



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**PROCESSO DE ENFERMAGEM NA GERÊNCIA DO
CUIDADO EM UNIDADE ONCO-HEMATOLÓGICA:
REVERBERAÇÃO DA ECOLOGIA DA AÇÃO**

CARLOS MAGNO CARVALHO DA SILVA

Rio de Janeiro
Novembro, 2015



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

PROCESSO DE ENFERMAGEM NA GERÊNCIA DO CUIDADO EM UNIDADE ONCO-HEMATOLÓGICA: REVERBERAÇÃO DA ECOLOGIA DA AÇÃO

CARLOS MAGNO CARVALHO DA SILVA

Orientadora: Prof. Dr. Marléa Chagas Moreira

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola Anna Nery (UFRJ), Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional em Enfermagem (GESPEN), como parte dos requisitos necessários do curso de Doutorado em Enfermagem.

Rio de Janeiro
Novembro, 2015

FICHA CATALOGRÁFICA

C586p

Carvalho da Silva, Carlos Magno.

Processo de Enfermagem na Gerencia do Cuidado em Unidade Onco-Hematológica: Reverberação da Ecologia da Ação/ Carlos Magno Carvalho da Silva – Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2015.
157f.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marléa Chagas Moreira.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Escola de Enfermagem Anna Nery - EEAN , Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.

1. Processos de Enfermagem. 2. Gerência. 3. Enfermagem Oncológica. 4. Administração em Enfermagem. I. Chagas Moreira, Marléa, orient. II. Título.

PROCESSO DE ENFERMAGEM NA GERENCIA DO CUIDADO EM UNIDADE ONCO-HEMATOLÓGICA: REVERBERAÇÃO DA ECOLOGIA DA AÇÃO. Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marléa Chagas Moreira. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2015. Tese (Doutorado em Enfermagem).

Tese de Doutorado submetida à banca do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Marléa Chagas Moreira (Presidente)

Prof.^a Dr.^a Sonia Regina de Souza – UNIRIO (1.^a Examinadora)

Prof.^a Dr.^a Patrícia Claro Fuly – UFF (2.^a Examinadora)

Prof. Dr. Enéas Rangel Teixeira – UFF (3.^o Examinador)

Prof.^a Dr.^a Nereida Lucia Palko dos Santos – UFRJ (4.^a Examinadora)

Prof.^a Dr.^a Maria Luiza de Oliveira Teixeira – UFRJ (Suplente)

Prof.^a Dr.^a Maria Carmen Simões Cardoso de Melo – UFJF (Suplente)

Rio de Janeiro,
Novembro, 2015

Reconheço que cada vitória em minha vida é um mérito de Deus, mas, como está escrito na carta aos Romanos 13:7, “Deem a cada um o que lhe é devido: [...] se HONRA, HONRA.”

Professora Marléa Chagas Moreira, minha querida professora. Obrigado por me ensinar na prática os preceitos expostos nesta tese, de um trabalho coletivo, dialogado, compartilhado, tecido junto.

Obrigado por acreditar em mim, mesmo nos momentos em que nem eu mesmo acreditei. A força que dispensou a mim, nos momentos difíceis, me reergueu e consegui trilhar o caminho até aqui.

Obrigado por cada momento contigo representar uma chance de crescimento. Contigo eu aprendo in loco, cada vez, a ser um professor melhor, um enfermeiro melhor, uma pessoa melhor.

Obrigado por me ensinar, mesmo após a minha singela caminhada na enfermagem, o verdadeiro sentido do que é cuidar. Você cuidou de mim, em todos os sentidos que esta palavra pode assumir.

Obrigado por emanar boas energias a mim. Por ser alvo da sua compaixão, do seu carinho e por compartilhar todo seu conhecimento comigo.

Agradecimento Especial

A Deus, por ser razão de tudo que tenho e sou. Porque Dele, por Ele e para Ele são todas as coisas.

À minha família, por ser a base. Minha mãe Maria, pai Aneir, Sheila e Charles meus irmãos e melhores amigos.

Aos estimados professores participantes da banca examinadora, com suas contribuições inestimáveis: Sonia, Enéas, Patrícia, Nereida, Maria Luiza e Maria Carmen.

Aos professores e alunos da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP/UNIRIO) por todo apoio, em especial às amadas colegas do Depto. Enfermagem Médico-Cirúrgica: Denise, Sonia, Teresinha, Rosane, Almerinda, Ana Cristina, Luiza, Fabiana, Marisa, Taís, Renata, Daniele e Vera.

Às amigas Denise Sória, pela incessante torcida, imenso carinho e por toda ajuda; Soninha pelos momentos em que me ensina a refletir com serenidade e sabedoria; Teresinha por ser a prova viva do valor da experiência e honradez. Exemplos para mim.

Aos amigos sempre presentes: Monike, Caroline, Camile, Grazielle, Elaine, Laysa, Vítor

Aos queridos do Programa de Pós-graduação EEAN/UFRJ, em especial à amabilidade da Professora Regina Zeitoune, Jorge Anselmo, Cíntia e Sonia.

Às companheiras da turma de doutorado na EEAN, onde pude fortalecer antigas amizades e cultivar outras tão preciosas: Francimar, Sabrina, Virgínia, Eliane, Amália, Suely, Inês e Aline.

Às professoras da Pós-graduação EEAN, que tanto contribuíram com esta Tese. Em especial Marluci Stipp, Jaqueline da Silva, Deise Santoro, Leila Bergold, Josete Leite e Ivis Emília.

Aos enfermeiros que aceitaram participar desta pesquisa.

Aos queridos professores da graduação que até hoje torcem por mim: Vera Sabóia, com seus conselhos sempre a postos, Geilsa Valente, Mirian Lindolpho, Mirian Chrizóstimo, Selma Petra, Beatriz Guitton, Nelson Andrade, Suely Lopes, Alessandra Camacho, Enéas Rangel, Marilda Andrade, Fátima Helena, Patrícia Fuly e Deise Ferreira.

Agradecimentos

RESUMO

Processo de Enfermagem na Gerência do Cuidado em Unidade Onco-Hematológica: Reverberação da Ecologia da Ação. Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Marléa Chagas Moreira. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2015. Tese (Doutorado em Enfermagem).

O objeto de estudo desta Tese compreende estratégias para implementação do processo de enfermagem como instrumento para a gerência do cuidado de enfermagem, considerando sua aplicabilidade em uma unidade onco-hematológica. O Processo de Enfermagem (PE) compreende um processo intelectual para que o enfermeiro possa fundamentar e organizar assistência prestada, sendo, assim, uma das ferramentas para nortear a gerência do cuidado. A gerência do cuidado de enfermagem, então, é capaz de gerar ferramentas para que o enfermeiro possa organizar, planejar, coordenar, delegar ou prestar os cuidados necessários da melhor maneira possível, empregando competências técnicas, intelectuais e cognitivas para supervisionar, prever e prover recursos, capacitar a equipe, educar a pessoa, família ou comunidade, interagir com outros profissionais, numa esfera complexa, a favor da qualidade assistencial. Por esta razão, adota-se no estudo a noção de Complexidade proposta por Edgar Morin como referencial Teórico e filosófico. Os objetivos do estudo são: conhecer as situações-problema vivenciadas pelos enfermeiros para gerenciar o cuidado de enfermagem a partir do Processo de Enfermagem na prática cotidiana em unidade onco-hematológica; elaborar com os enfermeiros proposta de estratégias de ação voltadas para a implementação da gerência do cuidado pelo Processo de Enfermagem nesta unidade; e discutir os desafios e as possibilidades para implementação das estratégias de ação voltadas para a gerência do cuidado pelo Processo de Enfermagem, elaboradas pelos enfermeiros. Como metodologia, a Pesquisa Convergente-assistencial auxilia na evidência de problemas da prática cotidiana e no levantamento de estratégias com os agentes do cenário de pesquisa, a unidade de onco-hematologia do Hospital Universitário Antonio Pedro (HUAP-UFF). Seis enfermeiros da unidade (100% do quantitativo para esta categoria) participaram da pesquisa, aprovada em comitê de ética. Três fases foram realizadas: entrevistas individuais, grupo de discussão e validação em grupo. O processo de enfermagem é percebido pela equipe como uma estratégia que tem a função de organizar a assistência de Enfermagem, remetendo a uma função técnica gerencial das ações de Enfermagem, necessitando considerar as intercorrências cotidianas, a complexidade do cliente e ambiente. A construção de um impresso e a comunicação foram apontados como estratégias para a implementação do Processo de Enfermagem, entretanto aspectos da cultura organizacional emergem como desafios para a ecologia da ação destas estratégias. A imbução dos participantes neste processo repercute de forma não-controlável e não-previsível no meio e no sistema do qual fazem parte. Essa reverberação afeta não só o meio, mas os próprios sujeitos, de forma recursiva e retroativa. O PE para a unidade representa uma inovação tecnológica e de trabalho que envolve múltiplos requisitos, entre eles a adesão das pessoas à inovação proposta. Isso demanda não só tempo, mas um processo com estratégias específicas para a difusão do conhecimento acerca do método, bem como os ajustes institucionais e de recursos humanos necessários. Nesse processo o envolvimento de todos os profissionais da instituição é necessário, numa atitude cooperativa, dialogada e participativa.

Descritores: Processos de Enfermagem; Gerência; Enfermagem Oncológica; Administração em Enfermagem.

ABSTRACT

Nursing Process in Care Manages in Onco-Hematological Unit: Reverberation of Action Ecology. Supervisor: Prof. Dr. Marléa Chagas Moreira. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2015. Thesis (Doctoral in Nursing).

The object of study of this thesis comprises the strategies for the Nursing Process as a tool for the management of nursing care, considering its applicability to care management in an Oncology/Hematology Unit. The Nursing Process (NP) comprises an intellectual process so that nurses can support and organize care delivery, and, thus, is one of the strategies to the development of care management. The management of nursing care, then, is capable of generating tools for nurses to organize, plan, coordinate, delegate or provide adequate care, using technical, intellectual and cognitive skills to monitor, predict and provide resources, train the staff, educating the individual, its family or the community, interact with other professionals in a complex sphere in favor of healthcare quality. For this reason, the Complexity study by Edgar Morin Complexity as a theoretical and philosophical reference. The objectives of this study are: to understand critical situations experienced by nurses in order to manage nursing care from the nursing process in everyday practice in Oncology/Hematology unit; to propose strategic actions focused on the implementation of the management of care for nursing process in such unit; and to discuss the challenges and opportunities for implementation of strategies for the management of care for the Nursing Process, developed by nurses. Convergent-care research is used as a support methodology to evidence problems of everyday practice and raise strategies with the agents of the research scenario, the Oncology/Hematology unit of the University Hospital Antonio Pedro (HUAP-UFF). Six nurses from the unit (100% of all nurses located at the unit) participated in the survey, approved by the ethics committee. Three phases were carried out: individual interviews, focus group and group validation. The nursing process is perceived by the team as a strategy that serves to organize nursing care, referring to a technical managerial function of nursing actions. It needs to consider the everyday complications, client complexity and environment. The construction of a printed instrument and communication were identified as strategies for the implementation of the Nursing Process, however, aspects of organizational culture emerge as challenges to the ecology action of these strategies. The communion of participants in this process affects non-controllable and non-predictable way at the system to which they belong. This reverberation affects not only the system, but the subjects, recursive and retroactively. The NP is a technological and innovation work involving multiple requirements, including the commitment of the people to the proposed innovation. This requires not only time, but a process with specific strategies for the dissemination of knowledge about the method as well as the institutional arrangements and human resources required. In this process, the involvement of all staff of the institution is necessary, in a cooperative, dialogued and participatory attitude.

Descriptors: Nursing Process, Management; Oncology Nursing; Nursing Management.

RESUMEN

Proceso de Enfermería en la Gestión de Atención en Unidad Onco-Hematológico: reverberación de la Ecología del acción Orientadora: Dr^a Marléa Chagas Moreira. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2015.

El objeto de estudio de esta tesis incluye estrategias para la aplicación del proceso de enfermería como herramienta para la gestión de los cuidados de enfermería, teniendo en cuenta su aplicabilidad en una unidad de onco-hematología. El proceso de enfermería (PE) comprende un proceso intelectual para que la enfermera apoyar y organizar la prestación de atención, y por lo tanto una herramienta para orientar la gestión de la atención. La gestión de la atención de enfermería, entonces, es capaz de organizar, planificar, coordinar, o proporcionar los cuidados necesarios de la mejor manera posible, usando las habilidades técnicas, intelectuales y cognitivas para controlar, predecir y proporcionar recursos, capacitar al personal, la educación de la persona, familia o comunidad, interactuar con otros profesionales en una esfera compleja en favor de la calidad asistencial. Por esta razón, se adoptó en el estudio de la noción de complejidad propuesto por Edgar Morin como referencia teórica y filosófica. Los objetivos del estudio son: conocer las situaciones problemáticas experimentadas por las enfermeras para administrar los cuidados de enfermería a partir del proceso de enfermería en la práctica cotidiana en la unidad onco-hematología; elaborar las estrategias de acción propuestos enfermeras se centraron en la aplicación de la gestión de la atención a proceso de enfermería en la unidad; y discutir los desafíos y oportunidades para la implementación de estrategias de acción para la gestión de la asistencia para el proceso de enfermería, desarrollado por enfermeras. La Metodología convergente-asistencial evidencia problemas de la práctica cotidiana y desarrolla estrategias con los agentes del escenario de investigación, la unidad de onco-hematología del Hospital Universitario Antonio Pedro (HUAP-UFF). Seis enfermeras de la unidad (100% de la cuantitativa para esta categoría) participaron en la encuesta, aprobado por el comité de ética. Tres fases se llevaron a cabo: entrevistas individuales, grupos focales y validación en grupo. El proceso de enfermería es percibido por el equipo como una estrategia que sirve para organizar la atención de enfermería, en referencia a una función de gestión técnica de las acciones de enfermería, es necesario considerar las complicaciones cotidianas, complejidad cliente y el medio ambiente. La construcción de un instrumento impreso y la a comunicación se identificaron como estrategias para la aplicación del proceso de enfermería, sin embargo, los aspectos de la cultura de la organización surgen como desafíos a la ecología del acción de estas estrategias. La gana de los participantes en este proceso afecta no controlable y no previsible efecto en el medio y el sistema al que pertenecen. La reverberación que afecta no sólo significa, pero los propios sujetos, recursivo y con carácter retroactivo. El PE de la unidad es un trabajo tecnológico y la innovación que implica múltiples requisitos, incluyendo el compromiso de las personas para la innovación propuesta. Esto requiere no sólo tiempo, sino un proceso con las estrategias específicas para la difusión del conocimiento sobre el método, así como los arreglos institucionales y los recursos humanos necesarios. En este proceso es necesario la implicación de todo el personal de la institución, una actitud de cooperación, diálogo y participativa.

Descriptor: Procesos de Enfermería; Gerencia; Enfermería Oncológica; Administración em Enfermería.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos participantes de acordo com o sexo, Pág. 67

Gráfico 2 – Tempo de Formação em anos, Pág. 67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição científica área enfermagem: Processo de Enfermagem Na gerencia do cuidado oncológico. Rio de Janeiro, 2014	Pág. 37
Tabela 2 - Distribuição dos artigos de acordo com a setorização da produção dos estudos. Rio de Janeiro 2002-2014	Pág. 39
Tabela 3 – Enquadramento Metodológico dos estudos. Rio de Janeiro 2002-2014	Pág. 40
Tabela 4: Temas que orientaram a organização da Subcategoria 1	Pág. 76
Tabela 5: Temas que orientaram a organização da Subcategoria 2	Pág. 85
Tabela 6: Temas que orientaram a organização da Subcategoria 3	Pág. 100

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Delineamento da Problemática do Estudo	Pág. 21
Figura 2 – Organização da Estratégia de trabalho da PCA no HUAP/UFF	Pág. 70
Figura 3 – A percepção do PE como estratégia gerencial	Pág. 79
Figura 4 – Ciclo autoprodutor no PE na Gerência do Cuidado	Pág. 80
Figura 5 – Dialética do Processo de Enfermagem	Pág. 85
Figura 6 – Multidimensionalidade do Cotidiano	Pág. 91
Figura 7 – A multidimensionalidade do cotidiano e a multidimensionalidade do cliente	Pág. 96
Figura 8 – A produção de subjetividades no levantamento das estratégias	Pág. 121
Figura 9 – Espiral das Estratégias de Ação	Pág. 126
Figura 10 – A Ecologia da Ação na Unidade de Onco-hematologia	Pág. 129

ÍNDICE

1. Apresentação	15
1.1. Questões Norteadoras e Objetivos	31
1.2. Relevância do Estudo	34
1.3. Justificativas para realização do estudo	36
1.3.1. O Processo de Enfermagem e o cuidado em oncologia: interfaces do estado da arte	36
1.3.2. A dimensão epidemiológica dos problemas onco-hematológicos	46
1.4. Fundamentação para a temática: o cuidado de enfermagem em Onco-hematologia	47
1.4.1. As Leucemias	47
2. Referencial Teórico e Filosófico	58
2.1. A Complexidade como base ontológica para a gerência do cuidado de enfermagem	58
3. Metodologia	62
3.1. A Pesquisa Convergente Assistencial: princípios e procedimentos metódicos	63
3.1.1. Concepção	63
3.1.2. Instrumentação	64
3.1.3. Perscrutação	73
3.1.4. Análise e Interpretação	75
4. Resultados e Discussão – Por uma Ecologia da Ação: a visão dos enfermeiros sobre os desafios para o desenvolvimento do Processo de Enfermagem e as estratégias propostas considerando as interveniências do cotidiano	78
4.1. Realidade Recíproca: como os enfermeiros veem o Processo de Enfermagem como estratégia para gerenciar o cuidado em Onco-hematologia	78
4.2. A multidimensionalidade do cotidiano: certezas e incertezas para gerenciar o cuidado	86
4.3. A esperança na desesperança: propostas estratégicas em meio a desafios para implantação do Processo de Enfermagem	101
5. Espíritos da cultura: a ecologia da ação na validação dos discursos	109
6. Considerações Finais	129
7. Referências Bibliográficas	136
Anexos e Apêndices	146



Grupo Corpo – “Sete ou oito peças para um ballet”

Apresentação

As ilustrações de dança trazem a coletividade que é empregada para criação de uma coreografia. A sincronia do grupo para execução dos passos, a união de todos ao receber os aplausos e colher os louros. Assim como a Ecologia da Ação preconiza a formulação e execução de estratégias.

1. Apresentação

O objeto de estudo desta Tese compreende as estratégias desenvolvidas na coletividade para o Processo de Enfermagem, considerando sua aplicabilidade à Gerência do cuidado em uma unidade onco-hematológica.

Para compreensão e contextualização do objeto, são expostos os conceitos que balizam este estudo. O termo gerência diz respeito ao processo de tomada de decisões que afetam a estrutura, os processos de produção e o produto de um sistema. Implica em coordenar esforços das várias partes deste sistema, controlar os processos e o rendimento das partes e avaliar os produtos finais e resultados. (PASSOS, CIOSAK, 2006)

Os enfermeiros planejam a assistência prestada aos clientes¹ estabelecendo os objetivos assistenciais, analisam as conseqüências que poderiam advir de diferentes atuações, optam entre alternativas, determinam metas específicas a serem atingidas e desenvolvem estratégias adequadas à execução da terapêutica adequada. (SILVA, MOREIRA, 2011)

Planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços e da assistência de enfermagem são atividades privativas do enfermeiro destacadas na Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (Lei 7.498/86), o que infere ao profissional uma competência gerencial em relação ao cuidado.

Observando esta dimensão do trabalho da enfermagem em sua prática cotidiana, a gerência do cuidado envolve ações expressivas e instrumentais de cuidado direto e indireto, em que colaboram interfaces técnica, política, social, comunicativa, de desenvolvimento da cidadania e organizacional. (CHRISTOVAM, 2009)

Considerando estas ações expressivas pra o cuidado, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) aparece como a organização do trabalho da enfermagem, considerando o método, pessoal e instrumentos, a fim de tornar possível a realização do Processo de Enfermagem. (COFEN, 2009)

¹ O uso do termo cliente se faz com vistas a ultrapassar o ideário passivo trazido pela palavra paciente. Percebemos a saúde como direito humano e social, regulado pelas relações de cidadania, e o cliente é participante ativo deste processo assim como os profissionais de saúde.

O Processo de Enfermagem (PE) compreende um processo intelectual para que o enfermeiro possa fundamentar e organizar assistência prestada, sendo, assim, uma das estratégias o desenvolvimento da gerência do cuidado.

Seguindo esta linha de pensamento, o emprego do Processo de Enfermagem no planejamento assistencial permite a avaliação cíclica do cuidado prestado, emprego consciente de recursos e obtenção de objetivos traçados a curto, médio e longo prazo.

A abordagem do Processo de Enfermagem se faz presente em minha trajetória acadêmica desde a graduação. O caminho de encontro à temática em questão foi processual, árduo e prazeroso. Ele apresenta estas nuances justamente por retratar diferentes momentos que compreendem vida profissional, pessoal e acadêmica.

Teve seu início, inclusive, antes do término da graduação em enfermagem na Universidade Federal Fluminense (UFF), quando desde então foi percebida a afinidade adquirida com a pesquisa no Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração, mais especificamente a abordagem sobre o exame físico e sua utilização como fase inicial do Processo de Enfermagem, desencadeando as etapas subsequentes, e oferecendo subsídios para o pensamento sobre os problemas, nomeados pelos diagnósticos de enfermagem, a implementação e a avaliação do cuidado, destacando o caráter reflexivo e crítico do enfermeiro como gerente da assistência.

A monografia de conclusão do curso de graduação compreendeu um estudo sobre a avaliação realizada pelos alunos a respeito da execução e ensino do exame físico e a emersão de fatores subjetivos neste processo, onde foram notados aspectos técnicos, tecnológicos, relacionais e processuais no desenvolvimento deste cuidado de enfermagem pelos graduandos. (SILVA, SABÓIA, TEIXEIRA, 2009)

Ao término da graduação, a intenção de dar seguimento aos estudos resultou no ingresso no curso de mestrado, onde foi desenvolvida uma pesquisa a respeito da Complexidade envolvida na realização do exame físico de enfermagem, que apresentou como principais resultados:

- A necessidade da reflexão sobre a ação durante o exame físico, remetendo à avaliação clínica e à gerência do cuidado, pois se faz necessário reunir os dados dos clientes (sinais clínicos) em concordância com os princípios

científicos, e integrá-los ao desencadeamento do Processo de Enfermagem e aos objetivos assistenciais;

- A conjugação de saberes: os momentos de coleta de dados, direcionada a enfermeiros assistenciais, demonstraram ações de execução e o gerenciamento do Processo de Enfermagem, pautadas em saberes disciplinares, interdisciplinares, multidisciplinares e apontando à transdisciplinaridade, demonstrando que, para a investigação dos problemas do cliente com vistas ao cuidado integral², podem ser empregados e transversalizados diferentes conhecimentos científicos e saberes, pela ação conjunta de diversos profissionais, que consideram, principalmente, as percepções do cliente, foco central do cuidado;
- A Complexidade contribui para a execução e reflexão no exame físico na medida em que emergem seus princípios na prática como, por exemplo, a ordem e a desordem, enfatizando as bases semióticas para a realização do cuidado. No entanto, este processo é dinâmico, exigindo do enfermeiro manejos e consciência crítica. Outros princípios, como a reintrodução do conhecimento, o holograma e o circuito recursivo remetem ao cuidado direcionado ao ser ao mesmo tempo físico, biológico, psíquico, espiritual e social, fazendo com que o profissional contemple estas esferas com os saberes adquiridos, em um movimento de imersão e reimersão no conhecimento, e reflita criticamente sobre a assistência implementada junto ao/com o cliente. (SILVA, 2010)

² O cuidado integral, nesta pesquisa, faz referência à Integralidade, um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Perspectiva, que envolve a produção de saúde desenvolvida através das redes hierarquizadas dos serviços de saúde pública nos diversos níveis de atenção, disponibilizando respostas às necessidades de saúde dos usuários destes serviços. Refere-se, ainda, aos processos decorrentes da ação interprofissional produzida pela equipe de saúde, na transversalização de múltiplas e diversas áreas profissionais envolvidas no cuidado em saúde, de forma a entender o indivíduo em sua totalidade. (Dicionário da Educação Profissional em Saúde, Fiocruz) Disponível em <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>

Esta trajetória possibilitou não somente a aproximação com a temática do estudo, como também com o seu cenário. O Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP-UFF) foi campo de ensino prático durante os anos de graduação e exercício da monitoria, universo para a coleta de dados de pesquisas e também ambiente para uma reinserção profissional, quando retorno como professor substituto na área de Fundamentos de Enfermagem, conduzindo os alunos em atividades por diferentes setores do hospital.

A abordagem de resultados de pesquisa que evidenciaram o desenvolvimento, por parte dos enfermeiros, de competências técnicas, intelectuais e cognitivas na realização do PE, elucidou também a esfera complexa destes elementos.

O conhecimento embasa o exame, que detém a técnica, desenvolvida através do saber e do fazer, que por sua vez trará à tona dados que precisarão ser pensados e repensados para a tomada de uma decisão clínica em conjunto com o cliente, família e comunidade. (PORTO, 2002; RESENDE, 2003)

Considera-se, neste contexto, a Complexidade de Edgar Morin, que propõe uma nova abordagem para a ciência, compreendendo o Universo como um todo indissociável, em que todas as vertentes científicas realizem uma síntese transdisciplinar do conhecimento. (MORIN, 2007)

O uso da palavra complexidade retrata a incapacidade de separação e rejuntamento dos elementos que servem como objetos de estudo. O ser humano é, a um só tempo, físico, biológico, psíquico, cultural, social e histórico. Esta unidade complexa da natureza humana tende à desintegração na educação por meio das disciplinas, onde se estuda o homem e seus processos numa fragmentação, sem que haja uma correlação entre estas partes. (MORIN, 2008)

A complexidade pode ser observada em diversos aspectos do cuidado de enfermagem, inclusive no Processo de Enfermagem.

Como o Processo de Enfermagem é empregado para cuidar e atender às necessidades individualizadas do cliente, família e comunidade, deve existir uma relação interativa entre o cliente e o enfermeiro, tendo como foco o cliente. Ainda, o PE possui propriedades que conferem a ele ser intencional, sistemático, dinâmico, interativo, flexível e baseado em teorias. (DELL'ACQUA, MIYADAHIRA, 2000; ALFARO-LÉFEVRE, 2002)

A base da ciência enfermagem é a sua estrutura teórica. O Processo de Enfermagem, enquanto método, utiliza-se desta estrutura e a aplica na prática. Tal abordagem deve ser deliberativa para solução de problemas e exige como requisito competências cognitivas, técnicas e interpessoais, com o objetivo de satisfazer às necessidades do cliente e família. (DELL'ACQUA, MIYADAHIRA, 2000; CERULLO, CRUZ, 2008; SILVA, 2010)

O emprego do Processo de Enfermagem, até mesmo por estratégia didática, propõe uma separação de suas fases (investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação), conferindo-lhe um caráter organizacional. Entretanto, estão estas, a todo o momento, interligadas e dependentes umas às outras, configurando um sistema onde as partes vão de encontro ao todo, e o todo às partes. (GAIDZINSKI et al., 2008; MORIN, 2008)

A apresentação ordenada, e ora desordenada das informações que são consideradas pelo PE representa o dinamismo do ser humano e seu universo, o que é teorizado por Morin. Isto exige do enfermeiro competências gerenciais, já que gerenciar o cuidado de enfermagem remete à organização do pensamento e das ações em resposta às necessidades de cuidado da pessoa, da família ou da comunidade. (ERDMANN, 1996)

Além disso, são conferidos ao cuidado de enfermagem, além dos aspectos técnicos e científicos, os preceitos éticos, estéticos, filosóficos, humanísticos, solidários e culturais. (PATERSON, ZDERAD, 1988; SOUZA, 2000; TEIXEIRA, 2005)

Destarte, a gerência do cuidado é uma atividade complexa, pois visa a administração da incerteza, onde é preciso acompanhar o fluxo de acontecimentos e observar o que deles emerge, o que remete à necessidade de observar a realidade e buscar adaptar-se a ela. (MARIOTTI, 2010)

Segundo Christovam (2009), o conceito de “gerência do cuidado de enfermagem” abrange ações relacionadas entre o administrar e o cuidar em enfermagem de forma dialética e não dicotômica, integrando os aspectos relativos ao saber-fazer do cuidar e do gerenciar.

No contexto do cuidado em saúde e da formação do profissional, a dicotomia entre gerência e cuidado ainda é fortemente percebida pela influência do modelo biomédico, caracterizado pela disciplinaridade.

Os enfermeiros responsáveis pela liderança das equipes, distanciam-se do cuidado junto ao cliente, ao ponto que podem permitir uma gerência com perda de sua finalidade: a assistência às necessidades do cliente. (ESPIRIDIÃO, 2000; CHRISTOVAM, 2009; LUZ, 2009)

A gerência do cuidado de enfermagem, então, é capaz de gerar ferramentas para que o enfermeiro possa organizar, planejar, coordenar, delegar ou prestar os cuidados necessários da melhor maneira possível, empregando competências técnicas, intelectuais e cognitivas para supervisionar, prever e prover recursos, capacitar a equipe, educar a pessoa, família ou comunidade, interagir com outros profissionais, numa esfera complexa, a favor da qualidade assistencial. (ROSSI, SILVA, 2005; ERDMANN et al., 2006)

Nesse contexto, a capacidade crítica do enfermeiro em relação às situações vivenciadas em sua prática faz-se necessária para o desenvolvimento da capacidade gerencial no julgamento e decisão para as melhores ações no atendimento às pessoas, famílias e comunidade. Esta premissa também se encontra presente no pensamento complexo quando Morin (2007) defende o exercício do pensamento como resultante da experiência, realidade vivida, regulação interna, que compreende o jogo dialógico análise/síntese, explicação/compreensão.

Gerenciar, nesta perspectiva, passa a compreender um exercício contínuo, onde o conhecimento científico recebe a colaboração de outros fatores, como a experiência e outros saberes, considerando as imprevisibilidades.

A problemática desta pesquisa encontra-se justamente balizada na relação entre a gerência do cuidado e o Processo de Enfermagem, e como esta relação merece uma discussão frente à lacuna que é observada nos estudos que abordam o PE.

A Figura 1 ilustra a apresentação da problemática desta pesquisa, pois, além da dimensão gerencial do PE (representada como eixo balizador do problema pela seta em vermelho), há outros fatores intervenientes a esta problemática, que influenciam e ao mesmo tempo reforçam a necessidade de discussão sobre o PE no âmbito da pesquisa em enfermagem.

Como o pensamento complexo aconselha a análise contextual dos objetos de estudo, destacando os fatores que atuam em todo o processo – a esfera complexa é

representada em azul na figura –, dentro da problemática também apontamos estes fatores, como por exemplo os desafios que emergem durante a implantação e implementação do PE.



O enfermeiro, ao gerenciar o cuidado, defronta-se com a requisição da solução de problemas, sejam relacionados com as pessoas acometidas pela doença e seus cuidadores, ou com a própria equipe de trabalho e instituição.

Articulado com a imprevisibilidade das ações e decisões dentro da assistência, o Processo de Enfermagem constitui, segundo Backes e Schwartz (2005), um importante instrumento no campo gerencial, pois administra e otimiza com organização, segurança, dinamismo e competência a assistência de enfermagem.

O estudo supracitado revela, ainda, que durante a implantação e implementação do Processo de Enfermagem no campo estudado, este proporcionava valorização e

reconhecimento científico da assistência de enfermagem, assim como qualifica o profissional que percebe autonomia e maior eficiência no seu agir. Além destes fatores positivos, um maior destaque foi outorgado à contribuição do Processo de Enfermagem para uma mudança de paradigma, onde o fazer intuitivo e mecanizado começa a perder espaço para um fazer científico e reflexivo.

No processo de trabalho em enfermagem, a tomada de decisão é considerada uma das funções que caracterizam o desempenho da gerência. Esta atitude é fruto de um processo sistematizado, e pode-se, desta forma, fazer referência ao Processo de Enfermagem, onde o estudo do problema é envolvido a partir de um levantamento de dados, produção de informação, estabelecimento de propostas de soluções, escolha da decisão, viabilização e implementação da decisão e análise dos resultados obtidos. (GUIMARÃES, ÉVORA, 2004)

No âmbito da gerência, os processos gerais para o levantamento das necessidades informacionais dos enfermeiros, coleta e obtenção dos dados, e a análise dos dados transformando-os em informação, além da distribuição da informação de acordo com as necessidades do enfermeiro, têm utilidade fundamental na incorporação destas informações no processo de trabalho e, finalmente, da avaliação constante dos resultados obtidos e de redirecionamentos para atender às demandas e antecipar as necessidades dos enfermeiros.

Guimarães e Évora (2004) ressaltam que o processo de enfermagem, neste sentido, tem contribuído para o desenvolvimento do processo de produção nas instituições e que, nos ambientes hospitalares, em especial, têm possibilitado maior segurança para a tomada de decisão, o que resulta em melhor atendimento aos clientes.

Considerando o princípio da integralidade no cuidado aos clientes, o Processo de Enfermagem trabalha as necessidades globais evidenciadas para que o enfermeiro possa gerenciar o cuidado a clientes, traçando um caminho reflexivo, considerando a complexidade das ações envolvidas no cuidado, no processo gerencial e no ambiente como um todo.

No âmbito internacional, o Conselho Internacional dos enfermeiros (ICN) torna pública as “Tomadas de Posição do ICN”, que fornecem uma posição da organização

sobre as várias áreas / assuntos de caráter relevante para a saúde e Enfermagem a nível internacional.

Nas suas exposições sobre a tomada de decisão pelos enfermeiros, o ICN expõe que, devido à sua interação próxima com os clientes e suas famílias, os enfermeiros ajudam a interpretar as necessidades e expectativas das pessoas em relação ao cuidado em saúde. Estão envolvidos na tomada de decisão ao nível da prática clínica, bem como ao nível da gestão. O Processo de enfermagem evidencia resultados da investigação clínica e de ensaios em pesquisa para contribuir para as decisões relativas à prestação de cuidados de saúde com qualidade e eficácia em termos de custos. Conduzem investigação em enfermagem e em saúde, contribuindo com evidências para o desenvolvimento de políticas.

A mesma publicação acrescenta ainda que os enfermeiros são frequentemente coordenadores dos cuidados prestados por outros (equipe de enfermagem, cuidadores orientados em consultas, o próprio cliente e sua família), assim, contribuem com o seu conhecimento e experiência para o planeamento estratégico e a utilização eficiente dos recursos. (ICN, 2015)

Neste sentido, esta pesquisa esta integrada com as discussões internacionais em relação ao Processo de Enfermagem e os aspectos gerenciais para prestação de cuidados ao cliente e sua família.

