

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE METODOLOGIA DA ENFERMAGEM
NÚCLEO DE PESQUISA GESTÃO EM SAÚDE E EXERCÍCIO PROFISSIONAL
EM ENFERMAGEM – GESPEN

TESE DE DOUTORADO

**O GERENCIAMENTO DO CUIDADO DE
ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PALIATIVA
ONCOLÓGICA**

MARCELLE MIRANDA DA SILVA

RIO DE JANEIRO

JUNHO/2011

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

**O GERENCIAMENTO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO
PALIATIVA ONCOLÓGICA**

MARCELLE MIRANDA DA SILVA

ORIENTADORA: PROF^a DR^a MARLÉA CHAGAS MOREIRA

TUTORA: PROF^a DR^a ALACOQUE LORENZINI ERDMANN

RIO DE JANEIRO

JUNHO/2011



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

**O GERENCIAMENTO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO
PALIATIVA ONCOLÓGICA**

MARCELLE MIRANDA DA SILVA

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional em Enfermagem – GESPEN para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

RIO DE JANEIRO

JUNHO/2011

**O GERENCIAMENTO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO
PALIATIVA ONCOLÓGICA**

MARCELLE MIRANDA DA SILVA

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

Rio de Janeiro, 30 de junho de 2011.

Banca Examinadora

Presidente: Dr^a Marléa Chagas Moreira

1^a examinadora: Dr^a Patricia dos Santos Claro Fuly

2^a examinadora: Dr^a Alacoque Lorenzini Erdmann

3^a examinadora: Dr^a Maria Júlia Paes da Silva

4^a examinadora: Dr^a Joséte Luzia Leite

1^o Suplente: Dr^a Cecília Maria Izidoro Pinto

2^o Suplente: Dr^a Bárbara Pompeu Christovam

RIO DE JANEIRO

JUNHO/2011

Dedico esta Tese às pessoas especiais na vida, e que fazem valer à pena o crescimento, a dedicação, o empenho, o esforço, e dão o mais puro sentido à vida - o amor. Ao meu amado esposo Rodrigo Barroso Guimarães, à minha querida mãe Sônia Marmo de Miranda e ao meu fofinho avô Manoel Marmo de Miranda.

“A vida é mesmo coisa muito frágil, uma bobagem, uma irrelevância, diante da eternidade do amor de quem se ama” (Nando Reis).

No último instante
Composição: Rodrigo Barroso Guimarães

*A medida do prazer, na idade da razão
A essência de querer, a liberdade de um não
A alegria da chegada, o sentido de uma vida
A esperança que se esvai, a dor da despedida
A verdade que não mente, na mentira que se esconde
A paz de uma escolha, que inicia um horizonte*

*No último instante com quem você quer ficar?
Se o fim fosse hoje me diz quem vai se lembrar de você!*

*O sentido do prazer, a medida da razão
A loucura de um ser... Insana solução!
Tempo hoje é coisa rara, ganhar grana garantia
Felicidade enlatada no comércio da alegria
E o que vale a pena a vaidade condenou
Amizade, amor e crenças.... Ficou tudo para depois...*

*No último instante com quem você quer ficar?
Se o fim fosse hoje me diz quem vai se lembrar de você!*



AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Agradeço a Deus, por ter estado presente na minha vida e me fazer acreditar que sou uma pessoa abençoada, e que tudo pode, e dá certo.

Agradeço a minha mãe, por ter sempre investido em mim, por ter investido a sua própria vida em mim, por ter me ensinado muitas coisas, por ter sido meu exemplo, por me admirar e incentivar a ir além, e por ter me ensinado a amar.

Agradeço ao meu esposo, pela oportunidade do amor, completamente surpreendente e encantador, pessoa amável, inteligente, meu companheiro de longa data, com o qual venho construindo, vivendo e imaginando a vida...

Agradeço a minha família, que com grande dedicação e admiração, faz parte da minha pessoa, toda ela responsável pelo que sou. Um imenso obrigada as minhas outras mães Eliane, Leila e Venina, e aos meus exemplos de pai, Manoel Marmo e Ricardo Marmo.

Agradeço as minhas amigas Maria Gefé, Sabrina Machado e Marluci Stipp, por viverem comigo os momentos de distração e os de muito trabalho, e por saberem exatamente como o doutorado exige de você.

Agradeço a Profa Joséte por ter aberto as portas da sua casa, e ter me ajudado na construção desta tese com toda a sua disponibilidade, conhecimento e sensibilidade, me permitindo o mais valioso fruto desse encontro: a amizade.

Agradeço a Nereida, agora amiga de trabalho, mas que eu tenho certeza de que nunca duvidou de que eu chegaria lá.

Agradeço a Profa Marléa pela oportunidade e confiança depositada, num processo de construção desde o curso de mestrado.

Agradeço a Profa Alacoque e a todos os integrantes do GEPADES que me receberam de forma muito simpática, e me permitiram o conhecimento e vivência de outra realidade, importante ao crescimento.

Agradeço a oportunidade de ter passado pelo HC IV, e enxergar os valores da vida, e despertar o interesse em procurar contribuir para uma assistência de enfermagem a essas pessoas de forma sensível, humana e de qualidade, para que o cuidado possa ser planejado mesmo “*quando tudo está perdido*”, porque “*sempre existe uma luz*”, “*sempre existe um caminho*” (Renato Russo).

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Coordenação Geral, equipe de Pós-Graduação e da Biblioteca Setorial da EEAN/UFRJ, pela ajuda, carinho e respeito nos diversos momentos do desenvolvimento do curso.

Agradeço os professores da EEAN/UFRJ que fizeram parte dessa trajetória durante as disciplinas do curso.

Agradeço as professoras Doutoras, membros participantes da avaliação final do estudo, pela contribuição e privilégio de terem acompanhado a evolução desta tese.

Agradeço ao corpo docente do Departamento de Metodologia da Enfermagem da EEAN/UFRJ, que durante o processo me recebeu muito bem na condição de docente, e contribuiu para que eu pudesse dedicar tempo necessário para conclusão da tese.

Agradeço aos enfermeiros, técnicos de enfermagem e cuidadores, sujeitos do estudo, sem os quais nada seria possível, ou faria sentido.

Agradeço a todos os colegas da turma de doutorado, pelas discussões e compartilhamento de dúvidas e ansiedades.

RESUMO

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

O contexto da atenção paliativa oncológica é marcado pela possibilidade de manifestação por parte da pessoa acometida pela doença e do seu cuidador de múltiplas demandas e dimensões de cuidado. Seguindo os preceitos da atenção paliativa, a indicação da internação hospitalar é decorrente de sintomas refratários e desconfortantes ou devido aos problemas sociais graves, sendo a assistência domiciliar a principal modalidade de atendimento. Os problemas que indicam a internação podem estar associados à instabilidade do quadro clínico da pessoa e à menor sobrevida. Tais peculiaridades relacionadas com as imprevisibilidades, as incertezas da vida, o sofrimento humano e a proximidade da morte imprimem certa complexidade à especialidade. Na perspectiva do pensamento complexo, esta realidade exige do enfermeiro a aplicação de referenciais dinâmicos e flexíveis para o gerenciamento do cuidado, de forma a valorizar a interatividade e a interdisciplinaridade. Em assim sendo, o presente estudo tem como objeto o significado do gerenciamento do cuidado de enfermagem na atenção paliativa oncológica no atendimento das necessidades da pessoa hospitalizada e do seu cuidador na prática do enfermeiro. Neste sentido, tem como objetivos: compreender o significado atribuído pelos enfermeiros acerca do gerenciamento do cuidado de enfermagem no contexto da internação hospitalar na atenção paliativa oncológica; analisar a prática do gerenciamento do cuidado de enfermagem desenvolvida pelos enfermeiros no contexto; e construir uma matriz teórica do gerenciamento do cuidado de enfermagem na atenção paliativa oncológica no atendimento das necessidades da pessoa hospitalizada e do seu cuidador, a partir da prática do enfermeiro e de outras pessoas envolvidas no cuidado. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória, que aplicou o referencial teórico da Ciência da Complexidade, especialmente por Edgar Morin, e o referencial metodológico da Grounded Theory ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). O projeto obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer (INCA) com o parecer 45/10. Foram investigados três grupos amostrais, por meio da entrevista semi-estruturada, a saber: o primeiro compostos por sete enfermeiros, o segundo por oito cuidadores, e o terceiro por quatro técnicos de enfermagem. O cenário de coleta de dados foi o setor de internação hospitalar do Hospital do Câncer IV, unidade especializada na atenção paliativa do INCA. Além da entrevista, a técnica da observação não-participante também foi utilizada para coleta dos dados. Foram geradas dezessete categorias de análise, com suas respectivas subcategorias e componentes. Todas as categorias foram provenientes do movimento de ir e vir, de comparação e interação entre os dados brutos e os códigos, seguindo método rigoroso e sistemático da TFD, nos processos de codificações aberta, axial e seletiva. A matriz teórica construída, representada pelo fenômeno central do estudo, a partir do emprego do conceito de paradigma, foi validada por integrantes do Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração e Gerência do Cuidado de Enfermagem e Saúde (GEPADES), durante a realização do Doutorado na modalidade Sanduíche na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), no primeiro semestre de 2011, sendo ela: **gerenciando o cuidado de enfermagem na atenção paliativa oncológica no atendimento das necessidades da pessoa hospitalizada e do seu cuidador, valorizando o cuidar e sua complexidade.**

Essa matriz confirma a tese defendida: os enfermeiros gerenciam o cuidado de enfermagem na atenção paliativa oncológica no atendimento das necessidades da pessoa hospitalizada e do seu cuidador, por meio da valorização do desenvolvimento de aptidões para alcance dos objetivos de cuidado, para compor a nova ordem no cenário, diante das relações dialógicas ordem/desordem, vida/morte, e para vencer as dificuldades relacionadas com os limites pessoais, coletivos e institucionais.

Palavras-chave: Neoplasias. Cuidados Paliativos. Enfermagem Oncológica. Gerência.

ABSTRACT

SILVA, M. M. **The management of nursing care in palliative treatment in oncology**. Doctorate Thesis (Doctorate in Nursing). Anna Nery Nursing School, Federal University of Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2011. 349p.

The context of palliative treatment in oncology is marked by the possibility of manifestation of the person affected by the disease and their caregivers of multiple demands and dimensions of care. Following the precepts of palliative treatment, indication the hospital is due to refractory and discomforting symptoms or to social problems and home care is the main modality of treatment. The problems indicate that the hospitalization might be associated with clinical instability and with reduced survival of the person. Such peculiarities related to the unpredictability, the uncertainty of life, human suffering and near death print some complexity to the specialty. In view of the complexity, this reality requires nurses to apply dynamic and flexible frameworks for the management of care, in order to enhance the interactivity and interdisciplinary. That being so, this study considers the meaning of the management of nursing care in palliative treatment in oncology in meeting the needs of hospitalized patients and their caregivers in nursing practice. In this sense, aims to: understand the meaning given by nurses regarding the management of nursing care in the hospitalization in palliative treatment in oncology; analyze the practice of care management developed by nurses in the context; and build a theoretical framework of management of nursing care in context, from the practice of nurses and others involved in care. It is a qualitative and exploratory study, which applied the theoretical framework of the Science of Complexity, by Edgar Morin, and the methodological framework of Grounded Theory (GT). The project was approved by the Ethics in Research of the National Cancer Institute (NCI) with appear number 45/10. Three different samples were investigated by the semi-structured interview: the first consisting with seven nurses, the second with eight caregivers, and the third with four nursing technicians. The scenario for data collection was the hospital unit specializing in palliative treatment in oncology in the NCI. Besides the interview, the technique of non-participant observation was also used for data collection. Seventeen categories were generated for analysis, with their respective subcategories and components. All categories were from the movement or coming and going, comparison and interaction between the raw data and codes, following rigorous and systematic method of GT. The theoretical framework built, represented by the central phenomenon of study, from the use of the concept of paradigm, has been validated by the Group of Studies and Research in Administration and Management of Nursing Care and Health, during the Doctorate Sandwich at the Federal University of Santa Catarina, in the first half of 2011, which is: **managing nursing care in palliative treatment in oncology in meeting the needs of hospitalized patients and their caregivers, enhancing the care and its complexity**. This theoretical framework confirms the argument: the nurses manage nursing care in palliative treatment in oncology in meeting the needs of hospitalized patients and their caregivers, through the enhancement of skills development for achieving the goals of care, to compose the new order in the scene in front of dialogical relations order and disorder, life and death, and to overcome difficulties related to personal, collective and institutional boundaries.

Keywords: Neoplasms. Hospice care. Oncologic Nursing. Management.

RESUMEN

SILVA, M. M. **Gestión de los cuidados de enfermería en los cuidados paliativos oncológicos**. Tesis de Doctorado (Doctorado en Enfermería). Escuela de Enfermería Anna Nery, Universidad Federal de Río de Janeiro. Río de Janeiro, 2011. 349p.

El contexto de los cuidados paliativos oncológicos se caracteriza por la posibilidad de manifestación de la persona afectada por la enfermedad y sus cuidadores de las múltiples demandas y dimensiones de la atención. Siguiendo los preceptos de los cuidados paliativos la indicación del hospital es debido a síntomas refractarios, incómodos, y los problemas sociales, y la atención domiciliaria es la principal modalidad de tratamiento. Los problemas que indican la hospitalización pueden estar asociados con la inestabilidad del cuadro clínico de la persona y con una supervivencia reducida. Tales particularidades relacionadas con la imprevisibilidad, la incertidumbre de la vida, el sufrimiento humano, y cercana de la muerte causan cierta complejidad a la especialidad. Desde la perspectiva del pensamiento complejo, esta realidad requiere que los enfermeros utilicen marcos dinámicos y flexibles para la gestión de la atención con el fin de mejorar la interactividad e interdisciplinario. Siendo así, el estudio considera la importancia de la gestión de los cuidados de enfermería en los cuidados paliativos oncológicos para satisfacer las necesidades de las personas hospitalizadas y sus cuidadores en la práctica de enfermería. En este sentido, tiene como objetivos: comprender el significado dado por los enfermeros en relación con la gestión de la atención de enfermería en los cuidados paliativos oncológicos; analizar la práctica de la gestión desarrollada por el enfermero en el contexto; y construir un marco teórico de la gestión de los cuidados de enfermería en el contexto, desde la práctica del enfermero y otras personas involucradas en la atención. Se trata de un estudio cualitativo y exploratorio, que utiliza el marco teórico de la ciencia de la complejidad, Edgar Morin, y la metodología de la Teoría Fundamentada en los Datos. El proyecto fue aprobado por la Ética en la Investigación del Instituto Nacional del Cáncer (INCA) con el dictamen 45/10. Tres grupos de muestras diferentes fueron investigados por medio de entrevista semi-estructurada, el primero que consta de siete enfermeros, el segundo de ocho cuidadores, y el tercero de cuatro técnicos de enfermería. El escenario para la recolección de los datos fue el sector del hospital de la unidad especializada en los cuidados paliativos oncológicos del INCA. Además de la entrevista, la técnica de la observación no participante también se utilizó para la recolección de los datos. Diecisiete categorías se generaron para el análisis, con subcategorías y sus respectivos componentes. Todas las categorías fueron desde el movimiento de ir y venir, la comparación y la interacción entre los datos brutos y los códigos, siguiendo el método riguroso y sistemático de la Teoría Fundamentada en los Datos, el proceso de codificación abierta, axial y selectiva. El marco teórico construido, representado por el fenómeno central del estudio, empleando el concepto de paradigma, ha sido validado por el Grupo de Estudios y Investigación en Administración y Gestión de Cuidados de Enfermería y Salud, durante el intercambio en la Universidad Federal de Santa Catarina (UFSC), en el primer semestre de 2011, lo que es: **gerenciando el cuidado de enfermería en los cuidados paliativos oncológicos para satisfacer las necesidades de las personas hospitalizadas y sus cuidadores, valorando el cuidado y su complejidad**. Esta matriz confirma el argumento: el enfermero gestiona el cuidado de enfermería en los cuidados paliativos oncológicos para satisfacer las necesidades de las

personas hospitalizadas e sus cuidadores, mediante la mejora del desarrollo de capacidades para el logro de las metas de atención, para componer el nuevo orden en el escenario, antes de las relaciones dialógicas orden y desorden, vida y muerte, y para superar las dificultades relacionadas con los límites personales, colectivos y institucionales.

Palabras Clave: Neoplasias. Cuidados Paliativos. Enfermería Oncológica. Gerencia.

LISTA DE FIGURAS

1. Figura 01 – Possibilidades de interação entre os elementos fundamentais para construção da matriz teórica	59
2. Figura 02 - Lógica da amostragem teórica	64
3. Figura 03 - Descrição do processo de codificação	74

LISTA DE QUADROS

1. Quadro 01 – Recorte dos dados brutos e códigos preliminares na 3ª entrevista (enfermeiros).....	69
2. Quadro 02 – Recorte da codificação dos dados da Categoria 01 utilizando as entrevistas	70
3. Quadro 03 – Enfatizando a importância do gerenciamento do cuidado de enfermagem	89
4. Quadro 04 – Integrando as ações necessárias ao gerenciamento do cuidado de enfermagem	93
5. Quadro 05 – Indo ao encontro dos preceitos da atenção paliativa	96
6. Quadro 06 – Relatando o processo de trabalho do enfermeiro nos serviços diurno e noturno.....	100
7. Quadro 07 – Desvelando as relações cuidador e a pessoa hospitalizada para melhor compreensão dos sentimentos envolvidos	109
8. Quadro 08 – Avaliando se o cuidador está preparado para exercer as ações	114
9. Quadro 09 – Delegando funções ao cuidador no gerenciamento do cuidado de enfermagem	122
10. Quadro 10 – Apoiando o cuidador no luto antecipado e imediato	127
11. Quadro 11 – Cuidando da pessoa grave clinicamente	134
12. Quadro 12 – Cuidando da pessoa estável clinicamente	141
13. Quadro 13 – Estabelecendo prioridades no atendimento	147
14. Quadro 14 – Gerenciando a intercorrência clínica	151
15. Quadro 15 – Trabalhando com a equipe de enfermagem	161
16. Quadro 16 – Gerenciando o cuidado de enfermagem de forma participativa com os demais profissionais da área da saúde	171
17. Quadro 17 – Fazendo a descrição do processo de admissão da pessoa, dos principais objetivos da enfermagem no período da internação, e do desfecho por meio da alta hospitalar.....	180
18. Quadro 18 – Vivenciando as mudanças físicas e psicossociais sentidas pelas pessoas e cuidadores em curto, médio e longo prazo	191
19. Quadro 19 – Exercendo diversas ações na ausência dos demais	198

membros da equipe interdisciplinar	
20. Quadro 20 – Destacando como problema o déficit de recursos humanos na enfermagem	202
21. Quadro 21 – Levantando os aspectos burocráticos que exigem muito tempo da enfermagem	206
22. Quadro 22 – Indo a prática ao encontro do que considera importante	212
23. Quadro 23 – Configurando a complexidade do contexto de atuação dos enfermeiros	220
24. Quadro 24 – Identificando aspectos positivos do cuidado de enfermagem no atendimento das necessidades das pessoas	230
25. Quadro 25 – Apontando problemas no atendimento	236
26. Quadro 26 – Participando do cuidado	246
27. Quadro 27 – Desvelando as necessidades do cuidador	252
28. Quadro 28 – Velando as necessidades do cuidador	256
29. Quadro 29 – Indo além do cuidado técnico	260
30. Quadro 30 – Apoiando o cuidador na experiência que está sendo vivenciada na internação hospitalar	265
31. Quadro 31 – Trabalhando com a equipe de enfermagem	269
32. Quadro 32 – Trabalhando com os demais profissionais da área da saúde.....	271
33. Quadro 33 – Destacando como problema o déficit de recursos humanos	275
34. Quadro 34 – Revelando a nova área de conhecimento e atuação profissional	279
35. Quadro 35 – Configurando a complexidade do contexto de atuação dos técnicos de enfermagem	283

LISTA DE DIAGRAMAS

1. Diagrama 01 – CATEGORIA – Compreendendo o gerenciamento do cuidado de enfermagem	87
2. Diagrama 02 – SUBCATEGORIA – Enfatizando a importância do gerenciamento do cuidado de enfermagem	89
3. Diagrama 03 – SUBCATEGORIA – Integrando as ações necessárias ao gerenciamento do cuidado de enfermagem	92
4. Diagrama 04 – SUBCATEGORIA – Indo ao encontro dos preceitos da atenção paliativa	95
5. Diagrama 05 – CATEGORIA – Descrevendo a prática para compreensão do gerenciamento do cuidado de enfermagem	98
6. Diagrama 06 – SUBCATEGORIA – Relatando o processo de trabalho do enfermeiro nos serviços diurno e noturno.....	99
7. Diagrama 07 – CATEGORIA – Dialogando com o cuidador	107
8. Diagrama 08 – SUBCATEGORIA – Desvelando as relações cuidador e a pessoa hospitalizada para melhor compreensão dos sentimentos envolvidos	109
9. Diagrama 09 – SUBCATEGORIA – Avaliando se o cuidador está preparada para exercer as ações	114
10. Diagrama 10 – SUBCATEGORIA – Delegando funções ao cuidador no gerenciamento do cuidado de enfermagem	122
11. Diagrama 11 – SUBCATEGORIA – Apoiando o cuidador no luto antecipado e imediato	127
12. Diagrama 12 – CATEGORIA – Atendendo as necessidades da pessoa hospitalizada	132
13. Diagrama 13 – SUBCATEGORIA – Cuidando da pessoa grave clinicamente	133
14. Diagrama 14 – SUBCATEGORIA – Cuidando da pessoa estável clinicamente	141
15. Diagrama 15 – SUBCATEGORIA – Estabelecendo prioridades no	

atendimento	147
16. Diagrama 16 – SUBCATEGORIA – Gerenciando a intercorrência clínica	151
17. Diagrama 17 – CATEGORIA – Tecendo o trabalho em equipe	159
18. Diagrama 18 – SUBCATEGORIA – Trabalhando com a equipe de enfermagem	161
19. Diagrama 19 - SUBCATEGORIA – Gerenciando o cuidado de enfermagem de forma participativa com os demais profissionais da área da saúde	170
20. Diagrama 20 – CATEGORIA – Traçando o fluxo de atendimento na unidade de internação	177
21. Diagrama 21 – SUBCATEGORIA – Fazendo a descrição do processo de admissão da pessoa, dos principais objetivos da enfermagem no período da internação, e do desfecho por meio da alta hospitalar	179
22. Diagrama 22 – CATEGORIA – Apontando as dificuldades em gerenciar o cuidado de enfermagem	188
23. Diagrama 23 – SUBCATEGORIA – Vivenciando as mudanças físicas e psicossociais sentidas pelas pessoas e cuidadores em curto, médio e longo prazo	190
24. Diagrama 24 – SUBCATEGORIA – Exercendo diversas ações na ausência dos demais membros da equipe interdisciplinar	197
25. Diagrama 25 – SUBCATEGORIA – Destacando como problema o déficit de recursos humanos	202
26. Diagrama 26 – SUBCATEGORIA – Levantando os aspectos burocráticos que exigem muito tempo da enfermagem	206
27. Diagrama 27 – CATEGORIA – Reconhecendo os elementos que constituem a prática da gerência do cuidado de enfermagem	210
28. Diagrama 28 – SUBCATEGORIA – Indo a prática ao encontro do que considera importante	212
29. Diagrama 29 – CATEGORIA – Manifestando o ser enfermeiro que cuida e precisa ser cuidado	218
30. Diagrama 30 – SUBCATEGORIA – Configurando a complexidade	220

do contexto de atuação dos enfermeiros	
31. Diagrama 31 – CATEGORIA – O cuidador percebendo a prática do cuidado de enfermagem no dia-a-dia da internação hospitalar	228
32. Diagrama 32 – SUBCATEGORIA – Identificando aspectos positivos do cuidado de enfermagem no atendimento das necessidades das pessoas	230
33. Diagrama 33 – SUBCATEGORIA – Apontando problemas no atendimento	235
34. Diagrama 34 – CATEGORIA – O cuidador ressaltando a importância da sua presença no contexto	244
35. Diagrama 35 – SUBCATEGORIA – Participando do cuidado	245
36. Diagrama 36 – CATEGORIA – Manifestando o ser cuidador que cuida e precisa ser cuidado	250
37. Diagrama 37 – SUBCATEGORIA – Desvelando as necessidades do cuidador	251
38. Diagrama 38 – SUBCATEGORIA – Velando as necessidades do cuidador	256
39. Diagrama 39 – CATEGORIA – Atendendo as necessidades da pessoa hospitalizada	259
40. Diagrama 40 – SUBCATEGORIA – Indo além do cuidado técnico ..	260
41. Diagrama 41 – CATEGORIA – Dialogando com o cuidador	263
42. Diagrama 42 – SUBCATEGORIA – Apoiando o cuidador na experiência que está sendo vivenciada na internação hospitalar	265
43. Diagrama 43 – CATEGORIA – Trabalhando em equipe	267
44. Diagrama 44 – SUBCATEGORIA – Trabalhando com o equipe de enfermagem	268
45. Diagrama 45 – SUBCATEGORIA – Trabalhando com os demais profissionais da área da saúde	271
46. Diagrama 46 – CATEGORIA – Reconhecendo as dificuldades da prática do cuidado de enfermagem	273
47. Diagrama 47 – SUBCATEGORIA – Destacando como problema o déficit de recursos humanos	275
48. Diagrama 48 – SUBCATEGORIA – Revelando a nova área de	278

conhecimento e atuação profissional	
49. Diagrama 49 – CATEGORIA – Manifestando o ser técnico de enfermagem que cuida e precisa ser cuidado	281
50. Diagrama 50 – SUBCATEGORIA – Configurando a complexidade do contexto de atuação dos técnicos de enfermagem	283
51. Diagrama 51 – Modelo paradigmático	290
52. Diagrama 52 – Fenômeno central	295
53. Diagrama 54 – Sistema complexo da especialidade da atenção paliativa oncológica	325

LISTA DE GRÁFICOS

1. Gráfico 01 – Distribuição dos enfermeiros por sexo	77
2. Gráfico 02 – Distribuição dos enfermeiros por faixa etária em anos	78
3. Gráfico 03 – Distribuição numérica absoluta do tempo em anos de graduação em enfermagem dos sete enfermeiros entrevistados	79
4. Gráfico 04 – Distribuição numérica absoluta do tempo de atuação na unidade de atenção paliativa no INCA dos sete enfermeiros entrevistados	79
5. Gráfico 05 – Distribuição dos cuidadores por sexo	81
6. Gráfico 06 – Distribuição dos cuidadores por faixa etária em anos	81
7. Gráfico 07 – Distribuição dos cuidadores por nível de escolaridade	82
8. Gráfico 08 – Distribuição dos técnicos de enfermagem por sexo	84
9. Gráfico 09 – Distribuição dos técnicos de enfermagem por faixa etária em anos	84
10. Gráfico 10 – Distribuição numérica absoluta do tempo em anos de formação profissional dos quatro técnicos de enfermagem entrevistados	85

SUMÁRIO

	Pg.
APRESENTAÇÃO	22
CAPÍTULO I - Considerações Iniciais	24
1.1 - Contextualizando o objeto do estudo	24
1.2 - Justificativa e relevância do estudo	34
1.3 - Contribuições do estudo	37
CAPÍTULO II – Apresentando o Referencial Teórico-Metodológico	39
2.1 - Edgar Morin o Pensamento Complexo	40
2.2 - Teoria Fundamentada nos Dados	54
2.2.1 - Determinando o Tipo do Estudo	54
2.2.2 - Discorrendo acerca da TFD	56
2.2.3 - Revelando o Cenário da Pesquisa	61
2.2.4 - Elegendo os Sujeitos da Pesquisa	63
2.2.5 - Traçando as Estratégias de Produção dos Dados	66
2.2.6 - Conduzindo a Análise dos Dados	67
2.2.6.a - A Codificação Aberta	68
2.2.6.b - A Codificação Axial	71
2.2.6.c - A Codificação Seletiva	73
2.2.7 - Validando a matriz teórica	75
CAPÍTULO III - Compreendendo o significado atribuído pelos enfermeiros, técnicos de enfermagem e cuidadores acerca do gerenciamento do cuidado de enfermagem no contexto da internação hospitalar na atenção paliativa oncológica	76
3.1 - Caracterizando os Sujeitos da Pesquisa	76
3.1.1- Caracterizando o Grupo dos Enfermeiros	76
3.1.2- Caracterizando o Grupo dos Cuidadores	80
3.1.3- Caracterizando o Grupo dos Técnicos de Enfermagem	83
3.2 - Apresentando os Resultados Obtidos no Processo de Codificação dos Dados do Grupo dos Enfermeiros	85
3.3 - Apresentando os Resultados Obtidos no Processo de Codificação dos Dados do Grupo dos Cuidadores	227

3.4 - Apresentando os Resultados Obtidos no Processo de Codificação dos Dados do Grupo dos Técnicos de Enfermagem	258
CAPÍTULO IV – Interconectando as categorias	286
4.1 - Construindo o modelo paradigmático	287
CAPÍTULO V – Conversando com Edgar Morin e outros autores	303
5.1 – Refletindo acerca dos aspectos múltiplos do cuidar gerenciando na enfermagem	303
CAPÍTULO VI – Validando a matriz teórica	326
CAPÍTULO VII – Considerações Finais	329
Referências	332
Apêndices	337
Anexos	349

APRESENTAÇÃO

O presente estudo apresenta como foco central o gerenciamento do cuidado de enfermagem na atenção paliativa oncológica. Foram investigados três grupos amostrais que contribuíram para a construção da seguinte matriz teórica: *Gerenciando o cuidado de enfermagem na atenção paliativa oncológica no atendimento das necessidades da pessoa hospitalizada e do seu cuidador, valorizando o cuidar e sua complexidade.*

A organização do estudo se deu por meio de capítulos. Ao todo são sete capítulos que apresentam os seguintes conteúdos:

- Capítulo I: Neste capítulo é realizada a contextualização do estudo, a apresentação do objeto de estudo, das questões norteadoras e dos objetivos, bem como a justificativa, relevância e contribuições do estudo.
- Capítulo II: Neste capítulo a autora discorre sobre o referencial teórico-metodológico do estudo, sendo o primeiro a Ciência da Complexidade de Edgar Morin, e o segundo a Grounded Theory ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD).
- Capítulo III: Neste capítulo é realizada a caracterização do perfil dos sujeitos, que compõem três grupos amostrais, sendo o primeiro de enfermeiros, o segundo de cuidadores, e o terceiro de técnicos de enfermagem. São apresentados também os resultados obtidos por meio dos processos de codificações, a partir dos dados brutos das entrevistas de cada grupo.
- Capítulo IV: Neste capítulo as categorias geradas a partir dos dados brutos e códigos são interconectadas para construção da matriz teórica do gerenciamento do cuidado de enfermagem, por meio do emprego do modelo paradigmático.

- Capítulo V: Neste capítulo realiza-se a conversa com Edgar Morin e outros autores, a fim de aprofundar as discussões acerca dos resultados do estudo.
- Capítulo VI: Neste capítulo discorre-se acerca do processo de validação da matriz teórica, que foi realizado durante o Doutorado Sanduiche na Universidade Federal de Santa Catarina, no Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração e Gerência do Cuidado de Enfermagem e Saúde (GEPADES).
- Capítulo VII: Neste capítulo são feitas as considerações finais do estudo, a partir do ressalto dos seus principais aspectos e contribuições.

CAPÍTULO I

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1. CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO

A construção da problemática da presente tese teve início a partir da discussão e da análise dos dados referentes à dissertação de mestrado, defendida em dezembro de 2008, quando trabalhei com o seguinte objeto de estudo: “a visão dos enfermeiros acerca da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) a clientes hospitalizados com câncer avançado em cuidados paliativos”. As enfermeiras do estudo apontaram dificuldades para a implantação da SAE, com destaque para as peculiaridades das pessoas que são assistidas relacionadas com as múltiplas demandas de cuidado, abrangendo as dimensões físicas, psicossociais, emocionais, espirituais e culturais (SILVA, 2008).

Nesse contexto, diante das incertezas da vida, da proximidade da morte, da instabilidade do quadro clínico da pessoa, em especial, na modalidade de atendimento trabalhada na atenção paliativa oncológica, ou seja, a internação hospitalar, indicada diante de sintomas altamente refratários e desconfortantes e/ou por problemas sociais graves, foi levantada por parte das enfermeiras a exigência por reavaliações constantes de cada situação, que em sua maioria, fogem às regras e padrões. Dessa forma, a imprevisibilidade, a incerteza, a diversidade e a desordem demarcam a complexidade da realidade, que em contrapartida, precisa ser gerenciada pelo enfermeiro.

A concepção da realidade complexa na atenção paliativa oncológica no que tange ao necessário gerenciamento do cuidado de enfermagem levou-me à aproximação

da perspectiva teórica da complexidade de Edgar Morin, representando a proposta do referencial teórico da tese.

Mariotti (2010) aborda os contextos complexos como sendo o domínio das múltiplas possibilidades, onde as relações causa e efeito, por vezes, não são percebidas nem previsíveis. O nível de incerteza é elevado, e por isso, 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. O autor afirma que o contexto complexo “[...] *é o mundo real, no qual precisamos esperar sempre pelo inesperado e estar sempre certos da possibilidade do incerto* [...]” (p. 34).

Gerenciar o cuidado de enfermagem exige organização do pensamento e das ações em resposta às necessidades de cuidado da pessoa, da família ou da comunidade. E para compor o cuidado de enfermagem efetivo/afetivo e com qualidade são necessárias habilidades, além das cognitivas, organizacionais e técnicas, de relação interpessoal construtiva, de empatia, de solicitude, de subjetividade, de comunicação, em especial, de exercício da escuta, e de valorização da vida (ERDMANN, 1996).

Segundo Christovam (2009), em sua tese de doutorado, o conceito do gerenciamento 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. Porém, essa relação dicotômica ainda é muito presente no contexto de formação profissional, bem como nos cenários de atuação da enfermagem, em especial nos hospitalares, onde há a predominância, em sua maioria, do modelo biomédico.

Contudo, pensar nas ações do gerenciamento do cuidado de enfermagem de forma dialética implica em necessárias mudanças paradigmáticas no processo de formação profissional, que refletirá no saber-fazer do enfermeiro, na perspectiva da

complexidade do ser humano como ser dotado de múltiplas personalidades e identidades, considerando tratar-se de uma exigência da contemporaneidade (MORIN, 2003). Esta vem sofrendo com a superficialidade e com o racionalismo econômico, que vencem em detrimento das relações humanas e da qualidade de vida, em decorrência da mercantilização das coisas naturais, considerando a sociedade humana um dos maiores sistemas complexos (ERDMANN, 1996).

Dessa forma, ao gerenciar o cuidado de enfermagem à pessoa com câncer avançado o enfermeiro, a partir da valorização da vida, da interação humana, da perspectiva do cuidado complexo (SILVA & CIAMPONE, 2003) e do trabalho interdisciplinar busca alcançar a qualidade do cuidado prestado, indo ao encontro do que é preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no que se refere à atenção paliativa, abrangendo a família como unidade de cuidado e valorizando as múltiplas dimensões que podem estar envolvidas no processo de finitude humana (WHO, 2002).

Além do preconizado pela OMS, tendo o conceito da atenção paliativa definido como uma abordagem que tem como objetivo promover a qualidade de vida das pessoas e seus familiares que enfrentam juntos os problemas associados com doenças que põem em risco a vida, no contexto nacional, a Portaria do Ministério da Saúde nº 2.439, de 08 de dezembro de 2005, institui a Política Nacional de Atenção Oncológica, que contempla a atenção paliativa como uma área de abrangência e setorização do serviço de saúde prestado à população, a ser implementada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão (BRASIL, 2005).

O gerenciamento 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, supervisionar, prever e

prover recursos, capacitar a equipe, educar a pessoa, família ou comunidade, interagir com outros profissionais, além de ocupar espaços de articulação e negociação em nome da concretização e melhorias do cuidado (ROSSI & SILVA, 2005).

O atendimento das necessidades de cuidado da pessoa e do familiar/cuidador¹ é produto final do gerenciamento do cuidado, e a implementação das ações favoráveis à organização e ao planejamento, confere qualidade ao cuidado, sendo reconhecido como parte do Sistema de Enfermagem, considerando-o como um sistema organizacional, proposto por Erdmann (1996), onde o *“paciente ‘cuidado’, os cuidados de enfermagem prestados e ou a assistência de enfermagem prestada são apontados como produtos do sistema de enfermagem”* (p. 57).

Nesse sentido, as ações do gerenciamento de enfermagem que precedem o cuidado em si, a filosofia da enfermagem e o contexto organizacional são fatores que influenciam direta e indiretamente no processo; e a complexidade emerge da dinâmica funcional e das inter-relações. Portanto, *“[...] o cuidado é parte e todo, é conteúdo e processo, é estilo e estética, é sistema elemento componente de sistemas, é estrutura e propriedade da manutenção de vidas, ou melhor, é próprio dos sistemas de manutenção de vidas [...]”* (p. 57).

De acordo com Motta (1991), *“[...] a gerência é a arte de pensar, de decidir e de agir; é a arte de fazer acontecer, de obter resultados. Resultados que podem ser definidos, previstos, analisados e avaliados, mas que tem de ser alcançados através das pessoas e numa interação humana constante [...]”* (p. 26), e que por isso, deve aceitar o incerto, o imprevisto, o imprevisível e a desordem, como elementos que compõem as dialógicas dos contextos complexos, em prol da organização.

¹ Neste estudo, o termo cuidador refere-se à pessoa, que durante a internação hospitalar, permanece como acompanhante na maior parte do tempo, podendo ser representado por uma pessoa contratada, seja profissional da área da saúde ou não, ou por um familiar, levando-se em consideração, neste caso, o conceito de família a partir da Lei no. 11.340, de 07 de agosto de 2006, que inclui as pessoas que são e que se consideram aparentadas, seja por afinidade ou por vontade expressa (BRASIL, 2006).

Na atenção à pessoa com câncer avançado, faz-se necessária, muitas vezes, a ação e a decisão diante da urgência e da incerteza com o intuito de obter resultados favoráveis e em tempo hábil, no que diz respeito à promoção de conforto e à morte digna.

Além das peculiaridades do perfil das pessoas com câncer avançado no que se referem às múltiplas demandas de cuidado e às imprevisibilidades, e do conceito do gerenciamento do cuidado de enfermagem abrangendo ações administrativas e assistenciais do enfermeiro, embora supostamente previsível, o evento da morte nesse contexto de atuação causa desordem, assim como na própria sociedade, conferindo maior complexidade nas interações. Entretanto, trata-se de uma desordem necessária, e que faz parte do cotidiano das pessoas, e do próprio ciclo da vida, mas que nem por isso, por questões culturais, principalmente, deixa de desencadear estresse, dor, perda, fragilidade, angústia e a própria desordem. De acordo com Morin (2003), “[...] *a vida é um progresso que se paga com a morte dos indivíduos [...] a degradação e a desordem também dizem respeito à vida [...]*” (p. 89).

Logo, a temática da morte na atenção paliativa oncológica compreende outro fator capaz de influir nas ações inerentes ao gerenciamento do cuidado de enfermagem, que no mundo ocidental é cercada de medo e estigma. É muito difícil falar da morte, pensar na morte e nos ver diante de situações concretas de morte, o que muitas vezes, afasta o familiar, que no momento alega não querer guardar a imagem do ente querido em vias de morte ou em sofrimento, talvez exatamente, por medo e por vulnerabilidade própria. O mesmo sentimento pode, inclusive, acometer o profissional da área da saúde, afastando-o do cuidado, delegando funções ao outro membro da equipe, ou à própria família, protegendo-se do contato com a morte, ocultando os sentimentos de perda (WAKEFIELD, 2000).

Para Morin (2007), “[...] *é na morte que se encontra a maior ruptura entre o espírito humano e o mundo biológico. Na morte encontram-se, chocam-se, ligam-se o espírito, a consciência, a racionalidade e o mito [...]*” (p. 45).

Os próprios animais irracionais fogem e demonstram medo da morte, instituindo estratégias para evitá-la; alguns sofrem com a morte de seus semelhantes; outros ainda refugiam-se para a morte, como no caso dos elefantes. Para o humano, animal racional, a morte representa seu próprio aniquilamento, que pode ser mais ou menos traumática, mais ou menos indigna, mais ou menos sofrida, dependendo de como ela ocorra. As histórias dos mitos e ritos ou do renascimento num novo ser, desde a pré-história, são maneiras de burlar a morte, e de não encará-la como algo definitivo (MORIN, 2007).

Uma das maiores angústias humanas está refletida na morte, pois ao mesmo tempo em que o ser apresenta-se como egocêntrico, que representa o tudo, este está fadado ao nada, ou seja, à morte. O ser humano é acompanhado da consciência da morte desde a infância, logo, a angústia da morte o acompanha sempre, não se limitando ao momento e ao acontecimento da mesma (MORIN, 2007).

O momento do diagnóstico de câncer, doença socialmente estigmatizada, é como se fosse uma sentença de morte, a confirmação de uma possibilidade que nos acompanha durante todas as fases da vida, mas que na verdade quase nunca nos achamos preparados para tal. Na palição, quando não há mais recurso disponível da ciência capaz de reverter ou estabilizar a doença, a certeza da morte torna-se mais próxima, embora a sua hora ainda seja incerta, podendo aumentar a angústia da própria pessoa e das demais envolvidas nesse processo.

De acordo com Morin (2007), “[...] *o encontro entre a consciência de si e a consciência do tempo determina a consciência do viver no tempo e de dever enfrentar a morte [...]*” (p. 48).

Tal problemática remete à necessidade de, no âmbito do gerenciamento do cuidado de enfermagem, atentar para a necessidade do preparo das pessoas para lidar com a morte, com o luto e com as perdas, principalmente no que tange à necessidade de comunicação, de modo que o atendimento prestado seja de qualidade, e que o profissional da equipe de enfermagem consiga visualizar resultados positivos e envolventes na atenção paliativa oncológica, mesmo que ao final a morte seja quase uma constante, porém, mais serena, tranquila e digna, tendo tido a pessoa e seus familiares contribuições por parte da enfermagem na vivência dos últimos momentos da melhor forma possível (ARAÚJO & SILVA, 2007).

Diante desse contexto e das possíveis contribuições da complexidade para favorecer o pensamento e as ações ao gerenciar o cuidado de enfermagem na atenção paliativa oncológica, busca-se consenso com Backes, Koerich, Nascimento e Erdmann (2008) acerca do seguinte posicionamento:

“[...] Torna-se premente, nessa perspectiva, a busca por referenciais mais dinâmicos, cooperacionais e interdisciplinares. Processos capazes de valorizar a multidimensionalidade do ser humano, além de integrar os diferentes saberes disciplinares. Uma assistência, portanto, pautada nos princípios da complexidade, capaz de proporcionar interações mais efetivas entre os profissionais da equipe de saúde bem como condições de participação dos usuários [...]”
(p. 2).

Mais especificamente traçando a problemática do estudo, na dissertação de mestrado percebi que as dificuldades relacionadas com a implantação da SAE, além de referenciar diversos problemas já discutidos em literatura, como o déficit de conhecimento em relação à temática, bem como de recursos humanos e materiais necessários, a questão da complexidade do campo de atuação considerando o perfil das

peças assistidas surge como um novo impasse, que se relacionado com a ideia de linearidade e a rigidez do processo, muitas vezes disseminada durante a formação profissional, pode dificultar o gerenciamento do cuidado de enfermagem nesse contexto, por conseguinte, a implantação da SAE, considerando toda a complexidade envolvida nas interações entre os seres humanos e na morte (SILVA, 2008).

Contudo, embora em processo de implantação da SAE, reconhecidamente na fase do planejamento estratégico na ocasião da coleta de dados, no que diz respeito ao gerenciamento do cuidado de enfermagem à pessoa hospitalizada com câncer avançado, pude observar na unidade uma forma de organização, planejamento e coordenação das ações, onde a prática se expressa no trabalho cooperativo da equipe de enfermagem, de forma participativa com a pessoa hospitalizada e o seu cuidador.

De acordo com Motta (1991), o comportamento do gerente é determinado por fatores externos e internos à organização, tais como os “*valores, atitudes individuais, bem como experiência*” (p. 22). Compreende um trabalho, em geral, não-programado e em grande parte imprevisível, o que se relaciona com a realidade a ser gerenciada no cenário da atenção paliativa oncológica. Em sua maioria, o enfermeiro, ao gerenciar o cuidado se depara com problemas a serem resolvidos, sejam relacionados com as pessoas acometidas pela doença e seus cuidadores, ou com a própria equipe de trabalho, com surpresas, contingências, sustos, limites e contradições. Logo, o profissional “[...] *tem de adquirir, como qualquer outro, a capacidade gerencial na arte de pensar e julgar para melhor decidir e agir [...]*” (p. 27), considerando tratar-se de um fenômeno social influenciado por diversos fatores, desde o perfil da pessoa assistida ao modelo gestor.

