando o modelo paradigmático	88
6. CAPÍTULO VI.....	91
6.1. Realizando a discussão com base na revisão de literatura.....	91
7. CAPÍTULO VII.....	111
7.1. Expondo as limitações do estudo.....	111
7.2. Apresentando as conclusões finais	111

REFERÊNCIAS.....	115
APÊNDICE A.....	124
APÊNDICE B.....	125
APÊNDICE C	126
APÊNDICE D	127
ANEXO A	132
ANEXO B	135

APRESENTAÇÃO

A realidade empírica observada por mim no decorrer do estágio curricular do curso de graduação em enfermagem, descrita e analisada ao desenvolver o trabalho de conclusão de curso (TCC), relacionou aspectos que envolvem a atuação do enfermeiro no contexto do ambulatório de quimioterapia de um hospital universitário (CIRILO, 2013; SILVA & CIRILO, 2014). Dentre os aspectos, destaca-se a importância do enfermeiro desenvolver a prática sistematizada, de modo a contribuir para o manejo das principais intercorrências clínicas na administração de quimioterapia, bem como para minimizar os danos decorrentes.

Além disso, ao aumentar a aproximação com o contexto do ambulatório de quimioterapia, sendo campo de coleta de dados para a pesquisa do TCC, foi possível observar que muitos pacientes realizam a quimioterapia com a proposta de tratamento paliativo. Isso despertou o interesse em investigar como se dá a gerência do cuidado de enfermagem ao paciente acometido por câncer avançado em quimioterapia paliativa.

Ao longo do desenvolvimento do projeto do mestrado, minha bisavó descobriu um nódulo na mama, que logo veio a ser diagnosticado como câncer, já localmente avançado para linfonodos axilares. Esta situação serviu como mais um delineamento da dissertação, despertando o interesse em investigar a gerência do cuidado da enfermagem a paciente com câncer de mama avançado.

CAPÍTULO I

1.1 APRESENTANDO AS CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O câncer é responsável por mais de 12% de todas as causas de óbito no mundo; mais de 07 milhões de pessoas morrem em decorrência da doença anualmente. Como a esperança de vida tem melhorado gradativamente, a incidência de câncer, estimada em 2002 em 11 milhões de casos novos, alcançará mais de 15 milhões em 2020, de acordo com a União Internacional Contra o Câncer (UICC, 2005).

Segundo a publicação do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) relativa à estimativa do câncer no Brasil, os dados para o ano de 2014, válidos também para 2015, apontam a ocorrência de aproximadamente 576 mil novos casos da doença, incluindo o câncer de pele não melanoma (BRASIL, 2014).

O câncer constitui-se, assim, como um problema de saúde pública para o mundo desenvolvido e também para as nações em desenvolvimento e subdesenvolvidas, nas quais a soma de casos novos diagnosticados a cada ano atinge 50% do total observado nos cinco continentes, como registrou em 2002 a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2002).

Dentre os diversos tipos de câncer, o câncer da mama é o que mais acomete as mulheres em todo o mundo. Aproximadamente 1,4 milhões de casos incidentes dessa neoplasia foram esperados para o ano de 2008 no mundo, o que representa 23% de todos os tipos de câncer. Em 2014 foram esperados 57.120 novos casos de câncer da mama no Brasil, com um risco estimado de 56,09 casos a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2014).

Apesar de existirem diversas modalidades de tratamento para o câncer de mama, muitos casos apresentam-se como fora de possibilidades terapêuticas atuais para a cura, seja no momento do primeiro diagnóstico; ao longo do tratamento diante da refratariedade às medidas terapêuticas instituídas; ou nos casos de recidiva com metástase, quando se indica a implementação de cuidado paliativo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em conceito definido em 1990 e atualizado em 2002, o cuidado paliativo compreende uma abordagem multidisciplinar, que visa à melhoria da qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias, diante de uma

doença que ameace a vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (WHO, 2002).

De acordo com a American Cancer Society (2007), citado por Ortiz (2011), 50% dos pacientes com câncer não se curam de sua doença. Entretanto, os avanços terapêuticos atuais são capazes de proporcionar um aumento da sobrevida destes, prolongando o gerenciamento dos casos exclusivamente pelas equipes da oncologia, sem que haja uma integração precoce com a equipe de cuidados paliativos. Contudo, deve ser considerada a capacidade de tais medidas em proporcionar alívio de sintomas, de modo que não haja prejuízo à qualidade de vida dos pacientes.

Atualmente, alguns autores tem discutido acerca do uso da quimioterapia paliativa como mais um recurso para controle da doença avançada, com possibilidade de respostas favoráveis no que tange à promoção do conforto e da qualidade de vida ao paciente (BROWNER & CARDUCCI, 2005; SCHONWETTER et al, 2006; GONÇALVES & GOYANES, 2008; SALZ & BREWER, 2009; ORTIZ, 2011; KADAKIA et al, 2012; TERENCE, LITA & CHUN, 2012).

No entanto, o uso desnecessário da quimioterapia pode piorar a qualidade de vida do paciente, devido às indesejáveis toxicidades e reações adversas relacionadas ao tratamento. Por este motivo, a utilização de um tratamento oncológico ativo deve depender de alguns fatores, tais como citam Terence, Lita e Chun (2012): alguns atributos do paciente, como idade, sexo, raça, altura, peso e índice de massa corporal (IMC); características do tumor, como local do tumor primário, presença de metástases e sua localização; características do tratamento, como drogas quimioterápicas administradas, radioterapia prévia, ciclo da terapia e presença de reações adversas; alguns atributos clínicos como presença de comorbidades e a ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) ou Performance Status (PS), que são escalas e critérios utilizados por médicos e pesquisadores para saber o quanto a doença do paciente está progredindo, como essa doença afeta as atividades de vida diárias do paciente e determinar o prognóstico e tratamento apropriado (ECOG, 2006); além de alguns critérios laboratoriais, como níveis de uréia, creatinina, albumina e hemoglobina, contagem de plaquetas, hemácias, leucócitos e neutrófilos, dentre outros.

É difícil dizer com exatidão quando um paciente com câncer avançado está no fim de sua vida. Assim, a avaliação de tais fatores pode auxiliar na previsão de sobrevida antes do início da quimioterapia paliativa, podendo ajudar a equipe de saúde a tomar decisões informadas sobre os cuidados mais adequados para os seus pacientes e evitar tratamentos inadequados (TERENCE, LITA & CHUN, 2012).

Diante da decisão em realizar a quimioterapia paliativa, deve-se atentar para as necessidades de cuidado que a paciente pode apresentar no decorrer do tratamento, considerando especificidades da própria quimioterapia, da doença oncológica avançada e de aspectos da feminilidade diante da possibilidade de alterações na autoimagem e na autoestima, como por exemplo, pela queda de cabelo, pela mastectomia total e outros sinais da doença. Assim, as demandas de cuidado nesta fase são múltiplas, representando a necessidade de uma atenção específica e contextualizada (SILVA & CRUZ, 2011; ORTIZ, 2011).

No âmbito da equipe multidisciplinar, o enfermeiro tem importante participação no cuidado da pessoa nas diferentes fases da vida. A consulta de enfermagem é uma estratégia eficaz para o cuidado, uma vez que possibilita a detecção precoce dos problemas de saúde e o acompanhamento e seguimento das medidas instituídas ao bem-estar das pessoas envolvidas. Assim, dentre as variadas formas de cuidar, a consulta de enfermagem se destaca, pois possibilita a aproximação e estabelece uma relação interpessoal de ajuda diante das variáveis culturais e dos diversos contextos sociais dos indivíduos (ROSA et al, 2007).

No contexto do ambulatório de quimioterapia o enfermeiro é o profissional responsável pela realização da consulta de enfermagem e administração dos quimioterápicos. Esta prática profissional é regulamentada pela Resolução nº 210 de 1998 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que dispõe sobre a atuação dos profissionais de enfermagem que trabalham com quimioterápicos antineoplásicos, sendo competência do enfermeiro, dentre outras funções: planejar, organizar, supervisionar, executar e avaliar todas as atividades de enfermagem ao paciente em tratamento quimioterápico; elaborar protocolos para prevenção, tratamento e minimização das reações adversas à quimioterapia; realizar consulta de enfermagem; dar assistência aos pacientes e suas famílias de maneira integral, tendo como base o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem e a legislação

vigente; administrar o quimioterápico; e registrar a assistência prestada (BRASIL, 1998).

De acordo com a Resolução nº 358 de 2009 do COFEN, quando o Processo de Enfermagem for realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outros, este corresponde nesses ambientes à Consulta de Enfermagem (BRASIL, 2009a). A Consulta de Enfermagem, como previsto na Resolução nº 159 de 1993 do COFEN, é atividade privativa do Enfermeiro e deve utilizar componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de Enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade, tendo como fundamento os princípios de universalidade, equidade, resolutividade e integralidade das ações de saúde (BRASIL, 1993).

Ao prestar o cuidado de enfermagem ao paciente com câncer avançado no contexto do ambulatório de quimioterapia e realizar a consulta de enfermagem, o enfermeiro articula suas principais dimensões de trabalho, a gerencial e a assistencial, gerenciando o cuidado de enfermagem.

Sendo assim, na gerência do cuidado, o enfermeiro busca planejar, organizar, prestar o cuidado de forma sistematizada, realizar educação permanente, treinar pacientes e familiares e estabelecer relações interpessoais favoráveis entre todas as pessoas envolvidas no cuidado, incluindo os demais integrantes da equipe de saúde (ROSSI & SILVA, 2005; CHRISTOVAM, PORTO & OLIVEIRA, 2012).

A adequada gerência do cuidado de enfermagem, considerando a abordagem individual, integral e humanizada, em prol da prevenção e do controle de possíveis agravos decorrentes da terapêutica e da doença, facilita o atendimento das necessidades de cuidados das pacientes em tratamento quimioterápico paliativo (SILVA & SILVA, 2013).

Em assim sendo, o estudo apresenta como **objeto**: a gerência do cuidado de enfermagem a paciente com câncer de mama avançado em quimioterapia paliativa no contexto ambulatorial.

As **questões norteadoras** do estudo foram:

- Qual a visão dos enfermeiros acerca da gerência do cuidado de enfermagem a paciente com câncer de mama avançado em quimioterapia paliativa?

- Como o enfermeiro gerencia o cuidado a paciente com câncer de mama avançado em quimioterapia paliativa no contexto ambulatorial?

Foram **objetivos** do estudo:

- Compreender a visão dos enfermeiros acerca da gerência do cuidado de enfermagem a paciente com câncer de mama avançado em quimioterapia paliativa;
- Analisar a gerência do cuidado de enfermagem a paciente com câncer de mama avançado em quimioterapia paliativa no contexto ambulatorial;
- Construir uma matriz teórica explicativa da gerência do cuidado de enfermagem que retrate esta realidade.

1.2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

O estudo justifica-se diante dos seguintes aspectos: a situação do câncer no contexto da saúde e as elevadas taxas de morbimortalidade pelo câncer de mama; pela necessidade de discussão acerca da decisão clínica de indicação da quimioterapia paliativa nos casos avançados; pelos impactos causados na vida da mulher considerando os distúrbios na autoimagem, na autoestima e as limitações nas suas atividades de vida diária, o que representam múltiplas necessidades de cuidado; e pelas demandas para qualificação profissional, ao encontro das políticas públicas.

Além de tais questões, vale destacar que o estudo se justifica pela lacuna no conhecimento com relação à temática abordada. A revisão de literatura foi guiada pela seguinte pergunta: como tem sido discutido na literatura o cuidado de enfermagem a mulher com câncer de mama avançado em quimioterapia paliativa? O levantamento bibliográfico na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) foi realizado em todas as suas bases de dados, em maio de 2013, e atualizado em dezembro de 2014, com os descritores DECS “enfermagem” AND “câncer de mama” AND “quimioterapia paliativa”, sendo esta uma palavra chave.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: artigos publicados nos últimos 05 anos (2010, 2011, 2012, 2013 e 2014), disponíveis na BVS, em português, inglês ou espanhol, e com enfoque em humanos. Ressalta-se que o periódico da CAPES foi consultado sempre que os artigos não estavam disponíveis

na íntegra na BVS. Os critérios de exclusão foram: monografias, teses e estudos repetidos nas bases de dados; além de estudos que não respondessem a pergunta.

Associando-se os três descritores/palavra chave (“enfermagem” AND “câncer de mama” AND “quimioterapia paliativa”) foram encontrados 15 artigos. Conjugando-se o descritor “enfermagem” AND “câncer de mama”, foram encontrados 3364 artigos. Utilizando-se o descritor “enfermagem” associado à palavra chave “quimioterapia paliativa”, emergiram 236 artigos, e por fim, conjugando-se o descritor “câncer de mama” com a palavra chave “quimioterapia paliativa”, foram encontrados 587 artigos.

Assim, a amostra inicial foi composta por 4202 produções científicas. Após leitura dinâmica dos títulos e resumos, procedeu-se a seleção dos artigos com base nos critérios de inclusão e exclusão previamente delimitados, sendo selecionadas 12 produções para leitura na íntegra.

As produções mais frequentes nos bancos de dados, e que foram descartadas por não atenderem aos critérios de inclusão da pesquisa, retratavam principalmente sobre outros tipos de câncer que não o de mama; pacientes sobreviventes ao câncer de mama; drogas específicas utilizadas no tratamento quimioterápico; outros tratamentos que não antineoplásicos, ou tratamentos quimioterápicos que não paliativos; efeitos adversos ocasionados pela quimioterapia; o cuidado dessas pacientes em suas residências (*home care*) e; o tratamento cirúrgico do câncer de mama, em especial, a mastectomia.

Com relação à distribuição da produção científica selecionada, de acordo com o enfoque temático, 25,1% retratavam as dificuldades vivenciadas por mulheres com câncer de mama; 25,1% falavam de quimioterapia paliativa/ perfil dos pacientes em tratamento quimioterápico paliativo; 16,6% tratavam do cuidado de enfermagem, seja através da consulta de enfermagem, ou no momento da administração da quimioterapia, ou frente à possibilidade de morte da paciente; 16,6% tratavam de qualidade de vida e; 16,6% retratavam o enfrentamento do câncer pelas mulheres e familiares.

Das produções destacadas, com relação à área de conhecimento as quais pertenciam 01 era de medicina, 02 eram de categoria multiprofissional e 11 eram de enfermagem. Destas, 83% eram brasileiras. Os outros países de origem foram Holanda, Espanha e EUA.

Foram selecionados artigos dos últimos 05 anos, sendo destes 25,1% do ano de 2010, 25,1% do ano de 2012, 16,6% dos anos de 2011, 2013 e 2014. O principal periódico científico destes artigos foi a Revista Mineira de Enfermagem (16,6%).

Em um estudo que investigou o perfil sociodemográfico e clínico das pessoas assistidas no ambulatório de quimioterapia de um hospital universitário, identificou-se que dentre 87 pacientes, 36,9% estavam em tratamento paliativo, 28,7% em quimioterapia adjuvante, 20,7% neoadjuvante, 8% potencializadora e 5,7% curativa (SILVA & SILVA, 2013). Logo, diante do elevado número de pacientes em tratamento quimioterápico paliativo e por constituir-se como uma opção terapêutica no tratamento do paciente com câncer avançado, requerem-se estudos que viabilizem e qualifiquem a prática, em especial, diante da realidade nacional.

Neste sentido, o cuidado à pessoa com câncer avançado imprime diversas peculiaridades à área de atuação do enfermeiro, para que, da melhor forma possível, se alcance a integralidade. Sendo assim, ao gerenciar o cuidado, o enfermeiro deve tomar decisões que envolvam ações voltadas à resolução dos problemas identificados. Portanto, é indispensável que estas sejam condizentes com as crenças e valores do indivíduo, família e coletividade, uma vez que será neste contexto que a situação da doença será vivenciada.

O cuidado de enfermagem prestado a este paciente deve considerá-lo como um ser único, complexo e multidimensional: biológico, emocional, social e espiritual. Isto requer do profissional uma mudança de foco e atitude, primando pelo atendimento das reais necessidades do paciente. Dessa maneira, é necessário perceber o outro, identificando as diferentes dimensões que ele apresenta, por meio de suas experiências, comportamentos, emoções e espiritualidade (ARAÚJO & SILVA, 2007).

Desta forma, considera-se que a gerência do cuidado de enfermagem constitui uma boa estratégia para se realizar uma prática com ênfase no cuidado, e não apenas nas técnicas, favorecendo a identificação das necessidades de cuidado manifestadas e/ou referidas pelos pacientes e familiares em sua totalidade, bem como a articulação e negociação com os demais membros da equipe de saúde para melhorias da assistência (SILVA & MOREIRA, 2011).

1.3 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

Com o estudo buscou-se contribuir para a produção científica de enfermagem no âmbito da atenção oncológica, visando a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados as pacientes com câncer de mama. Buscou-se assim elevar o conhecimento técnico-científico que subsidia os campos do ensino, da pesquisa e da assistência, preenchendo parte da lacuna de conhecimento da temática, e contribuindo, conseqüentemente, para a construção de novas pesquisas na área.

A construção da matriz teórica, alvo do terceiro objetivo do estudo, visa à representação de um aglomerado de categorias bem elaboradas, reproduzidas a partir dos dados brutos, que são sistematicamente interconectadas através da utilização dos elementos do paradigma para explicação e compreensão de fenômenos relevantes da realidade (STRAUSS & CORBIN, 2008).

Em relação à matriz teórica gerada a partir da aplicação da TFD, dois perfis de teorias podem ser formados: a teoria substantiva (compreende os produtos de uma dada realidade); e a teoria formal (deixa de englobar apenas a realidade específica, por meio da geração de conceitos abstratos que podem ser aplicados de forma generalizada, requerendo pesquisas adicionais) (GLASER, 2005; SILVA, et al 2012; SILVA, et al 2013).

Neste estudo, a partir de componentes da TFD, foi construída a matriz teórica substantiva, relacionada ao conhecimento da gerência em enfermagem e do método, delimitada a partir da integração e análise das categorias encontradas a partir da exploração das realidades experimentadas pelos indivíduos de ambos os grupos amostrais. A teoria substantiva construída pode ter, invariavelmente, implicações gerais (GLASER, 2005; SILVA, et al 2012; SILVA, et al 2013).

Dessa forma, o estudo, vinculado ao Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional da Enfermagem (GESPEEn), buscou contribuir para que os enfermeiros, alunos e professores tivessem subsídios teóricos para discutir e agir adequadamente diante da assistência as mulheres em tratamento quimioterápico paliativo. Destaca-se que com a participação em eventos e publicação em periódicos científicos busca-se a ampliação desta contribuição para além do GESPEEn.

No contexto da qualificação da atenção oncológica no âmbito das diretrizes da Política Nacional de Atenção Oncológica, busca-se contribuir com objetivos que

vão ao encontro da necessidade de expansão de serviços e de qualificação profissional.

CAPÍTULO II

2.1. BASES CONCEITUAIS

2.1.1. Câncer de Mama

O câncer, no Brasil, tem se constituído como um grave problema de saúde pública, não só pelo número de casos incidentes, mas também pelos gastos em investimentos para diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2014).

O câncer de mama é o segundo tipo mais frequente no mundo, e o mais comum entre as mulheres, respondendo por 23% dos casos novos a cada ano. No Brasil, constitui uma das principais causas de morte por câncer na população feminina entre 20 e 69 anos (BRASIL, 2011). Desconsiderando-se os tumores de pele não melanoma, o câncer de mama é também o tipo mais incidente nas mulheres nas regiões Sudeste, Sul, Centro-Oeste e Nordeste (BRASIL, 2012a).

O risco de adquirir esta neoplasia aumenta de acordo com o envelhecimento, sendo assim, a idade é o principal fator de risco para o câncer de mama. Todavia, outros fatores de risco já estão bem estabelecidos, como, os relacionados à vida reprodutiva da mulher (menarca precoce, nuliparidade, idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos, anticoncepcionais orais, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal), história familiar de câncer de mama e alta densidade do tecido mamário (razão entre o tecido glandular e o tecido adiposo da mama). Além desses, outros fatores também foram descritos como excesso de peso após a menopausa, exposição à radiação ionizante no tórax para tratamento de doenças e consumo diário de álcool maior que 10 g, o equivalente a uma dose (BRASIL, 2011).

O diagnóstico de câncer de mama pode gerar uma série de mudanças no cotidiano dessas mulheres. Tais mudanças podem gerar sentimentos como a baixa autoestima, o medo da morte, da rejeição, da estigmatização, bem como da incerteza quanto ao futuro, podendo assim, potencializar o estresse vivenciado por essas pacientes (ALVES & FERNANDES, 2011; LACERDA et al, 2009).

O estigma da doença e a possível retirada da mama prejudicam seriamente a feminilidade da mulher e provocam alterações na sua imagem corporal. Além disso, o sentimento de perda modifica os objetivos e planos de vida da mulher, que tenta, muitas vezes sozinha, enfrentar o medo do câncer; situação essa, extremamente angustiante (LACERDA et al, 2009).

Dessa forma, o apoio da equipe multiprofissional é indispensável para o enfrentamento da doença, do tratamento, e da possível refratariedade a terapêutica instituída. Sendo assim, o enfermeiro deve oferecer um suporte assistencial individualizado e humanizado, atentando para a totalidade da paciente no cuidado, respeitando suas vivências, valores e crenças, oferecendo assim, um cuidado integral.

2.1.2. Quimioterapia Paliativa

A evolução da quimioterapia como um método para o tratamento do câncer, desde a segunda metade do século XX, promoveu uma importante melhoria para a perspectiva de vida de muitos pacientes (GONÇALVES & GOYANES, 2007).

Atualmente, a quimioterapia é a conduta terapêutica mais utilizada para o tratamento do câncer e consiste na utilização de agentes químicos isolados ou em combinação que vão atuar de forma sistêmica, interferindo na divisão celular para erradicação do tumor. Seja como principal conduta terapêutica ou associada a outro tipo de tratamento, como a cirurgia, a quimioterapia tem contribuído para maior chance de cura dos pacientes (BONASSA & GATO, 2012).

Pode ser empregada com objetivos curativos (visando à erradicação de evidências de neoplasia) ou paliativos (visando melhorar a qualidade de vida do cliente, minimizando sintomas relacionados à proliferação celular), dependendo do tipo de tumor, da extensão da doença e da condição clínica do paciente (BONASSA & GATO, 2012).

A quimioterapia paliativa é utilizada quando a cura já não é mais possível, e pode ser administrada para o tratamento dos sintomas, melhorando a qualidade de vida e/ou aumentando a sobrevida dos pacientes. Contudo, o uso desnecessário da quimioterapia pode piorar a qualidade de vida do paciente devido às toxicidades relacionadas ao tratamento, uma vez que a maioria dos quimioterápicos atua de forma não específica, lesando tanto células malignas quanto benignas. Como as

diferenças entre as duas populações celulares são mais quantitativas do que qualitativas, uma linha muito tênue separa o sucesso terapêutico de uma toxicidade inaceitável (BRASIL, 2008; EARLE et al, 2008; TERENCE, LITA & CHUN, 2012).

De acordo com Mayrbäurl et al (2012), mais do que prolongar a vida, os principais objetivos da quimioterapia em pacientes com câncer avançado são controlar os sintomas e manter ou melhorar a qualidade de vida. Entretanto, devido à falta de orientações claras acerca do uso da terapia antineoplásica no final da vida e à dificuldade em estimar a sobrevida dos pacientes com câncer avançado, a decisão de administrar a quimioterapia tem sido baseada caso a caso, levando em conta os desejos dos pacientes, juntamente com as considerações clínicas, logísticas e financeiras (HUI et al, 2010).

As decisões referentes ao tratamento para os indivíduos com câncer avançado são complicadas, e é necessário um maior fornecimento de informações aos pacientes, bem como a sua participação na tomada de decisão acerca do tratamento. Antes de optar pela quimioterapia, uma ampla discussão sobre a resposta ao tratamento, eventos adversos e prognóstico é necessária (KIM et al, 2008).

Os pacientes com câncer avançado muitas vezes são motivados a buscar a quimioterapia, em parte, por causa de uma má compreensão de sua doença, a esperança de que a quimioterapia irá fornecer o benefício, e as expectativas irrealistas de cura. Além disso, muitos oncologistas não se sentem confortáveis ao discutir o prognóstico e questões de fim de vida com o paciente, e tendem a evitá-los (KADAKIA et al, 2012). Entretanto, devido, principalmente, às reações adversas e aos possíveis danos que o tratamento quimioterápico pode ocasionar, deve-se discutir com os pacientes e familiares os possíveis riscos e benefícios do tratamento previamente a utilização da quimioterapia como ferramenta terapêutica, mesmo diante das intenções de melhorar a qualidade de vida, aumentar a sobrevida, aliviar a dor e outros sintomas.

2.1.3. Gerência do Cuidado de Enfermagem

Na oncologia, o enfermeiro atua nos diversos níveis de atenção à saúde, englobando as ações de prevenção primária, secundária e terciária. Assim sendo,

participa de todas as ações que são desenvolvidas no processo terapêutico, que no caso do tratamento inclui a assistência frente ao processo cirúrgico, o manejo das drogas antineoplásicas, o acompanhamento do tratamento quimioterápico em suas diferentes modalidades, e os cuidados paliativos, quando já não há mais possibilidades de cura (FIGUEIREDO et al, 2009).

Segundo Hausman e Peduzzi (2009), o processo de trabalho do enfermeiro é composto por duas principais dimensões: a assistencial, em que as necessidades de cuidado são o objeto de intervenção do enfermeiro, visando o cuidado integral; e a gerencial, cujo objeto de trabalho do enfermeiro é a organização do trabalho e dos recursos, como humanos e materiais, tendo por finalidade criar e implementar condições adequadas de cuidado aos clientes e de desempenho da equipe.

O conceito da gerência do cuidado de enfermagem envolve a articulação entre as dimensões gerencial e assistencial que compõem o trabalho do enfermeiro, abrangendo ações relacionadas ao administrar e o cuidar em enfermagem (SANTOS et al, 2013). Desta forma, a gerência é a atividade indispensável para o estabelecimento das condições necessárias para implementação do cuidado.

Contudo, na prática, existe uma dificuldade em articular essas duas esferas (gerencial e assistencial). A dicotomia dessa relação ainda é muito presente nos cenários de atuação do enfermeiro (CHRISTOVAM, 2009). No entanto, o rompimento entre essas duas dimensões compromete a qualidade do cuidado e pode gerar conflitos no trabalho do enfermeiro, seja deste com sua própria prática, seja na sua relação com as equipes de saúde (HAUSMAN & PEDUZZI, 2009).

Gerenciar o cuidado de enfermagem exige organização do pensamento e das intervenções de acordo com as necessidades de cuidado da pessoa, da família ou da coletividade. Para compor, então, um cuidado de enfermagem efetivo e de qualidade, são necessárias habilidades cognitivas, organizacionais e técnicas, de relação interpessoal construtiva, de empatia, de solicitude, de subjetividade, de comunicação, em especial, de exercício da escuta, e de valorização da vida (ERDMANN, 1996; SILVA, 2011).

Desta forma, gerenciar o cuidado de enfermagem ao paciente com câncer avançado, a partir da valorização do indivíduo em todo o seu contexto de vida, busca atender as necessidades de cuidado impostas pela doença ou pela própria terapêutica instituída, visando alcançar a qualidade do cuidado prestado. Sendo

assim, a gerência do cuidado é capaz de contribuir para o alcance de resultados favoráveis, incluindo o atendimento de qualidade ao paciente e seus familiares, o adequado uso dos recursos e do empenho do trabalho em equipe.

CAPÍTULO III

3.1 MÉTODO

3.1.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo exploratório com abordagem qualitativa. Um estudo exploratório é realizado quando a temática estudada tem sido pouco explorada no campo científico, tornando-se difícil a formulação de hipóteses precisas e operacionalizáveis sobre esta (GIL, 1999).

Para Strauss e Corbin (2008) “[...] o termo *pesquisa qualitativa* quer dizer qualquer tipo de pesquisa que produza resultados não alcançados através de procedimentos estatísticos ou de outros meios de quantificação [...]” (p.23).

3.1.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Foram participantes do estudo oito enfermeiros e dez pacientes, sendo destacados os seguintes critérios de inclusão:

- Grupo amostral dos enfermeiros: ser enfermeiro com vínculo empregatício com a instituição e com experiência mínima de 06 meses no tratamento quimioterápico a pacientes com câncer.
- Grupo amostral dos pacientes: ser mulher com câncer de mama avançado realizando quimioterapia paliativa, acima de 18 anos e com capacidades cognitivas não afetadas, que aceitar participar do estudo.

Destacaram-se como critérios de exclusão:

- Grupo amostral dos enfermeiros: enfermeiros de licença ou de férias durante o período de coleta de dados.

- Grupo amostral dos pacientes: mulheres que não comparecerem ou que apresentaram qualquer problema relacionado ao tratamento, como desconfortos ou outras reações adversas.

3.1.3 PROCEDIMENTOS PARA CAPTAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Previamente à realização das entrevistas com o primeiro grupo amostral, foi realizada a caracterização do perfil dos enfermeiros que atuam na instituição, de modo a facilitar a captação dos participantes do estudo. Esta caracterização foi guiada por um roteiro (Apêndice A) contendo as seguintes variáveis: sexo, idade, tempo de graduação, tempo de atuação na instituição, tempo de atuação na oncologia, e formação profissional em nível de pós-graduação.