No âmbito nacional, as pesquisas brasileiras (VAZ et al., 2002; LIMA, KURCGANT, 2006; FULY, LEITE, LIMA, 2008; CERULLO, CRUZ, 2008) que estudam a relação do enfermeiro com o Processo de Enfermagem apontam fatores que evidenciam desarticulação, resistência, falta de conhecimento e outras dificuldades apontadas pelos enfermeiros para o emprego da metodologia.

Os desafios enfrentados para implantação da SAE apresentam diversas nuances, dentre estas se destaca que grande parte dos artigos científicos sobre o tema referem-se à falta de profissionais e a deficiência na área do conhecimento sobre a implantação da SAE (HERMIDA; ARAÚJO, 2006)

As autoras supracitadas destacam, ainda, que para implantação da SAE se faz necessário, antes de tudo, reconhecer a estrutura institucional, suas demandas e

facilidades. A implantação dessa prática se revela um processo bastante complexo e trabalhoso, mas que pode contribuir na melhoria da qualidade da assistência.

Souto (2011) destaca que, na operacionalização do Processo de Enfermagem, uma atenção especial precisa ser dirigida para o contingente de recursos humanos de enfermagem cujo quantitativo, invariavelmente, é apontado como insuficiente para assegurar com efetividade a metodologia proposta. Em relação à habilidade prática e ao conhecimento científico apresentados pela equipe, não raro se observa precariedade nestes aspectos, o que indica a necessidade de participação imprescindível da educação continuada nas atividades de capacitação e atualização.

Ferreira (2011) corrobora com este posicionamento, apontando que os desafios para a operacionalização do Processo de Enfermagem no contexto da prática tem sua origem no ensino deste conteúdo, também apontado por Garcia e Nóbrega (2009). Para as autoras, o processo de ensino e aprendizagem do PE prioriza o detalhamento e a supervalorização de procedimentos burocráticos, em detrimento da essência, naturalidade e empatia do processo de cuidar. A consequência é a desvalorização ou negação do PE na prática assistencial, pois fica difícil operacionalizá-lo na rotina hospitalar pelos seus detalhamentos.

Existe, ainda, outra dificuldade, representada pela racionalidade técnica, emergente das definições ou descrições usuais do PE. Em estudo realizado por Fuly, Leite e Lima (2008), uma revisão bibliográfica empregada possibilitou a identificação de diversos conceitos empregados de forma conflituosa nas literaturas consultadas.

Existem atualmente três correntes que divergem no emprego desses termos nas publicações atuais: a primeira corrente trata os termos Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), Metodologia da Assistência de Enfermagem (MAE) e Processo de Enfermagem (PE) como termos distintos. A segunda corrente trata Metodologia da Assistência de Enfermagem e Processo de Enfermagem como sendo termos equivalentes. E existe ainda uma terceira corrente afirmando que os três termos são sinônimos. Neste estudo, corroboramos com a primeira corrente.

Outros agravantes são apresentados por Waldow (2011) ao apontar o ensino do Processo de Enfermagem dotado de um modo “irreal, isolado e elitizante” (WALDOW, 2011, p. 199). De certa forma, este elitismo por ser visto sob dois aspectos.

O primeiro aspecto faz referência quanto ao Processo desenvolvido pela equipe de enfermagem. Segundo o Artigo 5.º da Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem, ao técnico de enfermagem cabe a parte executora do Processo, naquilo que lhe couber, sob a supervisão e orientação do enfermeiro. Acontece que, se o técnico simplesmente executar as ações, sem o esclarecimento por parte do enfermeiro do caráter intuitivo e reflexivo da ação, o resultado passa a ser uma mera execução de tarefas, sem o que o técnico entenda sua finalidade, se sinta participante do PE e, principalmente, não reconheça o que é e pra que serve o Processo de Enfermagem.

O segundo aspecto faz referência à separação entre os enfermeiros que atuam na educação e os da prática. Alguns estudos apontam como impedimento para viabilização do PE, sua abordagem quase que restrita aos enfermeiros educadores, enquanto os assistenciais são apresentados com pouca compreensão sobre o tema, tidos muitas vezes como despreparados ou desatualizados pelos enfermeiros educadores. (SOUTO, 2011; BACKES et al., 2008; NASCIMENTO et al., 2008)

Nesta perspectiva, cabe ressaltar que uma das grandes preocupações da sociedade contemporânea que contribui, sobretudo, para o sucesso das inovações é a implementação dos recursos humanos a fim de assegurar melhora na qualidade de serviços e aumento da possibilidade de sensação de bem estar no trabalho. Acrescenta-se à transformação paradigmática progressiva, por exemplo, a política de atenção à saúde das organizações, preconizada pelo SUS, que acompanha a tendência de adoção de culturas adaptativas e flexíveis a fim de alcançar maior eficiência e eficácia dos funcionários e assim transitar por novos caminhos e responder às transformações da realidade.

Contribuindo com estas discussões da contemporaneidade, esta pesquisa apresenta o PE como uma estratégia gerencial para organização do cuidado e atendimento das demandas em saúde, corroborando, como descrito anteriormente, com as proposições do Conselho Internacional dos Enfermeiros (ICN).

O desenvolvimento de implantação e implementação do Processo de Enfermagem permite organização e gerência do cuidado, conferindo-lhe qualidade, desestimulando o distanciamento entre o enfermeiro e a assistência sistematizada.

Cabe ressaltar que, neste sentido, não se trata de propor uma metodologia rígida que vise engessar ou mecanizar o processo de trabalho de enfermagem.

O Processo de Enfermagem possui uma estrutura central (investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação) que, essencialmente, permite o direcionamento, contudo, como em todo sistema, possui uma flexibilidade para que o ser humano que o utiliza tenha liberdade para criticar, refletir e julgar. O enfermeiro, neste caso, lança mão de suas competências assistenciais e gerenciais, é soberano para a tomada de decisão. (PACHECO, VELLASC, 2007; CERULLO, CRUZ, 2008)

Muitas bibliografias concordam com a ideia do Processo de Enfermagem possuir etapas inter-relacionadas, dependentes e cíclicas, estabelecendo entre si uma relação de complementariedade, sem que uma etapa seja mais importante que a outra, todas são essenciais para a aplicação adequada do Processo, trabalhando como um sistema de informações. (BITTAR, PEREIRA, LEMOS, 2006; GAIDZINSKI, 2008; LUNNEY, 2011)

A etimologia de sistema (*systeme*) evidencia esta ideia, ao defini-lo como o “conjunto formado por premissas e conclusão ou o conjunto de premissas”, que passou a ser utilizado na filosofia para indicar principalmente um “discurso organizado dedutivamente, ou seja, um discurso que contém um todo cujas partes derivam umas das outras”, o que deixa transparecer a óptica complexa do sistema, onde as partes vão em direção ao todo e o todo a estas. (ABBAGNANO, 2007, p. 1076)

Morin (2008) afirma que todo sistema, inclusive o sistema solar, participa de uma complexidade que lhe confere dinamismo, dialética e possibilidades, e mesmo os sistemas estruturados em leis físicas e exatas participam desta complexidade, pois cada um deles, por si só, tende à abertura, como por exemplo, os sistemas de computação, que por sua vulnerabilidade, tendem constantemente à transformação, pois “o desenvolvimento da ciência não se efetua por acumulação de conhecimentos, mas por transformação dos princípios que organizam o conhecimento. A ciência não se limita a crescer; transforma-se”. (MORIN, 2008, p. 137)

E de tal forma, para o advento dos conhecimentos em prol da ciência, torna-se necessária sua integração, e, como no Processo de Enfermagem, todo conjunto de dados e informações são organizados de forma integrada, com o objetivo de atender à demanda e antecipar as necessidades do cliente. Portanto, neste caminho os enfermeiros coletam,

organizam, distribuem e disponibilizam a informação utilizada no processo, onde a tomada de decisão é pautada tanto em dados assistenciais quanto em dados organizacionais, não restringindo a ação do profissional unicamente ao Processo, mas ao seu julgamento que valorizou toda a complexidade dos fenômenos envolvidos. (GUIMARÃES, ÉVORA, 2004; MORIN, 2008; LUNNEY, 2011)

Torres et al. (2011) apresenta um estudo de caso onde os enfermeiros participantes reconhecem a relação dialética, envolvida na gerência do cuidado, entre o saber-fazer gerenciar e o saber-fazer cuidar. Entretanto, durante observações diretas, surge um desencontro entre a assistência e a gerência, onde os processos de cuidar e de administrar quase não se tocam, configurando eixos distintos em paralelo. Tal comportamento, segundo estudo, foi evidenciado pela ocorrência da desarticulação durante a execução das fases do PE.

As considerações do estudo supracitado entendem que os enfermeiros, ao considerarem que gerenciar a assistência é, entre outras coisas, organizar o cuidado, estão construindo uma relação entre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) – e no contexto da SAE, o Processo de Enfermagem é uma estratégia metodológica e sistemática de prestação de cuidados – e a própria gerência do cuidado. Assim, a SAE é “um instrumento que auxilia o gerente a nortear e avaliar a assistência que sua equipe prestou, sendo considerada uma ferramenta gerencial”. (TORRES, et al., 2011, p. 734)

Considerando a inserção do Processo de Enfermagem na gerência do cuidado às pessoas com agravos à saúde, emerge concomitantemente a necessidade de sua aplicação para o presente estudo em uma área de relevância para o Setor Saúde e a população em geral.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) destaca a abrangência das doenças crônicas como problema de grande atenção global. Incluem-se a este grupo as doenças de coração, respiratórias crônicas, diabetes, hipertensão arterial e o **câncer**. Estas doenças em suma são as etiologias principais para deterioração visual e cegueira, deterioração auditiva e surdez, doenças orais e desordens genéticas. As condições crônicas respondem por uma porção significativa da carga global de doenças. (OMS, 2005)

Estudos de prospecção estratégica, direcionados pela OMS, integram as perspectivas, procedimentos e ferramentas tanto das pesquisas de tendências quanto dos estudos de futuros. A utilidade destes estudos está na sua utilização para o estabelecimento de metas para o cuidado em saúde, capturando e antecipando desenvolvimentos futuros de modo a gerar visões de como a sociedade evolui e das opções de políticas que estão disponíveis para se modelar um futuro desejado.

Frente aos resultados destes estudos, encontram-se grandes preocupações em relação às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), entre elas o câncer.

Acompanhando as tendências internacionais de Planejamento e Gestão em Saúde, o Brasil também se vê frente a estas preocupações. Segundo as diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro para 2030, as taxas de sobrevivência para os clientes com câncer acompanharão o quadro atual, estando abaixo daquelas observadas em países desenvolvidos, refletindo diagnóstico tardio e falhas nos tratamentos. Para alcançarmos um quadro de saúde com redução da ocorrência dos cânceres em geral, mas especialmente daqueles grupos para o qual há fatores de risco bem estabelecidos ou tratamentos efetivos, será necessário o fortalecimento do sistema de saúde, permitindo o diagnóstico precoce, o acesso a tratamento adequado e a implementação de medidas de redução e controle de fatores de risco. (FIOCRUZ, 2012)

Nas estimativas para óbitos anuais, as doenças crônicas integram uma parcela em torno de 55% da causa destas mortes, o dobro do número de mortes a serem causadas por todas as doenças infecciosas (incluindo HIV/Aids, tuberculose e malária), condições maternas e perinatais e deficiências nutricionais combinadas.

Apenas 20% das mortes por doenças crônicas acontecem em países de alta renda - enquanto 80% delas acontecem em países de renda baixa e média, onde vive a maioria da população do mundo, e como é o caso do Brasil. (OMS, 2005)

Essas doenças predominam na idade adulta e, à medida que a idade média da população aumenta, crescem também as probabilidades de incidência, prevalência e mortalidade. Caracterizam-se por apresentar uma evolução lenta e constante, irreversível e são assintomáticas no início.

O câncer tem sido apontado como uma das maiores causas de morte no mundo. Hoje, no Brasil, o índice de acometimento por essa doença é muito alto. Segundo

estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA) para o ano de 2012, mas válidas também para 2013, há uma previsão de cerca de 518.510 casos novos de câncer para o Brasil, em homens e mulheres, sendo assim distribuídos: 257.870 para o sexo masculino e 260.640 para o sexo feminino, distribuídos por regiões da seguinte forma: 21.700 para a região Norte, 88.350 para a região Nordeste, 44.630 para a região Centro-Oeste, 90.940 para a região Sul e 272.890 para a região Sudeste. (INCA, 2013)

A crescente incidência do câncer implica que a equipe de enfermagem seja cada vez mais qualificada, coesa e com plena ciência de suas responsabilidades, considerando as novas demandas da prática assistencial relacionadas à realidade epidemiológica do câncer no Brasil.

Neste sentido, o setor de Hematologia surge como um universo para o estudo do Processo de Enfermagem e seus aspectos gerenciais para atenção da pessoa com câncer hematológico.

As neoplasias hematológicas incluem as leucemias, os linfomas e as duas gamopatias monoclonais, a macroglobulinemia de Waidenström e o mieloma múltiplo, sendo cada vez mais frequentes na população, aumentando a demanda de procura pelos serviços especializados oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), assegurados pela Lei 5809, de 25 de agosto de 2010.

O Processo de Enfermagem deve ser utilizado pelo enfermeiro para gerenciar o cuidado de pessoas portadoras de problemas onco-hematológicos, tendo seu reflexo nas ações de previsão de recursos, provisão de ações e embasamento para raciocínio clínico. O desenvolvimento de estratégias coletivas para implementação do PE na prática cotidiana de enfermeiros que atuam em onco-hematologia possibilitaria a integração destas pessoas à metodologia do PE, além de propor medidas para a gerência do cuidado a esta clientela, contribuindo para a assistência visando a integralidade, contemplada na política pública de saúde vigente.

1.1. Questões Norteadoras e Objetivos

Em virtude da exposição a respeito da gerência do cuidado aos clientes onco-hematológicos, através do Processo de Enfermagem, destacando o caráter complexo destas interfaces, surgem questões que servem de norte para este estudo:

1. Que situações-problema são reconhecidas pelas enfermeiras para gerenciar o cuidado de enfermagem a clientes com problemas onco-hematológicos a partir do Processo de Enfermagem na prática cotidiana?
2. De que modo os enfermeiros elaboram estratégias de ação que favoreçam a implementação da gerência do cuidado pelo processo de enfermagem a a clientes com problemas onco-hematológicos?

E, a partir deste questionamento, são traçados os objetivos deste projeto de pesquisa:

Objetivos:

- Conhecer as situações-problema vivenciadas pelos enfermeiros para gerenciar o cuidado de enfermagem a partir do Processo de Enfermagem na prática cotidiana em unidade onco-hematológica.
- Elaborar com os enfermeiros proposta de estratégias de ação voltadas para a implementação da gerência do cuidado pelo Processo de Enfermagem nesta unidade.
- Discutir os desafios e as possibilidades para implementação das estratégias de ação voltadas para a gerência do cuidado pelo Processo de Enfermagem elaboradas pelos enfermeiros.

A utilização da terminologia “estratégias de ação” provém do que Morin nomeia “Ecologia da Ação”. A ecologia da ação supõe a compreensão da relação estreita entre convicções e ações, entre teoria e ação, entre individual e coletivo, entre política e vida

cotidiana. Trata-se de uma rede que interconecta “o mais fugaz de todos os atos ao mais esplêndido produto da ciência”. (MORIN, 2012b, p. 77)

Uma das propostas da ecologia da ação é a compreensão da relação entre teoria e prática, e como se dá a aplicação no cotidiano do que é proposto pela ciência e pelas teorias. Como exposto anteriormente, as discussões sobre os desafios para efetivação do PE no cotidiano são numerosas, e o referencial teórico vem, inclusive, auxiliar a proposição de estratégias para seu desenvolvimento no cotidiano da equipe de enfermagem numa unidade onco-hematológica.

Morin aborda que, com as constantes modificações do mundo moderno e o advento da globalização, uma dinamicidade exige das pessoas um comportamento complexo, onde se considera as adversidades, mudanças, imprevisibilidades, sendo necessária a solidariedade para o enfrentamento dos problemas. (MORIN, 2012)

Nesta perspectiva, o trabalho em equipe e a busca por objetivos comuns colaboram para a formação de meios para ultrapassar a teoria e vê-la na prática cotidiana.

No planejamento deste trabalho faz-se necessário conhecer e entender o contexto. Planejar compreende traçar objetivos, saber como se prevenir, calcular riscos, e minimiza-los à sua ocorrência. Compreende o preparo tático para se rearranjar internamente, bem como a ousadia em relação às metas propostas e superação de maneira continuada e constante para oferecer melhores resultados.

O Planejamento é um processo essencial na organização, desenhando as diretrizes para definição dos planos de ação, que visam a sustentabilidade dos processos de trabalho.

Identificar recursos potenciais, alinhar competências, reconhecer virtudes e limitações, e estabelecer um conjunto de medidas integradas para alcance dos resultados são atribuições do planejamento. (CHIAVENATO, SAPIRO, 2009)

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 358/2009 estabelece a obrigatoriedade sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a sua implantação em toda a instituição de saúde pública e privada. Esta sistematização organiza o trabalho profissional no que se refere ao método, pessoal e instrumentos, o que possibilita a operacionalização do Processo de Enfermagem.

A SAE oferece ao enfermeiro uma possibilidade de organizar seu trabalho com base em uma filosofia e um método que prioriza a individualidade do cuidado, sendo este sistemático e dinâmico, impulsionando os enfermeiros a analisar constantemente sua prática e discutir como poderiam desenvolvê-la com eficácia e eficiência. (LUIZ, et al., 2010)

Nesta perspectiva, a SAE torna possível a operacionalização do PE a partir da organização do trabalho que se dá pela manifestação na prática das ações planejadas.

As empresas em geral lutam com a lacuna entre objetivos e resultados. Nos serviços de saúde, tal desafio também pode ser encontrado. Em um mundo globalizado cujas características são forte mudança e concorrência feroz, planejar é indispensável para o sucesso organizacional.

A diferença agora, influenciada pela dinamicidade do cotidiano, faz com que as estratégias traçadas no planejamento, antes periódicas, sejam contínuas e ininterruptas; se deixa a rigidez para ser flexível e adaptável.

E a elaboração de estratégias, antes monopolizada por uma direção e liderança, passa a ser agora compartilhada por todos os membros da organização, refletindo compromisso e dedicação para realização das metas. (CHIAVENATO, SAPIRO, 2009; MORIN, 2012b)

A reflexão sobre estes sentidos constrói o pressuposto que o Processo de Enfermagem, inserido na SAE e operacionalizado no trabalho de enfermagem pra planejamento da assistência, constitui-se como uma estratégia para a gerência do cuidado, e pode ser implementado no cotidiano através da Ecologia da ação, que preconiza as ações participativas e dialogadas, em que os componentes da equipe, em um mutirão permanente e orquestrado, aceitam, entendem e realizam o PE.

1.2. Relevância do Estudo

Esta pesquisa visa contribuir para divulgação de um tema que estudos (VAZ et al., 2002; LIMA, KURCGANT, 2006; FULY, LEITE, LIMA, 2008; CERULLO, CRUZ, 2008) demonstram ter, ainda, muita resistência por parte dos enfermeiros: Processo de Enfermagem.

Com o conhecimento do Processo de Enfermagem o enfermeiro vislumbra a possibilidade de desenvolver o planejamento do cuidado e de atuar precocemente ou até mesmo antecipar-se aos fatos.

De um lado, o estudo permitirá o estímulo ao desenvolvimento de estratégias para abordagem do cuidado ao indivíduo onco-hematológico, e como torná-la mais adequada aos diferentes padrões culturais, estágios de desenvolvimento e respostas do próprio indivíduo.

Por outro lado, mediante detecção precoce, pode colaborar para uma rápida identificação diagnóstica nos quadros de prejuízo biológico, emocional, psicológico e afetivo, com conseqüente redução no tempo de tratamento e suas possíveis complicações; diminuição nos gastos dos serviços de saúde com internações e redução nos níveis de estresse familiar que vivenciam a angústia do tratamento do câncer. Além disso, visa contribuir para a promoção de melhores resultados do cuidado de enfermagem, conferindo-lhe, também, reconhecimento social.

O princípio do cuidado integral, presente no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer através da organização das ações e serviços voltados para o cuidado integral da pessoa com câncer na Rede da Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, encontra-se nos objetivos da pesquisa, que visa contribuir para o protagonismo do usuário no processo de cuidado e para melhoria da qualidade da assistência prestada a esta clientela. (BRASIL, MS, 2013)

Do ponto de vista científico, poderá promover a discussão e o estímulo à produção de trabalhos na área. É possível vislumbrar que a elaboração de trabalhos utilizando o Processo de Enfermagem, podem dar visibilidade às ações de enfermagem, padronizar a linguagem da assistência no âmbito mundial e

proporcionar o conhecimento do PE e sua sensível aplicabilidade, promovendo, assim, um cuidado exclusivo, individualizado e integral.

Do mesmo modo, promove e divulga estudos da área de enfermagem gerencial, inserindo-se nas atividades desenvolvidas pelo Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional em Enfermagem (GESPEN); estimula a discussão, o ensino e a pesquisa, juntamente com o núcleo citado, com relação ao Processo de Enfermagem, competências e habilidades do enfermeiro para o cuidado em saúde, ética profissional e valorização social da enfermagem.

Em relação ao cenário de estudo, se propõe a levantar estratégias neste ambiente para implantação da SAE, visando o atendimento aos clientes hematológicos com qualidade, e contribuindo para a gerência na unidade, no que diz respeito a dinâmica dos recursos humanos, materiais e planejamento do serviço.

A pesquisa almeja contribuir para a área de conhecimento da enfermagem, na concepção do indivíduo enquanto ser humano durante o cuidado de enfermagem. Objetiva-se que a pessoa, ao procurar um serviço de saúde, seja considerada pelo que ela é, e não somente a doença de base que apresenta. A proposta de estudo considera o sujeito como parte da abordagem clínica, como ser da linguagem em seu contexto social, expresso por seu corpo e saúde.

1.3. Justificativas para realização do estudo

A justificativa para realização deste estudo se estrutura em dois aspectos: o primeiro é o reconhecimento de uma lacuna do conhecimento no que diz respeito à publicação científica ao retratar a dimensão gerencial do PE.

O segundo faz referência à epidemiologia das neoplasias onco-hematológicas, que apresentam não somente uma característica importante quanto à sua incidência, mas também o seu impacto sobre a saúde das pessoas com problemas onco-hematológicos e suas famílias.

1.3.1. O Processo de Enfermagem e o cuidado em oncologia: interfaces do estado da arte

Ao estabelecer objetivos assistenciais, ponderar as adversidades ocorridas com os clientes, tomar decisões para atender as necessidades do cliente, determinar metas e desenvolver estratégias adequadas à execução da terapêutica adequada, os enfermeiros estão a planejar a assistência. (HAUSMANN, PEDUZZI, 2009)

Neste contexto emerge a gerência, relacionada ao processo de tomada de decisões que afetam a estrutura, os processos de produção e o próprio produto oferecido. Na gerência do cuidado o enfermeiro tem a oportunidade de administrar as atividades e o rendimento das partes envolvidas na assistência aos clientes e avaliar os resultados.

Como já exposto, na gerência do cuidado o PE surge como um modelo metodológico que possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever as necessidades humanas de indivíduos, famílias e coletividades, em face de eventos do ciclo vital ou de problemas de saúde, reais ou potenciais, e determinar que aspectos dessas necessidades exigem uma intervenção profissional de enfermagem. (GARCIA, NÓBREGA, 2009)

A Ecologia da Ação defende que, ao se iniciar uma ação oriunda de um pressuposto, insere-se no contexto uma interação com um jogo de forças externas e maiores que a individualidade. Isto infere que a imprevisibilidade possa ser considerada e os planejamentos possam ser adaptáveis, principalmente pelo trabalho da enfermagem

ser desenvolvidos com pessoas, mutáveis e reagentes às ações do ambiente de diversas formas. (MORIN, 2012b)

A gerência do cuidado permite interagir com esta incerteza, agregando e relacionando saberes, considerando a imprevisibilidade e adaptando as ações. (CHRISTOVAM, PORTO, OLIVEIRA, 2012; ERDMANN et al., 2006)

O cuidado a clientes oncológicos incita à gerência o cuidado considerando estes múltiplos fatores, pela especificidade da patologia, e às diferentes reações dos clientes. Como uma doença crônico-degenerativa, o câncer envolve múltiplos fatores de risco, entre eles os ambientais, o estilo de vida e os genéticos. (OLIVEIRA, et al., 2014)

A relevância da problemática do câncer no Brasil se justifica por seu perfil epidemiológico, o que por sua vez o faz conquistar espaço nas agendas políticas e técnicas de todas as esferas de governo. O conhecimento sobre a situação desta doença possibilita estabelecer prioridades e alocar recursos e forma direcionada para modificação positiva desse cenário na população brasileira.

A publicação da nova Política Nacional de Prevenção e Controle de Câncer na Rede de Atenção às pessoas com doenças Crônicas (PNPCC-RAS), por meio da Portaria n.º 874 de 16 de maio de 2013, prevê ações que se relacionam à gerência do cuidado a estas pessoas, requerendo do enfermeiro oncológico este perfil. (BRASIL, MS, 2013)

Com o conhecimento do Processo de Enfermagem o enfermeiro vislumbra a possibilidade de desenvolver o planejamento do cuidado e de atuar precocemente ou até mesmo antecipar-se aos fatos.

O emprego do PE na gerência do cuidado permite o estímulo ao desenvolvimento de estratégias para abordagem do cuidado ao indivíduo com câncer, e como torná-lo mais adequada aos diferentes padrões culturais, estágios de desenvolvimento e respostas do próprio indivíduo.

Com vistas à compreensão da internalidade epistemológica da profissão quanto ao PE, bem como incitação de uma análise crítica da temática, realizou-se uma análise da produção científica em enfermagem no Processo de Enfermagem visando às repercussões para a gerência do cuidado de enfermagem em oncologia, diante dos aspectos epistemológicos destacados na constituição do tema ou problema desta pesquisa.

Leite (2011) destaca que as pesquisas que abordam o Processo de Enfermagem tem ênfase, na contemporaneidade, nos estudos de levantamento diagnóstico, validação de termos relacionados a diagnósticos e desenvolvimento de sistemas de informação. Este dado remete à necessidade de discussão de outras dimensões do PE, entre elas, a gerencial.

A questão de pesquisa realizada foi: Como os estudos que abordam o Processo de Enfermagem aplicado ao cuidado em Oncologia consideram o caráter gerencial envolvido na realização do PE?

O levantamento bibliográfico permitiu a consulta das seguintes bases de dados, em junho de 2014: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), e PUBMED com os descritores DECS /MESH "processos de enfermagem (*nursing process*)", "enfermagem oncológica (*oncology nursing*)", "registros de enfermagem (*nursing records*)" e gerência (*management*), utilizados com o coordenador booleano *AND* em duplas, com as combinações possíveis, e juntos.

A determinação do recorte temporal se dá graças à Resolução 272/2002 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) que serve de subsídio para implantação do PE nas unidades de saúde brasileiras. Esta foi revogada pela já citada Resolução 358/2009, entretanto ela marca um ponto de partida histórico para o aumento da atenção dos serviços de enfermagem em relação ao PE. Também por esta razão, as amostras analisadas representam trabalhos inseridos no contexto da enfermagem brasileira, pois é de interesse do estudo analisar e levantar questões acerca do PE como ferramenta gerencial para os serviços de enfermagem oncológica brasileiros, considerando os contextos científico, profissional, social e cultural.

A amostra inicial foi composta por 357 produções científicas. Após leitura dos resumos procedeu-se a seleção dos artigos com base nos critérios de inclusão e exclusão previamente delimitados, sendo selecionadas 16 produções para leitura na íntegra e categorização tendo por base teórico-metodológica a Metodologia de Caracterização Epistemológica para a Pesquisa na Enfermagem. Tal proposta está baseada em noções do método científico e em fundamentos da epistemologia bachelardiana e se estrutura a partir de elementos de enfoque epistemológico que compõem um instrumento de análise

delineado a partir da intencionalidade subjetiva do pesquisador, e vem sendo utilizada na vertente teórico-metodológica nos estudos produzidos pela Linha de Pesquisa à qual esta tese esta inserida.

As questões epistemológicas estão relacionadas aos seguintes aspectos: os assuntos estudados; a contribuição geral ou setorializada em relação à atuação da enfermagem; e o enfoque epistemológico da apreensão do fenômeno na esfera objetiva (dados das situações de enfermagem na ótica dos clientes) ou na esfera subjetiva (situações de enfermagem na ótica da consciência do sujeito do conhecimento, ou seja, estudos que focalizam como sujeitos-objeto do estudo o enfermeiro/equipe de enfermagem).

A produção acerca do Processo de Enfermagem em oncologia no Brasil, no período pesquisado, apresenta diferentes veículos. As revistas científicas com maior prevalência de artigos nesta temática são a Revista Latino-Americana de Enfermagem (3), Cogitare Enfermagem (3), Revista Brasileira de Enfermagem (2), Revista Gaúcha de Enfermagem (2), seguidas pelas revistas: Texto e Contexto em Enfermagem, Revista Brasileira de Cancerologia, Ciência, Cuidado e Saúde, Revista Eletrônica de Enfermagem, Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Revista da Escola de Enfermagem USP, todas com 01 artigo cada.

A localização temporal demonstra que foram publicados, em 2002, 02 artigos, 2003 (1), 2006 (2), 2007 (3), 2008 (1), 2009 (1), 2010 (1), 2011 (2), 2012 (1), 2013 (2).

Diversos estudos aproveitam para utilizar as etapas do processo como um processo de levantamento de dados e validação de diagnósticos e prescrições para as mais diversas situações de saúde e doença. (VAZ et al., 2002; SOUZA, GORINI, 2006; CARVALHO, NOBREGA, GARCIA, 2013)

Abaixo, seguem descritos os estudos que apresentaram, mesmo que parcialmente, estratégias gerenciais envolvidas com o PE.

Tabela 1: Distribuição científica área enfermagem: Processo de Enfermagem Na gerencia do cuidado oncológico. Rio de Janeiro, 2014

N.º	Título	Periódico/ Ano
01	MULHER MASTECTOMIZADA EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO: UM ESTUDO DOS COMPORTAMENTOS NA	Revista Brasileira de Cancerologia, 2002, 48(1): 21-28

PERSPECTIVA DO MODELO ADAPTATIVO DE ROY		
02	IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE RADIOTERAPIA: ELABORAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA REGISTRO	Rev Latino-am Enfermagem 2002 maio-junho; 10(3):288-97
03	PROCESSO DE ENFERMAGEM: SEQÜÊNCIAS NO CUIDAR, FAZEM A DIFERENÇA	Rev Bras Enferm, Brasília (DF) 2003 maio/jun;56(3):271-276
04	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM ADULTOS COM LEUCEMIA MIELÓIDE AGUDA	Rev Gaucha Enferm, 2006 set; 27(3): 417-25
05	A FADIGA RELACIONADA AO CÂNCER COMO TEMÁTICA NA ENFERMAGEM ONCOLÓGICA	Rev Latino-am Enfermagem 2006 maio-junho; 14(3):442-7
06	A CONSULTA DE ENFERMAGEM NO CUIDADO À PESSOA COM CÂNCER: CONTEXTUALIZANDO UMA REALIDADE	Cogitare Enferm 2007 Out/Dez; 12(4):487-93
07	VIVENCIANDO O COTIDIANO DO CUIDADO NA PERCEPÇÃO DE ENFERMEIRAS ONCOLÓGICAS	Texto contexto - enferm. 2007 Dec; 16(4): 696-702
08	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EMOCIONAIS IDENTIFICADOS NA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA EM PACIENTES DE CIRURGIA ONCOLÓGICA	Cogitare Enferm 2007 jan/mar; 12(1): 52-61
09	VIVÊNCIAS DE UMA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO CUIDADO A PACIENTES COM CÂNCER	Cogitare Enferm 2008 Jan/Mar; 13(1):75-82
10	CUIDADO TRANSCULTURAL A CLIENTES ONCOLÓGICOS EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO E A SEUS FAMILIARES	Cienc Cuid Saude 2009 Jan/Mar; 8(1): 101-108
11	DESAFIOS À SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS: UMA PERSPECTIVA DA COMPLEXIDADE	Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010; 12(3):483-90
12	DESVELANDO O SABER/ FAZER SOBRE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM: EXPERIÊNCIA VIVIDA EM NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA	Rev Bras Enferm, Brasília 2011 set-out; 64(5): 890-7
13	PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM CÂNCER: REFLEXÃO TEÓRICA SOBRE AS DIMENSÕES SOCIAIS	Esc Anna Nery (impr.)2011 jan-mar; 15 (1):180-185
14	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES ONCOLÓGICOS	Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2012 mar;33(1):177-85
15	PROCESSO E RESULTADOS DO	Rev Esc Enferm USP

	DESENVOLVIMENTO DE UM CATÁLOGO CIPE PARA DOR ONCOLÓGICA	2013; 47(5): 1061-8
16	MAPEAMENTO DE INTERVENÇÕES/ATIVIDADES DOS ENFERMEIROS EM CENTRO QUIIMIOTERÁPICO: INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA CARGA DE TRABALHO	Rev. Latino-Am. Enfermagem 21(2): mar.-abr. 2013

Fonte: Bases Científicas de Dados

A setorização surge para expressão da realidade estudada, e pode demonstrar uma tendência de área onde o Processo de Enfermagem tenha desenvolvimento dentro da Oncologia. A tabela 2 expressa esta setorização:

Tabela 2 - Distribuição dos artigos de acordo com a setorização da produção dos estudos. Rio de Janeiro 2002-2014

Setorização dos estudos	N	%
Oncologia Clínica	11	64
Oncologia Cirúrgica	02	12
Pediatria	-	
Cuidados Paliativos	01	6
Atenção Básica	01	6
Pesquisa Clínica	-	
Sem setorização	02	12
Total	16	100

Fonte: Bases Científicas de Dados

Os estudos na área de oncologia clínica (quimioterapia, radioterapia, transplante de medula óssea) perfazem a maior área de setorização com 64% das publicações. De acordo com alguns estudos, a tendência para o emprego do tratamento não cirúrgico vem sendo seguida mundialmente, vistos os investimentos nos programas para aumento da prevenção e detecção do câncer, requerendo medidas de tratamento menos traumáticas aos clientes e custosas aos serviços. (TIEZZI, 2010)

Mostram-se, nestes artigos, desenhos de pesquisa onde o Processo de Enfermagem é empregado para a evidenciação de diagnósticos de enfermagem em casos específicos, como a Leucemia Mielóide aguda, por exemplo. Ainda na setorização clínica,

aparecem estudos que abordam enfermeiros deste campo em relação às suas perspectivas sobre a aplicação do PE.

A análise em relação ao enquadramento metodológico, conforme consta na Tabela 3, revelou predominância dos estudos que empregam a pesquisa qualitativa, o que demonstrou a necessidade dos enfermeiros sustentarem suas ações em bases conceituais, e na subjetividade dos eventos. Este resultado também demonstra o caminho a uma visão paradigmática compreensiva, como se tem preconizado na ciência atualmente.