Nesse contexto, a necessária reflexão em prol da prática crítica dos enfermeiros vai ao encontro das ideias de Morin (2007) quando defende a ação pensante como sendo

essencial à invenção e à criação. Além disso, defende que o pensamento complexo precisa da experiência, da realidade vivida, bem como de uma regulação interna, que compreende o jogo dialógico análise/síntese, explicação/compreensão. “[...] *A razão não regulada pela experiência, pela observação, pela verificação, leva à racionalização, logicamente coerente, mas empiricamente falsa. O pensamento corre sempre o risco de desordem [...]*” (p. 103).

Pelo fato principal do câncer apresentar-se como um problema de saúde pública, considera-se importante a abordagem da temática relacionada ao gerenciamento do cuidado de enfermagem na fase avançada da doença no contexto da hospitalização, a fim de que o atendimento da enfermagem possa contribuir para a qualidade de vida da pessoa e do cuidador, com ensejo de compreender a complexidade da situação problema e contribuir para o desenvolvimento da enfermagem como ciência, e com especial valor, para a fundamentação de uma ação social extremamente relevante no contexto da contemporaneidade e no reconhecimento do Brasil como país em desenvolvimento.

A partir do contexto apresentado em seus aspectos complexos, considera-se pertinente e oportuno a discussão da temática a partir da prática do profissional enfermeiro, a fim de apreender o fenômeno investigado. Porém, tendo como base os elementos do referencial teórico-metodológico, que contemplem a multidimensionalidade e a diversidade da realidade social, que apresenta como elementos principais o ser humano e os processos interativos, novas perspectivas práticas foram investigadas ao longo da pesquisa, a partir das exigências dos próprios dados, incluindo dois novos grupos amostrais: de técnicos de enfermagem e de cuidadores.

Contudo, de acordo com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem nº 7.498/86 (BRASIL, 1986), considerando as ações inerentes ao gerenciamento do

cuidado de enfermagem, o grupo de enfermeiros adota continuamente o papel ativo principal frente às situações problemas contextuais, constituindo a razão para que o conhecimento emergente seja fundamentado na realidade revelada e significada pelos mesmos, tendo-a como eixo norteador da configuração da matriz teórica da pesquisa.

Em assim sendo, o **objeto** do estudo compreende: o significado do gerenciamento do cuidado de enfermagem na atenção paliativa oncológica no atendimento das necessidades da pessoa hospitalizada e do seu cuidador na prática do enfermeiro.

Desse modo, o estudo teve como **questões norteadoras** as seguintes:

- Qual o significado na prática do gerenciamento do cuidado de enfermagem na atenção paliativa oncológica para os enfermeiros?
- Como os enfermeiros realizam o gerenciamento do cuidado de enfermagem na atenção paliativa oncológica para atender as necessidades da pessoa hospitalizada e do seu cuidador?
- Quais as possibilidades de construção da matriz teórica do gerenciamento do cuidado de enfermagem no contexto?

Nesse sentido, os **objetivos** do estudo foram:

- Compreender o significado atribuído pelos enfermeiros acerca do gerenciamento do cuidado de enfermagem no contexto da internação hospitalar na atenção paliativa oncológica;
- Analisar a prática do gerenciamento do cuidado de enfermagem desenvolvida pelos enfermeiros no contexto;
- Construir uma matriz teórica do gerenciamento do cuidado de enfermagem na atenção paliativa oncológica no atendimento das necessidades da pessoa

hospitalizada e do seu cuidador, a partir da prática do enfermeiro e de outras pessoas envolvidas no cuidado.

O termo matriz e não modelo é adequado ao estudo, em decorrência dos diferentes significados das duas palavras, conforme o dicionário da língua portuguesa. No Aurélio, o sentido destacado ideal para a palavra matriz se refere a “*aquilo que é a fonte, origem, base*”; já a palavra modelo tem seu significado expresso como “*objeto destinado a ser reproduzido por imitação*”. Para Mariotti (2010), “[...] *as matrizes são usadas no sentido de proporcionar espaços de ação e criação. Já modelar significa reduzir os fenômenos a uma forma, moldá-los [...]*” (p. 259). Dessa forma, a intencionalidade no terceiro objetivo do estudo foi gerar uma matriz teórica do gerenciamento do cuidado, de forma a favorecer a abertura, a expansão e não a redução, tal qual como pode ocorrer com o modelo.

1.2. JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

O câncer é considerado um problema de saúde pública no Brasil, e com repercussão semelhante no cenário internacional, comportando-se com taxas de incidência cada vez mais elevadas e com altos índices de morbi-mortalidade, bem como um desafio para a ciência na busca das melhores estratégias para sua prevenção, diagnóstico precoce e cura. Porém, grande parte dos casos ainda sofre com o diagnóstico tardio, diminuindo as possibilidades de emprego de medidas curativas e a sobrevivência das pessoas, além da refratariedade ao tratamento em alguns casos, indicando a necessidade de investimentos na atenção paliativa, para promoção do conforto e

qualidade de vida na fase avançada da doença, constituindo campo de ação contemplado pela Política Nacional de Atenção Oncológica (BRASIL, 2009).

O gerenciamento do cuidado de enfermagem nesse contexto de atuação é fundamental para a qualidade da assistência prestada, já que envolve questões relacionadas com a forma de organização do trabalho, planejamento, coordenação e execução. O trabalho da enfermagem organizado favorece a utilização do tempo disponível, com objetivação das ações.

Dessa forma, o cuidado deve ser pensado, organizado e executado em consonância com as necessidades das pessoas e dos seus cuidadores da melhor maneira possível, considerando a disponibilidade de tempo e empatia do enfermeiro, a sua competência técnica, sua capacidade de ser resolutivo, objetivo, subjetivo e de valorizar a emoção.

Seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial o de integralidade, a prática do gerenciamento do cuidado de enfermagem deve se ocupar de pensar além do procedimento técnico, e compreender o envolvimento do ser social enfermeiro na busca de soluções para os problemas apresentados pela pessoa, família ou comunidade, o que torna a pesquisa científica na área extremamente relevante. No cenário da atenção paliativa oncológica, inserido na equipe interdisciplinar, o enfermeiro deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integral, estando integrado com toda a equipe de saúde, e participando as pessoas assistidas e seus cuidadores.

Considerando ainda o princípio de integralidade do SUS, além de buscar o cuidado complexo, no olhar da pessoa em sua totalidade, sabendo relacionar suas partes, no gerenciamento do cuidado de enfermagem o enfermeiro deve procurar preservar sua individualidade, já que, segundo Morin (2007), “[...] *cada indivíduo vive e experimenta-*

se como sujeito singular; essa subjetividade singular, que diferencia cada um, é comum a todos [...]” (p.59).

Entretanto, dentre uma das situações difíceis do processo de formação do enfermeiro destaca-se a predominância, em sua maioria, do pensamento simplista, bem como do paradigma biomédico/cartesiano, fazendo com que as relações paradigmáticas, colocando em discussão o paradigma emergente, sejam um grande desafio, mas que precisa ser vencido em prol do cuidado humanizado e individualizado. O desafio remete-se ao fato de que, no contexto de formação profissional, embora seja declarada a concepção do ser humano como global, único e multidimensional, sua complexidade é, muitas vezes, omitida por meio da transmissão do conhecimento por práticas pedagógicas rígidas, mecânicas, reducionistas e fragmentadas (MOYA & ESTEBAN, 2006).

De acordo com Mariotti (2010), não se comete um erro absoluto ao tentar, inicialmente, explicar as coisas por meio da redução tanto quanto possível; porém, o errado consiste em não ampliá-las em seguida, a fim de buscar a compreensão. Logo, “[...] *é incompreensível tentar controlar as variáveis além de um certo limite [...]*” (p. 105). O mesmo ocorre com as incertezas e os erros, que só podem ser eliminados até certo limite, levando em consideração a ocorrência dos mesmos em um contexto complexo, e não simples. Quando não é possível eliminá-los deve-se reconhecê-los e gerenciá-los, o que caracteriza a gerência de risco.

A prática dialógica e democrática, bem como a união e a inter-relação a partir do pensamento complexo não devem gerar ameaças ao docente, já que não impede, mas favorece a transmissão do conhecimento e o desenvolvimento profissional. Além disso, no âmbito do gerenciamento do cuidado de enfermagem, o enfermeiro deve assumir tal postura perante a equipe, pessoas assistidas e cuidadores, aplicando a gerência

participativa, que tem sido muito discutida, inclusive, no campo empresarial (FERNANDES et al, 2003).

Dessa forma, a discussão da temática do gerenciamento do cuidado de enfermagem é necessária para a melhoria da qualidade da assistência prestada, fundamentando a prática a partir dos preceitos técnicos, científicos, éticos e da valorização das questões subjetivas que emergem na situação de doença avançada e de morte iminente.

A área de conhecimento do estudo está contemplada na agenda de pesquisa da Oncology Nursing Society para 2009-2013, incluindo a temática da atenção paliativa oncológica como uma das prioridades para novos estudos. Esta agenda é revisada a cada dois anos em resposta ao rápido avanço na prática oncológica. Tem como missão promover excelência na enfermagem em oncologia e qualidade na assistência de enfermagem prestada (ONS, 2009).

1.3. CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

A título de contribuição, espero que o presente estudo colabore com a Instituição onde os dados foram coletados, com possibilidade de angariar recursos para a melhoria da prática da assistência de enfermagem prestada às pessoas. Que contribua também com subsídios literários e científicos para a profissão por meio da reflexão, por parte dos enfermeiros, sobre suas estratégias gerenciais e seus referenciais assistenciais. O estudo preenche parte da lacuna de conhecimento da temática contribuindo, conseqüentemente, para a construção de novas pesquisas na área.

Foram fornecidas contribuições ao Núcleo de Pesquisa em que estou inserida, ou seja, Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional em Enfermagem -

GESPEN, com produções científicas e com subsídios para os grupos de discussão da graduação e pós-graduação vinculados ao eixo da gerência do cuidado, bem como para o saber científico da enfermagem no que tange à área da gerência em enfermagem e oncologia.

As discussões e contribuições foram fomentas também a partir da participação no Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração e Gerência do Cuidado de Enfermagem e Saúde (GEPADES), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em decorrência da realização do doutorado na modalidade sanduíche no período entre 01 de fevereiro a 31 de maio de 2011, sob tutoria da Dra Alacoque Lorenzini Erdmann.

Tais contribuições poderão estender-se para outros grupos de pesquisas de outras universidades, considerando a área de conhecimento contemplada; bem como para a necessidade de valorização do ensino da oncologia nos cursos de formação profissional em nível técnico e superior, diante da problemática atual do câncer e sua representatividade epidemiológica no Brasil, e exigência de recursos humanos qualificados para atender essa demanda.

No âmbito da formação profissional, com destaque para o ensino superior e formação do profissional enfermeiro, muitas universidades não apresentam a inserção formal do ensino da oncologia em seus currículos, indo de encontro a realidade apresentada (CALIL & PRADO, 2009). Dessa forma, o estudo contribui com subsídios para reflexão do problema e para a criação da disciplina da oncologia, a partir da realidade investigada acerca da prática do gerenciamento do cuidado de enfermagem na atenção paliativa oncológica no atendimento das necessidades da pessoa hospitalizada e do seu cuidador.

CAPÍTULO II

APRESENTANDO O REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

O objeto do estudo demonstra uma preocupação em discutir questões relacionadas com o gerenciamento do cuidado de enfermagem na atenção paliativa oncológica no atendimento das necessidades da pessoa hospitalizada e do seu cuidador. Trata-se de um cenário de atuação e de um perfil de pessoas assistidas complexos, marcados quase sempre pelas imprevisibilidades, pelas incertezas da vida, pela presença constante da proximidade da morte, pela dor, pelo sofrimento, pela necessária abordagem multidimensional do ser humano, considerando-o como ser único e acompanhado, em sua maioria, pelos seus cuidadores, e pela interação entre todas as pessoas envolvidas.

Dessa forma, faz-se necessária a utilização de referenciais teórico e metodológico dinâmicos e flexíveis, que sejam capazes de atender os objetivos propostos.

Considerando que nesse cenário as coisas acontecem com dinamismo, é a partir da prática, da interação entre as pessoas, abrangendo a equipe de enfermagem, os demais membros da equipe de saúde, as pessoas hospitalizadas e seus cuidadores, que se evidencia a capacidade de significação das experiências, possibilitando a identificação das questões da realidade envolvidas com o gerenciamento do cuidado de enfermagem.

Contudo, de acordo com a necessidade de relacionar o todo e as partes envolvidos nesse processo, e vice-versa, seja no que concerne ao ser humano como ser complexo e em processo de finitude, seja no que concerne à forma de organização e execução do trabalho da enfermagem, foram utilizadas neste estudo as bases da Ciência

da Complexidade de Edgar Morin para suporte teórico. E como referencial metodológico, a partir da possibilidade de valorização dos dados que emergiram do campo, para configuração da matriz teórica do gerenciamento do cuidado de enfermagem na atenção paliativa oncológica no atendimento das necessidades da pessoa hospitalizada e do seu cuidador, a partir da prática do enfermeiro e de outras pessoas envolvidas no cuidado, foi utilizada a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD).

2.1. EDGAR MORIN E O PENSAMENTO COMPLEXO

A palavra complexo vem do Latim *complexus*, que quer dizer “aquilo que é tecido em conjunto” (MORIN, 1999). Para Edgar Morin, complexidade é, muitas vezes, encarada de forma contraditória, ou seja, como sinônimo de complicação, como algo inexequível, que não pode ser medido nem discernido pelo homem ou pela máquina mais potente. Contudo, em sua obra intitulada “O problema epistemológico da complexidade” (2002), afirma que: “[...] *a complexidade não se reduz à complicação. É o problema da dificuldade de pensar, porque o pensamento é um combate com e contra a lógica, com e contra as palavras, com e contra o conceito [...]*” (p. 14).

O princípio da complexidade busca estabelecer um diálogo entre aquilo que é distinguido, como por exemplo, o observador e o observado, sem que as partes sejam sacrificadas pelo todo, e vice-versa, buscando conceber a difícil problemática da organização, sem desprezar a constância da dialógica ordem/desordem em qualquer situação. Esforça-se para articular as dimensões físicas, biológicas, espirituais, culturais, sociológicas e históricas daquilo que é humano. Mas não busca dar todas as informações acerca de um fenômeno estudado, e sim respeitar tais dimensões, já que sempre comporta a incompletude e a incerteza (MORIN, 2010).

Dessa forma, a palavra complexidade representa a nossa incapacidade de definir de maneira simples, de por ordem nas ideias. Mas, um dos grandes problemas das sociedades contemporâneas é exatamente querer encontrar o caminho simplificador para explicar todas as coisas, ignorando o contexto, dissociando a parte do todo, e vice-versa, fragmentando o saber, separando as coisas que na verdade precisam estar entrelaçadas, tais como, o espírito e a matéria, a razão e a emoção, o sensível e o inteligível, a ciência e a arte, elementos fundamentais para a enfermagem e para a sua plena atuação na atenção paliativa oncológica.

Para Morin (2003), “[...] *a complexidade não poderia ser qualquer coisa que se definisse de maneira simples e tomasse o lugar da simplicidade. A complexidade é uma palavra problema e não uma palavra solução* [...]” (p. 8). Sendo assim, ela é acompanhada das ideias de confusão, incerteza e desordem. De acordo com Mariotti (2010), “[...] *a complexidade é a maneira como o mundo real se mostra à nossa experiência cotidiana* [...]” (p. 36).

O pensamento complexo não tem a pretensão de controlar e dominar o real, até porque, pensando no contexto da atenção paliativa oncológica isso seria impossível, diante das imprevisibilidades e incertezas. Busca então, dialogar e negociar com o real, de forma a tecer todas as coisas em conjunto, e tentar encontrar as soluções da melhor maneira possível. Tem como objetivo levar à prática os princípios e conceitos das ciências da complexidade (MARIOTTI, 2010).

Conforme preconizado pela OMS, que diz que uma das premissas da atenção paliativa é o atendimento interdisciplinar com o objetivo principal de promover qualidade de vida à pessoa e seus cuidadores, pode-se dizer que esta é também uma das ambições da complexidade, ou seja, a partir da aplicação e empenho dos diversos

saberes científicos de forma a aumentar a possibilidade de dar conta das múltiplas necessidades de cuidado que podem surgir nessa fase da doença.

Edgar Morin acredita que os problemas complexos das sociedades contemporâneas só podem ser solucionados através dos estudos de caráter inter-poli-transdisciplinar, já que compreendem a ligação entre a unidade e a multiplicidade, que no cenário da atenção paliativa nos remete à necessidade de encarar o ser humano como multidimensional, inserido num determinado contexto, ou seja, como ser biológico, ser psíquico, ser social e ser afetivo, numa abordagem global. Diante dessas múltiplas dimensões do ser humano, de acordo com Morin (2010), “[...] *tudo que desloca esse complexo é mutilante, não só para o conhecimento mas, igualmente, para a ação [...]*” (p. 130).

Logo, o pensamento complexo busca a articulação entre os domínios disciplinares, e posiciona-se contra a superespecialização, já que esta impede a visualização do global como essencial, mas que em contrapartida, é cada vez mais difundida na contemporaneidade. Para Morin (1999), “[...] *contextualizar e globalizar são os procedimentos absolutamente normais do espírito e, infelizmente, a partir de um certo nível de especialização, o fechamento e a compartimentalização impedem contextualizar e globalizar [...]*” (p. 25).

Com relação à especialização é válido destacar que Morin (2010) considera que esta reserva aspectos positivos relacionados com o progresso, permitindo o desenvolvimento dos conhecimentos. O problema está, exatamente, na superespecialização, que representa regressão a partir do momento que fragmenta e torna os conhecimentos incomunicáveis. Dessa forma, a superespecialização contribui para “[...] *o progresso de um conhecimento mutilado; e um conhecimento mutilado*

conduz sempre a uma prática mutilante [...]” (p. 102), tal qual a baseada no modelo biomédico/cartesiano.

O discurso do pensamento linear e simplista é baseado em pontos fundamentais, como: não perca o foco; use sempre as melhores práticas; a realidade é repetitiva; é preciso eliminar totalmente o erro, a incerteza e a ilusão; e as pessoas que estão nos cargos também estão no controle. Ao contrário, o pensamento complexo defende de forma coerente os seguintes pontos: alterne as visões focada (reducionista) e periférica (ampliadora) segundo os contextos e as necessidades; mude de práticas segundo os momentos, as circunstâncias e os contextos; a realidade é mutante; é preciso diminuir o erro, a incerteza e a ilusão, mas eliminá-los totalmente é impossível; e as pessoas que estão nos cargos nem sempre estão no controle (MARIOTTI, 2010).

De certa forma, apesar dos problemas relacionados com o processo de formação profissional, que não fogem à realidade da simplificação e da fragmentação, as instituições de ensino superior na enfermagem, em nível de graduação, seguem o modelo eclético, já que valorizam os fundamentos da pedagogia tradicional, os aspectos do ideário humanista, os valores do discurso progressista e as ações do modelo tecnicista. Além disso, são de caráter generalista, ou seja, buscam a formação do profissional para o desenvolvimento de competências e atuação nos diversos cenários de atenção à saúde da população; e a especialização ou a capacitação podem acontecer ao longo da vida profissional por investimento pessoal ou institucional, associadas à prática, de forma que os estudos sejam aprofundados e a experiência acumulada. Assim sendo, o egresso da graduação em enfermagem é um produto inacabado, em constante processo de transformação alimentado pelo conhecimento novo (SILVA & CAMILLO, 2007; CARVALHO, 2007).

Porém, a prática profissional da enfermagem, em sua maioria, ainda faz prevalecer as influências do modelo biomédico/cartesiano, em especial nas instituições hospitalares. Embora tais influências sejam importantes para identificação das necessidades da pessoa hospitalizada por meio das evidências clínicas, não podem ser tomadas de forma rígida e valorativa, de forma a ocultar as necessidades que vão além do aspecto físico. A prática guiada de forma prevalente pelas evidências clínicas e recursos tecnológicos não deixa de refletir nos processos de ensino no meio acadêmico, inclusive ganha um cunho atrativo para o aluno, que vive num contexto onde ensinar linearmente tem sido mais favorável e prático, embora seja um caminho incompleto, inconsistente e incompatível com o cuidado complexo (SILVA & CAMILLO, 2007).

Dentre os aspectos positivos da formação do profissional enfermeiro, no que se refere à prática do gerenciamento do cuidado, seu perfil é trabalhado para exercer o papel de articulador, negociador e intermediador das informações em prol do trabalho em equipe, seja no contexto micro na própria equipe de enfermagem, seja no contexto macro, inserido na equipe interdisciplinar, tendo por base a contribuição das ciências sociais e humanas em seu currículo, bem como a apropriação de outras bases conceituais para discussões de problemáticas das realidades estudadas nos cursos de pós-graduação.

Nas concepções do pensamento complexo, destaca-se uma tendência anti-reducionista, com devida valorização da multidimensionalidade, contra a fragmentação, a partir da crítica ao processo de formação profissional e suas múltiplas especialidades. Para o autor, “[...] *a divisão do conhecimento em disciplinas, que permite o desenvolvimento dos conhecimentos, é uma organização que torna impossível o conhecimento do conhecimento [...]*” (p. 20).

De acordo com essa afirmação, apesar da vantagem da divisão do trabalho, que decorre da contribuição das partes especializadas para a coerência do todo, a superespecialização provoca a fragmentação do saber. Nesse contexto, Morin (2010), em sua obra intitulada “Ciência com consciência” afirma que: “[...] *o próprio especialista torna-se ignorante de tudo aquilo que não concerne a sua disciplina e o não-especialista renuncia prematuramente a toda possibilidade de refletir sobre o mundo, a vida, a sociedade [...]*” (p. 17).

Embora o pensamento complexo firme pela articulação dos saberes disciplinares, defende que o conhecimento completo é impossível, já que este se encontra em *vias de construção*, maneira de pensar, inclusive, defendida por Hilton Japiassu, que se coloca contra o conhecimento estado, em sua obra intitulada “Introdução ao pensamento epistemológico” (1992). Encarar o conhecimento como completo é um obstáculo epistemológico, com o qual, infelizmente, a enfermagem tem sofrido, em especial, no campo prático. O pensamento complexo, portanto, encara o conhecimento como incompleto, logo, acompanhado de incertezas. Morin afirma que (1999): “[...] *o problema não é a substituição da certeza pela incerteza. O conhecimento navega em um mar de incerteza, por entre arquipélagos de certeza, e deve detectar isso que chamo de dialógica certeza/incerteza, separação/inseparabilidade [...]*” (p. 30).

As premissas do pensamento complexo não remetem ao fato de que precisamos passar o tempo a ler, dominar todas as áreas de conhecimento, informar-se de todos os domínios, mas sim, em estarmos abertos às discussões, e compreendermos que se trata de um movimento coletivo, em que todos estejam solícitos para as possíveis trocas de conhecimento, tanto no campo prático como no acadêmico. Na prática, assumir esta postura, que vai ao encontro da perspectiva da gerência participativa e da

interdisciplinaridade, facilita o enfrentamento e a busca de soluções para os problemas que possam estar relacionados com o ser humano em processo de finitude e suas múltiplas identidades que abarcam o ser biológico, o ser psíquico, o ser social e o ser afetivo, de forma a articular o todo e as partes, as partes e o todo, de acordo com a ideia hologramática do pensamento complexo.

No âmago da multidimensionalidade não sofrem ameaças as competências específicas de cada profissional, pensando, por exemplo, na área da saúde, nem mesmo diante do sistema popular de conhecimento, ou seja, do senso comum. O conhecimento da medicina não se sobrepõe ao da enfermagem, e este não se sobrepõe ao da psicologia, e assim sucessivamente. Desta forma, “[...] *o problema não está em que cada um perca a sua competência. Está em que a desenvolva o suficiente para articular com outras competências que, ligadas em cadeia, formariam o anel completo e dinâmico, o anel do conhecimento do conhecimento* [...]” (p. 33).

A partir deste raciocínio, considerando outra dimensão comparativa e a importância da participação da pessoa assistida e do seu cuidador no planejamento do cuidado, a enfermagem deve articular o sistema profissional e o sistema popular para compor o sistema de cuidado de enfermagem (ELSEN, MARCON & SILVA, 2004), na dialógica conhecimento científico/senso comum.

Sendo assim, na atenção paliativa oncológica, os investimentos da equipe interdisciplinar relacionados com as articulações dos saberes devem objetivar o atendimento das necessidades das pessoas e seus cuidadores de forma completa, negando à disjunção, principalmente, do elemento físico do psíquico, do espírito da matéria.

A matéria física não pode ser isolada do espírito, muito menos, pensar de forma redutora, restringindo a unidade humana a um substrato puramente bio-anatômico

(MORIN, 2003). Para Morin (2003), “[...] *o princípio de redução leva naturalmente a restringir o complexo ao simples [...]*” (p. 42). Essa visão favorece a eliminação do elemento humano do humano, ou seja, paixões, emoções, dores e alegrias, o que representa a essência das premissas da atenção paliativa.

Sendo assim, no campo da enfermagem, a assistência/extensão, o ensino e a pesquisa, que envolvem o cuidado como substância (HESSEN, 2003), tomam por base, principalmente, o paradigma emergente, a partir das influências das ciências sociais e humanas. Este passa a não ser baseado apenas no paradigma científico, tal qual o paradigma dominante, das ciências exatas, o que caracteriza a maior vertente dos estudos de natureza qualitativa na enfermagem, principalmente a partir do final da década de 1980, considerando que todo conhecimento quantificável tem um contexto social, e as descobertas científicas devem retro-alimentar a vida das pessoas (SANTOS, 2003).

Porém, por outro lado, não se pode deixar de salientar que os diferentes paradigmas podem e devem se complementar mutuamente. Considera-se, inclusive, que a lógica atual da construção do saber científico da enfermagem deve avançar por intermédio da busca da complementação dos estudos quantitativos e qualitativos (SANTOS, 2003).

Edgar Morin entende paradigma como algo invisível, mas de grande poder sobre as ideias. Sua noção é ao mesmo tempo linguística, lógica e ideológica. O pensamento complexo vai de encontro ao paradigma da simplificação. Este, que guiou a ciência clássica, “[...] *é o primado da disjunção e da redução. Ele determina um tipo de pensamento que separa o objeto do seu meio, separa o físico do biológico, separa o biológico do humano, separa as categorias, as disciplinas, reduz o complexo ao simples, unifica o diverso [...]*” (p. 31). É a corrente de pensamento evidenciada no

modelo biomédico, do qual a enfermagem custa em desprender suas ideias e formas de pensar e conduzir seu trabalho, embora reconheça suas limitações.

A partir do exposto até o momento, é válido ressaltar que o enfermeiro, na prática do gerenciamento do cuidado à pessoa com câncer avançado, deve estar atento à contextualização desse cuidado, e à sensibilidade do momento perante a ameaça do fim, ou seja, da morte, incluindo as contradições que demarcam a realidade, como a vida e a própria morte, a ordem e a desordem, e quiçá o cuidado e o descuidado.

A contextualização é uma ação espontânea da vida cotidiana das pessoas, que pode ser efetiva ou não de acordo com o nível de conhecimento. Para Morin (1999),

“[...] é muito difícil contextualizar [...] E isto é necessário para a vida cotidiana e absolutamente necessário na nossa era planetária, em que não há problemas importantes de uma nação que não estejam ligados a outros de natureza planetária, o desenvolvimento técnico, o problema demográfico, o econômico, a droga, a AIDS, a bomba atômica, etc. A necessidade vital da era planetária, do nosso tempo, do nosso fim de milênio, é um pensamento capaz de unir e diferenciar. É uma aventura, e muito difícil. Mas se não o fizermos, teremos a inteligência cega, a inteligência incapaz de contextualizar [...]” (p. 33).

A partir das considerações de Morin acerca do ser humano como ser complexo, o autor faz uma comparação muito interessante entre o mesmo e a máquina artificial. Em sua obra intitulada “Introdução ao pensamento complexo” (2003), traz a distinção entre os conceitos de organização e auto-organização, levando em consideração os aspectos orgânicos e viscerais. Apesar do organismo humano também ser uma máquina, tal qual entendemos a organização de uma máquina artificial, não podem ser compreendidas a partir da mesma lógica.

A máquina artificial é completamente organizada, possui uma ordem, ordem esta que se violada torna o seu conjunto de componentes menos seguro que os mesmos

isoladamente, já que qualquer avaria nestes pode resultar no não funcionamento da máquina, necessitando de uma intervenção externa para reparo, ou seja, da ação do mecânico. Conseqüentemente, a ordem da máquina artificial só ocorre pela ação do homem, não tolerando qualquer nível de desordem, sendo incapaz de se regenerar e se reproduzir, tal qual o organismo humano, ou mesmo, uma ínfima bactéria (MORIN, 2010).

Em contrapartida, o organismo humano encontra-se em constante desordem interna, considerando o mecanismo de morte e renovação celular, por exemplo. Logo, quando nascemos, imediatamente começamos a morrer, sem que, contudo, a ordem externa seja alterada, de modo que o organismo permaneça idêntico a ele próprio, mesmo com a renovação espontânea de seus componentes. Nesse contexto, segundo Morin (2003), “[...] *viver é morrer e rejuvenescer incessantemente. Por outras palavras, vive-se da morte das suas células, como uma sociedade vive da morte dos seus indivíduos, o que lhe permite rejuvenescer [...]*” (p. 92). E esse processo é chamado de auto-organização. E, diferente da máquina artificial, aqui, o conjunto dos componentes é muito mais seguro que os mesmos isolados.

Além da desordem interna do organismo humano relacionado ao mecanismo de morte e renovação celular, há a desordem externa relacionada ao ambiente em que vive, como integrante de uma sociedade humana, que funciona sempre com muita desordem, aleatoriedades e conflitos (MORIN, 2010).

No contexto então, do organismo humano “[...] *há um elo consubstancial entre desorganização e organização complexa, pois que o fenômeno de desorganização prossegue seu curso no ser vivo, mas de maneira inseparável, há o fenômeno de reorganização [...]*” (p. 47). Consideramos que, de acordo com a intervenção da patologia, mais especificamente do câncer no organismo humano, em que há alteração

do mecanismo de divisão celular decorrente de uma mutação do seu componente genético, o desequilíbrio e a desorganização prevalecem, podendo culminar na morte do conjunto como um todo.

Tudo isso nos remete ao fato de que: “[...] *a ordem do ser vivo não é simples, não releva da lógica que aplicamos a todas as coisas mecânicas, mas postula uma lógica da complexidade [...]*” (p. 47). O que nos leva a crer que o simples fato de ter que lidar com o ser humano é uma situação complexa, que se intensifica diante das situações de desequilíbrio e morte. Além disso, diferente da máquina artificial, que não possui individualidade e independência relacionadas à ação do homem, o organismo vivo é dotado de autonomia, a organização e a reorganização acontecem de forma autônoma e dinâmica, caracterizando o princípio da autonomia/dependência (auto-organização).

Sendo assim, considerando a complexidade do organismo humano como ser vivo, bem como do ser humano e suas múltiplas identidades, na prática do gerenciamento do cuidado de enfermagem, tendo o evento da morte como uma certeza, exigindo dos envolvidos a consciência do tempo e do enfrentamento da mesma (MORIN, 2007), o enfermeiro busca a ordem na desordem por meio de estratégias que foram reveladas no estudo, indo ao encontro do princípio dialógico do pensamento complexo.

A ordem e a desordem são elementos totalmente opostos, mas que cooperam entre si para organizar o universo, assim como a vida e a morte. Sendo assim, a dialógica ordem/desordem produz organização, e esta produz a ordem, que por sua vez, está relacionada com a interação, inerente, por exemplo, aos processos sociais, desencadeando um processo cíclico e dinâmico, que se relaciona com a ideia da recursividade do pensamento complexo. Vale ressaltar que, a prática do enfermeiro é essencialmente baseada na interação, e o referencial metodológico do estudo, ou seja, a

TFD, tem como premissa a construção do conhecimento a partir da interação social, das informações que emergem do campo e da compreensão da atividade e das ações humanas.

Para Morin (2003), “[...] a complexidade da relação ordem/desordem/organização surge quando se verifica empiricamente que fenômenos desordenados são necessários em certas condições para produção de fenômenos organizados, que contribuem para o aumento da ordem [...]” (p. 91-92).

Dessa forma, a existência dos opostos, ao mesmo tempo antagônicos e complementares, caracteriza as situações paradoxais (MARIOTTI, 2010), que podem ser melhor compreendidas a partir do princípio dialógico, que será apresentado a seguir.

Edgar Morin, em sua obra intitulada “Ciência com consciência” (2002), apresenta os sete princípios fundamentais para a compreensão do pensamento complexo, sendo eles: o princípio sistêmico ou organizacional, que considera estritamente necessário conhecer o todo para conhecer as partes e vice-versa, sendo sua ideia oposta à ideia reducionista; o princípio hologramático, que trata do paradoxo das organizações complexas e da ideia da totalidade das coisas, considerando que não apenas a parte está no todo, mas o todo está na parte; o princípio do circuito retroativo, que rompe com o princípio da causalidade linear; o princípio recursivo, que abrange o conceito de que toda causa tem um efeito, e que conseqüentemente, todo efeito gera outra causa, dando uma ideia de processo dinâmico e cíclico; princípio da autonomia / dependência (auto-organização), onde os seres humanos desenvolvem a autonomia na dependência da cultura, e há regeneração permanente a partir da morte das suas células; princípio dialógico, que busca associar as coisas que são ao mesmo tempo complementares e antagônicas, tal como o próprio pensamento, bem como a ordem e a desordem, que em certos casos, juntas permitem produzir organização; princípio da

reintrodução do conhecimento em todo conhecimento, a partir das diferentes culturas e épocas.

Na presente tese, os princípios fundamentais utilizados para a compreensão do contexto de atuação na atenção paliativa oncológica e do gerenciamento do cuidado de enfermagem foram: o dialógico e o hologramático.

De acordo com Morin (2005), “[...] *o princípio dialógico pode ser definido como a associação complexa (complementar/concorrente/antagônica) de instâncias necessárias em conjunto à existência, ao funcionamento e ao desenvolvimento de um fenômeno organizado [...]*” (p. 110). O que remete à dialógica ordem/desordem num contexto onde o evento da morte caracteriza a desordem, e a ordem se faz necessária para que os objetivos da assistência de enfermagem sejam alcançados com qualidade diante de um demanda de cuidados que abarcam as questões humanas que vão muito além do aspecto físico, exigindo organização e planejamento, na perspectiva do trabalho em equipe e interdisciplinar.

Sendo assim, as dialógicas vida/morte, certeza/incerteza, e ordem/desordem fazem parte do cotidiano do trabalho da enfermagem no cenário, constituindo lógicas articuladas e unidas, sem que se percam as suas próprias unidades. São situações antagônicas, contraditórias, mas complementares para a manutenção da organização, tanto em nível micro, ou seja, no contexto da internação hospitalar trabalhado, como num contexto macro, da própria sociedade humana. De acordo com Morin (2010), a dialógica comporta, portanto, “[...] *a ideia de que os antagonismos podem ser estimuladores e reguladores [...]*” (p. 190).

No caso da dialógica certeza/incerteza, por exemplo, relacionada com o avanço da doença e proximidade da morte, a previsão e a antecipação, até certo ponto, podem contribuir para o desenvolvimento do cuidado de si, por parte da pessoa, da melhor

forma possível, para evitar sustos e grandes traumas no curso da evolução da doença e de suas incapacidades, por exemplo, contribuindo para o conforto, adaptações necessárias e aceitação.

De certa forma, as ações de encarar as incertezas e a dinamicidade do contexto de atuação profissional, a ordem e a desordem, reconhecer o conhecimento como incompleto e inacabado, e negar a disjunção e a fragmentação das disciplinas e das dimensões que envolvem o ser humano são contribuições da complexidade capazes de direcionar a solução dos problemas complexos das sociedades contemporâneas, e mais especificamente, do processo de formação profissional do enfermeiro.

O princípio hologramático também apresenta devida importância no contexto da atenção paliativa oncológica quando tratamos do ser humano e sua multidimensionalidade, bem como do arranjo necessário dos diversos saberes científicos na tentativa de solucionar ou aliviar os sintomas que transpassam o aspecto físico diante do processo de finitude humana.

Para Morin (2005):

“[...] as partes podem ser singulares ou originais, embora dispondo de aspectos gerais e genéricos da organização do todo. As partes podem ser dotadas de autonomia relativa. Podem estabelecer comunicações entre elas e realizar trocas organizadoras. Podem ser eventualmente capazes de regenerar o todo [...]” (p. 114).

É baseado nessa perspectiva, de acordo com o princípio hologramático, que o enfermeiro, no contexto da internação hospitalar e diante das múltiplas necessidades da pessoa e do seu cuidador, na ausência dos demais membros da equipe de saúde, busca articular outros saberes científicos a fim de atendê-las em prol do conforto emocional e

psicológico de ambos, o que pode ser observado na apresentação das categorias no próximo capítulo.

É de acordo com o princípio hologramático que Morin faz críticas ao holismo, já que este só vê o todo, sem entrelaçar as partes. Além disso, em consonância com o princípio hologramático, pode-se dizer que o que se adquire com o conhecimento das partes regressa sobre o todo, e vice-versa. Portanto, para Morin (2010), “[...] *ao princípio dialógico precisamos juntar o princípio hologramático no qual, de uma certa maneira, o todo está na parte que está no todo, como num holograma [...]*” (p. 190).

2.2. TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS

2.2.1- DETERMINANDO O TIPO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa. Para Strauss e Corbin (2008, p.23) “[...] *o termo ‘pesquisa qualitativa’ quer dizer qualquer tipo de pesquisa que produza resultados não alcançados através de procedimentos estatísticos ou de outros meios de quantificação [...]*”. O objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado e em permanente transformação, o que remete à defesa do conhecimento-processo em detrimento do conhecimento-estado, no âmbito do pensamento epistemológico (JAPIASSU, 1992).

Para Mariotti (2010), um dos grandes problemas que levam à simplificação e fragmentação da realidade é acreditar que “[...] *tudo pode ser reduzido a números e explicado por meio deles, mas na vida real há muitas coisas que não podem ser entendidas e explicadas nesses termos [...]*” (p. 18). Desse modo, muitas vezes não se alcança a compreensão dos fatos, da percepção da realidade, o que é favorecido pelas

divisões e subdivisões das disciplinas ou especialidades, que ora não se comunicam, ou se comunicam mal.

O estudo foi viabilizado por meio da utilização do referencial metodológico da Grounded Theory, também conhecida em português como Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). Este método tem raízes no Interacionismo Simbólico, embora este não seja o referencial teórico do estudo, porque se buscou a relação e melhor compreensão das questões relativas ao gerenciamento do cuidado de enfermagem à pessoa com câncer avançado e seu cuidador mediante a Ciência da Complexidade de Edgar Morin, tendo o foco voltado para a interação, de forma a não centrar apenas no *self* do indivíduo, mas sim no coletivo, ou seja, considerando todas as pessoas envolvidas no cenário do cuidado de enfermagem.

No contexto da pesquisa interpretativa, que deriva do reconhecimento básico dos processos interpretativos e cognitivos inerentes à vida social, duas vertentes filosóficas podem ser observadas: a Fenomenológica e o Interacionismo Simbólico. Este abrange a etnografia e a própria TFD, justificando suas raízes (COULON, 1995).

De acordo com Charmaz (2009), a TFD “[...] *pode conduzir, controlar e organizar a sua coleta de dados e, além disso, construir uma análise original dos seus dados [...]*” (p. 15), o que irá compor a matriz teórica relacionada com o fenômeno central do estudo, revelado por meio do emprego do mecanismo analítico denominado paradigma; o que permite ao pesquisador ir além do estudo descritivo, abrangendo a questão explanatória do fenômeno investigado.

Dessa forma, a matriz teórica representa um conjunto de categorias bem desenvolvidas, geradas a partir dos dados brutos, que são sistematicamente interconectadas por meio do emprego dos elementos do paradigma, que serão melhor descritos a seguir, para explicação e compreensão de fenômenos relevantes da realidade

(STRAUSS & CORBIN, 2008). Porém, deve-se considerar que os fenômenos são complexos, imbuídos de incertezas que não podem ser ignoradas ou completamente sanadas, e por isso, seus significados nem sempre são facilmente explicados e compreendidos, em especial os fenômenos sociais, marcados pelas diversidades das experiências humanas e interações.

2.2.2- DISCORRENDO ACERCA DA TFD

Levando em consideração o valor da historicidade na construção do conhecimento, é válido ressaltar as pretensões da TFD no contexto do surgimento do Interacionismo Simbólico na Escola de Chicago. Nesta Escola, os estudos de cunho qualitativo foram realizados, em especial, na busca de soluções para os problemas políticos e sociais, com destaque para a criminalidade em decorrência, principalmente, das sucessivas ondas migratórias que a cidade enfrentava no início do século XX, marcando as mudanças paradigmáticas, em detrimento do cartesianismo (COULON, 1995).

Dessa forma, Chicago foi o reino do paradigma qualitativo, mas por outro lado, num segundo momento, foi igualmente no que diz respeito ao paradigma quantitativo. Essas duas influências paradigmáticas caracterizam bem a TFD, que apesar da abordagem qualitativa, segue o método rigoroso na coleta, análise dos dados e concepções sistemáticas, tal como evidenciado nos métodos quantitativos.

A TFD foi construída na década de 1960, a partir das contribuições de Anselmo Strauss, discípulo da Escola de Chicago e explorador do método qualitativo, e Barney Glaser, da Universidade da Columbia, explorador do método quantitativo. Trata-se de um referencial metodológico que valoriza os significados das coisas, considerando a

relação entre o sujeito cognoscente e o objeto observado, na busca do conhecimento, de modo a construir hipóteses testáveis e constructos teóricos que buscam a compreensão dos fenômenos sociais com base nos dados investigados (STRAUSS & CORBIN, 2008).

É por meio da TFD que se busca fundamentar conceitos em dados extraídos das realidades empíricas, envolvendo sujeitos em processos de interações constantes. Estuda-se a forma como estes explicam seus enunciados e ações. Para facilitar a percepção acerca da realidade estudada, é preciso aplicar habilidades relacionadas com o ver, ouvir e sentir, aguçando a sensibilidade e a criatividade durante a coleta e análise dos dados (CHARMAZ, 2009).

A principal habilidade a ser desenvolvida pelo pesquisador que aplica a TFD é a sensibilidade teórica, e o principal passo para isso é entrar no campo da pesquisa com o mínimo de hipóteses e ideias predeterminadas. É com base nesta concepção que o pesquisador não configura na fase do projeto de pesquisa o capítulo da revisão de literatura acerca da temática a ser investigada (GLASER, 2005).

Para Strauss e Corbin (2008), “[...] *teorizar é um trabalho que implica não apenas conceber ou intuir ideias (conceitos), mas também formular essas ideias em um esquema lógico, sistemático e explanatório [...]*” (p. 34). No processo de construção da matriz teórica, as hipóteses e as proposições que emergem dos dados devem ser continuamente verificadas e comparadas com os novos dados, sendo modificadas, estendidas ou desconsideradas, conforme indicado e necessário. Esse processo caracteriza a análise comparada da TFD, que compreende característica importante da pesquisa de ciência social.

Além da análise comparada, o que faz com que a coleta e a análise dos dados aconteçam simultaneamente, a TFD trabalha com o conceito da amostragem teórica, ou

seja, a escolha dos grupos de sujeitos da pesquisa é definida ao longo da mesma e não no início, a partir da exigência dos próprios dados. Dessa forma, a amostragem teórica é formada mediante as hipóteses que são levantadas no processo de investigação. É a partir das hipóteses emergentes que os procedimentos visam identificar, desenvolver, relacionar e comparar conceitos, a fim de aprofundar e desenvolver adequadamente as categorias, por conseguinte, o fenômeno central (GLASER, 2005).

Conforme exigências do objeto de estudo, no que se referem ao gerenciamento do cuidado de enfermagem, os sujeitos entrevistados no início da pesquisa foram os enfermeiros, e tais dados empíricos exigiram que novas dimensões fossem investigadas, por meio do levantamento de hipóteses acerca da importância da participação de outros sujeitos no cenário do cuidado de enfermagem. Sendo assim, tais hipóteses emergiram:

- O técnico de enfermagem é elemento integrante da equipe de enfermagem, que contribui para a organização e planejamento das ações, e executa grande parte das tarefas do plano de cuidados. Logo, participa ativamente do trabalho, inclusive, no contexto da equipe interdisciplinar, buscando alcançar o objetivo comum, que diz respeito ao atendimento das necessidades da pessoa e do cuidador.
- O cuidador está presente no cenário da internação hospitalar, percebe como o cuidado de enfermagem acontece, participa do mesmo e apresenta as suas próprias necessidades.