No caso do segundo grupo amostral, a captação das mulheres foi realizada mediante consulta aos enfermeiros e prontuários para confirmação da proposta de tratamento, dentre os outros critérios de inclusão estabelecidos.

Ressalta-se que o segundo grupo amostral foi composto a partir da construção da seguinte hipótese: ao gerenciar o cuidado o enfermeiro busca atender as necessidades da mulher com câncer de mama a partir, principalmente, da comunicação com valorização da escuta ativa, considerando as particularidades inerentes à quimioterapia como proposta terapêutica paliativa.

3.1.4 CENÁRIO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada em uma Instituição pública, federal, especializada no tratamento do câncer de mama, localizada no município do Rio de Janeiro, Brasil. Trata-se do ambulatório de quimioterapia do Hospital do Câncer III (HC III), uma das unidades do INCA. Este é credenciado como Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), e integra a rede nacional de atenção oncológica, considerando-se a Portaria nº 62 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b).

Segundo a Política Nacional de Atenção Oncológica (BRASIL, 2005), entende-se que o CACON deve possuir as condições técnicas, instalações físicas,

equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer.

Um hospital, para ser credenciado como CACON deve prestar atendimento em todos os serviços (Serviço de Cirurgia Oncológica; Serviço de Oncologia Clínica; Serviço de Radioterapia; e Serviço de Hematologia), podendo, de acordo com a necessidade estabelecida pelo respectivo Gestor do Sistema Único de Saúde (SUS), contar com atendimento em Serviço de Oncologia Pediátrica (BRASIL, 2005a).

De acordo com a Portaria 2.439, que institui a Política Nacional de Atenção Oncológica, esta deve ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, tendo como pressupostos a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos (BRASIL, 2005b).

3.1.5 TÉCNICA PARA COLETA DOS DADOS

Para a coleta de dados foi utilizada a técnica da entrevista semiestruturada (Apêndice B). Para Manzini (2003), a entrevista semiestruturada mantém o foco em um assunto sobre o qual é feito um roteiro com perguntas básicas e principais para atingir os objetivos da pesquisa, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista. Para o autor, esse tipo de entrevista não condiciona as respostas a um padrão de alternativas, fazendo com que as informações surjam de forma mais livre. Desta maneira, além de coletar as informações básicas, o roteiro também serve para organizar o processo de interação do pesquisador com o informante.

As entrevistas foram gravadas com aparelho eletrônico de áudio em consonância com os participantes, e realizadas no ambiente e horário de trabalho destes, em uma sala de reunião, livre de ruídos. No caso das pacientes, as entrevistas foram realizadas durante a administração de quimioterapia ou na sala de espera.

A coleta de dados aconteceu no período entre janeiro e agosto de 2014.

3.1.6 ANÁLISE DOS DADOS – REFERENCIAL METODOLÓGICO

O estudo foi viabilizado por meio da utilização do referencial metodológico da Grounded Theory, também conhecido em português como Teoria Fundamentada nos Dados (TFD).

De acordo com Charmaz (2009), a TFD “[...] *pode conduzir, controlar e organizar a sua coleta de dados e, além disso, construir uma análise original dos seus dados [...]*” (p. 15).

A TFD tem sido um dos referenciais de escolha de enfermeiros e outros profissionais da área da saúde, pois “*por ser baseada em dados, tende a oferecer mais discernimento, melhorar o entendimento e fornecer um guia importante para ação*” (STRAUSS & CORBIN, 2008, pág. 25). Sendo assim, permite a interpretação do que ocorre nos campos de estudos e da realidade dos sujeitos (SILVA et al, 2011), oferecendo a melhor estratégia de intervenção.

A guisa de sumarização seguem elencadas as principais características da TFD, de acordo com Strauss e Corbin (2008):

- 1- A revisão de literatura não é o passo inicial do processo de pesquisa, sendo direcionada conforme exigência dos dados coletados, podendo gerar memorandos teóricos;
- 2- Os dados são coletados e analisados concomitantemente, seguindo as etapas de codificações: aberta, axial e seletiva. Ao entrevistar um sujeito o pesquisador já inicia o processo de análise previamente à entrevista seguinte, sendo assim, o método é circular, permitindo ao pesquisador mudar o foco de atenção e buscar outras direções, conforme exigência dos dados coletados, sendo o que caracteriza a amostragem teórica;
- 3- Os modelos teóricos são gerados a partir de áreas de pesquisa empírica, de campo. O conhecimento é construído a partir da interação social, de informações e compreensão da atividade e das ações humanas. Logo, por basearem-se nos dados, espera-se que os modelos aumentem a compreensão sobre os fenômenos e proporcionem um guia para a ação, caracterizando-se como pesquisa de cunho social;

4- Há cautela quanto à influência excessiva na percepção do pesquisador, principalmente, através do uso limitado da literatura antes da análise;

5- As hipóteses são criadas a partir do processo da coleta e análise dos dados, e não antes;

6- Trabalha com o conceito de amostragem teórica, ou seja, com a possibilidade do pesquisador buscar seus dados em locais ou por meio do depoimento de pessoas que indicam deter conhecimento acerca da realidade a ser estudada. Sendo assim, os dados podem indicar a necessidade da abordagem de outras práticas. Além disso, a interrupção da coleta de dados acontece quando não forem agregadas novas informações, o que se caracteriza como saturação teórica, facilitada pelo método cíclico entre coleta e análise dos dados.

Considerando os itens 5 e 6 acima, justifica-se a criação do segundo grupo amostral de pacientes, além do grupo amostral inicial de enfermeiros, composto por exigência do objeto de estudo.

7- Utiliza memorandos como registros ao longo da pesquisa de campo, pois representam as formas escritas dos pensamentos abstratos do pesquisador sobre os dados, e os diagramas, que são representações gráficas das relações entre os conceitos. De acordo com Charmaz (2009), os memorandos compreendem “[...] *anotações analíticas preliminares sobre nossos códigos e comparações, bem como qualquer outra ideia que nos ocorra sobre nossos dados [...]*” (p. 16).

A análise dos dados ocorreu através de três processos: a codificação aberta, a codificação axial e a codificação seletiva. Charmaz (2009), afirma que “[...] *a codificação refina os dados, classifica-os e nos fornece um instrumento para que assim possamos estabelecer comparações com outros segmentos de dados [...]*” (p. 16).

A codificação aberta, segundo Strauss e Corbin (2008, p.103), é um “*processo analítico por meio do qual os conceitos são identificados e suas propriedades e suas dimensões são descobertas nos dados*”. Esta foi desenvolvida por meio da microanálise, que compreende a análise dos dados linha por linha da qual emergiram os códigos preliminares.

Posteriormente, os códigos preliminares foram agrupados em conceitos mais abstratos em diferentes códigos conceituais, conforme a similaridade entre eles, o que gerou as categorias, subcategorias ou componentes das subcategorias no intuito de dar explicações e compreensões mais precisas e completas sobre o fenômeno. Esse processo já caracteriza a *codificação axial*, que de acordo com Strauss e Corbin (2008, p.123), é “o processo de relacionar categorias as suas subcategorias; é chamado de ‘axial’ porque ocorre em torno do eixo de uma categoria, associando categorias ao nível de propriedades e dimensões”.

Todas essas questões direcionaram para o mecanismo analítico do modelo paradigmático, que contribuiu para delimitação do modelo teórico e para a contextualização do fenômeno central investigado, o que caracteriza a *codificação seletiva*. Nesse modelo, os elementos podem ser definidos da seguinte forma: o *fenômeno* é a ideia central aos quais as ações e interações estão relacionadas; as *condições causais* são o conjunto de situações que influenciam o surgimento do fenômeno; o *contexto* é o conjunto de condições que se reúnem para produzir uma situação específica; as *condições intervenientes* são aquelas que alteram o impacto das condições causais, constituídas pelo tempo, espaço, situação econômica, cultura, história pessoal, dentre outros; as *estratégias de ação/interação* (individuais ou coletivas) são atos praticados diante de um problema; e as *consequências* representam os resultados ou respostas, positivas ou negativas, em relação a um determinado fenômeno (DANTAS et al, 2009; STRAUSS & CORBIN, 2008).

3.1.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi cadastrada na Plataforma Brasil, e apreciada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem Anna Nery e do INCA. A aprovação aconteceu em 18/12/2013, com parecer número 468.478 (Anexo A). Ressalta-se que para composição do segundo grupo amostral foi submetida emenda, tendo sido obtida a aprovação em 24/06/2014, com parecer número 698-923 (Anexo B).

Foi elaborada e encaminhada à gerente da divisão de enfermagem do cenário uma carta de apresentação, descrevendo as finalidades do estudo, e solicitando autorização para realização do mesmo (APÊNDICE C).

O anonimato dos participantes da pesquisa foi mantido, facilitando a livre expressão de ideias, opiniões e assertivas acerca da temática. As entrevistas com enfermeiros foram identificadas pela letra E, seguida da ordem numérica de realização das mesmas, como por exemplo: E1, E2, E3 (...). E as entrevistas com as mulheres foram identificadas com a letra P de paciente, também seguida da ordem numérica.

As informações das entrevistas foram utilizadas exclusivamente pela pesquisadora, com objetivo científico, e também podem ser acessadas pelo CEP. As gravações serão apagadas após 05 anos.

Atendendo à Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012, que trata das questões éticas de pesquisas com seres humanos, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice D) que foi impresso em duas vias, ficando uma com estes e outra com a pesquisadora. Dessa forma, foi obtida a anuência dos participantes da pesquisa, havendo a preocupação com uma explicação completa sobre a natureza do estudo, objetivos e métodos, de forma que a sua participação na pesquisa seja voluntária, podendo declinar a qualquer momento sem qualquer prejuízo (BRASIL, 2012).

Toda pesquisa realizada com seres humanos confere riscos aos mesmos em graus variados. Esta pesquisa não oferece riscos às dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase da mesma ou dela decorrente. Contudo, pôde ocasionar incômodo ao enfermeiro e ao paciente, o que foi gerenciado pela pesquisadora da melhor forma possível, conciliando para que as entrevistas fossem realizadas em momento mais conveniente possível, sem que houvesse prejuízo à prática do enfermeiro ou ao cuidado da paciente.

Os resultados da pesquisa serão divulgados em eventos científicos da área de conhecimento e em periódicos de enfermagem indexados, sejam estes favoráveis ou não.

CAPÍTULO IV

4.1 APRESENTANDO OS RESULTADOS

4.1.1 CARACTERIZANDO O PERFIL DOS ENFERMEIROS E DAS PACIENTES

A pesquisa foi realizada com 08 enfermeiras, todas do sexo feminino. Com relação à faixa etária das entrevistadas, 05 possuíam entre 31 a 40 anos e 03 estavam na faixa etária entre 41 a 50 anos. O tempo médio de graduação foi de 17 anos. Das 08 enfermeiras entrevistadas, 03 obtiveram sua graduação em enfermagem pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e 02 pela Escola de Enfermagem Anna Nery/ Universidade Federal do Rio de Janeiro. Os outros locais de graduação foram Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Universidade Federal Fluminense (UFF) e Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC- Bahia). O tempo médio de atuação na oncologia foi de 15 anos, e o tempo médio de atuação na Instituição foi de 07 anos.

Com relação às pacientes, foram entrevistadas 10 mulheres. Destas, 01 estava na faixa etária entre 20 e 30 anos, 02 possuíam entre 31 a 40 anos, 06 estavam entre 41 e 50 anos e 01 possuía entre 51 a 60 anos. O tempo de diagnóstico do câncer de mama variou de 05 meses a 08 anos. Todas possuíam registro em prontuário alertando sobre a proposta de quimioterapia paliativa.

4.1.2 APRESENTANDO OS RESULTADOS OBTIDOS NO PROCESSO DE CODIFICAÇÃO DOS DADOS DOS DOIS GRUPOS AMOSTRAIS

No decorrer dos processos de codificações inerentes à TFD, os dados empíricos obtidos nas entrevistas geraram códigos preliminares, caracterizando a codificação aberta. O agrupamento de tais códigos a partir das comparações contínuas originou os códigos conceituais, que por sua vez, foram avaliados e designados em subcategorias ou categorias, correspondendo à fase de codificação axial.

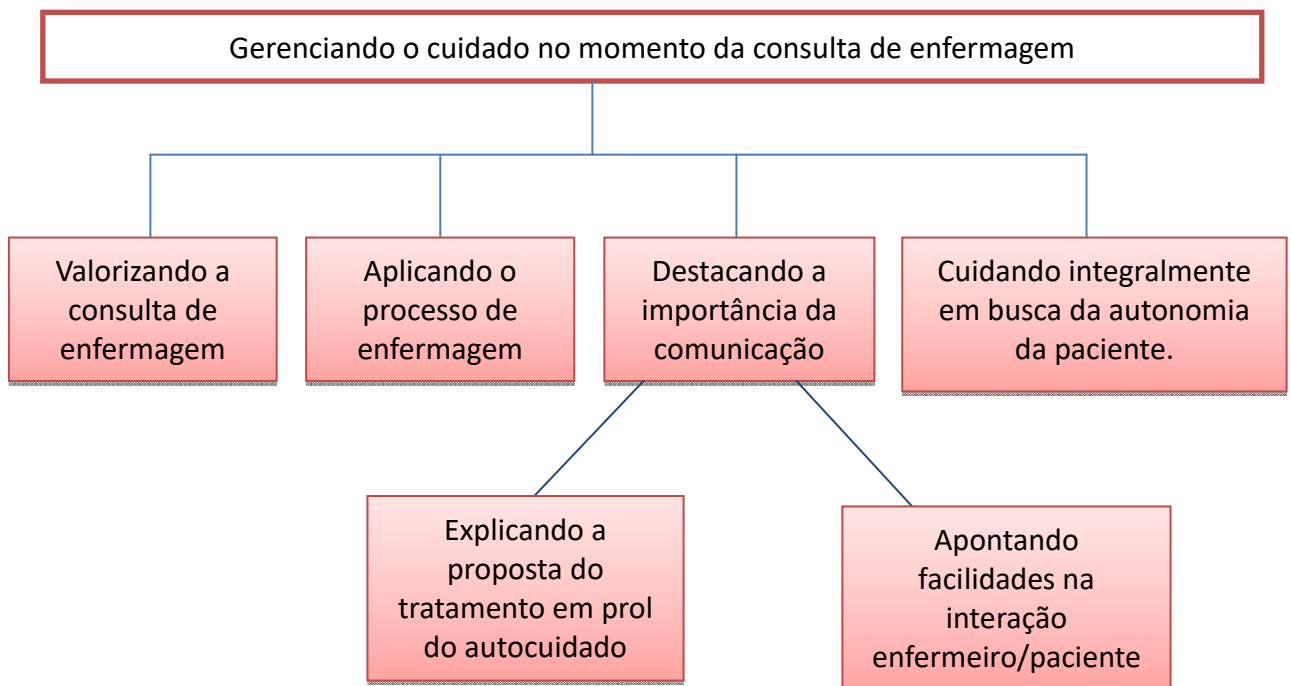
Na codificação axial emergiram cinco categorias relevantes para o estudo, a saber: Gerenciando o cuidado no momento da consulta de enfermagem; Apontando

as dificuldades na realização da gerência do cuidado de enfermagem; Evidenciando as particularidades da vivência/experiência no tratamento quimioterápico do câncer de mama; Elencando estratégias administrativas para melhor gerenciar o cuidado; e Refletindo sobre questões complexas relacionadas à situação do câncer avançado e à atuação profissional. Todas essas categorias serão apresentadas a seguir.

CATEGORIA 01: GERENCIANDO O CUIDADO NO MOMENTO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM

A categoria **Gerenciando o cuidado no momento da consulta de enfermagem** é constituída por quatro subcategorias: Valorizando a consulta de enfermagem; Aplicando o processo de enfermagem; Destacando a importância da comunicação; e Cuidando integralmente em busca da autonomia da paciente.

Diagrama 01: GERENCIANDO O CUIDADO NO MOMENTO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM



Esta categoria aborda as ações do enfermeiro ao gerenciar o cuidado de enfermagem a mulher, considerando a importância do momento dedicado à mesma na consulta de enfermagem, que deve ser guiada pelas etapas do processo de enfermagem. Assim, tem-se a oportunidade de esclarecer questões relativas à quimioterapia como proposta paliativa, muitas vezes, sendo o primeiro momento de contato entre tais atores, para conscientizar a mulher e contribuir para que a mesma seja capaz de cuidar de si ao longo desta jornada. Tais aspectos foram separados nas subcategorias, que serão apresentadas a seguir.

Subcategoria 1.1- Valorizando a consulta de enfermagem

Esta subcategoria apresenta a importância da consulta de enfermagem, que é realizada principalmente na admissão da paciente no ambulatório de quimioterapia, contribuindo para o levantamento e consequente atendimento das suas necessidades de forma individualizada e contextualizada, sendo ação primordial para a gerência do cuidado de enfermagem neste cenário.

“Bom, eu acho que assim, é a questão de você receber, orientar, realizar a consulta. A consulta de enfermagem é o nosso primeiro contato com a paciente. E daí a gente vai direcionando todo o cuidado, aqui e do que ela vai precisar em casa. E nesse primeiro contato percebemos que às vezes, ou muitas vezes, ela chega aqui já como paliativa, então daí que a gente vai traçar junto com ela os cuidados que ela vai ter em casa, orientar a nossa ação aqui. Acho que o básico de começar essa gerência do cuidado é na consulta de enfermagem. Então é nesse momento que a gente explica o porquê do tratamento, tenta assim, até às vezes tirar um pouco dos medos, porque elas chegam às vezes achando que tem muito mais tratamento, e que vão operar, o que não é a finalidade. Acho que a partir da consulta de enfermagem mesmo, que a gente traça todo o caminho para gerenciar esse cuidado do paciente”. (E1).

“Passei duas vezes pela consulta de enfermagem. Elas esclarecem bem, tiram todas as dúvidas, todos os pormenores que só a enfermagem mesmo que esclarece. Geralmente quando tenho dúvidas

que os médicos não conseguem transmitir de maneira clara, eu sempre pergunto à enfermagem. Até porque minha irmã também é enfermeira, então sempre procuro ver com a enfermagem, que tem uma linguagem que a gente consegue entender melhor. A enfermagem fala mais a nossa língua”. (P1).

Assim, na consulta de enfermagem é possível conhecer a mulher, estabelecer relação de confiança e boa comunicação para que o tratamento seja realizado com maiores possibilidades de resultados positivos possíveis, mediante esclarecimento de dúvidas e orientações para o autocuidado.

Para as pacientes, a consulta de enfermagem é um momento importante não só para o entendimento de seu tratamento e retirada de dúvidas, mas também para esclarecimento de seus acompanhantes sobre suas limitações e necessidade de sua ajuda nesta fase da vida.

“(...) algumas vezes o acompanhante acha que a paciente está fazendo corpo mole porque fala que sente dor, porque não consegue andar, e aí você tem que esclarecer para o outro que a doença é muito além daquilo e que aquilo não é corpo mole, e sim porque ela tem uma limitação”. (E8)

“Da ultima vez eu vim com a enfermeira, uma excelente menina, de ouro, inclusive até o meu marido veio junto, e mudou a cabeça depois da reunião com ela. Antigamente ele não fazia nada, não ajudava em nada. Hoje em dia ele chega em casa e fala: ‘deita, que eu faço’. Então, até a cabeça dele mudou. Pelo modo dela de falar, de explicar, e ela colocou ali ‘tem que ser feito isso, no momento a atenção é do paciente’, foi show de bola”. (P6)

O processo de construção desta subcategoria pode ser observado no quadro a seguir, a partir dos principais códigos preliminares identificados.

QUADRO 01: Valorizando a consulta de enfermagem

CÓDIGOS PRELIMINARES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> -Considerando que a gerência do cuidado inicia na consulta de enfermagem (E) - Sendo a consulta de enfermagem um bom momento para observar as necessidades da paciente (E) - Sentindo-se mais a vontade para conversar com o enfermeiro no ambiente da consulta (E) - Passando pela consulta de enfermagem antes da quimioterapia (P) - Sendo todas as dúvidas esclarecidas no momento da consulta (P) - Declarando que seu marido mudou depois da consulta de enfermagem (P) 	Valorizando a consulta de enfermagem	Gerenciando o cuidado no momento da consulta de enfermagem

Subcategoria 1.2- Aplicando o processo de enfermagem

Esta subcategoria evidencia as etapas do processo de enfermagem aplicadas na consulta de enfermagem, com destaque para a taxonomia utilizada nos diagnósticos e intervenções de enfermagem.

“Primeiramente a gente identifica os problemas apresentados pela paciente ou queixas apresentadas por ela, ou o que a gente consegue observar mesmo durante a triagem que a gente realiza aqui antes de liberar o tratamento, e de acordo com isso a gente vai planejando,

fazendo o planejamento da assistência. Isso tudo sempre seguindo a linha do CIPE". (E3).

Na primeira etapa do processo de enfermagem os enfermeiros evidenciaram a escuta como uma atitude primordial para identificar e perceber os problemas que podem estar afetando a paciente nesta fase. A comunicação é fundamental, valorizando seus meios verbais e não verbais, uma vez que existem necessidades implícitas e que requerem algum tipo de abordagem.

"O que me guia é a fala da paciente, o que ela traz de informação. Para gerenciar o cuidado de cada paciente busco a história dela, além do que eu estou vendo também. Porque às vezes ela não fala nada, mas eu estou vendo como ela está, observo uma atitude. Acho que é isso, o que a paciente traz de informação, não só verbal, mas o que eu estou vendo. Ontem a paciente que eu atendi não estava com uma carinha boa. Aí eu falei 'você hoje não está com uma carinha boa', e aí ela começou a chorar, falar que tinha tido febre, e ficou mal, aí tratou como infecção, fez um raio x e parece que está com um infiltrado, e ela estava morrendo de medo de que fosse progressão pulmonar. Mas assim, não parecia não, parecia que ela tinha feito uma infecção mesmo, porque ela respondeu ao antibiótico. Aí você tem toda a questão de cuidar, confortar, é uma coisa que está ali dentro do seu cuidado também, mas não foi uma coisa que ela me falou, eu percebi que algo estava errado [...]". (E1)

Ao realizar o histórico de enfermagem, com base no diálogo e na valorização da escuta, somado aos métodos de avaliação propedêuticos e à leitura do prontuário, o enfermeiro realiza o levantamento das necessidades de cuidado.

"Na minha observação levo em consideração o que a paciente verbaliza e também vejo seu comportamento. Porque ela pode dizer para mim que não está com dor não, mas quando você vê sua expressão, ou quando você a toca, ela se retrai de dor. Então, vou vendo tanto pelo que ela refere quanto pelo o que observo [...]. Continuando na anamnese, faço uma leitura prévia do prontuário, faço uma análise para conhecer melhor essa paciente, suas comorbidades,

seu histórico familiar, tudo [...]. No exame físico não dá para ver tudo, infelizmente, então eu vou focar naquelas partes que mais são acometidas. Por exemplo, mama, os braços devido ao linfedema, a área ganglionar, membros inferiores em busca de alguma trombose, alguma coisa assim, o exame geralmente se limita a isso. E vou perguntando para ela como ela se sente, como ela encarou o tratamento, e vou buscando informações [...]”. (E3).

É a partir da aplicação das etapas do processo de enfermagem que o enfermeiro se instrumentaliza e torna-se capaz de elencar as prioridades visando a otimização do tempo e a qualidade do atendimento.

“Levando em consideração o tempo disponível para poder ajudar, e toda a logística que a gente tem, eu vejo as prioridades. O que está sendo mais importante para ela naquele momento ali. Muitas vezes eu percebo que ela tem uma dificuldade na deambulação, mas ela também está apresentando uma dor muito grande, então vou direcionar para a dor. Se eu conseguir minimizar ou até sanar essa dor eu passo para a parte da deambulação”. (E3).

Dos principais diagnósticos de enfermagem destacaram-se:

“Fadiga, apetite diminuído, náuseas e vômitos, dependendo do tratamento, mobilidade física comprometida, principalmente quando a paciente tem metástase óssea, o que também é muito comum [...]. Outro problema importante é o acesso intravenoso ruim, comprometido, porque não são todas as pacientes que tem cateter, então se ela já passou por uma quimioterapia curativa e está voltando agora para palição, as veias podem estar muito piores [...]”. (E2)

Dentre as principais necessidades de cuidado apresentadas pelas pacientes ressaltaram-se nos depoimentos:

“Na minha quimioterapia eu só senti mesmo dor, cansaço, normal mesmo”. (P2).

“Olha só, é o que eu estou falando, eu ainda estou sentindo um pouco de dor da cirurgia, fiz uma cirurgia há pouco tempo, ainda estou com ponto, está tudo dolorido, não estou conseguindo dormir direito, e estou tensa por causa dos exames que eu tenho que fazer. A princípio eu só estou nessa perspectiva [...]. Estou esperando essa fase para poder voltar a minha rotina, poder voltar a trabalhar. Creio eu que daqui a umas ou duas semanas voltarei a trabalhar [...]. E também, da primeira vez eu enfrentei, eu estava mais forte, dessa vez me pegou de surpresa, me deixou muito abalada, muito abalada mesmo. Eu tratei em 2012, acabei em 2013, e voltou agora. Tem um ano e pouco que eu fiz a quimioterapia. E agora de maio para cá eu vinha sentindo uns negócios e tinha voltado. Procurei um médico e tudo, tratei um mês como se fosse uma inflamação, a base de antibiótico, para depois eles verem que não era uma inflamação, e aí fiz a cirurgia”. (P1).

“O problema é que como eu não fui operada, eu tenho uma lesão na mama que é complicado cuidar, porque esse tempo todo fazendo quimioterapia o tumor não reduziu, só aumentou, e aí a lesão abriu. Aí eu estou tendo dificuldade para muita coisa, não faço nada em casa”. (P8).

“Os principais problemas são encarar a perda do cabelo que isso para a mulher é uma parte muito difícil, mexe com psicológico, com o físico, com tudo, no geral. Então, a parte pior é mesmo a característica de ficar careca, de se sentir mal depois da quimioterapia, isso aí, mas só isso” (P10).

Tais problemas apresentados nos relatos acima vão ao encontro dos depoimentos dos enfermeiros:

“Tristeza, fadiga, dor, insônia [...]. Geralmente elas não conseguem dormir à noite, elas ficam pensando, primeiro em relação à doença e segundo em relação ao medo, ao mito que foi criado em volta da quimioterapia, sobre os efeitos colaterais. Muitas chegam com uma ferida atual que é a ferida tumoral. Mas também tem as que

apresentam autocuidado positivo, que são as que se preocupam com a queda do cabelo, em não cutilarem as unhas, então você vê que é um autocuidado positivo e aí a gente tenta incentivar ainda mais esse autocuidado”. (E3).

As intervenções acontecem de acordo com o problema apresentado por cada paciente, sendo assim estas são individuais e variam de acordo com a necessidade de cuidado levantada no momento da consulta ou na ocasião da administração da quimioterapia. Dentre as intervenções citadas pelas enfermeiras, destacaram-se várias orientações, bem como o encaminhamento para os demais profissionais da equipe de saúde, sempre que necessário.

“(...) a fadiga, o risco para a fadiga ou a fadiga já instalada, (...) a gente tenta avaliar esse nível e estabelecer exercícios leves, atividades físicas diárias leves, estimulando que a paciente não pare de fazer suas atividades mesmo que domiciliares, para que ela não se sinta inútil. Controle de dor, porque elas chegam geralmente com este sintoma, e aí a gente orienta o uso do analgésico, e define horários, se tiver mais de uma medicação analgésica, a gente ensina a intercalar sempre entre uma medicação e outra (...). Dieta fracionada, porque quem tem metástase hepática geralmente tem ascite, tem distensão abdominal, tem plenitude gástrica, então a gente ensina que ela coma pouco e várias vezes ao dia. Quando usa o opióide, geralmente para dor, ela tem prisão de ventre, então tem risco para obstipação, então a gente ensina algumas coisas de dieta e o uso até do laxativo que o médico prescreve. A ingestão hídrica adequada, porque elas tem risco de desidratação também, porque bebem pouco líquido, isso é fato. E o acesso venoso comprometido, porque se ela veio de uma linha curativa e falhou ou que fez o curativo e voltou para paliativa, ela já está espoliada, já recebeu muita medicação e a gente sabe que é irritante e vai prejudicar o acesso venoso, então é orientar exercício com bolinha, filtro solar, hidratação da pele, tudo isso para tentar minimizar os efeitos com relação a rede venosa, já que o tratamento é prolongado”. (E7).

“Tristeza atual, a gente oferece apoio emocional a paciente, a gente abre um espaço para ela verbalizar essa insegurança, esse medo, essa revolta e depois oferece a ela esse apoio para ela tentar enxergar o que ela pode tirar de bom desse tratamento, tipo assim, ganhou meia dúzia de limões, então vamos fazer uma limonada gelada (...) a enfermagem dá o apoio emocional. Quem presta o apoio psicológico, no sentido restrito da palavra, é o serviço de psicologia, e a gente pode sim, detectar uma determinada necessidade e fazer o encaminhamento (...) No caso de edema de membros superiores, a gente tem que avaliar (...) se é um linfedema ou uma trombose, tem que avaliar muito bem isso. A gente orienta nesse caso mais especificamente a procurar serviço de fisioterapia.” (E3).