Tabela 3 – Enquadramento Metodológico dos estudos. Rio de Janeiro 2002-2014

Desenho de estudo	N	%
Qualitativo	13	82
Quantitativo	01	6
Revisão de Literatura	01	6
Reflexão	01	6
Total	16	100

Fonte: Bases Científicas de Dados

O emprego da metodologia qualitativa, ao valorizar as experiências particulares de grupos e indivíduos, reflete as tendências pós-modernas e uma nova condição discursiva, se aceita a coexistência e contribuição de múltiplos saberes. Do ponto de vista de mudança paradigmática, aponta a contribuição das Ciências Humanas e Sociais nos estudos da área da Saúde, onde outrora fortemente eram percebidos pilares estritamente biológicos, como no modelo cartesiano que marcou a constituição das formas de conhecimento da ciência moderna.

Os objetos de estudos podem ser observados integrados com o meio, como num dos resultados, em que o estudo avalia através da Fenomenologia a experiência de enfermeiros oncológicos com a aplicação do PE. (GARGIULO, et al., 2007)

Além disso, foram verificadas bases teóricas que fundamentavam estes estudos qualitativos. A Fenomenologia, Etnografia e Interacionismo Simbólico foram algumas vertentes que direcionaram estes estudos. Estes referenciais teóricos favorecem o pensamento compreensivo, exaltando a subjetividade dos profissionais com abrangência da realidade encontrada pelo pesquisador na prática cotidiana para o emprego do PE no

processo de trabalho dos enfermeiros, incluído a subjetividade dos profissionais e clientes.

Outro ponto observado é a utilização de teorias de enfermagem para embasamento da aplicação do PE, bem como fundamentação das próprias metodologias de estudo. Aparecem em destaque o PE fundamentado por Wanda Horta e as necessidades Humanas Básicas, o Modelo Adaptativo de Calista Roy e o cuidado transcultural de Madeleine Leininger.

Com vistas às repercussões em relação a abordagem da gerência do cuidado nas publicações, é evidenciada a presença de uma aplicação com caráter predominantemente clínico do PE, na investigação de necessidades do cliente e suas intervenções.

A utilização maciça dos estudos de um intuito estritamente clínico vem atrelado ao próprio aspecto histórico do Processo de Enfermagem. A partir da década de 1970, a crescente tendência na enfermagem pelo desenvolvimento de atividades relacionadas à organização e planejamento dos serviços de enfermagem culminou um movimento mundial que, no Brasil, teve grande representação por Wanda de Aguiar Horta, pioneira nos estudos relacionados ao Processo de Enfermagem, com sua publicação mais famosa em 1979. (HORTA, 1979)

A partir daí, um novo movimento vem sendo instaurado e se relaciona à solidificação do uso das taxonomias diagnósticas em enfermagem. O diagnóstico de enfermagem pode ser analisado sob várias perspectivas sendo, uma delas, a que o define como uma das etapas do processo de enfermagem. No processo de enfermagem, e suas cinco etapas clássicas: levantamento dos dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação, o diagnóstico é o julgamento do levantamento dos dados uma vez que o propósito primordial, desse levantamento, é a identificação das necessidades de cuidados de enfermagem a serem prestados aos clientes.

Pelo desenvolvimento das taxonomias diagnósticas ainda ser um processo lento e difícil, muitos estudos abordam experiências de implantação e implementação. Paralelamente a este caminho surgem os estudos de validação diagnóstica em oncologia, como é o caso do estudo de aborda evidencias clínicas para fadiga e o desenvolvimento de um catalogo CIPE® para dor oncológica.

A Classificação Internacional dos Problemas de Enfermagem (CIPE®) é uma destas taxonomias, o que indica uma franca evolução da classificação em enfermagem, refletindo, cada vez mais, a arte e a ciência da enfermagem graças ao esforço e empenho de excelentes enfermeiras clínicas, de pesquisadoras de enfermagem, de outros profissionais e organizações da área.

A gerência do cuidado foi evidentemente abordada no estudo que relaciona o mapeamento das intervenções de enfermagem com a carga de trabalho, apresentando meios estratégicos da prática cotidiana do Processo de Enfermagem e as implicações administrativas das ações nele envolvidas.

O Processo de Enfermagem, sendo um método de trabalho que tem sustentação nos modelos teóricos aplicados à prática, sistematiza ações e organiza a prática, proporcionando ao enfermeiro a execução de medidas padronizadas que otimizam o processo de trabalho, conferindo a este qualidade.

Como método de trabalho, o PE exige pensamento crítico, elaboração individualizada e dimensionamento adequado de pessoal. Em seu enfoque holístico, ajuda a assegurar que as intervenções sejam feitas para o indivíduo e não para a doença. Nesse sentido, é necessário um olhar oncológico considera as especificidades do câncer, mas prioriza a pessoa que convive com seus efeitos, visando atendê-lo em suas necessidades totais para alcançar a qualidade na assistência de enfermagem.

Com a introdução de máquinas novas, equipamentos, as unidades especializadas do cuidado e os dispositivos de monitorização eletrônicos, a maneira como a enfermagem vem cuidando de seus clientes tem sofrido modificações. Mesmo com um caráter mais clínico exaltado, muitos estudos analisados afirmam que o PE com ênfase na previsão e provisão de cuidados permite o cuidado sistematizado e auxilia o enfermeiro a entender os requisitos específicos do cuidado, materiais, dimensionar pessoas e organizar o ambiente assistencial.

Os estudos que abordam a consulta de enfermagem e a elaboração de instrumento de coleta de dados trazem a tona a informatização como ferramenta gerencial para aplicação do PE. Os formulários contemplando as fases do processo de enfermagem são importantes para que os enfermeiros tenham conhecimento teórico e prático, de modo a executarem as ações. Esse conhecimento é necessário como base para a tomada de

decisão e na escolha das intervenções para assistir a cliente, subsidiando o raciocínio crítico e clínico em enfermagem.

A informatização da SAE, no que tange ao agrupamento dos dados do PE, permite classificá-los e analisá-los. A padronização pressupõe a utilização de um conjunto de termos pré-estabelecidos que expressam: situações do processo saúde/doença que podem ser modificadas por intervenções de enfermagem; ações de enfermagem que modificam as situações do processo saúde/doença e resultados obtidos com a efetivação dessas ações. A viabilização da padronização da linguagem diagnóstica, ainda tratada com muita resistência e/ou dificuldade pelos enfermeiros da prática, também pode ser trabalhada na utilização destes sistemas.

Os registros de enfermagem já têm sofrido grandes transformações mundialmente, graças ao avanço da tecnologia da informação. No Brasil, em diversos setores administrativos, o caminho direcionado aos sistemas informatizados define-se praticamente imperativo, servindo de base para processos de trabalhos em áreas importantes como o judiciário, o comércio e os centros de saúde. Esta tendência exigirá preparo profissional para que os enfermeiros consigam alcançar resultados positivos para os processos de trabalho e também para a saúde das pessoas assistidas.

Os estudos apontam uma tendência para a gerência do cuidado através do PE em Oncologia. A do seu uso como meio para planejar a assistência e suas nuances. E apontam algumas vantagens neste caminho, como acesso rápido aos problemas de saúde e intervenções atuais; acesso a conhecimento científico atualizado com consequente melhoria do processo de tomada de decisão; melhoria de efetividade do cuidado, o que por certo contribuirá para obtenção de melhores resultados dos tratamentos realizados e atendimento aos clientes; possível redução de custos, com otimização dos recursos.

Baseado em referenciais teóricos e filosóficos da área da enfermagem, o emprego do PE pode contemplar a complexidade do conhecimento e das atividades do enfermeiro, além de questões concernentes ao cliente, o ambiente, o contexto do trabalho, as relações.

Em seu julgamento, o enfermeiro considera as fases do Processo de Enfermagem, incluindo fatores temporais, organizacionais, estruturais, relacionais, culturais, entre

outros, o que demonstra a esfera **complexa** para a decisão e gerência do cuidado. (ERDMANN et al.,2006)

1.3.2. A dimensão epidemiológica dos problemas onco-hematológicos

Para o Brasil, no ano de 2014, estimou-se 5.050 casos novos de leucemia em homens e 4.320 em mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 5,20 casos novos para cada 100 mil homens e 4,24 para cada 100 mil mulheres.

Além das leucemias, os Linfomas Não-Hodgkin ocupam destaque na sua incidência na população brasileira. Esperam-se 5.190 casos novos de linfoma não Hodgkin em homens e 4.450 em mulheres, para o Brasil, no ano de 2014. Esses valores correspondem a um risco estimado de 5 casos novos a cada 100 mil homens e 4 a cada 100 mil mulheres (INCA). A gravidade da doença vai depender de vários fatores que incluem a idade do cliente, comorbidades que este apresenta, a resposta aos medicamentos e sobretudo o tipo de alterações genéticas da Leucemia ou de Linfoma em questão.

As neoplasias onco-hematológicas ocorrem por defeito na multiplicação ou destruição das células tronco hematopoiéticas (formadoras de sangue). Fatores relacionados ao ambiente como exposição à radiação, vírus ou agentes químicos tóxicos, ou relacionados ao indivíduo, como idade ou anomalias genéticas (Síndrome de Down) são os principais responsáveis pelo aparecimento destas doenças.

Em relação às internações hospitalares por estas morbidades, são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito pode ser maior pela debilidade que oferecem. O sangue é essencial a diversas funções vitais do organismo, gerando um comprometimento global.

Desta forma, as doenças onco-hematológicas trazem mais incapacidades e aumento do uso dos serviços de saúde. Além disso, podem se conjugar a outros fatores, como o aumento da idade. Estudos recentes têm mostrado que doenças crônicas, e entre estas está o câncer, bem como suas incapacidades, são consequências inevitáveis do envelhecimento (VERAS, 2009).

Portanto, intervenções em nível de saúde pública são necessárias. Essas devem ser capazes de atingir e sensibilizar os profissionais à atenção destes clientes, permitindo

conhecimentos necessários que estimulem práticas positivas, principalmente entre aqueles grupos de maior risco para problemas metabólicos e imunológicos. Nesse sentido, as ações de saúde, e realização de pesquisas como esta contribuem para melhoria do cuidado, como para avaliação de estratégias efetivas em saúde.

As doenças crônico-degenerativas predominam na idade adulta, e sua incidência, prevalência e mortalidade se elevam à medida que aumenta a vida média da população. São caracterizadas por uma evolução lenta e progressiva, irreversível, por um longo período de latência assintomático, exigindo constante supervisão, observação e cuidado. Dentre as doenças crônico-degenerativas que podem passar despercebidas ou associadas a outras afecções, estão as neoplasias relacionadas ao sistema hematológico.

A neoplasia, de um modo geral, é considerada uma das mais temidas doenças crônico-degenerativas, mesmo sendo a única a apresentar uma possibilidade de cura quando diagnosticada precocemente e interrompida em uma de suas fases. Como outra doença crônico-degenerativa, envolve múltiplos fatores de risco, entre eles os ambientais, o estilo de vida e os genéticos.

As alterações decorrentes da doença onco-hematológica podem comprometer a independência e a autonomia, assim como levar ao desenvolvimento de ações e à ocorrência de limitações para o autocuidado. Essas limitações, muitas vezes, referem-se ao conhecimento do cliente sobre a doença, sua motivação e sua capacidade para enfrentar o diagnóstico e dar continuidade ao tratamento proposto pela equipe de saúde.

Entre as afecções neoplásicas hematológicas, incluem-se, mais comumente, as leucemias, os linfomas, o mieloma múltiplo e, em menor frequência, a macroglobulinemia de Waldenström. Estudos (TOLEDO, DIOGO, 2003; MOTTA, 2013) mostram que a ocorrência de tais afecções tem crescido com o passar das décadas, requerendo do cuidado da equipe multiprofissional o aprimoramento do cuidado a estes clientes. O mesmo aplica-se ao cuidado que enfermagem, que necessita lidar com demandas biológicas, enfrentamento, especificidades e a complexidade envolvida na assistência onco-hematológica.

1.4. Fundamentação para a temática: o cuidado de enfermagem em Onco-hematologia

Na atuação em oncologia, o enfermeiro possui uma extensa área de atuação no Brasil e no exterior ao oferecer uma prática de enfermagem baseada em conhecimentos teórico-práticos em oncologia para o efetivo desempenho das ações de enfermagem ao cliente oncológico. Identifica fatores determinantes do câncer, relacionando-se ao perfil epidemiológico, atua na atenção básica promovendo a saúde através da prevenção e diagnóstico precoce do câncer, através da participação em ações educativas e de vigilância à saúde, aplica a sistematização da assistência de enfermagem direcionada e personalizada em níveis secundários e terciários, inclusive na reabilitação dos clientes.

As principais ações de enfermagem em onco-hematologia compreendem medidas para minimizar a dor, dar suporte psicológico, promover um ambiente confortável para aqueles que necessitam de longo período de internação, além de estar preparando para proceder diante dos efeitos colaterais dos tratamentos quimioterápicos.

O oncologia determina a ocorrência de complexas situações de enfrentamento com clientes, familiares, profissionais, envolvendo questões como a finitude, as mutilações, a agressividade terapêutica e as perspectivas da utilização de terapêuticas antineoplásicas.

1.4.1. As Leucemias

As leucemias merecem este tópico de destaque para que o leitor compreenda um pouco sobre a complexidade deste agravo onco-hematológico muito recorrente, e as medidas de cuidado prestadas.

A Leucemia é uma neoplasia que afeta os glóbulos brancos. Normalmente, há equilíbrio entre a produção e deposição destas células no corpo, de tal modo que existam sempre glóbulos brancos em quantidades suficientes no organismo como defesa contra infecções. Todas as formas de neoplasias partilham a mesma característica – uma alteração no controle normal da divisão, crescimento e diferenciação celular, que conduz na grande maioria dos casos a transformações malignas. (FILHO, 2013)

As leucemias estão divididas em 4 grupos conforme são classificadas em crônicas ou agudas, mielóides ou linfocíticas segundo a sua evolução clínica. E são ainda subdivididas em relação ao tipo de células que prolifera, de forma a tornar-se mais fácil estabelecer prognósticos e o tratamento mais adequado a cada cliente:

- LMA – Leucemia Mielóide Aguda
- LMC – Leucemia Mielóide Crônica
- LLA - Leucemia Linfocítica Aguda
- LLC - Leucemia Linfocítica Crônica

As leucemias agudas são doenças malignas primárias dos órgãos hematopoiéticos, caracterizadas por uma predominância de precursores linfóides ou mielóides imaturos (blastos). Os blastos substituem progressivamente a medula óssea normal, migram e invadem outros tecidos. O resultado desta superprodução é a disseminação através do organismo de glóbulos brancos anormais em elevado número, interferindo com as funções vitais do corpo.

Nos casos de leucemia aguda, há simultaneamente uma diminuição da produção normal de eritrócitos, granulócitos e plaquetas, o que conduz a complicações como a anemia, infecção e hemorragia. A base molecular da transformação leucêmica no homem é desconhecida. O defeito fundamental na leucemia aguda parece ser a proliferação desregulada das células precursoras iniciais que perdem a sua capacidade de se diferenciar em resposta a sinais hormonais normais e interações celulares.

Uma transformação leucêmica pode originar-se em qualquer ponto durante a diferenciação das células estaminais. Tanto a LMA como a LLA são de origem unicelular (clonal). As leucemias agudas são extraordinariamente heterogêneas e são caracterizadas por múltiplos métodos que incluem morfologia, histoquímica, marcadores de superfície celular e citoplasmáticos, alterações citoquímicas e genéticas moleculares. (RAFF et al., 2013)

A Leucemia Mielóide Aguda é um tipo de leucemia que começa nas células que se deveriam transformar normalmente em glóbulos brancos, mas que acabam por formar outros tipos de células. Estas células imaturas, também chamadas blastos,

continuam a reproduzir-se e a acumular-se. A designação de “aguda” refere-se à rapidez com que se desenvolve este tipo de leucemia.

Quando o tipo de células da medula óssea que foi afetada se trata de granulócitos ou monócitos a leucemia é classificada de mielóide (também chamada de leucemia mielogénica ou mielocítica).

A LMA começa na medula óssea, mas, na maioria dos casos, passa rapidamente para o sangue periférico, podendo espalhar-se para outras partes do corpo, incluindo os nódulos linfáticos, fígado, baço, sistema nervoso central.

A LMA é a leucemia aguda mais comum e mais de 90% ocorre em adultos. É uma doença rara antes dos 40 anos de idade, sendo a média de incidência nos 65 anos e também mais frequente nos homens.

Este tipo de leucemia pode manter-se em remissão durante muito tempo ou mesmo ser curada em alguns adultos, dependendo de algumas características das células. Alguns subtipos de leucemia aguda respondem bem aos tratamentos e muitos clientes ficam curados, mas existem outros subtipos com um prognóstico menos favorável.

Atualmente não existe nenhum rastreio específico para detecção de LMA. A melhor forma de diagnóstico rápido é preconizada pelo Ministério da Saúde brasileiro através do rastreamento pelas unidades básicas de saúde, nas consultas ao aparecimento dos sintomas típicos desta doença para exame clínico.

Os principais sintomas associados a este tipo de leucemia são vários e podem incluir perda de peso e febre. Uma contagem baixa de glóbulos brancos – leucopenia, e de granulócitos maduros – neutropénia ou granulocitopenia, aumenta o risco de infecções (especialmente da boca e da garganta). Uma contagem baixa de glóbulos vermelhos – anemia, causa palidez, cansaço, falta de ar e palpitações cardíacas. (KUMAR, MITCHELL, ABBAS, 2012)

Uma contagem baixa de plaquetas – trombocitopenia, provoca maior tendência para equimoses e hemorragias, úlceras do lábio e da boca. Alguns doentes sofrem de dores nos ossos e articulações.

A LMA pode também causar o aumento do fígado e baço, dois órgãos localizados respectivamente do lado esquerdo e lado direito do abdómen. Este facto pode ser

notado por um inchaço ou aumento da barriga e conseguem ser detectados por palpação.

A doença ocorre muitas vezes subitamente, com agravamento progressivo dos sintomas por um período de uma ou duas semanas; com menor frequência, estes sintomas vão aparecendo gradualmente durante dois ou três meses. Eventualmente, os idosos apresentam uma leucemia letificada, com início muito gradual da doença. (KUMAR, MITCHELL, ABBAS, 2012)

Embora não tenha sido ainda identificada a causa que conduz ao desenvolvimento da leucemia aguda, na maioria dos doentes, já se descobriram algumas relações de predisposição. Os fatores de risco são todos os que podem aumentar as hipóteses de se contrair uma doença e estão normalmente relacionados com o estilo de vida, ambiente ou causas genéticas (hereditárias). Os fatores de risco normalmente associados ao cancro são o tabaco e a exposição ao sol, no entanto, no caso leucemia mielóide aguda, o único fator de risco provado é o tabaco. Embora as células afetadas não estejam em contato direto com o fumo, as substâncias cancerígenas absorvidas pelos pulmões são posteriormente espalhadas pela corrente sanguínea para várias partes do corpo. Os cientistas calculam que cerca de 1/5 dos casos de LMA são causados pelo tabaco.

Os riscos ambientais são influências do meio, tais como radiações, produtos químicos e infecções. Por exemplo, a exposição crônica a produtos químicos, como o benzeno, fármacos que provocam anemia aplástica e radiações, têm sido associados a uma maior incidência da doença. Casos de hereditariedade comprovada de LMA são muito raros, embora algumas síndromes de base genética, como por exemplo, a síndrome de Down, a neurofibromatose de Recklinghausen e a anemia de Fanconi, parecem aumentar a probabilidade de desenvolver a leucemia aguda. (KUMAR, MITCHELL, ABBAS, 2012)

A LMA é mais comum em homens do que em mulheres embora as causas para este fato não sejam claras. Embora algumas pessoas que contraíram a doença tenham um ou dois fatores de risco na sua história, muitas não o têm – a causa permanece desconhecida. E também não é absolutamente certo que as causas sejam aquelas

mencionadas. Por outro lado, muitas pessoas com uma história bastante provável nunca desenvolvem a doença.

Durante os últimos anos muito se tem descoberto sobre as alterações genéticas que provocam a transformação das células normais da medula óssea em células leucêmicas. O DNA é uma substância química que transporta as instruções para quase todas as funções das nossas células. Alguns genes (partes do DNA) contêm as instruções que controlam o crescimento e a divisão das células. Os genes que controlam a divisão das células são chamados os oncogenes. Outros genes que reduzem a divisão das células ou provocam a sua morte na devida altura são chamados os genes supressores de tumor. (RAFF et al., 2013)

Alguns tipos de câncer podem ser causados pela mutação de DNA que ativa os oncogenes ou desativa os genes supressores de tumor. Cada vez que uma célula se prepara para a divisão em duas novas células, deve multiplicar o seu DNA – por vezes acontecem erros durante este processo que podem, no entanto, ser corrigidos por enzimas especiais. Quando as células se dividem muito rapidamente, as enzimas podem não ter “tempo” de corrigir esses erros.

As translocações são o tipo de erro mais frequentemente associado às LMA e significam que parte de um cromossoma se juntou com outro cromossoma, fazendo com que seja inibida a faculdade de amadurecimento de algumas células.

Outras modificações de cromossoma, como a deleção, (quando um cromossoma perde uma parte) ou inversão (a reorganização de DNA dentro de um cromossoma), também podem provocar o desenvolvimento de LMA. (RAFF et al., 2013)

A maioria das mutações de DNA ocorrem durante a vida e não são herdadas, no entanto também pode acontecer, sendo que é raro. Na verdade, as mutações ocorrem muitas vezes sem razão aparente.

Quando a leucemia está no início, o seu diagnóstico é difícil, uma vez que os sintomas desta doença são semelhantes aos de outras doenças. Entre os principais sintomas temos o cansaço, a falta de apetite e possível febre intermitente. (KUMAR, MITCHELL, ABBAS, 2012)

À medida que a doença avança, as células imaturas proliferam e invadem o espaço que antes era ocupado por células normais. Surge a dor nos ossos, como resultado da multiplicação das células leucêmicas no sistema ósseo.

A redução da quantidade de glóbulos vermelhos, glóbulos brancos e plaquetas é responsável por outras manifestações clínicas que acompanham a leucemia, entre as quais, perdas de sangue por hemorragia, situação que conduz à anemia (palidez, cansaço e pouca tolerância ao exercício). As plaquetas, responsáveis pela coagulação do sangue, também são afetadas, pela proliferação das células imaturas. A sua diminuição pode provocar pequenas manchas na pele e hematomas, hemorragias do nariz, boca e reto.

A suspeita de diagnóstico é reforçada pelo exame físico, que pode alertar para a possibilidade da doença quando o doente apresenta palidez, febre e presença de pequenas manchas avermelhadas. O hemograma pode revelar anemia e uma contagem leucocitária deficitária.

O Mielograma é um exame de grande importância para o diagnóstico e para a avaliação da resposta ao tratamento indicando a presença ou não de células leucêmicas na medula. Esse exame é feito sob anestesia local e consiste na aspiração da medula óssea para exame ao microscópio. Os locais preferidos para a aspiração são a parte posterior do osso íliaco (bacia) e o esterno. Durante o tratamento pode ser necessário fazer-se vários mielogramas.

Como o tratamento da leucemia melhorou consideravelmente nos últimos 20 anos, a pesquisa tem-se centrado nos porquês de uma melhor ou pior reação consoante aos clientes. Esta observação ajuda os médicos na decisão de qual o tratamento a seguir. Estes fatores de prognóstico incluem a idade, contagem de células sanguíneas e resultados citogenéticos. Outras características são o facto de haver condições chamadas pré-leucêmicas (Síndromes Mielodisplásicas), ou alguma forma anterior de cancro tratada com quimioterapia e radioterapia. (RAFF et al., 2013)

O tratamento principal da LMA, consiste pois na aplicação de quimioterapia, às vezes seguida de transplante da medula óssea. Neste caso, a medula óssea do cliente é substituída pela medula óssea de outra pessoa (doador) cujo tecido seja histocompatível. Em certos casos poder-se-á completar este tratamento com radioterapia.

A quimioterapia consiste no uso de medicamentos para eliminar as células cancerosas. A quimioterapia pode tomar-se de forma oral, ou pode administrar-se no corpo por injeção intravenosa, ou músculo. Considera-se um tratamento sistémico uma vez que o medicamento se introduz na corrente sanguínea de forma a eliminar células cancerosas por todo o corpo.

A quimioterapia é feita em várias fases. A primeira, chamada indução, tem a finalidade de atingir a remissão completa, ou um estado de aparente normalidade que se obtém após a poliquimioterapia (associação de várias drogas citotóxicas), uma vez que o principal objetivo consiste na destruição da maior quantidade possível de células leucêmicas. Esse resultado é conseguido quando os exames os exames de medula óssea e sangue não evidenciam mais células da doença. Depois da remissão completa, é necessária uma pós-indução que elimina células não detectáveis pelos métodos disponíveis. Nas fases seguintes, o tratamento também varia de acordo com o tipo de leucemia (linfóide ou mielóide), podendo durar mais de dois anos nas linfóides e menos de um ano nas mielóides. (KUMAR, MITCHELL, ABBAS, 2012)

São três as etapas nesta fase do tratamento: consolidação (tratamento intensivo com substâncias não empregadas anteriormente); reindução (repetição dos medicamentos usados na fase de indução da remissão) e manutenção (o tratamento é mais brando e contínuo por vários meses). Com o fim de manter a remissão e curar o cliente, deverá continuar-se a medicação durante três anos ininterruptos, a partir do momento em que se inicia o controle das células da medula óssea. Durante as diferentes etapas da quimioterapia, é necessária a realização de exames de sangue e da medula óssea, de forma a se conhecer a evolução da doença e ajustar as doses dos medicamentos.

A radioterapia utiliza radiação de alta energia para matar células cancerosas. Feixes exteriores de radiação, emitidos por uma máquina, são direcionados para o local a tratar. No caso das leucemias, a radioterapia é normalmente utilizada antes de um transplante de medula ou transplante de células estaminais na corrente sanguínea. (FILHO, 2013)

A terapia biológica, é uma outra forma de tratamento para a LMA, em que se pretende estimular ou restaurar a capacidade do sistema imunológico do cliente para

combater o cancro. Nesta terapia usam-se substâncias produzidas pelo próprio corpo do cliente ou que são criadas em laboratório para reforçar, dirigir ou restaurar as defesas naturais do corpo contra a doença. A terapia biológica denomina-se por vezes de terapia modificadora da resposta biológica ou imunoterapia.

Anticorpos monoclonais são proteínas são fabricadas em laboratório e são desenhadas para se ligarem a moléculas específicas na superfície das células leucêmicas. Alguns anticorpos monoclonais têm químicos radioativos ou veneno de células de maneira a que, quando são injetados no doente, ligam-se às células leucêmicas e matam-nas. (RAFF et al., 2013)

Durante o tratamento é normal que tenha de tomar alguns cuidados extraordinários devido ao risco aumentado de contrair infecções (quando a contagem de glóbulos brancos é muito baixa). Durante estas Alturas deve lavar as mãos com frequência, evitar alimentos frescos e crus pelo perigo de conterem germes, evitar flores frescas e plantas pela presença de fungos, evitar concentração de pessoas e locais mal ventilados.

A administração de antibióticos e outras drogas é frequente nestes doentes de forma a prevenir infecções virais e de fungos ou pneumonias. Quando as plaquetas estão em baixa contagem é normal ser necessária uma transfusão para proteger contra as hemorragias. Também, a falta de ar e palpitações causadas pela deficiente contagem de glóbulos vermelhos pode ser tratada com transfusões de sangue.

Os efeitos secundários da quimioterapia dependem das drogas administradas e da duração do tratamento e inclui normalmente, a queda de cabelo, aftas, fraca resistência às infecções, aparecimento de nódoas negras e hemorragias, perda de apetite, náusea e vômito. Estes efeitos são normalmente temporários e passam quando o tratamento acaba. No entanto devem sempre ser referidos ao médico porque podem ser atenuados através de outros medicamentos para o efeito. (KUMAR, MITCHELL, ABBAS, 2012)

A LMA nos adultos é classificada como estando em remissão – sem evidência da doença: com menos de 5% de blastos na medula óssea; ou como activa – quando o cliente acabou de ser diagnosticado ou teve uma recaída.

Doença residual mínima é um termo usado quando existe uma evidência química (molecular ou citogenética) da existência de células leucémicas na medula óssea, não havendo no entanto uma quantidade suficiente para serem detectadas por exame microscópico de rotina. (FILHO, 2013)

Após o tratamento, são necessários exames de rotina frequentes durante vários anos após o tratamento ter acabado. O seu médico continuará à procura de eventual reincidência da doença ou para observação de efeitos secundários a curto ou a longo prazo. É importante informar sempre o médico de quaisquer novos sintomas para poderem ser tratados.

Os check-ups incluem exames físicos rigorosos, raios-X e análises clínicas. No caso da LMA não é usual uma recaída se não houver sinais da doença 5 anos depois do tratamento. Uma recaída só é possível pouco tempo depois de se ter acabado o tratamento. Um dos benefícios do acompanhamento após a cura porque dá-lhe a oportunidade de trocar ideias sobre possíveis preocupações que possa aparecer. (RAFF et al., 2013)



Grupo Corpo – “Onqotô”

Referencial Teórico e Filosófico

*Na dança, ao se lançar ao outro, você confia.
Como o outro também confia que você se lançará corretamente.
Construção coletiva. Caminho à solidariedade.*

2. Referencial Teórico e Filosófico

2.1. A Complexidade

Na busca pela compreensão do mundo, as interações do homem com o mundo e com a sociedade, a Complexidade de Edgar Morin (2012) apresenta princípios que também podem contribuir para explicar o desenvolvimento do processo gerencial de cuidado do cliente, merecendo destaque, nesta exposição, os princípios sistêmico e organizacional, hologramático, dialógico e da reintrodução do conhecimento, expostos a seguir.

O princípio sistêmico e organizacional liga o conhecimento das partes ao conhecimento do todo, considerando que o todo é igualmente mais e menos que a soma das partes e que nada está realmente isolado no universo, mas tudo está em relação. (MORIN, 2012) A exaltação de um determinado sintoma, por exemplo, é apenas uma parte, interligada ao todo, e relacionado ou não a outros sintomas, comporá o estado de saúde do cliente, não podendo ser este isolado, sem que volte a ser relacionado com o ser humano que detém tal característica.

O segundo princípio, o hologramático, evidencia que não apenas a parte está no todo, como o todo está inscrito nas partes. Isso não significa que a parte seja um reflexo puro e simples do todo, pois cada parte conserva sua singularidade e sua individualidade, embora, de algum modo, contenha o todo. Aqui, é preciso colocar-se num caminho de pensamento, o qual faz o ir e vir das partes ao todo, e do todo às partes (MORIN, 2002). Ao compreender o cliente em si, percebe-se a realidade construída no cotidiano através das relações estabelecidas entre ele e seu ambiente, e, principalmente, entre o enfermeiro e o ser humano que recebe o cuidado. Nesse contexto, são incluídos a família e o ambiente onde o ser cuidado está inserido. Mesmo que fisicamente distantes, os familiares estão contidos no todo do indivíduo, reproduzindo nele o princípio hologramático.

A dialogicidade une duas noções que tendem a excluir-se reciprocamente, mas são indissociáveis em uma mesma realidade (MORIN, 2012). Podem ser destacados os momentos onde surgem noções de ordem, desordem e incerteza, onde, por muitas vezes,

o enfermeiro tenta controlar uma situação que tende ao descontrole e estas manifestações devem ser gerenciadas, e sua gestão integra intimamente o processo de cuidado.

A reintrodução do conhecimento em todo conhecimento opera a restauração do sujeito e torna presente a problemática cognitiva central: da percepção à teoria científica. Todo conhecimento é uma reconstrução, uma tradução por um espírito/cérebro, em uma cultura e em um tempo determinados (MORIN, 2002).

Na avaliação diagnóstica contida no PE, uma conclusão realizada por diferentes enfermeiros em diversos lugares permite uma aproximação clínica, por sinais e sintomas percebidos em pessoas diferentes de lugares diferentes, através, por exemplo, da padronização de técnicas e tecnologias empregadas, e a repetição destas podem gerar novas conclusões, assim como anteriormente geraram. Nesse aspecto, a realização e interpretação diagnóstica possibilitam a intercomunicação, a pesquisa, o ensino, o permanente aprimoramento e qualificação do cuidado, por proporcionar, a partir da linguagem científica, o aprofundamento do conhecimento e sua reintrodução no conhecimento, gerando novos conhecimentos.

Através da Complexidade, Morin propõe uma transformação paradigmática, através da incorporação da reflexão, consciência ética e moral ao trabalho de produção do conhecimento. O percurso para o alcance deste objetivo está na adoção da perspectiva transdisciplinar, que propõe a construção de uma linguagem comum aos vários campos do conhecimento, “sem hierarquizações entre os saberes, sem a subsunção de um campo pelo outro, sensíveis a outras formas de inteligibilidade da vida natural e social” (MORIN, TERENA, 2000, p. 32).

Erdmann, Andrade, Mello e Meirelles (2006) consideram que a gestão das práticas de saúde exige a discussão a respeito desta diversidade humana, o diálogo entre parceiros ou atores sociais, reconhecendo igualdades e diferenças instituídas biológica, social, política e culturalmente. O agir individual também traz a expressão dos aspectos culturais, sociais, afetivos e políticos que estão inter-relacionados na complexidade do ser humano e nas relações de cuidado.

Para as autoras, ainda, compreender este ser humano, um ser do cuidado, cognoscente, construtor do futuro, que aprende a estabelecer estruturas sociais, políticas

e econômicas mais orgânicas e flexíveis, implica avançar na concepção de novas práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo: auto-organizador, dialógico, plural, interconectivo e potencializador das ações de cuidado.

Neste contexto, é possível destacar que, além da complexidade do ser cuidado, transcende a complexidade do gerente do cuidado, o enfermeiro, um ser cognoscente, que estabelece relações sócio-afetivas-político-culturais. Na condição de trabalhador do conhecimento, ele desenvolve tarefas que envolvem o processamento humano da informação; dependem de acesso ao conhecimento pelos indivíduos que as executam; utilizam um modelo mental do processo e do resultado; devem gerar informação útil como resultado; e requerem alto nível de atenção. (TERRA, 2005)

De tal forma, além da complexidade existente no cliente e no processo para a formulação de seus diagnósticos, o enfermeiro detém também a sua complexidade, como um trabalhador do conhecimento que é desenvolvido por toda uma classe, mas experienciado por ele, e ao mesmo tempo influenciado por cultura e valores, informação, experiências, práticas cotidianas e as mais diversas competências. (ERDMANN, et al., 2006)



Grupo Corpo – “Breu”

Metodologia

“rede de eventos, ações, interações, retroações, determinações, acasos que constituem nosso mundo fenomênico. A complexidade apresenta-se, assim, sob o aspecto perturbador da perplexidade, da desordem, da ambiguidade, da incerteza, ou seja, de tudo aquilo que é se encontra do emaranhado, inextricável” (Edgar Morin)

3. Metodologia

Para o caminho metodológico faz-se a opção da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) como condutora para o encontro às concepções dos enfermeiros sobre o Processo de Enfermagem na gerência do cuidado a clientes onco-hematológicos.