Como a fundamentação para a construção da matriz teórica do estudo, seguindo rigor metodológico, tem como base os dados coletados em campo, e não os conceitos e crenças do pesquisador, a concepção real do problema de pesquisa começa a emergir dos próprios dados, que, por conseguinte, direciona para o conhecimento já produzido

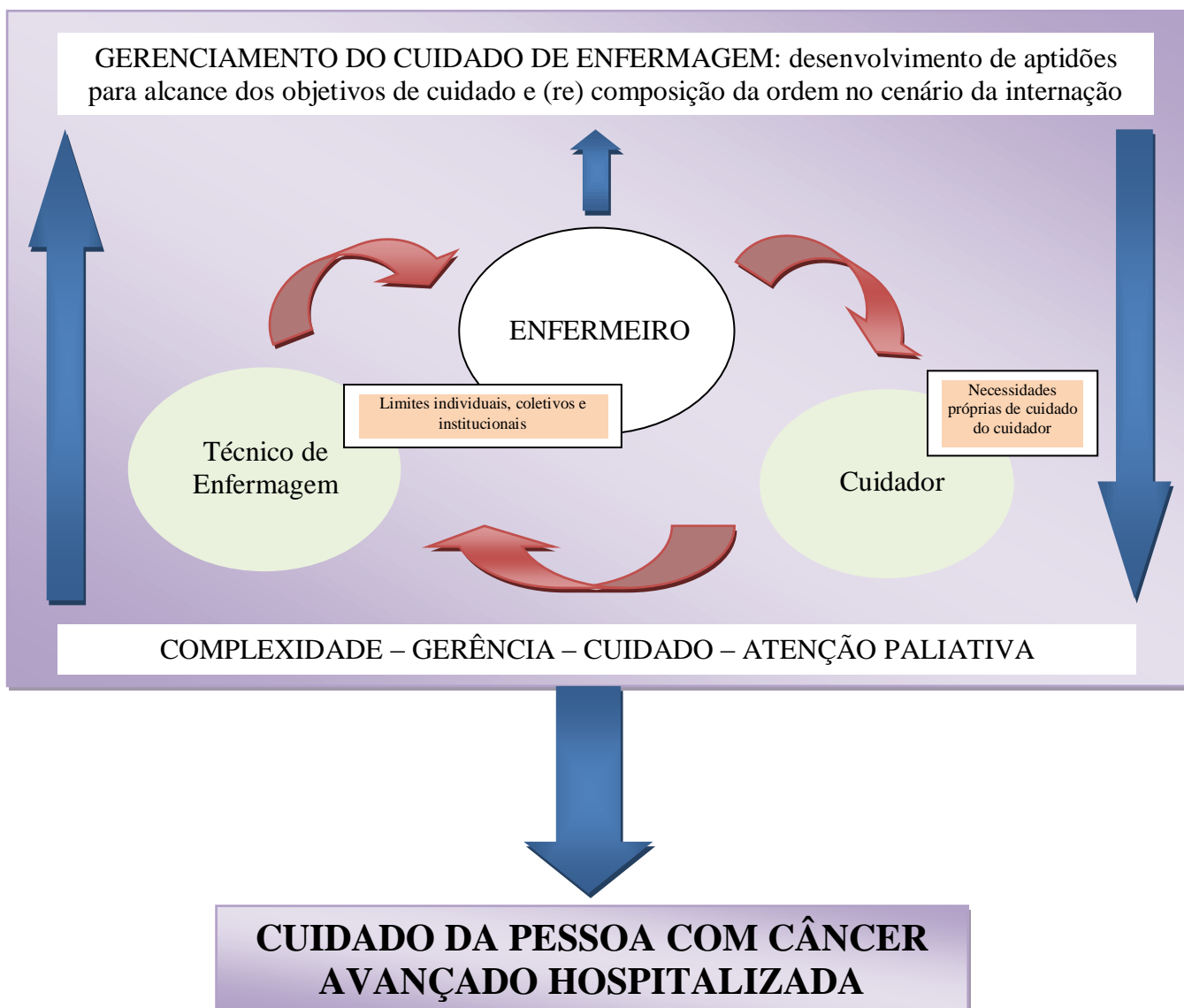
em literatura, em busca de semelhanças ou discordâncias, o que poderá ser observado no Capítulo V “Conversando com Edgar Morin e outros autores” (STRAUSS & CORBIN, 2008).

Dessa forma, são os dados que direcionam também a revisão de literatura, ou seja, as bases conceituais para discussão, guiadas pelos conteúdos dos memorandos teóricos, num processo de comparação constante, capaz de integrar todas as informações que sustentam os constructos teóricos para compreensão dos fenômenos sociais investigados, que logo são representados pela matriz teórica.

Sendo assim, de acordo com Strauss e Corbin (2008), “[...] *é impossível saber antes da investigação quais serão os problemas salientes ou quais conceitos teóricos vão surgir. Além disso, o pesquisador não deseja ficar tão mergulhado na literatura a ponto de ser reprimido ou sufocado por ela [...]*” (p. 58).

A Figura 01 traz uma representação esquemática do processo interativo entre os grupos amostrais de sujeitos, as bases conceituais e o gerenciamento do cuidado de enfermagem:

Figura 01: Possibilidades de interação entre os elementos fundamentais para construção da matriz teórica do gerenciamento do cuidado de enfermagem na atenção paliativa oncológica



Fonte: Elaboração própria

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

- 1- A revisão de literatura não é o passo inicial do processo de pesquisa, sendo direcionada conforme exigência dos dados coletados, podendo gerar memorandos teóricos;
- 2- Os dados são coletados e analisados concomitantemente, por exemplo, ao entrevistar um sujeito o pesquisador já inicia o processo de análise previamente à entrevista seguinte, sendo assim, o método é circular, permitindo ao pesquisador mudar o foco de atenção e buscar outras direções, conforme exigência dos dados coletados, sendo o que caracteriza a amostragem teórica;
- 3- As matrizes teóricas são geradas a partir de áreas de pesquisa empírica, de campo. O conhecimento é construído a partir da interação social, de informações e compreensão da atividade e das ações humanas. Logo, por basearem-se nos dados, espera-se que as matrizes aumentem a compreensão sobre os fenômenos e proporcionem um guia para a ação, caracterizando-se como pesquisa de cunho social;
- 4- Há cautela quanto à influência excessiva na percepção do pesquisador, principalmente, através do uso limitado da literatura antes da análise;
- 5- As hipóteses são criadas a partir do processo da coleta e análise dos dados, e não antes;
- 6- Trabalha com o conceito de amostragem teórica, ou seja, com a possibilidade do pesquisador buscar seus dados em locais ou por meio do depoimento de pessoas que indicam deter conhecimento acerca da realidade a ser estudada. Sendo assim, os dados podem indicar a necessidade da abordagem de outras práticas;
- 7- Utiliza memorandos como registros ao longo da pesquisa de campo, pois representam as formas escritas dos pensamentos abstratos do pesquisador sobre os dados, e os diagramas, que são representações gráficas das relações entre os conceitos. De acordo com Charmaz (2009), os memorandos compreendem “[...] *anotações analíticas*

preliminares sobre nossos códigos e comparações, bem como qualquer outra ideia que nos ocorra sobre nossos dados [...]” (p. 16).

2.2.3. REVELANDO O CENÁRIO DA PESQUISA

Os dados foram coletados no Hospital do Câncer IV (HC-IV), que trata de uma Instituição pública federal especializada na atenção paliativa oncológica, localizada no município do Rio de Janeiro, Brasil. O HC-IV é uma das cinco unidades do Instituto Nacional de Câncer (INCA), referência nacional para o tratamento do câncer.

O critério para o encaminhamento da pessoa matriculada nas outras unidades do INCA à unidade de atenção paliativa é estar em situação de doença avançada, progressiva e sem possibilidades terapêuticas de cura atuais. Na unidade da atenção paliativa são quatro as modalidades de atendimento, a saber: internação hospitalar, assistência domiciliar, ambulatório e pronto atendimento.

Segundo Teixeira e Lavor (2006) a modalidade de atendimento da internação hospitalar procura estabelecer que a pessoa permaneça hospitalizada durante o tempo necessário para que ocorra a estabilização da condição clínica que demandou a internação. Essa medida vai ao encontro dos preceitos da atenção paliativa, que preconizam a socialização do processo de morrer, a manutenção da dignidade da pessoa, a promoção do conforto e da qualidade de vida.

A solicitação de transferência para o HC-IV é feita pelo médico responsável da clínica de origem. A pessoa é avaliada pelos profissionais da unidade de atenção paliativa, especificamente, pelo médico e pelo assistente social. Essa avaliação ocorre na unidade de origem, no momento que precede a transferência em si, em um local destinado para esse tipo de avaliação denominado “posto avançado”.

Nesse momento, a partir do julgamento das condições sociais e clínicas da pessoa, esta é inserida em uma das modalidades de assistência da atenção paliativa. Dessa forma, a pessoa recebe alta hospitalar e aguarda a visita do profissional de saúde em seu domicílio, inserida no regime de assistência domiciliar; responsabiliza-se por agendar uma primeira consulta no ambulatório da unidade de atenção paliativa; ou é prontamente transferida de uma unidade de internação para outra, quando houver necessidade imediata de controle de sintomas ou por outras questões sociais envolvidas.

No momento da transferência são esclarecidas questões referentes aos preceitos da atenção paliativa e seus objetivos. Os cuidadores são convidados a participarem de reuniões desenvolvidas na unidade de atenção paliativa, que contam com importante participação do enfermeiro. Essas reuniões tem o intuito de receber a pessoa e seus cuidadores.

O HC-IV possui onze andares, sendo que apenas quatro são destinados à internação hospitalar. Cada andar destinado à internação possui quatorze leitos, sendo seis enfermarias de dois leitos cada, e dois quartos individuais. O serviço dispõe de enfermeiros que atuam em regime de quarenta horas por semana, com escalas de diaristas e plantonistas. Os técnicos de enfermagem também cumprem quarenta horas semanais com escala de plantão. O setor conta com um chefe de enfermagem.

Cada andar possui um enfermeiro diarista responsável, que trabalha até 17 horas, entretanto, no momento da coleta de dados, um andar estava sem o enfermeiro diarista, pois havia sido alocado em escala de outro setor, respeitando demanda da unidade como um todo. A sequência do plantão até às 19 horas nos quatro andares é gerenciada por dois enfermeiros plantonistas que seguem a escala de 12/60 horas, com devida complementação de carga horária. O plantão noturno também conta com outros dois enfermeiros plantonistas na mesma escala anterior, assim como nos finais de semana e

feriados. O quantitativo de técnicos de enfermagem por andar varia de dois a quatro, dependendo da escala das complementações.

2.2.4. ELEGENDO OS SUJEITOS DA PESQUISA

Conforme exigências do objeto de estudo o primeiro grupo amostral trabalhado foi o de enfermeiros que atuam no setor da internação hospitalar do HC-IV.

Participaram da pesquisa sete enfermeiros, respeitados os critérios de inclusão a seguir:

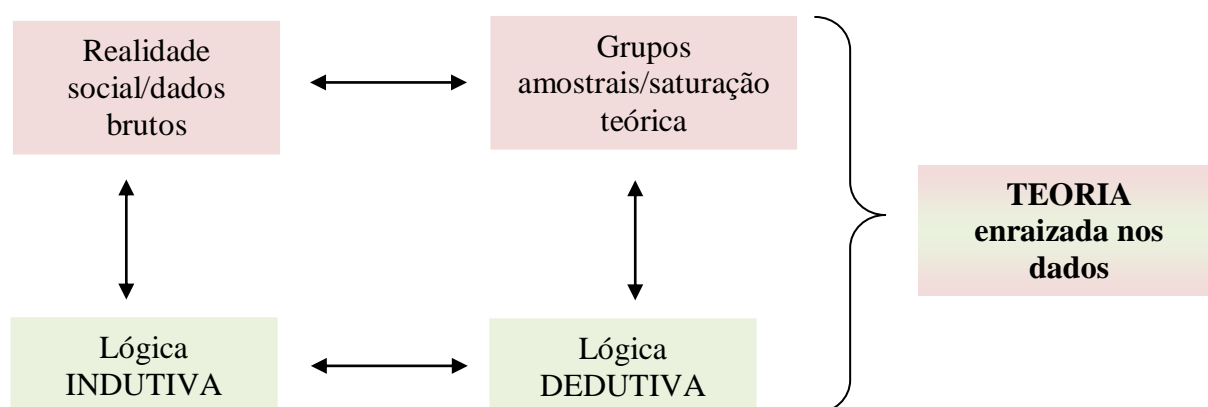
- Ser enfermeiro com vínculo empregatício com o HC-IV; estar atuando na internação hospitalar por no mínimo seis meses no momento da coleta de dados; permitir a gravação da entrevista em gravador digital de voz; e aceitar participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice A).

A TFD, como pesquisa qualitativa prevê a interrupção da coleta de dados no momento da saturação dos mesmos. O método comparativo favorece a saturação teórica do problema, a partir do desenvolvimento da flexibilidade clara do pesquisador, enfocada para continuar superando sua própria análise e a de outros. A saturação acontece, então, quando nenhuma outra informação acrescentar ou modificar as já existentes, e impossibilita a determinação inicial do número de sujeitos da pesquisa (GLASER, 2005).

Durante todo o processo de coleta e análise de dados o pesquisador trabalha a partir de dois preceitos fundamentais na TFD para composição da amostragem teórica: a indução, ou seja, a matriz teórica é induzida ou surge depois do início da coleta de

dados e não antes; e a dedução, que utiliza os códigos induzidos para obter guias conceituais, direcionando os grupos amostrais ou subgrupos, de modo a testar mais dados para gerar a matriz (GLASER, 2005). Esta relação pode ser observada na Figura 02.

Figura 02: Lógica da amostragem teórica



Fonte: Elaboração própria do esquema com base em Glaser (2005).

A articulação da indução e da dedução busca alcançar a certeza teórica, já que a indução, de forma isolada, a partir da incessante observação e verificação dos fatos, não leva à certeza. Contudo, de acordo com a Ciência da Complexidade, a incerteza não pode ser totalmente eliminada, e o conhecimento gerado deve estar aberto ao teste e à refutação, já que nenhuma teoria científica pode ser provada para sempre (MORIN, 2010).

Com relação ao grupo amostral dos técnicos de enfermagem, participaram da pesquisa quatro sujeitos, respeitados os critérios de inclusão a seguir:

- Ser técnico de enfermagem com vínculo empregatício com o HC-IV; estar atuando na internação hospitalar por no mínimo seis meses no momento da

coleta de dados; permitir a gravação da entrevista em gravador digital de voz; e aceitar participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice B).

Já com relação ao grupo amostral dos cuidadores, participaram oito pessoas, respeitados os critérios de inclusão a seguir:

- Estar na condição de cuidador no contexto da internação hospitalar no momento da coleta de dados; permitir a gravação da entrevista em gravador digital de voz; e aceitar participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice C).

Foram respeitados os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos, conforme preconiza a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que prevê a participação do sujeito na pesquisa, por meio do depoimento livre e consentido (BRASIL, 1996). Essa revisão é necessária devido ao risco de avaliação parcial do pesquisador da relação risco/benefício ou no desenvolvimento de procedimentos para proteger os direitos dos participantes (POLIT, BECK & HUNGLER, 2004).

O projeto de pesquisa obteve aprovação no Comitê de Ética do INCA em julho de 2010, com o número do parecer 45/2010.

Após transcrição do material das entrevistas, os dados foram apresentados aos enfermeiros e técnicos de enfermagem para aprovação. No caso dos cuidadores, essa validação aconteceu logo após o término da entrevista. A média de tempo de duração das entrevistas com os enfermeiros foi de 35 minutos; com os técnicos de enfermagem foi de 20 minutos; e cuidadores 10 minutos.

As falas foram organizadas no capítulo III seguindo as letras do alfabeto, a fim de assegurar os princípios éticos da pesquisa, com garantia de confidencialidade. Nenhum sujeito entrevistado desistiu de participar do estudo.

2.2.5. TRAÇANDO AS ESTRATÉGIAS DE PRODUÇÃO DOS DADOS

As técnicas de coleta de dados utilizadas foram a entrevista semi-estruturada (apêndice D) e a observação não-participante. A entrevista semi-estruturada é a estratégia recomendada para utilizar a TFD, pois permite maior flexibilidade para esclarecimento de pontos essenciais na compreensão da realidade, podendo ter seu roteiro redesenhado a partir das exigências dos dados. Dessa forma, as entrevistas foram conduzidas pelas questões norteadoras principais, além de outras que surgiram durante o processo de investigação (CASSIANI, CALIRI & PELÁ, 1996).

As entrevistas foram gravadas em gravador digital de voz, e posteriormente transcritas, já caracterizando o início da análise. Os dados da observação foram registrados manualmente no contato da pesquisadora com o campo.

Os memorandos foram construídos ao longo da coleta de dados, que, segundo Strauss e Corbin (2008), compreendem “[...] *o registro do pesquisador de análises, pensamentos, interpretações, questões e direções para coleta adicional de dados* [...]” (p. 111). Os memorandos podem ser registrados de forma escrita ou através de diagramas. Devem ser analíticos e conceituais, e não descritivos.

A observação de campo foi guiada por um roteiro (apêndice E) construído com base nas ações envolvidas no gerenciamento do cuidado, com o intuito de ser o mais completo possível para atender a perspectiva sistêmica.

Ao término da composição de cada grupo amostral foi realizada a caracterização do perfil dos sujeitos, a partir da aplicação de um formulário com perguntas fechadas (apêndice F). Este formulário foi preenchido pela pesquisadora no momento que precedeu as entrevistas. De uma forma geral, contém perguntas referentes ao sexo e à faixa etária. No caso dos enfermeiros e técnicos de enfermagem, quanto ao tempo de formação profissional e de atuação na área setorializada da atenção paliativa oncológica. No caso dos cuidadores, as perguntas estiveram voltadas para o tempo de hospitalização da pessoa, conseqüentemente, sobre seu tempo de permanência como cuidador, e o nível de conhecimento sobre a doença e condição atual da pessoa hospitalizada.

As entrevistas foram realizadas individualmente, na sala de reunião de cada andar da internação, livre de ruídos e de interferências externas. Os sujeitos foram escolhidos aleatoriamente por conveniência nos quadros andares da internação.

2.2.6. CONDUZINDO A ANÁLISE DE DADOS

A coleta e o início da análise dos dados aconteceram no período entre julho de 2010 a fevereiro de 2011. Foram entrevistados enfermeiros diaristas e plantonistas, tanto do serviço diurno como do noturno, incluindo neste caso os técnicos de enfermagem e os cuidadores, a fim de conhecer o maior número possível de significações acerca do gerenciamento do cuidado de enfermagem, bem como para captação dos diferentes elementos que compuseram as categorias, e conseqüentemente, melhor interpretar o fenômeno central da pesquisa.

Como dito anteriormente, o processo de análise de dados na TFD começa logo após a primeira entrevista e observação, gerando informações capazes de levar o pesquisador a realizar modificações necessárias na condução da própria coleta de dados

subsequente, a fim de favorecer a explicação/compreensão do problema da pesquisa e a construção da matriz teórica (STRAUSS & CORBIN, 2008).

Porém, segundo Strauss e Corbin (2008), o problema que surge durante esse processo é como alguém pode se imergir nos dados e conseguir manter o equilíbrio entre a objetividade e a sensibilidade, igualmente necessárias. A manutenção da objetividade favorece a interpretação do fenômeno de forma imparcial e acurada, livre das concepções e crenças do pesquisador. Enquanto, o desenvolvimento da sensibilidade é importante para perceber as nuances sutis e os significados dos dados, bem como para reconhecer as conexões entre os conceitos.

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

2.2.6.a- A CODIFICAÇÃO ABERTA

Na codificação aberta o pesquisador está em busca de códigos/categorias, que serão o bloco de construção da matriz teórica, bem como de propriedades e dimensões. As propriedades são as características de uma categoria, produto final da codificação aberta. Já as dimensões compreendem o âmbito ao longo do qual as propriedades gerais de uma categoria variam, dando especificação à categoria e variação à matriz (STRAUSS & CORBIN, 2008).

Os códigos são na verdade representativos do fenômeno, que compreende a ideia central do problema de pesquisa, uma questão, um fato ou um acontecimento que é definido como importante para os sujeitos.

A codificação aberta é desenvolvida por meio da microanálise, que compreende a análise dos dados brutos linha por linha. Esse método, muito interessante para os novatos com a TFD, obriga o pesquisador a ouvir cuidadosamente o que os entrevistados estão dizendo e como eles estão dizendo isso. A análise linha por linha gera os códigos preliminares, que podem ser observados no exemplo do Quadro 01.

Quadro 01: Recorte dos dados brutos e códigos preliminares na 3ª entrevista (grupo amostral dos enfermeiros)

DADOS BRUTOS	CÓDIGOS PRELIMINARES
DISTRIBUIÇÃO VERTICAL DO DISCURSO E CODIFICAÇÃO – 3ª ENTREVISTA (ENFERMEIRO)	
<p>Pesquisadora: qual o significado do gerenciamento do cuidado de enfermagem no contexto da internação para você?</p> <p>O gerenciamento do cuidado envolve o planejamento da assistência de enfermagem e a programação do que tem que ser feito prioritariamente na internação, como por exemplo, os curativos. É programar o seu dia-a-dia; gerenciar a assistência de forma a priorizar algumas atividades, bem como as urgências, atendendo o paciente como um todo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Envolvendo o planejamento da assistência de enfermagem. • Programando o que tem que ser feito prioritariamente na internação. • Programando o seu dia-a-dia. • Gerenciando a assistência de forma a priorizar algumas atividades, bem como as urgências. • Atendendo a pessoa de forma integral.

Os verbos dos códigos preliminares e demais conceitos na TFD são escritos no gerúndio para estabelecer a ideia de movimento e dinamicidade do método.

Logo após a análise rigorosa dos dados, conforme similaridade entre os códigos preliminares, os mesmos são agrupados sob conceitos mais abstratos em diferentes

códigos substantivos, que poderão gerar categorias, subcategorias ou componentes das subcategorias (STRAUSS & CORBIN, 2008). Este processo de composição dos códigos teóricos já caracteriza a codificação axial. Essa interação pode ser observada no exemplo do Quadro 02.

Quadro 02: Recorte da codificação dos dados da Categoria 01 utilizando as entrevistas

CÓDIGOS PRELIMINARES	COMPONENTES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Falando que o gerenciamento envolve o planejamento da assistência; - Considerando o planejamento uma atividade muito importante do enfermeiro; - Planejando para dar uma boa assistência de enfermagem; - Tendo que organizar o cuidado. 	<p>Certificando que o planejamento das ações é essencial à qualidade do cuidado de enfermagem</p>	<p>Enfatizando a importância do gerenciamento do cuidado de enfermagem no contexto da internação hospitalar</p>	<p>Significando o gerenciamento do cuidado de enfermagem no contexto da internação hospitalar na atenção paliativa oncológica</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Sabendo prever, prognosticar e antecipar as situações nos cuidados paliativos; - Estando atento ao que a pessoa pode apresentar; - Sendo alguns problemas previsíveis; - Antecipando as situações previsíveis e conversando com a família, 	<p>Prevendo situações de desordem para melhor planejar e organizar as ações</p>		

principalmente, quando a pessoa encontra-se em processo de morrer.			
---	--	--	--

Todo este processo de codificação aberta acontece a partir do estudo dos dados, das comparações, dos memorandos e dos recursos da literatura.

2.2.6.b- A CODIFICAÇÃO AXIAL

A codificação axial ocorre quase que concomitantemente com a codificação aberta. Nela as categorias que surgiram dos dados são relacionadas às que podem ser reduzidas às subcategorias, e as principais categorias são bem desenvolvidas e refinadas, em busca da abstração para a revelação do fenômeno central. A abstração é necessária para que a realidade seja concretamente retratada, já que as ideias traduzem a realidade. Assim sendo, de acordo com Erdmann (1996), *“para atingir o concreto precisamos passar pela abstração da ideia que nos põe em comunicação com a realidade e ao mesmo tempo nos impede que nos comuniquemos com ela”* (p.48).

Dessa forma, para Strauss e Corbin (2008), *“[...] o processo de relacionar categorias às suas subcategorias é chamado de ‘axial’, porque ocorre em torno do eixo de uma categoria, associando categoria ao nível de propriedades e dimensões [...]”* (p.123). Sendo assim, na codificação axial os dados são reagrupados, as categorias são definidas, cada qual com suas subcategorias, no intuito de gerar explicações e compreensões mais precisas e completas sobre o fenômeno. As subcategorias respondem algumas questões relacionadas ao fenômeno: quando, por que, quem, onde, como e com que consequências.

Todas essas questões direcionam para o mecanismo analítico do paradigma ou modelo paradigmático, que quando construído contribui para o processo de refinamento da matriz teórica, o que caracteriza a codificação seletiva. Responder essas questões ajuda a contextualizar o fenômeno investigado.

O modelo paradigmático é capaz de promover as interconexões entre as categorias para revelação do fenômeno central, em prol da construção da matriz teórica, a fim de melhor integrar a estrutura e o processo. Dessa forma, os dados codificados são reunidos, ordenados e interconectados levando em consideração as condições estruturais e o processo, relacionados com ações e interações no tempo, no espaço, com pessoas, organizações e sociedades, em respostas a certos problemas e assuntos. Fazem parte das condições estruturais as condições causais, o contexto e as condições intervenientes. O processo concentra as estratégias de ação-interação e as consequências. As estratégias podem ser individuais ou coletivas e significam ações diante dos problemas. E as consequências representam os resultados alcançados ou expectativas da ação-interação em relação a um determinado fenômeno (STRAUSS & CORBIN, 2008).

No âmbito da estrutura, as condições causais levam à ocorrência ou desenvolvimento de um fenômeno; o contexto representa as especificidades das condições causais; e as condições intervenientes são capazes de influenciar no curso do fenômeno, pois apontam as condições estruturais que se apóiam nas estratégias e que pertencem ao fenômeno (STRAUSS & CORBIN, 2008).

O modelo paradigmático, quando comparado ao tetragrama organizacional da complexidade – que envolve a dialógica ordem/desordem necessária à organização, e que sofre interação constante – possui características relacionadas com o fato de não comandar, e sim permitir conceber o jogo de informações e transformações, sem ignorar a complexidade do universo (MORIN, 2010).

Na perspectiva da complexidade, indo ao encontro das ideias de Morin (2010), a estratégia “[...] *é a arte de utilizar as informações que aparecem na ação, de integrá-las, de formular esquemas de ação e de estar apto para reunir o máximo de certezas para enfrentar a incerteza [...]*” (p. 192).

De acordo Strauss e Corbin (2008), o modelo paradigmático trata de uma perspectiva assumida em relação aos dados, de forma a organizá-los sistematicamente e configurar o fenômeno central da pesquisa, seguindo o processo de codificação, na fase seletiva.

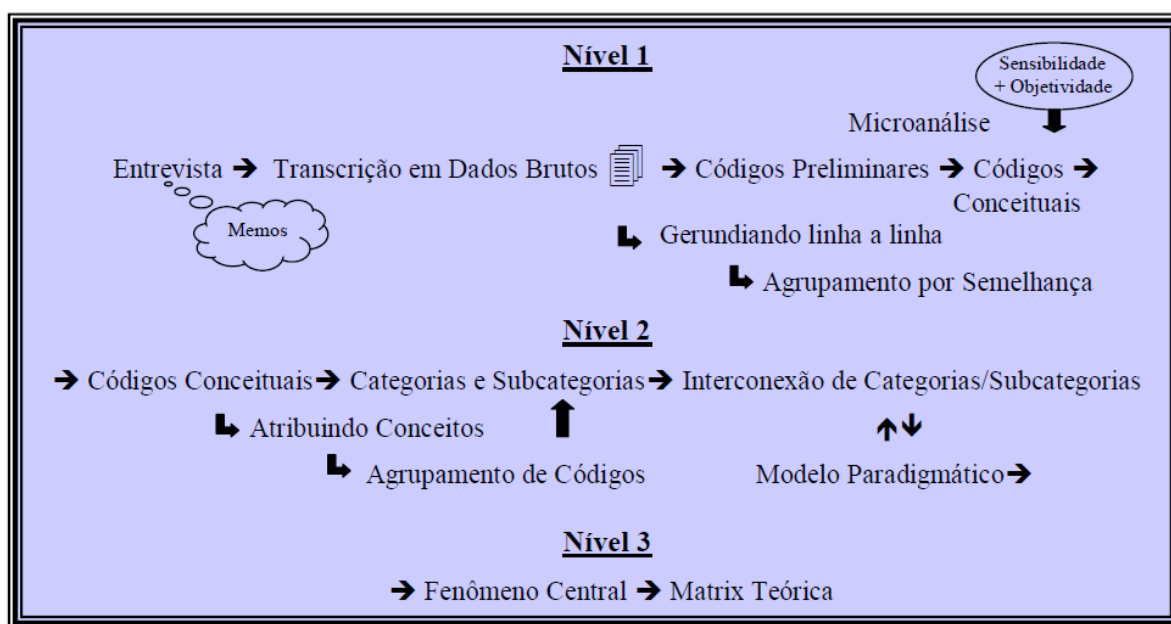
2.2.6.c- A CODIFICAÇÃO SELETIVA

A codificação seletiva, última fase da análise dos dados, compreende o processo que integra e refina a matriz teórica. Nesta fase as principais categorias são finalmente integradas para formar a matriz. É revelado o fenômeno central, que define o tema principal da pesquisa. A matriz é definitivamente construída com a integração das categorias. Contudo, segundo Strauss e Corbin (2008), “[...] *a integração ocorre com o tempo, começando com os primeiros passos da análise, e geralmente não termina até a redação final [...]*” (p. 159).

Nesse momento, o resultado é que todos os dados são conceituados em categorias e integrados em uma matriz teórica. O foco não está na organização do montante de dados como aparece na segunda abordagem, mas na organização de ideias.

No decorrer do processo de análise, inúmeros códigos foram identificados, os quais resultaram em dezessete categorias e trinta e cinco subcategorias.

Todas as fases das codificações no processo de análise dos dados podem ser observadas na Figura 03 construída por Fuly (2009) em sua tese de doutorado.

Figura 03: Descrição do processo de codificação

Fonte: FULY, 2009

Com relação à matriz teórica construída a partir da utilização da TFD, dois tipos de teorias podem ser formados: a teoria substantiva (compreende os resultados de uma dada realidade); e a teoria formal (deixa de abranger apenas a realidade específica, por meio da geração de conceitos abstratos que podem ser aplicados de forma generalizada, requerendo pesquisas adicionais, colocando o conhecimento gerado a prova do teste e da refutação) (GLASER, 2005; CASSIANI, CALIRI, PELÁ, 1996).

Na presente pesquisa, a partir de elementos da TFD, foi construída a matriz teórica substantiva, validada no âmbito do conhecimento da gerência em enfermagem e do método, delimitada a partir da integração e análise das categorias encontradas a partir da exploração/abstração das realidades vivenciadas pelos sujeitos dos diferentes grupos amostrais. A teoria substantiva construída pode ter, invariavelmente, implicações gerais (GLASER, 2005). A validação dos dados aconteceu durante a realização do Doutorado Sanduiche, na UFSC, com integrantes do GEPADES.

2.2.7. VALIDANDO A MATRIZ TEÓRICA

Baseado na vertente dedutiva para construção da matriz teórica, o processo de validação se faz necessário mediante as ações do pesquisador ao interpretar e conceituar os dados, bem como desenvolver as hipóteses que visam testar mais dados, no âmbito do conceito da amostragem teórica. Dessa forma, ao final do estudo, a matriz teórica representada de forma diagramada a partir da aplicação dos elementos do modelo paradigmático, significando uma forma de interpretação abstrata do pesquisador, deve ser validada, a fim de *“determinar como a abstração se ajusta aos dados brutos e também determinar se algo importante foi omitido do esquema teórico”* (STRAUSS & CORBIN, 2008, P. 157).

A validação pode ser realizada de diversas maneiras. Nesta tese, a matriz teórica foi validada de duas maneiras. A primeira, a partir da comparação do esquema representativo da matriz de forma diagramada com os dados brutos, pela pesquisadora, de forma a configurar um tipo de análise comparativa de alto nível. A segunda, durante a realização do Doutorado Sanduiche na UFSC, quando a descrição sumarizada da tese e o esquema foram apresentados e avaliados por seis integrantes do GEPADES, a saber: Dra Alacoque Lorenzini Erdmann, Dra Selma Regina de Andrade, Dra Ana Lucia Schaefer Ferreira de Mello e Doutorandos Rafael Marcelo Soder, José Luís Guedes dos Santos e Maria Aparecida Baggio.

CAPÍTULO III

COMPREENDENDO O SIGNIFICADO ATRIBUÍDO PELOS ENFERMEIROS, TÉCNICOS DE ENFERMAGEM E CUIDADORES ACERCA DO GERENCIAMENTO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR NA ATENÇÃO PALIATIVA ONCOLÓGICA

3.1- CARACTERIZANDO OS SUJEITOS DA PESQUISA

A amostragem teórica do estudo foi composta por três diferentes grupos, a saber: o grupo dos enfermeiros, o grupo dos técnicos de enfermagem e o grupo dos cuidadores. O levantamento das hipóteses e consequente direcionamento dos grupos decorreram da prática do gerenciamento do cuidado de enfermagem desenvolvida pelos enfermeiros, quando ao participar a equipe técnica e os cuidadores implica a necessária investigação dos mesmos para composição da matriz teórica do gerenciamento do cuidado de enfermagem na atenção paliativa oncológica.

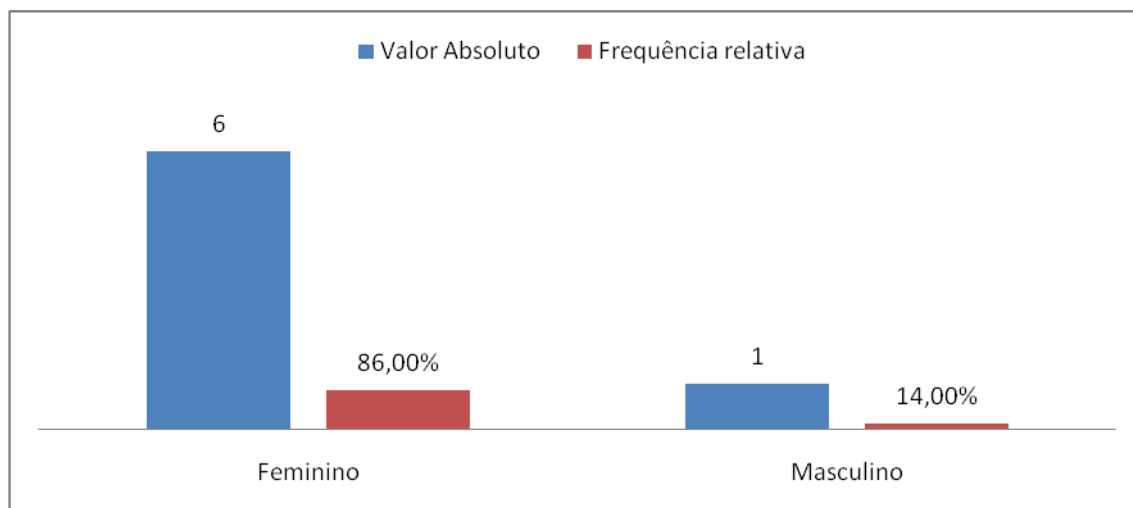
3.1.1- CARACTERIZANDO O GRUPO DOS ENFERMEIROS

Com relação ao grupo amostral dos enfermeiros foram investigadas as seguintes variáveis: sexo, idade, tempo de graduação em enfermagem, tempo de atuação na especialidade da oncologia, tempo de trabalho no INCA, tempo de trabalho na unidade da atenção paliativa, e a titulação desses enfermeiros na área de conhecimento da especialidade.

A seguir são apresentados gráficos que trazem a percentagem obtida no grupo dos enfermeiros, a partir da caracterização e das variáveis em questão. Foram

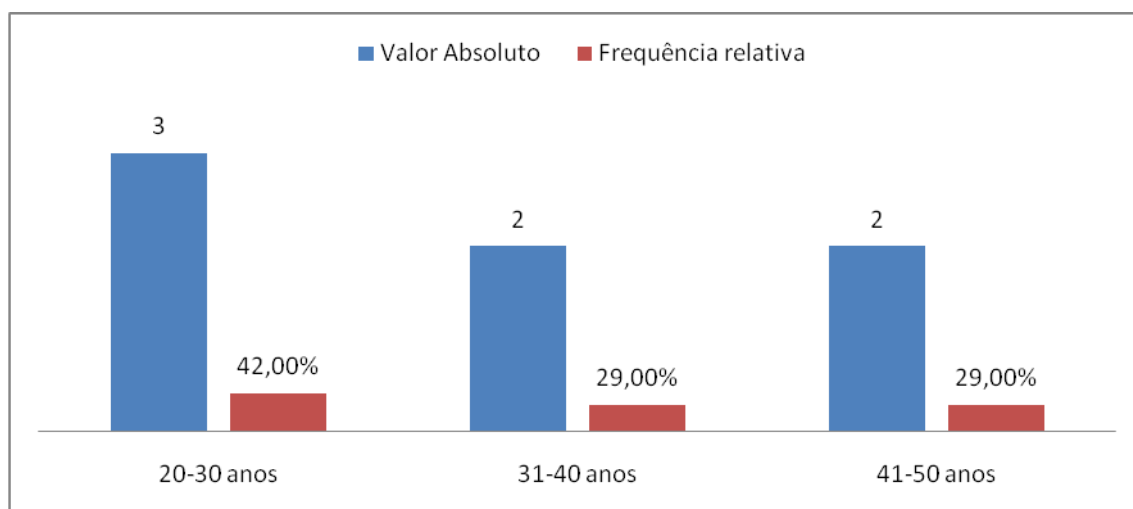
entrevistados sete enfermeiros, sendo três diaristas, um plantonista diurno e três plantonistas noturnos.

Gráfico 01: Distribuição dos enfermeiros por sexo



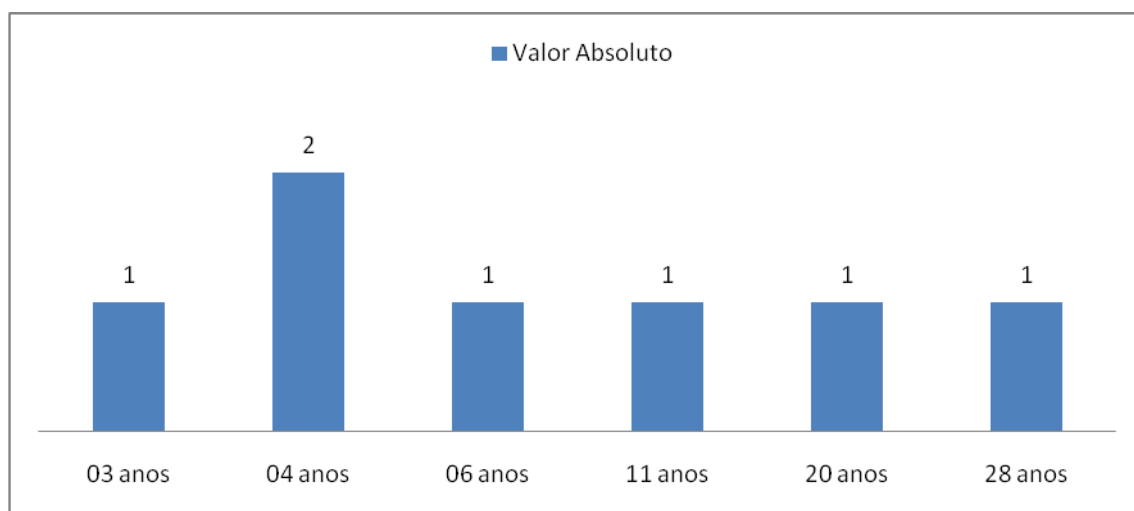
Dos sete enfermeiros entrevistados, seis eram do sexo feminino, ou seja, 86%, e apenas um era do sexo masculino, constituindo 14% da amostra.

No que se refere à variável idade, três enfermeiros encontravam-se na faixa etária entre 20 e 30 anos de idade, dois enfermeiros na faixa entre 31 e 40 anos de idade, e dois na faixa etária entre 41 e 50 anos de idade, conforme pode ser observado no Gráfico 02.

Gráfico 02: Distribuição dos enfermeiros por faixa etária em anos

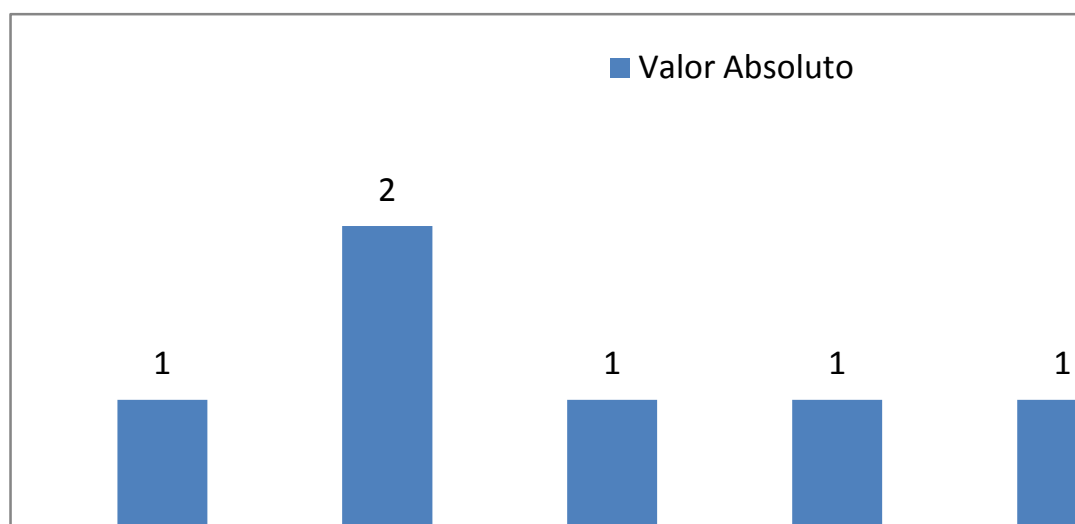
A variável tempo de graduação em enfermagem, em sua maioria, esteve relacionada ao tempo de trabalho no INCA, agregado ao tempo de realização da Residência em Enfermagem, com exceção de uma situação em que houve mudança do cargo ocupado, ou seja, inicialmente o sujeito ocupava o cargo de técnico de enfermagem e, posteriormente, após conclusão do curso de graduação em enfermagem, veio a ocupar o cargo de enfermeiro. Dessa forma, um enfermeiro apresenta 03 anos de conclusão da graduação em enfermagem, dois enfermeiros apresentam 04 anos de graduados em enfermagem, um apresenta 06 anos, um apresenta 11 anos, outro 20 anos, e o último 28 anos de graduado. A distribuição em anos do tempo de graduação em enfermagem pode ser observada no Gráfico 03.

Gráfico 03: Distribuição numérica absoluta do tempo em anos de graduação em enfermagem dos sete enfermeiros entrevistados



Com relação ao tempo de trabalho dos enfermeiros entrevistados, um exercia a profissão na unidade de atenção paliativa oncológica há 01 ano e 06 meses, dois atuavam há 03 anos, um há 04 anos, um há 14 anos, outro há 15 anos, e o último há 16 anos. Essas informações podem ser verificadas no Gráfico 04.

Gráfico 04: Distribuição numérica absoluta do tempo de atuação na unidade de atenção paliativa do INCA dos sete enfermeiros entrevistados

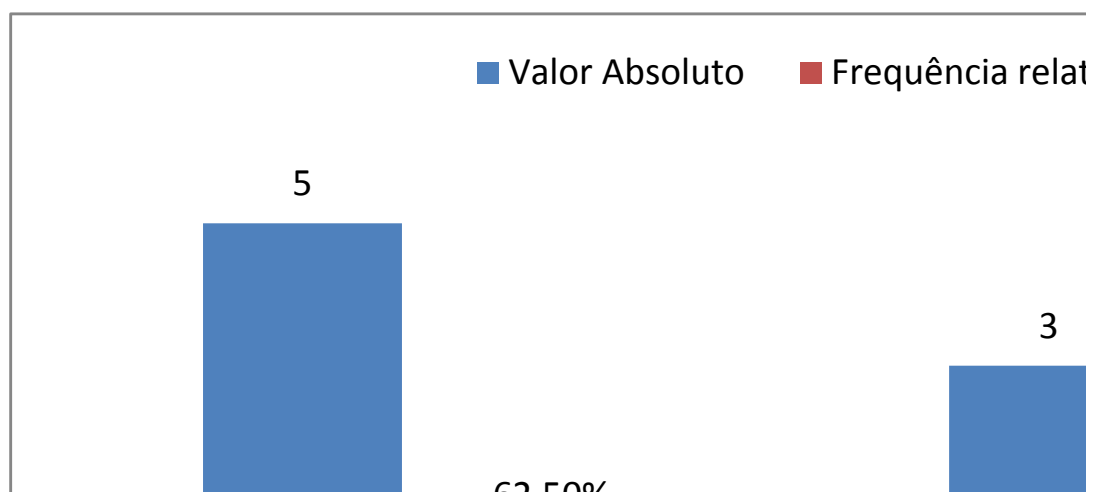


Quanto à titulação acadêmica e área de conhecimento, apenas um enfermeiro não possui título de pós-graduação. Com relação aos demais, 71% realizaram a Residência em Enfermagem em Oncologia no INCA, com tempo de duração de 02 anos. Dentre as demais áreas de conhecimento no que se refere à Pós-Graduação *Lato Sensu* destacaram-se as seguintes: dermatologia, pesquisa clínica e administração hospitalar. No grupo investigado uma enfermeira possui o título de mestre, e atualmente cursa o doutorado em enfermagem.