“Então, acho que a enfermeira tem que ter essa sensibilidade para poder traçar também determinados objetivos, encaminhando para outros profissionais ou não (...) você pode fazer, no caso, uma intervenção encaminhando ou para a nutrição ou para o psicólogo”. (E4).

O processo de construção desta subcategoria pode ser observado no quadro a seguir, a partir dos principais códigos preliminares identificados.

QUADRO 02: Aplicando o processo de enfermagem

CÓDIGOS PRELIMINARES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Planejando a assistência de acordo com os sinais e sintomas apresentados pela paciente (E) - Utilizando do diagnóstico de enfermagem para identificação dos problemas (E) - Solucionando os problemas através das condutas de enfermagem 	<p>Aplicando o processo de enfermagem</p>	<p>Gerenciando o cuidado no momento da consulta de enfermagem</p>

<p>(E)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sendo os principais diagnósticos de enfermagem para a paciente com câncer de mama em quimioterapia paliativa: fadiga atual, apetite de nível diminuído, náusea e vômito, padrão de mobilidade comprometido (E) - Citando acesso intravenoso comprometido como mais um diagnóstico de enfermagem comum para essas pacientes (E) - Encaminhando a paciente para o serviço de nutrição ou psicologia (E) - Encaminhando as pacientes com ferida tumoral para o setor de curativos (E) - Adaptando as orientações de acordo com o contexto de vida da mulher (E) 		
---	--	--

Subcategoria 1.3- Destacando a importância da comunicação

Nesta subcategoria, destaca-se a importância da comunicação entre enfermeiro, pacientes e familiares, no que se refere, principalmente, à facilitação da compreensão das informações fornecidas, em especial, no momento da explicação da proposta de tratamento que será realizado, e na criação de laços de confiança. Estes facilitam a retirada de dúvidas por parte das pacientes de modo que se sintam a vontade para exporem as dificuldades enfrentadas durante o tratamento, permitindo assim, que o enfermeiro possa atuar de forma a ajudá-las no enfrentamento deste momento da melhor forma possível.

Esta subcategoria pode ser compreendida através dos seus componentes, a saber: **Explicando a proposta de tratamento em prol do autocuidado e Apontando facilidades na interação enfermeiro e paciente.**

Componente 1 - Explicando a proposta de tratamento em prol do autocuidado

Neste componente, apresenta-se o papel do enfermeiro na explicação da proposta de tratamento que será utilizada no controle da doença, incluindo as possíveis reações adversas para cada protocolo quimioterápico e as medidas de controle, prevenção e resolução de tais problemas. Isto acontece no momento da consulta de enfermagem ou da administração da quimioterapia, e é essencial para esclarecimento de todas as dúvidas da paciente, além da desmistificação da quimioterapia e a minimização dos medos.

“[...] converso com a paciente, explico: ‘olha, eu vou falar sobre quimioterapia e vou te explicar tudo que vai acontecer, mas antes eu quero saber (pelo menos eu sempre pergunto) o que o médico te disse? O que ele te explicou sobre a quimioterapia?’ Assim, busco ter a noção do que ela sabe, porque muitas vezes elas chegam sem saber. Aí explico tudo, a partir desta avaliação, falo tudo da quimioterapia, sua finalidade e tal. A gente fala: ‘quimioterapia é para controlar a sua doença’. Como que a quimioterapia age e daí vai falando passo a passo do que ela pode ter e como ela pode lidar com isso, ou seja, se ficou enjoada, então precisa beber líquido gelado; se tem prisão de ventre, então precisa comer as coisas que soltam, beber bastante líquido. E daí a gente vai orientando tudo. E aí é um bom momento para ver se é só isso que ela precisa ou se precisa de mais. Porque às vezes ela tem uma lesão ulcerada que ela não sabe cuidar e nunca teve uma orientação, então a gente encaminha para a sala de curativos. Não tem noção da doença, então às vezes isso pode até voltar ao prontuário: ‘olha, precisa rediscutir’”. (E1).

“[...] quando eu oriento essa mulher busco que ela compreenda que agora vai ser mais importante o bem estar dela, a qualidade de vida dela de um modo global, do que ela se preocupar com a data que ela

vai operar. Eu trabalho mais isso, a perspectiva da incurabilidade, quando a gente sabe que paliativo não tem cura, mas também não é desesperança, é você trabalhar justamente isso: você manter a esperança, mas sem a possibilidade de cura”. (E2).

Ao explicar a proposta do tratamento, o enfermeiro também busca fornecer informações de modo que contribua para que a paciente valorize esta fase para controle de sua doença. Assim, diante de condições cognitivas e físicas favoráveis, o enfermeiro oferece informações para que a própria paciente administre o seu tempo e suas idas ao ambulatório, sem, contudo, desvalorizar a importância de um acompanhante neste momento. Mas, o que tem que ser evitado é a ausência em decorrência da indisponibilidade das pessoas que compõem a rede social desta paciente.

“Ontem chegou uma paciente aqui que fez um ciclo, aí não conseguia marcar o segundo porque disse que fulano ia marcar e não marcou e aí alguém ia ligar para ela para marcar, e daí ela não veio. Fez um intervalo de mais de 60 dias de um ciclo para o outro, ‘mas como? Você não pode esperar pelos outros, o tratamento é seu, tem que assumir, se a pessoa não veio não marcou [...]’. E aí fui orientar para ela que não pode ter esse intervalo. Aí ela virou para mim e falou ‘é, meu tumor até aumentou’. Então, a gente acaba tendo que avaliar e ter essas conversas, fazer essas orientações, permeando por todos os momentos”. (E1)

Ressalta-se a sensibilidade do enfermeiro ao buscar perceber o que a paciente deseja saber naquele momento sobre a sua fase da doença e proposta do tratamento.

“Eu puxo dela para ver o que ela quer saber, porque também tem gente que não quer falar sobre aquilo na hora, que não quer falar sobre a proposta de incurabilidade na hora. Eu vou atrás até que ela me diga aquilo ou que ela me pergunte, ‘isso tem cura?’ Ai eu entro com a questão ‘a gente está fazendo um tratamento, eu não quero que você perca a esperança em momento algum, mas agora a gente não vai mais esperar que o tumor suma da sua mama’. Elas perguntam muito também da duração do tratamento ‘quanto

tempo vai durar?’, ‘eu não tenho como te responder isso agora, o que vai me dizer são seus exames, e a partir do momento que a senhora estiver se sentindo melhor.’ Porque elas estão muito preocupadas com a duração do tratamento, mas na paliativa não tem duração fixa [...]” (E2)

“[...] porque na verdade a progressão de doença existe, mas umas querem saber, outras não querem saber, umas sabem, outras não. Às vezes a gente tem que ter muito tato para saber as questões peculiares de cada pessoa. [...] quando você é diarista acaba tendo um contato muito maior com as pacientes, mas não consigo gravar todos os casos, e se a pessoa sabe ou não sabe. Então, a gente tem que ter certa sutileza para poder focar. Eu gosto sempre de trabalhar com a verdade, desde que a pessoa queira ou tenha a estrutura emocional para absorver essa situação. Então quer dizer, quando eu vejo, eu consigo sim traçar a questão da palição, digo o que que é, para que que serve, o que esperar [...]”. (E4)

As mulheres evidenciaram a preocupação em buscar conhecimentos relativos ao tratamento e à doença. Entretanto, em seus depoimentos foi possível perceber que algumas estabelecem um mecanismo de defesa privando-se de informações, preferindo não saber muito, por opção própria, o que pode remeter à negação da situação ou a uma forma particular de melhor enfrentá-la.

“Eu procuro perguntar tudo, para ficar por dentro mesmo do que está acontecendo comigo. Hoje mesmo comecei um tratamento, o zometa, para os ossos, então eu não sabia nada, aí eu perguntei, e a enfermeira falou que é para fortalecer, porque dá enfraquecimento, que é para não cair, então ela me explicou tudo. Para mim foi ótimo. Eles aqui são 100%, me ajudam muito mesmo. Dúvidas, medo, claro que a gente tem... é um tratamento que quando você recebe a notícia que está com essa doença, é terrível, mas com o tempo, e com eles [...]”. (P4).

“É sério [...] Meu caso é muito grave. Eles falam que minha doença está vindo muito agressiva. Então é uma doença muito perigosa, aí eles falaram que meu caso também tem que esperar”. (P3).

“[...] às vezes eu prefiro não saber muito. Sei, eu sei do que se trata, o negocio é estar do meu jeito e continuar. Prefiro deixar algumas coisas para trás”. (P2).

Quando se trata de proposta paliativa, tem-se a dificuldade de entendimento por parte da mulher, especialmente se esta tiver baixo grau de escolaridade. Contudo, saber do que se trata influencia no modo como a mulher conduz a sua rotina e seu próprio cuidado no domicílio.

“[...] ser paliativo não é nada satisfatório. Então vem muito daquela expectativa de ficar curada. Muitas mulheres não sabem o significado da palavra paliativo, às vezes o medico também não esclarece, então, você como enfermeiro acaba esclarecendo para ela, de uma maneira sutil, até mesmo em grau de cognição, se ela tem capacidade de absorver aquelas informações ou até mesmo se ela tem noção da doença. A gente lida, aqui no SUS com uma clientela que tem baixo a médio grau de escolaridade, o que influencia muito, que é diferente daquela particular, um perfil completamente distinto. Então fica um tanto quanto complicado, e o enfermeiro tem que ter esse feeling para poder saber o que a paciente sabe, o que ela consegue captar, porque tem todo um aspecto também emocional em torno de saber que é paliativo. É diferente daquela paciente que vem para fazer quimioterapia neoadjuvante e adjuvante, que tem um caráter profilático e curativo. Então, é uma abordagem de enfermagem mais delicada também, porque quando ela ainda retorna para palição, porque já realizou quimioterapia, já conhece os possíveis eventos adversos, ela já tem uma experiência possivelmente traumática ou não e ainda, no caso da recidiva de doença, essa palição pode ser um tanto quanto complicada no aspecto de doença, e até às vezes influenciar na adesão dela ao tratamento. Então, acho que a enfermeira tem que ter essa sensibilidade para poder traçar também determinados objetivos, encaminhando para outros profissionais ou não”. (E4)

“[...] gosto de orientar passo a passo para que a pessoa tenha uma noção do que acontece, e eu sempre tento falar a mesma linguagem da paciente. Então, à medida que eu anoto os dados, eu já vejo qual é o grau de escolaridade, eu troco alguns informes não específicos nessa área para saber como eu vou abordá-la, e dar orientações científicas, mas de modo que ela

compreenda. Não adianta nada eu fazer uma consulta de enfermagem altamente científica e a paciente não absorver nada, e aí não vai ter aquele feedback, eu vou estar fazendo para mim, com benefício zero para ela” (E4).

Componente 2 - Apontando facilidades na interação enfermeiro/paciente

Neste componente, valorizam-se as facilidades geradas a partir de uma boa integração entre a equipe de enfermagem, pacientes e familiares. Percebe-se a partir dos depoimentos, que por meio da boa comunicação com as enfermeiras, as pacientes se sentem mais a vontade para tirarem dúvidas, exporem seus medos e estabelecerem uma relação de confiança. Tais fatores propiciam a continuidade do tratamento e fazem com que as horas passadas no ambulatório no momento da administração da quimioterapia se tornem mais leves, com conversas, brincadeiras e risadas junto à equipe de enfermagem.

“O paciente escolhe alguém como referência no hospital e geralmente essa referência é o enfermeiro. Porque a gente tem mais contato com elas... Ela sai de uma consulta e vem atrás de você, porque ela quer ouvir de você que o que ela vai tomar está certo. Então isso não tem preço (...) te trazer uma foto de um filho, te convidar para um evento pessoal (...)” (E8)

“A gente pode perguntar tudo para as enfermeiras. As perguntas mais absurdas que você sabe que surgem... Elas ajudaram bastante, e toda vez que eu preciso, eu tenho celular particular de algumas delas que se tornaram até minhas amigas. E toda vez que surge alguma coisa nova que eu desconheça eu posso ligar que elas estão sempre prontas para isso. Na maior delicadeza e tudo.” (P5).

“(...) Tirei mais dúvida com os enfermeiros do que com os próprios médicos. Acho que você fica mais ligada neles, se acostuma, parece até que é colega. Aí você consegue, às vezes, perguntar coisas que você não pergunta para o médico”. (P6).

Embora se tente focar nas medidas para qualidade de vida em detrimento das preocupações relativas aos próximos passos do tratamento, que encaminham para a

possibilidade de uma cirurgia, por exemplo, é muito difícil identificar este tipo aceitação nos depoimentos das pacientes, que buscam alimentar a esperança a cada melhora percebida.

O processo de construção desta subcategoria e de seus componentes pode ser observado no quadro a seguir, a partir dos principais códigos preliminares identificados.

QUADRO 03: Destacando a importância da comunicação

CÓDIGOS PRELIMINARES	COMPONENTES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Conversando com a paciente sobre a quimioterapia e explicando sua finalidade (E) - Focando as orientações de acordo com o protocolo que a paciente irá fazer (E) - Abordando as medicações que serão utilizadas, os seus possíveis efeitos colaterais e os cuidados para revertê-los ou impedir que aconteçam (E) - Procurando ficar por dentro de tudo que acontece com relação a sua doença/tratamento (P) 	<p>Explicando a proposta do tratamento em prol do autocuidado</p>	<p>Destacando a importância da comunicação</p>	<p>Gerenciando o cuidado no momento da consulta de enfermagem</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Procurando facilitar a compreensão das informações através de orientações claras e objetivas (E) - Deixando a paciente falar se existe algum outro 	<p>Apontando facilidades na interação enfermeiro/paciente</p>		

<p>problema afligindo-a (E)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Percebendo que a paciente se sente mais a vontade em conversar sobre determinados assuntos com o enfermeiro (E) - Tendo a enfermagem uma linguagem de mais fácil compreensão (P) - Estabelecendo vínculos de amizade com algumas enfermeiras (P) 			
--	--	--	--

Subcategoria 1.4- Cuidando integralmente buscando a autonomia da paciente

É preciso conduzir a consulta de enfermagem de forma que a mulher compreenda a importância de desfrutar seus dias da melhor maneira possível, juntamente a adesão ao tratamento, mas que o “fazer quimioterapia” não supere o bem-estar e a qualidade de vida. Em assim sendo, se faz necessário uma abordagem capaz de identificar as suas principais necessidades, buscando sempre um cuidado integral e a autonomia desta paciente.

“Então, é possibilitar que ela consiga estar fazendo seu tratamento, que ela possa ter uma melhor qualidade de vida, no sentido de controlar tanto a doença, como os sintomas decorrentes da doença, e você tentar levar a importância de ela estar seguindo as orientações alimentares, de ela estar tomando as medicações adequadamente [...]. Para que ela possa ter uma sobrevivência digna, acho que é mais nesse sentido, de você estar possibilitando fazer o outro perceber que é possível estar fazendo esse controle da doença através da quimioterapia, mas sempre deixando também que ela perceba que os efeitos colaterais da quimioterapia não sejam maiores que seus benefícios”. (E5)

Na oportunidade da consulta de enfermagem, sendo o primeiro contato do enfermeiro com a paciente, o profissional busca identificar o quanto esta sabe sobre a proposta do tratamento atual, bem como sobre sua própria doença, para que assim, tenha um direcionamento para a abordagem. Contudo, em algumas situações o enfermeiro se depara com a recusa da paciente na realização deste tratamento, o que requer maiores esclarecimentos, principalmente por parte do médico. Assim, numa atitude de respeito ao próximo e de reconhecimento da autonomia do paciente, o enfermeiro retorna o caso ao médico para que os esclarecimentos necessários sejam realizados, considerando que não pode administrar a quimioterapia nestes casos.

“Há pouco tempo eu atendi uma paciente assim, só que não foi paliativo. Paciente adjuvante que estava cheia de dúvida ‘eu não sei por que eu vou fazer a quimioterapia, eu não quero isso’, e não parava de chorar. Voltei no médico e disse a ele que precisava discutir novamente com ela, porque eu não posso confiar a quimioterapia assim. É o momento da gente ver como que ela está lidando com isso [...]”. (E1)

Foi destacada a importância do olhar para além dos aspectos físicos relacionados aos efeitos do tratamento. Contudo, a abordagem integral pode ser comprometida pela disponibilidade de tempo do profissional, que tende a conduzir a consulta de forma mais objetiva.

“Vou dizer para você que nem sempre é possível, mas eu gostaria que fosse [...] não focar não só questões físicas, mas no emocional dela também, e com relação ao que ela entende daquele diagnóstico... quando passa para outro órgão e se torna incurável, mas que não é desesperança. Os sintomas físicos, o que ela pode esperar da quimioterapia, isso a gente normalmente faz, mas busco uma visão maior, mais ampla”. (E2)

“Não é o câncer, não é a mama, não é o tumor propriamente dito. É um ser humano com as suas necessidades de uma maneira geral. Questão de família, questão de filhos, de gravidez, às vezes até mesmo questão de trabalho, faculdade, a gente tenta se adequar também diante da nossa situação aqui de atendimento”. (E4)

O processo de construção desta subcategoria pode ser observado no quadro a seguir, a partir dos principais códigos preliminares identificados.

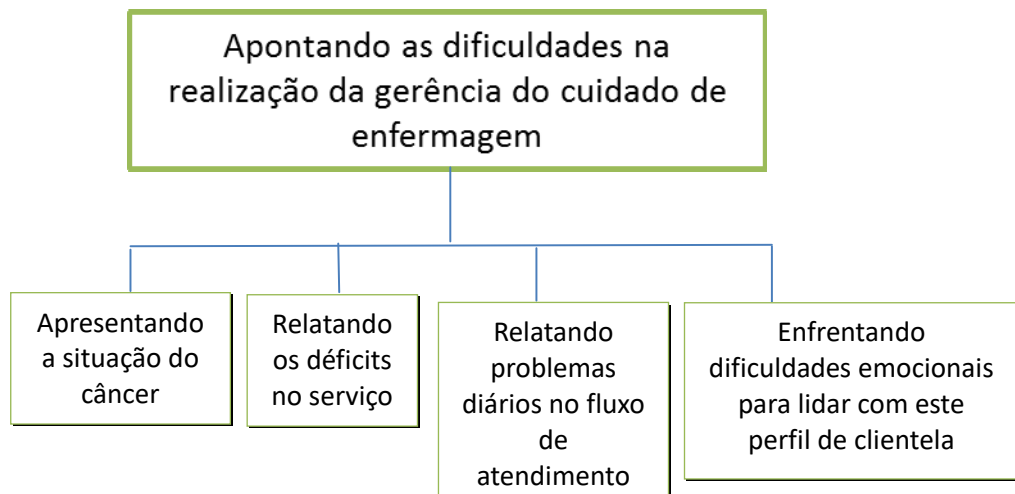
QUADRO 04: Cuidando integralmente buscando a autonomia da paciente

CÓDIGOS PRELIMINARES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Valorizando a autonomia da paciente e sua participação no processo de tomada de decisão (E) - Valorizando o bem estar e manutenção das atividades diárias, na medida do possível (E) - Estimulando para que a vida permaneça o mais normal possível para encarar o tratamento que não é tão fácil (E) - Colocando-se no lugar do outro (E) - Incentivando a manutenção da auto-estima (E) - Sendo a melhora da qualidade de vida o mais importante no tratamento paliativo (E) - Enfatizando que o bom atendimento da enfermagem é tudo, inclusive para aspectos psicológicos (P) - Recebendo força dos enfermeiros para iniciar a quimioterapia (P) 	<p>Cuidando integralmente buscando a autonomia da paciente</p>	<p>Gerenciando o cuidado no momento da consulta de enfermagem</p>

CATEGORIA 02: APONTANDO AS DIFICULDADES NA REALIZAÇÃO DA GERÊNCIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

A categoria **Apontando as dificuldades na realização da gerência do cuidado de enfermagem** é constituída por quatro subcategorias: Apresentando a situação do câncer; Relatando os déficits no serviço; Relatando problemas diários no fluxo de atendimento e; Enfrentando dificuldades emocionais para lidar com este perfil de clientela.

Diagrama 02: APONTANDO AS DIFICULDADES NA REALIZAÇÃO DA GERÊNCIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM



Esta categoria apresenta as diferentes dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro na adequação da gerência do cuidado, como a alta demanda de pacientes relacionada à situação do câncer no Brasil e às falhas no serviço, como os déficits de recursos humanos e de estrutura, que podem gerar um atendimento desumanizado, com longas esperas. Tais aspectos foram separados nas subcategorias, que serão apresentadas a seguir.

Subcategoria 2.1- Apresentando a situação do câncer

Apesar de existirem diversos tipos de tratamento para o câncer de mama, a grande maioria das pacientes se depara com a situação da palição. O que tem

acontecido, é que a maior parte das mulheres que chegam ao setor para iniciarem o tratamento, já está fora de possibilidades terapêuticas para a cura, sendo a quimioterapia empregada para tentar garantir a qualidade de vida e o controle da doença.

“Olha, é muito triste, porque a mídia o tempo todo aborda que o câncer de mama tem cura. Sei que o câncer de mama quando diagnosticado precocemente tem cura, mas na verdade você vê que nessa condição cerca de 10% das pacientes que você trata são neoadjuvantes, ou seja, tem realmente chance de cura, o restante é tudo paliativo. Já chegam com quadro muito avançado e você tem pouco a oferecer. A maior parte é paliativa”. (E3).

A situação atual da alta demanda de mulheres com câncer de mama avançado que chegam à unidade, evidencia também a problemática do déficit de recursos humanos, influenciando no tempo disponível entre o enfermeiro e a paciente, como por exemplo, no momento da consulta de enfermagem.

“Acho que o ponto negativo é que às vezes o volume de trabalho é tão grande que a coisa acaba sendo um pouco mais corrida. Acho que isso às vezes dificulta, fica sendo um cuidado um pouco mais superficial. Você quer conversar, evoluir, falar com a paciente, mas às vezes acaba fazendo tudo mais rápido [...]. O volume de trabalho [...], eu não sei, acho que não tem jeito, entra paciente mesmo, e a gente está sempre tentando ajustar a agenda, mas acho que isso não tem muita solução”. (E1)

O processo de construção desta subcategoria pode ser observado no quadro a seguir, a partir dos principais códigos preliminares identificados.

QUADRO 05: Apresentando a situação do câncer

CÓDIGOS PRELIMINARES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Considerando que os fatores de risco estão expondo as mulheres mais jovens ao desenvolvimento do câncer de mama (E) - Aumentando anualmente o número de atendimentos pela situação epidemiológica do câncer de mama (E) - Recebendo pelo menos 80% das pacientes com proposta paliativa (E) - Havendo a recidiva da doença (P) - Apresentando metástases em outros órgãos (P) - Estando a doença numa forma muito agressiva (P) 	<p style="text-align: center;">Apresentando a situação do câncer</p>	<p style="text-align: center;">Apontando as dificuldades na realização da gerência do cuidado de enfermagem</p>

Subcategoria 2.2- Relatando os déficits no serviço

Esta subcategoria relaciona os déficits apresentados no setor, que tem consequência direta na qualidade do atendimento de enfermagem, no tempo de espera da paciente para administração da quimioterapia e na qualidade de vida do próprio profissional, que além de não oferecer a assistência da forma como gostaria, sofre pela falta de tempo para si mesmo, e com as agressões vindas de acompanhantes, ou mesmo dos próprios pacientes.

“(...) a paciente é de 8 horas, e já são 9 horas e ela não entrou, mas ela não entrou porque o farmacêutico atrasou para começar a liberar o medicamento. Então, eu coloquei a paciente no horário, mas eu não posso tirá-la enquanto ela não fizer o tratamento. Então, eu começo a ter o efeito dominó. Aí, o acompanhante fala ‘poxa, mas isso é um absurdo’, começa a instigar. Nós já sofremos aqui agressões verbais e quase físicas de acompanhantes, e por conta disso, ocorreram algumas mudanças em relação à permanência deles aqui” (E8).

“Temos déficits não só de recursos humanos, mas físicos também. Essa estrutura não comporta tanto atendimento. Às vezes a gente usa a cadeira de rodas e a maca de emergência. E estamos numa referência nacional [...]. São 10 cadeiras, e a gente cresceu muito. A gente tem pacientes com reação anafilática que acabam ocupando por mais tempo a cadeira do que a gente previa, não dá. Não é só humano não. Humano é o que a gente mais sente falta, mas também precisa de uma melhoria física”. (E2)

“Nós temos muitos pacientes para serem atendidos. Quando eu vim para cá a gente atendia 35-40 pacientes/dia, agora estamos atendendo 60-65 com o mesmo número de poltronas. Então, por exemplo, a gente não pode achar que o problema é só a poltrona, teria que aumentar o espaço físico”. (E3)

Além dos problemas estruturais e dos déficits de recursos humanos, existe uma grande dificuldade para as pacientes em realizar exames, que mesmo que de urgência, demoram meses para serem marcados. Este fato pode atrasar a confirmação de um diagnóstico e conseqüentemente, o início do adequado tratamento.

“Primeiro problema foi que foi muito complicado para entrar aqui, mas depois fui bem assistida. E aqui tudo é bem demorado, os exames são bem demorados. Inclusive, acho que isso prejudica muito o tratamento. Você vai marcar um exame que é de urgência e aí marca para daqui a um mês, dois meses. Então é complicado [...] mas fora isso, não tenho do que reclamar não”. (P1).

“Exames feitos em outra unidade... paciente em cuidados paliativos, fazendo quimioterapia paliativa, com doença avançada, tem que sair de um lugar para fazer exame em outro. Cintilografia é feito num lugar, ressonância é feita no HC1, aqui só faz tomografia, um aparelho só que quando quebra fica tudo parado; ecocardiograma tem que se fazer de tempos em tempos, e não tem médico para fazer. Isso tudo tinha que ser melhorado, a dinâmica deveria ser revista. O que eu percebo é que se matricula um monte de gente, mas será que dá conta? Porque você matricula pessoas novas, mas tem que lembrar que já tem várias em tratamento, e aí vai vir mais gente, e isso só aumenta, um aumento progressivo, e que não vai parar. (E7)

Outro obstáculo enfrentado pelos enfermeiros e que afeta diretamente o paciente no momento da administração da quimioterapia é a falta de um espaço adequado para oferecer conforto à mulher. A quimioterapia é cercada de medos e tabus, por isso, é importante que a mulher esteja relaxada no momento da administração, especialmente, para que efeitos colaterais não sejam influenciados por aspectos psicológicos.

“(...) aqui a paciente só pode levantar a perna, não tem como você deitar a cadeira porque é encostada na parede, se você puxar a cadeira ela é muito pesada, e aí você vai se machucar, e daqui a pouco você tem um problema de coluna, então tudo errado”.

Apesar das diversas dificuldades apresentadas, sofridas tanto pelas pacientes, como pela equipe de enfermagem, os profissionais fazem o possível para garantir um atendimento adequado, humanizado e individualizado. Atendimento, este, que mesmo que em curto tempo, priorize um cuidado integral visando atender as necessidades de cuidado dessas pacientes.

“Pode parecer às vezes que é um tratamento meio robotizado, mas não é que seja robotizado, é meio agilizado, porém a gente também filtra as necessidades, tentando ver a objetividade, porque você sabe que toda a assistência, ou toda a abordagem tem que ver a clareza, e às vezes você tem que ir puxando para que o negócio caminhe e não

desvirtue do que tem que ser. Mas a gente recebe até muitos elogios, elogios não só com relação à questão profissional, como com a questão humana também". (E4)

O processo de construção desta subcategoria pode ser observado no quadro a seguir, a partir dos principais códigos preliminares identificados.

QUADRO 06: Relatando os déficits no serviço

CÓDIGOS PRELIMINARES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Limitando a abordagem à paciente em decorrência do controle do pouco tempo (E) - Sendo o volume de trabalho e escassez de tempo, fatores que intranquilizam o ambiente de trabalho (E) - Declarando ser desumano para a enfermagem o atendimento de 60 pacientes por dia (E) - Não sendo compatível o fluxo de atendimentos com a estrutura física (E) - Trabalhando sob tensão para dar conta dos atendimentos (E) - Tendo que ser tudo com tempo controlado para que tudo seja feito no decorrer do dia (E) - Intervindo menos do que gostaria (E) - Podendo apresentar problemas ergonômicos devido às dificuldades 	<p>Relatando os déficits no serviço</p>	<p>Apontando as dificuldades na realização da gerência do cuidado de enfermagem</p>

imposta pelo espaço físico; (E) - Queixando-se dos longos prazos da Instituição, como a demora dos exames (P) - Sendo a demora prejudicial ao tratamento (P)		
--	--	--

Subcategoria 2.3- Relatando problemas diários no fluxo de atendimento

Diante da grande demanda de atendimentos, e exigências particulares com relação ao tempo necessário para realização de cada protocolo de quimioterapia, existe uma dificuldade atual para organizar o fluxo de atendimento. Este fator pode gerar atrasos e estresse entre todos os envolvidos, e os enfermeiros destacam o estresse gerado pelos acompanhantes. Além desta dificuldade diária, existem situações imprevisíveis que demandam encaixes na agenda do dia, ocasionando maior sobrecarga.