A metodologia convergente-assistencial é uma modalidade de pesquisa qualitativa, caracterizada essencialmente pela convergência entre pesquisa, assistência e participação dos sujeitos envolvidos na prática, concomitantemente ao processo de construção de conhecimento. Propõe a reflexão e a produção de conhecimentos norteadores da prática com teorização e investigação dos fenômenos emergentes da assistência, no contexto onde ela acontece.

A pesquisa qualitativa dirige-se à análise de casos concretos em suas peculiaridades locais e temporais partindo das expressões e atividades das pessoas em seus contextos locais. Nesse sentido, a pesquisa qualitativa assume uma posição estratégica para traçar caminhos para que as ciências sociais, a Enfermagem e outras áreas possam concretizar tendências, no sentido de transformar realidades que precisam ser superadas.

Portanto, a pesquisa pretende tomar como agentes principais os enfermeiros que atuam na enfermagem de onco-hematologia do Hospital Universitário, que dispõe em torno de 10 leitos para atendimento especializado desta clientela, de acordo com os princípios de universalidade, equidade e integralidade preconizados pelo SUS.

Pretende-se obter participação ativa dos sujeitos da pesquisa, pelo cunho do método proposto estar orientado para a resolução ou minimização de problemas da prática ou para a realização de mudanças e/ou introdução de inovações nas práticas de saúde (TRENTINI; PAIM, 2004)

A PCA foi inspirada na pesquisa-ação de Kurt Lewin e no processo de cuidar de acordo com o que as teorias de enfermagem preconizam. Assim, a pesquisa é uma dimensão da prática de enfermagem, como o assistir, cuidar e o ensinar. A dimensão da pesquisa deve estar inter-relacionada às demais. Neste tipo de abordagem, a pesquisa em enfermagem tem sua origem na realidade de saúde das pessoas, grupos ou comunidades ou em questões específicas da profissão.

A PCA aceita métodos baseados nos mais variados paradigmas da ciência. A observação dos critérios de resolução de problemas introduz inovações no campo da prática, pois ela é desenvolvida concomitantemente com o trabalho do pesquisador, que também deve envolver-se no trabalho do contexto assistencial da pesquisa. Isso requer envolvimento participativo das pessoas investigadas e reconhece os dados obtidos no processo da prática assistencial como dados de pesquisa. Neste sentido, para se evitar divergências durante a trajetória deste tipo de pesquisa, Trentini e Paim (2004) propõem etapas ou fases que devem ser realizadas de forma sequenciada e inter-relacionada, a saber: concepção, instrumentação, perscrutação, análise e interpretação.

3.1. A Pesquisa Convergente Assistencial: princípios e procedimentos metódicos

3.1.1. Concepção

Diz respeito ao percurso de elaboração do projeto que se inicia com a escolha do tema de pesquisa, a gerência do cuidado utilizando o Processo de Enfermagem. Assim, a imbricação com o tema, a participação nas atividades profissionais do local a ser pesquisado; a delimitação da área de interesse e a definição de um recorte do tema são essenciais.

O tema de discussão emerge das necessidades da prática assistencial, o que confere ao sujeito de pesquisa um papel ativo no seu desenvolvimento. O tema de pesquisa deve interessar aos profissionais participantes da pesquisa, pois, caso contrário, sua participação pode ser dificultada. Assim, as proponentes do método sugerem o exercício de auto-indagação, a partir das seguintes perguntas gerais sugeridas por Trentini e Paim (2004, p. 39): *“O que não está bem na prática assistencial? Quais são os problemas? O que poderia ser modificado? Que inovações poderiam ser introduzidas?”*

As respostas a estes questionamentos permitem que o problema central da pesquisa seja evidenciado e o objeto de estudo seja delimitado com propriedade.

O local de proposição da pesquisa trata da unidade de onco-hematologia localizada no 4.o andar do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP-UFF), que atualmente conta com 6 equipes plantonistas de enfermagem, divididos entre os plantões diurno e noturno, atendendo a uma média de 10 leitos de internação.

Para desenvolvimento da fase de concepção desta pesquisa, o pesquisador propôs a enfermeira chefe do serviço a sua inserção no cotidiano da equipe, a princípio como um observador. Após a fase de adaptação da equipe a sua presença, algumas interações foram acontecendo naturalmente, como o auxílio em alguns procedimentos, já que o pesquisador é também um enfermeiro formado pelo mesmo Hospital de Ensino, a realização de refeições e confraternização com a equipe.

Neste momento, foi possível a percepção de que, além da Educação Permanente da Unidade, a equipe via a necessidade de implementar os registros sobre prescrição de cuidados, avaliação, entre outras fases do PE, por vezes não realizadas ou não construídas a contento.

É importante destacar que, pela organização administrativa do setor, sua especificidade, perfil participante da equipe, e planta física, este já havia sido escolhido pelo Hospital para servir como teste piloto para implantação da SAE, caracterizando não só um desejo institucional, como local.

3.1.2. Instrumentação

A fase de instrumentação é determinada pela busca de metodologias adequadas ao problema de pesquisa definido. Trata, essencialmente da caracterização do ambiente da pesquisa, sujeitos participantes, dinâmica local, fluxos, rotinas e outras peculiaridades.

O HUAP-UFF está inserido dentro da Política de Saúde vigente (SUS), que tem buscado a reorganização das redes de atenção, no intuito de oferecer à população uma assistência pautada nos princípios de universalidade, integralidade e equidade.

Neste cenário de mudanças, grandes avanços foram produzidos, mas, no entanto, muitos desafios foram se constituindo e, muitas vezes, nesse processo, ainda observam-se manifestações que têm visibilidade na apatia burocrática e no corporativismo institucional e, em muitos momentos, na omissão e na pouca implicação ética com a vida, tomada como valor social, dentre alguns dos diversos agentes que participam do processo de produção de saúde. (MUNIZ, 2013)

Numa perspectiva macropolítica, o da política pública nacional de saúde, o HUAP pode se caracterizar como um hospital de nível terciário e quaternário, considerado como uma unidade de saúde de assistência, ensino, pesquisa e extensão.

Um hospital de caráter público que oferece, desde 1952, assistência à população da cidade de Niterói, de outros municípios vizinhos e do interior do estado, inclusive em nível primário e secundário. Com a política proposta atual, que se compõe com a hierarquização do sistema público de saúde, é visto como referência em alta complexidade.

A linha do cuidado ao usuário portador de patologia oncológica, atendido pela Unidade de Atendimento oncológico do Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense - UNACON/HUAP/UFF, pois mesmo, com o acesso inicial ao sistema de saúde garantido, potencialmente, necessita de atendimentos subsequentes e de um linha de cuidado que se quer continua, de forma que na presença das intercorrências e exacerbações da doença, surgidas na própria interação com a terapêutica utilizada, as práticas produzidas no microcotidiano de saúde, impliquem-se ao princípio da integralidade em saúde, no cuidado efetivo e resolutivo.

O HUAP-UFF fora cadastrado, em 05/08/1999, pela portaria MS/SAS 410, de acordo com critérios referentes à base territorial de atuação, regionalização do SUS e serviços prestados, como Centro de Alta Complexidade em Oncologia ou CACON I e posteriormente, passou à condição de Unidade de Assistência de Alta Complexidade (UNACON), em dezembro de 2005, pela da Portaria 741. Com isso, presta assistência especializada pelo SUS aos portadores de neoplasias malignas mais prevalentes, pertencentes a toda área Metropolitana II.

Ainda dentro desta perspectiva política na saúde, a intencionalidade para os esforços em incluir a implantação — e ou sistematização — de Unidades de Cuidados Paliativos naquelas Unidades e Centros (BRASIL, 2013) tornou possível ao HUAP, a partir de 2007, quando da contratação de médicos paliativistas e do incentivo da gestão, daquele momento, em qualificar profissionais já existentes, especializando-os para práticas voltadas ao atendimento mais integral ao usuário.

Dentro desse contexto, a partir de 2008, o HUAP consolida sua condição de UNACON, por possuir condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada, de alta complexidade, para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes, tornando-se, assim, um hospital público de referência para tratamento das patologias neoplásicas na Região Metropolitana II.

Possui como área de abrangência a região Metropolitana II, que compreende os seguintes municípios do Estado do Rio de Janeiro: Niterói, São Gonçalo, Silva Jardim, Itaboraí, Rio Bonito, Tanguá e Maricá, tendo uma população expressiva e ações voltadas para a assistência em saúde dessa população, assim como já mencionado, para o ensino a pesquisa e a extensão universitários.

É uma unidade de atendimento oncológico, mas sem radioterapia. Nesses casos, o que está previsto pelo Ministério da Saúde, é a mesma tornar-se referenciada — o que vem ocorrendo quando, na produção do cuidado, faz-se necessário a utilização desse procedimento terapêutico. Entretanto, o HUAP possui suporte para confirmação diagnóstica, estadiamento, assistência ambulatorial e hospitalar, atendimento das emergências oncológicas e cuidados paliativos, de acordo com o conceito de integralidade da assistência ao cliente com câncer.

A instrumentação torna-se útil para a caracterização do ambiente da pesquisa e compreensão das interações existentes neste ambiente. Para esta fase propõe-se, inicialmente, a inserção do pesquisador ao meio, conhecendo a equipe, sua rotina, perspectivas filosóficas e gerenciais do trabalho cotidiano. Após este mergulho, torna-se mais viável a proposição dos grupos de discussão, ate mesmo pelas relações interpessoais estabelecidas este pesquisador e universo de pesquisa.

As aproximações do pesquisador com o campo da ação, a unidade onco-hematológica, se iniciaram no primeiro semestre de 2014, juntamente com as conversas junto a Educação continuada para se situar em relação aos caminhos da SAE no cenário.

A coleta de dados propriamente dita se deu ao segundo semestre do mesmo ano, quando o pesquisador já estava integrado ao meio, conhecia a dinâmica da unidade e seus envolvidos, bem como os anseios da equipe em relação aos processos de trabalho.

A PCA requer que a prática reflita o modo de vida dos envolvidos no espaço da pesquisa. Essa metodologia tem como elementos centrais a pesquisa, a assistência e a participação. E, desta articulação, emerge outro elemento unificador denominado convergência (TRENTINI; PAIM, 2004). De tal forma, as estratégias para o alcance dos objetivos do estudo necessitam compatibilidade com esses elementos.

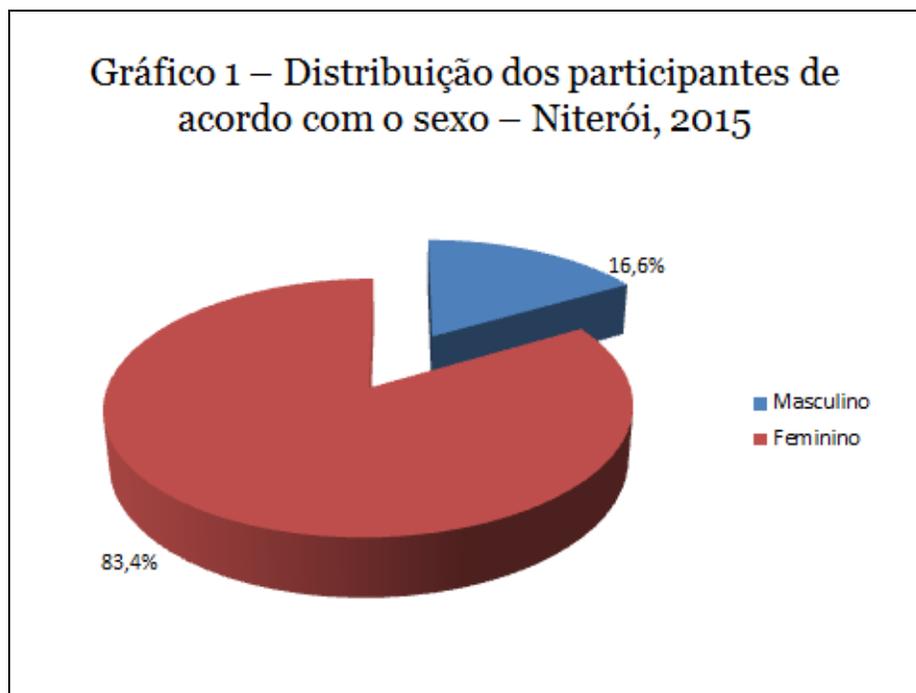
Assim, são incluídas as estratégias já abordadas: escolha do espaço da pesquisa, a seleção dos participantes e as estratégias para motivação e adesão destes participantes.

Sobre a seleção dos participantes (critérios de inclusão e exclusão) cabe enfatizar que a PCA não estabelece critérios rígidos para a seleção da amostra, pois esta abordagem valoriza a profundidade e diversidade das informações em detrimento do princípio da generalização. (TRENTINI; PAIM, 2004)

Assim, foi oferecida a oportunidade de participação aos enfermeiros da unidade, com ao menos um ano de trabalho no referido campo, com a intenção de garantir a ambiência e conhecimento do cotidiano da unidade pelos participantes.

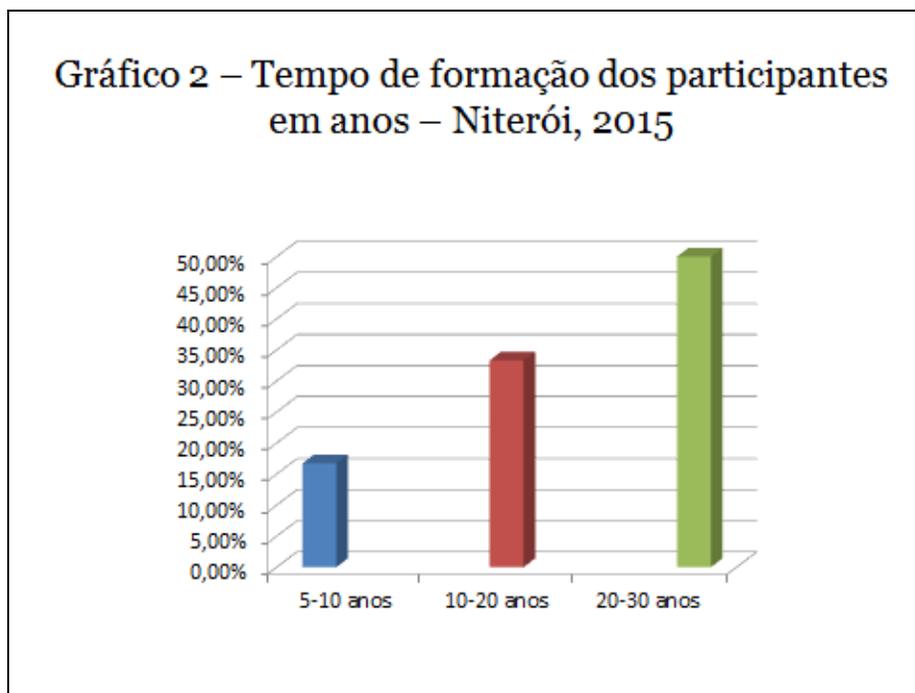
Todos os seis enfermeiros que atuam na unidade aceitaram participar da pesquisa, caracterizando uma adesão de 100%, considerando o universo do estudo. Os participantes são representados pelo codinome Par³ seguido por um numeral, e encontram-se caracterizados a seguir, com auxílio da representação gráfica:

³ O codinome Par representa a abreviação da palavra participante. Neste estudo, procura-se não utilizar o



Em prosseguimento à caracterização dos participantes, segue o tempo de formação (conclusão do bacharelado em enfermagem), em anos, abaixo:

termo sujeito de pesquisa, pois a PCA entende todos os participantes como produtores da pesquisa. A palavra par também tem seu significado como cada uma das pessoas que constitui uma dupla na dança, constituintes de uma parceria, fazendo também referência ao que e tecido conjunto, numa perspectiva da Complexidade.



A maioria dos participantes são do sexo feminino, reafirmando o fato da enfermagem ser um profissão relacionada as mulheres. Também se assemelha o tempo de atuação na unidade em seis anos, pois este serviço fora desmembrado do Serviço de Clinica Medica neste período, sendo formada a equipe de enfermeiros que praticamente se mantem ate hoje. Todos os enfermeiros possuem pós-graduação em nível de especialização em Oncologia e/ou Hematologia, pois foi preconizado que os enfermeiros da clinica realizassem estes cursos para a atuação na unidade.

Além da seleção dos participantes, a pesquisa convergente-assistencial da importância à adesão destes, observando-se que, o intuito do método visa desvelar questões de pesquisa trazidas pelos participantes, discussões e estratégias propostas por eles.

Para integração dos participantes, e um trabalho aprimorado visando à reflexão dos temas emergidos, uma das estratégias adotadas foi a formação do grupo de discussão, por desenvolver uma tecnologia social não-material de intervenção na coletividade a partir do mapeamento e compreensão dos processos emergentes. (SILVA, JOTZ, SEMINOTTI, 2010)

Para o pensamento complexo, a produção de subjetividades é intrínseca ao coletivo, e não somente à singularidade, mesmo que seja em rede, o que é consoante com o princípio de inclusão de Morin (2008), da inclusão do “nós” no “Eu”, da intersubjetividade na subjetividade.

Baseado nesta perspectiva, torna-se importante destacar que, um sujeito, num processo individual, se reconhece ao enunciar “Eu” e se apropria e introjeta o “eu” objetivado pelo “nós”, pelo coletivo. Portanto, a produção de subjetividade para Morin passa necessariamente pelo coletivo, mas existe um processamento que é individual deste ser *bio-lógico*.

Destarte, o sujeito produz e vive sua subjetividade singular, e em contrapartida, ele recoloca a questão da hologramaticidade, refletindo o todo que existe na parte, introjeção deste “nós” no “Eu”, e no todo, em que existem as partes, a produção de subjetividade coletiva.

Para Alves e Seminotti (2006), a estratégia metodológica “pequeno grupo” é um sistema complexo, pois articula o conceito de subjetividade como uma emergência, que se produz na tríplice relação entre o social, o cultural e o biológico, constituindo-se em experiência fenomenológica, individual e coletiva. A constituição dos sujeitos é concebida através da interação com o outro, variando em diferentes graus de maior e menor autonomia/dependência.

Baseados nas considerações supracitadas, a escolha da técnica de grupo se fundamenta na ideia que os discursos de produção de subjetividades, imbuídos pelo “eu” e “nós” da equipe de enfermeiros participantes, são capazes de levantar estratégias que serão implementadas no setor.

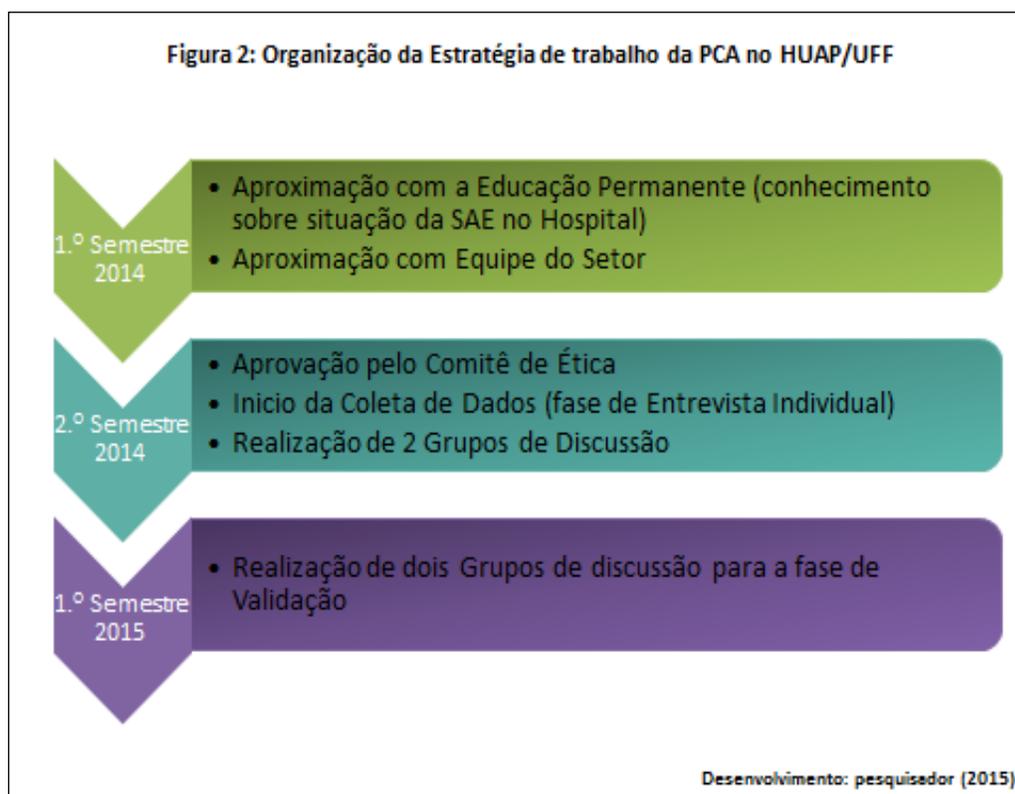
Nesta perspectiva do pensamento complexo se necessita distinguir e saber integrar os elementos que compõem um fenômeno onde se considera o sujeito como ativo no sistema, agente produtor e produto dele. Assim, a adoção do grupo de discussão incita a reflexão sobre a ação, desenvolvendo um movimento que fortaleça a ação-reflexão-ação, num sistema complexo onde se é um ponto no holograma.

Na singularidade não apenas carregamos toda a humanidade, toda a vida, mas também quase todo o cosmos, inclusive seu mistério que permanece no fundo de

nossos seres. Somos produtos-produtores de uma auto-eco-re-organização viva da qual emergiu e desenvolveu-se a trindade humana na qual somos, enquanto indivíduos, produtos e produtores (MORIN, 2012).

Na operacionalização dos grupos de discussão é importante valorizar a voz do grupo para favorecer o princípio da dialogicidade, ou seja, procurar mediar e estabelecer a comunicação, articulação entre as diferentes lógicas, assumindo as relações paradoxais, conflitivas e de tensão entre partes e todo, indivíduo e o grupo, indivíduo e sociedade, sem sacrificar um aspecto em detrimento do outro.

As estratégias de Instrumentação podem ser apresentadas de forma simplificada na figura 2, que mostra a ordem cronológica do emprego destas estratégias, em conformidade com o método adotado.



Para a aproximação com a Educação Permanente do Hospital, foram marcados três encontros:

O primeiro encontro visou a apresentação da proposta de pesquisa, descobrir o interesse do hospital em sua realização, pois o campo, para a PCA, necessita levantar o problema e ver a necessidade de levantar soluções na prática. Além disso, buscou-se a sugestão de uma unidade do hospital que reconhecesse a necessidade da formulação de estratégias para o Processo de Enfermagem para a gerência do cuidado.

O resultado deste encontro foi a sugestão para o encontro com a Oncohematologia, pois havia um projeto de utilizar o setor como um setor piloto para o foco inicial de toda a SAE no hospital. Além disso, apresentava uma equipe coesa, dificilmente modificada pelas constantes contratações a cada dois anos devido a processos seletivos simplificados.

Cabe dizer que um dos fatores apontados pela Educação Permanente como desafiadores para implantação da SAE do hospital trata justamente da rotatividade de recursos humanos por estes processos seletivos simplificados, o que dificulta os treinamentos de equipes que vem a ser modificadas periodicamente.

No segundo encontro, foi demonstrado o desenho da pesquisa, para que a Educação Permanente pudesse sugerir estratégias para a inserção do pesquisador no campo. No mesmo dia deste encontro, as aproximações com a chefia de unidade e plantonistas foram iniciadas.

O terceiro encontro foi necessário, já após o início da coleta de dados, em que foi necessária uma entrevista com os enfermeiros da Educação Permanente para conhecer a história da SAE no HUAP-UFF. Esta história demonstrou muitas investidas para a implantação, modificações de diversos modelos teóricos – que ora seguiam a intencionalidade dos líderes de treinamento, ora a tentativa de atrair os enfermeiros – e também as parcerias com a Escola de Enfermagem da universidade, a Escola Aurora de Afonso Costa (EEAAC-UFF).

Na aproximação com a equipe do setor, a princípio o pesquisador realizou uma observação não participante, ao ponto em que, gradativamente, integrou-se ao cotidiano da clínica, de forma que auxiliava algumas ações, além de participar de alguns momentos de confraternização da equipe. Dada esta integração, foi necessário descobrir como a equipe se sentia em relação a SAE, se reconheciam esta necessidade, para o

desvelo das questões de pesquisa e como seriam as estratégias pertinentes para utilização do método de pesquisa.

Assim, foram iniciadas as entrevistas individuais, levantando-se as situações onde o emprego do PE surgia para a gerencia do cuidado, e quais eram as estratégias individualmente propostas.

A seguir, as reuniões em grupo teriam a função de produzir discursos através da coletividade, e assim confrontar ou complementar as falas individuais.

A proposta inicial compreendeu formar um único grupo, onde todos os componentes da unidade poderiam enriquecer seus discursos e o discurso da coletividade. Entretanto, as dificuldades com horários (o grupo era formado por plantonistas diurnos, noturnos e diaristas), e a impossibilidade de reuniões em horários fora do expediente (todos possuíam um segundo emprego, pratica comum entre os profissionais de saúde), levaram o pesquisador a lacer a proposta da formulação de dois grupos, reunidos nos horários de troca de plantão – entre 18h30 e 19h30 – e os diaristas seriam, assim, os únicos a comparecerem em horários fora do expediente, o que foi prontamente acordado por eles, pelo interesse na pesquisa.

Os dois grupos formados compreenderiam, então, 3 plantonistas e 2 diaristas, estes dois últimos integrariam os dois grupos formados, estando presentes em todas as discussões.

Ficaram compreendidos então, dois ciclos de discussão em grupo, um para a discussão das entrevistas individuais e outro para a validação da primeira discussão em grupo. Cada ciclo com 2 reuniões de grupo.

3.1.3. Perscrutação

Fase caracterizada por estratégias para resolução de problemas, marcadas por intencionalidade, limites e possibilidades criteriosamente explicitados, para que não se perca a confiança conquistada.

Surtem nesta interação entre o grupo fases denominadas de “Quatro Erres” (4 Rs), que ocorrem de forma inter-relacionada nos grupos formados. As fases podem ser assim detalhadas:

- Fase de reconhecer (primeiro R): caracterizada pelo desenvolvimento da atividade relacional iniciada por ocasião do convite para participar dos grupos. Providências foram tomadas em relação à infraestrutura dos encontros. Esta fase se intensifica gradativamente, na medida em que ocorre a pesquisa.

Inicialmente, os enfermeiros participantes da pesquisa foram convidados a uma entrevista individual, realizada no período de agosto de 2014. Esta entrevista semiestruturada apresentou a questão guia “Que situações você vivencia na unidade onco-hematológica que requerem a gerência do cuidado pelo Processo de Enfermagem?”

A entrevista individual tem a intenção de introduzir a segunda fase, o Revelar.

- Fase de revelar (segundo R): ela ocorre pela exteriorização de expectativas, aspirações, opiniões e desejos dos participantes, em direção a temas por eles determinados, ou seja, de seu interesse.

Após a análise temática das entrevistas individuais, alguns pontos que necessitam de discussão e situações problema evidenciadas foram levadas a grupos de discussão, no período de outubro e novembro de 2014, dando início a fase do repartir. Esta fase, o primeiro ciclo de reunião de grupo, teve dois grupos de discussão, onde cada um destes grupos teve duas faltas, sendo realizado por 3 enfermeiros e o pesquisador em cada reunião.

- Fase do repartir (terceiro R): intercâmbio de experiências entre os participantes do grupo, relacionado ao tema em discussão. Os saberes são explicitados, porém não podem ser sobrepostos. Dessa maneira reafirma-se a confiança num ambiente propício à reeducação e aprendizagem significativa dos participantes.

Com base nas transcrições foram levantados pontos chave para formulação de estratégias, para serem validadas em Grupos de discussão, sem apontamentos dos

pertencentes às falas, dando um destaque ao conteúdo das falas, para subsidiar as discussões, transcender e validar o discurso coletivo.

Novamente, pela impossibilidade de alguns enfermeiros, e também pelo período de licença médica e férias de duas enfermeiras, o ciclo de duas reuniões foi realizado com 2 enfermeiros e o pesquisador em cada encontro. A equipe da Educação Permanente também foi convidada, mas não pode comparecer por não ser um horário de expediente deles no hospital e possuem outras atribuições.

- Fase do repensar (quarto R): esta fase foi realizada juntamente com a terceira, e é a fase de reflexão das experiências reveladas, seja nas dinâmicas de expressão verbal e ou escritas. Este processo o intuito de revelar a convergência do grupo sobre o processo de enfermagem, ou ainda, o caminho para o alcance dos objetivos deste estudo.

O êxito das quatro fases e da produção de dados depende, em grande parte, da adesão do grupo, que como visto acima, enfrentou muitos desafios e limitações, e também das habilidades do pesquisador. Para moderar um grupo, em geral o pesquisador tem a necessidade de ser hábil, ter clareza de expressão, ser sensível, flexível e capaz de conduzir o grupo com segurança; precisa despertar confiança do grupo guiando-o em direção dos objetivos da pesquisa.

3.1.4. Análise e Interpretação

Ocorre simultaneamente com o processo de produção de dados, permitindo que o pesquisador possa intervir no contexto, quando necessário. Assim, nas fases de análise e interpretação, descritas por Trentini e Paim (2004) são apresentados e analisados os resultados do estudo. Portanto, qualquer que seja o processo atingido com os resultados da PCA, eles contemplam dois sentidos: aquele sentido ligado à declaração-guia da pesquisa; e, aquele sentido relativo à ampliação desses resultados, de modo a explicitar seus reflexos na qualidade da assistência de enfermagem desenvolvida no universo de pesquisa.

Como técnica analítica para os depoimentos, opta-se pela Análise Temática Conteúdo, uma metodologia desenvolvida nas ciências sociais para estudos de conteúdo em Comunicação e textos que parte de uma perspectiva quantitativa, analisando numericamente a frequência de ocorrência de determinados termos, construções e referências em um dado texto.

Os participantes concordaram com sua participação na pesquisa através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), adotando pseudônimos para preservação de suas identidades. Os dados coletados são mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

O trabalho tem Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa sob CAAE n.º 32397014.5.0000.5238, com parecer nos Anexos desta pesquisa.



Grupo Corpo – “Ímã”

Resultados e Discussão

*“I was gonna cancel
Until you reminded me of what I do”
(Pharrell Williams e Kylie Minogue)*

4. Por uma Ecologia da Ação: a visão dos enfermeiros sobre os desafios para o desenvolvimento do Processo de Enfermagem e as estratégias propostas considerando as interveniências do cotidiano

4.1. Realidade Recíproca: como os enfermeiros veem o Processo de Enfermagem como estratégia para gerenciar o cuidado em Onco-hematologia

Nesta subcategoria, que aborda as reflexões dos enfermeiros em relação ao Processo de Enfermagem e seu papel na gerência do cuidado, a Tabela 4 tem por objetivo realizar uma síntese, demonstrando o panorama dos recortes e as principais unidades de significação que originaram este grande tema.

Tabela 4: Temas que orientaram a organização da Subcategoria 1

Temas	Recortes	
	<i>f</i>	%
Trabalho em equipe (equipe de enfermagem)	4	67
Processo de Enfermagem e o planejamento da assistência	2	33

Fonte: Entrevistas com enfermeiros da unidade de onco-hematologia

Os depoimentos apontam para a realização do PE na clínica de Onco-hematologia perpassando a assistência de enfermagem, de modo a envolver a sistematização da assistência para organizar o processo de trabalho e gerenciar o cuidado.