3.1.2- CARACTERIZANDO O GRUPO DOS CUIDADORES

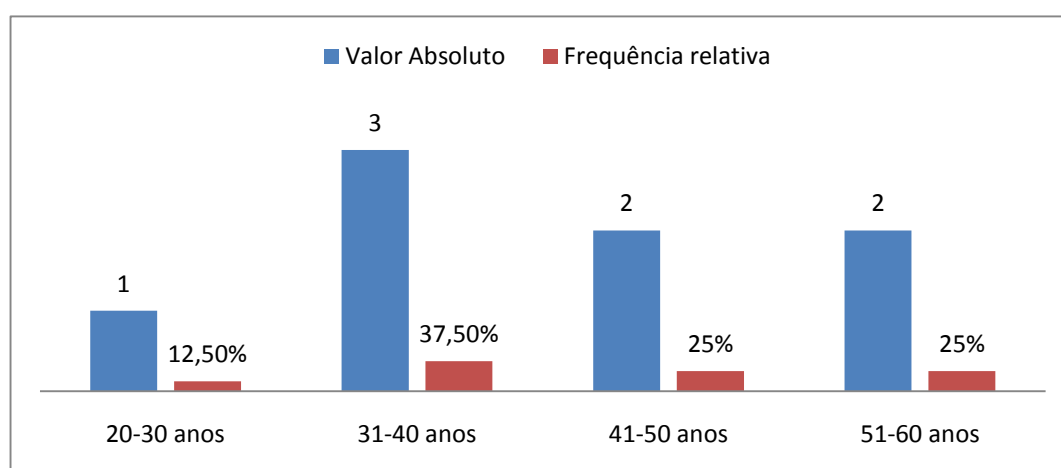
Com relação ao grupo amostral dos cuidadores foram investigadas as seguintes variáveis: sexo, idade, nível de escolaridade, religião, grau de parentesco, tempo de permanência na unidade de internação com a pessoa, e nível de conhecimento sobre a doença e condição clínica atual do pessoa hospitalizada.

A seguir são apresentados gráficos que trazem a porcentagem obtida no grupo dos cuidadores, a partir da caracterização e das variáveis em questão. Foram entrevistados oito cuidadores.

Gráfico 05: Distribuição dos cuidadores por sexo

Dos oito cuidadores entrevistados, cinco eram do sexo feminino, ou seja, 62,5%, e três eram do sexo masculino, constituindo 37,5% da amostra.

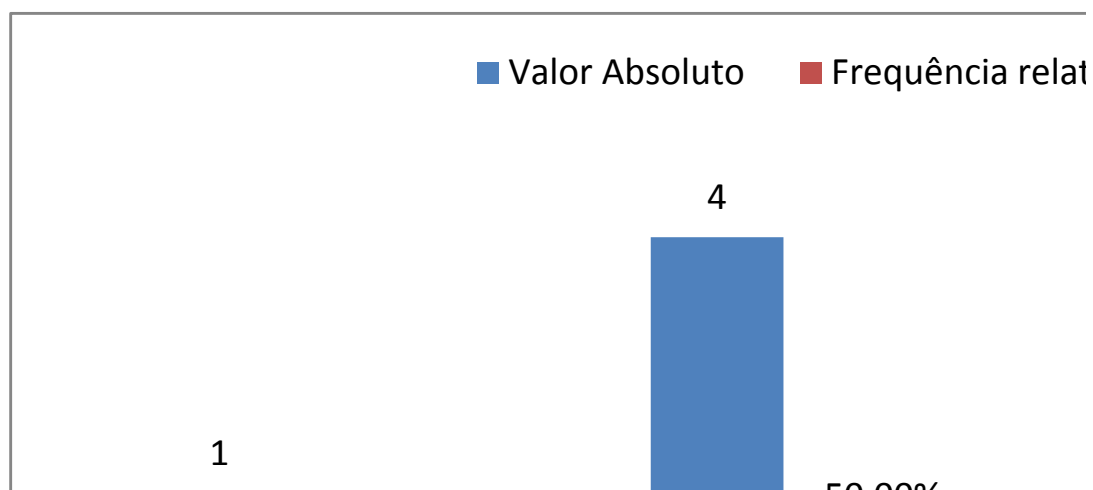
No que se refere à variável idade, um cuidador encontra-se na faixa etária entre 20 e 30 anos de idade, três cuidadores na faixa entre 31 e 40 anos de idade, dois na faixa etária entre 41 e 50 anos de idade, e outros dois na faixa etária entre 51 e 60 anos de idade, conforme pode ser observado no Gráfico 06.

Gráfico 06: Distribuição dos cuidadores por faixa etária em anos

Com relação à variável nível de escolaridade, a maioria dos cuidadores informou ter completado o ensino médio, totalizando 50% da amostra. Uma cuidadora informou

estar cursando o ensino superior, enquanto dois outros cuidadores informaram possuir curso superior completo. Um cuidador referiu ter estudado até o ensino fundamental. Tais informações podem ser observadas no Gráfico 07.

Gráfico 07: Distribuição dos cuidadores por nível de escolaridade



Quanto à religião, todos os cuidadores informaram segui-la, sendo as mesmas: católica (37,5%), evangélica (50%) e espírita (12,5%).

No que diz respeito ao grau de parentesco, quatro dos cuidadores eram filhos das respectivas pessoas hospitalizadas, dois informaram ser irmãos, um era amigo e outro era genro.

O tempo de permanência na unidade de internação foi bastante variado, o que pode estar relacionado ao quadro clínico da pessoa, o motivo da internação, e a forma de organização dos cuidadores. Alguns cuidadores, no momento da entrevista, estavam assumindo esse papel em tempo integral na unidade, enquanto outros começaram desta forma, porém, já faziam revezamento com outro, sendo algumas vezes com o cuidador contratado, dividindo as responsabilidades. A média de tempo de permanência detectada foi de 11,25 dias, sendo o menor período de 02 dias e o maior de 30 dias.

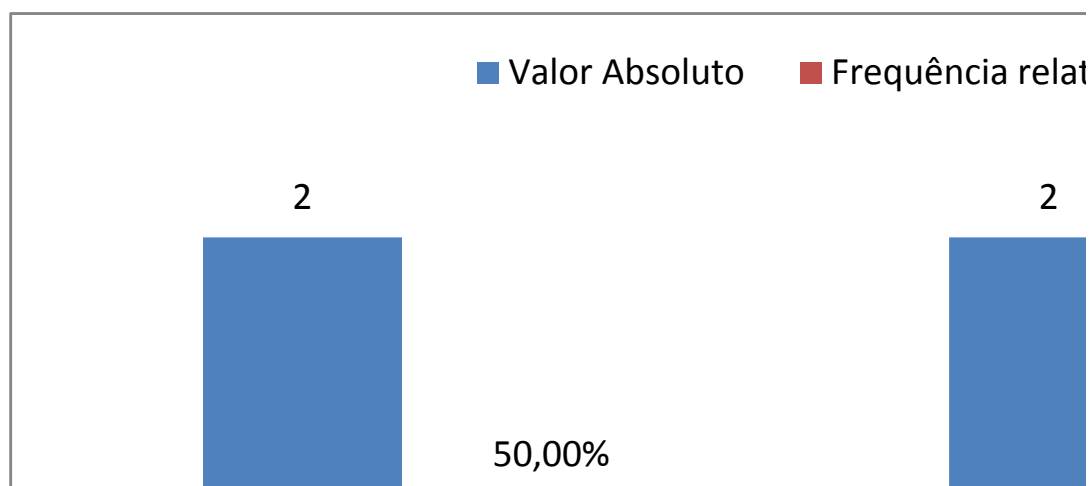
Com relação ao nível de conhecimento sobre a doença e condição clínica atual da pessoa, apenas dois cuidadores informaram saber em parte. Nos dois casos tratava-se da primeira internação no HC-IV, e segundo os cuidadores, a evolução da doença e piora do quadro clínico se deram muito rapidamente.

3.1.3- CARACTERIZANDO O GRUPO DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Com relação ao grupo amostral dos técnicos de enfermagem foram investigadas as seguintes variáveis: sexo, idade, tempo de formação profissional, tempo de atuação na especialidade da oncologia, tempo de trabalho no INCA, e tempo de trabalho na unidade da atenção paliativa.

A seguir são apresentados gráficos que trazem a porcentagem obtida no grupo dos técnicos de enfermagem, a partir da caracterização e das variáveis em questão. Foram entrevistados quatro técnicos de enfermagem, sendo um plantonista noturno e três plantonistas diurnos, porém, estes informaram fazer plantão noturno esporadicamente, principalmente para cumprir complementação da carga horária de trabalho.

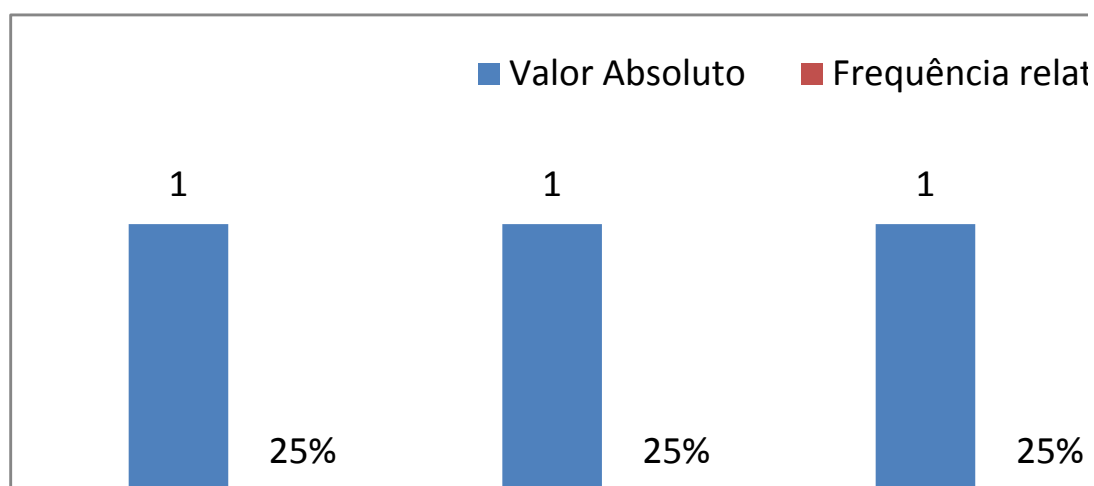
Gráfico 08: Distribuição dos técnicos de enfermagem por sexo



Dos quatro técnicos de enfermagem entrevistados, dois eram do sexo feminino, ou seja, 50%, e outros dois do sexo masculino, em igual percentagem.

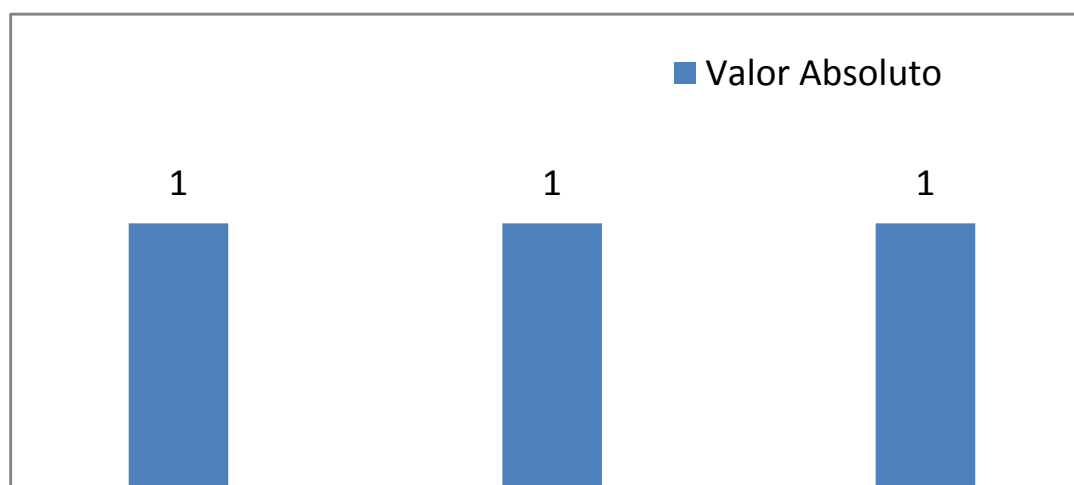
No que se refere à variável idade, cada um dos técnicos de enfermagem encontrava-se numa faixa etária diferente, sendo um entre 20 e 30 anos de idade, outro na faixa entre 31 e 40 anos de idade, outro entre 41 e 50 anos de idade, e o último na faixa etária entre 51 e 60 anos de idade, conforme pode ser observado no Gráfico 09.

Gráfico 09: Distribuição dos técnicos de enfermagem por faixa etária em anos



A variável tempo de formação profissional como técnico de enfermagem esteve bastante diversificada. Dessa forma, um técnico de enfermagem informou possuir 07 anos de formação profissional, outro 08 anos, outro 18 anos, e o último informou apresentar 35 anos de formação profissional. É válido ressaltar que dois técnicos de enfermagem, apesar de estarem exercendo este cargo na unidade, informaram possuir curso de graduação completo em enfermagem. A distribuição em anos do tempo de formação profissional como técnico de enfermagem pode ser observada no Gráfico 10.

Gráfico 10: Distribuição numérica absoluta do tempo em anos de formação profissional dos quatro técnicos de enfermagem entrevistados



Os tempos de atuação na oncologia, de trabalho no INCA, bem como na unidade de cuidados paliativos informados pelos técnicos de enfermagem foram em sua maioria semelhantes. Um informou trabalhar há 03 anos, dois há 04 anos, e outro há 15 anos.

3.2- APRESENTANDO OS RESULTADOS OBTIDOS NO PROCESSO DE CODIFICAÇÃO DOS DADOS DO GRUPO DOS ENFERMEIROS

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

Na codificação axial emergiram nove categorias relevantes para o estudo: **Compreendendo o Gerenciamento do Cuidado de Enfermagem; Descrevendo a Prática para Compreensão do Gerenciamento do Cuidado de Enfermagem;**

Dialogando com o Cuidador; Atendendo as Necessidades da Pessoa Hospitalizada; Trabalhando em Equipe; Traçando o Fluxo de Atendimento na Unidade de Internação; Apontando as Dificuldades em Gerenciar o Cuidado de Enfermagem; Reconhecendo os Elementos que Constituem a Prática da Gerência do Cuidado de Enfermagem; Manifestando o Ser Enfermeiro que Cuida e Precisa Ser Cuidado.

Todas as categorias são provenientes do movimento de ir e vir, de comparação e interação entre os dados brutos, os códigos preliminares e os códigos substantivos, de forma que a partir do emprego do modelo paradigmático, o fenômeno central revelado ao final represente a estreita relação entre os dados e os códigos conceituais, ou seja, as próprias categorias. A criação dos códigos conceituais acontece a partir dos dados empíricos e avança para os conceitos teóricos de forma a responder cientificamente pelos processos que acontecem na realidade social, de um modo teoricamente sensitivo (GLASER, 2005).

De acordo com esse movimento, as categorias podem apresentar subcategorias, que contribuem para a compreensão dos processos que estão nos dados, que no caso referem-se ao gerenciamento do cuidado de enfermagem na atenção paliativa oncológica.

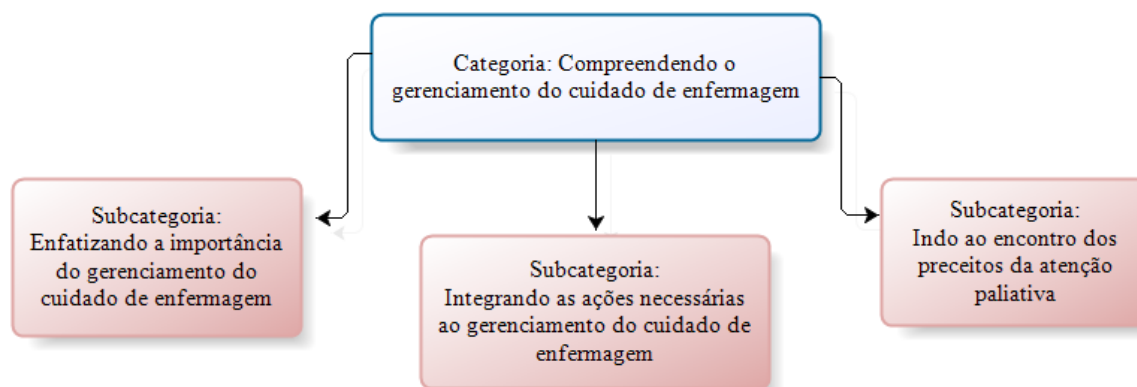
Cada uma das categorias será apresentada em detalhes a seguir.

CATEGORIA 01: COMPREENDENDO O GERENCIAMENTO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

A categoria **Compreendendo o Gerenciamento do Cuidado de Enfermagem** é constituída por três subcategorias, sendo elas: **1) Enfatizando a importância do gerenciamento do cuidado de enfermagem; 2) Integrando as ações necessárias ao**

gerenciamento do cuidado de enfermagem; 3) Indo ao encontro dos preceitos da atenção paliativa.

DIAGRAMA 01: COMPREENDENDO O GERENCIAMENTO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM



A categoria 01 e suas respectivas subcategorias, como apresentado no Diagrama 01, abordam aspectos relacionados com a compreensão dos enfermeiros acerca do gerenciamento do cuidado de enfermagem no contexto da internação hospitalar na atenção paliativa oncológica.

A construção dessa compreensão depende dos aspectos destacados nas subcategorias, que incluem a visão do gerenciamento do cuidado a partir da integração de elementos que envolvem o ambiente físico e seus recursos, a clínica e a evolução da doença oncológica, as emoções, a presença do cuidador e dos integrantes da equipe de saúde. Além disso, sobressaem a necessidade do saber fazer em prol da qualidade do cuidado de enfermagem prestado e a adoção dos preceitos da atenção paliativa em busca da totalidade, indo muito além do controle dos sintomas, sendo o eixo norteador do gerenciamento do cuidado de enfermagem. Tais estruturas ajudam na compreensão da especificidade e complexidade do contexto de atuação.

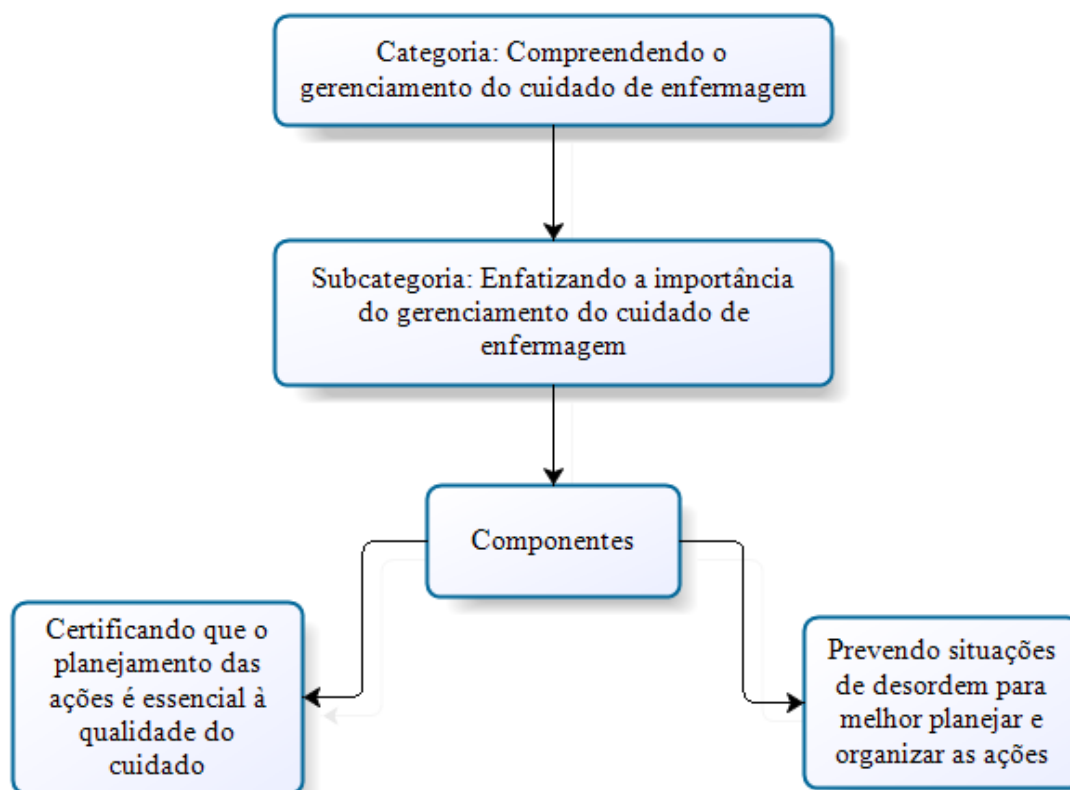
1.1- SUBCATEGORIA 01: Enfatizando a importância do gerenciamento do cuidado de enfermagem

Esta subcategoria revela que os enfermeiros, ao compreenderem a prática cotidiana do gerenciamento do cuidado de enfermagem no contexto de atuação profissional, agregam valor ao planejamento das ações inerentes ao cuidado de enfermagem.

A importância do planejamento e da organização está relacionada à qualidade da assistência de enfermagem, exigindo do enfermeiro o controle da situação e do contexto, a partir da previsão e antecipação dos eventos adversos, que podem estar relacionados aos aspectos físicos e psicossociais, transformando a realidade complexa, num movimento constante de ordem e desordem.

Nesse sentido, a subcategoria **Enfatizando a importância do gerenciamento do cuidado de enfermagem** pode ser compreendida por meio dos seus componentes, a saber: *certificando que o planejamento das ações é essencial à qualidade do cuidado de enfermagem prestado; prevendo situações de desordem para melhor planejar e organizar as ações.* Esta relação pode ser observada no Diagrama 02.

DIAGRAMA 02: SUBCATEGORIA – ENFATIZANDO A IMPORTÂNCIA DO GERENCIAMENTO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM



Todos os componentes da subcategoria e seus respectivos códigos preliminares são apresentados no Quadro 03.

Quadro 03: Enfatizando a importância do gerenciamento do cuidado de enfermagem

CÓDIGOS PRELIMINARES	COMPONENTES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Falando que o gerenciamento envolve o planejamento da assistência; - Considerando o planejamento uma atividade muito importante do enfermeiro; - Planejando para dar 	<p>Certificando que o planejamento das ações é essencial à qualidade do cuidado de enfermagem</p>	<p>Enfatizando a importância do gerenciamento do cuidado de enfermagem</p>	<p>Compreendendo o gerenciamento do cuidado de enfermagem</p>

<p>uma boa assistência de enfermagem;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tendo que organizar o cuidado. 			
<ul style="list-style-type: none"> - Sabendo prever, prognosticar e antecipar as situações na atenção paliativa; - Estando atento ao que a pessoa pode apresentar; - Sendo alguns problemas previsíveis; - Antecipando as situações previsíveis e conversando com o cuidador, principalmente, quando a pessoa encontra-se em processo de morrer. 	<p>Prevedo situações de desordem para melhor planejar e organizar as ações</p>	<p>Enfatizando a importância do gerenciamento do cuidado de enfermagem</p>	<p>Compreendendo o gerenciamento do cuidado de enfermagem</p>

1.1.a- Certificando que o planejamento das ações é essencial à qualidade do cuidado de enfermagem

Neste componente, o planejamento e a organização do processo de trabalho do enfermeiro no contexto da internação hospitalar foram reconhecidos pelos sujeitos como ações importantes para a qualidade da assistência de enfermagem prestada. Abaixo está destacado um depoimento que sustenta esta afirmação.

“O gerenciamento do cuidado envolve o planejamento da assistência de enfermagem e a programação do que tem que ser feito prioritariamente na internação, como por exemplo, os curativos. É programar o seu dia-a-dia; gerenciar a assistência de forma a priorizar algumas atividades, bem como as urgências, atendendo o paciente como um todo” (entrevista C).

1.1.b- Prevendo situações de desordem para melhor planejar e organizar as ações

Fazendo parte da categoria **Compreendendo o Gerenciamento do Cuidado de Enfermagem**, este componente aborda aspectos relacionados às imprevisibilidades do contexto da internação hospitalar, essencialmente a partir da característica da proposta de atendimento, recebendo pessoas com câncer avançado, com problemas clínicos e/ou sociais graves. Segue depoimento de um dos enfermeiros para reflexão.

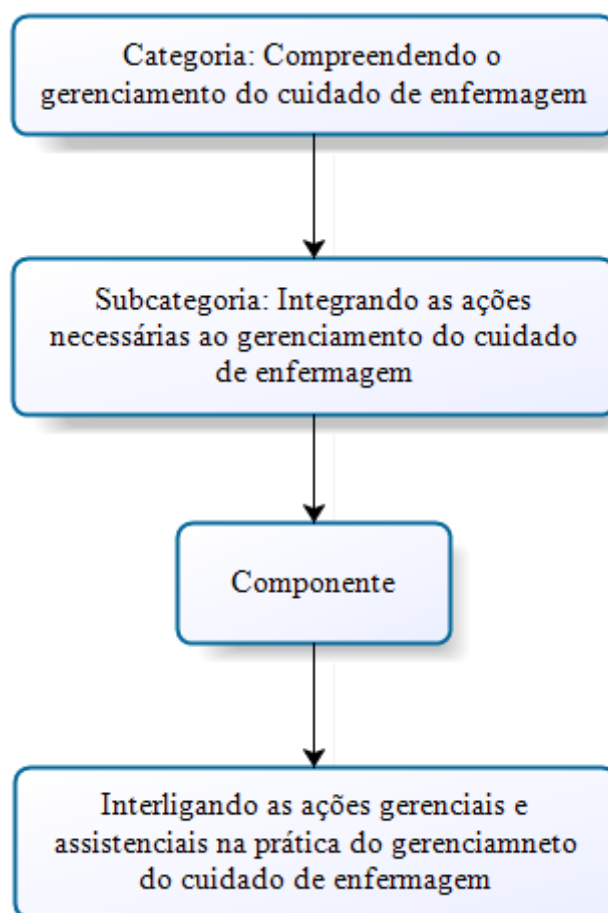
“A gente tem que estar muito atento aos sintomas que esse paciente possa apresentar e saber gerenciar isso. Saber prever, prognosticar, antecipar. Para mim, gerenciamento é isso. Tudo que envolve em relação aos sintomas, mal-estar, o próprio curativo, sabendo o melhor produto para utilizar, isso é uma forma de gerenciar. Saber qual conduta a ser estabelecida, para que aquele curativo fique mais uniforme e confortável, para que não haja a necessidade de tantas trocas, e não precisar incomodar o paciente, e que possa ser aplicada a melhor conduta para diminuir uma característica, como odor. Gerenciar para mim é isso. Estar atenta ao que o paciente pode apresentar para você” (entrevista E).

1.2- SUBCATEGORIA 02: Integrando as ações necessárias ao gerenciamento do cuidado de enfermagem

Os enfermeiros, ao mesmo tempo em que enfatizam a ação relativa ao fazer, destacando o cuidado direto à pessoa de acordo com suas necessidades, revelam que no gerenciamento do cuidado de enfermagem há a exigência da visão integrada de todas as partes envolvidas no processo de trabalho, considerando, por exemplo, a perspectiva da interdisciplinaridade, a participação da equipe de técnicos de enfermagem, que precisa ser supervisionada, e dos cuidadores, que apresentam as suas próprias necessidades. A descrição do processo de trabalho do enfermeiro será aprofundada na próxima categoria.

Esta subcategoria é compreendida em seu componente: *interligando as ações gerenciais e assistenciais na prática do gerenciamento do cuidado de enfermagem*. Esta relação pode ser observada no Diagrama 03.

DIAGRAMA 03: SUBCATEGORIA – INTEGRANDO AS AÇÕES NECESSÁRIAS AO GERENCIAMENTO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM



O componente da subcategoria e seus respectivos códigos preliminares são apresentados no Quadro 04.

Quadro 04: Integrando as ações necessárias ao gerenciamento do cuidado de enfermagem

CÓDIGOS PRELIMINARES	COMPONENTE	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<p>- Vendo a gerência do cuidado além das ações para a promoção do autocuidado no contexto da internação hospitalar;</p> <p>- Gerenciando o cuidado sem ficar voltado só para a técnica, para a realização do procedimento em si, como fazer o curativo, administrar a medicação ou instalar a sonda;</p> <p>- Tendo que ter um olhar geral, englobando o cuidado, a atenção ao cuidador a partir das orientações, e as questões administrativas;</p> <p>- Supervisionando a equipe de técnicos de enfermagem ao gerenciar o cuidado de enfermagem.</p>	<p>Interligando as ações gerenciais e assistenciais na prática do gerenciamento do cuidado de enfermagem</p>	<p>Integrando as ações necessárias ao gerenciamento do cuidado de enfermagem</p>	<p>Compreendendo o gerenciamento do cuidado de enfermagem</p>

1.2.a- Interligando as ações gerenciais e assistenciais na prática do gerenciamento do cuidado de enfermagem

Este componente possui dados que representam a visão dos enfermeiros acerca da interligação dos aspectos gerenciais e assistenciais no processo de trabalho, como por

exemplo, no âmbito da supervisão da equipe técnica, bem como incluindo a questão do treinamento do cuidador, que englobam questões que vão além do cuidado direto à pessoa. Esses dados podem ser averiguados no depoimento que segue.

“Bom, como eu já trabalhei no ambulatório, é uma visão bem diferente. Porque é o paciente que está com o estado clínico, com a performance status bem pior, em que a gerência do cuidado de enfermagem não é só voltada para a promoção do autocuidado. Na internação hospitalar você tem que ver além do autocuidado, com foco para a questão da terminalidade, do treinamento do cuidador, se tem ou não cuidador, gerenciar a equipe de enfermagem, gerenciar o cuidado com os outros profissionais da área da saúde, porque enquanto enfermeiros, precisamos prestar atenção em tudo o que os outros profissionais estão fazendo, até para direcionar ou para fazer um encaminhamento. Então, eu acho esse contexto de atuação bem mais complexo, porque é onde você lida mais com a morte, com o processo de morrer, apesar disso poder ser comum em qualquer modalidade de atendimento em cuidados paliativos, mas a internação hospitalar é quando você vê realmente o processo de morrer. O gerenciamento do cuidado não fica voltado só para a parte da técnica, de fazer curativo, de administrar medicação, macerar medicação, passar a sonda, não, aqui é diferente, aqui você tem que olhar como está o cuidador no processo de morrer do paciente, como está o paciente nesse processo de morrer, a aceitação, já que a morte teoricamente está mais próxima, do que o paciente que está sendo atendido no ambulatório, por exemplo. Então assim, essa gerência do cuidado é isso, aqui na internação, é o gerenciamento da equipe, é o gerenciamento do processo de morrer do paciente, é o gerenciamento com o cuidador, é o gerenciamento com a equipe interdisciplinar [...]” (entrevista B).

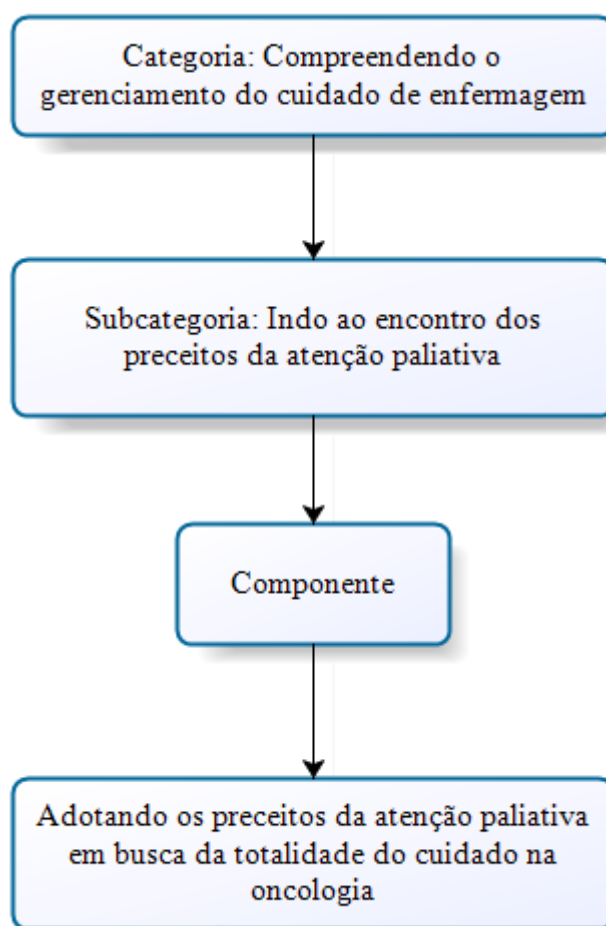
1.3- SUBCATEGORIA 03: Indo ao encontro dos preceitos da atenção paliativa

Esta subcategoria ressalta a preocupação dos enfermeiros em valorizar aspectos que vão além do físico na prática do gerenciamento do cuidado de enfermagem, somada

à participação do cuidador neste processo. A atenção ao cuidador será abordada de forma abrangente na categoria Dialogando com o cuidador.

O componente desta categoria é: *adotando os preceitos da atenção paliativa em busca da totalidade do cuidado na oncologia*. Esta relação pode ser observada no Diagrama 04.

DIAGRAMA 04: SUBCATEGORIA – INDO AO ENCONTRO DOS PRECEITOS DA ATENÇÃO PALIATIVA



O componente da subcategoria e seus respectivos códigos preliminares são apresentados no Quadro 05.

Quadro 05: Indo ao encontro dos preceitos da atenção paliativa

CÓDIGOS PRELIMINARES	COMPONENTE	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Tendo que ver além do estímulo ao autocuidado; - Sendo a presença do cuidador fator que facilita o gerenciamento do cuidado de enfermagem; - Falando muito de controle de sintomas na atenção paliativa; - Tendo que estar muito atento aos sintomas que a pessoa pode apresentar e saber gerenciá-los; - Achando que o gerenciamento do cuidado de enfermagem na atenção paliativa é basicamente administrar as emoções das pessoas envolvidas; - Reconhecendo as necessidades do cuidador. 	<p>Adotando os preceitos da atenção paliativa em busca da totalidade do cuidado na oncologia</p>	<p>Indo ao encontro dos preceitos da atenção paliativa</p>	<p>Compreendendo o gerenciamento do cuidado de enfermagem</p>

1.3.a- Adotando os preceitos da atenção paliativa em busca da totalidade do cuidado na oncologia

Os enfermeiros ressaltam em seus depoimentos a importância do trabalho ser desenvolvido a partir da valorização das questões psicossociais, emocionais, espirituais e culturais, que podem estar envolvidas no processo da doença e de morrer vivenciados

pela pessoa e cuidadores, bem como no que é sentido pelos próprios membros da equipe de saúde, valorizando assim o trabalho interdisciplinar, numa relação de ajuda mútua. Além do olhar ampliado e complexo, tem-se como objetivo principal no contexto a promoção do conforto da pessoa, bem como a necessidade de incluir as demandas do cuidador, onde se encaixa o treinamento necessário ao cuidado no domicílio, por exemplo, indo ao encontro dos preceitos da atenção paliativa. Seguem importantes depoimentos.

“Eu acho que gerenciar o cuidado de enfermagem é basicamente administrar emoções. Cada paciente tem uma situação em particular. Faço isso ouvindo, porque os principais problemas são psicológicos e emocionais [...] gerencio o cuidado também conversando com a equipe de enfermagem, buscando o que é melhor para ela e para os cuidadores [...]” (entrevista F).

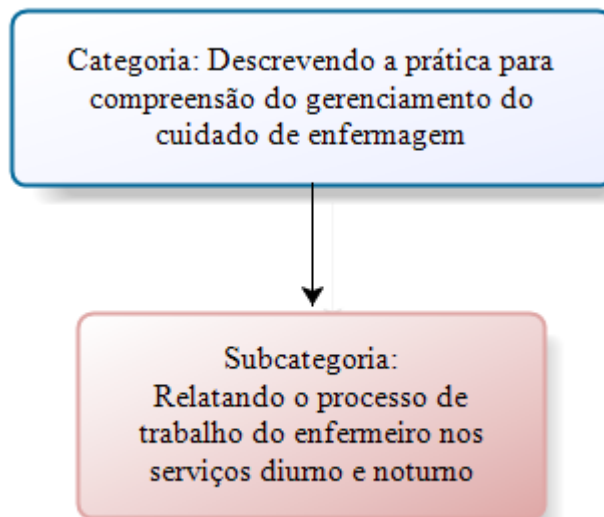
“[...] É preciso saber ouvir. Deixá-lo chorar. Porque você sabe que o problema não é com você, e sim com a situação. Então, deixar a família chorar, desabafar [...]” (entrevista D).

“[...] Então, a condição clínica, e até se o paciente tem alguém ao lado ou não como cuidador, são fatores que vão auxiliar no gerenciamento do cuidado de enfermagem [...]” (entrevista B).

CATEGORIA 02: DESCRREVENDO A PRÁTICA PARA COMPREENSÃO DO GERENCIAMENTO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

Esta categoria é constituída de uma subcategoria, sendo ela: **1) Relatando o processo de trabalho do enfermeiro nos serviços diurno e noturno.**

DIAGRAMA 05: DESCRREVENDO A PRÁTICA PARA COMPREENSÃO DO GERENCIAMENTO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM



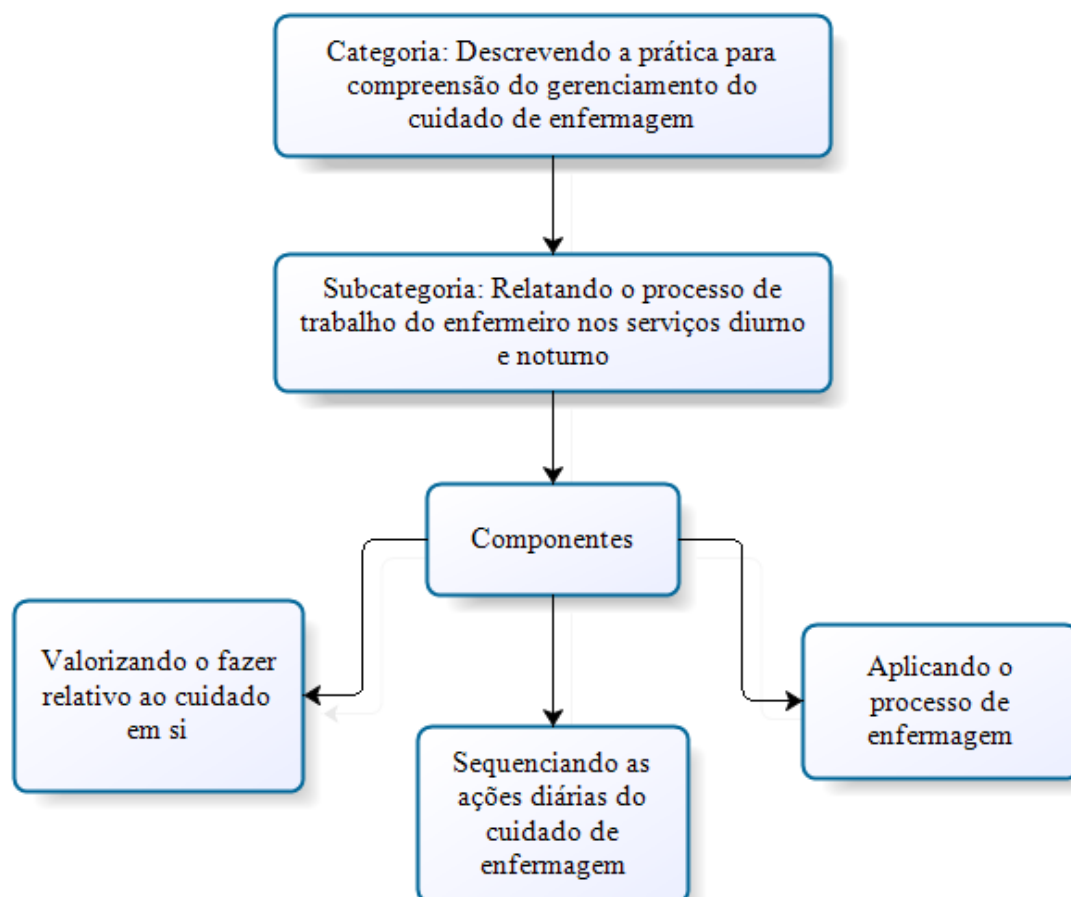
A categoria representada no Diagrama 05 apresenta o processo de trabalho do enfermeiro, de forma a compreender a prática profissional a partir da descrição do que é feito. Esta categoria fica bem evidenciada pela subcategoria e respectivos códigos preliminares e componentes, que serão apresentados a seguir.

2.1- SUBCATEGORIA 01: Relatando o processo de trabalho do enfermeiro nos serviços diurno e noturno

Esta subcategoria denota a prática cotidiana dos enfermeiros na descrição das ações do gerenciamento do cuidado de enfermagem no contexto da internação hospitalar. A linha de pensamento do saber fazer destaca o que há de regularidade ao suceder todos os dias, como se fosse uma sistemática das ações gerenciais e assistenciais. Os componentes desta subcategoria são: *valorizando o fazer relativo ao*

cuidado em si; sequenciando as ações diárias do cuidado de enfermagem; e aplicando o processo de enfermagem, conforme exposto no Diagrama 06.

DIAGRAMA 06: SUBCATEGORIA – RELATANDO O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NOS SERVIÇOS DIURNO E NOTURNO



Todos os componentes da subcategoria e seus respectivos códigos preliminares são apresentados no Quadro 06.

Quadro 06: Relatando o processo de trabalho do enfermeiro nos serviços diurno e noturno

CÓDIGOS PRELIMINARES	COMPONENTES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Realizando procedimentos; - Querendo fazer tudo que é prioridade do enfermeiro; - Fazendo o curativo da ferida tumoral; - Preparando o dripping na sedação controlada com morfina ou midazolam; - Avaliando as úlceras por pressão, direcionando a conduta e delegando à equipe técnica; - Prestando os cuidados prioritários e também os cuidados gerais; - Programando o que tem que ser feito prioritariamente na internação, como por exemplo, os curativos; - Sabendo direcionar as condutas na escolha do melhor produto para utilizar no curativo, por exemplo, sendo esta uma forma de gerenciar o cuidado; - Fazendo um bom trabalho, um bom curativo; - Gerenciando a assistência de forma a 	<p>Valorizando o fazer relativo ao cuidado em si</p>	<p>Relatando o processo de trabalho do enfermeiro nos serviços diurno e noturno</p>	<p>Descrevendo a prática para compreensão do gerenciamento do cuidado de enfermagem</p>

<p>priorizar as urgências;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tentando resolver os problemas na medida do possível; - Priorizando o conforto da pessoa; - Atuando de forma intuitiva para melhorar os problemas apresentados; - Tendo como objetivo a manutenção da tranquilidade; - Procurando manter a dignidade da pessoa e a qualidade do cuidado prestado. 	<p>Valorizando o fazer relativo ao cuidado em si (continuação)</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - Checando se a equipe técnica está completa; - Passando a visita leito a leito; - Programando o dia-a-dia; - Arrumando o carrinho de curativo; - Supervisionando; - Fazendo as tarefas administrativas; - Anotando tudo o que tem que ser feito; - Observando tudo de forma a organizar as demandas e atribuições; - Sabendo o que fazer pela vivência do dia-a-dia. 	<p>Sequenciando as ações diárias do cuidado de enfermagem</p>	<p>Relatando o processo de trabalho do enfermeiro nos serviços diurno e noturno</p>	<p>Descrevendo a prática para compreensão do gerenciamento do cuidado de enfermagem</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Recebendo o plantão da enfermagem; - Assumindo o plantão; - Fazendo o diagnóstico situacional a partir das informações obtidas na 	<p>Aplicando o processo de enfermagem</p>		

<p>passagem de plantão;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliando a demanda de cuidado da pessoa; - Avaliando se a pessoa apresenta dor ou qualquer outro sintoma exacerbado; - Fazendo o levantamento dos dados, o histórico de enfermagem, o exame físico; - Coletando informações com o cuidador também; - Levantando os diagnósticos de enfermagem e as debilidades das pessoas; - Preenchendo a escala de Edmonton todos os dias; - Direcionando as condutas a partir dos problemas levantados; - Traçando o plano de cuidados; - Registrando as ações no prontuário; - Registrando no prontuário se a pessoa tem ou não cuidador presente; - Valorizando o registro em prontuário para que o cuidado não se perca; - Cuidando de toda a enfermaria; - Passando o plantão, valorizando a continuidade do cuidado. 	<p>Aplicando o processo de enfermagem (continuação)</p>	<p>Relatando o processo de trabalho do enfermeiro nos serviços diurno e noturno</p>	<p>Descrevendo a prática para compreensão do gerenciamento do cuidado de enfermagem</p>
--	--	--	---

2.1.a- Valorizando o fazer relativo ao cuidado em si

Este componente abrange aspectos relacionados ao fazer dos enfermeiros, tendo como eixo norteador o cuidado de enfermagem, que precisa ser organizado, com os objetivos de solucionar os problemas apresentados e promover conforto da pessoa hospitalizada. Seguem os depoimentos dos enfermeiros.