“Bom, a nossa agenda de atendimentos é diária, e ela tem uma distribuição, uma grade, onde a gente conta com o número de poltronas disponíveis. Então, por exemplo, temos 10 poltronas, então, a gente marca um paciente para cada poltrona levando em consideração o tempo do protocolo. Então, por exemplo, poltrona 01 nós vamos colocar uma paciente para receber zometa, então a gente sabe que aquela medicação leva meia hora, assim posso marcá-la às 9h e dar sequência marcando outra paciente às 10h. Mas, se eu marcar na poltrona 02 uma paciente para fazer taxoter e, que leva 3h, às 9h da manhã, eu só vou poder marcar outra pessoa nessa poltrona por volta de 12h-13h. Dessa maneira que é feito. Pelo tempo de protocolo e pela disponibilidade da poltrona”. (E3)

“Tem pessoas que tem reações durante a quimioterapia, então você fez uma programação para ela ocupar aquela poltrona por 2 horas e ela já está há 3, 4 horas, às vezes 5 horas”. (E4)

“[...] nosso agendamento tem que melhorar para que seja mais tranquilo, para não atrasar tanto na aplicação. A nossa maior queixa hoje é o atraso na hora de atender, e isso não é bom para a paciente em tratamento, para nenhum paciente é bom”. (E6)

“Então você vem para cá, às vezes você tem que passar o dia todo aqui, nem sempre você tem previsões, tem vezes que você chega aqui 6-7h da manhã, porque ainda tem os exames, e sai daqui 5 horas da tarde. Quer dizer, seu emocional mexe bastante”. (P9)

O processo de construção desta subcategoria pode ser observado no quadro a seguir, a partir dos principais códigos preliminares identificados.

QUADRO 07: Relatando problemas diários no fluxo de atendimento

CÓDIGOS PRELIMINARES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Afirmando que o agendamento e marcação de consultas não é organizado (E) - Realizando a marcação de acordo com o tempo de cada protocolo de quimioterapia e pela disponibilidade da poltrona (E) - Podendo ter alteração na quimioterapia ou suspensão após a passagem da paciente pela consulta médica, alterando agenda da quimioterapia no dia (E) 	<p>Relatando problemas diários no fluxo de atendimento</p>	<p>Apontando as dificuldades na realização da gerência do cuidado de enfermagem</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Tendo algumas brechas e também encaixes (E) - Não dependendo só da enfermagem, mas também da farmácia (E) - Tendo que melhorar o agendamento para ter um atendimento mais tranquilo e menos atraso na aplicação (E) - Sendo a maior queixa das pacientes o atraso no atendimento (E) - Queixando-se de passar o dia todo na instituição no aguardo da quimioterapia (P) - Reclamando com a espera e atraso no atendimento (P) - Afirmando que a organização poderia ser melhor(P) 		
---	--	--

Subcategoria 2.4- Enfrentando dificuldades emocionais para lidar com este perfil de clientela

Evidenciou-se no decorrer das entrevistas, que mesmo com anos de experiência no tratamento quimioterápico, algumas enfermeiras ainda tem grandes dificuldades em lidar com a palição. Muitas sofrem com a situação apresentada pelas pacientes, que muitas vezes são jovens, não viveram tudo que gostariam de viver e nem passaram por todas as experiências que sonharam para sua vida. Sendo assim, pela empatia com cada paciente, justamente por se colocarem no lugar do outro, até os dias atuais, estas questões trazem sentimento de grande tristeza para as profissionais.

“[...] É horrível. Até hoje eu não lido bem com isso, eu fico triste, eu acabo me envolvendo um pouco. Eu acabo lendo a história e daqui a pouco eu já estou envolvida demais. Quando a paciente some daqui, e você percebe que é tratamento paliativo, já imagina que não está mais viva. Às vezes eu procuro saber no andar se internou. Quando está lá vou visitar, porque eu gosto de criar vínculo. Porque é muito triste já chegar no hospital num estágio tão avançado, às vezes tão jovem, até mais nova do que eu, com filho pequeno. E você acaba se colocando no lugar daquela pessoa. Eu acho que é muito triste você ver a sentença de morte na sua frente assim”. (E7)

“Eu fico muito impactada, às vezes eu pego o prontuário, eu leio o prontuário antes de ver a paciente, aí eu dou uma olhada ali no hall para ver quem é, aí eu dou uma respirada e chamo alguém da equipe para falar ‘ai meu Deus, de novo. Eu tenho uma dificuldade muito grande com pacientes jovens. A paciente jovem me impacta muito, então eu tenho que me controlar até para que eu possa tentar passar para ela que tem muita coisa. Então, eu não proíbo as minhas pacientes de paliativo de nada, eu falo que ela tem que namorar mesmo, tem que sair mesmo, tem que passear, e o que ela vai ter é mais cuidado com ela, mas para mim é muito difícil receber uma paciente muito jovem em paliativo porque eu acho que você acaba de alguma forma, você é empática a isso, você se coloca no lugar do outro e fala ‘meu deus eu já vivi tanta coisa em tão pouco tempo e essa pessoa talvez não possa viver isso tudo que eu já vivi’, então essa situação é muito difícil, às vezes vou para casa pensando na paciente, e isso é ruim. Eu levo e fico pensando naquela história e aí começam as neuras que você tem também ‘meu deus eu podia estar com isso’ e aí qualquer coisa que aparece você pensa... é uma paranoia mesmo. (E8)

A faixa etária das mulheres acometidas por câncer de mama atualmente é uma característica observada pelas enfermeiras, que despertam sentimentos de vulnerabilidade própria e afetam questões emocionais, que muitas vezes, interferem no estabelecimento das relações.

“Atualmente a faixa etária da mulher com câncer de mama está cada vez menor. Quer dizer, a vida desenvolvida atual, onde os fatores de risco estão mudando também, as mulheres estão cada vez mais cedo contraindo câncer de mama. Então a gente vê mulheres cada vez mais jovens, com 20, 25, 30 anos. Pessoas muitas vezes mais novas ou da mesma idade que eu, que ate décadas atrás era considerada uma doença de meia idade ou de idade avançada. [...]. Então hoje em dia você vê pessoas jovens que ainda não casaram, não tiveram a primeira gravidez, que ainda não são mães ou senão

são mães com filhos pequenos. Então quando vem a questão da palição é um choque muito grande, porque você sabe que é uma situação que não tem mais retorno [...]. Então você fica realmente mais sensibilizada [...]. É triste você ver esse tipo de coisa, e a pessoa ter também a autoimagem totalmente transformada, desfigurada durante esse processo que acaba normalmente com o óbito. Então é muito triste. A gente tenta dar forças, logicamente, porque a gente tem que dar de acordo com essa progressão da doença, mas a partir do momento que ela não está tendo resposta aos protocolos, as chances vão diminuindo, e aí realmente fica uma coisa mais traumática". (E4)

O processo de construção desta subcategoria pode ser observado no quadro a seguir, a partir dos principais códigos preliminares identificados.

QUADRO 08: Enfrentando dificuldades emocionais para lidar com este perfil de clientela

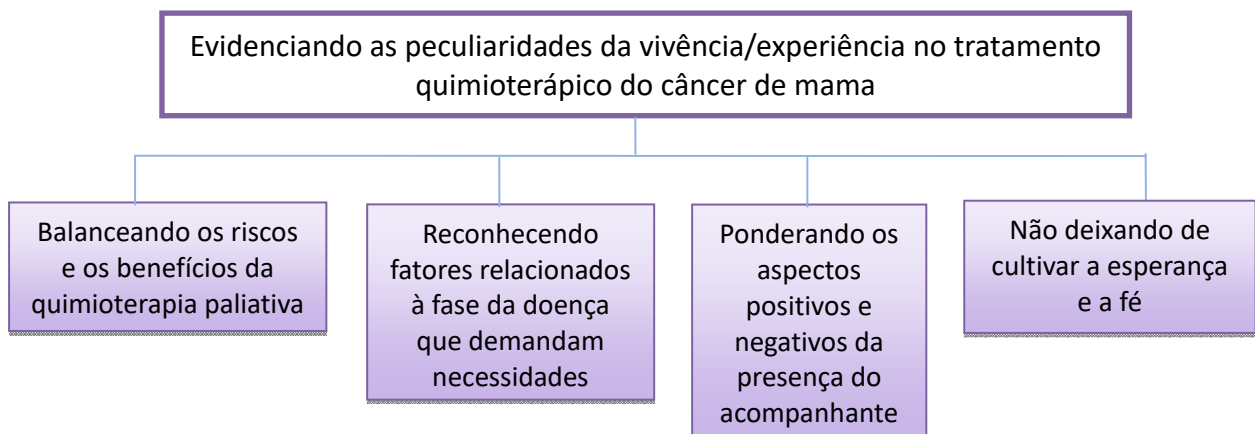
CÓDIGOS PRELIMINARES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Comparando a situação consigo mesma, demonstrando sua própria vulnerabilidade (E) - Não tendo esse tipo de estrutura, de treinamento, de maneira de lidar diferente (E) - Sendo triste ver este tipo de coisa (E) - Ficando mais sensibilizada ao atender uma paciente em cuidado paliativo (E) - Sendo muito impactada pelos casos de pacientes jovens (E) - Tendo que manter o autocontrole para tentar 	<p>Enfrentando dificuldades emocionais para lidar com este perfil de clientela</p>	<p>Apontando as dificuldades na realização da gerência do cuidado de enfermagem</p>

ajudar a paciente da melhor forma possível (E) - Imaginando que a paciente faleceu quando deixa de comparecer ao ambulatório (E) - Considerando ser mais triste quando a paciente é jovem (E)		
---	--	--

CATEGORIA 03: EVIDENCIANDO AS PARTICULARIDADES DA VIVÊNCIA/EXPERIÊNCIA NO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO DO CÂNCER DE MAMA

A categoria **Evidenciando as particularidades da vivência/experiência no tratamento quimioterápico do câncer de mama** é constituída por quatro subcategorias: Balanceando os riscos e os benefícios da quimioterapia paliativa; Reconhecendo fatores relacionados à fase da doença que demandam necessidades; Ponderando os aspectos positivos e negativos da presença do acompanhante; e Não deixando de cultivar a esperança.

Diagrama 03: EVIDENCIANDO AS PARTICULARIDADES VIVÊNCIA/EXPERIÊNCIA NO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO DO CÂNCER DE MAMA



Esta categoria apresenta uma exposição dos depoimentos dos participantes do estudo com relação aos riscos e benefícios da quimioterapia paliativa, seja na perspectiva do enfermeiro ou da paciente, que muitas vezes, alimenta-se de esperança e fé. Além disso, retrata peculiaridades da proposta de tratamento que podem resultar num perfil diferenciado de clientela a ser assistida, considerando as fragilidades e complicações da própria doença. Tais aspectos foram separados nas subcategorias, que serão apresentadas a seguir.

Subcategoria 3.1- Balanceando os riscos e os benefícios da quimioterapia paliativa

Em muitas situações, sustentados pela experiência prática, os enfermeiros puderam testemunhar pioras significativas da condição clínica de mulheres com câncer de mama avançado e que iniciaram o tratamento com proposta paliativa. Mas por outro lado, o contrário também pôde ser observado, assim como no depoimento de pacientes que sentiram a melhora física e psicologicamente. Assim, esta subcategoria vai ao encontro das dificuldades identificadas em literatura para reconhecimento do paciente em cuidados paliativos e indicações de medidas terapêuticas para controle de sintomas e promoção de qualidade de vida, como no caso da quimioterapia.

“Olha, para mim a quimioterapia está sendo ótima. Porque antes, nesses dois meses antes do tratamento, eu estava muito mal. Aí depois que eu comecei o tratamento minha vida mudou para melhor. Meu Deus, 100% melhor! [...] Ah, eu estava debilitada, eu não conseguia andar, muito cansaço, sentia dores no seio, não comia, e tudo que eu comia eu vomitava. E quando eu comecei o tratamento, passou tudo isso, e eu tinha medo de depois do tratamento ser assim, e graças a Deus depois do tratamento eu não tive reação nenhuma, só melhorei, graças a Deus.” (P4).

“Agora estou de cadeira de rodas. Primeiro foi a muleta, depois até comecei a andar de novo, mas agora por causa desse problema estou

de cadeira de rodas. A minha vida mudou bastante, porque o que antes fazia, hoje não posso fazer muitas das coisas. Hoje está muito diferente, comida, rotina [...]. Ainda mais que eu tenho uma filha de 4 anos, aí também afeta um pouco, porque não dá para cuidar dela direito. Estou precisando de ajuda da minha mãe [...]” (P3).

“Levando em consideração o caráter da quimioterapia paliativa, eu diria que ela traz benefícios sim, eu diria numa proporção de 60% de benefícios e 40% de malefícios [...] e muitos pacientes chegam a piorar. Mas, às vezes a gente vê paciente que chega aqui numa cadeira de rodas, sem conseguir se mobilizar sozinha, e com o início do tratamento já volta numa próxima vez de bengala [...]. Isso tudo depende muito de como o paciente está. Porque a gente pode ter um paciente que está fazendo um tratamento paliativo, mas com boa condição clínica, com PS 1. E pode ter aquele que mesmo sem fazer quimioterapia, sem sofrer os efeitos colaterais, a performance está lá embaixo. Então, isso depende muito da união dessas duas coisas, a ocorrência dos efeitos colaterais e a performance do paciente”. (E3)

Na avaliação dos riscos e benefícios da quimioterapia, foi comum observar nos depoimentos que o enfermeiro mantendo contato direto com a paciente, e acompanhado a evolução do caso a cada ciclo, evidencia alterações no quadro clínico geral da mesma, que podem levar à suspensão da quimioterapia naquele determinado dia. Assim, o estabelecimento de um canal de comunicação com o médico é fundamental, além do seu senso crítico e raciocínio diagnóstico.

“Hoje mesmo uma paciente veio fazer quimioterapia e parecia que ela não tinha a mínima condição para isso. Aí avaliei, chamei o médico para reavaliação do caso e ver se tinha realmente condições”. (E1)

“Se é um paciente que passou pela consulta médica, mas que naquele momento ele não apresentou nenhuma anormalidade que justificasse ao médico suspender, mas quando ele chega aqui no dia seguinte, por exemplo, está dispnéico, pálido, sudoréico, mal conseguindo verbalizar [...]. Eu não vou liberar esse paciente para fazer quimioterapia. Eu vou verificar todos os sinais vitais dele, vou tentar fazer uma ausculta pulmonar, uma ausculta cardíaca e

com os conhecimentos técnico-científicos que nós temos, a gente pode dizer se ele está em condições ou não. Só que para suspender, a gente leva todos esses dados que a gente obteve ao médico, e ou ele suspende de acordo com o que nós estamos falando, ou ele pede para avaliar, examinar o paciente e aí sim suspende”. (E3).

Por mais que os benefícios da quimioterapia superem os malefícios, como foi relatado por algumas pacientes, para elas, ficam marcadas algumas reações adversas comuns da quimioterapia. A perda do cabelo, por exemplo, foi relatada por praticamente todas as pacientes como a pior parte do tratamento, como pode ser observado nos depoimentos que se seguem.

“(...) o mais importante, que foi o meu câncer ter diminuído, porque obtive um resultado muito bom. Então, a parte positiva foi essa. Que embora, tenha tido várias coisas de ruim, por queda de cabelo e tantas outras coisas, a parte mais positiva é a regressão do câncer.” (P10)

“Os principais problemas são encarar a perda do cabelo, que isso para a mulher é uma parte muito difícil, mexe com psicológico da mulher, com o físico, com tudo, no geral. Então, a parte pior é mesmo a característica de ficar careca (...), mas só isso.” (P10)

“O que mais me incomodou foi o cabelo, eu só chorei mais pelo cabelo, até hoje eu sinto pelo cabelo” (P5).

“Da primeira vez a gente leva o susto, tem a queda dos cabelos, aquilo ali é um absurdo, mas eu acabei superando.” (P9)

O processo de construção desta subcategoria pode ser observado no quadro a seguir, a partir dos principais códigos preliminares identificados.

QUADRO 09: Balanceando os riscos e os benefícios da quimioterapia paliativa

CÓDIGOS PRELIMINARES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Avaliando junto a equipe médica as condições da paciente fazer a quimioterapia (E) - Sendo a resposta aos quimioterápicos com proposta paliativa variável de paciente para paciente (E) - Percebendo a piora do quadro clínico da paciente e aumento do grau de dependência em casos de quimioterapia paliativa (E) - Variando os efeitos adversos com particularidades da paciente, como alimentação, higiene, uso de medicamentos e estado emocional (E) - Tendo a vida parado por causa do tratamento(P) - Afirmando que o tratamento abala toda a estrutura psicológica (P) - Sendo o maior incômodo até os dias atuais, a perda do cabelo (P) - Obtendo melhora de todos os sintomas após o início do tratamento (P) - Trazendo como ponto positivo e mais importante do tratamento, o controle do câncer (P) 	<p style="text-align: center;">Balanceando os riscos e os benefícios da quimioterapia paliativa</p>	<p style="text-align: center;">Evidenciando as vivência/experiência no tratamento quimioterápico do câncer de mama</p>

Subcategoria 3.2- Reconhecendo fatores relacionados à fase da doença que demandam necessidades

Esta subcategoria ilustra as particularidades inerentes ao câncer de mama avançado. Além disso, muitas vezes, a paciente retorna à unidade de saúde diante da recidiva do mesmo, o que afeta ainda mais seu psicológico, resultando em mudanças na rotina, com interrupção de planos e interferências nas expectativas com relação à vida. Assim, o enfermeiro deve reconhecer tais particularidades para melhor atender as necessidades desta mulher, o que se concretiza, especialmente, por meio da comunicação, e do interesse em se envolver com o contexto de vida da mulher e seu momento.

“Quando a paciente chega para gente ela está muito espoliada, quando é para tratar como paliativo. É diferente da paciente que vem fazer tratamento neoadjuvante ou adjuvante. A expectativa da paciente já é diferente, porque já está muito cansada, a doença mesmo já está avançada. E aí ela traz uma carga negativa já de tristeza em si, de tudo o que a doença acarreta. Então, eu tento acolher. Minha estratégia principal é o acolhimento dessa paciente, tentar deixá-la falar o máximo possível, das suas necessidades, ouvir o que ela tem a dizer”. (E6).

“O paciente está debilitado, fragilizado, então o bom atendimento da enfermagem é tudo, até pelo aspecto psicológico mesmo. Então, se não for bem atendido aqui é complicado, já que a situação é muito difícil [...]. Aqui as meninas da enfermagem são bem legais, mas já passei por situações da enfermagem ser muito mal humorada [...]; e você já está passando por uma situação difícil, e ser tratado assim é complicado. O atendimento da enfermagem é tudo. Se você for bem atendido, com paciência, você se sente até melhor mesmo, bem mais amparado. Porque essa situação abala psicologicamente a estrutura toda [...]. Na primeira vez que fiz quimioterapia não parei de trabalhar, mas agora não estou conseguindo trabalhar, pelo psicológico mesmo. Minha vida virou de pernas para o ar. Anda meio parada. Estou esperando os exames agora para ver o resultado, para dar continuidade à minha vida, porque perdi um ano”. (P1).

Por se tratar da fase da doença avançada, o enfermeiro se coloca numa posição de modo a apoiar a paciente no decorrer da quimioterapia paliativa, baseado na empatia. Sendo assim, o enfermeiro vai tornando-se íntimo da paciente, e estreita a relação a cada ida da mesma ao ambulatório, conhecendo a família e vivenciando histórias que se tornam quase familiares. Deste modo, o enfermeiro fica mais sensibilizado no tratamento a estas pacientes, tendo uma forma profissional e ao mesmo tempo afetiva para lidar com certas situações.

“Acho que a primeira coisa quando você lida com essas pacientes, independente da situação, dos problemas, é você tentar ter uma proximidade, se mostrar solícita, e mostrar que aquilo ali é importante, que você está do lado dela, ajudando, procurando que ela não perca tanto a autoestima [...]. Então é preciso incentivar que ela não perca sua identidade, mostrar para ela que ela pode estar se cuidando, fazendo as coisas dentro das limitações. Então, acho que essa amizade, essa afinidade, que muitas vezes é individual. É você tentar se colocar sempre ao lado, escutando o que ela tem a dizer, já é a primeira atitude”. (E5)

Diante da consciência dos princípios de uma proposta de tratamento que visa a palição, os enfermeiros valorizaram suas abordagens buscando focar na qualidade de vida e no conforto da paciente. Assim, precisam estar atentos de que forma a quimioterapia e suas toxicidades podem estar interferindo em tais aspectos e estabelecer condutas que possam minimizá-las.

“Ela não precisa tolerar tanto uma toxicidade tão alta, é exatamente isso, eu não preciso expor essa paciente a um regime tão tóxico a partir do momento que eu não vejo a cura. Então, isso se torna mais gritante para mim. Se ela tem uma toxicidade importante, para mim é muito importante avaliar e resolver a queixa antes de tudo, do que simplesmente liberá-la para quimioterapia. Eu amplio minha visão com relação a todos os aspectos da qualidade de vida para ver se ela está tendo uma funcionalidade legal, com mais afinco do que eu faria com uma paciente com quimioterapia curativa. Para mim, às vezes é mais

importante ver o sintoma, fazer ela se sentir melhor e adiar essa quimioterapia, do que fazer o tratamento de qualquer jeito". (E2)

O processo de construção desta subcategoria pode ser observado no quadro a seguir, a partir dos principais códigos preliminares identificados.

QUADRO 10: Reconhecendo fatores relacionados à fase da doença que demandam necessidades

CÓDIGOS PRELIMINARES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Chegando para o tratamento paliativo já espoliada (E) - Trazendo uma carga negativa de tristeza e de tudo o que a doença acarreta (E) - Observando a paciente em tratamento paliativo de forma mais cuidadosa, mais frágil (E) - Observando o comprometimento da mobilidade da paciente que está em quimioterapia paliativa (E) - Sentindo-se frágil (P) - Caindo em depressão no início do tratamento(P) - Sendo terrível receber o diagnóstico de câncer (P) - Dizendo que a vida mudou muito por causa das limitações impostas pela doença (P) - Tendo ficado muito tempo sem andar por causa da metástase óssea (P) 	<p>Reconhecendo fatores relacionados à fase da doença que demandam necessidades</p>	<p>Evidenciando as particularidades da vivência/experiência no tratamento quimioterápico do câncer de mama</p>

Subcategoria 3.3- Ponderando os aspectos positivos e negativos da presença do acompanhante

Por ser um ambulatório de quimioterapia, é permitido que as pacientes cheguem acompanhadas de seus parceiros, familiares e acompanhantes para a consulta de enfermagem de primeira vez, podendo estes, circularem livremente pelo setor. Entretanto, durante a administração da quimioterapia em si, a permanência desses acompanhantes não é permitida pela falta de espaço no local, precisando que aguardem numa sala de espera, que muitas vezes, tem grande circulação de pessoas.

Foram destacados aspectos positivos e negativos relativos à presença do acompanhante neste ambiente, como por exemplo, respectivamente, ao colaborarem nesta fase do tratamento, ou sendo fontes geradas de estresse, diante de problemáticas vivenciadas no contexto relacionadas às possibilidades de atrasos no atendimento, o que acaba por tumultuar ainda mais o ambiente de trabalho.

“O acompanhante é uma faca de dois gumes, ele tanto pode te ajudar como pode atrapalhar o seu serviço ou até mesmo o paciente. Às vezes o paciente está muito bem, e aí tem acompanhantes que são negativos. Não só negativos em termos de influenciar o paciente, como de apressá-lo, porque querem ir embora. Mas aqui, como a nossa demanda é muito grande, trabalhamos com esse agendamento, e sempre enfatizo ao paciente que isso é apenas um planejamento, não quer dizer que ela estando marcada às 9h da manhã, que ela vá entrar exatamente às 9h. E às vezes um acompanhante vem, mas ele tem outros afazeres, então começa aquela pressão em cima do paciente que acaba pressionando a gente. A gente trabalha numa tensão muito grande em termos de dar conta desse atendimento todo”.
(E4)

“(...) ter um acompanhante é fundamental. Uma pessoa que realmente possa ajudar essa paciente, não tem como não ter. Mas mais de um, não tem essa necessidade. Aqui a gente está restringindo que o acompanhante permaneça, porque acabam os acompanhantes sentados e os pacientes em pé, as pessoas não se conscientizam. Acabam comendo o lanche que a nutrição manda para os pacientes e

a gente não tem como controlar isso. Aí acaba acontecendo um estresse ou outro, mas lá dentro o acompanhante pode entrar quantas vezes quiser, só não pode permanecer, pela estrutura física mesmo, do hospital todo.” (E5)

Apesar dos problemas citados, é inegável a importância de um acompanhante para esta mulher, que chega muitas vezes com uma grande tristeza, e necessita desse apoio de familiares e amigos. Além disso, no caso de pacientes com dificuldades de deambulação ou em cadeira de rodas, o acompanhante também pode auxiliar a equipe de enfermagem na mobilização dessas, como para levá-las ao banheiro ou colocá-las na poltrona de administração da quimioterapia.

“Na verdade não pode ficar nenhum acompanhante aqui dentro da sala. Pela estrutura física da sala de quimioterapia, não tem como ter acompanhante, o espaço é muito pequeno, as cadeiras são muito próximas uma das outras, e não teria como por uma cadeirinha, ou um banco para o acompanhante sentar. A gente tem dificuldade de entrar entre uma cadeira e outra, imagina se tivesse acompanhante sentado do lado. Aqui não tem estrutura para isso. Eu sei que seria bom, até como apoio emocional se tivesse, um acompanhante, igual nas clínicas particulares, mas aqui não tem como por conta da estrutura física. Não que o acompanhante nos atrapalhe, acho até que ajuda, porque quando a gente precisa de alguma coisa, a gente vai lá e chama o acompanhante para dar uma água, para oferecer alguma coisa, para ir ao banheiro.” (E7)

“A questão é o nosso espaço físico, que não comporta a quantidade de acompanhantes (...). Eu gostaria de poder ter mais de um, que viesse até para a gente poder trocar informações, porque eles fazem parte do tratamento também, o acompanhante, a família, tem que participar, porque às vezes o paciente esquece de falar algumas coisas, o que ele sentiu, e então a gente precisa do acompanhante em algum momento”. (E6)

“Eu estou enfrentando bem, graças a Deus meu marido e minha família são legais comigo, me dão a maior força. Sempre ele vem comigo, quando é o dia da quimioterapia ele nunca me deixa só. Em casa sempre temos reunião de amigos. Eu estou encarando legal, é uma força que nem eu sei aonde encontrei. Me senti muito frágil no início, tive um pouco de depressão, mas no final eu vi que a vida é mais importante, lutar pela vida é mais importante”. (P2)

“Meu marido é a pessoa que mais me ajuda. A primeira pessoa em tudo é ele. Ele já largou tudo e está lá sentado me esperando” (P9)

O processo de construção desta subcategoria pode ser observado no quadro a seguir, a partir dos principais códigos preliminares identificados.

QUADRO 11: Ponderando os aspectos positivos e negativos da presença do acompanhante

CÓDIGOS PRELIMINARES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Limitando o paciente ao expressar sua situação no momento da consulta (acompanhante) (E) - Reconhecendo que o excesso de acompanhantes pode ser prejudicial, principalmente pelo pouco espaço do ambulatório (E) - Reconhecendo que presença do acompanhante pode ser boa ou ruim, ajudando ou atrapalhando o serviço ou até mesmo a paciente (e) - Tendo acompanhantes que não parecem de fato assumir este papel (E) 	<p>Ponderando os aspectos positivos e negativos da presença do acompanhante</p>	<p>Evidenciando as particularidades da vivência/experiência no tratamento quimioterápico do câncer de mama</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Percebendo o sofrimento do acompanhante também (E) - Julgando que a presença do acompanhante pode ter pontos positivos e negativos (E) - Informando ser importante a presença da família na consulta de enfermagem (E) - Recebendo apoio da família (P) 		
--	--	--

Subcategoria 3.4- Não deixando de cultivar a esperança e a fé

Esta subcategoria apresenta a necessidade de se fortalecer na esperança e na fé, mesmo diante de um prognóstico sombrio. Contudo, é evidenciada a dificuldade de enfrentamento por parte do enfermeiro e da paciente mediante o sentimento de tristeza, e muitas vezes, de impotência.

“Ah, é triste. A princípio o que dizer de muita esperança de vida, mas eu tento dar muita força, tento passar muita positividade, pensar em qualidade de vida, que é o que a gente foca mais no paliativo, que é melhorar a qualidade de vida da paciente, e tentar nunca trazer prejuízos para a saúde. Mas é muito triste, eu acho. Mais difícil de lidar que qualquer outro tratamento”. (E6).

“É difícil, só indo para a igreja mesmo, rezando muito. E estou seguindo o que eles pedem. O que eles mandam fazer eu estou fazendo tudo, e só na igreja mesmo, tendo fé. É muito difícil [...]”. (P3).