Vejo o processo_de_enfermagem em todas as situações. Quando o cliente interna eu tenho que avaliar a condição dele e o estado dele pra então traçar a conduta que a minha equipe tem que fazer naquele primeiro momento então assim ele interna e tem o

exame físico, tenho que fazer, fazer uma inspeção, ver como ele está, se ele precisa de um suporte de oxigênio, como está o acesso venoso dele, se ele tem ou não tem, eu tenho que ver a prescrição e se este acesso venoso é adequado pro tipo de medicação que ele está fazendo, no estado geral dele, se ele está desidratado ou não, para conversar com ele pra, dependendo se ele estiver lúcido, verificar a questão da ingesta hídrica, tipo de alimentação, se preciso ver, por exemplo, na alimentação, se ele tem condições de comer ou não, a dieta que foi oferecida, tenho que ver o estado de consciência dele, tenho que conversar com ele, tenho que ver a questão familiar, a necessidade ou não, psicológica, principalmente dele permanecer ou não com alguém acompanhando para dar o suporte emocional pra ele (Par_03)

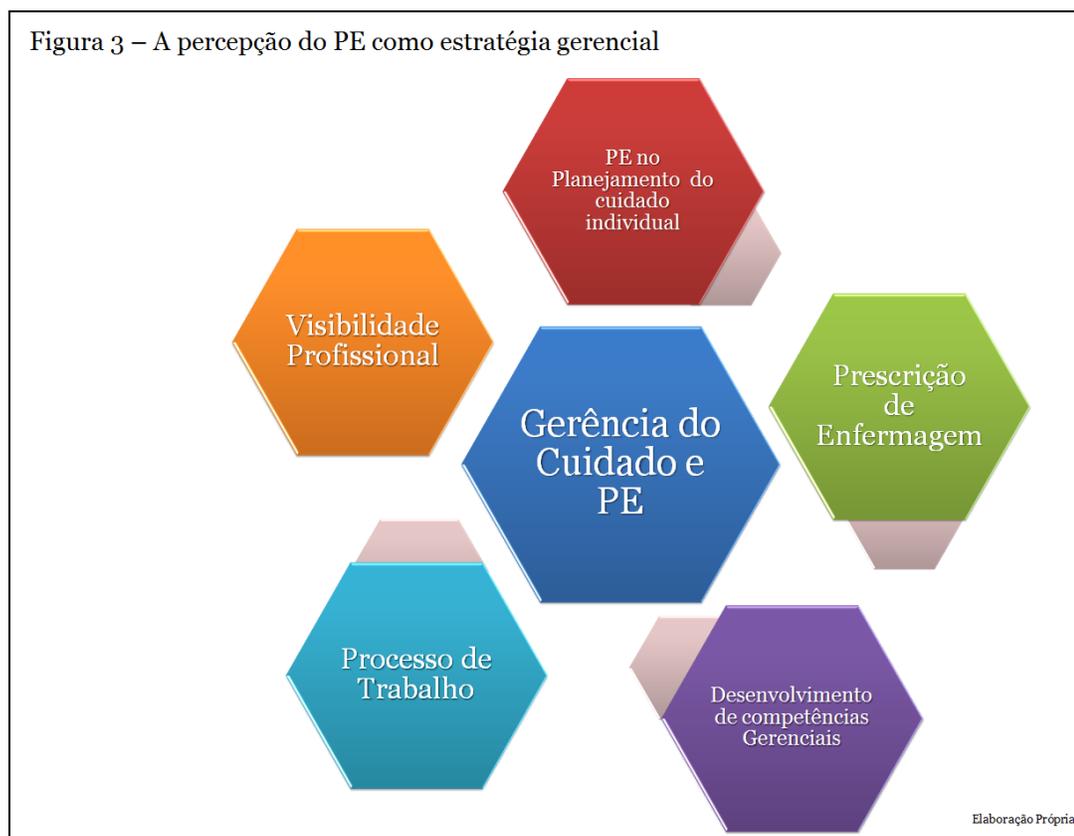
são muitas as ações que a gente faz, é o dia inteiro, pra você ter ideia às vezes a gente para pra registrar, pra fazer o registro da evolução no final do plantão, durante o dia é fazendo, observando, intervindo, ai quando chego ao final, eu sento pra fazer todas as coisas.(Par_01)

Percebe-se que, no processo de trabalho do enfermeiro, cotidianamente ocorre um direcionamento das ações para o foco organizacional da instituição, podendo-se inferir a concepção da competência gerencial que compõe o processo de trabalho, com isso o profissional vê no PE as ações de planejar, organizar e direcionar sua prática. Além dessas funções, para a equipe de Enfermagem o processo de enfermagem possibilita a elaboração de uma prescrição de Enfermagem com cuidados individualizados, além de viabilizar a melhoria nos registros de Enfermagem e a humanização da assistência. (SOUZA, SANTOS, MONTEIRO, 2013)

Assim, o processo de enfermagem é percebido pela equipe como um instrumento que tem a função de organizar a assistência de Enfermagem, remetendo a uma função técnica gerencial das ações de Enfermagem. Sobre essa ótica, o processo de trabalho do enfermeiro teve um avanço com a utilização dos conhecimentos da área de administração, pois estes influenciaram na sistematização dos cuidados de enfermagem adotada nas instituições hospitalares, contribuindo para a valorização das ações, maior

visibilidade e ampliação dos campos de atuação profissional. (SOUZA, SANTOS, MONTEIRO, 2013)

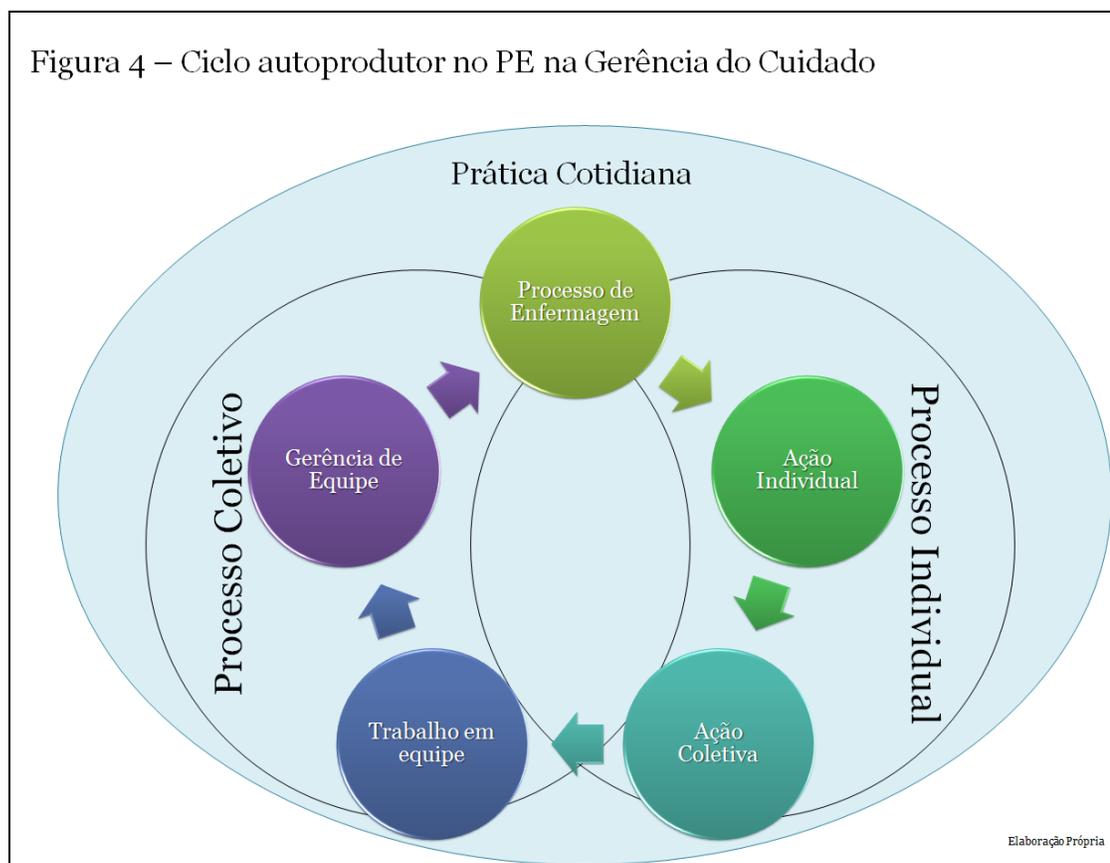
A Figura 3 representa esta concepção do PE na organização assistencial:



Morin defende a ruptura em relação à ideia linear de que há causas que geram efeitos e produtores que geram produtos. Para ele, tudo que é produzido volta para o que produziu, num ciclo ele mesmo auto-constitutivo, auto-organizador e autoprodutor.

Este princípio, o Princípio do Circuito Recursivo ou Realidade recíproca, tem, na própria dinâmica entre indivíduos e sociedade a relação em que um é o produto do outro. De tal forma, os enfermeiros reconhecem que o trabalho deles possa ser reconhecido pelo registro de enfermagem na execução do Processo de Enfermagem, o que seria um reconhecimento dos próprios enfermeiros.

A figura 4 demonstra, esquematicamente, este ciclo autoprodutor do emprego do PE:



Nesta perspectiva, a marca das ações de enfermagem se faz presente nos registros realizados através da execução do Processo de Enfermagem, que é a própria marca da presença da enfermagem no setor, no hospital, na interação com as pessoas que dependem do serviço de hematologia, inferindo uma recursividade no produto da enfermagem, o cuidado e o profissional enfermeiro.

Dentro do mesmo princípio, a sugerida padronização das ações individuais, proporcionaria uma ênfase à ação coletiva, imprimindo reconhecimento do trabalho da equipe. O indivíduo integra à equipe, como a equipe forma o indivíduo.

O colega faz a primeira avaliação. E quando eu for fazer a minha avaliação, estarei com meio caminho andado. Porque ele já fez a primeira avaliação e eu irei somente ver se aquela condição se mantém ou se modificou. E também não vou incorrer num erro de falar para a equipe, por exemplo, no caso do enfermeiro líder de equipe e o coordenador. O enfermeiro considera que um cliente precisa de banho no leito e o

coordenador acha que deve ser na cadeira. Antes de um ordenar para a equipe desmentindo o outro, haverá uma comunicação. Então a equipe fica mais organizada, centrada e direcionada. (Par_03)

Porque já tem as coisas, é melhor pra discutir, está escrito. Eu vou saber o que o outro enfermeiro já escreveu e poderei me comunicar com ele. Poderemos com o instrumento decidir o que fazer com o cuidado aquele cliente. (Par_05 complementando o colega)

E evita perder tempo com estas coisas. Por exemplo, um cliente com plaquetopenia que um enfermeiro avalia ser banho no leito. Enquanto outro enfermeiro prescreve banho de cadeira porque o cliente está desanimado e isto melhoraria sua autoestima. Se eles falam isso para técnicos diferentes, os técnicos conversam entre si e a equipe não sabe a direção. Se está previamente escrito a consideração de um enfermeiro e de outro, eles podem conversar antes das orientações. (Par_03)

Estando escrito, ate nos ajudaria a debater as condutas. (Par_05 complementando o colega mais uma vez)

O cuidado na clínica de Onco-hematologia está marcado pela interação individual-coletivo, a análise das práticas cotidianas indica que um mesmo processo coletivo gera diversos procedimentos individuais, marcados pela singularidade das experiências, que também fazem com que estas ações individuais semelhantes configurem processos coletivos diferentes. Entretanto, a imbução dos depoentes demonstra que mesmo com formas de comportamentos diferentes, há a intencionalidade pela organização da gerência do cuidado e reconhecimento do trabalho da equipe.

Neste sentido, outro ponto a ser abordado reflete que, apesar da crescente preocupação do uso do PE na unidade com este intuito de reforçar as práticas coletivas e conferir reconhecimento, as práticas ainda permanecem fragmentadas, embasadas em sinais e sintomas da doença, e, na solução dos problemas, prevalece a lógica dos

serviços, nem sempre se considerando o atendimento das necessidades de quem recebe o cuidado.

Esta se constitui uma das dificuldades encontradas no processo de enfermagem permeado por uma prática clínica de cuidados voltados para tarefas, priorizando os serviços e não as necessidades do cliente, resultando num trabalho automatizado e burocrático.

Morin aborda que as técnicas e formulas evidenciadas pela ciência moderna são essenciais para o entendimento de fenômenos e a realização de determinadas tarefas. No entanto, estar preso a estas formulas impede o cientista de observar as múltiplas manifestações do objeto estudado, bem como sua interação com o meio. O uso da técnica deve considerar um emprego onde se busque sua amplitude. A busca da ciência com consciência. (MORIN, 2008)

Sobre este dado, é pertinente comentar a importância atribuída por Morin ao que é tecido em conjunto, que é a própria essência da complexidade. Isto significa que os elementos diferentes de um mesmo processo são inseparáveis.

A Complexidade instiga a não conformação a um paradigma que fortalece a redução e a simplificação (disjunção ou redução), que impõe a escolha entre matéria ou espírito, substância ou forma, análise ou síntese, mecânica ou orgânica, determinismo ou acaso, unidade ou pluralidade, permanência ou mudança, aparência ou essência (MORIN, 2008)

A visão estudiosa separatista diverge da perspectiva complexa para contemplação dos objetos. Para saber ligar, é preciso utilizar instrumentos de pensamento estranhos aos procedimentos científicos clássicos, que obedecem à causalidade linear simples, a uma lógica rígida e que obedecem sobretudo ao princípio de separabilidade. O homem, por exemplo, que é ao mesmo tempo um ser físico, químico, cerebral, mental, espiritual, social e cultural, é estudado de maneira fragmentada: a física, a química, a biologia, o cérebro, o espírito, a cultura e a sociedade, a psicologia. Para Morin, “em realidade essa separação não nos permite de compreender a complexidade humana”. (MORIN, 2012b, p. 42)

A multidisciplinaridade sem articulação dos conhecimentos remete a grave contradição no paradigma da saúde, que vislumbra tratar o cliente com um ser integral,

mas por outro lado, existe uma *superespecialização* dos profissionais que fragmenta o atendimento, com cada profissional fazendo sua parte segregada dos demais. Situação essa que Morin (2007) chama de uma inteligência cega, a qual destrói os conjuntos e a totalidade, isola os objetos de seus contextos, por meio de um pensamento simplificador, que é incapaz de integrar o uno e o múltiplo.

Nesta perspectiva, Mariotti (2010) reitera que o reducionismo desencadeia uma “doença do pensamento”, uma inteligência cega, a qual direciona uma visão mutiladora e unidimensional; unifica abstratamente e anula a diversidade das partes, ou ao contrário, sobrepõe a diversidade sem conceber a unidade.

Morin (2008) destaca que estamos no começo de um plano de pensamento consciente, pois ainda estamos submissos a modas mutiladoras e disjuntivas do pensamento, sendo, de certa forma, muito difícil pensar de modo complexo. A dificuldade do pensamento complexo se deve ao enfrentamento emaranhado da realidade criada pelos sujeitos, configurando-se no jogo infinito das inter-retroações, a dependência recíproca dos fenômenos, a obscuridade, a incerteza e a impossibilidade.

Os seres humanos, a medida que vão se desenvolvendo, são orientados a lidar com fórmulas e técnicas fechadas, para solução de problemas e realização dos processos de trabalho. Entretanto, Morin propõe o uso destas formulas e técnicas através da objetivação e subjetivação, a racionalidade dotada de emoção.

Compreender as fórmulas e técnicas também é inserir o questionamento em relação à aplicabilidade destas, Cabe também a adaptação delas às diferentes realidades. Como a produção do conhecimento científico, a formação de técnicas padronizadas subentendem sua aplicabilidade a determinadas situações, condições e meios. Entretanto, é pertinente a população científica em geral sua testagem e adaptação, considerando caracteres como a imprevisibilidade, pluraridade dos seres humanos, ambiente e sociedades.

O contexto de saúde vivenciado pelas políticas do setor no Brasil, tendo como principal representatividade o Sistema Único de Saúde (SUS), tem sugerido mudanças nos cenários da prática neste âmbito. Neste movimento, as instituições buscam novos paradigmas de gerenciar e realizar o cuidado em saúde. O novo modelo de saúde influencia o processo de trabalho da equipe e resulta em uma nova concepção de

atendimento da população, propondo não só questões positivas, mas também resistência frente à colocação de novas tecnologias e novas estratégias de trabalho. (GUIMARAES, 2004)

Quando se aborda o Processo de Enfermagem neste contexto, geralmente a associação realizada a ele diz respeito a um método rígido e baseado no paradigma biomédico. De fato, a organização e a maior difusão do PE ocorre ao fim do século XX na América do Norte e também em outros países, utilizando-se fortemente as premissas biologicistas e técnicas.

Entretanto, o Processo de Enfermagem tem a capacidade de apresentar uma estrutura lógica para a atuação do enfermeiro englobando o controle organizacional do trabalho, os processos de tomada de decisão, e as competências necessárias para o alcance de um cuidado integral ao cliente, podendo ser configurado como uma estratégia gerencial e também clínica para o cuidado, configurando uma estrutura dialética para o processo de trabalho do enfermeiro. (CORRÊA; SILVA; CRUZ, 2009).

Ao longo dos anos, o tipo de organização da assistência de enfermagem, associado ao modelo de gestão tradicional, baseou-se em contradições geradas por uma estrutura rígida, linear, excessivamente especializada, com funções rotineiras e pouco desafiadoras. A enfermagem conformou-se, basicamente, com uma cultura do *fazer disciplinar* sem, contudo, refletir acerca de novas possibilidades do ser e agir nos micro-espacos do cotidiano diário. (NASCIMENTO et al., 2008)

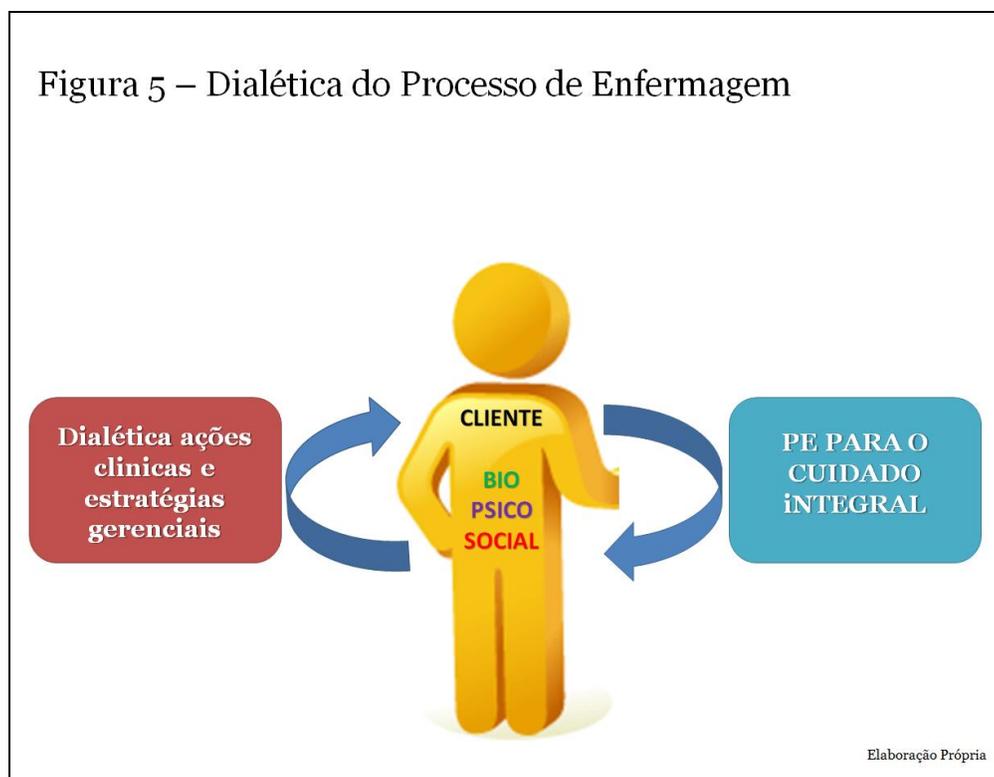
O Processo de enfermagem, enquanto processo organizacional visa oferecer subsídios para o desenvolvimento de metodologias interdisciplinares e humanizadas de cuidado. No entanto, o cuidado de enfermagem tem se apresentado fortemente centrado na patologia e suas manifestações em detrimento do ser humano, enquanto pessoa ativa e participativa do processo de cuidar. A crescente abertura para os novos métodos/metodologias de produzir conhecimento por meio do processo de cuidar humano permite substituir o olhar reducionista e seguro do saber institucionalizado, por um outro, diferenciado para os contornos de saúde/doença.

O excesso de especialização e a fragmentação do saber são capazes de levar ao enfraquecimento da responsabilidade e da solidariedade, nesse caso, do cuidado como um bem social. Assim, é necessária a necessidade de desenvolver métodos que permitam estabelecer

relações dialógicas e influências recíprocas entre as partes e o todo, isto é, entre os subsistemas e o sistema maior. (MORIN, 2008)

O trabalho de saúde e de enfermagem não produz bens a serem estocados e comercializados, mas sim serviços que são consumidos no ato da produção, isto é, na ocasião da assistência, sendo ela individual, grupal ou coletiva. No entanto, diferencia-se de outros serviços na medida em que lidam com um objeto humano, como os usuários e a sociedade, que trazem aos serviços de saúde, necessidades relacionadas ao processo saúde-doença (FELLI; PEDUZZI, 2005)

A figura 5, por demonstrar a dinamicidade do retorno da produção da enfermagem, serve também para retratar a dialética envolvida nesta produção mediada pelo PE em suas características clínicas e gerenciais.



O processo de trabalho em enfermagem, por envolver participantes (enfermeiro, equipe, cliente e família) vivos, necessita conter métodos que busquem alcançar esta dinamicidade, e o Processo de Enfermagem tem plena capacidade de ser empregado nesta perspectiva ampliada.

4.2. A multidimensionalidade do cotidiano: certezas e incertezas para gerenciar o cuidado

A multidimensionalidade do cotidiano representa as observações realizadas pelos enfermeiros em relação à dinamicidade do planejamento do cuidado na unidade, e os fatores relacionados a esta dimensão.

A Tabela 5, por sua vez, realiza a síntese desta subcategoria, demonstrando a frequência de recortes e as principais unidades de significação que originaram este grande tema.

Tabela 5: Temas que orientaram a organização da Subcategoria 2

Temas	Recortes	
	<i>f</i>	%
Demandas do cuidado com o cliente de onco-hematologia	5	83
Interfaces multiprofissionais	4	67
Manejo da desordem	3	50
Dinamicidade da unidade	2	33

Fonte: Entrevistas com enfermeiros da unidade de onco-hematologia

O cuidado na clínica de onco-hematologia demonstra-se, pelos depoentes, como uma ação onde o profissional precisa estar munido de diversas habilidades técnicas e cognitivas, além de preparar-se para as inúmeras adversidades que podem ser apresentadas no ambiente hospitalar.

À assistência de enfermagem já não cabe uma caracterização universal e homogênea. É necessário admitir que ato de assistir modificou-se ao longo do tempo e a enfermagem passa por uma reorganização interna de modo que, seus profissionais aplicam à prática cotidiana um amplo conhecimento em biologia humana, e ainda assumem papéis impostos pela nova estrutura organizacional do hospital e outras instituições de saúde.

Assistir, inclui então, o gerenciamento do meio hospitalar e a coordenação de um trabalho que se divide não só por especialidades, mas por complexidades. Tarefas simples, medianas e complexas da assistência que são gerenciadas pelos enfermeiros aos membros de sua equipe, fazendo da assistência uma ação complexa e coletiva. (BUSANELLO, LUNARDI FILHO, KERBER, 2013)

De tal forma, os enfermeiros da onco-hematologia reconhecem que em seu trabalho cotidiano o manejo com as imprevisibilidades e a consideração do perfil de clientes que são atendidos são aspectos presentes que necessitam ser considerados.

O cliente daqui requer uma pessoa com prática no básico, quimioterapia intensiva, agilidade, na parte de onco_hematologia e enfermagem intensiva também, pois os clientes daqui são bem graves. Fora a parte psicológica, devido o falecimento de clientes ao longo do tratamento. (Par_02)

o tempo todo você, de manhã, de tarde e de noite, você vê o seu cliente porque ele pode mudar o estado clínico dele da manhã até a tarde, então o cliente que está com a plaqueta baixa, ele já é mantido restrito ao leito, mas ele pode apresentar um sangramento intracraniano leve, mesmo ao repouso, então você vê que pela manhã a pessoa estava falando, aceitando a dieta, e depois já está baixando nível de consciência, desorientando, aí você já não deixa que seja oferecida uma dieta oral, você já orienta isso pra sua equipe, chega o médico da tarde você já sinaliza isso. (Par_03)

O mundo vive uma realidade multidimensional, simultaneamente econômica, psicológica, mitológica, sociológica. Uma vez que se resgata o termo complexidade como o que é tecido junto, pode-se dizer que todas as sociedades são complexas, a sua maneira e ao seu tempo. Todas têm seus parâmetros ou critérios específicos para acompanharem o seu próprio processo histórico, segundo os valores, ideias, práticas culturais nelas vigentes, singularmente.

A complexidade considera a incerteza e as contradições como parte da vida e da condição do homem e, ao mesmo tempo, sugere a solidariedade e a ética como caminhos para a religação dos seres e dos saberes. Ela concebe o ser humano como um ser

complexo, capaz de se auto-organizar e de estabelecer relações com o outro, num processo de autoecoorganização a partir de sua dimensão ética, que reflete seus valores, escolhas e percepções do mundo. (MORIN, 2007)

No cuidado ao cliente onco-hematológico, os profissionais reconhecem que o processo de trabalho envolvido irá requerer deles uma gerência das situações que por muitas vezes reconstruirão este caminho onde o inesperado recorre à auto-organização, estabelecimento de relações com a equipe, tomada de decisão.

O trabalho da enfermagem, segundo Gelbcke (2002), é hoje, majoritariamente, um trabalho coletivo desenvolvido sob regras institucionais. É parte do trabalho coletivo em saúde no qual os trabalhadores de enfermagem estabelecem relações com a estrutura institucional, com outros profissionais e com os usuários desses serviços, buscando atender as necessidades dessa clientela.

Além deste aspecto, o trabalho de enfermagem é produto da influência dos modelos gerenciais e administrativos dominantes na sociedade, os quais exercem influência na organização do trabalho nas instituições de saúde, bem como na organização do trabalho interna à profissão. Além disso, a organização do trabalho não está apenas relacionada à atividade em si, mas também às relações de trabalho, que nascem de relações sociais de produção, as quais constituem a interação entre os diferentes agentes sociais. (PIRES, GELBCKE, MATOS, 2004)

Neste sentido, cabe a abordagem a dois aspectos. O primeiro faz referência aos modelos gerenciais que influenciam o trabalho de enfermagem, especialmente no ambiente hospitalar, onde sofre forte influência da administração clássica, em particular do modelo taylorista/fordista e burocrático, caracterizado por divisão do trabalho, hierarquia, autoridade legal, sistema de procedimentos e rotinas, e impessoalidade nas relações interpessoais. (CARVALHO et al., 2013)

Por algum tempo, este modelo sofreu críticas por favorecer a tecnicidade das ações, permitindo pouco aos trabalhadores as reflexões sobre suas ações.

Entretanto, apesar de ser possível observar ainda marcas de modelos gerenciais tradicionais, o trabalho em saúde, como afirma Merhy (2007) configura uma atividade de produção dinâmica, relacional e que incorpora diferentes tipos de tecnologias

(condutas terapêuticas, instrumentos e ferramentas) e se realiza, essencialmente, pela intervenção criativa do trabalhador, sendo considerado um trabalho vivo em ato.

O trabalho mecanizado vinha priorizando o conhecimento científico restrito, abrindo poucas margens a outros saberes e às relações. Este comportamento dificulta o trabalho da enfermagem como equipe, bem como o trabalho multidisciplinar, exercido pela equipe de saúde, onde não será compreendido somente o trabalho de enfermagem.

As discussões na área da saúde tem apontado para o vislumbramento da atenção ao cliente com um ser integral. Contudo, por outro lado, ainda existe uma superespecialização dos profissionais que fragmenta o atendimento, com cada profissional fazendo sua parte segregada dos demais.

Sobre esta multidisciplinaridade sem articulação dos conhecimentos, Morin (2007) aponta ao que chama de inteligência cega, a qual destrói os conjuntos e a totalidade, isola os objetos de seus contextos, por meio de um pensamento simplificador, que é incapaz de integrar o uno e o múltiplo.

Pensar em complexidade é expressar o incômodo por um paradigma que fortalece a redução e a simplificação (disjunção ou redução), que nos impõe escolher entre matéria ou espírito, substância ou forma, análise ou síntese, mecânica ou orgânica, determinismo ou acaso, unidade ou pluralidade, permanência ou mudança, aparência ou essência (MORIN, 2008).

Nesse mesmo pensamento, para Mariotti (2010), o reducionismo desencadeia uma “doença do pensamento”, uma inteligência cega, a qual direciona uma visão mutiladora e unidimensional; unifica abstratamente e anula a diversidade das partes, ou ao contrário, sobrepõe a diversidade sem conceber a unidade.

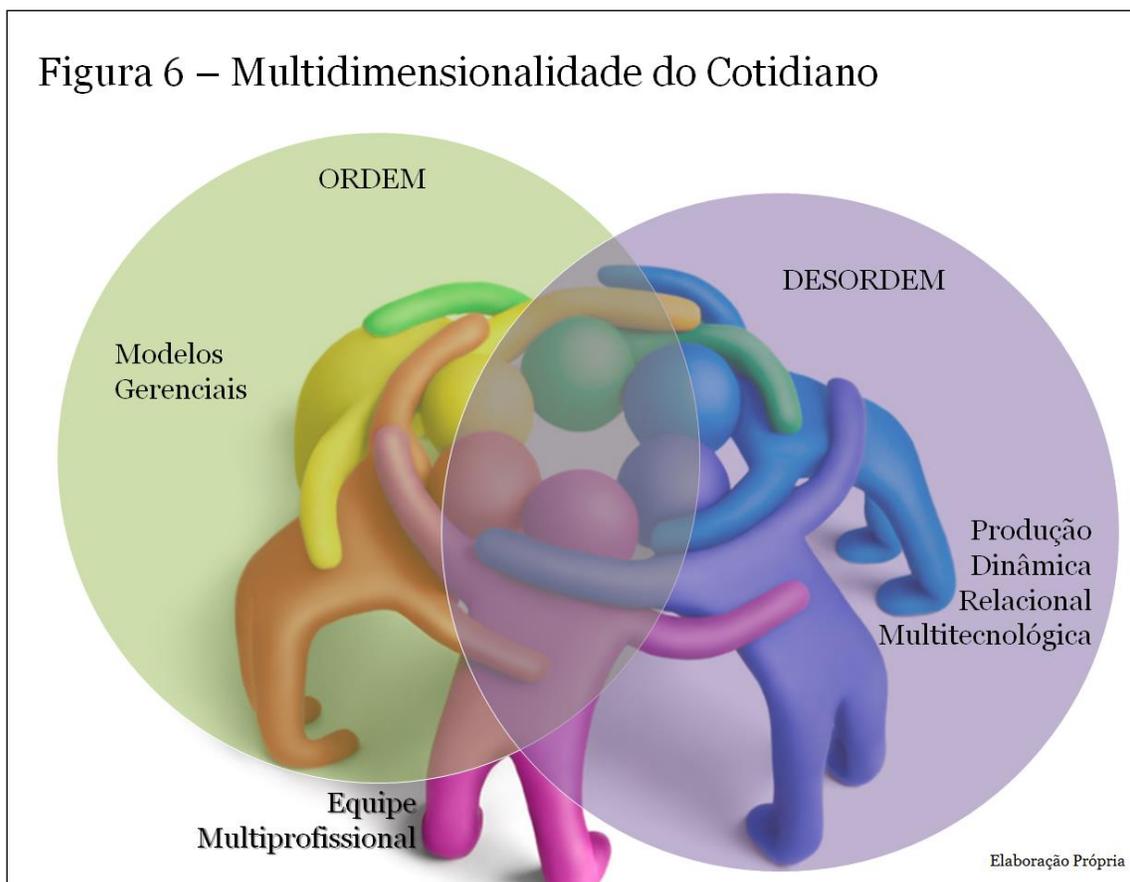
Os enfermeiros da onco-hematologia reconhecem que o ambiente em que estão inseridos envolve situações que fogem ao controle da equipe, em parte associada à instabilidade do quadro clínico dos *clientes* hematológicos, necessitando assim, de um comportamento de cooperação entre equipes e profissionais de saúde.

[...] toda a evolução de enfermagem, a gente não tem produzido dentro do prontuário, tem feito num outro impresso que vai para dentro do prontuário, mas ali a gente sinaliza tudo, fala tudo, diz quais foram as condutas, fala o que nós solicitamos

que a equipe faça, e damos até umas ideias para os médicos, numas determinadas condutas deles, temos aqui esta integração. Nós somos um hospital universitário, então temos aqui pessoas da psicologia, da nutrição, da assistência social, enfermagem, farmacêuticos, temos toda esta equipe e o enfermeiro acaba fazendo o link. Na maioria das vezes você observa que um determinado cliente tem necessidade de orientação com o serviço social, então você já vai lá e chama, chega para nutricionista e mesmo antes de internar passa o tipo de cliente que vai compor a clínica, se é neutropênico, não sei como a cavidade oral está, sugiro uma dieta branda ou pastosa, pois sei que ela não estará aqui no momento da internação e já providencio isto. (Par_03)

Em contrapartida às ações isoladas, Morin propõe um comportamento solidário, não somente objetivando uma harmonia entre as relações, mas colocando a solidariedade como estratégia à abertura para interação dos saberes, percorrendo o caminho à Complexidade. Morin (2008) retrata esta visão ao expor a solidariedade como opção a resolução de problemas, pois esta reporta a unidade. Uma pessoa solidária se importa com o outro, o auxilia, mas ao mesmo tempo se permite ajudar, e da liberdade ao outro para exercer, e uma construção conjunta e continua.

A figura 6 mostra estas interfaces da multidimensionalidade no ambiente do cotidiano:



A abertura à multidisciplinaridade também compõe o trabalho gerencial do enfermeiro no cuidado em onco-hematologia, demonstrando estas interações entre a equipe de enfermagem e da equipe de enfermagem com outros profissionais.

Neste sentido o enfermeiro gerencia a assistência estabelecendo uma comunicação entre os profissionais de saúde, em busca da conjugação da multidisciplinaridade em prol da recuperação dos clientes, associando suas competências às contribuições e atribuições da Nutrição, medicina, serviço social, setor administrativo do hospital, entre outros serviços.

Por muitas vezes estes intuito convive com limitações, caracterizando, mais uma vez, a imprevisibilidade, agora destacada nas interrelações profissionais dentro da clínica de onco-hematologia.

a dificuldade que a gente tem de conseguir um médico pra atender qualquer intercorrência, é inacreditável. A gente não tem o plantonista. Só não fura o método de trabalho porque os enfermeiros daqui seguram mesmo a situação. E às vezes nós temos problemas sérios, de um não dar certo, da gente ter que chamar outro, o staff. Sortes que as enfermeiras, que tem mais tempo aqui, conhecem mais gente, conversam mais, eu que sempre trabalhei de noite, lido com os plantonistas há muito tempo. E como eles já conhecem a gente, eles respeitam quando a gente senta e discute com eles o que está acontecendo com o cliente. Porque às vezes quando é um residente mais novo, você tem ir meio com tato porque senão você arruma problema. Então são coisas pequenas que atrapalham o serviço da gente, a gente faz, mas às vezes com certa dor de cabeça, com certo aborrecimento, mas de uma maneira geral vai. E isso atrapalha muito o trabalho da gente. (Par_04)

Cabe complementar o depoimento com a informação de que a equipe participante do estudo destaca que a realização do Processo de Enfermagem estruturado e registrado, facilitaria a comunicação com os outros profissionais, além de servir como respaldo legal às ações de enfermagem empenhadas. Isto conferiria um caráter cooperativo ao serviço, além de trazer visibilidade ao cuidado de enfermagem.

Com tudo organizado, por exemplo, a experiência da enfermeira do plantão de ontem a noite poderia ser seguida por todos. Às vezes temos que telefonar pro colega pra saber como foi. Se tudo estivesse registrado não teria isso. Não temos condições no momento de tornar o que fazemos público, porque não está implementado no hospital. (Par_05)

Então eu acho que a gente tem que ter metodologia, e além do que você prestar um atendimento de qualidade. Eu acho que você tem que ter todo um passo a passo, aquele método, o método de trabalhar, por exemplo, eu não admito chamar um médico e eu não ter evoluído o paciente. Se ele pede pra eu mostrar minha evolução, não sei se saberei o que mostrar. Em vinte_e_quatro horas o que posso relatar que vi no paciente. No cotidiano, é necessária a assistência sistematizada para prestar um

cuidado efetivo, saber, no final, tudo o que se fez. Muita coisa e nem você sabe o que você fez, porque você não teve método para trabalhar, a gente precisa de tomar esse cuidado, tomar o cuidado na nossa rédea. (Par_04)

Tendo por base tais falas, a gerência do cuidado pelo Processo de Enfermagem, traz, neste aspecto, um caráter comunicativo forte. Ora, não se faz enfermagem, nem como arte, nem como ciência, sem ser capaz de comunicar-se eficientemente.

Horta já sinalizava, na década de 1960, a comunicação como um dos instrumentos básicos da enfermagem, ou seja, instrumentos que se constituem em habilidades e conhecimentos, sem os quais o enfermeiro não pode produzir um trabalho eficiente e desenvolver-se profissionalmente, a fim de contribuir para o estabelecimento de uma enfermagem científica. (HORTA, 1979)

Portanto, tais instrumentos correspondem ao conjunto de conhecimentos e habilidades essenciais para o exercício de todas as atividades profissionais. São recursos fundamentais para permitir ao enfermeiro a execução dos cuidados de enfermagem, por meio de uma interrelação pessoal e de uma ação integrada ao meio, onde a comunicação apresenta um papel de destaque.