“[...] Eu gosto de saber de tudo. Então, tudo que é prioridade do enfermeiro eu quero fazer. Vamos supor: curativo de ferida tumoral sou eu que faço. No caso do dripping na sedação controlada com morfina ou midazolan também sou a responsável [...]. Nesses casos, temos um protocolo dizendo que é preciso evoluir o paciente de quatro em quatro horas” (entrevista A).

“Passo a visita, converso com a equipe, converso com o paciente, com o cuidador, e aí, a gente já presta os cuidados prioritários, e também os cuidados gerais, é claro. Não vou deixar o paciente sem dor, mas sujo, sem tomar banho (entrevista B).”

2.1.b- Sequenciando as ações diárias do cuidado de enfermagem

O processo de organização do cuidado pode ser representado a partir da sequência das ações diárias do enfermeiro ao assumir o plantão na enfermaria. Tais ações vão além do cuidado à beira do leito, sendo evidente a atuação do enfermeiro na liderança do contexto, a partir do reconhecimento da realidade, o que pode ser observado nos depoimentos que seguem.

“[...] passo a minha visita e faço o diagnóstico situacional a partir das informações obtidas na passagem de plantão [...]” (entrevista A).

“Eu tenho que passar a visita leito a leito, e já vou estabelecendo as minhas prioridades, vejo os pacientes que tem curativo, os que não estão bem emocionalmente, e aí eu já tenho que sinalizar aos demais profissionais, porque como eu sou a referência para a equipe também, então, sinalizo para o psicólogo ou para o capelão. Então, a prioridade para mim, se for um curativo, ou se for uma tristeza, eu dou o suporte emocional que posso na hora, e assim que eu puder já encaminho para quem é de direito, para quem pode dar um melhor suporte. É isso. A partir da visita já vou vendo tudo, às vezes tenho que interromper a visita porque vejo que aquele paciente não está bem, está com dor ou com dispnéia. Hoje atendi um acompanhante na hora da minha visita que estava chorando, porque a avô dele estava falecendo. Então, parei um tempo ali, e fiquei com ele. Tem que ser assim. Eu não posso dizer que volto depois. Isso me incomoda muito” (entrevista E).

“Chego, ao receber o plantão já vou dando uma olhada nas coisas, já vou olhando e anotando se o soro acabou, se vou precisar trocar equipos, se o paciente está confortável ou não. Estando tudo bem, vou fazer a minha outra parte de conferência de material, de psicotrópico, faço a escala, coloco quem chegou no livro. Mas, se identifiquei se o paciente está com insuficiência respiratória, essa passa a ser minha prioridade. Paro de receber o plantão ali com o colega, já vou olhar na prescrição, vejo se tem morfina SOS, vou lá coloco a macronebulização, ou utilizo da terapia não farmacológica que tem ótimos resultados, que é o ventilador. Nós temos quatro ventiladores aqui no andar e estão todos em uso aí. Às vezes a máscara da macro incomoda, e realmente incomoda. O que eu procuro é dar qualidade na assistência ao paciente, que tenha dignidade também. Se não se adapta com a máscara ou se não tenho ventilador no momento, pego o circuito da macro, tiro a máscara, e faço um rolo com uma fralda, e eles ficam satisfeitos, gostam. Então, eu estou sempre procurando, buscando melhorar, e fazendo o que posso de melhor para ele. Eu fico satisfeito” (entrevista D).

“Eu chego, assumo o plantão, vejo se a equipe está completa, e geralmente sempre começo por um andar. Então, começo pelo 3º andar, passo por lá, levanto os problemas desse andar, passo a visita, vejo o que tenho que fazer, e aí depois, automaticamente, vou para o 4º andar e faço a mesma coisa. Se tem curativo, aí eu desço, arrumo o carrinho de curativo, priorizo os pacientes que estão com o curativo mais sujo, e vou atuando conforme a

necessidade deles, dos pacientes, e vou tentando resolver” (entrevista F).

2.1.c- Aplicando o processo de enfermagem

O cuidado de enfermagem se consubstancia e se formaliza através da aplicação das etapas metodológicas do processo de enfermagem, como pode ser observado nos depoimentos a seguir.

“A partir das queixas do paciente, do dia-a-dia dele, de como ele se apresenta, e como estamos voltados agora para sistematizar a assistência, a gente levanta alguns diagnósticos de enfermagem, algumas debilidades do paciente, e é encima disso que iremos atuar” (entrevista C).

“A parte de enfermagem é guiada a partir do plano de cuidados que o enfermeiro faz. A partir da avaliação e das respostas às perguntas: como esse paciente chega? Como esse paciente está? Como está a segurança dele? Quais são os sintomas apresentados? Tem fragilidade capilar? E então, nós, a enfermagem como um todo, observamos tudo isso. A prescrição de enfermagem sinaliza os cuidados a serem prestados, que são checados pelos membros da equipe, principalmente, pelos técnicos de enfermagem, como por exemplo, na mudança de decúbito, que dependendo da evolução do paciente, da condição clínica, poderá acontecer em maior ou menor intervalo. E os técnicos olham a prescrição e vão checando aquilo que está sendo feito” (entrevista D).

“Trabalhamos aqui com a sistematização. Na admissão do paciente fazemos a consulta de enfermagem. É importante nessa hora quando o familiar está perto, seja porque o paciente não está em condições de responder, ou muitas vezes ele responde, mas é importante os dois participarem. São vários formulários a serem preenchidos nesse momento. Nós temos o formulário de controle de sintomas. Neste eu pergunto ao paciente se tem ou não aquele sintoma, e graduo conforme escala de 0 a 10. E eu pergunto: “_ Seu José, o senhor está com dor? De 0 a 10, como está essa dor? O senhor está triste? Hoje eu fiz essa pergunta para um paciente e ele respondeu: “_ Nesse aí você pode colocar dez”. E, então, eu já falei com a psicóloga, e decidimos encaminhá-lo para a curiorisAção,

onde desenvolve atividades lúdicas. Quando ele voltar daqui a pouco vou perguntar se a tristeza melhorou” (entrevista D).

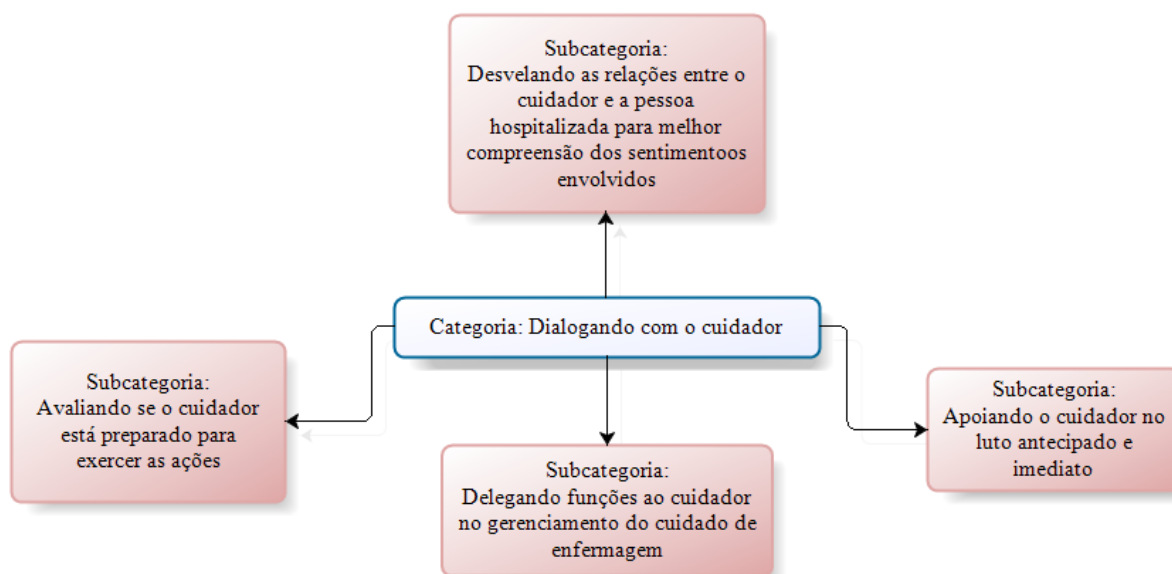
“[...] para o cuidado não se perder nesses dois dias do final de semana, a gente que é diarista procura manter a conduta registrada, tudo anotadinho, o que a gente está fazendo, porque estarão presentes profissionais que não estão acompanhando os casos com certa frequência. Então, se for um curativo, a gente tenta estabelecer a conduta, para que o cuidado não se perca. Até o paciente fala, por exemplo, com relação ao seu curativo: “_ Fez assim, agora está colocando outra coisa?”. Então, é importante, ter tudo registrado, para não perder a continuidade” (entrevista C).

CATEGORIA 03: DIALOGANDO COM O CUIDADOR

A categoria **Dialogando com o cuidador** é constituída por quatro subcategorias:

1) Desvelando as relações entre o cuidador e a pessoa hospitalizada para melhor compreensão dos sentimentos envolvidos; 2) Avaliando se o cuidador está preparado para exercer as ações; 3) Delegando funções ao cuidador no gerenciamento do cuidado de enfermagem; 4) Apoiando o cuidador no luto antecipado e imediato.

DIAGRAMA 07: DIALOGANDO COM O CUIDADOR



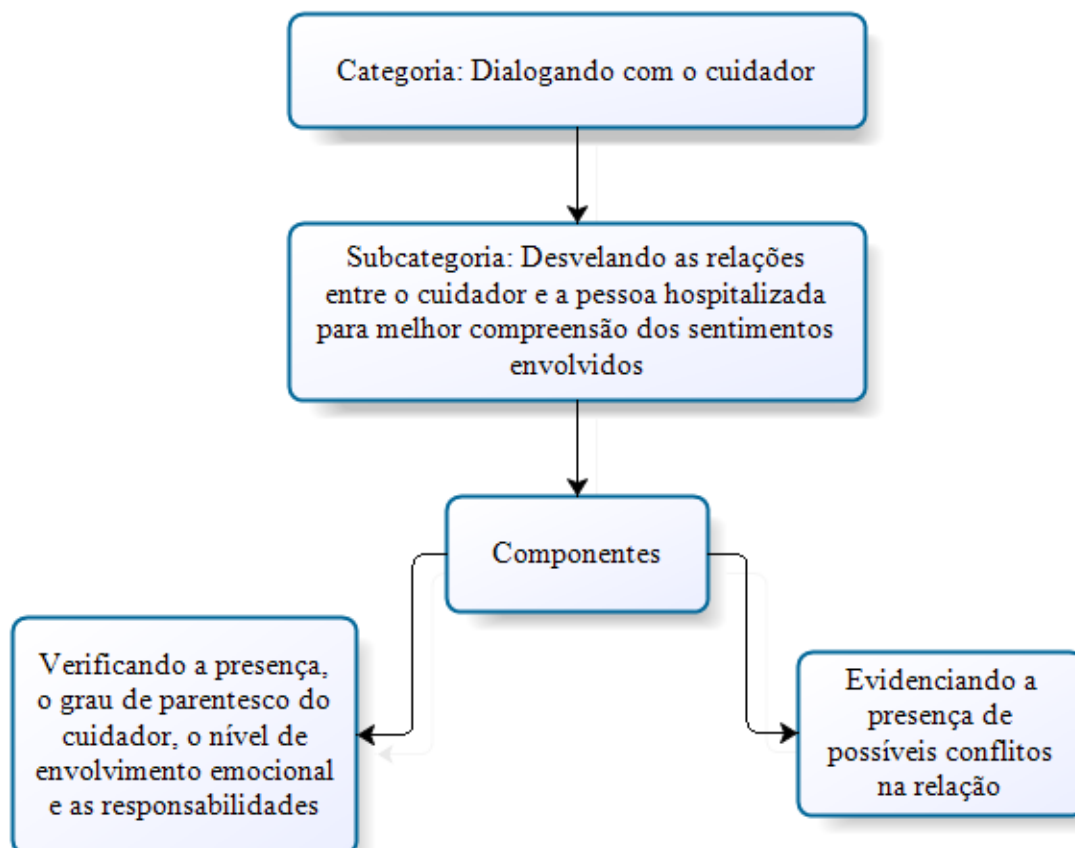
A categoria **Dialogando com o cuidador**, conforme representação do Diagrama 07, revela o quanto o cuidador precisa estar engajado nas ações referentes ao gerenciamento do cuidado na atenção paliativa, bem como a necessidade do mesmo ser encarado pelo enfermeiro como uma unidade de cuidado, de forma que as suas necessidades sejam reconhecidas, gerando condutas para o encaminhamento da solução dos problemas, no âmbito da interdisciplinaridade.

Esta categoria valoriza a importância da ferramenta da comunicação, em especial do saber ouvir, da relação de empatia e humana, do estar disponível para o outro, reconhecendo suas aflições, medos, dúvidas e ansiedades perante a condição da doença, do sofrimento humano e do processo de finitude. A mesma pode ser melhor compreendida por meio das suas subcategorias e respectivos códigos preliminares e componentes, que serão apresentados a seguir.

3.1- SUBCATEGORIA 01: Desvelando as relações entre o cuidador e a pessoa hospitalizada para melhor compreensão dos sentimentos envolvidos

Esta subcategoria busca compreender as relações existentes entre a pessoa hospitalizada e o cuidador, podendo este ser membro da família ou não, de convívio harmonioso ou não, ou pessoa contratada, a fim de contribuir para a solução dos conflitos. Os componentes desta subcategoria são: *verificando a presença, o grau de parentesco do cuidador, o nível de envolvimento emocional e as responsabilidades; evidenciando a presença de possíveis conflitos na relação*; conforme exposto no Diagrama 08.

DIAGRAMA 08: SUBCATEGORIA – DESVELANDO AS RELAÇÕES ENTRE O CUIDADOR E A PESSOA HOSPITALIZADA PARA MELHOR COMPREENSÃO DOS SENTIMENTOS ENVOLVIDOS



Todos os componentes da subcategoria e seus respectivos códigos preliminares são apresentados no Quadro 07.

Quadro 07: Desvelando as relações entre o cuidador e a pessoa hospitalizada para melhor compreensão dos sentimentos envolvidos

CÓDIGOS PRELIMINARES	COMPONENTES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Checando se a pessoa tem ou não cuidador; - Identificando o grau de parentesco do cuidador; - Identificando o cuidador principal ou como se dá a distribuição de tarefas entre os membros da família; - Buscando saber o que o cuidador significa para a pessoa; - Podendo ser o cuidador uma figura que a pessoa não quer ver, que nunca gostou ou que nunca a tratou bem; - Tendo cuidadores muito bons e que querem participar do cuidado; - Tendo cuidadores que querem coisas que não cabem à equipe de enfermagem; - Podendo o cuidador ser o familiar que veio apenas para acompanhar; - Identificando aquele cuidador que não quer que a pessoa tenha dor porque ele quer dormir à noite; - Relatando que 	<p>Verificando a presença, o grau de parentesco do cuidador, o nível de envolvimento emocional e as responsabilidades</p>	<p>Desvelando as relações entre o cuidador e a pessoa hospitalizada para melhor compreensão dos sentimentos envolvidos</p>	<p>Dialogando com o cuidador</p>

<p>existem cuidadores que se omitem para não assumirem a responsabilidade do cuidado no domicílio.</p>			
<p>- Podendo ser a única pessoa para ficar como cuidador, embora possa não ser querida ou bem aceita, mediante problemas sociais;</p> <p>- Perguntando ao cuidador se sempre houve conflito na relação;</p> <p>- Sabendo da história e dos conflitos prévios;</p> <p>- Gerenciando os problemas relacionais da família, de modo que o cuidado seja realizado com qualidade, em especial, no caso da alta hospitalar.</p>	<p>Evidenciando a presença de possíveis conflitos na relação</p>	<p>Desvelando as relações entre o cuidador e a pessoa hospitalizada para melhor compreensão dos sentimentos envolvidos</p>	<p>Dialogando com o cuidador</p>

3.1.a- Verificando a presença, o grau de parentesco do cuidador, o nível de envolvimento emocional e as responsabilidades

Neste componente evidencia-se que os enfermeiros apontam a existência daquele cuidador envolvido e comprometido com o cuidado, bem como daquele que se esquivava de participar do cuidado, não aceitando as responsabilidades, o que pode ter influências do nível de envolvimento emocional do mesmo com a pessoa hospitalizada e com o grau de parentesco. Embora, a aproximação do grau de parentesco entre os envolvidos não seja garantia de uma relação harmoniosa, livre de conflitos. Em seguida, os depoimentos.

“Você tem que ter uma visão de tudo, quem aquele paciente é, a sua história social, saber o que aquele cuidador significa para ele, porque muitas vezes é uma pessoa que ele não quer ver, e que nunca gostou dele, nunca o tratou bem, mas é a única pessoa que ele tem para ficar. Você não tem que ver só o paciente, tem que ver o todo, o familiar, o cuidador em si, e ele” (entrevista A).

“[...] Muitas vezes é um familiar que se retrai, muitas vezes é um familiar que pergunta, muitas vezes é um familiar que solicita. Vai depender do que o familiar quer de mim. Muitas vezes o familiar não me aborda, até porque, de repente, ele não quer ouvir alguma coisa que não deseja. Então, vai depender de como o familiar vai me abordar. As necessidades dele são quais? É o descanso, principalmente. O paciente está com dor, então ele quer descansar à noite. Neste caso, ele quer que o paciente não tenha dor, e não o incomode, porque ele está cansado, entendeu? Essa é uma das situações. Por outro lado, pode ser o caso de uma acompanhante participante que fica a noite toda em pé, acordada, segurando a mão do paciente, então ela quer ver o bem-estar também do seu paciente. São duas situações: aquela que tem o acompanhante que não quer que o paciente tenha dor porque ele quer dormir à noite; e aquele que realmente quer participar dos cuidados o tempo todo, e fica ao lado do paciente” (entrevista G).

3.1.b- Evidenciando a presença de possíveis conflitos na relação

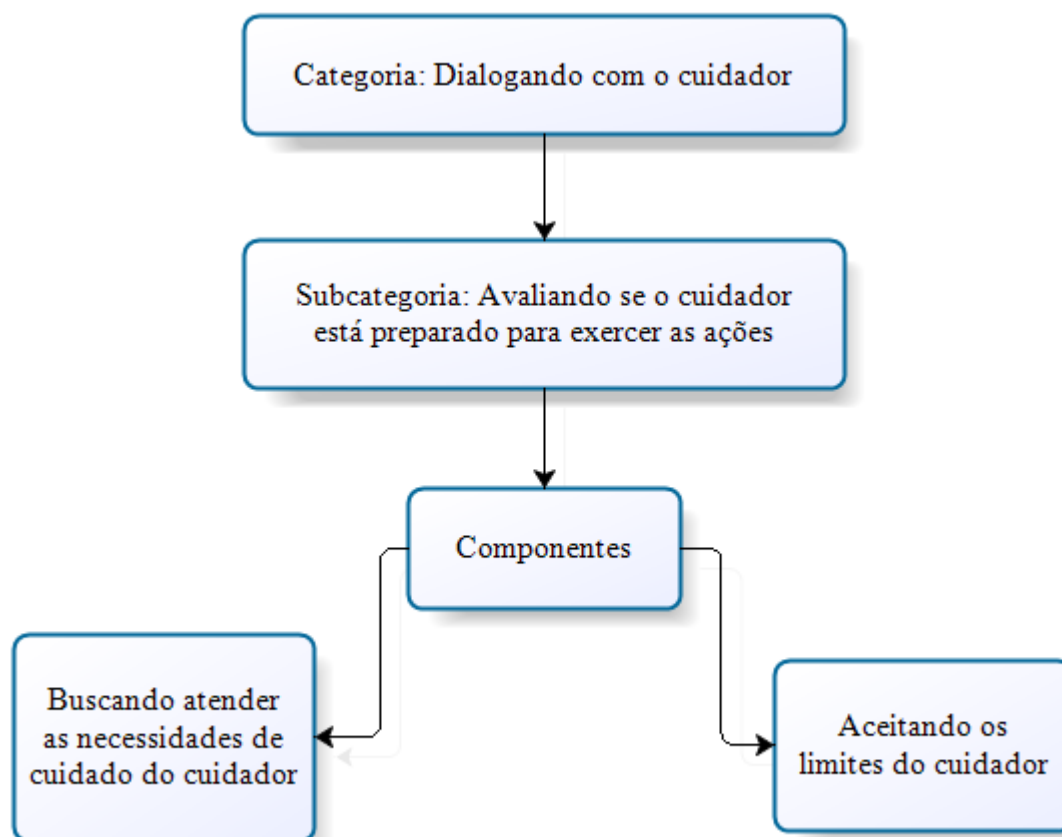
Conhecer os possíveis conflitos na relação, a partir da abordagem interdisciplinar, pode contribuir para o encaminhamento da solução dos mesmos em tempo hábil, em prol do conforto espiritual. A presença de conflitos aumenta a complexidade da situação, principalmente, se os mesmos forem cultivados por muitos anos, o que aumenta a demanda de cuidados das pessoas envolvidas. Segue um depoimento.

“Já tive um caso que o paciente não falava com o filho, e este falava “_ Mas ele não quer conversar comigo”. E então, perguntamos se sempre foi assim, e ficamos mais ou menos sabendo da história que aconteceu, dos precedentes. É complicado, porque, nesses casos, temos a demanda de cuidado do cuidador” (entrevista A).

3.2- SUBCATEGORIA 02: Avaliando se o cuidador está preparado para exercer as ações

Esta subcategoria relaciona as capacidades físicas e emocionais do cuidador para exercer as ações que este papel possa exigir, tendo em vista a possibilidade de retorno da pessoa hospitalizada para o domicílio diante da recuperação ou controle do sintoma que demandou a internação hospitalar. Os componentes desta subcategoria são: *buscando atender as necessidades de cuidado do cuidador; aceitando os limites do cuidador*, conforme exposto no Diagrama 09.

DIAGRAMA 09: SUBCATEGORIA – AVALIANDO SE O CUIDADOR ESTÁ PREPARADO PARA EXERCER AS AÇÕES



Todos os componentes da subcategoria e seus respectivos códigos preliminares são apresentados no Quadro 08.

Quadro 08: Avaliando se o cuidador está preparado para exercer as ações

CÓDIGOS PRELIMINARES	COMPONENTES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Apresentando-se como enfermeiro; - Conversando com o cuidador, mantendo-o informado; - Deixando o cuidador desabafar, 	Buscando atender as necessidades de cuidado do cuidador	Avaliando se o cuidador está preparado para exercer as ações	Dialogando com o cuidador

<p>tranquilizando-o;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tendo a preocupação de ouvir o cuidador, porque na atenção paliativa tem que saber ouvir. - Levantando as necessidades de cuidado do cuidador ao passar a visita no leito da pessoa hospitalizada; - Tendo muitos cuidadores idosos e/ou acometidos por condições crônicas de saúde, que ora precisam ser encaminhados à emergência; - Avaliando o quadro psicológico e emocional do cuidador diante do processo de morrer da pessoa, a fim de encaminhá-lo à psicologia, quando necessário; - Percebendo se o cuidador está ansioso, angustiado ou cansado; - Dando suporte ao cuidador quando a pessoa é admitida já em processo de morrer; - Solicitando ao cuidador que cuide dele mesmo e que reserve um momento para ir à psicologia, ao médico, passear e descansar; - Cuidando do cuidador após o óbito da pessoa; - Procurando dar apoio 	<p>Buscando atender as necessidades de cuidado do cuidador (continuação)</p>	<p>Avaliando se o cuidador está preparado para exercer as ações</p>	<p>Dialogando com o cuidador</p>
--	---	--	----------------------------------

<p>e conforto ao cuidador;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizando o treinamento do cuidador para prestar os cuidados no domicílio; - Providenciando para que o cuidado seja realizado no domicílio da melhor forma possível; - Promovendo reuniões com os cuidadores para estimular as trocas de experiências. 			
<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecendo que toda a estrutura familiar adoce; - Reconhecendo, muitas vezes, o despreparado do cuidador para estar ali exercendo esse papel; - Podendo o cuidador negar a situação e agir de forma agressiva; - Podendo o cuidador não estar ciente da evolução da doença; - Tendo que saber lidar com a revolta ou negação do cuidador, entendendo que o problema não é com a equipe, e sim com a situação; - Podendo nem todos os membros da família estar participando do cuidado de forma efetiva, o que prejudica a compreensão da evolução da doença e a condição atual da pessoa hospitalizada; 	<p>Aceitando os limites do cuidador</p>	<p>Avaliando se o cuidador está preparado para exercer as ações</p>	<p>Dialogando com o cuidador</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Podendo o cuidado no domicílio não ser realizado da melhor forma; - Avaliando se o cuidador tem condições físicas para realizar o cuidado; - Identificando como problema social as questões socioeconômicas dos cuidadores, que precisam parar de trabalhar, mas não podem; - Reconhecendo o despreparo emocional do cuidador na ocasião do óbito, seja porque ele nunca esperou, e sempre teve a esperança de que a pessoa pudesse melhorar, e de que isso não viesse a acontecer dessa forma; - Olhando e sabendo quando o cuidador não tem condições de participar do cuidado; - Podendo o cuidador estar cansado; - Buscando contato de mais alguém da família diante do desgaste daquele cuidador; - Deixando claro para o cuidador, caso não tenha outra pessoa para exercer esta função, que seu ente ficará bem cuidado, enquanto ele estiver em casa 	<p>Aceitando os limites do cuidador (continuação)</p>	<p>Avaliando se o cuidador está preparado para exercer as ações</p>	<p>Dialogando com o cuidador</p>
--	--	--	----------------------------------

descansando um pouco; - Percebendo que o principal problema do cuidador é o desgaste físico.			
---	--	--	--

3.2.a- Buscando atender as necessidades de cuidado do cuidador

Segundo os enfermeiros, uma das principais formas de atender as necessidades do cuidador é sabendo ouvir, diante das demandas relacionadas com a angústia e com o medo. No aspecto físico, o principal problema do cuidador é o cansaço. Além disso, diante da sobrecarga, os enfermeiros buscam favorecer que o mesmo valorize o próprio cuidado, reservando um tempo para si, bem como encaminhando para outros profissionais, conforme demandas específicas.

Além disso, o treinamento do cuidador para que o cuidado no domicílio seja realizado de forma adequada é atividade primordial, visto que a assistência domiciliar é a principal modalidade de atendimento na atenção paliativa. Nesse sentido, deve-se trabalhar em prol da informação, reduzindo o déficit de conhecimento do cuidador acerca da doença, condição atual e hospitalização. Seguem depoimentos.

“Eu dedico a escuta para os cuidadores também, porque a minha observação, a anamnese não está só voltada para o paciente, eu confirmo com o cuidador. E quando o paciente está mais grave, com sangramento, ou então com algum outro sintoma de difícil controle, eu sempre pergunto ao familiar o que ele está sentindo, se ele está ou não sabendo do que está acontecendo, se ele está com alguma dúvida, se ele quer perguntar alguma coisa, se o médico já conversou, enfim, se ele sabe. Porque às vezes o médico passa e eles não perguntam, e com a gente eles se sentem mais a vontade para falar. E eu sempre tenho um olhar para isso, avaliando se aquele cuidador está bem ou não, se está saturado. Tenho nesses casos uma conversa com a assistente social, para trocar informações, e até ver

se tem outra pessoa para ficar se aquele cuidador não estiver bem. Explico também para ele que não precisa ficar em tempo integral, se o paciente estiver muito mal, ou se ele próprio não estiver bem para ficar aqui. Eu sempre avalio também o cuidador, é conjunto. Nunca olho só para o paciente, a não ser que ele esteja sozinho. Eu sempre procuro olhar para o cuidador também” (entrevista E).

“A gente procura na hora do banho, por exemplo, ou não hora do curativo, já estar orientando, já estar perguntando quem cuida disso em casa, quem vai cuidar em casa dessa lesão ou dessa ostomia, ou algum procedimento que o paciente fez e que vai precisar de algum cuidado específico. Então, a gente já identifica se a pessoa que está ali é o cuidador, se não for, é preciso identificá-lo. E a partir do momento que você identifica o cuidador, você avalia se ele tem condições físicas, porque a gente tem muito cuidador idoso, se tem condições emocionais de poder fazer, e de técnica também, porque às vezes a pessoa está disposta, mas tem que treinar aquela técnica. Mas aí a gente começa o treinamento. Tanto que a alta hospitalar aqui, o médico dá, e quando é um paciente que tem traqueostomia ou alguma outra coisa muito específica, que necessite da orientação do enfermeiro, o médico fala: “_ Por mim esse paciente está de alta, e agora é a sua vez”. O paciente só vai embora quando o enfermeiro falar que ele e o cuidador estão prontos” (entrevista B).

“[...] o apoio emocional, a questão também do descanso do cuidador, e da questão espiritual dele também, para a gente poder estar ajudando. Porque o paciente está doente, mas quando existe uma estrutura em volta dele, toda ela fica doente também. Sejam os familiares, os amigos, quem estiver ali com aquele paciente. Então, você tem que ter uma visão também do que ele está sentindo, da questão emocional, da questão física também, porque às vezes é um cuidador que tem pressão alta, tem diabetes, ou outro problema, e está descompensando porque só quer ficar cuidando desse paciente, quer se dedicar. Então você também tem que ter essa visão e falar: “_ Olha, pare, vamos cuidador de você. Esse é o momento de você ir à psicologia, de você ir ao médico para cuidar da sua saúde, é hora de você ir passear, de você ir descansar”. Então, existem todas as questões que a gente se preocupa com paciente, do emocional, do espiritual, do social, porque às vezes tem cuidador que precisa parar de trabalhar, ou não pode, e precisa dar um jeito de

conseguir dinheiro de alguma outra forma. E a gente tem que identificar, e enquanto enfermeiro fazer o que pode, em questão de orientação, de auxiliar em algum procedimento e em alguma coisa que ele precise, e encaminhar para os outros profissionais que eles possam precisar” (entrevista B).

“[...] tentando sempre conversar com o familiar, passando para ele o que está acontecendo, o que vai ser feito, porque eles ficam muito ansiosos, principalmente, quando tem uma queda brusca da condição clínica do doente, podendo acontecer o óbito. Nesses casos, mesmo que a gente já tenha a medicação para controlar determinado sintoma, a gente aciona o plantão médico para que possa estar conversando, e até para que a família entenda que pode ocorrer o óbito a qualquer momento. Porque, às vezes, a gente explica como enfermeiro, mas a família quer uma posição do médico, para que ele realmente saiba que não tinha mais nada a ser feito em relação ao cuidado daquele paciente” (entrevista C).

“[...] a gente conversa com a família de forma franca, colocando mesmo a verdade do que pode acontecer, para a pessoa não se assustar, a gente abre um leque de informações para eles, e também buscamos receber informações deles, se por acaso existem outras pessoas queridas para realizar a despedida, porque o paciente está partindo. E eu estou todos os dias aqui, e consigo avaliar melhor e pensar em novas estratégias de abordagem [...]” (entrevista D).

3.2.b- Aceitando os limites do cuidador

Embora haja empenho dos enfermeiros na realização do treinamento e dos encaminhamentos para ajuda dos cuidadores, em alguns momentos há necessidade de reconhecer os limites dessas pessoas, que podem estar relacionados com a capacidade física para o cuidar, assim como com o bem-estar psicológico e emocional, causando um desequilíbrio. E diante de situações difíceis e da negação por parte do cuidador, o comportamento agressivo deste com a equipe pode ser difícil de ser gerenciado, contribuindo para possíveis conflitos. Veja depoimentos que seguem.

“[...] às vezes o cuidador não está preparado para o óbito, seja porque nunca esperou, e sempre teve a esperança de que o paciente pudesse melhorar, e de que isso não viesse a acontecer dessa forma. E o paciente pode morrer desconfortável, e você precisa explicar que tudo será feito para que ele fique confortável. Explicar para o familiar que ele pode conversar com aquele doente que está com o nível de consciência rebaixado. Precisa que aquele paciente fique tranquilo e confortável, e o paciente sente que tem alguém ao lado dele, sentindo a questão do cheiro, a questão do toque. Ninguém pode dizer que ele está ou não ouvindo. Eu não posso dizer que ele não esteja. Nem ninguém. Então, a gente vê que isso traz conforto. E mostrar isso ao familiar [...]” (entrevista B).

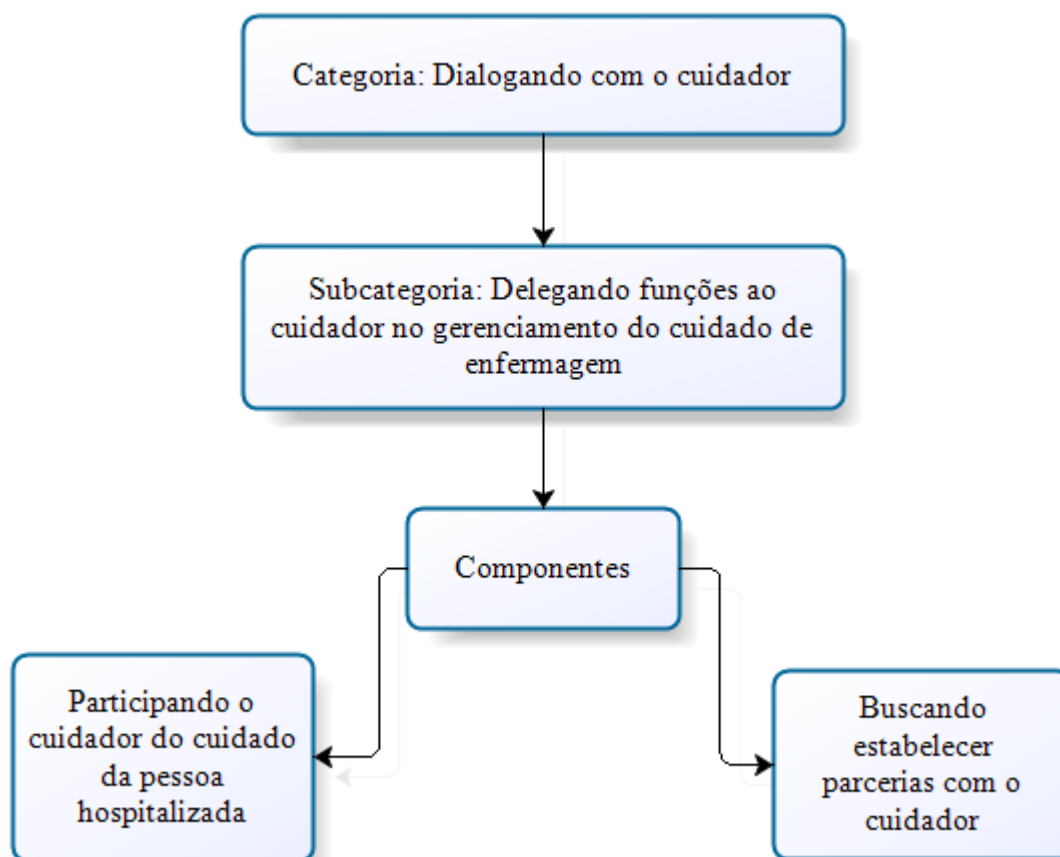
“[...] às vezes chega um cuidador, que por mais que você seja dez ele está sendo tão agressivo com você, e você não merece aquilo, porque também está ali cansada, lidando com várias coisas que são difíceis para você também [...]” (entrevista E).

3.3- SUBCATEGORIA 03: Delegando funções ao cuidador no gerenciamento do cuidado de enfermagem

Esta subcategoria expõe que os enfermeiros, na prática do gerenciamento do cuidado de enfermagem no contexto da internação hospitalar, demandam atribuições relacionadas ao cuidado direto da pessoa hospitalizada ao cuidador. Durante a atividade de delegação, as ações do cuidado são compartilhadas ora com a equipe técnica, ora com os cuidadores.

Os componentes desta subcategoria são: *participando o cuidador do cuidado da pessoa hospitalizada; buscando estabelecer parcerias com o cuidador*, conforme exposto no Diagrama 10.

DIAGRAMA 10: SUBCATEGORIA – DELEGANDO FUNÇÕES AO CUIDADOR NO GERENCIAMENTO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM



Todos os componentes da subcategoria e seus respectivos códigos preliminares são apresentados no Quadro 09.

Quadro 09: Delegando funções ao cuidador no gerenciamento do cuidado de enfermagem

CÓDIGOS PRELIMINARES	COMPONENTES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Delegando funções também para os cuidadores; - Fazendo reunião com os cuidadores a fim de estimular a participação dos mesmos no 	Participando o cuidador do cuidado da pessoa hospitalizada	Delegando funções ao cuidador no gerenciamento do cuidado de enfermagem	Dialogando com o cuidador

<p>cuidado, com a especial justificativa de que se espera que a pessoa hospitalizada retorne para o domicílio;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falando que o cuidador pode fazer a troca da fralda, quando necessário; - Permitindo que o curativo seja feito pelo cuidador, caso ele já o faça em casa, ou durante o treinamento; - Colocando o cuidador a par da rotina do setor, no que diz respeito ao horário da visita médica e da visita de outros familiares. 	<p>Participando o cuidador do cuidado da pessoa hospitalizada (continuação)</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - Deixando claro para os cuidadores a forma de trabalho da equipe de enfermagem, e que às vezes, é preciso aguardar a vez para o atendimento, diante de outras demandas prioritárias; - Explicando para o cuidador que existem pessoas que estão mais debilitadas e necessitadas naquele momento, e por isso, precisam aguardar; - Sabendo que para o cuidador tudo é prioridade, o que pode gerar conflito diante da sobrecarga de trabalho; - Solicitando ao cuidador que evite ficar no quarto de outra 	<p>Buscando estabelecer parcerias com o cuidador</p>	<p>Delegando funções ao cuidador no gerenciamento do cuidado de enfermagem</p>	<p>Dialogando com o cuidador</p>

pessoa; - Orientando os cuidadores que cultivem a amizade entre eles ao saírem no horário das refeições, por exemplo; - Relatando que gosta de estar com o cuidador.	<p style="text-align: center;">Buscando estabelecer parcerias com o cuidador (continuação)</p>	<p style="text-align: center;">Delegando funções ao cuidador no gerenciamento do cuidado de enfermagem</p>	<p style="text-align: center;">Dialogando com o cuidador</p>
--	---	---	--

3.3.a- Participando o cuidador do cuidado à pessoa hospitalizada

O estímulo à participação do cuidador no cuidado está relacionado à prática do treinamento, diante da possibilidade de alta hospitalar. Porém, além do objetivo de treinar e integrar o cuidador, nos discursos de alguns enfermeiros foi possível identificar que a participação do mesmo está relacionada também à sobrecarga de trabalho da enfermagem, que diante de alguma solicitação, acredita que o próprio cuidador possa assumi-la, seja no auxílio para alimentação, para deambulação ou para a realização de uma troca de fralda.

Em alguns casos, o cuidador pode não querer assumir tal compromisso, seja por desgaste físico, ou por não querer assumir o papel de cuidador principal, o que pode gerar conflito com a equipe, que embora tenha demonstrado flexibilidade, estrutura o trabalho numa rotina pré-estabelecida. Seguem depoimentos.

“Por exemplo, numa troca de fralda, que o paciente está todo urinado, o familiar pode muito bem trocar, mas ele quer que a equipe vá até lá, ou então para ajudá-lo, e aí os técnicos tem uma rotina que começa com o banho, as medicações, o registro no prontuário... É muito difícil, é cansativo, e eu gosto que eles tenham um tempinho sem fazer nada. E então, eu sempre falo para o familiar: “Aguarda um pouquinho que o técnico já está indo lá”. Ontem mesmo, teve uma familiar que pediu um lençol. E

eu falei: “_ Olha, não tem lençol agora porque a rouparia ainda está trazendo pra gente”. E ela perguntou: “_ Você não tem fralda pelo menos?”. Ai eu falei: “_ Fralda a gente tem, mas as técnicas daqui a pouco já vão lá trocar, a não ser que você queira trocar”. Ai ela decidiu esperar, mas foi grossa” (entrevista E).

“[...] fazemos reuniões com as famílias para colocar que eles precisam participar do cuidado, porque esse paciente vai para casa, e quem vai cuidar em casa são eles. Nessas reuniões solicitamos que evitem que o familiar fique no quarto do outro, eles acabam fazendo uma amizade, mas que cultivem isso quando saiam para jantar, por exemplo, isso porque às vezes, esse paciente por estar em precaução de contato [...]” (entrevista D).

“No caso de um curativo, sempre que eu estou fazendo eu estou orientando. Também se eu tenho que instalar uma dieta, se o paciente tem sonda. Se o soro acabou oriento que tem que fechar para não correr o risco de perder a veia e para dar o tempo da enfermagem ir até lá instalar outro soro. Sempre que eu posso oriento. Mas eu sempre tenho o olhar quando eu sei que o cuidador não está podendo. Também tem aquele cuidador que está cansado, então eu tenho que entender que é o técnico que tem que fazer aquilo” (entrevista E).

Fica evidente no depoimento acima que o enfermeiro busca aguçar a sensibilidade para reconhecer os limites do cuidador, e assumir a integralidade das ações do cuidado.

3.3.b- Buscando estabelecer parcerias com o cuidador

O componente que trata do estabelecimento de parcerias com os cuidadores esteve relacionado, principalmente, à necessidade do enfermeiro justificar a demora no atendimento de algumas solicitações mais simples de cuidado, diante da sobrecarga de trabalho, relacionado aos diversos fatores expostos na categoria **Apontando as Dificuldades em Gerenciar o Cuidado de Enfermagem**. Além disso, evidencia a

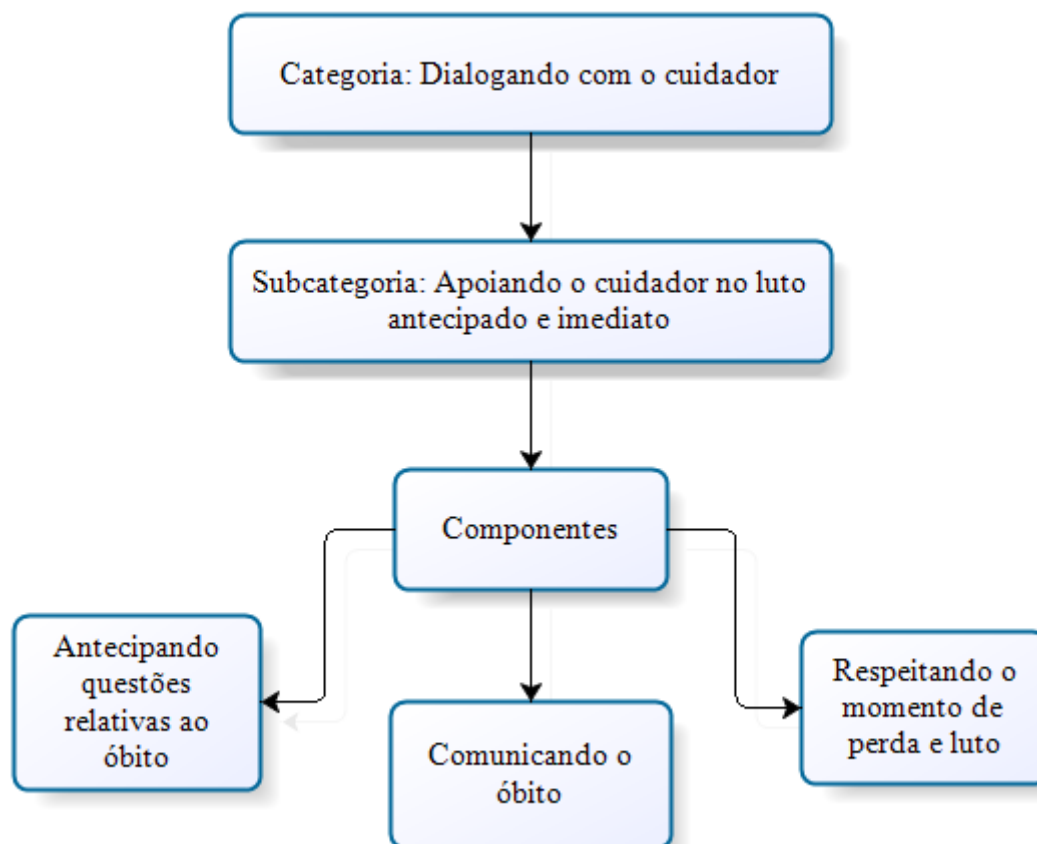
necessidade da equipe de enfermagem saber lidar com as manifestações de revolta e negação dos cuidadores em decorrência da situação que está sendo vivida. Segue depoimento.

“Eu oriento, explico que tem coisas mais urgentes naquele momento, que eu sei que ele está necessitando daquele cuidado, mas a gente tem que priorizar determinadas coisas, e explico para ele quais são as prioridades, se tem algum paciente que está mais grave, e que requer mais cuidados naquele momento, ou um paciente com dor, que também é uma prioridade. A gente tenta fazer com que ele entenda que às vezes o outro tem um problema mais grave do que o dele naquele momento, mas o seu cuidado não vai deixar de ser feito, mas que naquele momento a gente precisa priorizar outra coisa. Conversando e orientando e mais fácil do que você falar: “_ Já vou”, e demora a aparecer, porque ai a cobrança é maior ainda. Então, acho que tudo é a orientação do porque que você está demorando” (entrevista C).