“[...] dou sempre uma esperança. Eu não gosto de falar, mesmo que eu esteja vendo que a quimioterapia não está sendo 100% eficaz e que está tendo progressão da doença, eu não gosto de falar, às vezes, de uma maneira aberta ou muito franca, porque o emocional,

por incrível que pareça, influencia demais na progressão da doença, na questão da evolução para o óbito. E a pessoa fica pensando, 'se o negócio está ruim, se o profissional que está cuidando de mim também não está me dando esperança de muita coisa, para que continuar fazendo um tratamento penoso se vou acabar morrendo?' A gente também tem que ter todo um jeito profissional, afetivo para poder contornar determinadas situações, você saber o que o paciente e o familiar querem, porque você não trata só o paciente, você lida com o familiar aqui diretamente, e às vezes são familiares diversos, às vezes vem marido, vem a mãe, vem o filho. Você acaba se comprometendo com todos eles". (E4)

Uma das formas de dar continuidade ao tratamento e ter mais forças para enfrentar as dificuldades e limitações impostas pela doença e tratamento, é através da manutenção da fé. A esperança de uma possível melhora ou até mesmo a crença de um milagre ajudam a mulher na situação de palição a não desistir do tratamento e lutar por sua vida. .

"A primeira coisa para enfrentar essa situação é fé em Deus. Eu creio que ele pode fazer um milagre na minha vida, como já tem feito" (P4)

"Eu procuro viver minha vida intensamente e fazer de conta que eu não tenho câncer; eu acho que talvez por isso eu tenha passado por tanta coisa com relação ao câncer, e tenha superado isso tudo. Porque eu estou sempre de cabeça em pé, sempre de alto astral, sempre brincando, estou sempre rindo, e esse é o conselho também que eu dou para todas: que não deve se entregar, tem sim que tocar a vida, viver a vida (...). Eu tenho um entendimento do que está acontecendo comigo e do que pode acontecer (...) do que é a doença, que ela pode me levar. Hoje eu estou viva, mas amanhã eu posso não estar. Que não existe cura, ainda não, mas papai do céu vai mandar para gente". (P10)

O processo de construção desta subcategoria pode ser observado no quadro a seguir, a partir dos principais códigos preliminares identificados.

QUADRO 12: Não deixando de cultivar a esperança e a fé

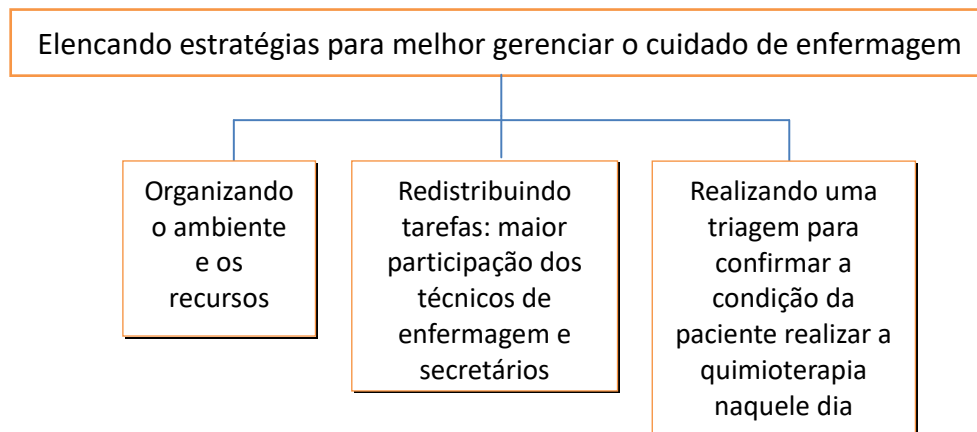
CÓDIGOS PRELIMINARES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Entendendo que o tratamento paliativo não busca a cura, mas também não significa desesperança - Tentando passar positividade - Se questionando se a paciente pode desistir da vida se enquanto profissional não alimenta a esperança - Valorizando a esperança - Mantendo a fé para enfrentar a situação da doença e tratamento (P) - Acreditando que Deus pode fazer um milagre em sua vida (P) 	<p>Não deixando de cultivar a esperança e a fé</p>	<p>Evidenciando as particularidades da quimioterapia paliativa no câncer de mama</p>

CATEGORIA 04: ELECANDO ESTRATÉGIAS ADMINISTRATIVAS PARA MELHOR GERENCIAR O CUIDADO

A categoria **Elencando estratégias para melhor gerenciar o cuidado** é constituída por três subcategorias: Organizando o ambiente e os recursos; Redistribuindo tarefas: maior participação dos técnicos de enfermagem e secretários

e; Realizando uma triagem para confirmar a condição da paciente realizar a quimioterapia naquele dia.

Diagrama 04: ELECANDO ESTRATÉGIAS PARA MELHOR GERENCIAR O CUIDADO



Esta categoria apresenta as estratégias administrativas utilizadas pelos enfermeiros para tentar organizar o fluxo de atendimento, seja através do aumento do número de funcionários para dar conta da demanda de pacientes sem atrasos e longas esperas; seja pela redistribuição de tarefas, contando com um maior apoio dos secretários e do técnico de enfermagem; ou através da triagem ou consulta subsequente, para confirmar a condição de a paciente realizar a quimioterapia. Tais aspectos foram separados nas subcategorias, que serão apresentadas a seguir.

Subcategoria 4.1- Organizando o ambiente e os recursos

Dentre as estratégias administrativas para melhor organizar o ambiente, os enfermeiros, baseados nos discursos que relatam os déficits no serviço, apontaram a necessidade de separação do setor de cateter, uma vez que este tem uma demanda fixa e elevada durante o dia, precisando da atuação contínua de um enfermeiro e de um técnico de enfermagem da escala do ambulatório de quimioterapia.

“[...] o ambulatório de cateter tinha que ser desvinculado da quimioterapia, porque já tem um movimento que exige uma enfermeira

fixa e um técnico de enfermagem, e até o tempo da recepção. Isso aumenta a circulação de pacientes aqui, e acaba tumultuando o ambiente. Onde funciona o ambulatório de cateter hoje poderia ser a chefia de enfermagem". (E2)

Outra mudança que se faz necessária, é o aumento do número de enfermeiros, pois segundo o relato destes, o quantitativo atual de funcionários não corresponde à alta demanda de pacientes atendida por eles, o que torna o trabalho altamente desgastante e cansativo.

"Com o número que a gente atende hoje é uma média de 60 pacientes/dia. Eu acho que a sala de aplicação são 10 cadeiras, mais a cadeira de rodas e a maca, então, a gente atende 12 pacientes por vez, eu acho que 04 enfermeiros na assistência, seria o mínimo. 03 pacientes para cada, digamos, aí dá para você fazer uma coisa melhor. Eu acho que a gente tem pouco enfermeiro, porque você trabalha com o mínimo e as pessoas estão passíveis de ficarem doentes e terem seus problemas particulares e a equipe está pequena, um ou dois que faltam fazem muita diferença. Então, eu acho que por dia deveriam ser no mínimo uns 6 plantonistas para trabalhar bem, e não é isso que acontece, a gente trabalha com 4 plantonistas, quando está bom, e tem vários dias que são só 03. Aí, é muito cansativo, é quase desumano. Porque você lidando com vidas, com um trabalho sério e sem condição de trabalho." (E7).

Além disso, destacou-se a necessidade de também diminuir o fluxo de pessoas, intervindo na redução de acompanhantes permitidos na sala de espera, que no momento se limita a um, salvo algumas exceções por demanda de cada caso.

"Se a gente pensar pelo lado do paciente, quanto mais acompanhante, melhor. Só que para organização do setor, realmente, na prática, mais de um acompanhante atrapalha, porque eles não conseguem entender a rotina do setor, não conseguem entender porque um exame demora muito. E eles ficam rodando, o espaço é pequeno, e você vê quantas

cadeiras a gente tem ali fora, às vezes tem que pedir para o acompanhante sair para o paciente sentar. Eu acho que o preparo cultural desses acompanhantes não permite que eles fiquem aqui, mais de um. Um às vezes já se torna bem difícil, mas é necessário, e é direito do paciente, mas dois dificultam muito. Então foi uma mudança positiva. Agora por exemplo, existem casos que fogem a regra, do tipo, pacientes que possuem uma mobilidade muito comprometida, que não conseguem sair de uma cadeira de rodas para ir ao banheiro, nesses casos, a gente providencia junto ao serviço social que sejam liberados dois acompanhantes, então não é aquela proibição de nunca, jamais. Há casos em que a gente faz essa ressalva". (E3)

O processo de construção desta subcategoria pode ser observado no quadro a seguir, a partir dos principais códigos preliminares identificados.

QUADRO 13: Organizando o ambiente e os recursos

CÓDIGOS PRELIMINARES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Desvinculando o ambulatório de cateter da quimioterapia, (E) - Não permitindo a permanência de acompanhantes dentro do salão (E) - Afirmando que uma quantidade adequada de funcionários com um maior espaço de atendimento reduziria o tempo de espera e o estresse dessas pacientes (E) - Sendo necessária a reorganização das admissões no hospital de modo a pensar na disponibilidade de atendimento (E) 	<p style="text-align: center;">Organizando o ambiente e os recursos</p>	<p style="text-align: center;">Elencando estratégias para melhor gerenciar o cuidado</p>

<p>- Precisando ter ambiente de trabalho com menor pressão por metas e grande demanda de atendimento diário (E)</p> <p>- Sonhando com um quantitativo ideal de 5 a 6 enfermeiros na sala de quimioterapia, 3 enfermeiros nos consultórios e 1 enfermeiro na sala de cateter (E)</p>		
---	--	--

Subcategoria 4.2- Redistribuindo tarefas: maior participação dos técnicos de enfermagem e secretários

Para reduzir o tempo de espera das pacientes e possibilitar que os enfermeiros tenham mais tempo para assistir suas pacientes com maior qualidade, faz-se necessário uma redistribuição de tarefas. O que tem acontecido no setor é a sobrecarga dos enfermeiros, com funções não só assistenciais, mas também burocráticas, que poderiam ser delegadas aos técnicos de enfermagem e secretários do setor.

“(...) algumas funções, algumas atividades que a gente realiza aqui, que não são funções da enfermagem, então a gente já tem algumas burocracias, que se já tirasse esse tipo de função, já melhorava um pouco mais na qualidade da assistência. Por exemplo, a gente faz uma produtividade daquele paciente que a gente atendeu, tem que estar lançando no sistema, tem que estar fazendo a movimentação do tratamento que foi infundido. E isso, requer tempo, você parar para ir lá fazer”. (E5)

“O técnico de enfermagem podia estar mais presente, ajudando a gente a ver pressão, temperatura, pulso, coisa que eles não fazem,

eles só ficam com a parte burocrática, organizando a parte física [...]. Eles tinham que assumir mais responsabilidade sim [...]. Considero também que digitar no prontuário pode ser atividade delegada, assim como arquivar prontuário não é papel de enfermeiro. Poderia entregar essas funções para o secretário, que a gente acaba fazendo no final do plantão. A gente sai daqui sem forças [...]”. (E2)

“O técnico aqui, uma das responsabilidades que ele tem é previsão e provisão de todo material que é utilizado no setor mediante participação dos enfermeiros que falam o que estão precisando, então ele prevê e prove todo esse material. A distribuição desse material, armazenamento desse material, ele participa na elaboração da agenda, na marcação dos pacientes para o tratamento e mais especificamente na administração, ele punciona o acesso venoso da paciente, periférico, ele pode fazer a troca dos frascos com medicamento, ele pode iniciar a administração desse medicamento mesmo que em bomba infusora, mesmo que um medicamento mais complicado. Ele só não evolui em prontuário e não manipula cateteres. Fora isso ele faz quase tudo. Mas acredito que ele poderia participar mais sim, como por exemplo, fazendo as suas anotações no prontuário”. (E3)

“O técnico na verdade não participa da administração da quimioterapia, porque existe uma resolução do COFEN que diz é atividade restrita ao enfermeiro devido à complexidade do tratamento. Muitas vezes a gente tem técnico que dá um apoio lá dentro em termo de reposição de material, fluxo de paciente, entrada, saída, ele retira um acesso. Mas a administração mesmo da quimioterapia se torna privativa do enfermeiro. É o enfermeiro que na maioria das vezes punciona um acesso e assume aquele paciente [...].A função do técnico é mais de apoio, ele acaba dando mais um suporte, realiza atividades simples. A gente verifica sinais vitais, então o técnico poderia fazer isso, mensuração de débito urinário. Às vezes temos intercorrências, então ele vai e prepara o medicamento enquanto a gente chama o médico, ou ele vai e chama o médico, mas ele pode instalar um oxigênio, por exemplo. Mas na administração da

quimioterapia são todos os enfermeiros, e acaba que a equipe trabalha junto lá dentro”. (E4)

O processo de construção desta subcategoria pode ser observado no quadro a seguir, a partir dos principais códigos preliminares identificados.

QUADRO 14: Redistribuindo tarefas: maior participação dos técnicos de enfermagem e secretários

CÓDIGOS PRELIMINARES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Treinando as recepcionistas para o correto agendamento dos tratamentos (E) - Ratificando que o técnico de enfermagem poderia estar mais presente, ajudando, por exemplo, na aferição de sinais vitais (E) - Sendo necessário entregar as funções de digitar e arquivar prontuário ao secretário (E) - Dizendo que o técnico de enfermagem tem algumas atribuições, como a reposição de material no setor, a organização do fluxo de pacientes no salão e a retirada do acesso venoso periférico (E) - Envolvendo os técnicos de enfermagem nas atividades assistenciais e burocráticas (E) 	<p>Redistribuindo tarefas: maior participação dos técnicos de enfermagem e secretários</p>	<p>Elencando estratégias para melhor gerenciar o cuidado</p>

Subcategoria 4.3- Realizando uma triagem para confirmar a condição da paciente realizar a quimioterapia naquele dia

Esta subcategoria apresenta outra estratégia administrativa utilizada pelos enfermeiros, que é a consulta subsequente ou triagem. Esta acontece sempre antes de um novo ciclo, e serve para verificar as condições da paciente receber determinado quimioterápico naquele dia. Esta consulta se apresenta como uma estratégia administrativa, pois é um meio de evitar que depois que a paciente tenha entrado no salão para administração da quimioterapia, esse processo tenha que ser interrompido porque ela está hipertensa ou muito cansada, por exemplo, e assim, sem condições de passar pelo tratamento naquele momento. Desta forma, previne-se que a paciente entre, ocupe uma cadeira, mas não possa receber a medicação, gerando assim atrasos nos próximos atendimentos.

“Pela estrutura que você pode observar aqui, nós fazemos uma triagem antes desse paciente entrar para fazer a quimioterapia, onde a gente faz um filtro, um checklist. Porque se ele é hipertenso a gente verifica a pressão, se a pressão está acima de um determinado valor, a gente não libera a entrada, a gente verifica se ela tomou remédio, qual remédio tomou, caso tenha necessidade a gente tem que ir até o médico para poder prescrever algo [...]. Então tem uma assistência de enfermagem para bloquear a interrupção do fluxo de quimioterapia lá dentro ou até mesmo a sua suspensão [...]. Tudo isso é verificado preenchendo uma ficha de checklist, onde também verificamos qual é o ciclo do paciente, se está no dia certo da aplicação, se o intervalo foi correto, se ela realizou exame de sangue, se o exame foi liberado ou se ela tem pendência atual, se tem condições de acesso venoso periférico [...]. E quando a paciente entra no salão a medicação já está sendo preparada pela farmácia e já estamos com o rótulo ok”. (E4)

“A gente faz tipo uma tripla checagem, para verificar como estão as condições da paciente. Ela acontece todas as vezes subsequentes, sempre antes de um novo ciclo”. (E5)

“No caso, essa consulta subsequente é o que a gente chama de triagem. É quando o paciente volta no segundo momento para o tratamento e aqui a

gente faz tipo um checklist: se ele teve febre, se no momento ele está com alguma infecção, alguma lesão. Nesse momento a gente vai verificar se ele tem condições de fazer a quimioterapia. Logicamente que não somos nós que cancelamos a quimioterapia, mas de acordo com o que a gente observa, examina e diagnostica, a gente pode levar esse problema ao médico e ele sim vai cancelar. Então, essa consulta subsequente vai ser feita de acordo com o tempo de intervalo dessas quimioterapias. Por exemplo, 21 a 21 dias para as 'quimios', 28 em 28 para o zometa. Depende do protocolo... semanal para protocolos que são semanais". (E3)

O processo de construção desta subcategoria pode ser observado no quadro a seguir, a partir dos principais códigos preliminares identificados.

QUADRO 15: Realizando uma triagem para confirmar a condição da paciente realizar a quimioterapia naquele dia

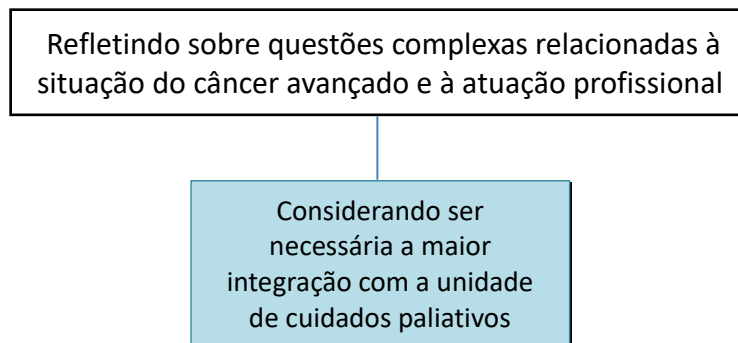
CÓDIGOS PRELIMINARES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Verificando se o paciente tem condições de receber a quimioterapia no momento da triagem ou consulta subsequente (E) - Verificando como estão as condições da paciente na consulta subsequente (E) - Observando os sinais e sintomas nas consultas subsequentes (E) - Afirmando que a consulta subsequente precisa ocorrer a cada vez que a paciente comparece para realizar a quimioterapia (E) - Verificando como foi para paciente as aplicações do tratamento (E) 	<p>Realizando uma triagem para confirmar a condição da paciente realizar a quimioterapia naquele dia</p>	<p>Elencando estratégias para melhor gerenciar o cuidado</p>

- Vendo se houve melhora ou piora dos sintomas (E)		
--	--	--

CATEGORIA 05: Refletindo sobre questões complexas relacionadas à situação do câncer avançado e à atuação profissional

A categoria **Refletindo sobre questões complexas relacionadas à situação do câncer avançado e à atuação profissional** é composta por uma única subcategoria: Considerando ser necessária a maior integração com a unidade de cuidados paliativos.

DIAGRAMA 05: REFLETINDO SOBRE QUESTÕES COMPLEXAS RELACIONADAS À SITUAÇÃO DO CÂNCER AVANÇADO E A ATUAÇÃO PROFISSIONAL



Esta categoria retrata a complexidade do câncer e a necessidade de investimentos adequados de tratamento. Muitas pacientes apresentam-se fora de qualquer tipo de possibilidade terapêutica, sendo os benefícios da quimioterapia ultrapassados por suas toxicidades. Este deve ser o momento propício para interromper as tentativas de tratamento, e encaminhá-las a unidade de cuidados paliativos, para que possam viver o fim de sua vida com a maior qualidade possível.

Subcategoria 5.1: Considerando ser necessária a maior integração com a unidade de cuidados paliativos

O prolongamento de um tratamento que já não propicia nenhum tipo de resposta positiva faz com que muitas pacientes com câncer de mama avançado vivenciem o fim de sua vida internadas em unidades de internação comuns. Estas unidades não são preparadas para receber estas pacientes, que necessitam de um cuidado especializado, que vise qualidade de vida mesmo na finitude, propiciando o controle dos sintomas e conforto. Desta forma, o ideal seria a possibilidade de integração precoce entre a oncologia e os cuidados paliativos.

“A gente tem uma unidade de cuidados paliativos, mas que eles não interferem aqui, não trazem informações de como a gente poderia abordar essas pacientes da maneira ideal, então a gente não tem essa condição ‘do que é o ideal para elas’. Eu acredito que não estamos fazendo o que seja ideal, porque a gente vê situações que não condizem. De estar fazendo tratamento numa paciente que está com péssima condição clínica, e não teria condição, mas fazem [...]. Não há integração do HC4 com o HC3, até mesmo porque a maioria das pacientes que eles recebem lá são as pacientes daqui. Então quer dizer, a gente está simplesmente retardando esse processo de atendimento pelo profissional mais preparado, de estar dando esse outro suporte que ela precisaria”. (E5)

“A maioria dos pacientes que a gente atende hoje tem proposta de quimioterapia paliativa. Eu faço mais quimioterapia paliativa. Hoje, uma das coisas que me chama atenção, é que os indicadores são feitos, todos os indicadores do Ministério da Saúde, pensam na cura, tantas doentes evoluíram sem evidência de doença por tantos anos, tantas doentes fizeram quimioterapia e operaram [...]. Mas não existe indicador para palição, e isso acaba tornando essas mulheres invisíveis perante os gestores de um modo geral. Você não consegue sensibilizar um gestor de que ela precisa de uma atenção diferenciada, por essas questões de qualidade de vida, de uma necessidade de avaliação de outros critérios que não só redução do volume tumoral e que a gente não consegue na prática clínica”. (E2)

Outro fato que se destacou nas entrevistas das enfermeiras foi o relato da dificuldade do médico em reconhecer a paciente de cuidados paliativos, uma vez que fica claro que aquela paciente não tem mais condições de receber a quimioterapia, mas a oncologia insiste em manter o tratamento. Isto afeta diretamente na demora em levar esta paciente para a unidade de cuidados

paliativos, e em muitos casos, recebe-se a recusa desta unidade, pois a paciente já se encontra em franco processo de morrer. Contudo, o suporte complementar precoce da unidade de cuidados paliativos pode servir como uma abordagem para não só identificar e aliviar os sintomas, mas também ajudar a alcançar os mais altos padrões de qualidade para o tratamento do câncer.

“O que eu percebo e que me deixa desconfortável principalmente aqui no HC3 é que os médicos tem uma dificuldade grande de dizer que já não tem mais o que fazer. Antes de vir para a quimioterapia eu trabalhei no 5º andar, aqui na internação clínica, e as pacientes sem condições nenhuma de nada, elas tinham que estar em casa com a família ou no hospital de cuidados paliativos, e o médico insistindo em fazer mais coisa, mais coisa, e o paciente se agarra no que o médico falar, porque ele quer ficar bom, e a família cobra isso, ele não entende que aquilo vai piorar, ele quer fazer o que o médico mandar. E assim, é muito desconfortável isso, eu ficava muito incomodada de ver, e de certo modo ser conivente com aquilo, porque você administra medicação, então de certo modo você está de acordo, sendo que eu não estou de acordo, vários casos eu fico assim ‘gente, por que não para? Por que não dá conforto e vai fazer outro tipo de assistência?’ Porque a quimioterapia não vai fazer mais nenhum efeito naquele paciente. Quantas vezes a gente sobe no andar para fazer uma quimioterapia paliativa num paciente, que morre no outro dia, morre daqui a dois dias, e sem conforto, porque a medicação começa, os efeitos colaterais começam, e a pessoa já está mal, e ai acaba de piorar... Eu não concordo. Eu acho que essa questão de saber a hora de parar seria interessante, porque se a gente tem um hospital que tem uma unidade só de cuidados paliativos, por que não utilizar esse hospital e ficar investindo tanto numa coisa que você vê que não vai ter resultado? O que acontece na enfermaria do quinto andar é que o andar parou de ser clínico e passou a ser antessala do HC4. A gente brinca, porque assim, você chega lá e você olha o quadro dos pacientes e vê que mais da metade dos diagnósticos é a sigla que os médicos põem de SNI (suporte não invasivo) que quer dizer que não vai investir mais naquele doente, porque ele já está em cuidados paliativos, e ele fica nessa condição durante tanto tempo e de uma forma tão grave que ele não tem condições de ser transferido para um hospital de cuidados paliativos, então quando ele é avaliado pelo médico do suporte avançado que faz essa transferência do doente entre uma unidade e outra, ele não tem KPS para transferência e ele acaba morrendo na enfermaria, que não é o lugar dele morrer, hospital não é para morrer, hospital de internação clínica é para você dar o suporte para o paciente em quimioterapia por alguma complicação do tratamento, não uma complicação da doença terminal em que o

paciente deveria estar num ambiente adequado para aquilo. Não é o que acontece. Eu acho que esse ponto seria bom, da gente poder pensar para dar uma qualidade para o doente, para a família, já seria bom isso daí". (E7)

O processo de construção desta subcategoria pode ser observado no quadro a seguir, a partir dos principais códigos preliminares identificados.

QUADRO 16: Considerando ser necessária a maior integração com a unidade de cuidados paliativos

CÓDIGOS PRELIMINARES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Considerando a importância de mudança de conduta terapêutica em caso de resposta negativa (E) - Evidenciando a partir da sua prática a dificuldade dos médicos em interromper o tratamento (E) - Fazendo o que o médico manda e acreditando na cura (paciente e família) (E) - Ficando incomodada em ver casos de futilidade terapêutica (E) - Perguntando o porquê de certas medidas médicas diante de casos muito avançados (E) - Tendo a experiência com pacientes hospitalizadas que fazem a quimioterapia paliativa e evoluem a óbito no dia seguinte ou em um intervalo de tempo muito próximo (E) 	<p>Considerando ser necessária a maior integração com a unidade de cuidados paliativos</p>	<p>Elencando estratégias para melhor gerenciar o cuidado</p>

<p>- Ponderando se a paciente não poderia se beneficiar na fase final da vida se não fosse exposta às toxicidades da quimioterapia (E)</p> <p>- Considerando que o hospital não é o lugar apropriado para que essas pacientes evoluam a óbito (E)</p> <p>- Considerando que na fase final da vida a paciente poderia se beneficiar com o cuidado especializado e no domicílio (E)</p> <p>- Achando que o médico pode se sentir incapaz diante da possibilidade de morte da paciente (E)</p> <p>- Retardando o encaminhamento da paciente para a unidade de cuidados paliativos (E)</p>		
--	--	--

CAPÍTULO V

5.1 APLICANDO O MODELO PARADIGMÁTICO

Na aplicação do modelo paradigmático, é possível classificar cada uma das categorias e apontar o fenômeno central do estudo. Assim, pode-se compor o modelo da seguinte forma:

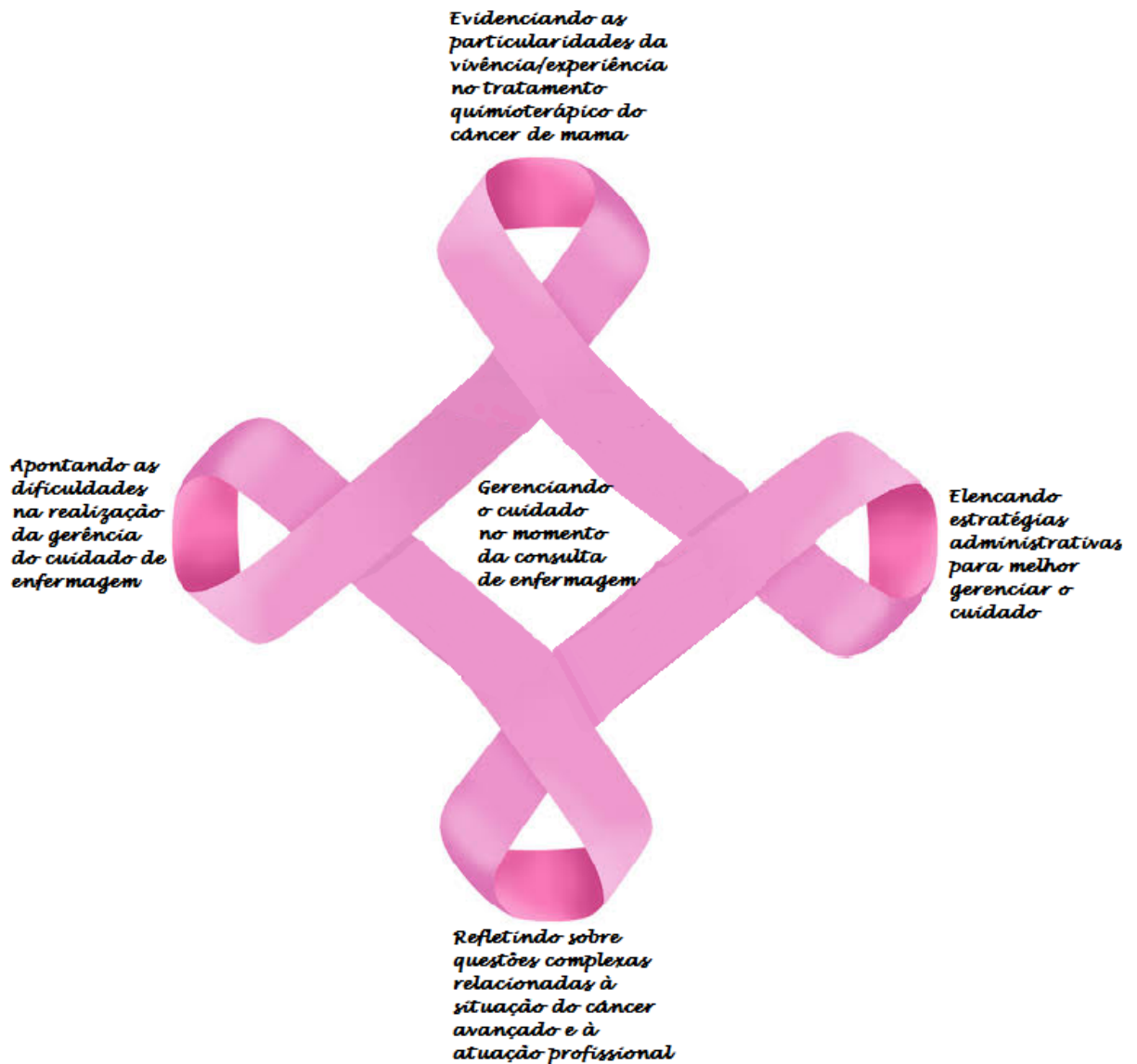
- **Condições Causais:** Categoria 01: Gerenciando o cuidado no momento da consulta de enfermagem. Nesta categoria foi possível compreender a visão dos enfermeiros acerca da gerência do cuidado a paciente com câncer de mama avançado em quimioterapia paliativa.