Através da comunicação são sustentados os relacionamentos interpessoais, aplicáveis tanto em relação à interação social que se estabelece entre amigos, como em relação aos vínculos profissionais que o enfermeiro estabelece com o cliente, com o público, com outros profissionais e com os elementos da própria equipe de enfermagem. (SANTOS et al., 2011)

Sendo a comunicação um meio de relacionar-se com pessoas e elemento essencial constitutivo do papel da enfermagem, compete ao enfermeiro desenvolver proficiência nesta técnica e processo, muitas vezes pouco explorado, mas tão importante quanto outros procedimentos constitutivos de sua formação profissional.

Comunicar-se com o cliente e comunicar-se com os demais elementos que compõem o universo do ambiente terapêutico são condições indispensáveis ao processo de resolução de problemas específicos em saúde, correspondendo ao atendimento das necessidades das pessoas cuidadas. O processo comunicacional permite que as ações não

sejam executadas de forma indiscriminada, casual e arbitrária, mas sim de forma específica, com vistas ao atendimento das necessidades individuais.

Desse modo, no cenário da saúde, uma nova postura assistencial significa tomar para si a informação com conteúdos dirigidos à realidade, fundamentado num processo comunicacional, tomando-o como instrumento capaz de modificar a realidade, ou seja, as relações no trabalho na saúde, interna e externamente, caracterizando efetivamente o direito de acesso às informações. (SANTOS et al., 2011)

A utilização do Processo de Enfermagem na gerencia do cuidado permite, portanto, maior valorização à comunicação escrita. Atualmente, diversos estudos demonstram a importância do registro das ocorrências com o cliente, pelas atuais discussões sobre segurança do cliente, bem como o planejamento, ordens e resultados precisam ser documentados. Ao realizar a prescrição de enfermagem, e avaliar os seus resultados, por exemplo, habituando-se a escrever as ordens e recomendações e fazendo o acompanhamento de sua equipe, o enfermeiro atua, também, como um educador, ao socializar as informações e conhecimentos presentes na prescrição de enfermagem.

O plano de cuidados, operacionalizado sob a forma de prescrição de cuidados de enfermagem, serve de guia para orientar as atividades de enfermagem, na direção da satisfação das necessidades de saúde do cliente, além de se constituir em orientador para a documentação das anotações do enfermeiro. Por outro lado, pode ser utilizado como um instrumento de comunicação entre os enfermeiros e outros membros da equipe de cuidados de saúde e deve estar prontamente disponível para todos os envolvidos no cuidado com o cliente, servindo como elemento de auxílio à avaliação da eficácia dos cuidados prestados. (HORTA, 1979)

Uma vez que se constitui em guia para a orientação do cuidado com o cliente, o plano de cuidados necessita ser constantemente atualizado. Os clientes hematológicos caracterizam-se por quadros de saúde extremamente instáveis e, de certa forma, até mesmo invisíveis, pois aparentemente uma pessoa com este tipo de distúrbio pode se apresentar saudável, comunicativo e realizando suas atividades normalmente, ao ponto que, em romper de segundos, mudar completamente o quadro e estar altamente grave.

Neste sentido, é essencial aos enfermeiros que formulam o plano de cuidados, e toda equipe que participa na execução deste, manterem seus componentes freqüentemente atualizados.

A instabilidade do cliente onco-hematológico inspira um movimento contínuo de organização e reorganização das ações da equipe, tornando pertinente a avaliação contínua de intervenções e resultados envolvidos na realização do Processo de Enfermagem, envolvendo a reflexão sobre os problemas solucionados e os pendentes, previsão e provisão de recursos humanos e materiais, e demais dados gerenciais que necessitem ser revisados e/ou eliminados.

O cliente de onco_hematologia é um paciente que demanda um cuidado muito diferenciado em relação a outro paciente qualquer. Eu comparo ao paciente de CTI se formos tomar por base o tempo gasto com este paciente. Então a maioria dos profissionais que não trabalham em oncologia, eles acham, eles só avaliam o paciente como número, e não como qualidade de paciente.(Par_04)

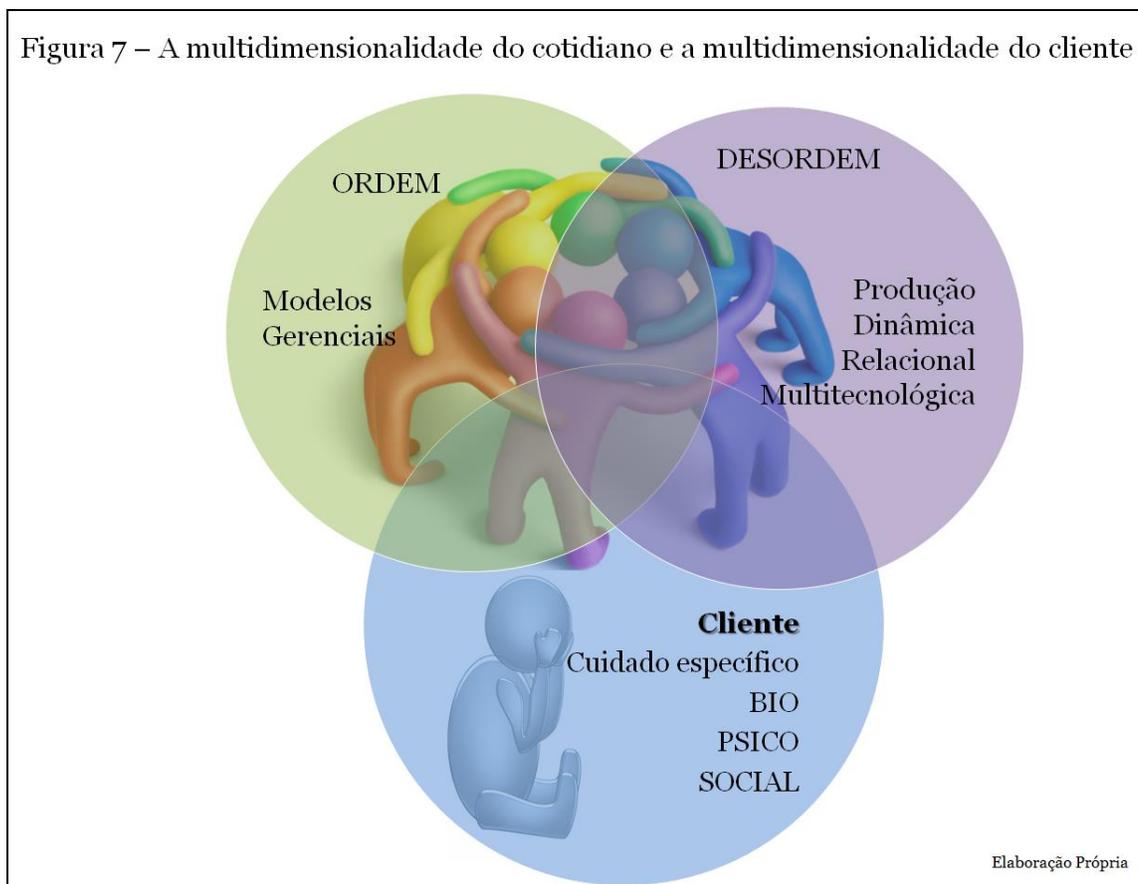
aqui o enfermeiro faz muita coisa, mete a mão, punciona, administra a quimioterapia, a imunoglobulina e todos os mabtheras, aqui a gente senta junto, lê a bula, aprende sobre a medicação nova, como vai diluir, se põe em bomba ou não, volta pro médico, diz se está muito concentrado ou não, solicita a mudança, o tipo de acesso, os nossos técnicos de enfermagem, mesmo sendo lotados como técnicos aqui, são enfermeiros em outros empregos (Par_03)

Se eu tenho um número menor de funcionários, eu vou começar a priorizar o que é mais importante naquele momento pro paciente. Então eu vou ver isso, pensar para ver o que ele precisa de mais urgente e vou fazer. A partir daí, você vai ter que priorizar muita coisa.(Par_05)

Os depoimentos apresentam comportamentos mediantes à complexidade do cliente onco-hematológico apresentada no cotidiano da equipe. À medida que este cliente agrava, se recupera, recebe alta, retorna ao hospital, realiza determinados ciclos

de quimioterapia, a equipe sistematiza ações com vistas ao atendimento das necessidades deste cliente e aprimoramento dos processos de trabalho na clínica.

O ambiente dinâmico, bem como o cliente com este perfil, exigem da equipe a administração deste universo, como retrata a figura 7:



Imbuídos no cuidado, empenhamos os esforços em busca de uma ordem para o cuidado ao cliente e à dinâmica do setor. Esta ordem pode ser entendida não como um conjunto de etapas hierarquizadas, mas está relacionada ao que entendemos como o bom fluir dos acontecimentos, o esperado, o que comumente se relaciona ao êxito.

Sobre este sentido de ideias, Morin traz a inseparabilidade entre ordem e desordem, pois ao mesmo tempo em que se objetiva o esperado, o inevitável se manifesta e exige reações e/ou adaptações a ele.

A definição de ordem comporta diversos níveis. O primeiro nível seria o dos fenômenos que aparecem na natureza física, biológica e social: a ordem se manifesta sob a forma de constância, de estabilidade, de regularidade e de repetição. (MORIN, 2008)

No cuidado ao cliente hospitalizado, este aspecto pode ser relacionado a quando se avalia o cliente e este mantém os parâmetros biológicos àquilo que se uniformiza como o aceitável, o esperado. No contexto da hematologia compreende múltiplos sinais e sintomas, entre os mais analisados, a não ocorrência de sangramentos, os níveis adequados de células sanguíneas, ausência ou mínima dor, nutrição equilibrada.

A ordem pode obter um segundo nível, a natureza da ordem: a determinação, a coação, a causalidade e a necessidade que fazem os fenômenos obedecer às leis que os governam. (MORIN, 2008)

Pode ser feita uma interação com este conceito às ações de enfermagem que visam o gerenciamento de situações na objetivação do controle. Instrumentos rígidos de avaliação e auditoria geralmente se encaixam neste aspecto da ordem, mas apresentam desafios ao serem aplicados em situações de desordem.

Progredindo a um terceiro nível, mais profundo, a ordem assume o significado de coerência, coerência lógica, possibilidade de deduzir ou de induzir, e portanto de prever. A ordem revela um universo assimilável pela mente que, correlativamente, encontra na ordem o fundamento de suas verdades lógicas.

Nesse terceiro nível, um nível profundo, a ordem se identifica com a racionalidade, concebida como harmonia entre a ordem da mente e a ordem do mundo, podendo funcionar como a externalização do que se pensa, ou o planejamento para este caminho. (MORIN, 2008)

Morin afirma que para os fundadores da ciência moderna, Descartes e Newton, a ordem da natureza pode ser explicada pela perfeição divina, não numa visão teológica, mas, justamente pelo movimento do antropocentrismo, se fez necessário resgatar uma ordem, antes explicada pela ação divina, e agora utilizada para descrever um universo tido como perfeito. (MORIN, 2008)

Em contrapartida, a desordem aparece para o encontro com os fenômenos tidos como perfeitos. A desordem assusta, pois engloba as irregularidades, as inconstâncias, as instabilidades, as agitações, as dispersões, as colisões, os acidentes — que se produzem

tanto nos níveis das partículas microfísicas, quanto no nível das galáxias bem como no nível dos automóveis que se colidem no trânsito.

A desordem também contém desvios que podem perturbar as regulações organizacionais e, mais amplamente, ela diz respeito a qualquer fenômeno que acarrete ou constitua a desorganização, a desintegração, a morte. Um cliente hematológico que desestabilize, provoca mudanças em toda a rotina da equipe. Geralmente, neste momento, todos os esforços são empregados para este cliente.

Quem olha para o paciente de hematologia, ele está bem, está andando, mas todos inspiram cuidados. Se ele não estiver grave, todos inspiram cuidados, porque qualquer momento ele pode agravar, ele pode sangrar.(Par_04)

os enfermeiros daqui seguram mesmo a situação. E às vezes nós temos problemas sérios, de um (medico) não dar certo, da gente ter que chamar outro, o staff.(...) como eles já conhecem a gente, eles respeitam quando a gente senta e discute com eles o que está acontecendo com o paciente. (Par_04)

As falas da participante 04 demonstram que o acaso requer uma série de medidas, que muitas vezes podem fugir ao controle do gerente da assistência, requerendo deste o julgamento de ações imediatas, mas que visem a conjugação de conhecimentos científicos, éticos e afetivos.

A doença onco-hematologica permite aos profissionais perceberem por muitas vezes, e pela experiência, a eminencia da morte do cliente, e, por muitas vezes, clientes estáveis, aparentemente sadios e nutridos, em um rompante, podem falecer.

Estes aspectos atuam sobre a equipe de enfermagem no sentido de que ela esta sempre a postos para momentos de ordem e desordem, justamente pelo presenciar constante da imprevisibilidade.

Por exemplo, com a quantidade de pessoas que a gente trabalha, muita das vezes que tem parada, os outros pacientes a gente quase não dá atenção, a não ser que esteja passando mal também. Porque ou você presta socorro de um lado ou de outro, e

isso atrapalha tudo, até no andamento do cuidado com o outro. Quando você visa só um por necessidade da situação, o cuidado com os outros vai ficar prejudicado. Mas de uma forma geral a gente consegue contorna as coisas de um lado e do outro e consegue levar. (Par_04)

A participante 4 destaca que, embora as demandas de cuidado exijam medidas rápidas de decisão e ação, a equipe consegue administrar o contexto de desordem apresentando e estabelecendo medidas para o caminho a uma nova ordem.

Por muitas vezes, o cliente onco-hematológico esta ali na clinica tentando uma sobrevida, participando de um cuidado paliativo, e uma das situações de desordem, que podem ser apresentadas, trata-se da própria morte do cliente.

No gerenciamento da doença oncológica, a fase do cuidado paliativo caracteriza-se pela instabilidade emocional e clínica do cliente, com exacerbação de sintomas que comprometem a qualidade de vida, apresentando a possibilidade de representação do complexo processo de morrer e da morte. Nessa fase, em muitas situações, o cliente precisa ser hospitalizado, e o hospital pode acabar sendo o local do óbito, embora, muitas vezes, possa não ser o local mais adequado para o cuidado no final da vida, em defesa da assistência domiciliar como principal modalidade de atendimento. (SILVA et al., 2013)

Neste momento, tendo em vista a delicadeza do caso e a vulnerabilidade do cliente, a equipe de enfermagem se mostra muito presente, atenta aos sinais de aumento da demanda de necessidades dele. Ate mesmo tomam atitude frente a ausência de outros profissionais em busca da manutenção momentânea da ordem, e para ofertar conforto ao cliente.

[...] muitos pacientes não morrem aqui naquele momento, tem sua vida aumentada por mais quinze ou um mês porque nós nos dedicamos tanto a essa pessoa, fazemos coisas aqui que eu não sei nem se eu posso falar, que são coisas que talvez outros enfermeiros não tivessem coragem de fazer, e temos uma técnica tão apurada que a gente encara, a gente faz e dá certo. Às vezes o paciente de onco_hematologia está sem possibilidade terapêutica, mas ele está fragilizado, e às vezes falta só uma

sonda nasoenteral para um pequeno suporte para ele ficar mais fortinho e voltar a comer pela boca. Aí falam assim, que ele está com três mil de plaquetas e não dá para passar a sonda. Mas a gente passa. Temos uma estratégia pra não machucar o paciente na passagem, e não foram uma ou duas, dez, vinte, trinta. Todas as pessoas que passamos, com uma semana de dieta, tiramos o cateter e esta pessoa já estava fora de possibilidades terapêuticas, e já esta comendo pela boca, conseguiu ir pra casa, ficou mais um tempo com a família, depois agravou e evoluiu a óbito, mas nós conseguimos dar a esta família mais quinze dias, um, três meses. Às vezes anos. (Par_03)

Agora, se você em cima disso tudo colocar a dificuldade que a gente tem, de depois de doze horas até o outro dia, a dificuldade que a gente tem de conseguir um médico pra atender qualquer intercorrência, é inacreditável. A gente não tem o plantonista. Só não fura o método de trabalho porque os enfermeiros daqui seguram mesmo a situação. E às vezes nós temos problemas sérios, de um não dar certo, da gente ter que chamar outro, o staff. (Par_04)

A equipe de enfermagem, mesmo com a abertura a comunicação com os outros profissionais, por vezes se encontra sozinha no cuidado ao cliente, sendo protagonista nos momentos de desordem em que são necessárias medidas de combate ou controle da situação. O período do plantão noturno traz estes momentos, já que, no caso da clínica, os médicos hematologistas estão presentes no período do dia, com o funcionamento do Programa de Residência Médica, enquanto a noite os médicos do setor de emergência ficam responsáveis em atender as intercorrências do setor.

O estudo de Silva (et al., 2013) traz problemática semelhante, fazendo referência a ausência dos profissionais da equipe de saúde, com exceção da equipe de enfermagem, nas enfermarias clínicas de cuidado paliativo oncológico, durante o trabalho noturno, o que descaracteriza o modo de cuidar. As necessidades de cuidado apontadas no estudo requerem atendimento de imediato, no entanto fica evidenciado que tais problemas recebem atenção dos outros profissionais em plantões seguintes. Diante da urgência, a

enfermagem busca atendê-los na medida do possível, mas vivencia dificuldades práticas relacionadas à carência de serviços assistenciais.

Para Morin (2008), o processo da evolução biológica é marcado por acidentes climáticos, por transformações ecológicas, por mutações e reorganizações genéticas que podem aparecer como desordens em relação aos equilíbrios, às adaptações e às homeostases já estabelecidos. Contudo, o aparecimento de novos equilíbrios ecológicos, de novas espécies, nos mostra a extraordinária aptidão para a vida, para uma reorganização criadora. O que deveria ter causado a degradação e a desintegração, ao contrário, determina o processo de contra-ataque que reorganiza de uma nova maneira. E, quanto mais complexificação evolutiva, maior a aptidão para tolerar, integrar e combater a desordem.

As multidimensionalidade do cotidiano da clínica de onco-hematologia, integra, nesta perspectiva, um sistema onde a ordem e a desordem co-habitam e oferecem seus aspectos aos agentes, os gerentes do cuidado, os enfermeiros e suas equipes, e estes analisam os desenhos apresentados e tomam decisões baseadas em análises – sistemáticas ou sistematizadas – para caminhar a organização deste sistema.

4.3. A esperança na desesperança: propostas estratégicas em meio a desafios para implantação do Processo de Enfermagem

Esta subcategoria foi originada pelos temas expostos na Tabela 6, que por sua vez, realiza uma síntese das estratégias sugeridas pelos enfermeiros para implantação do PE na unidade.

Tabela 6: Temas que orientaram a organização da Subcategoria 3

Temas	Recortes	
	<i>f</i>	%
Estratégia: Impresso	6	100
Estratégia: cooperação em equipe	4	67

Fonte: Entrevistas com enfermeiros da unidade onco-hematológica

Esta unidade temática retrata os desafios a implantação do Processo de Enfermagem na clínica de onco-hematologia e as estratégias sugeridas pelos enfermeiros para a efetivação do PE como estratégia gerencial.

Muitos estudos concordam que a implantação do Processo de Enfermagem enfrenta desafios no contexto nacional, por diversos motivos, como deficiência de pessoal para execução, educação permanente em Sistematização da Assistência, e descentralização e insuficiência dos registros de enfermagem, os quais são anotados na prescrição médica, folha de controle e livro de ocorrências, sendo necessária a implantação de impressos para o registro das etapas do PE. (DUARTE; ELLENSOHN, 2007)

Neste aspecto, os enfermeiros da unidade onco-hematológica concordam que uma das estratégias iniciais seria a implantação de um impresso próprio ao PE.

a gente precisa do processo_de_enfermagem, de sistematizar, de planejar a assistência. No entanto, a gente não tem isso no papel. Hoje a gente tem, com a experiência profissional ao longo dos anos, o planejamento da assistência de uma forma mental. (Par_01)

o planejamento dos cuidados físicos não é escrito sistematicamente, não temos um impresso próprio com aplicação do processo_de_enfermagem, mas a gente, a equipe já é treinada, e já vamos encaminhando. E isso vai acontecendo de forma informal (...)(Par_01)

Coisas escritas, porque os Procedimentos Operacionais Padrão nós temos aqui, todos à mão dos funcionários. (Par_02)

porque aqui a gente não tem nenhum impresso onde a gente escreva para o técnico ir lá, ler e saber o que vai fazer, a gente não tem isso, e então pode-se não saber o que a gente faz.(Par_03)

O que a gente não tem é um instrumento que ajude, porque nós não estamos acostumados a trabalhar com a questão da prescrição, de avaliar e colocar em forma de prescrição, num outro impresso, porque inclusive toda a evolução de enfermagem a gente não tem produzido dentro do prontuário, tem feito num outro impresso que vai para dentro do prontuário, mas ali a gente sinaliza tudo, fala tudo, diz quais foram as condutas, fala o que nós solicitamos que a equipe faça, e damos até umas ideias para os médicos. (Par_03)

Então eu acho que a gente tem que ter metodologia, e além do que você prestar um atendimento de qualidade. Eu acho que você tem que ter todo um passo a passo, aquele método. (Par_04)

mesmo que aqui a gente não coloque o processo_de_enfermagem explícito, ele está implícito, e aí temos que usar realmente, na maioria das situações nós utilizamos o processo_de_enfermagem, fazemos a história do paciente, analisamos, verificamos pela entrevista tudo o que ele sente e o que não sente, avaliamos o cuidado, vemos se o que implementamos funcionou ou não, caso contrário a gente volta atrás, então são várias situações. (Par_05)

Então se você não tiver um aplicativo, uma coisa objetiva prática pra você realizar, aquilo vai acabar sendo renegado. Então isso eu acho importante, você vê o que realmente vai funcionar, coisas importantes e objetivas. (Par_06)

Diversos estudos na área de enfermagem têm direcionado seus esforços para a validação de instrumentos empregados durante o Processo de Enfermagem. Dentre a fase mais contemplada para estes instrumentos esta a Fase de Investigação, que vem ser a primeira fase do PE.

De acordo com Hermida e Araujo (2006), os instrumentos validados oferecem subsídios para direcionar os enfermeiros a documentar a entrevista de enfermagem, permitindo discussões e pesquisas futuras. Tais instrumentos podem ser adaptados às

características de cada serviço, exaltando evidências científicas ao permitirem melhor descrição das particularidades de cada cliente.

Para conferir validade aos instrumentos, faz-se necessária uma avaliação de especialistas e, principalmente, sua aplicação na prática profissional. No mundo moderno as empresas tem preconizado principalmente estratégias que tenham efeitos positivos para os trabalhadores que as utilizam.

As formas de trabalho e os instrumentos para viabilização de métodos, geralmente, apresentavam-se como estratégias vindo unicamente da liderança ou do estilo administrativo desempenhado. Ao considerar o que necessitam, e como gostariam de fazer, por parte dos enfermeiros de determinada prática cotidiana, os meios utilizados para otimizar o processo de trabalho assumem maior valor aos executores, e, conseqüentemente apresentam resultados positivos na prática.

O estudo de Souto (2011) traz interessante experiência neste sentido, onde a pesquisadora retrata que as enfermeiras, ao participar do processo de implantação do Processo de Enfermagem em sua prática, sentem-se inseridas num reaprendizado do assunto, já que, até então, não viam a necessidade de um cuidado sistematizado em seu cotidiano.

Durante os anos de graduação, a atmosfera propiciada pela presença do professor é acolhedora e incentivadora, dá segurança e esclarece dúvidas, favorecendo uma zona de conforto onde os graduandos não assumem grandes responsabilidades, podem faltar ao período de estágio e não respondem legalmente por suas falhas. O contraste entre este período e a vida profissional, fez com que as enfermeiras do estudo resgassem o PE realizado na academia, mas antes visto como um conteúdo, agora idealizado como uma estratégia para sua prática profissional.

Este resgate apresentou-se árduo, por vezes acompanhado de sentimentos de impotência e pessimismos acerca da funcionalidade do PE, utilizados como desculpa para a não aplicação de algo que seria mais um acumulador de papéis e serviços. (SOUTO, 2011)

Por outro lado, foi possível presenciar o desvelamento da responsabilidade sentida pelas enfermeiras ao se identificarem profissionalmente e assumirem posição dentro da equipe multiprofissional, para desenvolver, com competência, suas atividades

com base em conhecimento técnico-científico atualizado. O estímulo ao exercício do raciocínio e da capacidade criativa, outrora encorajados pelo professor, foi gerado intrinsecamente pelas enfermeiras e seus pares de modo a atender satisfatoriamente às novidades do serviço.

Na exposição sobre o pensamento complexo, Morin (2007) afirma que para se pensar e agir de forma complexa, isso não requer uma decisão, requer tracar um caminho. Nos estamos no caminho do pensamento complexo.

Morin realiza uma analogia ao dizer que para se pensar complexamente, e necessário ter esperança num ambiente de desesperança. Para aplicação da complexidade cabe

[...] conservar a esperança quando tudo parece perdido. Não é prisioneira do realismo que ignora o trabalho subterrâneo minando o subsolo do presente, a fragilidade do imediato, a incerteza encoberta pela realidade aparente; rejeita o realismo trivial que se adapta ao imediato, assim como o utopismo trivial que ignora os limites da realidade. Sabe que há um possível ainda invisível no real (2007, p.198)

Como já exposto, o cuidado em saúde, bem como o cotidiano da clinica de onco-hematologia compartilham uma dinamicidade do cotidiano onde o imprevisível esta constantemente presente.

Aplicar o Processo de Enfermagem como uma estratégia gerencial para o cuidado pode fazer referencia exatamente a esperança na desesperança, vistos os desafios relatados pelos enfermeiros. Isto já e o inicio, pois parte do reconhecimento da situação, bem como Morin exemplifica em diversos fatos históricos onde representa o caminho a Complexidade.

Uma das principais criticas realizadas faz referencia a individualidade. Para atingir o mundo complexo, a reconstrução do caráter pessoal e importante. Deixar-se tocar pelo atual movimento de libertação, promovido pelas contracorrentes. Partir para a compreensão do paradigma emergente.

E notória a publicação de muitos estudos que trazem a importância do Processo de Enfermagem, mas ainda mostram entraves a sua presença na prática. Morin trata do termo *Ecologia da Ação* para abordar o que se almeja teoricamente ter valor pragmático, acontecer no cotidiano. Ele aponta a solidariedade como uma das soluções para obtenção destes objetivos.

Cabe completar que a solidariedade exposta não faz referência unicamente a uma visão romântica do termo, mas a colocação de que é necessário agir coletivamente. Tratando-se de uma medida em ambientes hospitalares, por exemplo, a concretização do PE nestes ambientes necessita da aderência da equipe, e mais, sua ação conjunta.

A equipe da onco-hematologia mostra indícios de que o trabalho conjunto tem obtido resultados satisfatórios em sua prática.

Eu acredito até que a gente consiga aqui na hematologia, pelo número de pacientes ser pequeno, nós temos oito pacientes, eu acredito que a gente consiga fazer um olhar dirigido para cada um deles, aprofundar esse olhar, identificar as necessidades, planejar o cuidado diretamente com nossa equipe de técnicos de enfermagem e avaliar no plantão seguinte, eu acho que a gente consegue isso (Par_01)

O tempo todo, mesmo sem um instrumento para você escrever, você avalia o paciente, traça conduta, para que a sua equipe então possa desenvolver suas condutas, dentro de tudo aquilo que você avaliou, e aqui na hematologia os cuidados são individualizados, o tempo todo você, de manhã, de tarde e de noite, você vê o seu paciente porque ele pode mudar o estado clínico dele da manhã até a tarde, então o paciente que está com a plaqueta baixa, ele já é mantido restrito ao leito(Par_03)

Mas como entre os enfermeiros daqui da clínica isto já é mais fácil, a gente fala mais ou menos a mesma linguagem, todos estão acostumados a trabalhar há algum tempo, temos uma gerente que é a âncora e facilita bastante. Então quando encontramos dificuldades um ajuda o outro. (Par_05)

Em primeiro lugar, é você conscientizar todas as pessoas envolvidas nesse cuidado, e eu não estou falando só da equipe de enfermagem, pelo contrário, a gente uma dificuldade até maior com outros profissionais, com equipe médica, com outros profissionais que venham aqui em relação com os cuidados para evitar essa transmissão de infecção. Sensibilizar a equipe, porque nossos pacientes estão com o humor muito lábil, uma questão de auto estima baixa, porque eles vão mudando até o aspecto físico, emagrecendo, perdendo cabelo, o afastamento da família, o afastamento súbito do seu ambiente de trabalho. (Par_06)

A ecologia da ação, que nos auxilia o caminho pela incerteza. Para compreender o problema dos efeitos de toda ação, inclusive a moral, precisamos nos referir a ela. De acordo com Morin, a ecologia da ação indica-nos que toda ação escapa, cada vez mais, à vontade de seu autor na medida em que entra no jogo das inter-retro-ações do meio onde intervém. Assim a ação corre o risco não só de fracassar, mas também de sofrer desvio ou distorção de sentido. (MORIN, 2012b)

A ecologia da ação nos dá a consciência de que nossas propostas e ações podem fracassar e, o que é pior, elas podem ter um resultado totalmente inverso daquilo que pretendíamos ao iniciar a ação, pois, uma vez iniciada, a ação entra em interação com um jogo de forças externas e maiores que nossa individualidade, o que faz com que nossas ações escapem de nosso controle.

Entretanto, ao invés de excluir a esperança, esta ecologia abre perspectivas a ela, porque não há certeza dos resultados de nossas ações. Logo, mesmo com a padronização das etapas do PE voltados a realidade da clínica onco-hematológica, a cada realização, uma gama de possibilidades poderá ser acessada. Isto auxilia a rejeitar o discurso de que o trabalho sera engessado, mecânico e controlador.

A ecologia da ação exige outra mudança em nosso caráter pessoal que é a mudança de nossos programas por estratégias de ações. Morin utiliza o termo estratégia para as metodologias que podem facilitar a pratica dos indivíduos. As estratégias são

métodos flexíveis, permitem planejamentos estratégicos e táticos, observam as pessoas e o ambiente que coabitam aquele universo.

A estratégia opõe-se ao programa, ainda que possa comportar elementos programados. O programa é a determinação a priori de uma sequência de ações tendo em vista um objetivo. O programa é eficaz, em condições externas estáveis, que possam ser determinadas com segurança. Mas as menores perturbações nessas condições desregulam a execução do programa e o obrigam a parar. A estratégia, como o programa, é estabelecida tendo em vista um objetivo; vai determinar os desenvolvimentos da ação e escolher um deles em função do que ela conhece sobre um ambiente incerto. A estratégia procura incessantemente reunir as informações colhidas e os acasos encontrados durante o percurso. (MORIN, 2012b, p. 62).

A estratégia supõe a Ética Complexa que se fundamenta em seus imperativos (solidariedade, convivência, moralidade e revitalidade), tendo por fim a democracia. Logo, uma proposta estratégica pode se adaptar ao trabalho em equipe.

A proposta ética complexa é uma proposta modesta, visto que nós não temos nenhum aporte seguro, o qual possa garantir o sucesso de nossa ação; ao contrário, além de não termos um fundamento seguro externo, nossas ações podem fracassar ou terem o efeito inverso daquilo que pretendíamos. A nosso favor, só temos o desejo e a esperança de transformação.

A enfermagem é fortemente caracterizada pelo trabalho em equipe e assume, na modernidade, um papel voltado para o cuidado e centrado na racionalização das ações e pautado pela biomedicina (SPAGNOL, L'ABBATE, 2010)

O trabalho da enfermagem tem compreendido a gestão do cotidiano das unidades assistenciais, com ênfase na divisão do trabalho, com detalhamento das tarefas prescritas segundo manuais de procedimentos, rotinas, normas, escalas diárias de distribuição de tarefas. Esses fatores implicam uma organização interna das equipes e estruturam tanto as relações entre os demais profissionais que convivem em uma enfermaria quanto a gestão do próprio serviço (ROSSI, SILVA, 2005)

Em meio a tantos protocolos formais, o Processo de Enfermagem tem a proposta de ser dinâmico e adaptável as situações apresentadas no cotidiano. Cabe as equipes o esforço em aplica-lo estrategicamente, considerando as adversidades, num caminhar conjunto e solidário.

5. Espíritos da cultura: a ecologia da ação na validação dos discursos

Para o terceiro momento de discussão em grupo, a Validação, foram expostas as concepções anteriores, em relação à importância do PE no cuidado em onco-hematologia, exposta pelos participantes, os desafios e estratégias propostas.

A validação objetiva o endosso de ideias expostas, numa discussão coletiva, esclarecimento de alguns pontos e levantamento de questões oriundas destas ideias.

Um ponto importante destacado faz referência à menção da Instituição neste processo e suas responsabilidades, como nas falas:

Isso precisa vir da Direção, utilizando a Educação Permanente, e não ela sendo a chefe disso aí, porque ela não consegue, ela não tem pernas para isso, ela não tem know-how, ela não é um diretor do hospital. Precisa ser algo forte, pois envolve muita coisa. Não é uma coisinha pequena, é uma coisa grande. (Par_5)

O governo e a administração do hospital poderiam dar visibilidade ao tipo de paciente que se tem e que você está cuidando ali, dar uma estrutura e mostrar, aqui ninguém quer tirar dinheiro do governo, queremos que se crie uma estrutura com quantitativo de enfermagem e condições de meio, para que cada avaliação que a gente faça, tenhamos o suporte para executar aquilo que a gente pensou. (Par_3)

Eu acho que seria de responsabilidade da direção do hospital ela querer. Querer fazer com que isso acontecesse. Por exemplo, não quiseram colocar a catraca na porta do hospital? Ela está lá. O que eles querem, eles conseguem. (Par_5)

Não temos estrutura e quem dá a estrutura é a direção. (Par_5)

Olha só a estrutura que nós temos para esta conversa (aponta para mesas e cadeiras antigas onde estávamos, num corredor, único espaço disponível para a reunião) (Par_2, complementando fala de Par_5)

O trabalho de enfermagem realizado, principalmente, dentro do hospital é desgastante, exaustivo e desenvolvido a partir de uma relação interpessoal com o cliente que está sob seus cuidados, o que pode proporcionar sentimentos como alegria, satisfação e prazer aos trabalhadores, sem os quais seria praticamente impossível exercer a profissão. (BATISTA, VIEIRA, CARDOSO, CARVALHO, 2005)

A estrutura oferecida pela instituição é algo que influencia estes fatores motivacionais, pois esta nos subsídios para realização deste trabalho. Ao elaborar as metas para o cuidado individualizado através do PE, o enfermeiro desde já estabelece prescrições na implementação onde serão requeridos materiais, serviços (exames) e outras demandas fornecidas pela instituição.