3.4- SUBCATEGORIA 04: Apoiando o cuidador no luto antecipado e imediato

Esta subcategoria evidencia a preocupação dos enfermeiros em atender as necessidades de cuidado dos cuidadores no momento do óbito, com especial atenção às dimensões emocionais, espirituais e sociais. Os componentes desta subcategoria são: *antecipando questões relativas ao óbito; comunicando o óbito; respeitando o momento de perda e luto*, conforme exposto no Diagrama 11.

DIAGRAMA 11: SUBCATEGORIA – APOIANDO O CUIDADOR NO LUTO ANTECIPADO E IMEDIATO



Todos os componentes da subcategoria e seus respectivos códigos preliminares são apresentados no Quadro 10.

Quadro 10: Apoiando o cuidador no luto antecipado e imediato

CÓDIGOS PRELIMINARES	COMPONENTES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Preferindo que o cuidador esteja bem orientado na ocasião do óbito; - Buscando saber se existem outras pessoas queridas para realizar a despedida, porque a pessoa está partindo. 	Antecipando questões relativas ao óbito	Apoiando o cuidador no luto antecipado e imediato	Dialogando com o cuidador

<ul style="list-style-type: none"> - Sendo, muitas vezes, o próprio cuidador que reconhece que a pessoa faleceu; - Orientando e comunicando a ocorrência do óbito ao cuidador; - Entrando em contato com o cuidador, caso o mesmo não esteja presente na hora do óbito; - Comunicando o óbito pelo telefone, caso o cuidador já esteja preparado sobre esta possibilidade; - Tendo o cuidado de não passar a informação do óbito para a pessoa que não está preparada ou acompanhando de perto a queda do estado clínico da pessoa hospitalizada. 	<p>Comunicando o óbito</p>	<p>Apoiando o cuidador no luto antecipado e imediato</p>	<p>Dialogando com o cuidador</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Perguntando ao cuidador se ele quer se despedir daquela pessoa que acabou de falecer, seja fazendo uma oração ou dando um beijo, por exemplo; - Deixando o cuidador chorar; - Oferecendo um copo de água para confortar; - Dando apoio ao cuidador que está chorando; - Achando que o enfermeiro precisa saber a religião da 	<p>Respeitando o momento de perda e luto</p>		

pessoa e do cuidador para ajudar no conforto espiritual; - Oferecendo suporte do psicólogo no pós-óbito.	Respeitando o momento de perda e luto (continuação)	Apoiando o cuidador no luto antecipado e imediato	Dialogando com o cuidador
---	--	--	---------------------------

3.4.a- Antecipando questões relativas ao óbito

Diante da possibilidade de prever a antecipar questões relativas à piora do quadro clínico da pessoa, conseqüentemente, o óbito, o enfermeiro encontra formas de melhor trabalhar o cuidador, para que o mesmo não fique assustado e que esteja se preparando para a perda. Embora o luto antecipado possa ser um sentimento comum no contexto. Segue depoimento:

“[...] Geralmente eu prefiro que a família esteja bem orientada. Eu estou vendo que o paciente está morrendo sempre converso com o familiar, sempre tento passar tranquilidade para esse paciente que está falecendo. Se o familiar não estiver bem, sempre solicito a psicologia, e vejo se precisa da capelania. A capelania aqui não trabalha só na extremulsão, ela dá o suporte espiritual mesmo. E aí o paciente falece, comunico os técnicos, preencho os papéis, os técnicos preparam o corpo. Sempre dou o tempo para a familiar. Não é assim: “_olha, pega as suas coisas e desce”. E encaminho para quem tem que fazer a declaração de óbito, ou para a assistente social, porque às vezes a família não está orientada. Eu sei algumas condutas, mas a assistente social tem muito mais informações para dar. E geralmente eu solicito para ela atender o familiar” (entrevista E).

3.4.b- Comunicando o óbito

Este componente aborda a comunicação do momento do óbito da pessoa ao cuidador. Conforme característica do setor, pelo fato do cuidador ficar ao lado da pessoa

quase que em tempo integral, muitas vezes, é este que procura o membro da equipe de enfermagem para a confirmação da sua suspeita, a de que a pessoa parou de respirar. Em outras ocasiões, é a própria equipe de enfermagem, pelo fato de permanecer em tempo integral no setor, que identifica o problema e a possibilidade da ocorrência do óbito. Quando o mesmo é precedido por uma intercorrência clínica que demande avaliação médica, o médico comparece ao setor, e na ocorrência do óbito o atesta, e em seguida realiza a declaração de óbito. Caso contrário, o médico é comunicado da ocorrência do óbito no andar, e o cuidador é encaminhado ao serviço de pronto atendimento para que a declaração de óbito seja preenchida pelo médico que lá se encontra de plantão, para dar seguimento às demais questões burocráticas.

E uma vez atestado o óbito, o objetivo do cuidado é manter a dignidade da pessoa, no preparo do corpo, bem como apoiar e confortar o cuidador que ali se encontra, respeitando seu momento de perda e luto, conforme descrito no componente a seguir. Seguem depoimentos.

“Geralmente aqui, quando o plantonista médico está no andar, é ele que constata o óbito, caso ele não esteja, e até pela nossa experiência, é o enfermeiro que constata, porque nesse caso não precisa ficar chamando o plantonista para constatar o óbito, porque é complicado. Nunca os técnicos de enfermagem constatarem, eles sempre chamam o enfermeiro. Geralmente se tem familiar ao lado ele mesmo já percebe e chama a equipe de enfermagem, dizendo que o paciente parou de respirar. O familiar, geralmente, é a primeira pessoa que vê. E eu oriento, comunico. Geralmente a família chora, e eu deixo ali o familiar se despedir do doente, porque não tem sentido já separá-lo, a equipe técnica também pensa assim, então, se eles estão fazendo as trocas eles deixam o acompanhante chorar, só explico a ele que não pode demorar muito, e ele mesmo já sai, e geralmente não tem problema não” (entrevista F).

“No caso do óbito o cuidado está voltado para o cuidador mesmo. Então, se o paciente estiver acompanhado, a gente

procura dar apoio e conforto. Se a gente perceber que não está conseguindo dar conta do apoio, porque às vezes temos algumas limitações, a gente pede para psicologia estar junto desse cuidador também. Acionamos também o serviço social, para fornecer as informações da parte burocrática do óbito em si, no caso de cartório, certidão, essas coisas. Preparamos o corpo. Se não estiver com o familiar, a gente entra em contato, e pedi para que compareça à unidade, porque a assistente social gostaria de falar, sinalizar algumas coisas. Se for uma pessoa que já esteja preparada, que a gente já sabe que é o cuidador principal, que já estava orientado sobre essa possibilidade, às vezes a gente até comunica por telefone a esse cuidador. Mas, a gente tem que ter o cuidado de não passar essa informação para outra pessoa, que a gente não sabe se era aquela pessoa que estava acompanhando, e que estava vendo a queda do estado clínico do paciente, porque essa pessoa pode não estar preparada para isso” (entrevista C).

3.4.c- Respeitando o momento de perda e luto

Há nos depoimentos dos enfermeiros a evidência do foco do cuidado voltado ao cuidador no momento do óbito, em respeito ao momento de perda e luto, bem como o cuidado com o corpo, na preservação da dignidade da pessoa que acabou de falecer, como pode ser visto nos depoimentos que seguem.

“[...] eu pergunto ao acompanhante se sabe da situação, porque muitas vezes ele não sabe. Então, se estava ciente que isso poderia ocorrer tento perceber o quanto essa pessoa está envolvida emocionalmente, vejo a parte burocrática que é documentação, declaração de óbito, se vai liberar o corpo ainda nesta mesma noite, ou se vai deixar para amanhã. Antes de tudo, antes da equipe ir até lá preparar o corpo, pergunto ao acompanhante se ele quer se despedir daquela pessoa que acabou de falecer. Muitas vezes a pessoa faz uma oração, outras vezes vai até lá e dá um beijo” (entrevista G).

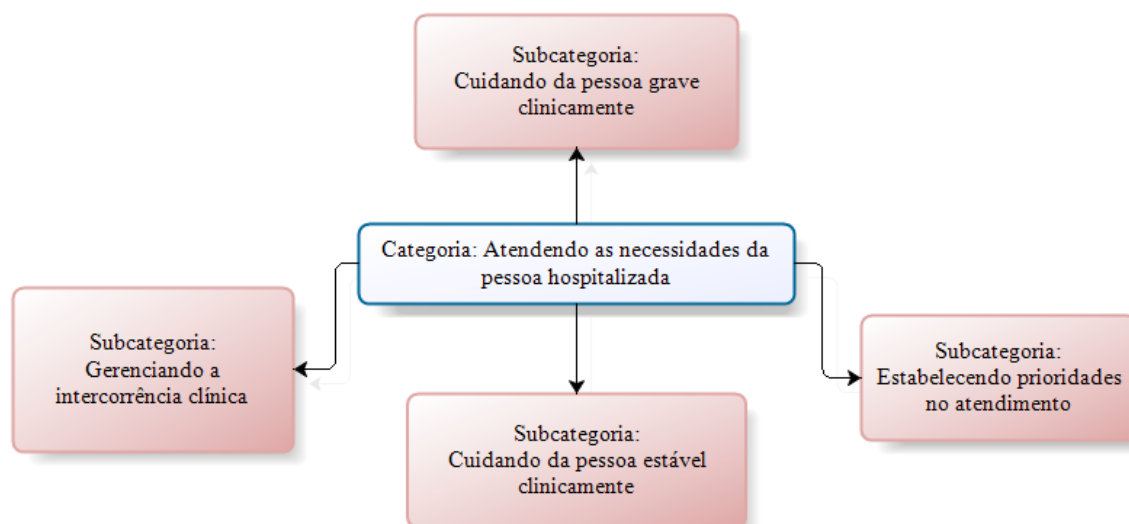
“[...] se tem o familiar na hora do óbito chamo para um conversa numa sala reservada. A família chora, eu vou pego uma água, eles gostam, porque ajuda a melhorar.

Eles choram aqui, pergunto se ele não quer ficar mais um pouquinho lá, juntinho lá. E o médico da emergência que faz a declaração de óbito” (entrevista D)

CATEGORIA 04: ATENDENDO AS NECESSIDADES DA PESSOA HOSPITALIZADA

A categoria **Atendendo as necessidades da pessoa hospitalizada** é constituída por quatro subcategorias: 1) **Cuidando da pessoa grave clinicamente**; 2) **Cuidando da pessoa estável clinicamente**; 3) **Estabelecendo prioridades no atendimento**; 4) **Gerenciando a intercorrência clínica**.

DIAGRAMA 12: ATENDENDO AS NECESSIDADES DA PESSOA HOSPITALIZADA



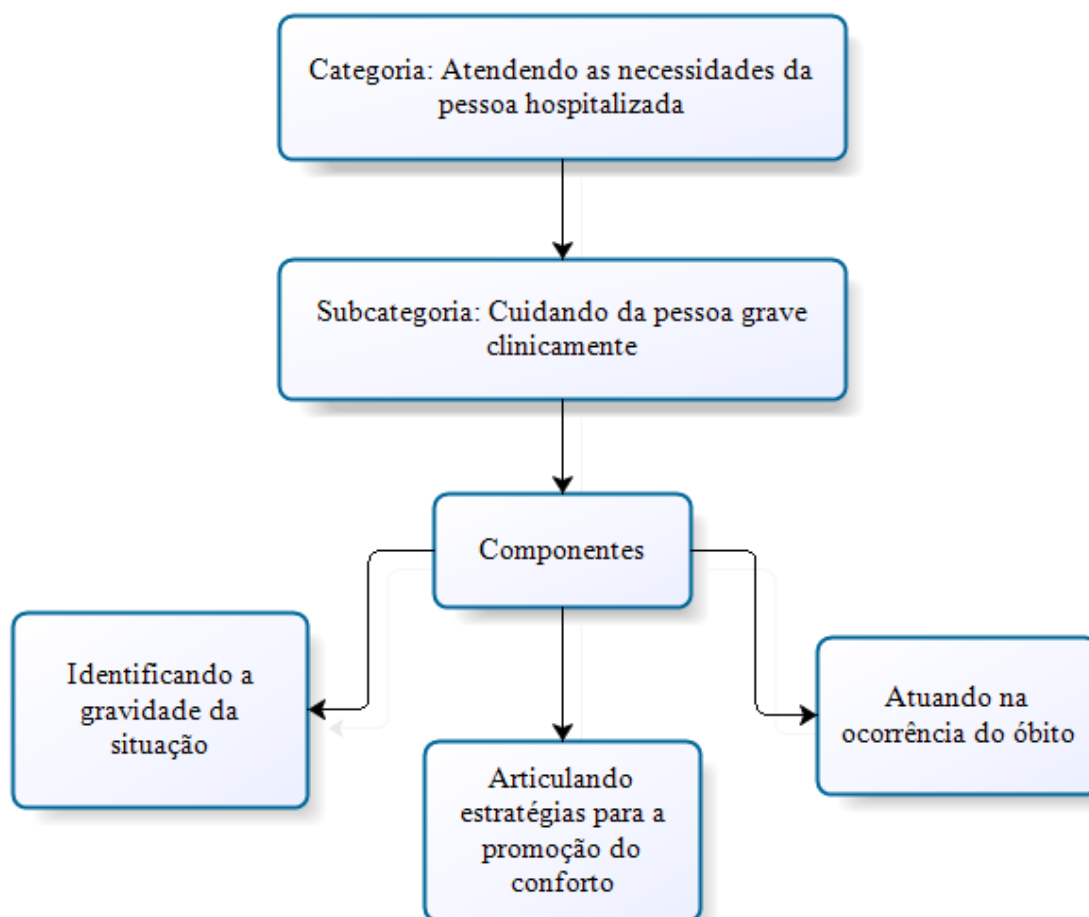
A categoria **Atendendo as necessidades da pessoa hospitalizada**, conforme representação do Diagrama 12, retrata as peculiaridades do cuidado, principalmente, diante da iminência da morte, sendo a prioridade de atendimento a promoção do conforto da pessoa diante do sintoma refratário que pode levá-la ao óbito. Esta categoria

fica bem evidenciada por meio das suas subcategorias e respectivos códigos preliminares e componentes, que serão apresentados a seguir.

4.1- SUBCATEGORIA 01: Cuidando da pessoa grave clinicamente

Esta subcategoria evidencia a forma de organização e planejamento do cuidado pelos enfermeiros com o objetivo de atender as necessidades de cuidado das pessoas que apresentam uma condição clínica instável e grave, sendo uma realidade comum no contexto da internação hospitalar. Os componentes desta subcategoria são: *identificando a gravidade da situação; articulando estratégias para a promoção do conforto; atuando na ocorrência do óbito*, conforme exposto no Diagrama 13.

DIAGRAMA 13: SUBCATEGORIA – CUIDANDO DA PESSOA GRAVE CLINICAMENTE



Todos os componentes da subcategoria e seus respectivos códigos preliminares são apresentados no Quadro 11.

Quadro 11: Cuidando da pessoa grave clinicamente

CÓDIGOS PRELIMINARES	COMPONENTES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Atentando para a pessoa que durante o dia apresentou um intercorrência clínica, como dispnéia ou sangramento; - Prevendo a possibilidade de acontecer o falecimento 	Identificando a gravidade da situação	Cuidando da pessoa grave clinicamente	Atendendo as necessidades da pessoa hospitalizada

<p>durante o plantão;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliando a pessoa no processo de morrer, bem como no processo de aceitação; - Reconhecendo que os sintomas podem estar mais exacerbados no final da vida; - Sabendo que a pessoa pode evoluir ao óbito, embora não tenha a previsão do tempo; - Podendo a pessoa estar com nível de consciência preservado no processo de morrer, lúcida e orientada; - Podendo a pessoa morrer de forma desconfortável; - Podendo a pessoa falecer ainda jovem; - Finalizando o plantão e indo embora sabendo que aquela pessoa não está bem; - Assumindo o plantão e tão logo procurando saber da pessoa que estava grave no dia anterior; - Podendo o caso piorar de forma súbita. 	<p>Identificando a gravidade da situação (continuação)</p>	<p>Cuidando da pessoa grave clinicamente</p>	<p>Atendendo as necessidades da pessoa hospitalizada</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Avaliando e gerenciando melhor esse cuidado da pessoa; - Conversando com a pessoa no momento que está passando a visita leito a leito; - Priorizando a pessoa que está grave; - Tendo que saber todo 	<p>Articulando estratégias para a promoção do conforto</p>		

<p>o quadro clínico da pessoa e as metástases que a acometem;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificando as necessidades sociais mais evidentes nos casos de falecimento no plantão noturno; - Tendo que controlar o sintoma e atuar na prevenção de qualquer outro; - Promovendo conforto da pessoa que é admitida durante o processo de morrer; - Fazendo o que está ao alcance para a promoção do conforto; - Abrindo exceção nas visitas para a entrada de crianças, para que sejam trazidas a tempo; - Deixando a criança junto da pessoa/mãe; - Procurando alocar as pessoas graves nos quartos individuais; - Controlando a dor da pessoa e se importando também com a higiene corporal, como sendo exemplos de cuidados prioritários e gerais; - Provendo conforto da pessoa a partir do estímulo/incentivo pela presença do cuidador ao seu lado. 	<p>Articulando estratégias para a promoção do conforto (continuação)</p>	<p>Cuidando da pessoa grave clinicamente</p>	<p>Atendendo as necessidades da pessoa hospitalizada</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Constatando o óbito, quando o técnico de enfermagem solicita, por meio da ausculta e do exame ocular; 	<p>Atuando na ocorrência do óbito</p>		

<ul style="list-style-type: none"> - Fechando o prontuário no caso de falecimento; - Preparando o corpo; - Ligando para o operacional para remoção do corpo; - Sendo o médico da emergência o responsável pela realização da declaração de óbito; - Preservando a dignidade da pessoa; - Achando bom a pessoa ter descansado. 	<p>Atuando na ocorrência do óbito (continuação)</p>	<p>Cuidando da pessoa grave clinicamente</p>	<p>Atendendo as necessidades da pessoa hospitalizada</p>
---	--	---	--

4.1.a- Identificando a gravidade da situação

A partir do momento que o enfermeiro recebe o plantão já reúne informações necessárias para estabelecer a gravidade da situação, tendo mais subsídio o enfermeiro diarista, pelo fato de estar presente no setor todos os dias. Embora as mudanças e alterações nos quadros clínicos nesse contexto possam ocorrer subitamente. O perfil clínico das pessoas hospitalizadas, que será descrito na categoria **Apontando as dificuldades em gerenciar o cuidado de enfermagem**, remete à necessidade de investimento em recursos humanos na enfermagem, diante das demandas pelas reavaliações constantes. Seguem depoimentos que retratam esta situação.

“[...] como eu sou da noite, eu vejo assim, o paciente que durante o dia teve um intercorrência como dispnéia, eu já fico atenta a ele, né. Como também o paciente que está com sangramento” (entrevista A).

“[...] é como se fosse uma semi-intensiva, embora não tenhamos um desfibrilador ou um carrinho de parada cardiorrespiratória, já que estamos falando de cuidados paliativos. É uma semi-intensiva. Um enfermeiro para 28 pacientes, a sobrecarga é muito grande. Pelo menos um por andar tem que ter. Fazendo as contas, o certo seria ter dois. Nosso paciente é uma caixinha de surpresa. Embora esteja estável, ao longo do plantão ele pode piorar de uma hora para outra [...]” (entrevista A).

“[...] você lida muita com essa questão do “eu estou morrendo”. “Eu não vou conseguir mais comer, por isso que fizeram isso comigo”. “Não vou conseguir mais respirar, por isso que estou com essa traqueostomia”. Entendeu? Tem sintomas muito, muito exacerbados, e o paciente literalmente interna para evoluir ao óbito. Ele sabe que ele vai evoluir ao óbito, embora não tenha a previsão do tempo. Então, você lidar com essa questão de internar, de não só controlar o sintoma, mas ao mesmo tempo que você tem que controlar o sintoma, prevenir outros sintomas, atuar na parte do suporte no processo de morrer, nessa parte final, em que o paciente, muitas vezes, está lúcido e orientado, e você fica quase que sem chão, porque tem que ajudar aquele paciente, e ao mesmo tempo você, enquanto ser humano, olha para ele daquele jeito, e vê uma pessoa morrendo com falta de ar, e não tem muitas vezes o que fazer, a não ser promover aquele conforto de estar ao lado. E quando ele interna e já vem com esse questionamento, ou seu familiar: “_ Em quanto tempo vai acontecer? Em quanto tempo ele vai morrer?” Ou o paciente que interna já morrendo, e você tem chegar para o familiar, que quando está morrendo, morrendo mesmo, no cuidado ao final da vida, normalmente o paciente já encontra-se no estado de torpor ou de coma, então é conforto do doente, e aí a atenção também fica muito voltada para o cuidador. Olhar para o cuidador, ver a questão do familiar, o que você vai precisar orientar, dizer que aquele óbito pode acontecer a qualquer momento[...].” (entrevista B).

“Assim, os pacientes mais graves são sempre prioridade para mim. Os que estão apresentando algum desconforto quando eu recebo a passagem do plantão. Como estou aqui todos os dias isso me ajuda, porque eu já conheço os pacientes. Então, se eu fui embora ontem sabendo que um

paciente não estava bem, quando chego no dia seguinte tão logo procuro saber da sua condição, como foi a noite dele. Se eu não tiver nenhum paciente mais grave, como sangramento ou em cuidados ao fim da vida, eu já vou vê-lo” (entrevista E).

4.1.b- Articulando estratégias para a promoção do conforto

O objetivo maior da assistência de enfermagem na atenção paliativa, independente da modalidade de atendimento, é a promoção do conforto. Para alcançá-lo o enfermeiro busca valorizar as múltiplas dimensões do ser humano, implementando estratégias que facilitem o reconhecimento da realidade, em prol do atendimento individualizado. Desta forma, conforme evidenciado nos depoimentos que seguem, são importantes: a avaliação, o diálogo, o conhecimento técnico-científico, a sensibilidade, a solicitude e a empatia em busca do que pode ser feito de melhor.

“[...] como eu já conheço os pacientes também fica mais fácil. Você tem que ter um embasamento teórico, tem que saber se o paciente tem metástase pulmonar, é preciso estar atento, mesmo se essa metástase não esteja descrita no prontuário. Ou então, se o paciente tem metástase para o sistema nervoso central e está vomitando, não está melhorando, tenho que desconfiar. Eu tenho que ter o raciocínio clínico para saber antecipar a gravidade do caso, para que eu possa estabelecer as prioridades” (entrevista E).

“[...] vemos a angústia da família, a angústia do paciente e a nossa diante dessa situação de difícil controle. Eu sou diarista e vejo que hoje uma paciente está conversando, porque aqui é assim, e depois ela já apresenta uma queda do estado clínico, e o sintoma está mais acentuado, e você fica numa situação, porque você quer ajudar, mas não sabe o que fazer. Nessas horas é importante ter a psicóloga por perto. Se ele evoluir o óbito, ah e os familiares... às vezes o paciente tem filhos... Aqui a psicóloga atende depois do óbito também, trabalhando o luto. Nós temos casos de pacientes que faleceram jovens com bebês, e quando é bebê nós abrimos exceção na visita

para que ele seja trazido a tempo. Deixamos junto da mãe” (entrevista D).

4.1.c- Atuando na ocorrência do óbito

Diante da piora do quadro clínico da pessoa há possibilidade de ocorrência do óbito, o que muitas vezes, pode representar um alívio do sofrimento vivido até então por todos os envolvidos. Este componente trata da atuação do enfermeiro no momento do óbito, tal como evidenciado nos depoimentos a seguir.

“Nós enfermeiros, constatamos o óbito, quando o técnico solicita, através da ausculta, do exame ocular. Preparamos o corpo [...]” (entrevista D).

“No caso de uma convulsão, uma dispnéia, sangramento, ou nos casos de falecimento que preciso fechar o prontuário, os técnicos de enfermagem me sinalizam. Até achei engraçado um dia, uma técnica de enfermagem, sabendo como eu sou, que gosto de saber de tudo o que acontece nas enfermarias, me ligou para dizer que eu precisava chamar o operacional, que é o nosso maqueiro. Nesse caso, ela já tinha preparado o corpo, estava tudo direitinho, só que eu havia descido para ver outro paciente, aí com isso, eu estava escrevendo no posto de enfermagem, quando ela me ligou” (entrevista A).

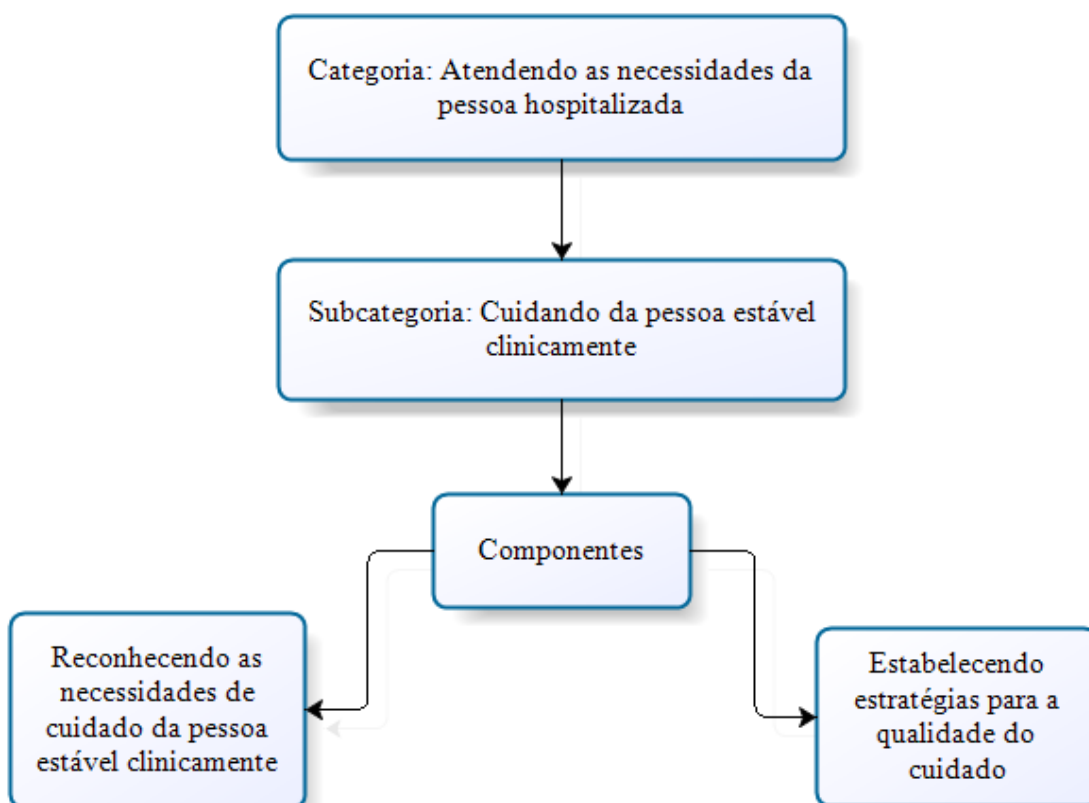
“[...] porque às vezes o paciente está em coma, e o sofrimento é maior para a família, então, acho bom ele ter descansado. Ou então, às vezes eu penso: “_ Caramba, o paciente não morre”. Isso eu não sei se é ruim, mas às vezes isso tem uma conotação de humor, que eu vejo que é a minha reserva para lidar com isso, com a minha estabilidade, para eu não sofrer emocionalmente” (entrevista E).

4.2- SUBCATEGORIA 02: Cuidando da pessoa estável clinicamente

Esta subcategoria evidencia a forma de organização e planejamento do cuidado pelos enfermeiros para atender as necessidades de cuidado das pessoas que apresentam uma condição clínica estável, apesar da gravidade relacionada à doença oncológica avançada. Esta pessoa tende a receber alta diante da melhora da condição clínica que demandou a internação.

Os componentes desta subcategoria são: *reconhecendo as necessidades de cuidado da pessoa estável clinicamente; estabelecendo estratégias para a qualidade do cuidado*; conforme exposto no Diagrama 14.

DIAGRAMA 14: SUBCATEGORIA – CUIDANDO DA PESSOA ESTÁVEL CLINICAMENTE



Todos os componentes da subcategoria e seus respectivos códigos preliminares são apresentados no Quadro 12.

Quadro 12: Cuidando da pessoa estável clinicamente

CÓDIGOS PRELIMINARES	COMPONENTES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Conversando com a pessoa hospitalizada; - Observando se a pessoa está triste, agitada ou angustiada; - Reconhecendo que a pessoa que está com quadro clínico estável pode apresentar pavor noturno e medo da morte; - Identificando o apoio psicológico como a principal necessidade de cuidado; - Atendendo a pessoa de forma integral; - Tendo cada pessoa uma situação particular / individual; - Atuando conforme a necessidade das pessoas; - Tentando resolver os problemas apresentados; - Olhando para a pessoa e vendo que ela está angustiada e com medo por meio do seu olhar; - Explicando para a pessoa a necessidade de algum procedimento, como por exemplo, a gastrostomia, para promoção do conforto. 	<p>Reconhecendo as necessidades de cuidado da pessoa estável clinicamente</p>	<p>Cuidando da pessoa estável clinicamente</p>	<p>Atendendo as necessidades da pessoa hospitalizada</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Negando que a pessoa que é vista pouco pelo enfermeiro não está sendo cuidada adequadamente; - Podendo não estar presente a toda hora; - Avaliando as possibilidades de conduta da enfermagem para o atendimento das necessidades e controle de sintomas; - Segurando a mão da pessoa; - Ouvindo; - Oferecendo ajuda à pessoa; - Estando ao lado da pessoa, mas não sendo seu familiar ou um ente querido, porque quando finaliza o plantão enfermeiro vai embora; - Percebendo nos gestos e na fala a satisfação da pessoa pelo cuidado prestado; - Promovendo qualidade de vida à pessoa; - Observando que a pessoa muda a sua concepção sobre a atenção paliativa ao passar do tempo, a partir do estabelecimento de vínculos e da forma de abordagem. 	<p>Estabelecendo estratégias para a qualidade do cuidado</p>	<p>Cuidando da pessoa estável clinicamente</p>	<p>Atendendo as necessidades da pessoa hospitalizada</p>
--	---	---	--

4.2.a- Reconhecendo as necessidades de cuidado da pessoa estável clinicamente

Dentre as principais necessidades de cuidado da pessoa com quadro clínico estável os enfermeiros ressaltam as questões psicológicas e emocionais, que se expressam pelo medo, angústia, pavor noturno e solidão. Seguem depoimentos.

“[...] converso, converso. Às vezes a gente fica um tempão, e pensa: nossa já são dez horas da noite e eu estou em um único andar. Se no dia não dá para fazer isso, acaba refletindo na noite. As necessidades sociais são mais evidentes nos casos de falecimento, isso pensando no plantão noturno. De dia, as demandas são maiores, e os casos são encaminhados para a assistente social do andar. A necessidade psicológica à noite é marcada pelo pavor noturno. Até mesmo aqueles que a gente pensa que estão, entre aspas, basais podem ter o pavor noturno e medo da morte, e a gente procura estar ali conversando. No meu último plantão foi assim. Eu conversei com uma paciente que estava com medo, estava sozinha, sem cuidador. Ai eu falei: “_ Não, você não está sozinha. Você está primeiramente com Deus e com a gente”. Por isso, que até tinha caído a campanha, e eu fui deixei na mão dela e disse que qualquer coisa era para chamar. Pode não ser eu a estar presente, mas um dos técnicos de enfermagem”. Ai ela ficou mais tranquila” (entrevista A).

“[...] geralmente, como eu trabalho à noite, a ansiedade e o medo da morte são os principais problemas apresentados. A grande maioria dos pacientes com câncer avançado, principalmente à noite, apresenta o terror noturno, além da própria ansiedade da família, conforme a condição clínica do doente, principalmente quando vai se agravando [...]” (entrevista G).

“[...] procuro explicar para o paciente a necessidade de algum procedimento, como por exemplo, a gastrostomia, porque precisa e pode chegar o momento em que ele não vai conseguir comer nada, ou que não vai conseguir respirar mais. E ai ele fica com aquele olho, que não cabe às vezes no rosto, e ai é complicada essa admissão. Além dos mil papéis que a gente precisa preencher, é um pouco complicado, porque eles pensam que vão internar para morrer, ou para fazer alguma coisa para ficar pior” (entrevista B).

4.2.b- Estabelecendo estratégias para a qualidade do cuidado

Diante dos problemas que vão além do aspecto físico, o enfermeiro busca dedicar atenção à pessoa, embora tenha que em alguns momentos, estabelecer prioridades no que diz respeito ao controle de sintomas físicos, diante de alguma intercorrência clínica. Porém, tratam de demandas de cuidado tão importantes quanto, sendo reconhecidas pelos enfermeiros, que estabelecem o diálogo como estratégia para tranquilizar a pessoa e seu cuidador, em especial, no caso do pavor noturno. É por meio do diálogo também, e do trabalho em equipe, que o enfermeiro busca estabelecer vínculos e empatia com a pessoa, que é transferida para o HC-IV com o estigma do lugar para a morte. Seguem depoimentos.

“Nossos pacientes vem muito apavorados, porque vem das outras unidades com a ideia de que a transferência para o cuidado paliativo está acontecendo porque não tem mais jeito, e daí o médico vai a casa. Então, o paciente já chega assustado, e os familiares também. Mas com o tempo e trabalho da equipe multidisciplinar, composta pela médica, o enfermeiro, a nutricionista, a psicóloga, a assistente social... Todos conversam pela manhã na passagem leito a leito dos pacientes, conversando com os mesmos e com seus familiares, e aí, eles falam: “_ Nossa, é diferente, vocês são diferentes. A gente ficou pensando que era outra coisa, porque o doutor lá disse que eu não tinha mais jeito, mas aqui vocês conversam, pegam na minha mão, tocam na minha cabeça”. Acaba que eles passam a ter outra visão daquela que foi passada antes. Então, o paciente chega triste. Nós temos um controle, e eu como enfermeiro observo se ele está triste, se está agitado, se está angustiado ou ansioso, conforme essa minha percepção, eu já vou atuando para melhorar isso[...]” (entrevista D).

“Primeiro eu tento fazer o que eu, enquanto enfermeira e enquanto pessoa, ser humano, posso para ajudar no conforto emocional. De estar ali, de conversar, de ver o que a gente pode fazer para fortalecer os laços familiares, da pessoa, e depois ir atrás do que realmente a gente pode

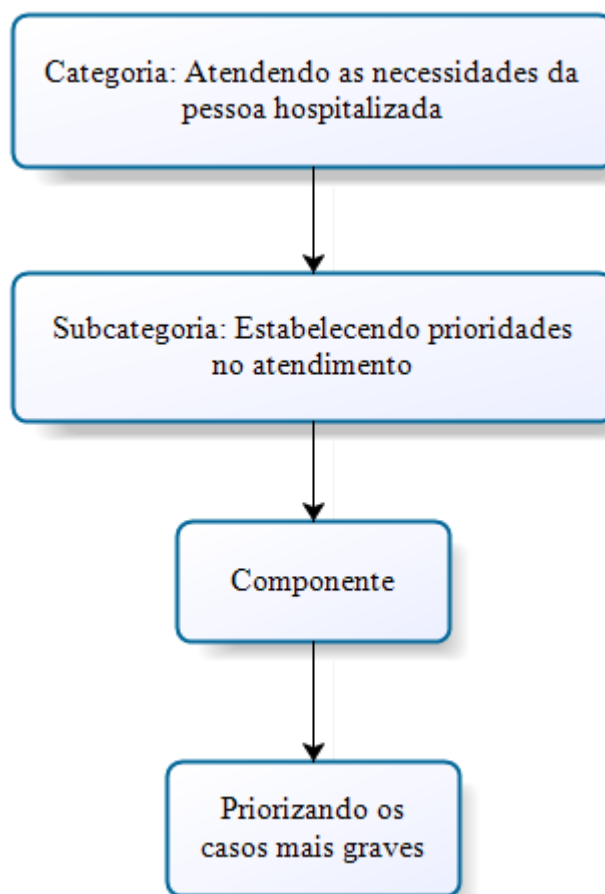
fazer para ajudar. Porque não adianta muito ela querer a filha e estar eu ao lado dela. Eu não sou filha. Vai dar sete horas da noite e eu estarei indo embora, entendeu? Nós enquanto enfermeiras podemos conversar com a família se estiver presente, ou tentar entrar em contato com a mesma. E também falar com os outros profissionais, como o assistente social, a psicóloga, que podem estar envolvidos nisso. E a gente enquanto equipe, gerenciar essa questão. Por exemplo, no caso desta paciente, as filhas vieram agora, e ela está bem melhor, porque as filhas estão aí. Já teve reunião com as filhas, a gente já orientou o que vai fazer em casa, o que não vai. Então, além de você estar do lado, você tem que providenciar que esse cuidado possa ser feito em casa, mesmo que isso não aconteça” (entrevista B).

4.3- SUBCATEGORIA 03: Estabelecendo prioridades no atendimento

Esta subcategoria abrange as prioridades de atendimento ao gerenciar o cuidado de enfermagem no contexto da internação hospitalar traçadas pelo enfermeiro ao fazer o diagnóstico situacional, seja durante o recebimento do plantão ou durante a passagem da visita leito a leito. O estabelecimento das prioridades busca manter a ordem e a organização, favorecendo a exequibilidade dos planos de cuidados conforme demandas específicas.

O componente desta subcategoria é: *priorizando os casos mais graves*, conforme exposto no Diagrama 15.

DIAGRAMA 15: SUBCATEGORIA – ESTABELECENDO PRIORIDADES NO ATENDIMENTO



O componente da subcategoria e seus respectivos códigos preliminares são apresentados no Quadro 13.

Quadro 13: Estabelecendo prioridades no atendimento

CÓDIGOS PRELIMINARES	COMPONENTES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
- Traçando as prioridades de atendimento durante o recebimento do plantão ou na visita leito a leito;	Priorizando os casos mais graves	Estabelecendo prioridades no atendimento	Atendendo as necessidades da pessoa hospitalizada

<ul style="list-style-type: none"> - Priorizando qual pessoa requer maior atenção e atuação do enfermeiro; - Priorizando as pessoas que estão no sofrimento da morte, prestes a falecer, promovendo conforto; - Atendendo em seguida a pessoa que apresentou alguma intercorrência durante o dia/noite; - Estabelecendo as prioridades sem deixar de fazer as coisas básicas; - Gerenciando o cuidado dentro do que é prioritário para a pessoa hospitalizada; - Estabelecendo prioridades a partir do que é verbalizado pela pessoa ou cuidador; - Tendo na atenção paliativa a dor como prioridade; - Sendo prioridade na atenção paliativa a promoção do conforto; - Priorizando as pessoas que estão com o curativo mais sujo; - Tendo que ter conhecimento e capacidade de raciocínio clínico para saber antecipar a gravidade do caso, para que assim possa estabelecer as prioridades. 	<p>Priorizando os casos mais graves (continuação)</p>	<p>Estabelecendo prioridades no atendimento</p>	<p>Atendendo as necessidades da pessoa hospitalizada</p>
---	--	--	--

4.3.a- Priorizando os casos mais graves

No estabelecimento das prioridades os enfermeiros buscam atentar para os casos mais graves, em especial, o atendimento das pessoas que estão em processo de morrer, bem como dispensando atenção ao cuidador, conforme evidenciado a seguir.

*“[...] e a gente tem que pensar melhor e priorizar qual o paciente que requer maior atenção e atuação, e gerenciando esse cuidado da melhor maneira possível. Mas isso não quer dizer que o paciente que estou vendo pouco eu não vou cuidar dele direito, mas aqueles que precisam, principalmente aqueles que estão no sofrimento da morte, prestes a falecer, procuro estar ali gerenciando aquele cuidado melhor, dando conforto àquele paciente”.
“[...] a ordem de prioridade, então, é o falecimento, em seguida vem o paciente que veio a ter uma dispnéia ou qualquer outra intercorrência. O paciente que está tranquilo eu vou vê-lo, mas não vou ter aquela preocupação de estar ali, até mesmo porque não vai dar para eu estar ali a toda hora. Mas assim, nesse caso eu busco o apoio dos meus técnicos” (entrevista A).*

“Durante a visita de enfermagem ou mesmo durante a passagem de plantão, a gente já começa a traçar as prioridades, e aí sim você vai gerenciar o seu cuidado, não deixando de fazer as coisas básicas, mas fazendo o seu gerenciamento dentro do que é prioritário para aquele doente. Se o paciente fez na noite anterior quatro resgates de medicação analgésica, então eu sei que o foco no meu gerenciamento do cuidado será na questão da dor. O que eu posso estar fazendo como enfermeira para melhorar essa dor, para não ser simplesmente a administração de medicação? Esse final de semana atendi um paciente que pedia não sei quantos resgates, e num momento, após ter acabado de fazer um resgate e já querendo outro, sentei ao seu lado e falei: “_Vamos lá, vamos fazer um relaxamento, pensar em outras coisas, ver a televisão, vamos conversar”. O paciente depois disso ficou três horas sem pedir o resgate” (entrevista B).

“[...] é a gravidade de cada caso que me auxilia no estabelecimento da prioridade, do estado clínico do paciente, do que ele está precisando naquele momento” (entrevista E).

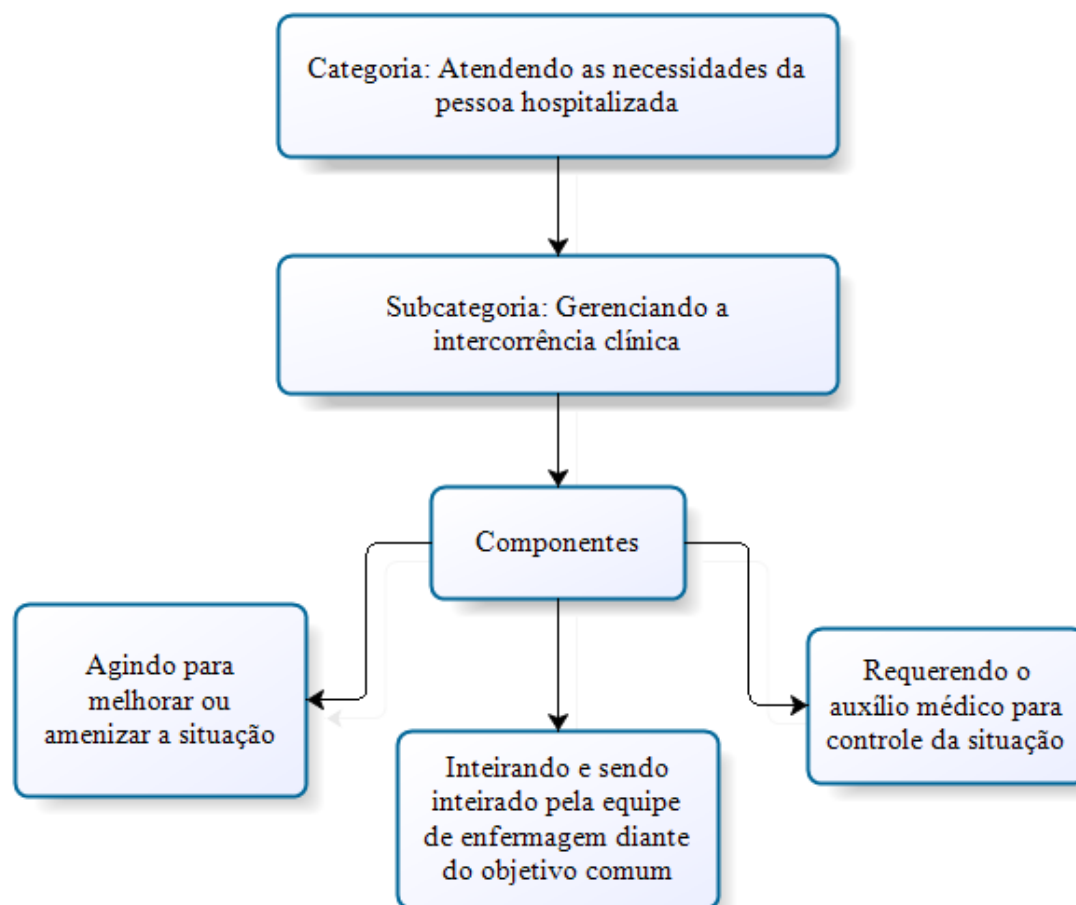
4.4- SUBCATEGORIA 04: Gerenciando a intercorrência clínica

Esta subcategoria abrange o pensar e o fazer do enfermeiro diante das principais intercorrências clínicas no contexto da internação hospitalar, a partir do direcionamento das ações e utilização das ferramentas de cuidado, bem como do trabalho em equipe, a fim de restabelecer a ordem e atuar em tempo hábil no que concerne à manutenção do conforto e dignidade da pessoa. Alguns problemas são evidenciados, principalmente no que diz respeito ao atendimento médico, que pode ser demorado diante da sobrecarga do serviço no seu setor de origem, ou seja, a emergência.

Outro destaque refere-se à interdependência do enfermeiro com a equipe técnica, o que torna os técnicos de enfermagem elementos fundamentais no gerenciamento do cuidado de enfermagem.

Os componentes desta subcategoria são: *agindo para melhorar ou amenizar a situação; inteirando e sendo inteirado pela equipe de enfermagem diante do objetivo comum; requerendo o auxílio médico para controle da situação*, conforme exposto no Diagrama 16.