Desenhada em suas subcategorias, a visão retratou-se na realização da consulta de enfermagem com base na aplicação do processo de enfermagem, considerando a importância da comunicação, da integralidade e do respeito à autonomia da mulher. Tais aspectos apontam necessidades e formam a estrutura ou conjunto de situações, na qual as demais categorias são incorporadas.

- **Condições Intervenientes:** Categoria 02: Apontando as dificuldades na realização da gerência do cuidado de enfermagem. Nesta categoria, os aspectos negativos capazes de impactar a condição causal, conseqüentemente, a gerência do cuidado de enfermagem, foram os mais prevalentes, considerando a situação do câncer, os déficits no serviço, e principalmente, as dificuldades emocionais enfrentadas pelos enfermeiros ao lidarem com este perfil de clientela.
- **Contexto:** Categoria 03: Evidenciando as particularidades da vivência/experiência no tratamento quimioterápico do câncer de mama. Nesta categoria, tais particularidades foram tratadas como condições reunidas com potencial para produzir uma situação específica, que, por conseguinte, requer atenção específica por parte dos enfermeiros. Assim, é preciso estar atento à condição clínica da mulher, equilibrando aspectos físicos e psicossociais capazes de influenciar na resposta ao tratamento, gerando assim, maiores benefícios do que malefícios, o que demonstrou ser muito relativo e complexo.
- **Estratégias de Ação/Interação:** Categoria 04: Elencando estratégias administrativas para melhor gerenciar o cuidado. Nesta categoria, em resposta às condições intervenientes, bem como às particularidades do contexto, os enfermeiros se preocupam com a organização do ambiente e recursos, de modo que as mulheres usufruam de um atendimento de qualidade e respeitoso, sem longas esperas, principalmente.
- **Consequências:** Categoria 05: Refletindo sobre questões complexas relacionadas à situação do câncer avançado e à atuação profissional. Esta categoria aponta como expectativa a necessidade de maior integração com a unidade de cuidados paliativos, de modo que as

mulheres, em resposta aos seus direitos, possam se beneficiar mais precocemente com uma assistência estruturada pelos preceitos dos cuidados paliativos, preservando a qualidade de vida e o conforto.

- **Fenômeno Central:** os enfermeiros gerenciam o cuidado a mulher com câncer de mama avançado em quimioterapia paliativa empregando etapas do processo de enfermagem, especialmente, no momento da consulta de enfermagem, que é guiada pelas necessidades desta, considerando a integralidade do ser vivenciando esta fase da doença, assumindo assim alguns preceitos dos cuidados paliativos, e enfrentando problemas relacionais, conceituais e estruturais.



CAPÍTULO VI

6.1 REALIZANDO A DISCUSSÃO COM BASE NA REVISÃO DE LITERATURA

A gerência do cuidado de enfermagem engloba todas as ações destinadas direta ou indiretamente ao cuidado as pacientes. Destacou-se nas entrevistas, de ambos os grupos amostrais, a importância da consulta de enfermagem como ação fundamental para a gerência do cuidado de enfermagem no ambulatório de quimioterapia, sendo importante estratégia tecnológica leve-dura de cuidado com grande potencial de resolutividade (OLIVEIRA, QUEIROZ & MATOS et al, 2012).

A consulta de enfermagem, compreendendo as etapas do processo de enfermagem, conforme disposto na Resolução 159 de 1993 do COFEN, deve ser realizada em todos os níveis de assistência a saúde. *“Nesta perspectiva, a institucionalização da Consulta de Enfermagem, favorece a concretização de um modelo assistencial adequado às condições das necessidades de saúde da população”* (SANTOS et al, 2009).

Sendo assim, a consulta se torna o momento de integração, criação de vínculos e estabelecimento de relações de confiança, o que pode favorecer a adesão ao tratamento. Além disso, é no momento da consulta de enfermagem que as possíveis dúvidas e os protocolos de tratamento são esclarecidos (Santos et al, 2009). Ao se tratar de uma proposta de quimioterapia paliativa, retratou-se nos depoimentos a importância da relação construída entre enfermeiro, paciente e familiares, sendo necessária sensibilidade na abordagem sobre o tema, que se vincula à possibilidade de morte e ao sentimento de esperança, que não deve ser afetado.

A consulta de enfermagem segue uma sistemática, a partir da aplicação do processo de enfermagem. Apesar das diversas possibilidades de uso de classificações para elucidar as etapas metodológicas da SAE, dependendo de cada autor proponente (OLIVEIRA, et al, 2010b), os enfermeiros apontaram em seus depoimentos o cumprimento de cinco. Para compor o histórico de enfermagem como primeira etapa do processo, por exemplo, destacaram que o estabelecimento de comunicação eficaz e a atitude de estarem atentos aos sinais expressos pela linguagem não verbal são fundamentais para coleta dos dados através da anamnese

e do exame físico. Assim, a comunicação interpessoal tem sido um importante tema abordado nas publicações científicas sobre consulta de enfermagem, cabendo ao enfermeiro a consciência dos seus próprios atos e o reconhecimento do comportamento alheio, considerando em especial, a linguagem não verbal, emoções, expectativas ou estereótipos que possam interferir no atendimento (OLIVEIRA, QUEIROZ & MATOS et al, 2012).

Dentre os diagnósticos de enfermagem, os destaques vão ao encontro das evidências na literatura, como por exemplo, no caso de mulheres mastectomizadas ou em tratamento quimioterápico, bem como portadoras de câncer avançado. Em estudo realizado por Primo, Leite, Amorim et al (2010), também foram identificados os seguintes diagnósticos: falta de padrão de exercícios, bem estar psicológico prejudicado, padrão alimentar prejudicado, padrão de sono prejudicado, dentre outros. Em outro estudo realizado por Pisoni, Kolankiewicz, Scarton et al (2013), a fadiga também foi evidenciada como efeito colateral importante no tratamento quimioterápico, capaz de interferir na realização das atividades diárias da mulher. Além disso, segundo o mesmo estudo, a ansiedade decorrente da doença, das idas constantes ao ambulatório de quimioterapia para receber os antineoplásicos e as reações adversas do tratamento são elementos que colaboram para o aumento do cansaço, e conseqüentemente, para o aparecimento da fadiga.

No caso de sintomas ao longo do tratamento quimioterápico, a maior preocupação refere-se ao estresse excessivo e à conseqüente queda na qualidade de vida (BERGEROT & ARAUJO, 2014). Tais condições devem ser evitadas quando se trata de pessoas com doença oncológica avançada, reforçando os benefícios da conjugação precoce das clínicas oncologia e cuidados paliativos em prol do conforto e da qualidade de vida.

Foi destaque nas entrevistas, a taxonomia utilizada nos diagnósticos e intervenções de enfermagem: a Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE). Esta classificação foi criada pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (International Council of Nurses, ICN), em 1989, devido à necessidade de padronizar a prática da enfermagem em nível mundial. Em assim sendo, a CIPE surgiu com o intuito de ser um instrumento global de informação, facilitando a documentação das ações de enfermagem de forma padronizada, visando à melhoria dos cuidados prestados aos pacientes (ICN, 2009). Cabe ressaltar que o HCIII foi a

primeira unidade do INCA a utilizar esta taxonomia. Isto demonstra a maturidade da equipe em utilizar esta estratégia como forma de fortalecimento da prática. Desta forma, diante das fragilidades apresentadas pelas pacientes, o emprego desta taxonomia no setor de quimioterapia se justifica como meio de qualificação da assistência, favorecendo a uniformização e continuidade do atendimento.

Considerando características do atendimento ambulatorial, enfatizou-se a necessidade de orientação adequada visando a continuidade dos cuidados no domicílio; incentivo à participação da família; e estimulação ao autocuidado e à autonomia da mulher. Esta orientação é possível a partir do momento que se reconhece a consulta de enfermagem como momento de troca e geração de oportunidade à paciente em adquirir conhecimentos, segurança e satisfação (OLIVEIRA, QUEIROZ & MATOS et al, 2012). No âmbito da bioética, o preceito da autonomia tem elevada importância. Seu exercício na consulta de enfermagem compartilha com a mulher a tomada de decisão relacionada ao seu tratamento, com base em suas preferências e principais necessidades. Destacam-se os fatores que podem prejudicar as melhores escolhas para si, como no caso das falhas de comunicação entre médico e paciente e a negação da fase da doença, acarretando esperanças não realistas com relação ao tratamento quimioterápico, além da interdependência de variáveis cultural, social e familiar. Tal prejuízo baseia-se na afirmativa: *“ninguém pode exercer ação autônoma caso não seja informado sobre os objetivos da ação e sobre as consequências da ação. Sem compreensão não há autonomia”* (UGARTE & ACIOLY, 2014, p.274).

No planejamento das ações de cuidado a mulher deve participar ativamente dos processos de tomada de decisão, sendo importante a sua consciência sobre a situação que está sendo vivenciada, daí destaca-se a preocupação dos enfermeiros em manter as mulheres informadas sobre sua condição de saúde e tratamento, e necessária integração com equipe médica para que este objetivo seja alcançado com sucesso. É importante salientar que é fundamental que o médico informe com clareza e auxilie no processo de tomada de decisão para que a mulher possa exercer o seu direito de autonomia. Contudo, muitas são as dificuldades vivenciadas por médicos, principalmente, ao reconhecerem o limiar entre a possibilidade de cura e a palição, o que reflete no uso muitas vezes inapropriado de agentes

quimioterápicos, acarretando maiores malefícios do que benefícios (TERENCE, LITA & CHUN, 2012).

No que tange à implementação dos cuidados, ganharam destaque as ações de educação em saúde, bem como para redução de complicações decorrentes do tratamento quimioterápico. Foi destacado o momento da administração dos quimioterápicos como outro importante ambiente para reforço das orientações. De modo geral, diante das possíveis reações adversas decorrentes da quimioterapia, e das fragilidades ocasionadas pela própria doença, o cuidado de enfermagem deve ser individualizado, humanizado e específico para cada mulher, que se encontra, na maioria das vezes, frágil, sensível e vulnerável (SALIMENA, et al, 2010).

E por fim, a etapa da avaliação foi bastante evidenciada no retorno da paciente à unidade para dar sequência ao tratamento, constituindo, inclusive, uma estratégia gerencial importante, como exposto na categoria “Elencando estratégias administrativas para melhor gerenciar o cuidado”.

Observou-se nas entrevistas a importância do enfermeiro na vida da paciente neste momento. Ficou claro que por causa dos vínculos criados, seja no momento da consulta ou durante a administração da quimioterapia, o profissional mais próximo da paciente e de sua família é o enfermeiro.

"O profissional de enfermagem é a pessoa que está mais próxima ao paciente nos momentos difíceis e é quem o paciente e a família procuram quando necessitam de explicação ou de cuidados imediatos. Nesse sentido, o enfermeiro precisa entender e saber lidar com os sentimentos que suscitam a doença oncológica como o sofrimento, angústias, temores que podem surgir em situações que envolvem esse cuidar. Esse cuidado pressupõe em conhecer não só sobre a patologia, mas saber lidar com os sentimentos dos outros, como com as próprias emoções perante a doença, com ou sem possibilidade de cura". (LIMA, et al, 2014, p. 504).

Sobre a relação construída entre o enfermeiro e a paciente evidenciou-se nos depoimentos maior identificação entre os mesmos, do que na relação médico – paciente. Este fato pode estar relacionado ao receio de importunar o médico com perguntas, dificuldade de compreensão pelo uso de termos científicos, e

desconhecimento do seu próprio direito em participar. Assim, o enfermeiro assume importante papel, facilitado também por estar mais próximo da paciente. Então, responsabiliza-se pelo fornecimento de informações sobre o tratamento, sobre as drogas específicas que serão utilizadas e os possíveis efeitos colaterais decorrentes da quimioterapia. Além disso, é necessário que os enfermeiros facilitem a retirada de dúvidas, desfazendo medos e tabus acerca do câncer em si e do tratamento quimioterápico (DOMINGUES et al, 2010).

É de extrema importância que a mulher entenda a proposta do tratamento quimioterápico que será utilizado, entretanto, quando se trata de um plano de tratamento paliativo, existe, muitas vezes, a dificuldade de entendimento por parte das pacientes, em especial, aquelas com baixo nível de escolaridade. Em um estudo realizado por Souza, Simão e Lima (2012) sobre o perfil dos pacientes em quimioterapia paliativa, verificou-se quanto à escolaridade, que o maior número de pacientes declarou ter apenas o ensino fundamental (58,5%), enquanto apenas 10% dos pacientes possuíam ensino superior. Esta informação vai ao encontro das falas das enfermeiras, e é um dado preocupante devido à importância de entendimento por parte das mulheres acerca do tratamento e das orientações específicas que lhes são dadas. Além disso, de acordo com o mesmo estudo, o menor grau de escolaridade está geralmente associado a padrões inferiores de cuidado à saúde.

Para que o cuidado seja integral, cabe ao enfermeiro também a sensibilidade de perceber o que a paciente realmente deseja saber sobre sua doença/ tratamento. Conforme foi observado nas entrevistas, muitas mulheres desejam ter o conhecimento de todos os dados sobre sua condição, outras, no entanto, trazem consigo sentimentos de negação, tendo como método de defesa a privação de informações sobre sua situação. O câncer de mama, para a grande maioria das mulheres, pode ter sido considerado como uma doença distante, com uma chance remota de se tornar real na vida destas. Sendo assim, ao se depararem com a doença, em especial com a probabilidade de estar fora de possibilidades terapêuticas para a cura, a negação se destaca como forma de enfrentamento e meio de expor suas perturbações, sentimentos e decepções diante deste diagnóstico e do agressivo tratamento (SALIMENA et al, 2012).

Isto acontece, pois para a mulher, o câncer de mama não é apenas um problema de saúde, mas também um problema que afeta gravemente o psicológico,

o emocional e o social (CARREÑO & MARTÍNEZ, 2012). Além disso, a trajetória da doença e tratamento é experimentada por cada mulher de modo diverso, devido aos diferentes motivos de realização da quimioterapia paliativa, seja por uma progressão, recidiva ou diagnóstico tardio; diante da possibilidade de ter a mama ulcerada ou retirada em uma mastectomia; ante aos medos frente as incertezas do tratamento, aos resultados dos exames, aos acessos venosos comprometidos e conseqüentemente, as inúmeras punções venosas, dentre outros fatores. Sendo assim, a faixa etária da mulher nesta fase também pode intervir em sua adequação ao tratamento e nas sequelas acarretadas pelo câncer. Então, a depender de seu ciclo de vida, suas atividades diárias, planos e cotidiano são completamente abalados. Na paciente mais jovem, destaca-se ainda, o prejuízo à feminilidade e a autoestima (JORGE & SILVA, 2010).

Em assim sendo, o enfermeiro busca perceber os significados das reações das mulheres em relação ao diagnóstico, tratamento, prognóstico e as conseqüências que estes sentimentos podem trazer para o cotidiano destas. Assim, deve considerar que cada mulher irá se expressar de maneira única, com modos de enfrentamento específicos e próprios de cada uma, o que facilita a exploração desses sentimentos de modo a ajustá-los neste momento da vida da melhor forma possível, contando, inclusive, com o apoio de outros profissionais (SALIMENA et al, 2012).

Como a equipe de enfermagem é a que passa mais tempo em contato com a paciente, e divide com ela uma série de sentimentos relacionados, principalmente, ao sofrimento e ao processo de morrer, a equipe precisa estar preparada para assistir esta mulher em sua totalidade. Desta forma, as ações do enfermeiro devem ir além do modelo biomédico, visando, assim, um cuidado humanizado e baseado na integralidade (GOLDSTEIN & PEREIRA, 2011).

A Portaria GM/MS 874, de 16/5/2013, que institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas na esfera do SUS considera a abordagem integral como princípio e diretriz para organização das linhas de cuidado em atenção oncológica. Fazem parte do cuidado integral, segundo a Portaria, *“a prevenção, a detecção precoce, o diagnóstico, o tratamento e os cuidados paliativos, que devem ser oferecidos de forma oportuna, permitindo a continuidade do cuidado”* (seção V, art. 13).

Assim, visa-se a garantia de oportunidade de acesso aos cuidados oncológicos, diagnóstico precoce na rede de atenção básica a saúde, tratamento oportuno e seguro aos pacientes diagnosticados com câncer, atendimento multiprofissional e oferta de reabilitação e cuidados paliativos nos casos necessários (ALCANTARA et al, 2014).

Em vista disso, a gerência do cuidado de enfermagem, baseada em um cuidado humanizado, depende, dentre outros elementos, da escuta ativa, da formação de vínculo profissional/paciente e de uma abordagem integral, participando os familiares (PINTO et al, 2012). Entretanto, alguns problemas foram citados pelas enfermeiras e pacientes no que se refere à realização da gerência e utilização dos serviços de forma adequada, evidenciando também barreiras na trajetória do cuidado, como no caso da realização de exames.

Dentre os problemas citados, a alta demanda de pacientes mostrou ser importante razão para a sobrecarga de trabalho dos enfermeiros, bem como para o atraso no fluxo de atendimento diário. Isto porque o número de pacientes que chega para ser atendido é reflexo direto da situação do câncer no Brasil no âmbito epidemiológico. Nos depoimentos, foi possível perceber que cada vez mais pacientes chegam para receber atendimento no ambulatório do Instituto, o que eleva a doença a um grande problema de saúde pública e confirma o câncer de mama como o mais frequente entre a população feminina, como estimado para o Brasil em 2014, reforçando a necessidade de detecção precoce e tratamento adequado (BRASIL, 2014; KLUTHCOVSKY, FARIA, CARNEIRO et al, 2014).

Dados apontam que o câncer de mama em países em desenvolvimento, como o Brasil, representa mais da metade de todos os casos diagnosticados em todo o mundo, podendo alcançar uma proporção de mortes de 36,7%. A realidade denuncia que os investimentos científicos na prevenção deste tipo de câncer ainda são poucos representativos, situação compatível com o elevado número de pessoas realizando tratamento com proposta paliativa e elevada taxa de mortalidade (TIEZZI, 2014). Assim, de acordo com os dados do presente estudo, bem como de outras pesquisas publicadas, é preciso reverter falhas por meio de investimentos, e direcionar as ações de gerenciamento do cuidado às necessidades desta clientela, devendo o cuidado paliativo também ser encarado como necessidade e

preocupação de gestores nas linhas de cuidado em atenção oncológica (SILVA, SILVA, ESTEVES et al 2013; SILVA, MOREIRA, LEITE et al, 2013 e 2014).

No perfil social das mulheres acometidas pelo câncer de mama observam-se casos incomuns na faixa etária jovem (GARICOCHEA et al, 2009), assim como podemos observar no estudo, a minoria das pacientes em tratamento quimioterápico são mais jovens. Em um estudo realizado por Soares & Silva (2010), a faixa etária prevalente de mulheres em tratamento quimioterápico foi de 46 a 50 anos. Em outro estudo, sobre o perfil de pacientes em tratamento quimioterápico paliativo, a faixa etária das mulheres realizando este tratamento foi de 54 a 73 anos (SOUZA, SIMÃO & LIMA, 2012). Entretanto, pacientes jovens com câncer de mama também são uma realidade do serviço e nas estatísticas mundiais. O problema é que quando comparadas às pacientes acima de 40 anos, as mulheres mais jovens geralmente possuem um pior prognóstico. Uma das possíveis razões para esse mau prognóstico pode ser pelo diagnóstico tardio, uma vez que não se espera este tipo de doença em determinadas idades, pelo senso comum em imaginá-la nas situações de idade avançada. Todavia, cientificamente, os motivos para este tipo de prognóstico ainda não são totalmente esclarecidos (GARICOCHEA, et al 2009; FERREIRA, PETEL & FERNANDES, 2011).

O outro problema relacionado à entrada de pacientes jovens no serviço é o impacto causado no cuidado. Foi possível observar nos depoimentos, a dificuldade em lidar com a situação paliativa de pacientes jovens, entretanto, é necessária a capacitação da equipe, pois *existe “a necessidade de um olhar diferenciado dos profissionais de saúde no cuidado das pacientes jovens com câncer de mama”* (PINHEIRO et al, 2013, pg. 357).

Ainda sobre os problemas citados pelas enfermeiras e pacientes no que se refere à realização da gerência e utilização dos serviços de forma adequada, destacou-se a questão dos recursos humanos e físicos. Para um elevado número de pacientes como o do ambulatório do HCIII, referência nacional, seria necessário maior coeficiente de profissionais para tratar e cuidar dessas mulheres, além de estrutura física mais adaptada. Entretanto, como pôde ser percebido nas entrevistas, os recursos humanos e físicos disponíveis no serviço não são adequados, o que pode influenciar na qualidade da assistência prestada pela equipe de saúde.

No que se refere às barreiras na trajetória do cuidado, deve-se atentar para a política de matrícula de novos pacientes, uma vez que a interrupção deste processo pode significar ignorar a necessidade da população. Deve-se também pensar estrategicamente a organização dos serviços no que se refere à realização de exames, considerando que a lista de espera para a realização dos mesmos, por exemplo, pode mudar o rumo da proposta de tratamento, resultar no diagnóstico tardio da doença e diminuição da sobrevida, além de gerar estresse e angústia para a mulher. De modo ampliado, as barreiras devem ser consideradas nas políticas públicas de saúde e nos programas de controle do câncer de mama (GONÇALVES et al, 2014).

A falta de uma estrutura adequada, que permita fornecer conforto à mulher, dificulta seu relaxamento no momento da administração da quimioterapia. Isto porque o espaço físico do setor é pouco adaptado às necessidades da paciente, impossibilitando, dentre outros aspectos, a presença de um acompanhante ao seu lado. Além disso, o espaço inadequado também prejudica os cuidados desempenhados pelos profissionais de enfermagem, uma vez que dificulta a dinâmica de trabalho (GOMES, SANTOS & CAROLINO, 2013).

Apesar de tais dificuldades, o estabelecimento de boas relações contribui para maior tranquilidade no ambiente e vencimento de algumas barreiras, imprimindo certa leveza na rotina diária, o que é reconhecido por meio de elogios. Contudo, as críticas negativas também se fazem muito presentes, sendo a principal queixa relatada pelas mulheres o atraso no atendimento, motivo este que gera estresse na relação com os acompanhantes.

Um estudo realizado por Del Bianco Faria e Cardoso (2010) sobre aspectos psicossociais de acompanhantes de crianças com câncer, evidenciou que 50% dos acompanhantes apresentavam indicadores de estresse: “(...) *esses acompanhantes se encontravam com menores ou esgotados recursos para lidarem com a exigência da situação*” (pg. 17). Sendo assim, os problemas pessoais, somados as dificuldades do serviço e os atrasos no atendimento, explicam as confusões geradas por acompanhantes junto à equipe. Logicamente que as agressões verbais por parte dos acompanhantes são injustificáveis, mas cabe ao enfermeiro e aos outros profissionais da equipe de saúde compreender as dificuldades vividas por este acompanhante, vendo-o como parte de todo esse processo doença/ tratamento e

como ícone importante na vida da paciente, favorecendo assim a harmonia do ambiente.

Este tipo de problema relaciona-se, então, ao obstáculo do dimensionamento do quadro de funcionários atual, diante da descomedida demanda do serviço de saúde. Todavia, para alcançar uma assistência de qualidade, a partir de um cuidado integral, individual, respeitoso e humanizado, faz-se necessário um número adequado de profissionais que supra as reais necessidades das pacientes, de forma que assim, estes sejam capazes de atender os princípios e diretrizes do SUS no que se refere, principalmente, à integralidade e à igualdade da assistência. (PINTO et al, 2012; BRASIL, 1990).

O dimensionamento de pessoal de enfermagem estabelece parâmetros para quantificar o número de profissionais de enfermagem necessários para garantir ao paciente uma assistência de qualidade e segurança. Sendo assim, é preciso adequar o número de funcionários de acordo com as necessidades de cada ambiente e do tipo de clientela que será atendida. (PINTO et al, 2012).

“(...) para garantir a segurança e a qualidade da assistência ao cliente, o quadro de profissionais de Enfermagem, pela continuidade ininterrupta e a diversidade de atuação depende, para seu dimensionamento, de parâmetros específicos (...)”. RESOLUÇÃO COFEN 293/2004 - Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde

O número inadequado de profissionais à demanda do serviço pode gerar sobrecarga de trabalho, estresse e desgaste não só físico, como emocional, conforme foi relatado nas falas das enfermeiras. Estes fatores podem ser causadores da redução da satisfação e do bem estar individual do profissional, além de colaborar para o aumento da taxa de absenteísmo e ser determinante no aumento do número de erros (GOMES, SANTOS & CAROLINO, 2013).

Este tipo de problema é intensificado diante de contextos complexos de trabalho, em especial quando se vivencia o processo de morte e morrer. Assim, diante das falas das enfermeiras é possível observar a dificuldade em lidar com a situação de palição e com o prognóstico de morte. Isto ocorre, pois, por serem

cuidadoras, prezarem pela vida e terem como meta de trabalho a manutenção desta, ao verem em suas pacientes o sofrimento e a possibilidade de morte, vem à tona os sentimentos de tristeza e frustração por sentirem-se incapazes de cumprir tais objetivos. Ficou claro nas entrevistas a sensação de impotência diante da luta contra o câncer de mama. Este sentimento surge devido à própria formação profissional que é direcionada à manutenção da vida e não prepara o mesmo para o enfrentamento da morte nas atividades profissionais. Sendo assim, o pressentimento de que o comando da situação foi perdido e de que a morte deixará de ser apenas uma possibilidade e passará a ser uma realidade próxima, faz com que o enfermeiro perceba suas limitações e inicie um questionamento sobre suas habilidades profissionais e até mesmo sobre sua própria vida (LIMA et al, 2014).

Os problemas citados nos depoimentos para organização do fluxo de atendimentos são também fatores causadores de estresse dentre os profissionais e os paciente/acompanhantes. A dificuldade em estruturar a agenda e seus respectivos horários está relacionada não só à elevada quantidade de pacientes que necessitam realizar quimioterapia, mas, principalmente, às possibilidades de encaixes que podem ocorrer no decorrer do dia. Em assim sendo, os funcionários se esforçam ao máximo para atender a um número exorbitante de pacientes, enquanto do outro lado, as pacientes sofrem com as horas de espera.

Estas situações acabam por se repetir no decorrer do período de quimioterapia, dificultando o acesso e comprometendo a continuidade do tratamento. Desta forma, percebe-se que a oferta de serviços é relativamente inferior quando comparada a grande demanda. Sendo assim, sugerem-se mudanças que gerem melhorias no que se refere ao acesso aos serviços (GONÇALVES et al, 2014).

“Os responsáveis pela atenção à saúde devem reconhecer e buscar soluções para as barreiras existentes no próprio sistema, para melhorar a acessibilidade durante a trajetória de saúde das mulheres. É preciso garantir qualidade em todas as ações da linha de cuidado ao câncer de mama (exames de rastreamento, exames diagnósticos e tratamento)”. (GONÇALVES et al, 2014, p.398)

Além disso, com as dificuldades apresentadas no serviço que, conseqüentemente, geram sobrecarga do trabalho, muitos profissionais se esforçam

tanto para cuidar do outro, que se esquecem do cuidado que deve ser dispensado a eles mesmos. A dificuldade de cuidar de si é uma característica muito comum do profissional de enfermagem, como pôde ser observado nos depoimentos. A negligência ao autocuidado do profissional pode ser explicada pelo excessivo empenho à assistência as pacientes e atendimento de suas necessidades. Em assim sendo, o enfermeiro se dedica ao outro imbuído do seguinte atributo relacionado à profissão: “(...) a enfermagem possui um compromisso maior, o cuidar como forma de viver, de interagir com o olhar no outro, de conviver com a coletividade”. (BAGGIO, MONTICELLI & ERDMANN, 2009, pg. 629).

Ao refletir sobre os aspectos contextuais do presente estudo, observa-se que o uso da quimioterapia no câncer de mama avançado relacionado a seus riscos e benefícios é um ponto gerador de inúmeras discussões. Durante as entrevistas, diversas opiniões das enfermeiras foram apresentadas e estas exemplificaram diferentes situações onde há a melhora significativa do estado geral da paciente conforme o início da administração da quimioterapia, mas também, existem os diversos relatos de grande piora da condição clínica da mulher devido às toxicidades causadas pela quimioterapia e avanço da doença.