Além do fator material, a instituição contribui com seu caráter filosófico e estilo administrativo, e, neste contexto, os gerentes dos serviços de saúde, conscientes das necessidades, das responsabilidades e dos deveres dos profissionais, implementam estratégias que impactem nas políticas e na dinâmica organizacional, identificando e construindo indicadores de qualidade, que permitam subsidiar o trabalho de enfermagem, proporcionando condições de satisfação no trabalho para esses profissionais, o que geraria uma melhor qualidade de assistência aos usuários. (NUNES, TRONCHIN, MELLEIRO, KURCGANT, 2010)

O histórico da administração dos órgãos públicos no Brasil vem a demonstrar aspectos gerenciais que merecem ser destacados e que, por sua vez, acabam influenciando a maneira como o cuidado é planejado e oferecido nos hospitais públicos do país.

No Brasil, os trabalhadores de organizações públicas sempre necessitaram possuir habilidades diplomáticas nas suas relações de trabalho, para não provocarem divergências com a administração pouco competente dos gestores, em geral, colocados em cargos de confiança por indicação e não por competência propriamente dita. Nas organizações públicas, são as relações de estima e os jogos de influência os verdadeiros indicadores de poder no Brasil. (CARVALHO et al., 2013)

A história da administração brasileira é uma repetição monótona da luta entre duas forças: de um lado, uma burocracia formalista, ritualista, centralizadora, ineficaz e adversa às tentativas periódicas de modernização do aparelho do Estado, aliada aos

interesses econômicos retrógrados e conservadores, embora politicamente influentes; de outro, as correntes modernizantes da burocracia e seus próprios aliados políticos e empresariais.

A primeira quer perpetuar seu controle social e seus privilégios por meio da centralização burocrática, de natureza conservadora e imobilista. As forças modernizantes, por seu turno, industrializadas e abertas ao exterior, exigindo novas missões para o Estado, principalmente na área de ampliação da infra-estrutura econômica e social, hoje apontam para a globalização e o liberalismo.

E, por outro lado, as forças inovadoras, que, não raramente, encontram muita dificuldade para implementar de maneira efetiva projetos de reforma. Essas forças inovadoras procuram introduzir, nas organizações públicas, uma cultura de flexibilidade e de gestão empreendedora que permita às organizações públicas atuarem de forma eficiente, num mundo de rápidas transformações. (CARVALHO et al., 2013)

Num estudo desenvolvido por Marziale (et. al, 2013), trabalhadores de enfermagem destacam rigidez hierárquica e centralização de poder na instituição cenário de estudo, além de dificuldade de desenvolvimento de práticas de trabalho em equipe. Suas considerações destacaram, ainda, desvalorização do bem-estar e motivação no trabalho.

Em relação às práticas organizacionais, satisfação no trabalho e promoção das relações interpessoais são práticas razoavelmente adotadas nas instituições públicas, resquícios do estilo taylorista para administração, em que valores e práticas que caracterizam a cultura do hospital apresentam elementos relacionados à uma estrutura organizacional rígida e hierarquizada, na qual há centralização de poder. (MARZIALE et al., 2013)

Morin (2011) critica as formas burocráticas e hierarquizadas de produção, onde se “predomina a organização racional do produto sobre a invenção” (MORIN, 2011, p. 25) Tais formas de produção, observadas principalmente nos serviços públicos, reforçam a ideia de existência restrita da ordem, onde a criatividade e a dinamicidade do trabalhador não são empregadas.

Para La Forgia e Couttolenc (2009), até a década de 1980, os hospitais brasileiros nutriam um modelo tecnoassistencial hegemônico de características medicalocêntrica e

hospitalocêntrica, que os marcavam como centros exclusivos de cura e reabilitação. Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), os hospitais públicos brasileiros começaram a delinear um novo desenho que, além do emaranhado tecnológico comum a todas as organizações, oferece outro arcabouço que impacta as questões estruturais e gerenciais desses espaços.

Observa-se, desde então que estes hospitais buscam estratégias voltadas à operacionalização dos princípios de universalidade e equidade e das diretrizes de descentralização, participação social e integralidade do SUS, por meio de modelos de gestão que maximizem a produtividade, reduzam os custos e otimizem a qualidade da assistência prestada.

Entretanto, o setor público ainda sofre resquícios da forma clássica de gerenciamento, mesmo visto que a implantação do SUS e novos programas de atenção à saúde preveem uma mudança paradigmática no cuidado ao ser humano e administração dos serviços.

Concomitantemente a este movimento, a Sistematização da Assistência de Enfermagem no Brasil apresenta-se como algo relativamente novo, e com atribuições legais reforçadas a partir da década de 2000, ainda vem se integrando aos poucos à nova forma de cuidado em saúde trazida desde a implantação do SUS.

No setor público, a cada troca de gestão, o desafio que se coloca para a nova administração pública é como transformar estruturas burocráticas, hierarquizadas e que tendem a um processo de insulamento, em organizações flexíveis e empreendedoras.

O modelo tradicional de organização e gestão do trabalho adotado no passado pelos hospitais reforça este desafio, pautando-se na autoridade e caracterizado por estrutura hierarquizada e verticalizada, na qual predomina a ênfase da organização e dos processos de trabalho, com controle excessivo de procedimentos.

A centralização do processo decisório e a fragmentação das atividades; a formalização da comunicação e das relações interpessoais e a desvalorização dos indivíduos, auxilia a expectativa dos trabalhadores para uma mudança que tenha início na esfera da liderança, e não neles, características ainda presentes em grande parte das instituições públicas de saúde do Brasil.

Segundo Mintzberg (2004), é sabido que todas as organizações, entendidas como estruturas sociais hierarquicamente definidas, apresentam certo grau de burocratização caracterizado por mais ou menos estruturas hierárquicas de autoridade, regulamentos e linhas de especialização que são utilizadas, essencialmente, para organizar pessoas, a fim de que produzam bens e serviços de maneira eficiente.

Na configuração estrutural das organizações, as burocracias podem ser consideradas mecanicistas e profissionais. A burocracia profissional é encontrada nos hospitais e universidades e a hierarquia e o poder estão fundados nas competências e conhecimentos dos trabalhadores, isto é, na natureza profissional e na especialização. A burocracia mecanicista está presente naquelas organizações onde os processos de trabalho são repetitivos e estandarizados e a hierarquia é ditada pelo cargo ou função na cadeia hierárquica

Tais fatos auxiliam o entendimento de determinados comportamentos que se colocam como desafios para efetivação da SAE nos hospitais brasileiros. As equipes de enfermagem, acostumadas à mecanização das atividades desempenhadas, se posicionam resistentes a mudanças dos processos de trabalho, principalmente se considerados os funcionários de instituições públicas, por apresentarem estabilidade em seus empregos, onde, dificilmente sofreriam punições ou demissões por não se adequarem a novas formas de serviço.

Porque muitas propostas que são colocadas são rebatidas. Muito importantes, e são rebatidas. Porque as pessoas estão cansadas. Pensam que são muitos detalhes para se abordar num paciente. Dizem ser uma bobagem. Isso cria um conflito desnecessário. (Par_4)

Sinal que ainda precisamos caminhar, mas é um trabalho que eles já tem feito, alguns setores estão como piloto. (Par_2)

Mas isso parou. (Par_5)

Parou? (Par_2)

Sim, porque está muito difícil. Todo mundo muito cansado, já faz muita coisa (utiliza entonação de quem está reproduzindo um discurso pronto para demonstrar a fala dos colegas) (Par_5)

Difícil, isso você tem razão (Par_2)

Acho que é uma característica da nossa cultura. Não somos como os alemães, que tem conduta pra tudo. Sistematização pra eles deve ser muito fácil, natural. Mas nós somos brasileiros, e cariocas então, penso que são piores. Mas no dia a dia todos esses ruídos, que impedem como você deve fazer, acaba fazendo que você fique deixando pra amanhã (Par_3)

Os depoimentos ajudam a relação entre a resistência quanto ao uso de PE no cuidado e a estabilidade profissional oferecida pelos hospitais públicos de saúde. O que poderia servir como um estímulo para a busca da qualidade do oferecimento da assistência acaba por determinar a repetição de rotinas ditas menos trabalhosas aos profissionais de enfermagem.

Uma pesquisa desenvolvida por Vaitsman, Ribeiro e Lobato (2013) destaca que a estabilidade no emprego nem sempre origina e garante um bom desempenho no trabalho. O estudo ainda identifica diversos pontos negativos, como desmotivação e ineficiência, transgressão de normas e falta de comprometimento, além de desperdício e descuido com aquilo que é público, presentes em organizações de saúde com trabalhadores estabilizados no emprego.

As dificuldades para o gerenciamento de recursos humanos são relatadas por enfermeiros no estudo de Vaghetti, Padilha, Silva e Simões (2009), onde, a segurança garantida pelo emprego público, se relaciona a geração de impunidade, o que afeta o gerenciamento do pessoal com estabilidade no emprego. Isto acontece porque, ao mesmo tempo em que a condição de "igualdade" promove o trabalho, também traz consequências, como o questionamento de algumas atividades estipuladas ou a sua realização da maneira mais conveniente para o trabalhador e não para as necessidades do serviço.

A condição de igualdade também pode favorecer a quebra das hierarquias necessárias à organização do trabalho da Enfermagem. Sabe-se que é importante o tratamento igualitário aos trabalhadores, com respeito às diferenças individuais e às atividades diferenciadas que cada um realiza. Porém, há necessidade de limites que circunscrevam os direitos e deveres de cada categoria funcional na Enfermagem, sob pena de esfacelamento das relações profissionais, com conseqüente repercussão no trabalho assistencial.

A segurança autorizada pela estabilidade é uma prerrogativa do serviço público, uma vez que em instituições privadas é evidente a insegurança enfrentada pelos trabalhadores em decorrência da falta de possibilidade de diálogo, medo, abuso de poder das chefias, intrigas, demissão sumária e da perda do emprego. No setor público, entretanto, existe o estereótipo de que os trabalhadores não podem ser punidos devido à condição de estabilidade, diferentemente do setor privado, no qual os gerentes contam com a possibilidade de demissão do funcionário como uma contrapartida ao funcionário displicente.

Nesta perspectiva, torna-se fundamental a reflexão a respeito da cultura organizacional das instituições públicas no Brasil, em especial aos hospitais.

Carvalho et al. (2013) retratam a cultura organizacional brasileira na expressão de estruturas altamente estáveis, que resistem de forma generalizada a mudanças de procedimentos e implantação de novas tecnologias. A cultura da interferência política e administrativa vigente pode ser caracterizada como predominantemente regida por um governo de poucas pessoas, patrimonialista e, também, burocrática e corporativa. É esta cultura que orienta a prática de gestão das organizações públicas.

E para o trabalhador que participa e ao mesmo tempo se faz fruto desta cultura, uma série de representações são refletidas na percepção de si e em suas ações. A estabilidade no emprego, por exemplo, pode adquirir vários significados, dependendo da situação ou do contexto ao qual se refere.

Vaitsman (2001) entrevistou enfermeiros que referem que a estabilidade consiste na principal razão para a entrada no serviço público. Como representação social, porém, a estabilidade pode não adquirir um significado positivo entre estes mesmos trabalhadores. Pelos resultados da pesquisa, foi possível compreender que inexistem uma

defesa da estabilidade como um princípio ideativo, pelo contrário, nas várias categorias profissionais dos participantes há uma noção associada ao descompromisso, desmotivação e mau desempenho.

E, ainda, a pesquisa aponta que mesmo havendo este reconhecimento de queda no desempenho na execução de atividades, os profissionais não pensam em abdicar de suas posições. Tal fato é explicado não somente pelo direito adquirido, mas pela desconfiança que predomina entre os trabalhadores em relação a manutenção ou cumprimento das regras do jogo e ao efetivo exercício da meritocracia no setor público, o que costuma ser atribuído de forma generalizada à “política”.

Para o pensamento complexo, o ser humano integra, mas também é produzido pelo meio, absorvendo as ideias e construções do ambiente no cotidiano.

Aos determinismos culturais, Morin (2008) denomina “*imprinting*”⁴, responsáveis pela normalização, invariância e reprodução das ideias na vida e da vida dos indivíduos. Ao mesmo tempo, existem as reações a essa força dos determinismos culturais, que podem provocar enfraquecimentos do “*imprinting*”. Estes são os momentos de efervescências, a partir dos quais se abrem lacunas nesta normalização das ideias, provocando desvios, evolução do conhecimento e modificações nas estruturas de sua reprodução.

Neste sentido, o discurso de acomodação no serviço público como prerrogativa para a não aceitação de novas formas de trabalho, incluindo-se a implantação da SAE com o Processo de Enfermagem, pode sofrer um enfraquecimento e neste momento serem levantadas estratégias para participar o grupo na implantação e implementação da SAE.

Não é fácil. Até mesmo as pessoas que querem, muitas não sabem o que é e como é. E talvez se soubessem, não iriam querer. Porque envolve bastante coisa. É uma coisa muito boa, no final, mas envolve a participação de todos. Eu não posso querer uma coisa e não me dispor a participar. Preciso participar. (Par_5)

⁴ O termo *imprinting* foi empregado por Konrad Lorentz para explicar a marca incontornável imposta pelas primeiras experiências do jovem animal, como o passarinho que, ao sair do ovo, segue como se fosse sua mãe, o primeiro ser vivo ao seu alcance. Há um *imprinting cultural* que “marca os humanos, desde o nascimento, com o selo da cultura, primeiro familiar e depois escolar, prosseguindo na universidade ou na profissão”. (MORIN, 2008, p. 29)

Você precisa azeitar todas as equipes para começar, se não um anda para frente, outro para tras, e não se caminha junto.(Par_2)

Na minha opinião, o registro e obrigatório, tem que ter, só e preciso ter algo pra amarrar este registro, para ele ser importante e condizente ao Processo de Enfermagem. O registro e importante dentro do Processo, mas mesmo que não se tenha Processo, tem que registrar. Eu sei que as pessoas falam que e difícil fazer, que não estão acostumadas, mas e necessário fazer. Pelo doente. Por outro lado, se eu não registrar, não há Processo nenhum. (Par_4)

Mas eu acho que, o registro, ele otimiza o tempo dedicado ao serviço com certeza, a gente vai ali, avalia, e com essa avaliação e possível elaborar uma estratégia, e diminuimos o tempo de refazer aquela coisa o tempo todo. É até administrativo, se a gente olhar assim, otimiza nosso tempo. (Par_3, complementando Par_4)

Em várias obras, Morin apresenta sua visão de ser humano. Ele propõe enriquecer essa visão, pensando como o ser humano interage/relaciona-se com as ideias e com a cultura/sociedade do seu tempo e como, a partir desta relação, produz/reproduz seu cabedal cultural do qual fazem parte seus conhecimentos.

Morin afirma que o *Homo Sapiens-demens* é formado 100% biologicamente e 100% culturalmente. Segundo ele, “[...] um indivíduo alimenta-se de memória biológica e de memória cultural” (MORIN, 2011, p. 21).

Há uma interação recursiva, dialógica e hologramática na relação indivíduo-sociedade-cultura.

A interação recursiva pode ser explicada através da noção de que, de tal forma como os seres vivos vivem pelo ecossistema, o qual só existe a partir de inter-retroações entre esses seres vivos, os indivíduos só podem formar e desenvolver o seu conhecimento no seio de uma cultura, a qual só ganha vida a partir das inter-retroações cognitivas entre os indivíduos.

Nesta perspectiva, “as interações cognitivas dos indivíduos regeneram a cultura que as regenera” (MORIN, 2011, p. 19)

A hologramática se explica pela ideia da cultura, que esta nos espíritos individuais, que estão na cultura. Morin compara a cultura a um *grande Computador* constituído por vários terminais individuais, que são os espíritos, cérebros dos indivíduos que compõem a cultura do seu tempo.

Tal ideia pode auxiliar o entendimento sobre, como em determinadas situações as pessoas aceitam, se acomodam e obedecem determinismos impostos pelo grande computador cultural. Entretanto, o próprio Morin aponta fragilidades nesta estrutura, pois “mesmo quando é comandado e controlado pelos diversos programas dos quais falamos, o indivíduo dispõe sempre de seu terminal pessoal” (MORIN, 2011, p. 23)

Sendo o ser humano uma parte da cultura que o formou, pode romper com os determinismos impostos. Há sempre espaços de autonomia, mesmo nos determinismos culturais: “há multiplicação das brechas e rupturas no interior das determinações culturais, possibilidade de ligar a reflexão com o confronto, possibilidade de expressão de uma idéia, mesmo desviante” (MORIN, 2011, p. 23).

A história exemplifica. Diversos indivíduos romperam com a cultura do seu tempo: Sócrates, Galileu, Rousseau, Marx, Newton, Einstein, como também Florence Nightingale. Pessoas que sobrevoaram suas condições socioculturais, romperam com determinismos e empregaram ações que resultaram em impactos as suas respectivas épocas.

Para romper com os *determinismos*, no caso do conhecimento, e estabelecer um tipo de conhecimento que seja autocrítico, criterioso e contextualizado, isto é, aberto em relação às “amarras” do *imprintig*, Morin sugere que as pessoas sejam capazes de ter um ponto de vista que seja *auto-trans-meta sociológico*. Somente com esse olhar e possível situar o conhecimento, mantendo uma postura para enfrentar a complexidade de sua problemática em vez de “escamoteá-la na concepção inepta de um determinismo trivial, imposto por uma sociedade trivial a um conhecimento trivial”. (MORIN, 2011, p. 116).

As ideias transcendem os indivíduos, pois permanecem, são reforçadas e reproduzidas culturalmente e socialmente ganhando uma espécie de vida própria que de

certa forma, como diz Morin, possuem os indivíduos. E também influenciam e até são determinantes no direcionamento das sociedades.

Por conseguinte, ideias, linguagem, valores e outras “coisas do espírito” são veiculadas por diversos meios e influenciam a vida das pessoas e os rumos das sociedades. No cotidiano do século XXI, os meios de comunicação de massa emprestam a essas “coisas do espírito” uma agilidade, presença e força muito maiores. O conhecimento, os meios de comunicação, a tecnologia, a forma de viver das pessoas têm apresentado mudanças repentinas e com a globalização se difundem numa velocidade assombrosa. As pessoas sentem a necessidade de mudar, refletir e criticar estas mudanças, e as circunstâncias do meio complexo exige a capacidade de transformação dos indivíduos.

O desgaste da reprodução de antigos modelos de produção, que no passado apresentaram bons resultados, torna-se uma constante, pelo enfrentamento de um embate, a ascensão de um novo paradigma, caracterizado pelo notável dinamismo do conhecimento, da tecnologia e das próprias pessoas.

Tal fato, também se associa às formas de produção de cuidado pela enfermagem, que se encontra em meio a transformações ideológicas que favorecem o desenvolvimento de um cuidado diferenciado, marcado basicamente pelo ideal de integralidade na assistência e compreensão da necessidade do envolvimento com o outro, corresponsabilização e disponibilidade, além da preocupação com a ética, aspectos ecológicos e a harmonia entre os habitantes da Terra. (CONSOLI, HIRDES, COSTA, 2009)

Em complementação a este fato, o diálogo multidisciplinar sem articulação dos conhecimentos remete a uma grave contradição no paradigma da saúde, que vislumbra tratar o cliente como um ser integral, mas por outro lado, existe uma especialização exacerbada dos profissionais, que fragmenta o atendimento, com cada profissional fazendo sua parte segregada dos demais.

Situação essa que Morin (2008) chama de uma inteligência cega, a qual destrói os conjuntos e a totalidade, isola os objetos de seus contextos, por meio de um pensamento simplificador, que é incapaz de integrar o uno e o múltiplo.

Neste mesmo sentido, para Mariotti (2010), o reducionismo desencadeia uma “doença do pensamento”, uma inteligência cega, a qual direciona uma visão mutiladora e unidimensional; unifica abstratamente e anula a diversidade das partes, ou ao contrário, sobrepõe a diversidade sem conceber a unidade.

No pensamento complexo, a fuga desta doença do pensamento esta, primeiramente na compreensão de que as coisas não podem ser pensadas separadamente, mas buscando-se entender onde elas estão, o que as integra e o que elas integram.

Para Morin os problemas não podem mais ser concebidos como separados uns dos outros. Nessas condições, se compreende que o conhecimento que aprendido (ou apreendido) nas escolas e nas universidades não é, evidentemente, adaptado a essa complexidade, que se torna cada vez mais importante para o destino de cada um e também de cada nação, pois ensinam disciplinas distintas umas das outras - a economia, a filosofia da religião, a psicologia e a sociologia são todas ciências independentes - e, portanto, formam mentes "míopes", para não dizer, "cegas" aos problemas, pois a forma com que o conhecimento é passado adiante incapacita a visão dos problemas fundamentais e globais. O que é verdadeiro para cada pessoa é ainda mais verdadeiro para as sociedades humanas ou todo o gênero humano.

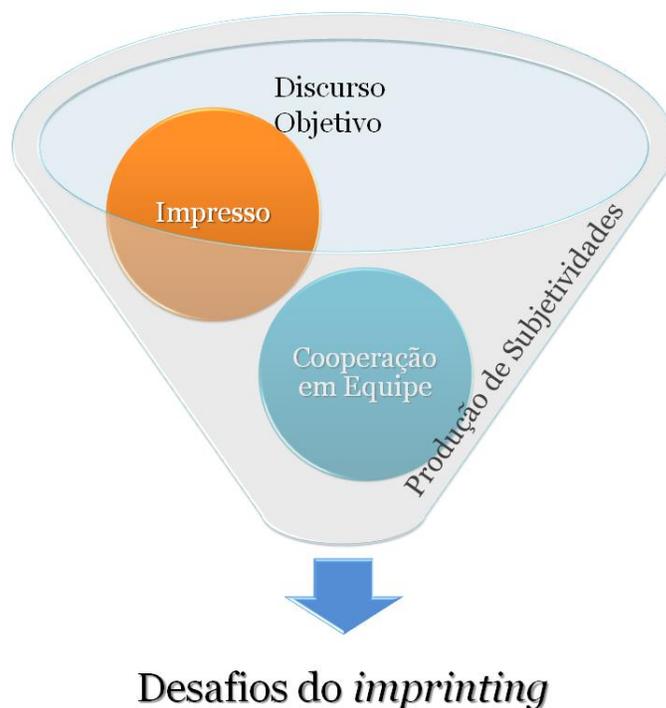
A complexidade não é mais do que essa consciência, e o pensamento complexo um caminho em direção a esta consciência, pois o método de se pensar em caixas separadas, as disciplinas, afasta esta consciência. Pensar diferente objetiva abandonar a maneira linear de conceber a causalidade das coisas; questionar as formas dogmáticas de pensar; modificar a ideia de que só é possível entender algo o isolando de outras coisas - a não ser que fossem separados para reuni-las novamente. Há toda uma gama de procedimentos que tem de ser reconsiderada e a complexidade visa religar essas coisas que ainda se encontram separadas para enfrentar as contradições que se apresentam.

Nesta perspectiva, a ação para a implantação do PE na unidade de onco-hematologia precisa compreender, além da multidimensionalidade do cotidiano, como já exposto, a compreensão que cada participante tem de si e do todo. E suas participações neste sistema.

Quando os participantes reproduzem um discurso coletivo de que os recursos humanos no hospital se encontram cansados, que não estudaram o PE durante a graduação, não se encontram aptos a aprender agora e, portanto, a realizar, eles expõem um discurso que também é deles, assumem participação nestas falas, ao mesmo tempo que compreendem que gostariam de fazer e as vantagens para o serviço, a dinâmica da unidade e, principalmente, para o cliente.

Esquemáticamente, esta produção de subjetividade, confrontada com as estratégias propostas, pode ser representada pela figura 8:

Figura 8 – A produção de subjetividades no levantamento das estratégias



Elaboração Própria

Neste momento, as estratégias que surgem para implantação do PE, mostram-se, através das necessidades, como estratégias basais para reconhecimento de si, do meio,

da vontade dos participantes, e como eles contribuem para este meio, numa atitude hologramática:

E para funcionar, é como a professora (da escola de enfermagem da universidade) estava tentando fazer, ser de médio a longo prazo. Atingir a cabeça das pessoas, para cada um saber o que é. Não se pode chegar para as equipes e dizer está aqui, começou, faça. Não é fácil. Até mesmo as pessoas que querem, muitas não sabem o que é e como é. E talvez se soubessem, não iriam querer. Porque envolve bastante coisa. É uma coisa muito boa, no final, mas envolve a participação de todos. Eu não posso querer uma coisa e não me dispor a participar. Preciso participar.(Par_5)

E isto que venho tentando fazer de incluir as rodas de conversa entre nós, eu não consigo, que dirá trazer o hospital todo para uma conversa, pensar junto. Mas é preciso, nós precisamos. O básico: sentar e conversar. (...) Que eles comecem, depois se vá ajustando. E se esperarmos ficar uma ótima situação para começar, não começa. Começa em dois setores, corrige os rumos ali, acumula experiência e amplia pra três, e assim vai. (Par_2)

Apesar de que, eu acredito que a SAE, o meio, a equipe que deve construir a SAE. A educação permanente deve orientar esta construção, mas eu acredito que esta construção tem que vir do grupo, da equipe, tem que ser uma demanda da equipe para a Educação Permanente e não a educação Permanente vir e impor um projeto. O grupo tem que sentir a necessidade desta Sistematização, e através da organização, buscar com a Educação Permanente os caminhos para sistematizar, é assim que eu vejo. (Par_3)

as pessoas estão cansadas e não acatam com tanta facilidade. Elas embatem um pouco. Causa um desconforto entre a equipe, que fica como aquela criança que você vai educando, e então as pessoas assumem aquela atividade, mesmo com toda a desculpa do cansaço, mas é preciso estimula-las. Começam a fazer porque vêem a necessidade

daquela atividade, daquele jeito, pra que não haja mais complicações do paciente como um todo.(Par_3)

Eu vejo que esta equipe precisa ter uma tranquilidade, uma quantidade de pessoas bem treinada, mas em quantidade suficiente para que estas novas propostas que estamos fazendo, que são importantíssimas para nosso dia-a-dia, integram a segurança do paciente, precisamos fazer com que eles concordem e pensem junto. (Par_4)

Falta sensibilizar os enfermeiros, que mesmo com boa vontade, não tem o vínculo com a instituição, temos pessoas especializadas, que se doam, mas não fazem isso de verdade. Eu sei que ninguém precisa ser santo e nem mártir, mas estas questões do dia a dia, elas acabam atrasando esta sensibilização do que é mais importante. Você chega cansado, desempenha muitas atividades e ainda precisamos reunir a equipe pra elaborar um instrumento. Você viu que você não conseguiu reunir todos. As pessoas vêem que é importante reunir, sabem disso, mas este momento pra esta construção acaba passando, como em outras iniciativas, as pessoas acabam deixando. (Par_3)

O Hospital Universitário Antônio Pedro, por diversas gestões, empregou tentativas para implantação do PE, tendo por base diferentes referenciais, passando por construções de Lygia Paim e Wanda Horta.

Por ser um hospital universitário, a Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense (UFF), também contribuiu com cursos e treinamentos oferecidos pelos professores, que enfrentaram desafios devido a rotatividade de contratações e termos de contrato do pessoal de enfermagem.

Este universo fez com que os enfermeiros da onco hematologia se atentassem à dificuldade de reunião da equipe para a reflexão sobre o tema. A dificuldade em reunir a equipe para os grupos de discussão também é citada pelos depoentes, o que caracterizou também algumas das limitações desta pesquisa.

A equipe compreende que a autopercepção pode contribuir para a implantação do PE na unidade, uma vez que, quando cada um se perceber parte integrante deste

processo, e suas potencialidades, as reuniões e levantamento de outras estratégias poderão ser mais acessíveis.

A complexidade leva em conta o caráter tríplice da condição humana, que é ser ao mesmo tempo indivíduo-sociedade-espécie, a conscientização de que carregamos em nós esta tripla realidade. Assim, “todo desenvolvimento verdadeiramente humano deve compreender o desenvolvimento conjunto das autonomias individuais, das participações comunitárias e da consciência de pertencer à espécie humana.” (MORIN, 2008, p. 30)

A essas considerações, acrescenta-se que é essencial agregar às informações buscadas, reunidas, interligadas e contextualizadas as características fundamentais da condição humana: de um lado, a racionalidade, a mente lógica; do outro, as emoções, e a tendência ao erro e à ilusão, que está ligada à nossa condição de seres contingenciados a conviver com a incerteza.

“[...] as sociedades mais complexas comportam, ao mesmo tempo, a própria religação comunitária, antagonismos, rivalidades, desordens, todos inseparáveis das liberdades. Além disso, no espírito dos indivíduos, as relações acontecem a partir da responsabilidade, da inteligência, da iniciativa, da solidariedade, do amor” (MORIN, 2008, p. 35)

A ética é afirmada como a expressão do imperativo da religação. Todo ato ético é um ato de religação com o outro, com os seus, com a comunidade, com a humanidade, inclusive com o cosmos.

O pensamento complexo postula a ética da compreensão entre os humanos. Afirma que a ética é uma em seu tronco comum e múltipla nos seus ramos distintos (autoética, socioética, antropeética). Ela tem uma natureza dialógica por enfrentar a ambiguidade e contradição; exposta a incerteza do resultado, comportando aposta e estratégia e; não impõe uma visão maquiéista do mundo. É também complexa por ser uma ética da compreensão, que reconhece a complexidade humana. (MORIN, 2012b)

O enfermeiro ao prestar o cuidado integra esta ética, pois direciona suas ações com o intuito de proporcionar o bem estar ao outro, ao mesmo tempo que segue

preceitos elaborados pela ciência, pela profissão, pela sociedade e por suas próprias convicções. Presta o cuidado ao mesmo tempo em que ele integra o cuidado, é o cuidado.

Envolver-se é estar sensível ao simbólico, ao imaginário, ao lúdico; é perceber as pulsões vitais, saber e poder compreender a existência; é perceber o ritmo da vida, seu esquema, seu ponto nodal; é estar atento à noção de complementaridade, interação, redes, interdependência, correspondência, conjunção; é atentar para as relações, associações e interações que compõem a complexidade da vida diária.

Envolver-se em saúde é ocupar os espaços da saúde privada e pública (incluídas no Sistema Único de Saúde brasileiro); aponta para a integralidade/complementaridade das ações; é compreender o viver saudável característico/possível de cada comunidade e de cada individualidade; é humanizar os serviços. É também acolher e inter relacionar-se; é atentar para a pessoa como sujeito do cuidado; é enfim, permitir/promover a regeneração da ética para ocupar um vazio deixado pela descrença/desesperança no Outro. (KOERICH, ERDMANN, NITSCHKE, 2009). A saúde é, portanto, complexa.

O pensamento que toma a condição humana em sua complexidade, nutre, dessa forma, a capacidade de julgamento ético do sujeito. O princípio de religação orienta os sujeitos na direção da solidariedade. O reconhecimento das incertezas futuras quanto às consequências do ato ético, a **ecologia da ação** convida ao desenvolvimento da virtude da prudência e à utilização do princípio da precaução na análise das circunstâncias e contextos.

A ecologia da ação, como já abordado, é um conceito que resulta da conclusão de que, por todas essas razões, a postura estratégica é indispensável.

Para Morin, a estratégia opõe-se ao programa, ainda que possa comportar elementos programados. O programa é a determinação *a priori* de uma sequência de ações tendo em vista um objetivo. O programa é eficaz, em condições externas estáveis, que possam ser determinadas com segurança. (MORIN, 2012)

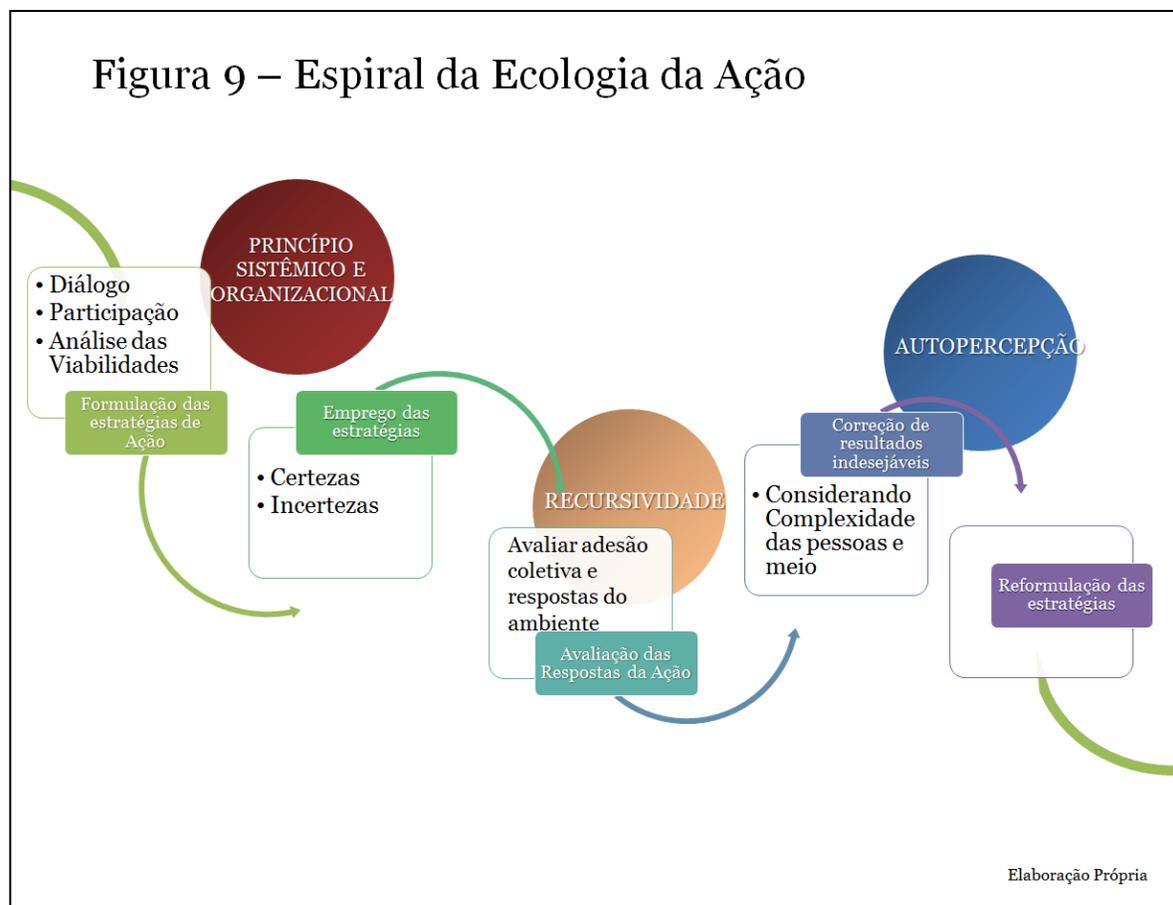
Mas as menores perturbações nessas condições desregulam a execução do programa e o obrigam a parar. A estratégia, como o programa, é estabelecida tendo em vista um objetivo; vai determinar os desenvolvimentos da ação e escolher um deles em função do que ela conhece sobre um ambiente incerto. A estratégia procura

incessantemente reunir as informações colhidas e os acasos encontrados durante o percurso.