DIAGRAMA 16: SUBCATEGORIA – GERENCIANDO A INTERCORRÊNCIA CLÍNICA



Todos os componentes da subcategoria e seus respectivos códigos preliminares são apresentados no Quadro 14.

Quadro 14: Gerenciando a intercorrência clínica

CÓDIGOS PRELIMINARES	COMPONENTES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Avaliando a situação; - Requerendo muito cuidado, já que a intercorrência clínica pode levar à morte; - Avaliando a condição 	Agindo para melhorar ou amenizar a situação	Gerenciando a intercorrência clínica	Atendendo as necessidades da pessoa hospitalizada

<p>clínica da pessoa;</p> <ul style="list-style-type: none">- Sabendo o que fazer pela vivência do dia-a-dia;- Administrando a medicação SOS no caso de dor, conforme prescrição médica;- Administrando a medicação prescrita para controle do sintoma específico, como no caso de uma intercorrência clínica prevista, como agitação e sangramento;- Solicitando à rouparia roupa de cama azul ou cinza no caso de sangramento, para diminuir o impacto e o susto causado pela cor vermelha do sangue;- Fazendo o que pode enquanto enfermeiro;- Implementando medidas não-farmacológicas para controle da situação, como por exemplo, utilização de ventiladores no caso de insuficiência respiratória;- Não podendo administrar a medicação que não está prescrita;- Administrando uma dose baixa de morfina no caso da dispnéia até que o médico chegue;- Fazendo o diazepam no caso de convulsão;			
--	--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> - Sinalizando para o cuidador e para a pessoa, à pedido médico, que o atendimento médico vai demorar um pouco; - Explicando a situação ao cuidador; - Administrando algumas medicações por meio da prescrição verbal pelo médico da emergência; - Tentando confortar a pessoa e o cuidador; - Sendo as intercorrências imprevisíveis as piores; - Relatando que, em sua maioria, a intercorrência acontece no pior horário, ou seja, depois das 17 horas, no final do plantão; - Podendo ter mais de uma intercorrência no andar na mesma hora; - Podendo a medicação necessária não estar disponível no posto; - Ficando, às vezes, sem ter o que fazer até que o médico venha da emergência e avalie o caso; - Avaliando se o sintoma melhorou; - Registrando no prontuário ou no livro de ordens e ocorrências o que foi administrado, conforme solicitação do médico, seguido do 	<p>Agindo para melhorar ou amenizar a situação (continuação)</p>	<p>Gerenciando a intercorrência clínica</p>	<p>Atendendo as necessidades da pessoa hospitalizada e</p>
--	---	--	--

nome do mesmo.			
<ul style="list-style-type: none"> - Sendo o enfermeiro chamado pela equipe técnica de enfermagem diante de uma intercorrência clínica; - Recebendo o caso pelo técnico de enfermagem; - Direcionando as ações de enfermagem que precisam ser feitas para aliviar o desconforto. 	<p>Inteirando e sendo interado pela equipe de enfermagem diante do objetivo comum</p>	<p>Gerenciando a intercorrência clínica</p>	<p>Atendendo as necessidades da pessoa hospitalizada</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Tendo suporte do médico que passa a visita no andar até o meio dia; - Tendo que acionar o médico do plantão na emergência via telefone para avaliar o sintoma, caso não haja nada prescrito; - Sendo o contato com o médico, às vezes, um pouco difícil; - Acionando o médico de plantão na emergência na iminência de morte, para que possa estar conversando com o cuidador; - Passando o caso para o médico; - Podendo o auxílio do plantonista médico demorar quando a emergência está sobrecarregada; - Sendo exigência da direção médica que o médico venha no andar 	<p>Requerendo o auxílio médico para controle da situação</p>		

avaliar a situação; - Solicitando que o médico prescreva a medicação que foi feita pela enfermagem na hora do sangramento por contato telefônico; - Faltando respaldo para o enfermeiro quando o médico não prescreve o que foi passado pelo telefone.	<p style="text-align: center;">Requerendo o auxílio médico para controle da situação (continuação)</p>	<p style="text-align: center;">Gerenciando a intercorrência clínica</p>	<p style="text-align: center;">Atendendo as necessidades da pessoa hospitalizada</p>
--	---	--	--

4.4.a- Agindo para melhorar ou amenizar a situação

Neste componente os enfermeiros destacam ações para melhorar ou amenizar a situação, que algumas vezes, pode ser previsível, contando neste caso com a experiência do dia-a-dia do profissional. Nesse contexto de atuação é relevante a autonomia do profissional enfermeiro, desde que o mesmo tenha conhecimento técnico-científico, articulando-se com o profissional médico, principalmente, diante das intercorrências imprevisíveis. Seguem depoimentos.

“[...] no caso da intercorrência clínica vou à prescrição, vejo se está prescrita alguma medicação, algum SOS, ou se não estiver, aciono o plantão. Nesse intervalo, se for um sangramento já vou providenciando gelo, vou posicionando o paciente, vendo se tem acesso venoso pérvio” (entrevista G).

“[...] eu vou observar, fazer a avaliação, ver a condição clínica do paciente. Se a informação chega pelo familiar, eu vou lá, observo o sintoma, saber o que é para direcionar as ações de enfermagem que precisam ser feitas para aliviar o desconforto. Vejo se tem alguma medicação na prescrição médica. O médico que passa a visita fica no andar até ao meio dia, mas à tarde entro em contato com o médico da emergência. Daí, ligo para o médico e passo o caso [...]” (entrevista D).

“Eu me considero uma pessoa que tem muita autonomia. Como sempre tive muita autonomia, sempre busquei muito conhecimento. E pela vivência do dia-a-dia, você sabe se o paciente está com dispnéia vai precisar fazer morfina, se está com sangramento você vai fazer isso, tem coisas que você já sabe o que vai fazer. Enfim, se não tiver prescrito SOS, erroneamente às vezes, o que depende muito da equipe, do médico [...] Se for um paciente com dispnéia, mas que não está em uso de morfina, mas eu sei que a morfina vai melhorar o seu quadro, então, às vezes, já me adianto com uma dose baixa, e ligo para o médico só para confirmar o quanto estou fazendo. Se for uma convulsão, geralmente, a gente já faz o diazepam. Mas às vezes não, e fico empacada porque tenho que esperar o médico da emergência subir, e avaliar. Institucionalmente, você não pode fazer o medicamento que não está prescrito, mas se o paciente está convulsionando e não tem médico perto, você vai fazer o diazepam, você sabe que tem que fazer aquilo. E o próprio médico da emergência, quando você liga, já fala para fazer o diazepam que ele já está subindo [...]” (entrevista E).

4.4.b- Inteirando e sendo inteirado pela equipe de enfermagem diante do objetivo comum

O trabalho com os membros da equipe de enfermagem desenvolve-se por meio da interação e interdependência, principalmente, nos dias em que o enfermeiro gerencia dois andares da internação. Logo, em alguns momentos, a informação da ocorrência da intercorrência clínica é passada ao enfermeiro pelo técnico de enfermagem, e a partir de então, as condutas são direcionadas pelo primeiro, tendo o objetivo comum de restabelecer a ordem e melhorar a situação de desconforto da pessoa e do seu cuidador, o que pode ser observado no depoimento que segue.

“[...] depois da visita leito a leito eu solicito à equipe que esteja atenta e que me chame sempre que necessário. Qualquer procedimento sou eu que vou fazer, eles sabem. Tem que chamar a enfermeira. Eles sabem, aconteceu

alguma coisa tem que avisar a enfermeira [...] E até mesmo na hora do descanso, eu falo, olha gente qualquer coisa que aconteça tem que me chamar. Teve um plantão que um paciente queria fugir, aí eu fui acionada pelos técnicos, estava na hora do descanso, fui lá conversei com o paciente e ele tranquilizou. Ou até mesmo no óbito, eles me chamam, para tudo. Para não perder também o controle da situação. Eu sei que a sobrecarga é grande, mas a gente tem que trabalhar assim. Se fosse um ou dois enfermeiros por andar, ficaria mais tranquilo, até mesmo para você poder fazer uma hora de descanso mais tranquila” (entrevista A).

4.4.c- Requerendo o auxílio médico para controle da situação

A dinâmica do atendimento médico da internação hospitalar acontece no período da manhã, quando os médicos visitantes passam a visita leito a leito nos respectivos andares e realizam a prescrição de medicamentos, ficando até o meio dia. Algumas intercorrências clínicas podem ser previsíveis, e então, são deixadas na prescrição as medicações SOS, ou seja, aquelas que são administradas no momento necessário. É na ausência desta medicação SOS que, muitas vezes, o enfermeiro precisa acionar o médico de plantão da emergência, ou diante do descontrole da situação, sem o efeito desejado da medicação SOS, bem como diante da ansiedade do cuidador na iminência de morte.

Os enfermeiros realizam o contato com o médico de plantão da emergência por meio do telefone. Porém, a vinda do médico até o andar pode ser um pouco demorada, diante da sua sobrecarga no setor de origem, podendo até mesmo não comparecer, conforme pode ser evidenciado nos depoimentos a seguir.

“[...] acabo ligando para a emergência [...] Mas ele às vezes não sobe. E às vezes falta respaldo para mim, porque eu escrevo no prontuário ou no livro: administrado tantas miligramas de diazepam venoso,

conforme solicitação do médico, e escrevo o nome dele. E às vezes ele não sobe, ou então ele demora. Mas a minha parte eu fiz. Eu acho que falta compromisso. Eu estou aqui com o paciente e vou fazer o que eu puder para ele, se o médico não vem, eu não vou ficar atrás, a não ser que seja um médico que eu goste muito, que seja um médico que eu já trabalho, que está comigo no dia seguinte. E aí no dia seguinte eu vou sinalizar para ele não se esquecer de prescrever isso. Depende muito da equipe [...] (entrevista E).

“[...] quando a equipe me passa algum caso, por exemplo, se um acompanhante está totalmente alheio ao que está acontecendo, ou em processo de negação, e aí eles dizem que este acompanhante está ‘fora da casinha’. Nesse caso, geralmente quando passo a visita, eu levanto este problema e tento conversar, ou então, pelo fato de o acompanhante estar solicitando muito, a equipe me sinaliza o problema. E quando eu percebo que não estou conseguindo resolver eu chamo o plantonista médico” (entrevista G).

“[...] o contato com o médico da emergência é um pouco difícil, porque a partir de meio dia, ele pode estar ocupado no seu setor, no meio de algum procedimento. Quando faço contato por telefone, já fico sabendo da situação. Então eu venho dou a satisfação para a família, eles gostam disso. Explico o que está acontecendo [...] a direção geral exige que o médico venha avaliar a situação. Mas, um exemplo, na dispnéia, vou implementado as medidas não farmacológicas para promover conforto ao paciente. Mas no caso de um sangramento, a gente já faz a medicação, mesmo que não esteja na prescrição, porque pode ser o primeiro episódio. Nesse caso, ao subir, ele prescreve a medicação. Nos casos de sangramento contínuo, temos um trabalho muito bom aqui, que eu acho bonito. Então, eu observo e solicito à rouparia a roupa azul ou cinza, para diminuir o impacto e o susto com a cor vermelha do sangue. Isso deixa a pessoa mais tranquila” (entrevista D).

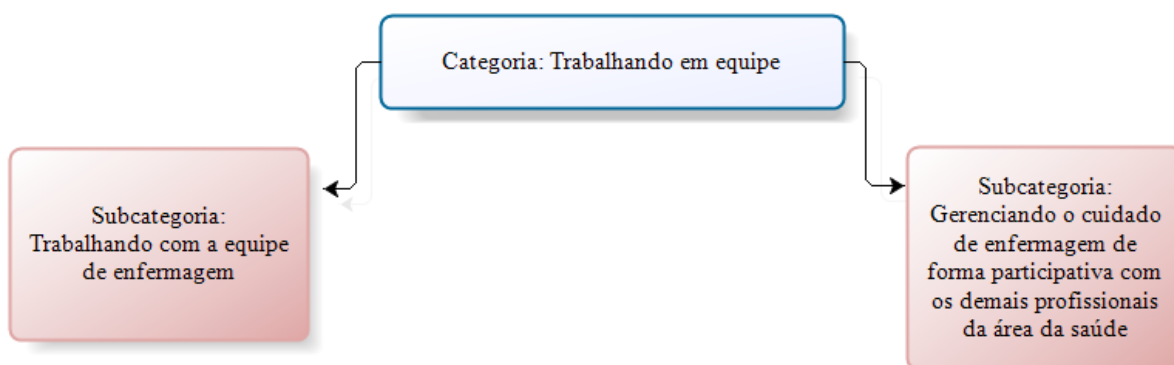
“[...] e pode ter mais de uma intercorrência na mesma hora, e sempre depois das 17 horas, final de plantão. Por isso, às 17 horas você tem que estar com tudo pronto, porque se não estiver vai se enrolar, porque é quando tudo começa a acontecer, quando todos os diaristas já foram embora, e passa a ser só você para dois andares, e um médico na emergência para os quatro andares. É quando tudo começa a acontecer [...] as intercorrências imprevisíveis são as piores. Porque é quando você

realmente precisa do profissional médico, no caso do sangramento, no caso de uma dor aguda, no caso de uma agitação psicomotora, em que às vezes, a contenção não é o que vai melhorar, ou no caso de intoxicação por opióide. Você precisa de um médico ali. Ou quando é alguma intercorrência psicológica nesses piores horários, aí não tem jeito, fica difícil, é você que vai ter que ser o enfermeiro e o psicólogo, para tentar dar um suporte. Mas na questão clínica você precisa de um médico ao seu lado, e aí a dificuldade, não por culpa deles, mas porque realmente tem esse déficit relacionado com os recursos humanos” (entrevista B).

CATEGORIA 05: TRABALHANDO EM EQUIPE

A categoria **Trabalhando em equipe** é constituída por duas subcategorias: 1) **Trabalhando com a equipe de enfermagem**; 2) **Gerenciando o cuidado de enfermagem de forma participativa com os demais profissionais da área da saúde**.

DIAGRAMA 17: TRABALHANDO EM EQUIPE



A categoria **Trabalhando em equipe**, conforme representação do Diagrama 17, abrange a necessária interação entre os membros da equipe para o atendimento integral das necessidades de cuidado da pessoa e do cuidador, indo ao encontro da perspectiva

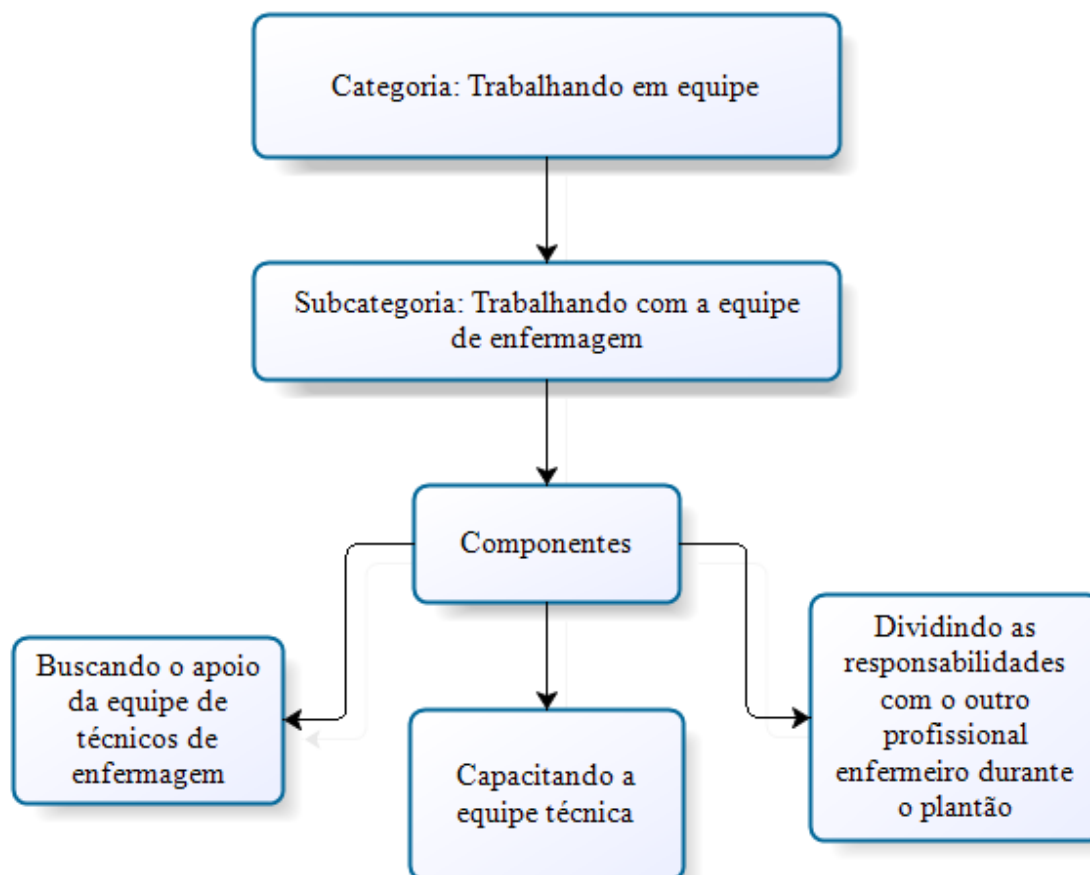
do pensamento complexo. Esta categoria fica bem evidenciada por meio das suas subcategorias e respectivos códigos preliminares e componentes, que serão apresentados a seguir.

5.1- SUBCATEGORIA 01: Trabalhando com a equipe de enfermagem

Esta subcategoria abrange a interdependência do enfermeiro e demais membros da equipe de enfermagem, numa forma de compartilhar a grande demanda de trabalho e responsabilidades, e desenvolver o trabalho em equipe propriamente dito. A delegação de funções à equipe técnica é operacionalizada por meio da confecção diária do plano de cuidados de enfermagem e da prescrição de enfermagem, e a escala diária de distribuição dos técnicos nos andares pode variar de acordo com as demandas de trabalho de cada um deles, já que em alguns dias, pode-se contar com o técnico de enfermagem que complementa carga horária.

Os componentes desta subcategoria são: *buscando o apoio da equipe de técnicos de enfermagem; capacitando a equipe técnica; dividindo as responsabilidades com o outro profissional enfermeiro durante o plantão*, conforme exposto no Diagrama 18.

DIAGRAMA 18: SUBCATEGORIA – TRABALHANDO COM A EQUIPE DE ENFERMAGEM



Todos os componentes da subcategoria e seus respectivos códigos preliminares são apresentados no Quadro 15.

Quadro 15: Trabalhando com a equipe de enfermagem

CÓDIGOS PRELIMINARES	COMPONENTES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Contando com a equipe técnica de enfermagem; - Comunicando-se com a equipe técnica; - Orientando a equipe de enfermagem para 	Buscando o apoio da equipe de técnicos de enfermagem	Trabalhando com a equipe de enfermagem	Trabalhando em equipe

<p>manter contato em caso de intercorrência no andar, quando o enfermeiro fica responsável por dois andares;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tendo que trabalhar assim devido à sobrecarga de trabalho; - Relatando que gosta de saber de tudo o que está acontecendo na enfermaria para não perder o controle da situação; - Confiando na equipe técnica; - Tendo técnicos de enfermagem muito competentes; - Recebendo ajuda dos técnicos na realização dos cuidados; - Não tendo conflito com a equipe técnica; - Estando a equipe técnica acostumada a trabalhar com esse perfil de pessoas; - Cobrando que os técnicos estejam atentos para os problemas; - Delegando funções relativas ao cuidado aos técnicos de enfermagem, como no caso do curativo das úlceras por pressão, após avaliação; - Solicitando atenção por parte da equipe técnica aos casos mais graves; 	<p>Buscando o apoio da equipe de técnicos de enfermagem (continuação)</p>	<p>Trabalhando com a equipe de enfermagem</p>	<p>Trabalhando em equipe</p>
---	--	--	------------------------------

<ul style="list-style-type: none"> - Supervisionando a equipe técnica; - Ajudando os técnicos de enfermagem nas suas atribuições, quando os mesmos estão ocupados; - Preservando as atividades que são privativas do enfermeiro; - Sinalizando os cuidados a serem prestados pela equipe por meio da prescrição de enfermagem; - Realizando a escala diária; - Buscando que é melhor para a equipe de enfermagem. 		Trabalhando com a equipe de enfermagem	Trabalhando em equipe
<ul style="list-style-type: none"> - Treinando a equipe técnica conforme necessidade; - Sendo o treinamento atribuição mais frequente da educação continuada; - Treinando mais por causa do processo de acreditação hospitalar; - Sendo a equipe avaliada pela chefia do andar; - Sendo foco do treinamento a implementação da sistematização da assistência de enfermagem (SAE); - Percebendo no início a dificuldade da equipe técnica em aceitar a SAE; 	Capacitando a equipe técnica		

<p>- Demonstrando a satisfação com o resultado positivo, diante do processo de implantação da SAE.</p>			
<p>- Trabalhando em conjunto com a enfermeira plantonista;</p> <p>- Não diferenciando quem é o enfermeiro da burocracia e quem é o da assistência;</p> <p>- Dividindo os cuidados, principalmente referentes às trocas dos curativos das feridas tumorais;</p> <p>- Tendo o enfermeiro diarista de segunda a sexta-feira;</p> <p>- Ficando o enfermeiro diarista menos sobrecarregado com a presença do enfermeiro plantonista, e vice-versa;</p> <p>- Fazendo a escala diária entre o enfermeiro diarista e plantonista de acordo com cada pessoa, ora dividindo a enfermagem, ora dividindo todas as responsabilidades.</p>	<p>Dividindo as responsabilidades com o outro profissional enfermeiro durante o plantão</p>	<p>Trabalhando com a equipe de enfermagem</p>	<p>Trabalhando em equipe</p>

5.1.a- Buscando o apoio da equipe de técnicos de enfermagem

Este componente abrange a forma como o enfermeiro trabalha inserido na equipe, ora com os técnicos de enfermagem, ora com os próprios enfermeiros. A relação

é estabelecida na busca do apoio mútuo, diante da demanda de trabalho diária. Sendo assim, algumas atividades são delegadas para os técnicos de enfermagem, formalizadas por meio do plano de cuidados diário, em sua maioria. Com os enfermeiros há a divisão dos cuidados, em geral, bem como das questões gerenciais que envolvem o processo de trabalho na enfermaria, contudo, a forma de divisão varia de acordo com os próprios enfermeiros. Na maioria das vezes, estão presentes no andar o enfermeiro diarista e o plantonista. Seguem depoimentos dos enfermeiros.

“[...] com o enfermeiro divido os cuidados referentes às trocas dos curativos, principalmente [...]” (entrevista D).

“[...] a gente aqui tem técnicos de enfermagem muito bons, então, eles já chegam para gente e sinalizam os pacientes que não estão bem. Solicitam nossa avaliação, para ver se tem algum medicamento. Ou então, quando tem algum familiar estressado, eles sinalizam para que o enfermeiro faça o encaminhamento para psicologia, quando necessário. Então, eles antecipam as coisas. Eles estão muito atentos para isso, e a gente cobra isso deles também. Mas na verdade nem precisa cobrar, já que é rotina institucional, eles sabem que precisam estar atento a isso. E com o enfermeiro plantonista, eu estou um dia sim e um dia não com o plantonista. Então, com ele fico mais folgada, é o momento que eu respiro, e acabo dividindo o cuidado com ele. Divido, e ai depende da plantonista. Tem plantonista que sabe que todo o andar é de responsabilidade dela também, e não só metade da enfermaria. E tem plantonista que não, que acha que apenas a metade da enfermaria é dela e a outra minha, e ai, eu deixo os colegas muito a vontade, eu estou aqui todos os dias, e a plantonista vai até às 19 horas. Mas eu não gosto de dividir, depende muito do enfermeiro, ou do dia, quando a demanda do andar é muito grande e sei que não vai dar para dar conta, porque tem vários curativos, altas, tem exames, então não vou dar conta de passar visita junto, ai a gente acaba dividindo. E a gente troca as informações de cada lado da enfermaria, de como estão os pacientes, para eu saber, porque eu não vi todos os pacientes. Mas nem sempre isso acontece. Quando não dá não dá. Mas é uma coisa que eu não gosto, porque eu assumo o setor como meu, eu estou ali, eu sou a referência desse paciente, e não estou passando nele hoje,

ele já pode sentir falta, porque é outro profissional ali. Eu gosto de ficar sabendo de tudo” (entrevista E).

“[...] em relação aos técnicos, eles também sabem aceitar as ordens, seguem direitinho as prescrições de enfermagem que a gente faz. Às vezes até a gente preenche alguma coisa errada no nosso plano de cuidados, e eles falam: “_ Olha isso aqui, o paciente não está comendo, você marcou aqui observar a aceitação da dieta? O paciente está em dieta zero, não era para marcar aqui não”. Então, a gente percebe que, a princípio foi uma dificuldade muito grande de aceitação, mais papel, mais papel. Mas hoje, eles já seguem direitinho, tanto que eles sinalizam quando tem alguma coisa errada” (entrevista C).

“A escala dos técnicos é influenciada pela dinâmica da internação hospitalar, porque você pode ter um andar com 14 pacientes, e destes 14, 10 tem um KPS de 60 ou 50%, que é um paciente que relativamente está bem, consegue tomar banho, consegue fazer as suas coisas, que não demanda tanto tempo da enfermagem. E você pode ter um andar com 06 pacientes, em que todos demandam muito cuidado de enfermagem. O paciente com fratura, o paciente com grandes lesões. Eu tenho uma paciente com câncer de mama que você não sabe o que é tórax e o que é lesão, porque a lesão está no tórax inteiro da paciente. E a paciente está com disfagia por conta desta tumoração, porque está comprimindo. Então, são pacientes que demandam muito, não só pelo fato de você estar ali cuidando, mas de você estar ao lado deles, e explicando: “_ Olha, você não pode comer isso, não pode fazer isso”. E aí, vamos preservar, vamos correr atrás de exame, o que vai fazer, o que não vai fazer” (entrevista B).

Este último depoimento explica o principal critério para alocação do técnico de enfermagem que geralmente está complementando carga horária, ou seja, baseado no perfil das pessoas hospitalizadas em cada enfermaria, e respectivas demandas de cuidado. Considerando a Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem, baseada nos sistemas de enfermagem, os níveis de dependência dessas pessoas, de acordo com os quadros clínicos mais instáveis, podem ser classificados como parcialmente

compensatório e, principalmente, como totalmente compensatório, onde há grande dependência da enfermagem (GEORGE, 1993).

Além deste critério, por meio da observação de campo, foi identificada que a outra forma de realização da escala é por meio do critério quantitativo, a fim de manter os andares com número aproximado de profissionais técnicos de enfermagem, ao chegarem para assumir o plantão.

5.1.b- Capacitando a equipe técnica

Segundo depoimento dos enfermeiros, a atividade de capacitação é desenvolvida pelo serviço responsável, ou seja, pela educação continuada, tendo sido intensificada diante do processo de acreditação hospitalar e implantação da sistematização da assistência de enfermagem. Contudo, diante da atividade de supervisão, algumas demandas de treinamento em campo podem ser identificadas pelo enfermeiro. Além suas práticas de supervisão, os enfermeiros mencionam que há também supervisão e avaliação direta pela chefia de enfermagem do andar. Segue depoimento.

“A capacitação vem sendo feita pela educação continuada. Os treinamentos estão sendo feitos, como por exemplo, no caso da administração de medicamentos, principalmente do uso da via subcutânea, do que pode e do que não pode. Isso já vem sendo feito. Outro exemplo é sobre o protocolo da sedação controlada. O dripping de morfina é para ser preparado pelo enfermeiro. Todos os macronebulizadores são trocados diariamente à noite. Para tudo eles estão sendo treinados, o cuidado em si está sendo bem feito. Mas agora, por causa da acreditação hospitalar, eles estão treinando mais [...]. Já identifiquei problemas na forma de realização da higiene corporal do paciente. Eu tive que falar com o próprio técnico de enfermagem, conversei com ele que assim não dá. Ai ele foi, voltou a fazer, e realizou o banho no leito da forma correta. E fui lá para ver e supervisionar. Outra coisa é a

punção, tem que ver. Tem que estar sempre chamando a atenção: olha a punção, olha a punção. Tem que ver se não tem flebite, se precisa ser trocada. A chefia de enfermagem também vem encima da gente, e deles também, então eles já ficam antenados. Não só no exemplo da punção venosa, mas também no caso da punção do scalp subcutâneo [...]. Hoje mesmo aconteceu uma atualização no andar para os técnicos e para a gente também” (entrevista A).

5.1.c- Dividindo as responsabilidades com o outro profissional enfermeiro durante o plantão

Além das atividades assistenciais, os enfermeiros diaristas compartilham com os plantonistas as atividades gerenciais. Porém, a presença do segundo enfermeiro não é uma constante, já que nos finais de semana e feriados estão presentes somente dois plantonistas para os quatro andares da internação. Esta questão será explorada na categoria **Apontando as dificuldades em gerenciar o cuidado de enfermagem**. Seguem depoimentos.

“[...] desenvolvo o trabalho em conjunto com a enfermeira plantonista, porque a gente não se diferencia em que é da burocracia e quem é da assistência, então a gente se mistura nos cuidados. É claro que a parte burocrática fica mais a cargo da enfermeira diarista. A parte da burocracia, da conferência de material, são coisas que ficam a cargo da gente, mas se houver disponibilidade ela também vai fazer, mais a responsabilidade é nossa, de quem é diarista. A gente também tem um link muito grande, a gente divide os pacientes, divide os curativos. E aí, a gente divide os cuidados, a gente também não tem esse tipo de problema, porque todo mundo vai para a assistência. Então, a gente não tem problema em relação a isso” (entrevista C).

“A chefe de enfermagem não deixa que os indicadores sejam somente responsabilidade do diarista, ela sempre pedi para o plantonista fazer também, mas quem acaba

cuidando daquilo de fato é o diarista. Não é uma coisa que me incomode muito, porque eu sei que aquilo dá resultado” (entrevista E).

5.2- SUBCATEGORIA 02: Gerenciando o cuidado de enfermagem de forma participativa com os demais profissionais da área da saúde

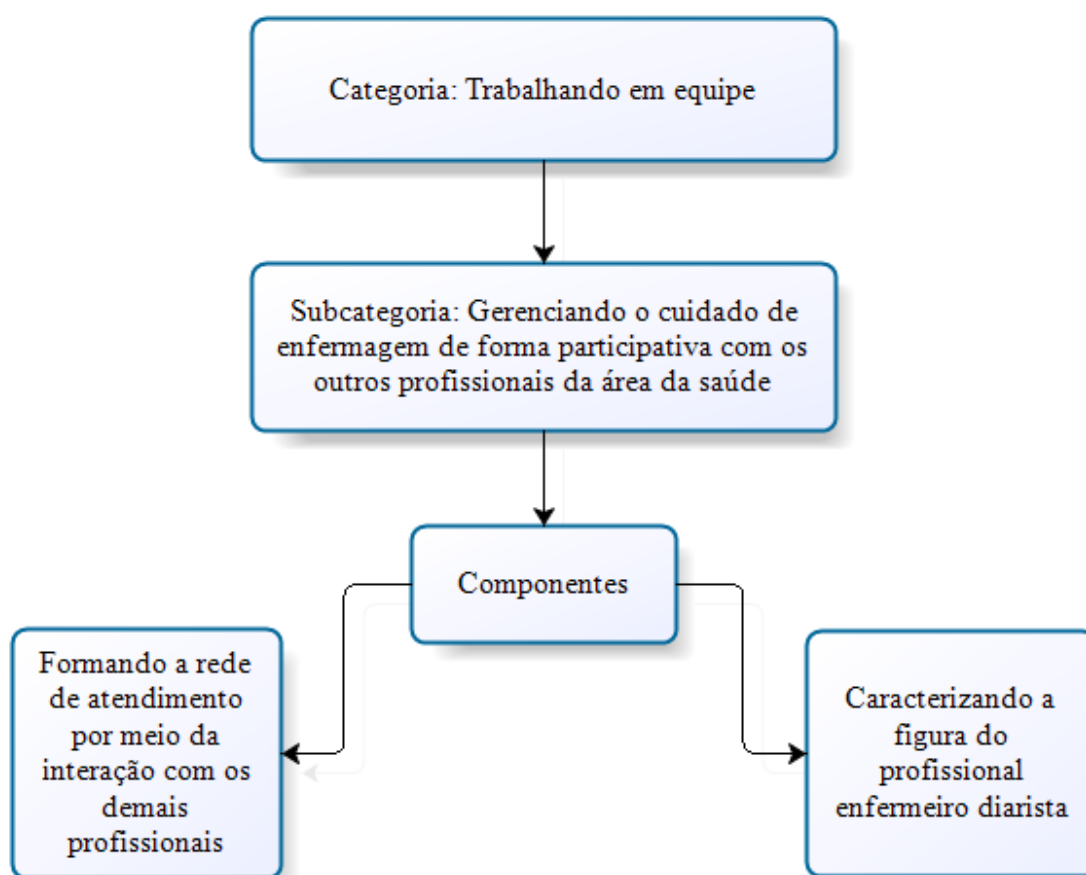
Esta subcategoria abrange a interdependência e interação do enfermeiro com os demais membros da equipe de saúde, composta no HC-IV pelo médico, nutricionista, psicólogo, assistente social e fisioterapeuta, tendo o objetivo comum de atender as múltiplas demandas de cuidado das pessoas e cuidadores. Além dos profissionais do nível superior, esta subcategoria traz a formação da rede pelo enfermeiro com os demais profissionais que exercem funções também necessárias ao gerenciamento do cuidado, como por exemplo, o capelão, o operacional e o voluntário.

Foi identificada que esta interação é prejudicada no serviço noturno, diante da ausência da maioria dos membros da equipe interdisciplinar, quando o enfermeiro acaba assumindo diversas ações em decorrência da demanda, com destaque para o apoio psicológico, o que será exposto na categoria **Apontando as dificuldades em gerenciar o cuidado de enfermagem.**

Além do enfoque no trabalho em equipe, esta subcategoria traz o perfil do profissional enfermeiro inserido na mesma, sendo muitas vezes, o elo de integração com o objetivo de promover a qualidade da assistência prestada, a favor da integralidade. No contexto da internação hospitalar, esse perfil profissional é evidenciado pela presença do enfermeiro diarista, ou seja, que detém maior domínio dos acontecimentos diários, tendo maior subsídio de informações no acompanhamento de cada caso. Além disso, nesse âmbito a enfermagem se fortalece pelo fato de estar presente 24 horas ao lado da pessoa hospitalizada e cuidador.

Os componentes desta subcategoria são: *formando a rede de atendimento por meio da interação com os demais profissionais; caracterizando a figura do profissional enfermeiro diarista*, conforme exposto no Diagrama 19.

DIAGRAMA 19: SUBCATEGORIA – GERENCIANDO O CUIDADO DE ENFERMAGEM DE FORMA PARTICIPATIVA COM OS DEMAIS PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE



Todos os componentes da subcategoria e seus respectivos códigos preliminares são apresentados no Quadro 16.

Quadro 16: Gerenciando o cuidado de enfermagem de forma participativa com os demais profissionais da área da saúde

CÓDIGOS PRELIMINARES	COMPONENTES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Gerenciando o cuidado de enfermagem de forma participativa com os outros profissionais da área da saúde; - Conversando com a equipe, principalmente pela manhã, na passagem leito a leito; - Trabalhando na equipe interdisciplinar na internação de forma mais evidente e dinâmica do que nas outras modalidades de atendimento; - Tendo cada profissional da saúde a sua função no contexto da equipe; - Precisando prestar atenção em tudo o que os outros profissionais estão fazendo; - Encaminhando a pessoa e/ou o cuidador para outros profissionais, no caso de demandas específicas; - Trocando informações com a equipe; - Considerando o trabalho em equipe muito melhor para o cuidado da pessoa; - Tendo que ter um bom relacionamento 	<p style="text-align: center;">Formando a rede de atendimento por meio da interação com os demais profissionais</p>	<p style="text-align: center;">Gerenciando o cuidado de enfermagem de forma participativa com os demais profissionais da área da saúde</p>	<p style="text-align: center;">Trabalhando em equipe</p>

<p>com a equipe interdisciplinar para as coisas acontecerem;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Admitindo a pessoa no andar juntamente com os demais profissionais da equipe; - Solicitando o apoio do voluntário quando a pessoa precisa de alguém para auxiliar nas refeições e o técnico de enfermagem encontra-se ocupado; - Contando com o operacional para repor o material do setor, e para levar a pessoa para realização de exame. 	<p>Formando a rede de atendimento por meio da interação com os demais profissionais (continuação)</p>	<p>Gerenciando o cuidado de enfermagem de forma participativa com os demais profissionais da área da saúde</p>	<p>Trabalhando em equipe</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Sendo o enfermeiro diarista uma referência para a pessoa e seu cuidador; - Sendo a referência para a equipe também; - Sendo o enfermeiro diarista quem tem melhor condição para avaliar as demandas de cuidado da pessoa e do seu cuidador, já que está presente todos os dias; - Tendo facilidade para estabelecer o vínculo com a pessoa hospitalizada e com o cuidador, porque está presente todos os dias; - Sendo a figura do enfermeiro diarista fundamental nesse contexto; - Ficando mais fácil 	<p>Caracterizando a figura do profissional enfermeiro diarista</p>	<p>Gerenciando o cuidado de enfermagem de forma participativa com os demais profissionais da área da saúde</p>	<p>Trabalhando em equipe</p>

<p>gerenciar o cuidado porque já conhece as pessoas;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vendo mais facilidade na continuidade do cuidado quando se é diarista; - Conseguindo avaliar melhor e pensar em novas estratégias de abordagem; - Não tendo a mesma visão da continuidade quando se é enfermeiro plantonista; - Destacando como pontos negativos o cansaço, a rotina, a burocracia, que engloba, principalmente, a alimentação dos dados dos indicadores. 	<p>Caracterizando a figura do profissional enfermeiro diarista (continuação)</p>	<p>Gerenciando o cuidado de enfermagem de forma participativa com os demais profissionais da área da saúde</p>	<p>Trabalhando em equipe</p>
---	---	---	------------------------------

5.2.a- Formando a rede de atendimento por meio da interação com os demais profissionais

Indo ao encontro dos preceitos da atenção paliativa, este componente abrange a necessidade do empenho e trabalho em equipe na formação da rede para atendimento das múltiplas demandas de cuidado da pessoa e do cuidador, sendo o enfermeiro visto, muitas vezes, como elemento essencial para interligação e interação dos membros. Seguem depoimentos.

“[...] o banho no leito de uma paciente com múltiplas fraturas foi realizado pela enfermagem junto com a fisioterapeuta. E não estava só o técnico de enfermagem, estávamos eu como enfermeira e o fisioterapeuta também.”

Teve outro caso, que durante o banho um paciente apresentou sangramento, e a médica entrou no banho junto com a gente. Então aqui temos um pouco de transdisciplinaridade, existe isso, e o enfermeiro que é o gerente. É o enfermeiro que vai olhar o profissional dizendo que precisa dele agora. É o enfermeiro que vai falar do que precisa, se o paciente apresenta agitação, então preciso fazer isso por este doente, então, na minha visão, é um gerenciamento bem mais complexo” (entrevista B).

“[...] a questão de material não fica a cargo do enfermeiro, o operacional passa todos os dias pelas manhãs e às noites, vê o que está faltando nas gavetas, por exemplo, seringas, agulhas, a farmácia manda os frascos de soros diariamente, vê esses suprimentos. Com relação aos materiais para curativo tem um técnico de enfermagem que é responsável em suprir em todos os andares. E nas sextas-feiras ele deixa uma quantidade maior em todos os andares, para a gente poder passar o final de semana. Então, se acabar um material porque usei tanto no paciente, aí eu peço mais. Se acabou o soro porque eu precisei usar muitos numa irrigação vesical, por exemplo, eu peço mais. A gente não tem essa questão de ver do quanto exatamente precisa por dia. E é menos uma coisa” (entrevista B).

5.2.b- Caracterizando a figura do profissional enfermeiro diarista

Este componente, além de tratar da importância do profissional enfermeiro, traz a peculiaridade do enfermeiro diarista, que ao estar presente de segunda à sexta-feira, consegue ser o elemento referência para a equipe, pessoas hospitalizadas e cuidadores, favorecendo a continuidade do cuidado. Além disso, os depoimentos trazem também a questão do cansaço físico e emocional diante da rotina diária.

“[...] o meu andar está sem o diarista, mas a figura do enfermeiro diarista nesse contexto é fundamental. Até para o doente ter uma referência daquele profissional que está todos os dias. Porque cada dia é uma enfermeira diferente. Hoje eu estava com um problema de orientação de como vestir o capote em precaução de contato. A

familiar falou que haviam ensinado de um jeito, mas de um jeito errado, e ela veio me questionar, argumentado que aquele tinha sido o jeito ensinado. E agora, como vou saber se a colega ensinou errado, ou se ela entendeu errado, ou ela talvez nem tenha sido realmente orientada pelo profissional, mas por outro familiar que estava aqui e que achou que aquele era o jeito certo. Então, a coisa se perde um pouco. Eu não posso dizer que o colega orientou errado. Nem posso dizer que não orientou. É muita informação. E daí todos os dias eu preciso refazer trabalhos como esse” (entrevista B).

“[...] vou fazer o curativo hoje, faço de um jeito, daí vou para casa pensando como fazer melhor no dia seguinte, para dar o retorno e conforto, o que fazer para aquela pessoa se sentir melhor. Como eu vou fazer para ele se sentir melhor? E eu vou trabalhando assim. O que eu vou fazer? O que eu vou usar? O que é melhor para ele? E eu crio um vínculo com o paciente e com a família, não porque eu seja melhor que os meus colegas, é porque eu estou todos os dias aqui” (entrevista D).

“Eu vejo que tem muito mais facilidade quando a gente é diarista, para ver se aquela demanda do dia anterior, de uma assistência, de um cuidado que a gente prestou, se continua, se resolveu ou não. Então, a gente consegue perceber mesmo se houve resolutividade do problema que o paciente estava apresentando, ou não. Porque, quando a gente é plantonista, a gente vem um dia e pula dois, então, você não consegue ver a sequência do cuidado, que é mais fácil para o diarista” (entrevista C).

“Na maioria das vezes é o enfermeiro o elemento principal da equipe multidisciplinar em cuidados paliativos. Quando médico chega logo pergunta à enfermagem como o paciente está. Antes deles passarem a visita eles sempre fazem essa pergunta. Tanto que quando não tem o médico do andar e vem outro para passar a visita naquele dia, ele vem em direção ao enfermeiro para saber dos casos. Se ele não conhece o paciente, pergunta o porquê da internação. Acho que o enfermeiro é primordial na equipe. Ele é que faz o elo realmente. Ele que fica mais tempo com o doente, está mais próximo” (entrevista C).

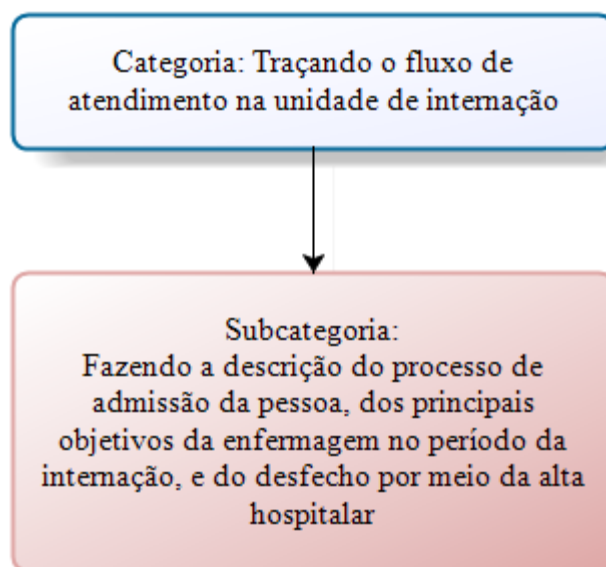
“Eu gosto muito de ser diarista, porque eu já fui plantonista, e me sentia muito mal, porque eu não conseguia fazer uma assistência adequada. Eu faço enfermagem porque eu gosto. Então, e sou aquele tipo de enfermeira que está na beira do leito, segurando a mão do

paciente. Eu gosto disso. E ser diarista me proporciona isso. Eu acompanho o paciente todos os dias. Tem um paciente que quando vou fazer o curativo dele ele faz assim apontando o coração, demonstrando que ele gosta quando eu estou ali, que faço o curativo com todo o cuidado, e vou explicando, e gosto de estar com o cuidador, de escutá-lo, porque em cuidado paliativo tem que ter isso. E assim, no plantão não dá para você fazer isso. Você é plantonista daquele dia... Sendo diarista eu consigo ser a enfermeira do paciente. Eu não sou mais uma para cuidar, mas sim a referência dele. Isso é o lado positivo, mas o ponto negativo, não seria bem negativo, mas é o cansaço, a rotina, a burocracia, que engloba a questão da alimentação dos dados dos indicadores, que é cansativo, mas enfim, é preciso mostrar a cara do hospital, tem que fazer. É muita cobrança” (entrevista E).