A equipe de saúde envolvida no cuidado a paciente com câncer de mama avançado em quimioterapia paliativa deve buscar equilibrar as vantagens e desvantagens do tratamento antineoplásico através da avaliação da qualidade de vida destas mulheres, de forma que esta seja a prioridade e, em assim sendo, não seja prejudicada.

É possível a utilização da quimioterapia como proposta de tratamento no câncer avançado, mesmo com seus efeitos tóxicos. Isto porque os tecidos normais se recuperam antes das células tumorais, sendo esta a base do comportamento celular da quimioterapia. Entretanto, determinados efeitos de algumas drogas podem ser tão tóxicos que podem indicar a interrupção momentânea ou até mesmo a suspensão do tratamento, como citado por algumas enfermeiras nos depoimentos. Por este motivo, “*tão importante quanto o tratamento é estar atento aos efeitos que esse produz nos pacientes*” (SILVA, ALBUQUERQUE & LEITE, 2010, p.229).

Um estudo realizado por Wright et al (2014) obteve resultados que indicaram que pacientes com câncer avançado que receberam quimioterapia no final da vida ficaram mais propensos a receberem cuidados intensivos nos últimos dias de vida.

Neste estudo, o uso da quimioterapia nos últimos meses antes do óbito foi associado a um risco aumentado de necessitar de ventilação mecânica, ressuscitação cardiopulmonar, ou ambos, na última semana de vida.

Neste mesmo estudo, também não foram encontradas evidências de aumento da sobrevida com o uso da quimioterapia. Entretanto, mais do que prolongar a vida, a quimioterapia também tem como meta o controle dos sintomas e a manutenção ou aumento da qualidade de vida (MAYRBÄURL et al, 2012). Em um estudo realizado por Jorge e Silva (2010), verificou-se boa qualidade de vida geral em mulheres com câncer ginecológico submetidas à quimioterapia. Além disso, ao serem questionadas sobre a avaliação de sua saúde, a maioria das entrevistadas consideraram-na boa.

Conforme pode ser observado no estudo, as pacientes também parecem usar o tratamento quimioterápico como forma de enfrentamento do medo de sua morte se aproximando, dado que vai ao encontro de uma pesquisa realizada por Buiting et al (2013), que evidenciou que independente dos efeitos colaterais e da consciência da situação de sua doença (avançada e sem possibilidades de cura), a quimioterapia parece ter aparecido para facilitar a vida dos pacientes, mesmo que momentaneamente. Este mesmo estudo trouxe relatos de pacientes que afirmaram que os períodos sem quimioterapia pareceram ser mais difíceis e estressantes que os períodos recebendo o tratamento antineoplásico. Por este motivo, pensar em largar o tratamento num estágio mais avançado da doença se torna extremamente difícil (Buiting et al, 2013).

A grande maioria das pacientes, participantes do estudo, relatou boa evolução com o uso da quimioterapia, todavia, mesmo com a melhora dos sintomas provocados pela doença, as mulheres, em sua maioria, citaram a alopecia como a pior parte do tratamento.

Observa-se que a perda do cabelo, por gerar alteração da imagem corporal, se relaciona diretamente ao sofrimento psíquico da paciente, tendo uma reação arrasadora para estas, por indicar visivelmente a doença e deturpar a identidade feminina (OLIVEIRA et al, 2010a).

Desta forma, a paciente com câncer de mama avançado em tratamento paliativo possui diversas peculiaridades que necessitam da atenção do enfermeiro. Não só pela alteração da imagem corporal causada pela queda de cabelo, por

exemplo, mas pelas diferentes dificuldades vivenciadas por estas mulheres, sejam elas físicas, psicológicas ou sociais.

Neste sentido, enquanto houver vida, existe a necessidade do cuidado da enfermagem, portanto, é errado supor que não há mais nada a se fazer pelo paciente fora de possibilidades terapêuticas para a cura. Sendo assim, a assistência do enfermeiro é fundamental e imprescindível, visando assegurar o máximo de conforto e qualidade de vida a paciente (ARAÚJO & SILVA, 2007).

Além do suporte profissional da enfermagem, o amparo da família é essencial neste momento, pois pode auxiliar a paciente na aceitação da condição da doença, na realização do tratamento, na manutenção de um autocuidado positivo, na prevenção de possíveis agravos e na exposição de seus sentimentos (PISONI et al, 2013).

Entretanto, foi observado nas entrevistas que nem sempre a presença do acompanhante agrada os profissionais, uma vez que podem gerar estresses e confusões na sala de espera, além de muitas vezes apressarem as pacientes, o que pode influenciar negativamente no tratamento.

Contudo, os familiares foram apontados pelas pacientes como pontos fundamentais no seu tratamento e reabilitação. Neste contexto, a enfermagem e os outros profissionais da equipe tem o importante papel de atuar junto a este binômio paciente/família de modo a apoiá-los e cooperar para que eles passem por esta situação da melhor maneira possível, visando minimizar o sofrimento que não é único e exclusivo da paciente, mas da família também. Desta forma, diante das dificuldades frente à doença e ao tratamento, é de extrema importância envolver a família neste processo, principalmente porque é ela o suporte da mulher nesse momento. Portanto, é essencial que o enfermeiro inclua a família na gerência do cuidado de enfermagem, incorporando-a em todo o seu planejamento e processo de cuidar (NASCIMENTO et al, 2011).

Faz-se necessário, então, identificar cada paciente e acompanhante de forma individualizada, ajudando-os a minimizar os estresses vivenciados, estimulando a integração e o suporte familiar da mulher na tentativa de garantir um ambiente saudável e harmônico (NASCIMENTO et al, 2011).

Outra forma de enfrentamento da doença, evidenciada nas entrevistas, como forma de buscar equilíbrio e reunir forças para dar continuidade ao tratamento é a de

cultivar a esperança e a fé. Neste contexto, a espiritualidade e a religiosidade foram destacadas como estratégias para lidar com a situação da doença e os efeitos colaterais da quimioterapia.

“Pessoas religiosas frequentemente apresentam maior capacidade para lidar com circunstâncias adversas da vida com a utilização do Coping Religioso/Espiritual (CRE). Coping, ou enfrentamento, refere-se a um conjunto de estratégias, cognitivas e comportamentais, utilizadas com o objetivo de enfrentar situações de estresse. Quando o paciente utiliza recursos religiosos para esse fim, ele está utilizando o coping religioso. O CRE pode ser positivo ou negativo; quando positivo (CREP) abrange estratégias que proporcionam efeito benéfico ao indivíduo, como procurar amor/proteção de Deus ou maior conexão com forças transcendentais. O CRE negativo (CREN) envolve estratégias que geram consequências prejudiciais, por exemplo, redefinir o estressor como punição divina” (MESQUITA et al, 2013, tela 02).

Foi possível observar no estudo, que as pacientes utilizaram o *coping* religioso como estratégia para enfrentamento da doença de forma positiva. Observa-se a importância da manutenção da fé e da esperança através da espiritualidade/religiosidade na vida destas pacientes. Deste modo, verifica-se a necessidade de abordagem e oferta do cuidado espiritual por parte do enfermeiro. Sendo assim, a identificação do perfil religioso destas mulheres contribui para um planejamento adequado da assistência com intervenções apropriadas a cada tipo de paciente (MESQUITA et al, 2013; NASCIMENTO et al, 2011).

Para conseguir uma abordagem individual e humanizada, capaz de atender as necessidades das pacientes, desde a parte física e psicológica até a parte social e espiritual, o enfermeiro precisa elencar estratégias assistenciais e administrativas. Na categoria “Elencando estratégias administrativas para melhor gerenciar o cuidado”, destacam-se as seguintes ações: organização do fluxo de atendimento, buscando alcançar um cuidado adequado; redistribuição de tarefas para maior participação dos técnicos de enfermagem e secretários; e realização de uma triagem

nos atendimentos subsequentes para confirmar a condição da paciente realizar a quimioterapia naquele dia.

Assim, as enfermeiras citaram em seus depoimentos algumas sugestões para melhoria do atendimento. Foi apontada nas falas, a necessidade de desmembramento do setor de cateter, devido ao alto número de pacientes que precisam continuamente da assistência de um enfermeiro e um técnico de enfermagem do ambulatório de quimioterapia.

Os cuidados demandados em um cateter de longa permanência devem seguir recomendações importantes para a segurança do paciente relacionadas aos riscos de infecção. A utilização de acessos venosos profundos demanda uma atenção peculiar do enfermeiro, uma vez que a punção e manutenção desses cateteres são atividades exclusivas destes profissionais (SOUZA, JERICÓ & PERROCA, 2014).

Dentre as demais estratégias administrativas citadas pelas enfermeiras para melhor atender as necessidades das pacientes, destacou-se a necessidade de aumento do número de profissionais, conforme relatado anteriormente, uma vez que o quantitativo atual de enfermeiros não corresponde à alta demanda de pacientes. A disparidade entre o número de funcionários e o número de mulheres que chegam ao ambulatório para receber quimioterapia gera sobrecarga de trabalho dos enfermeiros, o que pode prejudicar a qualidade do cuidado.

A sobrecarga de trabalho é um importante motivo gerador de estresse profissional e pode estar relacionada: ao tipo de assistência prestada a paciente, que além de ser de grande responsabilidade, também costuma ser de alta complexidade; ao número inadequado de enfermeiros, proporcionalmente destoante de acordo com a demanda de pacientes; e também às atividades desempenhadas fora de sua área de trabalho, como funções administrativas e de alçada secretarial (GOMES, SANTOS & CAROLINO, 2013).

Essas questões, relacionadas ao fato de o enfermeiro desempenhar atividades fora de seu âmbito de trabalho, receberam destaque nos depoimentos como um problema no ambulatório. Isto acontece devido ao excesso de funções burocráticas que são exigidas dos enfermeiros, mas poderiam ser delegadas a outros profissionais, como técnicos de enfermagem e secretários do setor. Desta forma, foi sugerido pelas entrevistadas a atribuição de funções burocráticas a outros

profissionais que não os enfermeiros, para otimização do tempo com o paciente, menor desgaste do profissional e maior qualidade do cuidado.

Outra estratégia administrativa citada pelos enfermeiros de extrema importância é a triagem ou consulta subsequente, que serve para avaliar o estado geral da paciente e verificar, então, suas condições de receber a quimioterapia naquele dia. Esta consulta serve de artifício para evitar a interrupção da quimioterapia após seu início, prevenindo assim que uma cadeira seja ocupada por uma paciente que não poderá receber a medicação, o que geraria atrasos nos atendimentos seguintes. Além disso, também previne desconfortos para a paciente, como, por exemplo, no caso da avaliação prévia da rede venosa periférica, impedindo que a paciente sofra repetidas tentativas de punções caso nesta triagem já seja identificada a impossibilidade da realização deste procedimento. Contudo, os fatores impeditivos para realização da quimioterapia naquele dia devem ser cuidadosamente administrados e conduzidos, uma vez que a paciente vai ao consultório alimentando a esperança de receber o medicamento, e quando isso não acontece como esperado, pode gerar angústia e medo relacionado à contínua manifestação da doença.

Ademais, este momento da consulta subsequente será oportuno para incentivo ao autocuidado da mulher. Sabe-se que devido à inespecificidade dos quimioterápicos somados ao extenso período de tratamento, as pacientes são acometidas por diferentes efeitos colaterais. Tais efeitos, associados ao impacto social do câncer na vida destas mulheres podem levar a desistência da luta pela vida. Em assim sendo, no momento da consulta, o enfermeiro deve estar atento às queixas da paciente, identificando suas necessidades de cuidado para atendê-las da melhor forma possível e incentivar as práticas de autocuidado, relacionadas, especialmente, ao controle das reações adversas, e promoção da qualidade de vida.

Geralmente, o domínio mais afetado pela quimioterapia é o domínio físico, além dos danos causados pela própria doença. Esta consequência se justifica pela não especificidade celular das drogas antineoplásicas, que podem gerar diversos efeitos colaterais que dificultam as mulheres a realizarem suas atividades diárias e diminuem sua qualidade de vida (JORGE & SILVA, 2010). São as reações adversas da quimioterapia, em sua maioria somadas às fragilidades ocasionadas pela doença, as grandes responsáveis pela impossibilidade da continuidade do

tratamento, pelo menos em determinado dia, implicando em suspensão ou adiamento da quimioterapia.

Em assim sendo, faz-se necessário que o enfermeiro possua aptidão e conhecimento para avaliação das condições clínicas da paciente e tomada de decisão, junto à equipe médica, no que se refere à liberação ou não da administração da quimioterapia naquele determinado momento para retorno do tratamento após a melhora do estado geral da mulher (SOUZA, JERICÓ & PERROCA, 2014).

Para isto, é importante também ouvir o que a paciente tem a dizer, suas experiências, expectativas, e realizar uma avaliação geral antes da administração da quimioterapia. Com foi observado no depoimento das enfermeiras, no momento da consulta subsequente ou triagem, é realizado um check list para verificar as condições de a paciente receber a quimioterapia naquele dia, evitando assim, interrupções nos fluxos de atendimento.

O entendimento sobre as experiências de vida/doença/tratamento destas mulheres pode ter uma influência positiva no cuidado à saúde a partir do oferecimento de serviços adequados as suas necessidades. A compreensão desta experiência pode ser utilizada para aumentar a satisfação das pacientes no seu cuidado. Além disso, as informações fornecidas pelas pacientes podem evidenciar um problema no serviço e também suscitar importantes dicas para guiar os passos para melhoria do serviço (Tsianakas et al, 2012).

É necessário, portanto, escutar o que a paciente tem a dizer, identificar suas necessidades e ademais, verificar sua capacidade de receber a quimioterapia, de acordo com sua condição física e psicológica naquele momento. Entretanto, em algumas situações, existe a dificuldade da equipe em reconhecer que a paciente não tem mais condições de manter o tratamento quimioterápico. Todavia, o prolongamento de um tratamento que já não assegura nenhum tipo de resultado benéfico, faz com que muitas mulheres nesta situação vivam o final de suas vidas internadas em unidades comuns de internação que não oferecem a estrutura necessária e um cuidado especializado, que vise qualidade de vida e conforto. Deste modo, a possibilidade de integração precoce entre a oncologia e os cuidados paliativos seria o ideal.

A articulação entre estas duas unidades visa apoiar e melhorar a qualidade de vida da mulher por aliviar os sintomas associados ao câncer de mama e aos efeitos colaterais do tratamento antineoplásico. Esta união serve para não só beneficiar pacientes fora de possibilidades terapêuticas para a cura, uma vez que possuem um câncer metastático, mas também deve ser considerada para aquelas que tem a doença localizada, ou aquelas que, durante anos, irão conviver com o câncer como uma doença crônica. Contudo, alguns equívocos sobre o papel dos profissionais envolvidos nos cuidados paliativos e os objetivos de tal tratamento dificultam a integração precoce desses serviços em outras práticas médicas (GREER et al, 2013).

Segundo Buiting et al (2013), o tratamento antineoplásico nas últimas semanas de vida é um possível indicador de uso inapropriado da quimioterapia. Em um estudo realizado por Wright et al (2014), observou-se que pacientes com câncer avançado que estavam recebendo tratamento quimioterápico paliativo no final da vida estavam mais propensos a morrerem dentro de uma unidade de cuidados intensivos, quando comparados aos pacientes que não realizavam quimioterapia nesta fase.

A atitude dos oncologistas é, em geral, a favor da quimioterapia. Já a dos profissionais de cuidados paliativos é a de evitar algumas linhas de quimioterápicos para não adicionar ainda mais sintomas aos já existentes. Como resultado, a transferência das pacientes para os cuidados paliativos ou não ocorre ou é muito tardia, o que é prejudicial à sua qualidade de vida (ORTIZ, 2011).

Entretanto, a interrupção da quimioterapia é um desafio para os oncologistas, principalmente porque, para as pacientes e familiares, parar o tratamento pode significar um sinal de desistência (WRIGHT et al, 2014). Além disso, a decisão de continuar o tratamento antineoplásico, muitas vezes, reflete na opção do oncologista em respeitar a decisão feita pelas pacientes e seus familiares, que estão dispostos a suportar as difíceis e diversas reações adversas por uma pequena e frequentemente, quase insignificante chance de sobrevivência, visando evitar, assim, a morte a qualquer custo (LIU et al 2012).

As diminutas taxas de referenciamento estão associadas, muitas vezes, às crenças dos oncologistas de que uma consulta de cuidados paliativos possa alarmar pacientes e familiares sobre um prognóstico ruim, quando mesmo que esta não seja

a realidade, eles queiram concentrar-se exclusivamente em apresentar um tratamento curativo. Contudo, uma equipe de oncologia, que não seja plenamente capacitada para lidar com as situações de palição e morte em uma unidade que não ofereça toda a estrutura capaz de proporcionar conforto e qualidade especializada de assistência a paciente, pode não ser capaz de gerenciar todos os aspectos do tratamento do câncer, que vão desde o diagnóstico e a administração de quimioterapia até o controle dos sintomas e discussões sobre os cuidados no final da vida (GREER et al, 2013).

O suporte clínico adicional de uma unidade de cuidados paliativos em toda a trajetória da doença pode servir como uma abordagem para identificar e aliviar a carga de sintomas debilitantes, melhorar a qualidade de vida, diminuir a depressão, ajudar as equipes de oncologia a obter melhorias na qualidade do cuidado no fim da vida e possivelmente, prolongar as chances de maior sobrevida (GREER et al, 2013).

Muitas vezes, a equipe de enfermagem está consciente e consegue determinar o momento mais adequado para essa transição para os cuidados paliativos antes dos médicos. Foi possível perceber no depoimento das enfermeiras, a indignação no que se refere ao uso inadequado da quimioterapia em pacientes sem condições de recebê-las. Elas destacaram em suas falas que o uso de antineoplásicos em determinadas fases da doença é essencial, uma vez que ajuda no controle dos sintomas e melhora a qualidade de vida. Contudo, observou-se a percepção das mesmas quanto ao uso indevido de quimioterapia em casos em que a administração da mesma apenas contribui para piora do estado geral e das condições de saúde da mulher.

Em assim sendo, o enfermeiro tem o papel fundamental, como gerenciador do cuidado, em manter uma postura de valorização das necessidades da mulher nesse momento, visando sempre à preservação da qualidade de vida em detrimento ao tratamento a qualquer custo. Cabe ao enfermeiro, então, orientar pacientes e familiares que parar o tratamento não significa desistir da vida, e sim proporcionar melhores condições a mulher por meio dos cuidados paliativos. Além disso, ele deve manter uma relação direta com a equipe médica, disponibilizando seu conhecimento sobre a paciente para ajudar na tomada de decisão sobre a continuidade ou interrupção do tratamento.

CAPÍTULO VII

7.1 EXPONDO AS LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O estudo apresentou como limitação a dificuldade em realizar as entrevistas com as enfermeiras, devido ao reduzido número de profissionais presentes no ambulatório, as funcionárias estavam, na maioria das vezes, muito sobrecarregadas com a demanda de pacientes e demais funções, o que não as permitia parar suas atividades para participar do estudo, gerando assim, atrasos na coleta dos dados.

Além disso, outra limitação refere-se ao fato de a pesquisa retratar apenas a realidade de um único contexto, o que demanda ampliações futuras, incorporando, inclusive, perspectivas de outros profissionais.

7.2 APRESENTANDO AS CONCLUSÕES FINAIS

O estudo apresentou resultados que representam a realidade observada no cenário da pesquisa, considerando a gerência do cuidado de enfermagem a paciente com câncer de mama avançado em quimioterapia paliativa no contexto ambulatorial.

Assegura-se que os objetivos do estudo foram alcançados por meio da construção de categorias estruturadas a partir dos dados empíricos obtidos a partir da contribuição dos enfermeiros e pacientes. Assim, as categorias relevantes para a pesquisa foram: Gerenciando o cuidado no momento da consulta de enfermagem; Apontando as dificuldades na realização da gerência do cuidado de enfermagem; Evidenciando as peculiaridades da quimioterapia paliativa no câncer de mama; Elencando estratégias administrativas para melhor gerenciar o cuidado; e Refletindo sobre questões complexas relacionadas à situação do câncer avançado e à atuação profissional.

A categoria Gerenciando o cuidado no momento da consulta de enfermagem foi constituída por quatro subcategorias: Valorizando a consulta de enfermagem; Aplicando o processo de enfermagem; Destacando a importância da comunicação; e Cuidando integralmente em busca da autonomia da paciente, e abordou as atividades e intervenções do enfermeiro no gerenciamento do cuidado a mulher, levando em consideração a importância da consulta de enfermagem, que deve ser conduzida pelas etapas do processo de enfermagem. Durante a consulta, o

enfermeiro oferece os esclarecimentos sobre as questões referentes ao tratamento, de forma a conscientizar a paciente e incentivar sua autonomia e autocuidado.

A categoria Apontando as dificuldades na realização da gerência do cuidado de enfermagem foi constituída por quatro subcategorias: Apresentando a situação do câncer; Relatando os déficits no serviço; Relatando problemas diários no fluxo de atendimento e; Enfrentando dificuldades emocionais para lidar com este perfil de clientela, e apresentou os diversos problemas e adversidades enfrentados pelo enfermeiro para a realização da gerência do cuidado de forma adequada, como a alta demanda de pacientes e às falhas no serviço.

A categoria Evidenciando as particularidades da vivência/experiência no tratamento quimioterápico do câncer de mama foi constituída por quatro subcategorias: Balanceando os riscos e os benefícios da quimioterapia paliativa; Reconhecendo fatores relacionados à fase da doença que demandam necessidades; Ponderando os aspectos positivos e negativos da presença do acompanhante; e Não deixando de cultivar a esperança. Assim, expôs diferentes concepções acerca dos riscos e benefícios da quimioterapia paliativa, na concepção do enfermeiro e da paciente, que muitas vezes, apega-se à esperança e à fé. Além disso, apresentou as peculiaridades das pacientes assistidas, considerando as fragilidades e complicações da doença e tratamento; e trouxe aspectos referentes à presença do acompanhante que apesar de ser essencial, muitas vezes torna confuso o ambiente de trabalho.

A categoria Elencando estratégias para melhor gerenciar o cuidado foi constituída por três subcategorias: Organizando o ambiente e os recursos; Redistribuindo tarefas: maior participação dos técnicos de enfermagem e secretários e; Realizando uma triagem para confirmar a condição de a paciente realizar a quimioterapia naquele dia, e abordou as estratégias administrativas utilizadas pelos enfermeiros na tentativa de organizar o fluxo de atendimento.

A categoria Refletindo sobre questões complexas relacionadas à situação do câncer avançado e à atuação profissional foi composta por uma única subcategoria: Considerando ser necessária a maior integração com a unidade de cuidados paliativos, que retratou sobre a dificuldade de reconhecimento por parte da equipe médica sobre o momento adequado para interrupção do tratamento o que gera a demora na integração com a unidade de cuidados paliativos.

Com o estudo evidenciou-se a importância do papel do enfermeiro na gerência do cuidado a paciente com câncer de mama avançado em quimioterapia paliativa. Seja na assistência direta, no momento da consulta de enfermagem ou durante a administração de quimioterapia, ou indiretamente, através da organização do ambiente e do fluxo de atendimento.

Além disso, o enfermeiro, por estar mais próximo a paciente, conhece suas fragilidades e dificuldades, tendo maior sensibilidade para perceber até que ponto a mulher tem condições de receber a quimioterapia. Sugere-se assim, que cada vez mais haja uma relação direta entre a equipe médica e a equipe de enfermagem para que o número de pacientes em quimioterapia no fim de suas vidas (indo a óbito dentro de unidades intensivas, distante de suas famílias e com pouca ou nenhuma qualidade de vida) seja menor.

Os problemas apresentados para realização adequada da gerência do cuidado de enfermagem referem-se às dificuldades institucionais relacionadas ao déficit de recursos humanos, físicos e estruturais; a alta demanda de pacientes, demasiadamente superior a de funcionários; e às questões burocráticas relacionadas, principalmente, ao excessivo volume de papéis que precisam ser preenchidos pelos enfermeiros e não são divididos entre outros profissionais, gerando sobrecarga do enfermeiro. Nesse aspecto, existe a necessidade de valorização do enfermeiro, bem como a necessidade de capacitação profissional no contexto dos cuidados paliativos, conforme exposto pelas próprias enfermeiras participantes do estudo, que em muitos momentos, afirmaram não sentirem-se preparadas para lidarem com essa questão.

Com o estudo preencheu-se parte da lacuna de conhecimento da literatura nacional, especialmente no que se refere aos riscos e benefícios da utilização da quimioterapia paliativa. Sugere-se então, a partir dos dados da pesquisa, um olhar mais apurado quanto às reais necessidades da mulher para que sua qualidade de vida não deixe de ser uma prioridade. Sendo assim, faz-se necessário uma integração precoce entre a oncologia e os cuidados paliativos, que possuem estrutura e profissionais especializados para lidarem com as fragilidades e peculiaridades da mulher neste momento de sua vida.

Sendo assim, a pesquisa direciona também para novos estudos considerando a necessidade de o cuidado paliativo também ser encarado como necessidade e preocupação de gestores nas linhas de cuidado em atenção oncológica.

REFERÊNCIAS

ALCANTARA, L.S.; OLIVEIRA, A.C.A.M.; GUEDES, M.T.S.; SANTOS, M.C.M.; DINIZ, D.R.; SOARES, E. **Interdisciplinaridade e Integralidade: a Abordagem do Assistente Social e do Enfermeiro no INCA**. Revista Brasileira de Cancerologia 2014; 60(2): 109-118

ALVES, P.C.; FERNANDES, A.F.C. **Estresse e estratégias de enfrentamento/coping diante do câncer de mama - Nota Prévia**. Online braz. j. nurs. (Online); 9(1)abr. 2010.

American Cancer Society. **Cancer Facts and Figures 2007**. Atlanta, GA: American Cancer Society; 2007.

ARAÚJO, M.M.T.; SILVA, M.J.P. **A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo**. Rev. esc. enferm. USP vol.41 no.4 São Paulo Dec. 2007

BAGGIO, M.A.; MONTICELLI, M.; ERDMANN, L.A. **Cuidando de si, do outro e "do nós" na perspectiva da complexidade**. Rev. bras. enferm. vol.62 no.4 Brasília July/Aug. 2009

BERGEROT, C.D.; ARAUJO, T.C.C.F. **Avaliação do distresse e da qualidade de vida dos pacientes com câncer ao longo de seu tratamento com quimioterapia**. Invest. educ. enferm vol.32 no.2 Medellín May/Aug. 2014

BONASSA, E.M.A; GATO, M.I.R; **Terapêutica Oncológica para Enfermeiros e Farmacêuticos**. 4 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2012.

BRASIL. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. Instituto Nacional de Câncer. – 3. ed. rev. atual. ampl. – Rio de Janeiro: INCA, 2008.

BRASIL. **Estimativa 2014 : Incidência de câncer no Brasil**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: Inca, 2014.

BRASIL. **Informativo vigilância do câncer. Magnitude do câncer no Brasil: incidência, mortalidade e tendência**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: Inca, n. 3 maio/novembro 2012a.

BRASIL. **Lei 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências. 1990.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Oncológica**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Brasília, 11 de novembro de 2005a.

BRASIL. **Portaria nº 2.439, de 08 de dezembro de 2005.** Ministério da Saúde. 2005b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2439_08_12_2005.html

BRASIL. **Portaria nº 62, de 11 de março de 2009.** Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. 2009b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0062_11_03_2009.html.

BRASIL. **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).*

BRASIL. **Rastreamento organizado do câncer de mama: a experiência de Curitiba e a parceria com o Instituto Nacional de Câncer.** Rio de Janeiro: INCA, 2011.

BRASIL. **Resolução COFEN - 210/1998.** *Dispõe sobre a atuação dos profissionais de Enfermagem que trabalham com quimioterápicos antineoplásicos;* 1998. Disponível em: <http://portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4257>.

BRASIL. **Resolução COFEN – 358/2009.** *Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências;* 2009a. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html.

BRASIL. **Resolução COFEN 293/2004:** *“Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde”.*

BRASIL. **Resolução COFEN 358/2009:** *“Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.”*

BRASIL. **Resolução COFEN-159/1993.** *Dispõe sobre a consulta de Enfermagem.* 1993. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-1591993_4241.html.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde (CNS), 2012b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

BROWNER, I.; CARDUCCI, M.A. **Palliative chemotherapy: historical perspective, applications, and controversies.** *SeminOncol*; 32(2): 145-55, 2005 Apr.

BUITING, H.M.; TERPSTRA, W.; DALHUISEN, F.; GUNNINK-BOONSTRA, N.; SONKE, G.S.; HARTOGH, G. **The Facilitating Role of Chemotherapy in the**

Palliative Phase of Cancer: Qualitative Interviews with Advanced Cancer Patients. November 2013 | Volume 8 | Issue 11 | e77959

CARREÑO, P.R.; MARTÍNEZ, M.P.A. **Calidad de vida en mujeres que conviven cuatro o más años con cáncer de mama, desde una perspectiva enfermera.** Index enferm; 21(4): 190-193, oct.-dic. 2012. tab

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada– guia prático para análise qualitativa.** Porto Alegre: Artmed, 2009.