Uma ação não depende apenas da intenção ou intenções de seu autor: ela também depende das condições do ambiente em que se desenrola.

A correção dos resultados indesejáveis de uma ação pode ser mal influenciada pelo excesso de otimismo, voluntarismo e onipotência de seu autor. Essas características podem dificultar – ou mesmo impedir – que ele perceba que sua ação já se modificou e que essas modificações, por sua vez, estão sujeitas a influências de numerosas variáveis.

Para tanto, o autor da ação deve aprender a reconhecer e acompanhar esses fatores e estar alerta para tudo o que possa interferir nesse reconhecimento e acompanhamento. Essa é uma posição estratégica. A estratégia ajuda a construir cenários que podem resultar em novas ações. Essa construção é antecedida pela avaliação das informações confiáveis disponíveis e do grau de incerteza do contexto e das circunstâncias, como ilustra a figura 9:



Ao longo do tempo sempre surgem fatos novos, mais informações são conseguidas e aparecem novas ameaças e oportunidades. Por isso as ações, sua evolução e seus desdobramentos precisam ser reexaminados e reavaliados a intervalos regulares. Estes, segundo o caso, podem ser traduzidos em minutos ou segundos, dias, meses e anos.

A Ecologia da Ação na unidade de onco-hematologia, assume, neste sentido, um desenho representado esquematicamente a seguir:

Figura 10 – A Ecologia da Ação na Unidade de Onco-hematologia



Consideradas estas reflexões, percebe-se que as ações coletivas para implantação do PE na unidade de onco hematologia participa de uma ecologia a ação onde, mesmo com iniciativas já empregadas pelo hospital, com boas intenções, as imprevisibilidades do percurso ainda não possibilitaram a efetiva implantação, mas a compreensão dos sujeitos sobre sua importância segue, fazendo com que estes assumam uma posição de autoconsciência, como o pensamento complexo relacionaria, auto ética, compreendendo os benefícios para a implantação e sugerindo a reunião coletiva como estratégia inicial.

Neste sentido, surge como TESE o seguinte postulado:

Para considerar o Processo de Enfermagem como estratégia gerencial é necessário o entendimento da Ecologia desta ação, no que diz respeito à participação dos sujeitos em sua implementação, conscientes de uma cultura que envolve o espírito (eu) e o meio, e as interrelações deste universo. Para isto, torna-se necessária a busca pela superação dos comportamentos enraizados na cultura da estagnação através da construção de estratégias coletivas que incluam na organização do processo de trabalho da equipe de enfermagem a consideração de ações que favoreçam lidar com incertezas e imprevisibilidades no cotidiano do trabalho.



Grupo Corpo – “Santagustin”

Considerações Finais

“a única proteção de alta complexidade está na solidariedade vivida.” (Edgar Morin)

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caminho ao encontro deste estudo é o próprio caminho ao encontro a enfermagem e suas bases teóricas. Anos após a instituição do Processo de Enfermagem, e, considerando o Brasil a questão legal de sua implantação, ainda se questiona a razão de sua inexistência em muitos serviços.

Embora seja recorrente a abordagem do Processo de Enfermagem nas publicações de pesquisa, com levantamento de diagnósticos e discussão de intervenções em diversas situações de problemas de saúde, como visto durante a problemática do estudo, os registros por muitas vezes carecem da execução de todas as etapas do PE.

Além disso, enquanto estratégia gerencial, o PE tem sido pouco compreendido, oferece os subsídios para a gerência do cuidado, entretanto carece do entendimento desta empregabilidade no cuidado.

Estas situações recorrentes nos levaram a refletir a relação Processo de Enfermagem e Gerência do cuidado, que neste estudo apresentou seu foco voltado para o cuidado em onco-hematologia.

As questões envolviam as situações onde o emprego do PE assumia um caráter gerencial, como isto se desenvolvia no pensamento dos enfermeiros e como estas reflexões poderiam ter seu impacto na prática do cuidado de enfermagem.

Apresentada a complexidade destas reflexões, o pensamento complexo de Edgar Morin, entre outros autores que abordam a Complexidade, contribuíram para elucidar as discussões sobre as estratégias coletivas para o Processo de Enfermagem na gerência do cuidado em onco-hematologia. O encontro ao referencial encontra encaixe e baseia o entendimento sobre o pensar, o fazer e o aprender-fazer em busca de soluções para problemas complexos, sendo necessária uma perspectiva que priorize as inter-relações entre os múltiplos fatores que influenciam o contexto.

Em contrapartida, o referencial teórico e filosófico requereu um método que pudesse ser empregado para desvelar e atingir os desafios de situações complexas apresentadas pelos enfermeiros para elaboração de estratégias.

Conseguimos encontrar realização na escolha da Pesquisa Convergente-Assistencial, pois conjuga problema de pesquisa e prática, procurando não desconjuga-lo de um contexto, priorizando o cotidiano que o pensamento complexo também o faz.

Este estudo valoriza a participação dos profissionais, como o alicerce da PCA, exaltando a recursividade da ação-reação-ação, que incita a reflexão sobre os problemas da prática, levando a soluções que partem do discurso de quem vivencia estas situações.

A convergência da ciência com a prática torna-se uma alternativa capaz de cooperar para redução da dicotomia do fazer e do pensar, se configura como parte essencial do paradigma emergente da ciência. Algo que precisamos construir gradativamente, pois a formação profissional e o exercício profissional ainda estão pautados no paradigma dominante da ciência.

Para Sanhudo (2013) a assistência de enfermagem na atenção oncológica acaba vinculada prioritariamente às intervenções gerenciais cumpridora de tarefas pautadas com forte tendência ao modelo taylorista, adotando a execução das técnicas como prioritárias no assistir/cuidar. As ações educativas seguem um modelo prescritivo que reduz o potencial participativo e integrador com a prática dos conhecimentos que os profissionais recebem.

Destarte, o pensamento complexo e a PCA encontram congruência e convergência, pois concordam com a contribuição entre os saberes de pesquisador e participantes, num encontro onde as soluções participativas reflitam a cientificidade e as relações envolvidas no cuidado prestado em onco-hematologia.

Para isto, o estudo procurou seguir atentamente as etapas metodológicas para descobrir as situações-problema, o desenvolvimento de sua complexidade no cotidiano da unidade e as propostas de estratégias para o PE na gerência do cuidado.

Na primeira fase do estudo, durante as entrevistas individuais, o levantamento das situações-problema permitiu enxergar onde se situava o PE na gerencia do cuidado na unidade. Suas nuances e empregabilidade foram apresentadas pelos enfermeiros num discurso objetivo, ao mesmo tempo em que, as subjetividades das falas também se mostravam, revelando os desafios em realiza-lo uniformemente, onde apareciam problemas de comunicação, relacionamento e até mesmo alguma falta de disposição em

realiza-lo. Ainda assim, uma esperança na melhora de qualidade do serviço permeou os discursos.

Tais concepções conduziram à convergência para assistência, que o estudo objetivou, contribuindo para uma transformação de visão de todos os enfermeiros envolvidos no implemento do estudo, inclusive o pesquisador. Foi possível mergulhar em reflexões que incitaram pensar no Brasil e como o movimento para a SAE é tão particular no país, havendo regiões onde estudos assumem um caráter vanguardista ao ponto em que, em outras, os desafios ainda se encontram na implantação e reorganização das equipes para a SAE.

Outro ponto importante desta fase foi considerar os participantes do estudo como sujeito único e plural, pois possibilitou compreendê-lo inserido no princípio hologramático do pensamento complexo, onde cada enfermeiro é um sujeito singular, mas carrega em si a equipe de enfermagem, sujeito plural.

Baseado neste exposto, as situações-problema puderam ser apresentadas ao grupo e rediscutidas para consolidação do discurso individual e coletivo.

Na segunda fase, o grupo de discussão se mostrou uma técnica de coleta de dados que possibilitou a participação dos enfermeiros no implemento da pesquisa contemplando a articulação entre pesquisa e assistência. Enquanto se obteve os dados, proporcionou a criação de vínculo entre as pessoas que estão vivenciando os problemas, para pensarem juntas as estratégias envolvendo o PE.

O intuito da discussão em grupo atinge outros pontos que a entrevista individual não o faz, pois permite a inferência de outros participantes, e a chamada para a reflexão em conjunto, numa referência aquilo que é tecido conjuntamente, na Complexidade.

A visão do grupo mostra claramente que o PE na unidade pode colaborar para a gerencia do cuidado a um cliente multidimensional, e, ao mesmo tempo, com características tão peculiares como é o cliente onco-hematológico. Além disso, o universo e o cuidar em onco-hematologia são espaços dinâmicos e multidimensionais, sendo assim complexos, e a gerência neste espaço deve considerar essa vivência.

A retratação do cotidiano demonstrou-se um fato relevante, ao serem revelados os movimentos realizados pela equipe para a gerência da calma e do caos, muito constantes na onco-hematologia. Pela instabilidade do quadro dos clientes, arranjos de

comunicação, rotinas, relacionamento multiprofissional necessitam ser levantados para o desenvolvimento dos plantões.

Contudo, entrelaçada com fala de esforço dos depoentes, na administração do cuidado onco-hematológico, se encontra a subjetividade de um discurso que se encaixa no senso comum de que o PE ainda é um assunto novo, difícil de encaixar nas engrenagens das instituições antigas de saúde, que já funcionam sob a influência de regimento de teorias administrativas burocráticas.

Somado a este quadro, os discursos também revelam a cultura organizacional das instituições públicas brasileiras, amplamente estudada, que retrata a acomodação dos funcionários públicos frente a estabilidade de seus cargos. Para o pensamento complexo, nós, como resultantes da cultura que nos cerca, somos compostos ao mesmo tempo em que compomos estas ideias, necessitando de um movimento conjunto, na ecologia da ação, para ruptura com estas concepções.

O termo *Status quo* é uma forma abreviada da expressão do Latim *in statu quo res erant ante bellum* ("no estado em que as coisas estavam antes da guerra"). Acredito que, de fato, vivenciamos uma guerra, ou minimamente um grande desafio para a implantação da SAE nos hospitais brasileiros, principalmente no Estado do Rio de Janeiro que especificamente é o nosso "campo de batalha".

A reversão do *status quo*, no pensamento complexo, é, obviamente, uma tarefa complexa, talvez não pela dificuldade imbuída, mas pela necessidade de análise minuciosa da situação, e o desafio para o emprego da ecologia da ação, numa postura solidária.

Morin propõe a solidariedade como uma solução para os problemas. Não somente uma solidariedade poética, de estender a mão e fazer o bem, mas o termo assume o sentido da força do coletivo na realização das ações. A unidade nas intencionalidades.

Uma empresa, em qualquer atividade, necessita que os agentes envolvidos o queiram fazer. Mesmo que haja uma ordem universal para o "faça", anda assim, aquele que não sentir esta necessidade, por razões de diferentes natureza, vai realizar a tarefa de forma insatisfatória, ou mesmo não realiza-la.

Quando a pesquisa relata a dificuldade em reunir o grupo para discussão, este fato, primeiramente exalta uma limitação da pesquisa, mas também se torna um dado

importante, que analisado sob o referencial, nada mais representa senão um dos desafios para a ecologia da ação envolvida na instituição da SAE em todo hospital: a necessidade de se sentar junto, refletir junto e caminhar junto.

Para um fenômeno complexo, a falta de interação entre as partes assume um empecilho à concretização dos objetivos. A principal estratégia requerida pelos enfermeiros da unidade é justamente poder sentar e discutir como equipe, não em grupos, mas num único grupo, a equipe.

Este fato começou a ser despertado em todos os participantes da pesquisa, quando num ato de convocação para a pesquisa, a enfermeira líder do serviço, inicia os convites juntamente com o pesquisador para o grupo, e começa a ouvir todos os impedimentos em relação a horário, local e disponibilidade. Ao momento, não registrado como um discurso da pesquisa, mas observado em diário de campo, ela diz, para que a equipe ouça: “as coisas só funcionam quando todos querem e conversam pra isso. Venho tentando reunir a equipe para discutir diversos assuntos, que envolvem nossas rotinas. Mas não consigo. Você mesmo não está conseguindo nos reunir.”

Este contexto assistencial acaba influenciando todo o modo de pensar e fazer dentro da unidade, entretanto, a realização da pesquisa junto com os enfermeiros já permite um espaço para o início, ou mesmo a retomada, de uma reflexão sobre o PE em todo o hospital.

É fato que, assim como o HUAP-UFF, muitos hospitais brasileiros seguem um modelo assistencial que privilegia a doença, a especialização, os modelos de gestão deterministas, entre outras características de um antigo paradigma de atenção à saúde.

Tem-se um espaço desenhado onde rupturas com estes modelos assumem verdadeiros desafios, entretanto o caminho para a reflexão sobre as ações necessita ser constantemente estimulado, rediscutido em equipe e as ações poderão ser empregadas e analisadas em seu retorno, num movimento recursivo.

Ao utilizar-se de estratégias para integrar a equipe na gerência do processo assistencial, com o emprego do PE, os enfermeiros se colocam como integradores dessas ações com a prática, com isso, se vislumbram a qualidade assistencial, modificação dos processos de trabalho e incremento da gerência do cuidado.

Na prática cotidiana as estratégias se configuram como possibilidades que se integram aos desafios, emergindo o fenômeno tecido pela complexidade que envolve o PE e a gerência do cuidado. Não se possui mais a lógica do desafio que é minado pela estratégia, mas o emprego constante de estratégias que trazem novos desafios a serem refletidos, dentro da imprevisibilidade do meio.

Cabe ao grupo assumir esta postura, como em qualquer unidade, para realização das estratégias. O despertar que acontece na concepção individual, mas é lançado ao grupo, que retoma e reflete em conjunto, retornando a cada participante, configurando o movimento da ecologia da ação num aspecto solidário.

7. Referências Bibliográficas

ABBAGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**. 5 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007

ALFARO-LÉFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: um guia passo a passo**. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 2002

ALVES, M.C.; SEMINOTTI, N. O pequeno Grupo e o paradigma da Complexidade de Edgar Morin. **Psicologia USP**, v.17, n.2, p.113-133, 2006.

ARAÚJO MAL, LEITÃO GCM. Acesso à consulta a portadores de doenças sexualmente transmissíveis: experiências de homens em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad Saúde Pública.**; vol 21, n 2: 396-403, março-abril 2005

BACKES, DS; SCHWARTZ, E. Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem: Desafios e Conquistas do Ponto de Vista Gerencial. **Ciência, cuidado e Saúde**. Maringá, v. 4, n. 2: 182-188, maio/ago. 2005

BACKES, DS et al. Sistematização da assistência de enfermagem como fenômeno interativo e multidimensional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 16, n. 6, dez. 2008

BATISTA AAV, VIEIRA MJ, CARDOSO NCS, CARVALHO GRP. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**. V. 39, n. 1: 85-91, 2005

BITTAR, DB; PEREIRA, LV, LEMOS, RCA. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. **Texto Contexto Enferm**. vol 15, n 4: 617-28. 2006

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 874, DE 16 DE MAIO DE 2013. 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). Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prto874_16_05_2013.html Acesso em 20/05/2014

BROOME, M.E. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: RODGERS, B.L.; KNAFL, K.A. *Concept development in nursing: foundations, techniques and applications*. Philadelphia: W.B. Saudanders, 200. p. 231-50.

BUSANELLO, J; LUNARDI FILHO, WD; KERBER, NPC. Produção da subjetividade do enfermeiro e a tomada de decisão no processo de cuidar. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 34, n. 2, jun. 2013

CAMPOS, R.G. Burnout: uma revisão integrativa na enfermagem oncológica. 2005. 158f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

CARVALHO, MC; ROCHA, FLR; MARZIALE, MHP; GABRIEL, CS; BERNARDES, A. Valores e práticas de trabalho que caracterizam a cultura organizacional de um hospital público. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 746-753, set. 2013

CARVALHO MWA, NOBREGA MML, GARCIA TR. Processo e resultados do desenvolvimento de um Catálogo CIPE® para dor oncológica. *Rev. esc. enferm. USP.* 2013 Oct; 47(5): 1060-1067

CERULLO, JASB; CRUZ, DALM. Implementação dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I em hospitais brasileiros. In: GAIDZINSKI, RR et al. **Diagnóstico de enfermagem na prática clínica.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

_____. Raciocínio clínico e pensamento crítico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, fev. 2010

CHAVES, E.C.L. Revisão do diagnóstico de enfermagem angústia espiritual. 2008. 255f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

CHIAVENATO, I; SAPIRO, A. Planejamento Estratégico: da Intenção aos Resultados - Fundamentos e Aplicações. 2ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, **2009**.

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

CHRISTOVAM BP, PORTO IS, OLIVEIRA DC DE. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. **Rev. esc. enferm. USP.** 2012 Jun; 46(3): 734-741

CONGALTON, R. G.; GREEN, K. **Assessing the accuracy of remotely sensed data: principles and practices.** New York: Lewis Publishers, 1999. 137 p.

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358 de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem; 2009

CONSOLI GL, HIRDES A, COSTA JSD. Saúde mental nos municípios do Alto Uruguai, RS, Brasil: um diagnóstico da reforma psiquiátrica. **Ciênc Saúde Coletiva.** 2009;14(1):117-28.

CORRÊA, C. G.; SILVA, R. C. G.; CRUZ, D. A. L. M. Sistematização da assistência de

- enfermagem. In: QUILICI, A. P. (coordenadora). **Enfermagem em cardiologia**. São Paulo: Atheneu, 2009
- CRESWELL, JW. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- DELL'ACQUA, Magda Cristina Queiroz; MIYADAHIRA, Ana Maria Kazue. Processo de enfermagem: fatores que dificultam e os que facilitam o ensino. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 34, n. 4, dez. 2000
- DUARTE, A.P.P.; ELLENSOHN, L. A operacionalização do processo de enfermagem em terapia intensiva neonatal. **Revista de Enfermagem da UERJ**. v. 15, n. 4, p. 521-526, 2007
- ERDMANN, AL. Sistemas de cuidados de enfermagem. Pelotas: Universitária/UFPel, 1996.
- ERDMANN, AL et al . Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 3, set. 2006 .
- ESPERIDIÃO, E. Repensando a formação do enfermeiro e investindo na pessoa: algumas contribuições da abordagem gestáltica. **R. Bras. Enferm.**, Brasília, v.53, n.3, p.415-423,
- FEHRING, R.J. Methods to validate nursing diagnoses. Heart and Lung, Saint Louis, v.16, n.6, p. 625-629, Nov. 1987.
- FELLI, V. E.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCGANT, P. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro, Guanabara/Koogan. 2005
- FERREIRA, IP. Estratégia coletiva de enfermeiras para reimplantação do Processo de Enfermagem: uma pesquisa convergente-assistencial. 2011. 204f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN-UFRJ). Rio de Janeiro: UFRJ / EEAN, 2011.
- FILHO, GB. **Bogliolo - Patologia Geral**. 5^a Ed. Guanabara Koogan, 2013
- FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro : Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012
- FULY, PSC; LEITE, JL; LIMA, SBS. Correntes de pensamento nacionais sobre sistematização da assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, p. 883-887, 2008

GAIDZINSKI, RR et al. **Diagnóstico de enfermagem na prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

GALDEANO, L.E. Validação do diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente em relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio. 2007. 147f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

GANONG, L. Integrative reviews of nursing research. *Research in Nursing & Health*, New York, v.10, n.1, p. 1-11, Feb. 1987

GARCIA, TR; NÓBREGA, MML. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial de pesquisa. **Escola Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n.1, p. 188 – 191, mar. 2009.

GARGIULO CA, MELO MCSC, SIMENA AMO, BARA VMF, SOUZA ÍEO. Vivenciando o cotidiano do cuidado na percepção de enfermeiras oncológicas. *Texto contexto - enferm*. 2007 Dez; 16(4): 696-702

GELBCKE, Francine Lima. 2002. *Interfaces dos aspectos estruturais, organizacionais e relacionais do trabalho de enfermagem e o desgaste do trabalhador*. Tese de Doutorado, Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina

GIANINI, M. M. S. Câncer e Gênero: enfrentamento da doença. Dissertação (Mestrado). Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

GOOSSEN, WTF; EPPING, PJMM; ABRAHAM, R. Classification systems in nursing: formalizing nursing knowledge and implications for nursing information systems. **Meth Inform Med**, vol. 35, n. 1, p. 59-71, 1996

GRANDO, SR; BASTOS, LC. Sistema de Apoio à Decisão à Taxonomia NANDA: Um Protótipo para os Diagnósticos de Enfermagem a Pacientes com Acidente Vascular Encefálico. 2005. 115 f. Dissertação (Mestrado em Mestrado Em Tecnologia Em Saúde) - Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

GUIMARAES, Eliane Marina Palhares; EVORA, Yolanda Dora Martinez. Sistema de informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 33, n. 1, abr. 2004

HAUSMANN M, PEDUZZI M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto contexto - enferm**. Jun; 18(2): 258-265, 2009.

HERMIDA, Patrícia Madalena Vieira; ARAUJO, Izilda Esmênia Muglia. Elaboração e validação do instrumento de entrevista de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 3, June 2006

HORTA, WA. **Processo de Enfermagem**. Sao Paulo: EPU, 1979.

HOSKINS, L. M. Clinical validation methodologies for nursing diagnosis research, In: CARROLL-JOHNSON, R. M. (Ed.). Classification of nursing diagnosis: proceedings of the Eight Conference of North American Nursing Diagnosis Association. Philadelphia: Lippincott, 1989. cap. 19, p. 126-137.

ICN. Conselho Internacional dos Enfermeiros (*International Council of Nurses*). Tomadas de Posição e as Folhas Informativas do ICN. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/Paginas/ICN.aspx> Acesso em Novembro de 2015

INCA. Instituto nacional do câncer – INCA. Estimativas para 2012 <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/> acesso em 02/11/2013

KOERICH, MS; ERDMANN, AL; NITSCHKE, RG. Ética em Saúde: complexidade, sensibilidade e envolvimento. **Revista Bioéthikos** - Centro Universitário São Camilo - 2009; 3(2):252-255

KUMAR, V; MITCHELL, RN; ABBAS, AK. **Fundamentos de Patologia - Robbins & Cotran** - 8ª Ed. Elsevier, 2012

LA FORGIA, GM; COUTTOLENC, BF. **Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência**. São Paulo: Singular; 2009

LEITE, JEL. Viabilidade do Processo de Enfermagem no contexto hospitalar. Dissertação (mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. 103 f. UFRN, 2011.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. Santa Maria, Palloti: 2006.

LEVIN, R. Who are the experts? A commentary on nursing diagnosis validation studies. *Nursing Diagnosis*, Philadelphia. v. 12, n.1, p. 29-32, Jan/Mar. 2001.

LIMA, AFC; KURCGANT, P. O processo de implementação do diagnóstico de enfermagem no hospital universitário da Universidade de São Paulo. **Rev Esc Enferm USP**, vol 40, n 1: 111-6, 2006

LOYOLA, AI et al . Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 13, n. 4, dez. 2004

LUNNEY, M. Levantamento de dados, julgamento clínico e diagnósticos de enfermagem: como determinar diagnósticos precisos. In: NANDA-I. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2009-2011**. Porto Alegre: Artmed, 2011

LUZ, MT. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saude soc.**, vol.18, n 2, p.304-311, Jun 2009.

LUIZ FF, MELLO SMM, NEVES ET, RIBEIRO AC, TRONCO CS. A sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva da equipe de um hospital de ensino. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2010 out/dez;12(4):655-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.8642>.

MARIOTTI, H. Pensando diferente – para lidar com a complexidade, a incerteza e a ilusão. São Paulo: Atlas, 2010

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVAO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto – enferm.. Florianópolis, v. 17, n. 4, Dec. 2008.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2007. p.71-112

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

_____. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec, 2006

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Instituto Nacional de Câncer. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2007

Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção a Saúde: Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes). Brasília (DF); agosto 2008.

MINTZBERG, H. **Estrutura e dinâmica das organizações**. Lisboa: Dom Quixote; 2004

MOREIRA, M.C.N. Imagens no espelho de vênus: mulher, enfermagem e modernidade. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v.7, n. 1, p.55-65, 1999

MORIN, E. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. Tradução Eloá Jacobina. - 10a ed. - Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009

_____. **Ciência com consciência**. Ed. revista e modificada pelo autor. 12 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008

_____. **Cultura de Massas no Século XX - Vol. 1 – Neurose**. 10 ed. Gen: 2011

_____. **Introdução ao Pensamento Complexo**. 3 ed. Porto Alegre: Sulina, 2007.

_____. **O Método 5**. 5 ed. Porto Alegre (RS): Sulina, 2012

_____. **O Método 6 ética**. 5 ed. Porto Alegre (RS): Sulina, 2012b

MORIN, E; TERENA, M. **Saberes Globais e Saberes Locais**. Rio de Janeiro: Garamond, 2000.

MOTTA, MGC; DIEFENBACH, GDF. Dimensões da vulnerabilidade para as famílias da criança com dor oncológica em ambiente hospitalar. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, ago. 2013

MUNIZ, MFL. Problematização dos fatores que interferem na linha do cuidado junto ao usuário com patologia oncológica: Uma proposta de intervenção em rede, a busca por uma ética a favor da vida ativa. 2013. Dissertação. Universidade Federal Fluminense (UFF). 129p.

NANDA-I, North American Nursing Diagnosis Association. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação, 2009-2011**. Porto Alegre (RS): Artmed; 2011.

NASCIMENTO, KC et al . Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, dez. 2008

NUNES CM, TRONCHIN DMR, MELLEIRO MM, KURCGANT P. Satisfação e insatisfação no trabalho na percepção de enfermeiros de um hospital universitário. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet] vol. 12, n. 2: 252-7, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/10.5216/ree.v12i2.7006>

OLIVEIRA M, TREZZA C, SANTOS R, MONTEIRO F. Apprehensions of the family who takes care of their family member with cancer at home **Journal of Nursing UFPE on line [JNUOL / DOI: 10.5205/01012007]** [serial on the Internet]. 2014 January 24; 8(4) Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4184>

OMS. Organização Mundial de Saúde. Prevenção de Doenças Crônicas um investimento vital. © Copyright Organização Mundial da Saúde (OMS), 2005. Todos os direitos reservados.

PACHECO, M; VELLASC, M. **Sistemas Inteligentes de Apoio à Decisão**. São Paulo: Interciência, 2007.

PASSOS, JP; CIOSEK, SI. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em Unidade Básica de Saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, Dec. 2006

PATERSON, J, ZDERAD, L. **Humanistic nursing**. New York (USA): National League for Nursing, 1988.

PIRES, D; GELBCKE, FL; MATOS, E. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, set. 2004

PIRES D, MATOS E. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. V 15, n 3, Jul-Set 2006

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 487 p.

POMPEO, D.A. Diagnóstico de enfermagem náusea em pacientes no período pós-operatório imediato: revisão integrativa da literatura. 2007. 184f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

POMPEO, DA; ROSSI, LA; GALVAO, CM. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 4, 2009

PORTO, CC. **Exame Clínico: bases para a prática médica**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

RAFF, M; LEWIS, J; ROBERTS, K; ALBERTS, B; JOHNSON, A; WALTER, P. **Molecular Biology of the Cell**. Garland Pub, 2013

RESENDE, E. **O livro das competências** – desenvolvimento das competências: a melhor autoajuda para pessoas, organizações e sociedade. 2 ed. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2003.

ROSSI, FR; SILVA, MAD. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Rev Esc Enferm USP**, v. 39, n. 4, p. 460-8, 2005.

SANHUDO, NF. Liderança em enfermagem na prevenção e controle de infecções nos pacientes com câncer. (Tese) - Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2013.

SANTOS, José Luís Guedes dos et al . Concepções de comunicação na gerência de Enfermagem Hospitalar entre enfermeiros gerentes de um hospital universitário. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 45, n. 4, ago. 2011

SANTOS, SR. Sistema de informação em enfermagem: interação do conhecimento tácito-explícito. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, n. 1, Feb. 2005.

SANTOS, SR. Informática em enfermagem: desenvolvimento de software livre com aplicação assistencial e gerencial. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, jun. 2010

SILVA, B. C.; JOTZ, C. B; SEMINOTTI. Grupo Sistêmico Complexo como Método de Reflexão e Produção de Subjetividade na Escola. Apresentação oral e de pôster no XXII Salão de Iniciação Científica UFRGS 2010

SILVA, CMC. Do reducionismo à Complexidade: o exame físico de enfermagem no cuidado com o corpo. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói (RJ), 2010

SILVA, CMC; SABOIA, VM; TEIXEIRA, ER. O ensino do exame físico em suas dimensões técnicas e subjetivas. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 3, set. 2009.

SILVA, LFA; SANTOS, SSC. Depressão em idosos de uma instituição de longa permanência (ILP): proposta de ação de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, vol 26, n 1: 57-66, 2005

SILVA, MM da et al . O trabalho noturno da enfermagem no cuidado paliativo oncológico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 21, n. 3, jun. 2013

SILVA, MM da; MOREIRA, MC. Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 24, n. 2, 2011

SOUSA, VD; DRIESSNACK, M; MENDES, IAC. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, junho 2007

SOUZA, MF. Abordagens do cuidado na enfermagem. **Acta Paul Enferm**, vol 13, n esp 1: 98-106. 2000.

SOUZA LM, GORINI MIPC. Diagnósticos de enfermagem em adultos com leucemia mielóide aguda. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS) 2006 set; 27(3):417-25

SOUZA, Marília Fernandes Gonzaga de; SANTOS, Ana Dulce Batista dos; MONTEIRO, Akemi Iwata. O processo de enfermagem na concepção de profissionais de Enfermagem

de um hospital de ensino. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. 2, p. 167-173, Apr. 2013

SOUTO, MD. Marcas da Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem na Enfermaria Cirúrgica do Hospital do Câncer III (Tese). Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2011

SPAGNOL CA, L'ABBATE S. Conflito organizacional: considerações teóricas para subsidiar o gerenciamento em enfermagem. **Cienc Cuid Saúde**. V. 9, n. 4, p. 822-7, 2010.

STUMM, EMF; SCHERER, JA; KIRCHNE, RM; BERLEZ, E; FRAN, LBB. Vivências de idosos submetidos à prostatectomia por câncer: subsídios para o cuidado de enfermagem. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 9, n. 1, p. 89 - 102, jan./jun. 2010

TEIXEIRA, ER. O ético e o estético nas relações de cuidado em enfermagem. **Texto & Contexto Enferm**, vol 14, n 1: 89-95, 2005

TERRA, JCC. Os desafios da produtividade: novas habilidades na era da informação e do conhecimento e o papel central da gestão do conhecimento. In: Ministério da Ciência e Tecnologia, Centro de Gestão e Estudos Estratégicos. Seminário Preparatório da 3.^a Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação; 2005 Nov 16-18 [acesso em 2011 Nov 05]. Disponível em: <http://www.cgee.org.br/cncti3/>

TIEZZI, DG. Breast cancer: a future challenge for health systems in developing countries. **Rev Bras Ginecol Obstet**. V. 32, n. 6, p. 257-9, 2010

TOLEDO, EHR; DIOGO, MJE. Idosos com afecção onco-hematológica: ações e as dificuldades para o autocuidado no início da doença. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, dez. 2003

TORRES, E; CHRISTOVAM, BP; FULY, PCS; SILVINO, ZR; ANDRADE, M. Sistematização da assistência de enfermagem como ferramenta da gerência do cuidado: estudo de caso. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 4, dez. 2011

TRENTINI M; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. Insular, 2004

VAGHETTI HH, PADILHA MI, SILVA RC, SIMÕES JMTA. Trabalho como subsistência nos hospitais públicos brasileiros. **Rev Bras Enferm**. 62(6):906-911, 2009.

VAITSMAN, J. ; RIBEIRO, JM ; LOBATO, L. Análise de políticas, políticas de saúde e a Saúde Coletiva. **Physis (UERJ. Impresso)**, v. 23, p. 589-611, 2013

VAZ, AF et al . Implementação do processo de enfermagem em uma unidade de radioterapia: elaboração de instrumento para registro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, jun. 2002

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, vol 43, n 3, 2009.

WALDOW, V.R. Caring and humanize: relationships and meanings. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 3, 2011

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*. Oxford, v. 52, n.5, p. 546-553, Dec. 2005.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**



INSTRUMENTO PARA COLETA INDIVIDUAL DOS DADOS

Questão Norteadora: “Que situações você vivencia na unidade onco-hematológica que requerem a gerência do cuidado pelo Processo de Enfermagem?”



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde

Sr(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **intitulada:** Estratégias de Ação em Equipe para o Processo de Enfermagem na Gerência do cuidado em Unidade onco-hematológica, que tem como **objetivos:** conhecer as situações-problema vivenciadas pelos enfermeiros para gerenciar o cuidado de enfermagem a partir do Processo de Enfermagem na prática cotidiana em unidade onco-hematológica; elaborar com os enfermeiros proposta de estratégias de ação voltadas para a implementação da gerência do cuidado pelo Processo de e Enfermagem nessa unidade; e discutir os desafios e as possibilidades para implementação das estratégias de ação voltadas para a gerência do cuidado pelo Processo de Enfermagem elaboradas pelos enfermeiros. Este é um estudo baseado em uma abordagem qualitativa, utilizando como método a Pesquisa Convergente Assistencial.

A pesquisa terá duração de 06 meses, com o término previsto para dezembro/ 2014. Suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os **dados coletados** serão utilizados apenas **NESTA** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você poderá **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o(s) pesquisador (a) ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista. A entrevista será gravada em formato *MP3* para posterior transcrição – que será guardada por **cinco (05)** anos e incinerada após esse período. Sr (a) não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras**.

A pesquisa propõe-se à minimização de possíveis riscos de constrangimento durante uma entrevista ou uma observação; risco de dano emocional e risco social. Havendo a ocorrência de algum destes eventos, o pesquisador se propõe ao seu encaminhamento ao serviço de apoio correspondente, já que o ambiente da pesquisa se dá em um hospital universitário, onde é possível acesso e atendimento a estes serviços.

Pesquisador Principal (instituição)

Participante da pesquisa

O **benefício** relacionado à sua participação será o de aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem gerencial.

Sr (a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Marléa Chagas Moreira

EEAN/ UFRJ

Cel: (21) 99539-6806

E-mail marleachagas@gmail.com

Carlos Magno Carvalho da Silva

Pesquisador/ Doutorando EEAN-UFRJ

Cel: (21) 98549-9772

E-mail mcarvalho27@yahoo.com.br

Comitê de Ética e Pesquisa EEAN/HESFA/UFRJ – Tel: (21) 2293 8148 –

Ramal: 228 E-mail: cepeeanhesfa@gmail.com

“O Comitê de Ética é o setor responsável pela permissão da pesquisa e avaliação dos seus aspectos éticos. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique-se com o Comitê de Ética da Escola pelo telefone supracitado.”

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

_____, ____ de _____ de 2014.

Participante da Pesquisa:

(Assinatura)