CHRISTOVAM, B. P. **Gerência do cuidado de enfermagem: a construção de um conceito.** 2009. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. 305p.

CHRISTOVAM, B.P.; PORTO, I.S.; OLIVEIRA, D.C. **Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito.** Rev Esc Enferm USP 2012; 46(3):734-41.

CIRILO, J.D. **Atuação do enfermeiro no manejo das principais intercorrências clínicas durante a administração da quimioterapia.** 2013. Trabalho de Conclusão de Curso Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. 76p.

DANTAS, C.C.; LEITE, J.L.; LIMA, S.B.S.; STIPP, M.A.C. **Teoria fundamentada nos dados - aspectos conceituais e operacionais: Metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem.** Rev Latino-am Enfermagem 2009 julho-agosto; 17(4).

DEL BIANCO FARIA, A.M.; CARDOSO, C.L. **Aspectos psicossociais de acompanhantes cuidadores de crianças com câncer: stress e enfrentamento.** Estudos de Psicologia I Campinas I 27(1) I 13-20 I janeiro - março, 2010.

DOMINGUES, S.V.B.; SANTOS, E.C.A.; SOUZA, R.M.; MURAKAMI, P.M.; FUMIS, R.R. **Sob o olhar da enfermagem: a essência da comunicação enfermeiro-paciente-família na humanização do processo quimioterápico.** RBM Nov 10 V 67 Especial Oncologia.

EARLE, C.C.; LANDRUM, M.B.; SOUZA, J.F.; NEVILLE, B.A.; WEEKS, J.C.; AYANIAN, J.Z. **Aggressiveness of Cancer Care Near the End of Life: Is It a Quality-of-Care Issue?** J Clin Oncol 26:3860-3866. American Society of Clinical Oncology, 2008.

EASTERN COOPERATIVE ONCOLOGY GROUP. **ECOG Performance Status.**All contents copyright © 1998-2000.Revised: July 27, 2006.Acesso em: 29 de maio de 2013. Disponível em: http://ecog.dfci.harvard.edu/general/perf_stat.html

ERDMANN, A. L. **Sistemas de cuidados de enfermagem.** Pelotas: Universitária/UFPel, 1996.

FERREIRA, L.F.; PETEL, L.A.; FERNANDES, S.S. **A história natural do câncer de mama na paciente jovem: revisão de literatura.** FEMINA| Novembro 2011 | vol 39 | nº 11

FIGUEIREDO N.M.A., LEITE J.L., MACHADO W.C.A., MOREIRA M.C., TONINI T. (Organizadores). **Enfermagem oncológica: conceitos e práticas** - 1º ed. - São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora: 2009.

FUGITA, R.M.I.; FARAH, O.G.D. **O planejamento como instrumento básico do enfermeiro.** In: CIANCIARULLO, T.I., organizador. Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade da assistência. São Paulo (SP): Atheneu;1996.

GARICOCHEA, B.; MORELLE, A.; ANDRIGHETTI, A.E.; CANCELLA, A.; BÓS, A.; WERUTSKY, G. **Idade como fator prognóstico no câncer de mama em estágio inicial.** Rev Saude Publica. 2009;43(2):311-7.

GLASER, B. **Grounded theory perspective III: theoretical coding.** Chicago: Sociology Press, 2005.

GOMES, S.F.S.; SANTOS, M.M.M.C.C.; CAROLINO, E.T.M.A. **Riscos psicossociais no trabalho: estresse e estratégias de coping em enfermeiros em oncologia.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. nov.-dez. 2013;21(6):1282-9

GONÇALVES, J.F.; GOYANES, C. **Use of chemotherapy at the end of life in a Portuguese oncology center.** Support Care Cancer (2008) 16:321–327.

GONÇALVES, L.L.C.; TRAVASSOS, G.L.; ALMEIDA, A.M.; GUIMARÃES, A.M.D'A.N.; GOIS, C.F.L. **Barreiras na atenção em saúde ao câncer de mama: percepção de mulheres.** Rev Esc Enferm USP 2014; 48(3):394-400

GOLDSTEIN, E.A.; PEREIRA, G.L. **A atuação da equipe de enfermagem frente ao tratamento quimioterápico antineoplásico: uma revisão de literatura.** Revista Acreditação - Volume 1 - Número 2 - 2011

GREER, J.A.; JACKSON, V.A.; MEIER, D.E.; TEMEL, J.S. **Early Integration of Palliative Care Services With Standard Oncology Care for Patients With Advanced Cancer.** CA CANCER J CLIN 2013; 63:349–362

HAUSMANN, M., PEDUZZI, M. **Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro.** Texto Contexto Enferm, v. 18, n. 2, p. 258-65, 2009.

HUI, D.; ELSAYEM, A.; LI, Z.; DE LA CRUZ, M.; PALMER, L.; BRUERA, E. **Anti-Neoplastic Therapy Use in Advanced Cancer Patients Admitted to an Acute Palliative Care Unit at a Comprehensive Cancer Center: A Simultaneous Care Model.** NIH. Cancer. 2010 April 15; 116(8): 2036–2043.

International Union Against Cancer: **Introduction UICC - Global Cancer Control.** Geneve, Switzerland, UICC, 2005.

ICN. **Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE®** «Guidelines for ICNP® Catalogue Development» Copyright © 2008 pelo ICN International Council of Nurses, 3, place Jean-Marteau, 1201 Genebra, Suíça. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros – Junho de 2009

JORGE, L.L.R.; SILVA, S.R. **Avaliação da qualidade de vida de portadoras de câncer ginecológico submetidas à quimioterapia antineoplásica.** Rev. Latino-Am. Enfermagem 18(5):[07 telas]. Set-out 2010

KADAKIA, K.C.; MOYNIHAN, T.J.; SMITH, T.J.; LOPRINZI, C.L. **Palliative communications: addressing chemotherapy in patients with advanced cancer.** Annals of Oncology 23 (Supplement 3): iii29–iii32, 2012 doi:10.1093/annonc/mds085

KIM, et al. **Palliative Chemotherapy Preferences and Factors that Influence Patient Choice in Incurable Advanced Cancer.** Jpn J Clin Oncol 2008;38(1)64–70.

KLUTHCOVSKY, A.C.G.C.; FARIA, T.N.P.; CARNEIRO, F.H.; STRONA, R. **Câncer de mama feminino: análise da mortalidade no Brasil e regiões.** Rev. Assoc. Med. Bras. vol.60 no.4 São Paulo 2014.

LACERDA, J.S.; FREITAS JÚNIOR, J.H.A.; FRANÇA, I.S.X.; SOUSA, F.S. **Sentimentos de mulheres com câncer de mama: um estudo exploratório-descritivo.** Online braz. j. nurs. (Online); 8(3)dez. 2009.

LIMA, P.C.; COMASSETTO, I.; FARO, A.C.M.; MAGALHÃES, A.P.N.; MONTEIRO, V.G.N.; SILVA, P.S.G. **O ser enfermeiro de uma central de quimioterapia frente à morte do paciente oncológico.** Esc Anna Nery 2014;18(3):503-509

LIU, T-W.; CHANG, W-C.; WANG, H.M.; CHEN, J-S.; KOONG, S.L.; HSIAO, S.C.; TANG, S.T. **Use of chemotherapy at the end of life among Taiwanese cancer decedents, 2001 – 2006.** Acta Oncologica, 2012; 51: 505–511

MANZINI, E.J. **Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada.** In: MARQUEZINE: M. C.; ALMEIDA, M. A.; OMOTE; S. (Orgs.) Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial. Londrina: eduel, 2003. p.11-25

MAYRBÄURL, B.; WINTNER, L.M.; GIESINGER, J.M.; HIMMELFREUNDPOINTNER, Th.; BURGSTALLER, S.; HOLZNER, B.; THALER, J. **Chemotherapy line-associated differences in quality of life in patients with advanced cancer.** Support Care Cancer (2012) 20:2399–2405.

MESQUITA, A.C.; CHAVES, E.C.L.; AVELINO, C.C.V.; NOGUEIRA, D.A.; PANZINI, R.G.; CARVALHO, E.C. **A utilização do enfrentamento religioso/espiritual por pacientes com câncer em tratamento quimioterápico.** Rev. Latino-Am. Enfermagem mar.-abr. 2013;21(2):[07 telas]

NASCIMENTO, A.N.; CASTRO, D.S.; AMORIM, M.H.C.; BICUDO, S.D.S. **Estratégias de enfrentamento de familiares de mulheres acometidas por câncer de mama.** Cienc Cuid Saude 2011; 10(4):789-794

OLIVEIRA, C.L.; SOUSA, F.P.A.; GARCIA, C.L.; MENDONÇA, M.R.K.; MENEZES, I.R.A.; JUNIOR, F.E.B. **Câncer e imagem corporal: perda da identidade feminina.** Rev. Rene, vol. 11, Número Especial, 2010 a. p. 53-60.

OLIVEIRA, S.K.P.; VIANA, M.T.M.P.; BILHAR, S.P.O.; LIMA, F.E.T. **Sistematização da assistência de enfermagem às mulheres mastectomizadas.** Cogitare Enferm. 2010 b Abr/Jun; 15(2):319-26.

OLIVEIRA, S.K.; QUEIROZ, A.P.O.; MATOS, D.P.M.; MOURA, A.F.; LIMA, F.E.T. **Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura.** Rev. bras. enferm. vol.65 no.1 Brasília Jan./Feb. 2012

ORTIZ, J.S. **Quimioterapia em la fase final de la vida: ? es compasiva?** MedClin (Barc). 2011;136(8):343–344

PINHEIRO, A.B.; LAUTER, D.S.; MEDEIROS, G.C.; CARDOZO, I.R.; MENEZES, L.M.; SOUZA, R.M.B.; ABRAHÃO, K.; CASADO, L.; BERGMAN, A.; THULER, L.C.S. **Câncer de Mama em Mulheres Jovens: Análise de 12.689 Casos.** Revista Brasileira de Cancerologia 2013; 59(3): 351-359

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E.R. **Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública.** Rev. Saúde Pública, 29 (4): 318-25, 1995.

PISONI, A.C.; KOLANKIEWICZ, A.C.B.; SCARTON, J.; LORO, M.M.; SOUZA, M.M.; ROSANELLI, C.L.S.P. **Dificuldades vivenciadas por mulheres em tratamento para o câncer de mama.** J. res.: fundam. care. online 2013. jul./set. 5(3):194-01

PINTO, I.C.; MARCILIANO, C.S.M.; ZACHARIAS, F.C.M.; STINA, A.P.N.; PASSERI, I.A.G.; BULGARELLI, A.F. **As práticas de enfermagem em um ambulatório na perspectiva da integralidade.** Rev. Latino-Am. Enfermagem set.-out. 2012;20(5)

PRIMO, C.C.; LEITE, F.M.C.; AMORIM, M.H.C.; SIPIONI, R.M.; SANTOS, S.H. **Uso da Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem na assistência a mulheres mastectomizadas.** Acta paul. enferm. vol.23 no.6 São Paulo 2010

ROBINSON, T.M.; ALEXANDER, S.C.; HAYS, M. et al. **Patient-oncologist communication in advanced cancer: predictors of patient perception of prognosis.** Support CareCancer 2008; 16: 1049–1057.

ROSA, L.M.; MERCÊS, N.N.A; MARCELINO, S.R.; RADÜNZ, V. **A consulta de enfermagem no cuidado à pessoa com câncer: contextualizando uma realidade.** CogitareEnferm 2007 Out/Dez; 12(4):487-93

ROSSI, F. R., SILVA, M. A. D. **Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado.** Rev Esc Enferm USP, v. 39, n. 4, p. 460-8, 2005.

SALIMENA, A.M.O.; MARTINS, B.R.; MELO, M.C.S.C.; BARA, V.M.F. **Como mulheres submetidas à quimioterapia antineoplásica percebem a assistência de enfermagem.** Revista Brasileira de Cancerologia 2010; 56(3): 331-340

SALIMENA, A.M.O.; CAMPOS, T.S.; MELO, M.C.S.C.; MAGACHO, E.J.C. **Mulheres enfrentando o câncer de mama.** Rev. Min. Enferm.;16(3): 339-347, jul./set., 2012

SALZ, T.; BREWER, N.T. **Offering chemotherapy and hospice jointly: one solution to hospice underuse.** Med Decis Making; 29(4): 521-31, 2009 Jul-Aug.

SANTOS, J.L.G.; PESTANA, A.L.; GUERRERO, P.; MEIRELLES, B.S.H.; ERDMANN, A.L. **Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa.** Rev Bras Enferm, Brasília 2013 mar-abr; 66(2): 257-63.

SANTOS, M.C.L.; SOUSA, F.S.; OLIVEIRA, M.S.; SILVA, A.P.S.; BARBOSA, I.C.F.J.; FERNANDES, A.F.C. **Consulta ambulatorial de enfermagem oncológica brasileira – revisão integrativa.** Online Brazilian Journal Of Nursing - OBJN, Vol 08, N°1, 2009.

SCHONWETTER, R.S.; ROSCOE, L.A.; NWOSU, M.; ZILKA, B.; KIM, S. **Quality of life and symptom control in hospice patients with cancer receiving chemotherapy.** J PalliatMed; 9(3): 638-45, 2006 Jun.

SILVA, C.B.; ALBUQUERQUE, V.; LEITE, J. **Qualidade de vida em pacientes portadoras de neoplasia mamária submetidas a tratamentos quimioterápicos.** Revista Brasileira de Cancerologia 2010; 56(2): 227-236

SILVA, J.A.; SILVA, M.M. **Perfil sociodemográfico e clínico de pessoas em tratamento quimioterápico: subsídios para o gerenciamento em enfermagem.** Rev. Eletr. Enf. No prelo 2013.

SILVA, M.M. **O gerenciamento do cuidado de enfermagem na atenção paliativa oncológica.** 2011. 350f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

SILVA, M.M.; CIRILO, J. D. **A visão dos enfermeiros acerca dos acessos venosos para administração da quimioterapia.** Rev enferm UFPE on line. 2014 jul; 8(7):1979-87.

SILVA, M.M.; MOREIRA, M.C. **Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros.** Acta paul. enferm. vol.24 no.2. São Paulo, 2011.

SILVA, M.M.; MOREIRA, M.C.; LEITE, J.L.; STIPP, M.A.C. **A Teoria Fundamentada nos Dados nos estudos de Pós-Graduação Stricto Sensu da Enfermagem brasileira.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2011 out/dez;13(4):671-9. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a11.htm>.

SILVA, M.M.; MOREIRA, M.C.; LEITE, J.L.; ERDMANN, A.L. **Análise do cuidado de enfermagem e da participação dos familiares na atenção paliativa oncológica.** Texto contexto - enferm. vol.21 no.3 Florianópolis Jul/Set. 2012

SILVA, M.M.; MOREIRA, M.C.; LEITE, J.L.; ERDMANN, A.L. **O trabalho noturno da enfermagem no cuidado paliativo oncológico.** Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.21 no.3 Ribeirão Preto June 2013

SILVA, M.M.; ESTEVES, L.O.; MOREIRA, M.C.; SILVA, J.A.; MACHADO, S.C.; CAMPOS, J.F. **Perfil de diagnósticos de enfermagem em um hospital brasileiro especializado em cuidados paliativos oncológicos.** Ciencia Y Enfermería (Impresa), v. XIX, p. 49-59, 2013.

SILVA, M. M. ; MOREIRA, M. C. ; LEITE, J. L. ; ERDMANN, A. L. . **Indícios da integralidade do cuidado na prática da equipe de enfermagem na atenção paliativa oncológica.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 16, p. 795-803, 2014.

SILVA, R.C.V.; CRUZ, E.A. **Planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer: reflexão teórica sobre as dimensões sociais.** Esc. Anna Nery [online]. 2011, vol.15, n.1, pp. 180-185. ISSN 1414-8145.

SOARES, E.M.; SILVA, S.R. **Perfil de pacientes com câncer ginecológico em tratamento quimioterápico.** Rev Bras Enferm, Brasília 2010 jul-ago; 63(4): 517-22.

SOUZA, C.A.; JERICÓ, M.C.; PERROCA, M.G. **Measurement of nurses' workload in an oncology outpatient clinic.** Rev Esc Enferm USP 2014; 48(1):97-103

SOUZA, R.S.; SIMÃO, D.A.S.; LIMA, E.D.R.P. **Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes atendidos em um serviço ambulatorial de quimioterapia paliativa em belo horizonte.** Rev. Min. Enferm.;16(1): 38-47, jan./mar., 2012

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada.** Tradução: Luciane de Oliveira Rocha. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TERENCE, N.G., B.Sc. (Pharm) (Hons), LITA CHEW, MMedSc, B.Sc. (Pharm) (Hons) and CHUN WEI YAP, Ph.D., B.Sc. (Pharm) (Hons). **A Clinical Decision Support Tool To Predict Survival in Cancer Patients beyond 120 Days after Palliative Chemotherapy.** Journal Of Palliative Medicine. Volume 15, Number 8, 2012.^a Mary Ann Liebert, Inc. DOI: 10.1089/jpm.2011.0417.

TIEZZI, D.G. **A busca pela cura do câncer de mama: deveríamos começar tudo de novo?** Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.36 no.6 Rio de Janeiro June 2014

TSIANAKAS, V.; MABEN, J.; WISEMAN, T.; ROBERT, G.; RICHARDSON, A.; MADDEN, P.; GRIFFIN, M.; DAVIES, E.A. **Using patients' experiences to identify priorities for quality improvement in breast cancer care: patient narratives, surveys or both?** BMC Health Services Research 2012, 12:271

UGARTE, O.N.; ACIOLY, M.A. **O princípio da autonomia no Brasil: discutir é preciso...** Rev. Col. Bras. Cir. vol.41 no.5 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2014

t

World Health Organization. **National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines.** 2nd ed. Geneva (SZ): World Health Organization; 2002. 180p.

World Health Organization (WHO). **Palliative Care.**(Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes; module 5.). Geneva; 2007

WRIGHT, A.A.; ZHANG, B.; KEATING, N.L.; WEEKS, J.C.; PRIGERSON, H.G. **Associations between palliative chemotherapy and adult cancer patients' end of life care and place of death: prospective cohort study.** BMJ. 2014; 348: g1219.

APÊNDICE A

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS SUJEITOS

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Escola de Enfermagem Anna Nery

Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa

Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional em Enfermagem

Curso de Mestrado em Enfermagem

Codiname: _____

Sexo: ()F ()M

Idade: ()20 – 30 ()31 – 40 ()41 – 50 ()51 – 60

Tempo de Graduação: _____ **Local:** _____

Tempo de Atuação na Oncologia: _____

Tempo de Atuação na Instituição: _____

Pós-Graduação na área: ()SIM ()NÃO

Qual (is)? _____

APÊNDICE B

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Escola de Enfermagem Anna Nery
Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa
Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional em Enfermagem
Curso de Mestrado em Enfermagem

ENFERMEIROS:

- 1) Qual a sua visão acerca da gerência do cuidado de enfermagem ao paciente com câncer avançado em quimioterapia paliativa?
- 2) Como você gerencia o cuidado ao paciente com câncer avançado em quimioterapia paliativa?

PACIENTES:

- 1) A sua vida mudou depois que começou a quimioterapia? De que forma?
- 2) Quais foram ou estão sendo os principais problemas?
- 3) De quem você mais recebe ajuda?
- 4) Como o enfermeiro te ajuda todas às vezes que vem aqui?
O que você acha que ele poderia fazer para ajudar que ele não está fazendo?
- 5) Você considera que tem bom nível de entendimento sobre este tratamento?
Como o enfermeiro contribuiu com o que você sabe?
- 6) Você se comunica bem com o enfermeiro?

APÊNDICE C

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA**À Gerente da Divisão de Enfermagem do Hospital do Câncer III**

Eu, Juliana Dias Cirilo (COREN – RJ 365063), aluna do curso de mestrado da Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ, do Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional da Enfermagem, solicito autorização à Gerente da Divisão de Enfermagem, para cumprir a etapa de coleta de dados e dessa forma viabilizar a realização de minha dissertação.

A pesquisa é intitulada “A gerência do cuidado de enfermagem a paciente com câncer de mama avançado em quimioterapia paliativa”, sob a orientação da professora Dr^a Marcelle Miranda da Silva, da Instituição acima citada. Tendo como objeto de estudo a gerência do cuidado de enfermagem ao paciente com câncer avançado em quimioterapia paliativa no contexto ambulatorial. Este estudo tem como objetivos: compreender a visão dos enfermeiros acerca da gerência do cuidado de enfermagem ao paciente com câncer avançado em quimioterapia paliativa; analisar a gerência do cuidado de enfermagem ao paciente com câncer avançado em quimioterapia paliativa; construir um modelo de gerência do cuidado de enfermagem ao paciente com câncer avançado em quimioterapia paliativa no contexto ambulatorial.

A mesma será realizada utilizando como técnica de pesquisa a entrevista semiestruturada, direcionada aos enfermeiros da Central de Quimioterapia do Hospital do Câncer III / Instituto Nacional de Câncer.

Será respeitada a resolução 466/2012 em todos os seus aspectos.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Enf^a Juliana Dias Cirilo
Mestranda da EEAN /UFRJ

Dr^a Marcelle Miranda da Silva
Orientadora, Professora EEAN / UFRJ

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde

Título do Estudo: A gerência do cuidado de enfermagem ao paciente com câncer de mama avançado em quimioterapia paliativa

Nome ou sigla do Participante:

Você está sendo convidado para participar voluntariamente como participante da pesquisa. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.

Objetivos: - Compreender a visão dos enfermeiros acerca da gerência do cuidado de enfermagem ao paciente com câncer de mama avançado em quimioterapia paliativa;

- Analisar a gerência do cuidado de enfermagem ao paciente com câncer de mama avançado em quimioterapia paliativa;

- Construir um modelo de gerência do cuidado de enfermagem ao paciente com câncer de mama avançado em quimioterapia paliativa no contexto ambulatorial.

Procedimento do estudo: Se você concordar em participar da pesquisa receberá este termo em duas vias. Após assinatura dos mesmos, uma cópia ficará com você e outra com a pesquisadora. Participará de uma entrevista que será gravada com a sua autorização. Os dados serão transcritos na íntegra, e serão apresentados a você para que aprove os mesmos. Não serão utilizados dados na pesquisa que não forem aprovados pelos sujeitos.

Riscos: Toda pesquisa realizada com seres humanos confere riscos aos mesmos em graus variados. Esta pesquisa não oferece riscos às dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase da mesma ou dela decorrente. Contudo, poderá ocasionar incômodo a você durante o seu horário de trabalho, o que será gerenciado pela pesquisadora da melhor forma possível, conciliando para que a entrevista seja realizada em seu horário de preferência, sem que haja prejuízo à prática profissional, além da sua participação ser voluntária.

Benefícios: Embora os benefícios não possam ser garantidos diretamente a você pela participação nessa pesquisa, espera-se em médio prazo que a oportunidade para reflexão crítica acerca da prática da gerência do cuidado de enfermagem no cenário do tratamento quimioterápico ao paciente com câncer de mama avançado possa gerar melhorias na assistência de enfermagem prestada, bem como avanços no conhecimento nessa área de atuação.

Rubrica do sujeito:**Rubrica do pesquisador:**

Caráter confidencial: Seus registros poderão ser consultados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto e pela pesquisadora. Seu nome não será revelado ainda que informações de seus registros sejam utilizadas para propósitos educativos ou de publicação, que ocorrerão independentemente dos resultados obtidos.

Custos: Não haverá nenhum custo para o sujeito da pesquisa.

Bases da participação: É importante que você saiba que a sua participação na pesquisa é completamente voluntária e que você pode recusar-se a participar ou interromper sua participação a qualquer momento sem penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito. Caso você decida interromper sua participação na pesquisa, a pesquisadora deverá ser comunicada e a coleta de dados relativos à sua participação na pesquisa será imediatamente interrompida. Caso haja já algum dado coletado, o mesmo será descartado.

Garantia de esclarecimento: Nós estimulamos você a fazer perguntas a qualquer momento da pesquisa. Neste caso, por favor, ligue para a pesquisadora, a Enfermeira Juliana Dias Cirilo, telefone: (21) 9294-8854, ou para a Coordenação de Pós Graduação EEAN/UFRJ, telefone: (21) 2293-8148. Se você tiver perguntas com relação aos seus direitos como participante da pesquisa, também pode contar com um contato imparcial, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer (CEP - INCA), situado à Rua André Cavalcanti 37, Centro, Rio de Janeiro, telefones: (21) 3233-1410 ou (21) 3233-1353, ou também pelo e-mail: cep@inca.gov.br.

DECLARAÇÃO

Declaro para devidos fins que fui devidamente orientado (a) quanto à finalidade e objetivos do projeto, e concordo (ASSINANDO EM DUAS VIAS) em participar do mesmo como sujeito de Investigação, uma vez que não terei qualquer prejuízo pessoal ou profissional.

ENTREVISTADO: _____

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes deste estudo ao sujeito da pesquisa indicado acima.

PESQUISADOR: _____

Juliana Dias Cirilo

Email: juli.cirilo@gmail.com

Cel.(21) 9294-8854

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde

A GERÊNCIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM À PACIENTE COM CÂNCER DE MAMA AVANÇADO EM QUIMIOTERAPIA PALIATIVA

Nome do Voluntário: _____

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa que envolve a discussão da gerência do cuidado de enfermagem à paciente com câncer de mama avançado em tratamento quimioterápico paliativo. Trata-se de uma dissertação de mestrado de responsabilidade da enfermeira Juliana Dias Cirilo, sob orientação da Prof^a Dr^a Marcelle Miranda da Silva, vinculada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ.

O estudo justifica-se pelo elevado número de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico paliativo e pela falta de estudos que retratem a realidade do cuidado a estas mulheres, em especial, no Brasil.

Para que você possa decidir se quer participar ou não deste estudo, precisa conhecer seus benefícios, riscos e implicações.

OBJETIVOS DO ESTUDO

- Compreender o significado para os enfermeiros da gerência do cuidado de enfermagem a paciente com câncer de mama avançado em quimioterapia paliativa;
- Analisar a gerência do cuidado de enfermagem a paciente com câncer de mama avançado em quimioterapia paliativa;
- Construir um modelo de gerência do cuidado de enfermagem a paciente com câncer de mama avançado em quimioterapia paliativa no contexto ambulatorial.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

Se você concordar em participar da pesquisa receberá este termo em duas vias. Após assinatura dos mesmos, uma cópia ficará com você e outra com a pesquisadora. Participará de uma entrevista que será gravada com a sua autorização. Os dados serão transcritos na íntegra, e serão apresentados a você para que aprove os mesmos. Não serão utilizados dados na pesquisa que não forem aprovados pelos participantes.

ALTERNATIVAS

Não haverá método alternativo para a obtenção dos dados.

RISCOS

Toda pesquisa realizada com seres humanos confere riscos aos mesmos em graus variados. Esta pesquisa não oferece riscos às dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase da mesma ou dela decorrente.

BENEFÍCIOS

Embora os benefícios não possam ser garantidos diretamente a você pela participação nessa pesquisa, espera-se que o estudo traga benefícios no que diz respeito ao entendimento/compreensão da gerência do cuidado de enfermagem a mulher com câncer

de mama avançado em tratamento quimioterápico e, conseqüentemente, melhorias na assistência de enfermagem prestada.

ACOMPANHAMENTO, ASSISTÊNCIA E RESPONSÁVEIS

Tal aspecto não se refere ao objetivo que se pretende alcançar.

CARÁTER CONFIDENCIAL DOS REGISTROS

Seus registros poderão ser consultados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto e pela pesquisadora. Seu nome não será revelado ainda que informações de seus registros sejam utilizadas para propósitos educativos ou de publicação, que ocorrerão independentemente dos resultados obtidos.

TRATAMENTO MÉDICO EM CASO DE DANOS

Tal aspecto não se refere ao objetivo que se pretende alcançar.

CUSTOS

Você não terá nenhum custo ou qualquer forma de pagamento pela sua participação no estudo.

BASES DA PARTICIPAÇÃO

É importante que você saiba que a sua participação neste estudo é completamente voluntária e que você pode recusar-se a participar ou interromper sua participação a qualquer momento sem penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito. Em caso de você decidir interromper sua participação no estudo, a pesquisadora deve ser comunicada e a coleta de dados será interrompida, e o conteúdo da entrevista fornecida será apagado.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

Nós estimulamos você a fazer perguntas a qualquer momento do estudo. Neste caso, por favor, ligue para a pesquisadora, a Enf^a Juliana Dias Cirilo no telefone (21)99294-8854. Se você tiver perguntas com relação a seus direitos como participante do estudo, também pode contar com um contato imparcial, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer (CEP-INCA), situado na Rua do Resende, 128 - sala 203, Centro, Rio de Janeiro – Brasil. Telefones (21)3207-4550 ou 3207-4556, ou também pelo e-mail: cep@inca.gov.br.

Li as informações acima e entendi o propósito deste estudo, assim como os benefícios e riscos potenciais da participação no mesmo. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas. Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar neste estudo.

Eu recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

_____ / ____ / ____
(Assinatura do Participante) dia mês ano

(Nome do Participante – letra de forma)

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

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

_____ ____ / ____ / ____
(Pesquisadora: Juliana Dias Cirilo) dia mês ano