CATEGORIA 06: TRAÇANDO O FLUXO DE ATENDIMENTO NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO

A categoria **Traçando o fluxo de atendimento na unidade de internação** é constituída por uma subcategoria: **1) Fazendo a descrição do processo de admissão da pessoa, dos principais objetivos da enfermagem no período da internação, e do desfecho por meio da alta hospitalar.**

DIAGRAMA 20: TRAÇANDO O FLUXO DE ATENDIMENTO NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO



A categoria **Traçando o fluxo de atendimento na unidade de internação**, conforme representação do Diagrama 20, abrange a forma como a pessoa é admitido no setor da internação hospitalar, podendo ser proveniente do serviço de pronto-atendimento (emergência), do ambulatório ou de outra unidade de internação. E, sendo a internação indicada diante de algum sintoma refratário e desconfortante que não possa ser controlado em domicílio, a enfermagem atua com objetivos de cuidado que vão ao encontro dos preceitos da atenção paliativa. Dessa forma, uma vez controlado o sintoma, a pessoa e o cuidador são preparados para a alta. Este preparo, dependendo do tempo de diagnóstico da doença, das alterações da auto-imagem decorrentes das terapêuticas instituídas, da condição clínica da pessoa, dentre outros fatores, é um processo árduo, que demanda grande trabalho do enfermeiro.

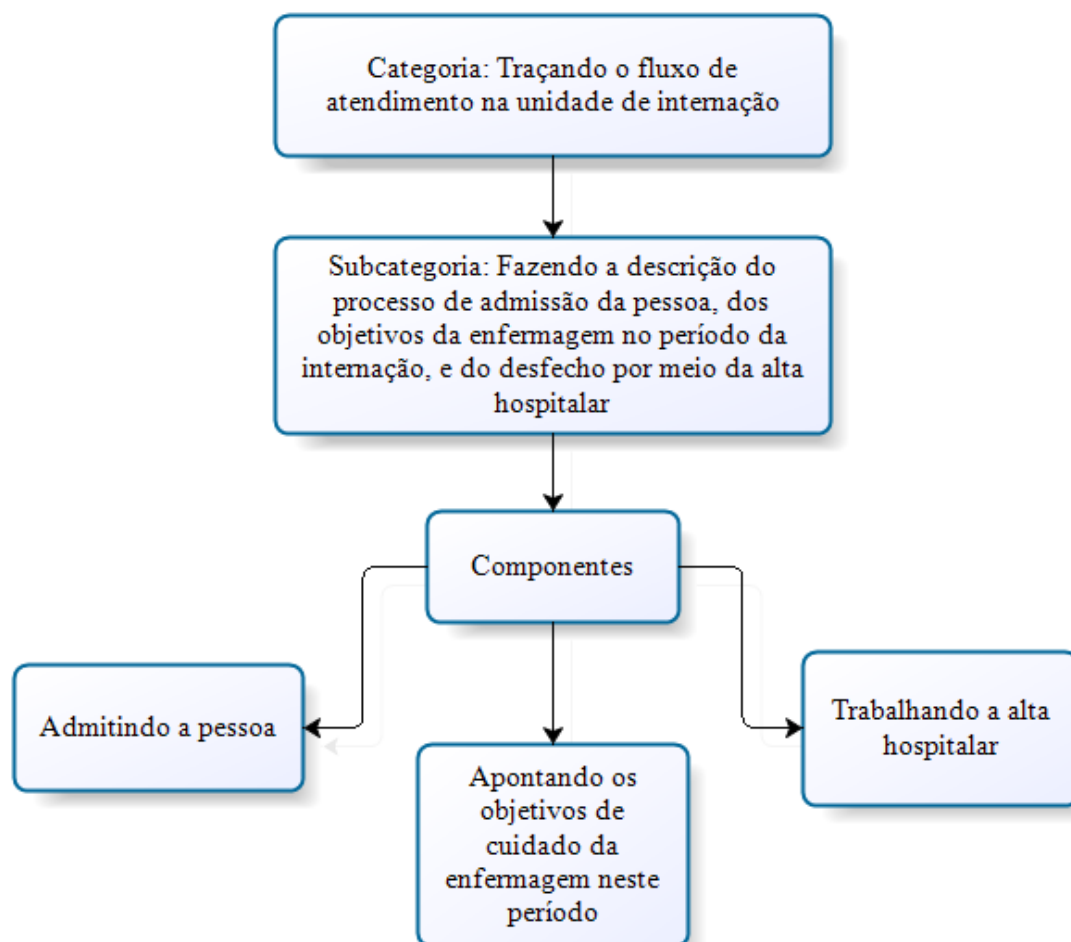
Esta categoria fica bem evidenciada por meio da sua subcategoria e respectivos códigos preliminares e componentes, que serão apresentados a seguir.

6.1- SUBCATEGORIA 01: Fazendo a descrição do processo de admissão da pessoa, dos principais objetivos da enfermagem no período da internação, e do desfecho por meio da alta hospitalar

Esta subcategoria abrange o processo de admissão na internação hospitalar do HC-IV, os principais objetivos de cuidado da enfermagem neste período, bem como o trabalho da alta. É enfatizada pelos enfermeiros a sistematização da prática, porém, há evidências por parte dos mesmos das questões burocráticas que envolvem, principalmente, a admissão.

Na alta, o enfermeiro exerce papel fundamental ao contribuir para a capacidade da pessoa para cuidar de si, e/ou ao fornecer orientações e treinar o cuidador que ficará responsável pelo cuidado no domicílio, seja na limpeza da traqueostomia, com a troca da subcânula, na realização de um curativo, na higiene, ou na manipulação da via de acesso subcutâneo para medicação ou hidratação. Mas não diferente das outras atividades nesse contexto, o enfermeiro atua fazendo parte da equipe interdisciplinar, onde cada um cumpre ações em prol da integralidade. Os componentes desta subcategoria são: *admitindo a pessoa; apontando os objetivos de cuidado da enfermagem neste período; trabalhando a alta hospitalar*, conforme exposto no Diagrama 21.

DIAGRAMA 21: SUBCATEGORIA – FAZENDO A DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE ADMISSÃO DA PESSOA, DOS PRINCIPAIS OBJETIVOS DA ENFERMAGEM NO PERÍODO DA INTERNAÇÃO, E DO DESFECHO POR MEIO DA ALTA HOSPITALAR



Todos os componentes da subcategoria e seus respectivos códigos preliminares são apresentados no Quadro 17.

Quadro 17: Fazendo a descrição do processo de admissão da pessoa, dos principais objetivos da enfermagem no período da internação, e do desfecho por meio da alta hospitalar

CÓDIGOS PRELIMINARES	COMPONENTES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecendo a dificuldade do processo de admissão, principalmente, quando se trata da primeira vez da pessoa; - Podendo a admissão acontecer a qualquer hora do plantão diurno/noturno; - Podendo a pessoa ser admitida no setor proveniente do ambulatório, do serviço de pronto-atendimento, ou de outra unidade de internação no contexto do INCA, de uma forma geral; - Sendo a pessoa trazida ao andar pelo operacional; - Achando a forma como a admissão acontece importante; - Recebendo o caso pelo enfermeiro do setor de origem por telefone; - Fazendo a primeira abordagem da pessoa e do seu cuidador; - Avaliando a condição clínica da pessoa; - Avaliando a demanda de uma intervenção 	<p>Admitindo a pessoa</p>	<p>Fazendo a descrição do processo de admissão da pessoa, dos principais objetivos da enfermagem no período da internação, e do desfecho por meio da alta hospitalar</p>	<p>Traçando o fluxo de atendimento na unidade de internação</p>

<p>imediate ou não;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recebendo a pessoa triste ou apavorada; - Podendo a pessoa achar que vai internar para morrer, ou para fazer alguma coisa para ficar pior; - Transferindo a pessoa para o leito; - Consultando o prontuário; - Sabendo a história da doença atual da pessoa e o porquê da internação; - Internando por conta da necessidade de controlar alguns sintomas, em sua maioria; - Internando literalmente para evoluir ao óbito; - Podendo a mesma pessoa apresentar mais de um problema; - Não sendo frequentes os casos de internação para a realização de cirurgias paliativas eletivas; - Entrevistando a pessoa; - Achando muito importante na hora da entrevista que o cuidador esteja por perto, para auxiliar no levantamento dos problemas de enfermagem; - Reconhecendo que a ausência do cuidador 	<p>Admitindo a pessoa (continuação)</p>	<p>Fazendo a descrição do processo de admissão da pessoa, dos principais objetivos da enfermagem no período da internação, e do desfecho por meio da alta hospitalar</p>	<p>Traçando o fluxo de atendimento na unidade de internação</p>
---	--	---	---

<p>quando a pessoa encontra-se debilitada e sem condições de verbalizar pode prejudicar o histórico de enfermagem;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fazendo o exame físico; - Orientando questões sociais; - Conversando com o cuidador quando a pessoa está grave; - Levantando os diagnósticos de enfermagem; - Montando o prontuário; - Fazendo a prescrição de enfermagem; - Sinalizando a presença da nova pessoa no quadro do posto de enfermagem; - Colocando dados de identificação da pessoa no livro de registro da enfermagem; - Podendo haver casos de internações recorrentes, criando vínculo entre a equipe e a pessoa. 	<p>Admitindo a pessoa (continuação)</p>	<p>Fazendo a descrição do processo de admissão da pessoa, dos principais objetivos da enfermagem no período da internação, e do desfecho por meio da alta hospitalar</p>	<p>Traçando o fluxo de atendimento na unidade de internação</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Tendo como objetivo a manutenção da dignidade da pessoa; - Valorizando a preservação da autonomia da pessoa; - Cuidando muito bem da pessoa na fase em que a mesma encontra-se hospitalizada; - Tendo o foco no 	<p>Apontando os objetivos de cuidado da enfermagem no período da internação</p>		

<p>controle dos sintomas;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Buscando atentar para as necessidades do cuidador também; - Buscando a integralidade do atendimento por meio do trabalho em equipe. 			<p>Traçando o fluxo de atendimento na unidade de internação</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Concluindo a alta após controle do sintoma que demandou a internação, para que a pessoa possa seguir acompanhada no domicílio ou no ambulatório; - Fornecendo todas as orientações da enfermagem para o cuidado domiciliar; - Oferecendo o material para a continuidade do cuidado em casa; - Encaminhando o cuidador à farmácia para adquirir material para o cuidado no domicílio; - Sendo a alta dada em conjunto com os demais profissionais da equipe interdisciplinar; - Registrando as orientações fornecidas no impresso da alta, que também é assinado pelo cuidador; - Não sendo comum a alta a toda hora. 	<p>Trabalhando a alta hospitalar</p>	<p>Fazendo a descrição do processo de admissão da pessoa, dos principais objetivos da enfermagem no período da internação, e do desfecho por meio da alta hospitalar</p>	

6.1.a- Admitindo a pessoa

Este componente abrange o processo de trabalho do enfermeiro na admissão da pessoa, sendo momento retratado por alguns enfermeiros como um dos mais difíceis nesse contexto. Segue o depoimento.

“Na admissão a primeira coisa é avaliar a condição clínica do paciente, depois quando vejo que ele não demanda uma intervenção imediata, e no caso de outra intercorrência acontecendo ao mesmo tempo, eu falo com o cuidador e com o paciente, e digo que volto em outro momento. O primeiro contato na verdade é do técnico de enfermagem, até pela necessidade de movimentação e transferência para o leito. Ai, consulto o prontuário, o que ele tem, porque ele veio para a internação, apesar de que previamente o caso é passado pelo enfermeiro do pronto-atendimento por telefone, e ai vejo o prontuário, se veio por sangramento, dispnéia, dor incontrolável, ou outro problema, vejo o tipo de câncer, se fez ou não tratamento e quais, se apresenta outras comorbidades, como hipertensão ou diabetes, e vou entrevistar o cliente, pergunto se tem alguma alergia, às vezes no prontuário não tem essa informação, algum outro medicamento, e daí faço o exame físico, faço também algumas orientações relacionadas ao social. Quando o paciente está grave a gente conversa com o cuidador também, mas o médico da emergência costuma já dar as informações da condição clínica grave. E no mais, vejo o paciente, depois vou para o posto de enfermagem e faço toda a burocracia, preenchimento de todos os papeis, o roteiro de admissão, que vem atrás com os diagnósticos de enfermagem, monto o prontuário, faço a prescrição de enfermagem, sinalizo no quadro, coloco no livro de registro. Perde-se meia hora ou quarenta minutos nessas atividades” (entrevista A).

Neste componente os enfermeiros também destacam as principais causas da internação, que englobam o controle de sintomas, que podem estar mais exacerbados no final da vida, bem como a indicação de cirurgias eletivas, embora não seja muito comum no contexto. Em alguns casos, a pessoa interna em franco processo de morrer,

proveniente, em sua maioria, do pronto-atendimento. E em outros, necessita de internações recorrentes, podendo assim, criar um vínculo com a equipe, mas voltando a internar cada vez com o quadro clínico mais comprometido pela evolução da doença oncológica. Seguem depoimentos para reflexão.

“A admissão é uma das coisas mais complicadas que se tem. Eu acho. Principalmente se for um paciente que nunca internou, ou é uma transferência das outras unidades. Por quê? Porque quando o paciente interna, na maioria das vezes, é por conta de algum sintoma. Não são tão frequentes os casos de internação para a realização de cirurgias paliativas eletivas, ou alguma outra coisa assim. Mesmo se for, por exemplo, um gastrostomia eletiva ou uma traqueostomia eletiva, é porque possivelmente ele vai em algum momento obstruir, vai ter essa dificuldade” (entrevista B).

“[...] do serviço de pronto-atendimento às vezes vem uns casos em que o paciente está quase evoluindo ao óbito, que a família não consegue continuar com o mesmo no domicílio, ou em casos de sangramento, descontrole da dor. A gente tenta, no andar, colocar os pacientes com o mesma funcionalidade e condição clínica na mesma enfermaria ou em isolamento, para evitar traumas dos que estão mais estáveis. Às vezes, pode ter um paciente com risco de morte iminente perto de outro que está melhor. Então, a gente tenta gerenciar, ter esse cuidado, para não causar mais desconforto para esse paciente” (entrevista D).

“Nosso paciente é um paciente crônico, que muitas vezes vai e volta para nós, e cada vez que ele volta está mais debilitado, com intercorrências maiores, muitas vezes o paciente interna e vem, infelizmente, a falecer logo, na maioria das vezes é um paciente que está indo e voltando, e cada vez muito mais debilitado, e o familiar junto com isso, adoce também, fica bastante fragilizado. Então, com alguns pacientes já existe assim aquele vínculo, aquela relação do “oi, como vai, está tudo bem”, daquele retorno, mas a gente sempre sabe que quando ele volta é porque a situação está sempre pior, pela própria evolução da doença e das situações novas que aparecem, que não são nem um pouco confortáveis” (entrevista G).

6.1.b- Apontando os objetivos de cuidado da enfermagem no período da internação

Este componente busca contemplar os principais objetivos do cuidado de enfermagem na fase de internação da pessoa, considerando os motivos mais prevalentes da internação, bem como a possibilidade de alta. As ações de enfermagem que contemplam o atendimento das necessidades das pessoas e cuidadores foram descritas detalhadamente nas categorias **Dialogando com o cuidador** e **Atendendo as necessidades da pessoa hospitalizada**. Porém, os objetivos são claros no sentido de atender as necessidades de forma integral e com qualidade, primando pelos preceitos da atenção paliativa, e pelo reconhecimento da complexidade envolvida nas interações entre as pessoas e no processo de finitude humana. Seguem depoimentos.

“[...] nosso objetivo aqui é manter a dignidade do paciente, tratando ele muito bem. E eu vou falar para você, eu gosto muito de trabalhar aqui, porque como paliativo, eu trabalho em outras instituições também, aqui é 100%. Os pacientes são tratados aqui com qualidade, com cuidado [...]” (entrevista D).

“[...] para mim, em cuidados paliativos, a prioridade é a dor. O que é mais angustiante para o paciente, aqui nas enfermarias, é a dor [...]” (entrevista C).

“Por exemplo, se eu tenho um paciente acometido por câncer de cabeça e pescoço, eu sei que esse paciente pode ter uma série de problemas e sintomas, e a minha intenção será ajudá-lo, de forma mais focada no problema dele. Então, atuo com o objetivo de fazer o que posso para melhorar a sua condição clínica ou prevenir alguns outros sintomas [...]” (entrevista B).

6.1.c- Trabalhando a alta hospitalar

Fazendo parte da equipe interdisciplinar no contexto da internação hospitalar, o enfermeiro, assim como em outros momentos, exerce papel fundamental na alta hospitalar, a fim de que o cuidado no domicílio possa acontecer da melhor maneira possível, como pode ser observado nos depoimentos que seguem.

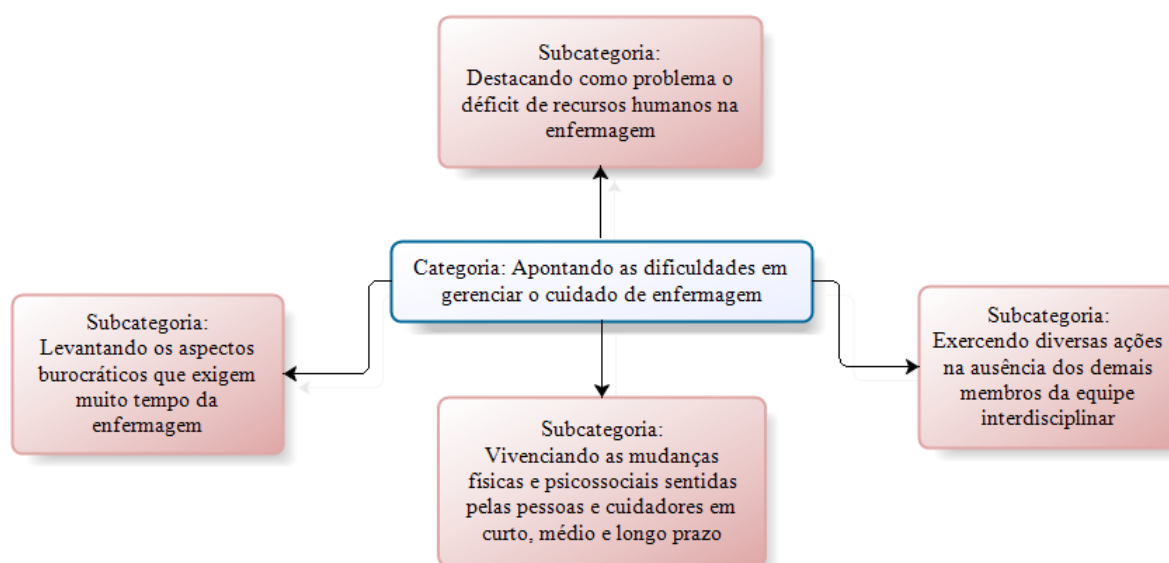
“Na alta temos mais um impresso a ser preenchido com as orientações fornecidas ao cuidador, que assina para dizer que recebeu. Tem também um impresso que a gente preenche com o que o material que ele vai precisar, se fralda ou outra coisa, para que possa pegar na farmácia. A gente orienta e o assistente social entra na parte de transporte” (entrevista G).

“O INCA oferece também o material para uso em casa. É fora de sério!” (entrevista D).

CATEGORIA 07: APONTANDO AS DIFICULDADES EM GERENCIAR O CUIDADO DE ENFERMAGEM

A categoria **Apontando as dificuldades em gerenciar o cuidado de enfermagem** é constituída por quatro subcategorias: **1) Vivenciando as mudanças físicas e psicossociais sentidas pelas pessoas e cuidadores em curto, médio e longo prazo; 2) Exercendo diversas ações na ausência dos demais membros da equipe interdisciplinar; 3) Destacando como problema o déficit de recursos humanos na enfermagem; 4) Levantando os aspectos burocráticos que exigem muito tempo da enfermagem.**

**DIAGRAMA 22: APONTANDO AS DIFICULDADES EM GERENCIAR O
CUIDADO DE ENFERMAGEM**



A categoria **Apontando as dificuldades em gerenciar o cuidado de enfermagem**, conforme representação do Diagrama 22, engloba questões que dificultam o gerenciamento do cuidado pelos enfermeiros no contexto da internação hospitalar, sendo elas relacionadas com problemas institucionais, como no caso do déficit de recursos humanos, bem como relacionadas ao perfil das pessoas hospitalizadas, o que conseqüentemente, a partir das múltiplas demandas de cuidado, exige do enfermeiro sensibilidade e habilidades cognitivas e relacionais para encaminhamento da solução dos problemas, inclusive na ausência dos demais membros da equipe interdisciplinar.

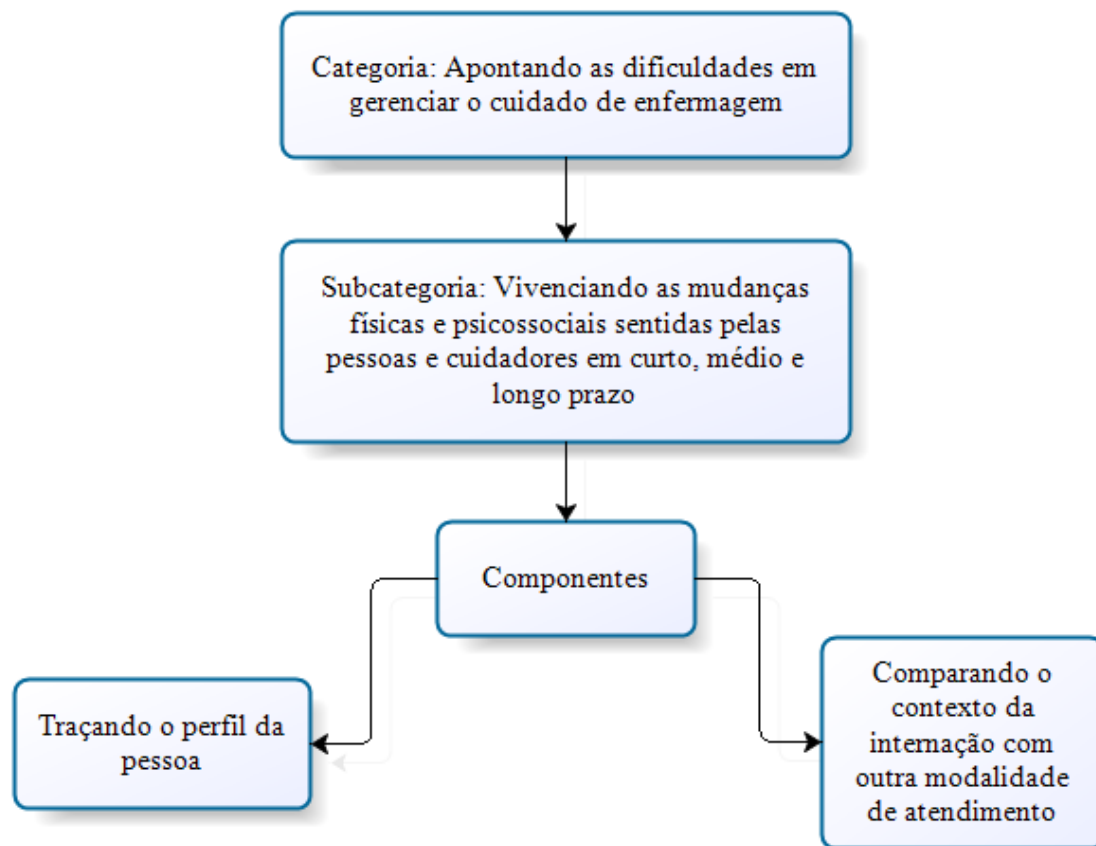
Esta categoria fica bem evidenciada por meio das suas subcategorias e respectivos códigos preliminares e componentes, que serão apresentados a seguir.

7.1- SUBCATEGORIA 01: Vivenciando as mudanças físicas e psicossociais sentidas pelas pessoas e cuidadores em curto, médio e longo prazo

Esta subcategoria aborda o perfil da pessoa que necessita de hospitalização no contexto da atenção paliativa oncológica, sendo aquela que pode sofrer mudanças bruscas no quadro clínico em decorrência da evolução da doença, ou demandar internações frequentes, num ciclo de melhora e piora das sintomatologias.

Os componentes desta subcategoria são: *traçando o perfil da pessoa; comparando o contexto da internação com outra modalidade de atendimento*, conforme exposto no Diagrama 23.

DIAGRAMA 23: SUBCATEGORIA – VIVENCIANDO AS MUDANÇAS FÍSICAS E PSICOSSOCIAIS SENTIDAS PELAS PESSOAS E CUIDADORES EM CURTO, MÉDIO E LONGO PRAZO



Os componentes da subcategoria e seus respectivos códigos preliminares são apresentados no Quadro 18.

QUADRO 18: Vivenciando as mudanças físicas e psicossociais sentidas pelas pessoas e cuidadores em curto, médio e longo prazo

CÓDIGOS PRELIMINARES	COMPONENTE	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Caracterizando o perfil da pessoa como sendo capaz de demandar muita atenção e dedicação da enfermagem; - Reconhecendo o contexto como se fosse uma unidade semi-intensiva; - Podendo a pessoa, ao longo do plantão, piorar de forma abrupta; - Não tendo um tipo de tumor específico que particularize esse perfil; - Estando a pessoa em processo de morte; - Sendo um perfil complexo, com condição clínica bem pior; - Tendo cada pessoa uma situação em particular; - Estando o cuidador ali ao lado da pessoa, também demandando necessidades de cuidado; - Envolvendo o cuidado além do cuidar físico; - Exigindo visão de tudo, de quem é a pessoa e sua história social; 	<p>Traçando o perfil da pessoa</p>	<p>Vivenciando as mudanças físicas e psicossociais sentidas pelas pessoas e cuidadores em curto, médio e longo prazo</p>	<p>Apontando as dificuldades em gerenciar o cuidado de enfermagem</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecendo as questões emocionais e espirituais; - Tendo vários perfis de pessoas na atenção paliativa; - Sendo as pessoas que estão na fase final, as mais necessitadas, já que podem ter maior número de lesões, estarem com fraturas, mais sonolentas, precisando de um cuidado mais intensivo; - Estando a pessoa com uma condição crônica, que oscila, precisando internar muitas vezes, e cada vez mais debilitada; - Podendo os diferentes perfis na atenção paliativa interferirem na dinâmica da internação hospitalar; - Podendo ter o setor lotado com 14 pessoas com estado clínico estável, que não demandam tanto tempo da enfermagem, e outro setor ocupado parcialmente, mas com pessoas com quadros clínicos piores, em que todos demandam muito cuidado de enfermagem; - Podendo a pessoa estar em precaução de contato; - Sendo uma pessoa muito sofrida, com 	<p>Traçando o perfil da pessoa (continuação)</p>	<p>Vivenciando as mudanças físicas e psicossociais sentidas pelas pessoas e cuidadores em curto, médio e longo prazo</p>	<p>Reconhecendo as dificuldades em gerenciar o cuidado de enfermagem</p>
---	---	---	--

baixa escolaridade, humilde, em sua maioria; - Tendo uma rotatividade muito grande.	Traçando o perfil da pessoa (continuação)		
- Reconhecendo que o contexto da internação é diferente do contexto do ambulatório; - Atuando no ambulatório presenciar o óbito não é muito comum; - Estando as pessoas em acompanhamento no ambulatório com ótima condição clínica, podendo até voltar para as unidades de origem, nos casos em que não há mais evidência de tumor; - Focando a qualidade de vida no ambulatório; - Querendo qualidade de vida para a pessoa na internação, mas não sendo possível em alguns casos.	Comparando o contexto da internação com outra modalidade de atendimento	Vivenciando as mudanças físicas e psicossociais sentidas pelas pessoas e cuidadores em curto, médio e longo prazo	Apontando as dificuldades em gerenciar o cuidado de enfermagem

7.1.a- Traçando o perfil da pessoa na atenção paliativa oncológica

O perfil clínico da pessoa no contexto da internação hospitalar implica diretamente na dinâmica do setor e, conseqüentemente, no gerenciamento do cuidado de enfermagem, segundo os enfermeiros, exigindo reavaliações constantes de cada situação, muita dedicação e flexibilidade, já que a realidade identificada no início do

plantão pode sofrer mudanças bruscas, e oscilar entre a ordem e a desordem, conforme identificado nos depoimentos que seguem.

“[...] é um fator que demanda muito da enfermagem. É uma semi-intensiva. Paciente que está em processo de morte, que tem o cuidador ali. Paciente que pode piorar a qualquer momento, e a gente tem que estar dando suporte a ele em nível de medicação. Primeiramente, é um paciente que tem uma doença crônica, e ele precisa muito da enfermagem, falando da equipe técnica também, que às vezes são dois para 14 pacientes, e não tem condições. É um paciente que demanda muito cuidado. Então, esse paciente é complexo. É complexo. O que envolve esse cuidado vai além do cuidar físico, direto com o paciente [...]” (entrevista A).

“É um paciente grave, que se fosse em outro contexto aí fora estaria no CTI, mas aqui é uma unidade de cuidados paliativos, e trabalha-se tentando minimizar os sintomas, e tanto que tem até familiar que questiona se o paciente não vai ser intubado, principalmente quando ele está dispnéico. Geralmente esse paciente interna para tentar minimizar o sintoma, e podem ser diferentes casos, como por exemplo, o paciente com sangramento ativo, ou com dispnéia, ou o paciente que ainda é viável para a cirurgia de gastrostomia, então, tudo depende do paciente. Às vezes o mesmo doente tem esses três problemas, por exemplo, se for um paciente com câncer de cabeça e pescoço” (entrevista F).

“É um paciente muito sofrido, com baixa escolaridade, humilde. Uma vez ou outra que você vê um paciente com maior escolaridade e a família também, sendo o perfil que te cobra mais. Porque para as pessoas muito humildes e ignorantes no aspecto cultural tudo está bom, a não ser quando o sofrimento é muito grande, que eles te cobram alguma coisa. Mas geralmente são pacientes sofridos, alguns jovens, na maioria das vezes com boa estrutura familiar. São instáveis clinicamente. Eu vi um paciente ontem à tarde com KPS 40% e hoje pela manhã está 10%. Então, não sei se é pela característica da doença, que influencia muito. Mas são pacientes que mudam de quadro muito rapidamente. E não tem um tipo de tumor específico. É geral. A gente vive mudanças em horas e dias” (entrevista E).

“[...] temos vários perfis do paciente em cuidados paliativos. Tem aquele paciente que tem câncer avançado, mas tem performance status, estado clínico melhor, que consegue realizar o seu autocuidado. Você tem o paciente que está em estado terminal, que é aquele que tem mais ou menos seis meses de vida. E você tem aquele que está em cuidados ao final da vida, que são mais ou menos 72 horas de vida, como previsão. E com certeza, os pacientes que estão nesta fase final, e que a gente tem maior número de lesões, maiores chances dos pacientes estarem fraturados, estarem mais sonolentos, então precisam de um cuidado mais intensivo, de você estar ali, os sintomas podem estar exacerbados” (entrevista B).

7.1.b- Comparando o contexto da internação com outra modalidade de atendimento

Em alguns momentos os enfermeiros realizam comparações com as demais modalidades de atendimento na atenção paliativa, principalmente com o ambulatório, tendo como foco o próprio perfil da pessoa, que confere maior complexidade ao contexto da internação. Segue depoimento para reflexão de uma enfermeira que trabalhou por três anos no ambulatório e faz essa comparação com muita propriedade.

“Porque desde que eu entrei no HC IV que eu tinha visto apenas um óbito, porque eu fiquei atuando três anos no ambulatório, e os pacientes eram ótimos, e tinham alguns que até voltavam para as unidades de origem, porque não tinham mais evidência de tumor. E quando eu precisei vir para a internação, no meu primeiro plantão já tive que preparar um corpo. Então, assim, para mim o mais difícil foi encarar a morte. Porque até então, você falava com o paciente no ambulatório: ‘_ Olha, a gente tem que focar a sua qualidade de vida, porque a gente não sabe quando isso pode acontecer ou como vai acontecer. Então, vamos melhorar essa qualidade de vida, vamos controlar esse sintoma, vamos fazer o que você tem vontade, vamos comer o que você pode e tem vontade...’ Então, o foco era a qualidade de vida. E quando você chega na internação, e você também quer qualidade de vida para o doente, mas você vê que aquilo tudo que você busca às vezes não

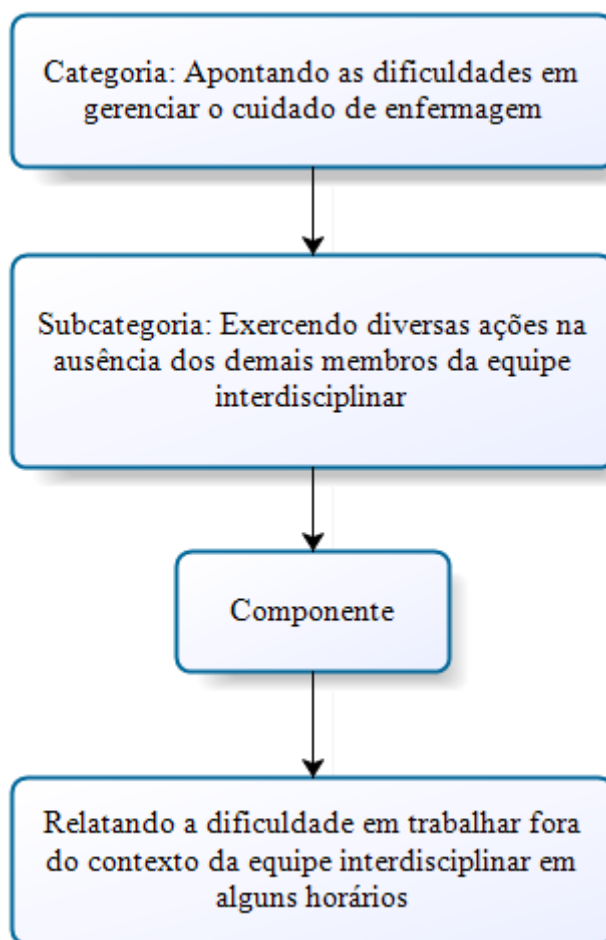
chega, o máximo que você pode dar é conforto, você não pode dar mais do que isso para o doente. É muito difícil você olhar um corpo, e falar assim: ‘_ Gente, simplesmente acabou’. E o cheiro que tem... Para mim o que mais marca é o cheiro de tudo na minha vida. O odor, o olfato, é o meu sentido mais apurado. E tem o cheiro da morte. Tem um cheiro. É diferente de um paciente que está morrendo, do paciente que morreu [...]” (entrevista B).

7.2- SUBCATEGORIA 02: Exercendo diversas ações na ausência dos demais membros da equipe interdisciplinar

Esta subcategoria destaca, em especial, a particularidade do serviço noturno na unidade de internação, quando além da redução dos recursos humanos da enfermagem, o enfermeiro depara-se com demandas múltiplas de cuidados das pessoas e cuidadores que precisam ser atendidas, exigindo do mesmo a prática de diferentes ações na ausência dos demais membros da equipe interdisciplinar.

O componente desta subcategoria é: *relatando a dificuldade em trabalhar fora do contexto da equipe interdisciplinar em alguns horários*, conforme exposto no Diagrama 24.

DIAGRAMA 24: SUBCATEGORIA – EXERCENDO DIVERSAS AÇÕES NA AUSÊNCIA DOS DEMAIS MEMBROS DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR



O componente da subcategoria e seus respectivos códigos preliminares são apresentados no Quadro 19.

Quadro 19: Exercendo diversas ações na ausência dos demais membros da equipe interdisciplinar

CÓDIGOS PRELIMINARES	COMPONENTE	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Falando que tudo pode acontecer à noite, no que diz respeito, principalmente, às intercorrências; - Sendo difícil dar conta do atendimento das necessidades de cuidado da pessoa e do cuidador, principalmente diante do processo de falecimento neste horário; - Tentando atuar da melhor forma possível quando existe demanda para atendimento dos demais membros da equipe interdisciplinar; - Comparando com o plantão diurno diante da presença dos demais membros da equipe interdisciplinar e maior possibilidade de atendimento das necessidades de cuidado da pessoa e do cuidador, principalmente, as psicológicas e emocionais; - Não tendo outros recursos no serviço noturno como a curiorisAção, que recebe a pessoa que 	<p style="text-align: center;">Relatando a dificuldade em trabalhar fora do contexto da equipe interdisciplinar em alguns horários</p>	<p style="text-align: center;">Exercendo diversas ações na ausência dos demais membros da equipe interdisciplinar</p>	<p>Apontando as dificuldades em gerenciar o cuidado de enfermagem</p>

<p>precisa sair do leito para realizar atividades lúdicas, como pintura;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Praticando ações que dizem respeito ao psicólogo e ao assistente social no serviço noturno; - Podendo não dar para conversar com a pessoa e o cuidador durante o dia, o pode refletir a demanda do cuidado psicológico para a equipe da noite; - Tendo que assumir demandas que não são da enfermagem no serviço noturno; - Tentando atuar da melhor forma se o cuidador estiver desestruturado emocionalmente, devido à perda ou pela vivencia do luto antecipado; - Não suprimindo o papel do outro profissional, porque eles foram preparados para atuar de tal forma; - Não estando tão bem instrumentalizada como o psicólogo, que foi preparado para isso. 	<p>Relatando a dificuldade em trabalhar fora do contexto da equipe interdisciplinar em alguns horários (continuação)</p>	<p>Exercendo diversas ações na ausência dos demais membros da equipe interdisciplinar</p>	<p>Apontando as dificuldades em gerenciar o cuidado de enfermagem</p>
--	---	--	---

7.2.a- Relatando a dificuldade em trabalhar fora do contexto da equipe interdisciplinar em alguns horários

No contexto da internação hospitalar, especialmente no horário do plantão noturno, os enfermeiros evidenciaram a dificuldade em gerenciar o cuidado em decorrência da ausência e desarticulação com os demais membros da equipe interdisciplinar, indo de encontro aos preceitos da atenção paliativa, já que as demandas de cuidados podem permanecer ou, até mesmo, piorar durante a noite, em decorrência do medo da morte e do pavor noturno. Seguem depoimentos.

“[...] à noite a demanda psicológica é muito grande, seja envolvendo o paciente ou o cuidador. E quando não tem, e é claro que não vai ter à noite o psicólogo... Mas, é grande. Para mim, essa forma de gerenciar esse cuidado, não é que seja a ideal, mas é o que eu consigo fazer, para não deixar de ver o paciente [...] à noite só conto com a equipe de enfermagem, e não tenho contato com os demais, então fica difícil articular com os mesmos. Só tenho contato com o médico de plantão na emergência no caso de alguma intercorrência de difícil controle. No dia, quando você tem um cuidador que precisa de apoio psicológico você diretamente, já comunica à psicologia. Existe também a disponibilidade de outros serviços, como a curiorisAção, que recebe o paciente que precisa sair do leito e realizar atividades lúdicas, como pintura. Durante o dia, o enfermeiro está sempre sinalizando outros profissionais, mas à noite fica difícil, porque aí, nós somos os psicólogos, o assistente social, então fica bem difícil. E na verdade, na noite tudo acontece” (entrevista A).

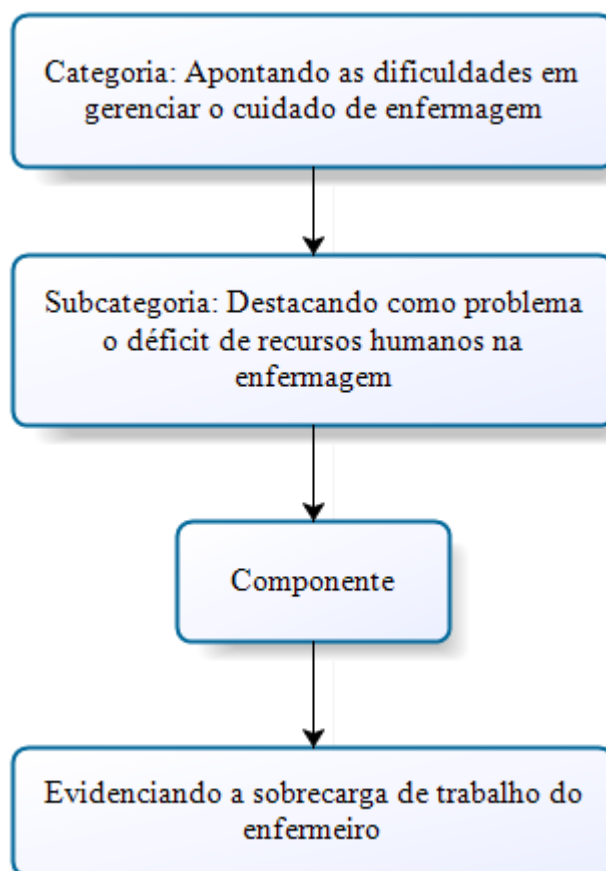
“Eu tento atuar da melhor forma possível. Eu não vou suprir o papel do nutricionista, eu não vou suprir o papel do outro profissional, porque eles foram preparados para atuar de tal forma. Então, eu tento da melhor forma possível. E, se a pessoa estiver desestruturada emocionalmente por causa da perda, pela vivência do luto antecipado, eu tento trabalhar da melhor forma. Mas, é claro que eu não estou tão bem instrumentalizada como o psicólogo, que foi preparado para isso” (entrevista G).

7.3- SUBCATEGORIA 03: Destacando como problema o déficit de recursos humanos na enfermagem

Esta subcategoria aborda a principal problemática relatada pelos enfermeiros, ou seja, o déficit de recursos humanos, em especial, na enfermagem, como responsável pela dificuldade em gerenciar o cuidado de enfermagem. Em alguns horários, como durante a noite, o serviço conta com dois enfermeiros para os quatro andares da internação.

O componente desta subcategoria é: *evidenciando a sobrecarga de trabalho do enfermeiro*, conforme exposto no Diagrama 25.

DIAGRAMA 25: SUBCATEGORIA – DESTACANDO COMO PROBLEMA O DÉFICIT DE RECURSOS HUMANOS NA ENFERMAGEM



O componente da subcategoria e seus respectivos códigos preliminares são apresentados no Quadro 20.

Quadro 20: Destacando como problema o déficit de recursos humanos na enfermagem

CÓDIGOS PRELIMINARES	COMPONENTE	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Precisando de recursos humanos para gerenciar melhor o cuidado; - Tendo o enfermeiro plantonista uma sobrecarga grande para 	Evidenciando a sobrecarga de trabalho do enfermeiro	Destacando como problema o déficit de recursos humanos na enfermagem	Apontando as dificuldades em gerenciar o cuidado de enfermagem

<p>gerenciar o cuidado de 28 pessoas e seus respectivos cuidadores;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tendo que gerenciar a sobrecarga de trabalho e a insatisfação das pessoas que não são atendidas na hora desejada; - Reconhecendo a necessidade de ter pelo menos um enfermeiro por andar nos finais de semana e durante o plantão noturno; - Podendo o plantão noturno ser mais tranquilo com um enfermeiro por andar; - Podendo o enfermeiro fazer uma hora de descanso mais tranquila caso haja outro enfermeiro na escala; - Tendo poucos técnicos de enfermagem também no serviço noturno; - Havendo dias em que não há técnico de enfermagem complementando carga horária, sendo necessário que o enfermeiro exerça também as funções do técnico de enfermagem; - Reconhecendo que o cuidado é realizado com qualidade, mas não da forma desejada, diante do déficit de recursos humanos da 		<p>Destacando como problema o déficit de recursos humanos na enfermagem</p>	<p>Apontando as dificuldades em gerenciar o cuidado de enfermagem</p>
--	--	--	---

enfermagem; - Tendo atualmente um maior número de técnicos fazendo plantões extras pela proposta da instituição, melhorando parcialmente o quadro.			
---	--	--	--

7.3.a- Evidenciando a sobrecarga de trabalho do enfermeiro

Este componente evidencia a dificuldade encontrada pelos enfermeiros para gerenciar o cuidado de enfermagem no cenário devido ao déficit de recursos humanos na enfermagem, gerando sobrecarga de trabalho, como pode ser observado nos depoimentos que seguem.

“De 2ª a 6ª feira tem o enfermeiro diarista, e às vezes tem o plantonista também, mas aos sábados, domingos e feriados é só um plantonista para dois andares” (entrevista D).

“[...] para mim, gerenciar o cuidado significa uma atuação do enfermeiro muito importante, mas no caso específico da instituição, no serviço noturno somos um enfermeiro para dar conta de dois andares da internação. Então, fica difícil até mesmo para a gente estar gerenciando melhor esse cuidado. Sendo assim, preciso confiar na equipe técnica, porque a gente não é onipresente e onisciente, mas precisamos ser, e isso vai acontecer a partir do trabalho em equipe. Então, eu preciso confiar neles” (entrevista A).

“Na questão dos recursos humanos, até o gerenciamento do cuidado fica difícil, porque o gerenciamento do cuidado não é só com a equipe, você não delega função só para a sua equipe de enfermagem. O enfermeiro delega função para o cuidador. Então, olha: “_ Você vai fazer isso agora porque eu estou ocupada”. Uma paciente falou: “_ Nossa, ninguém vem fazer meu curativo, tomei meu banho e ninguém veio”. Mas, não deu para ir naquela hora, porque eu estava com outra paciente, que

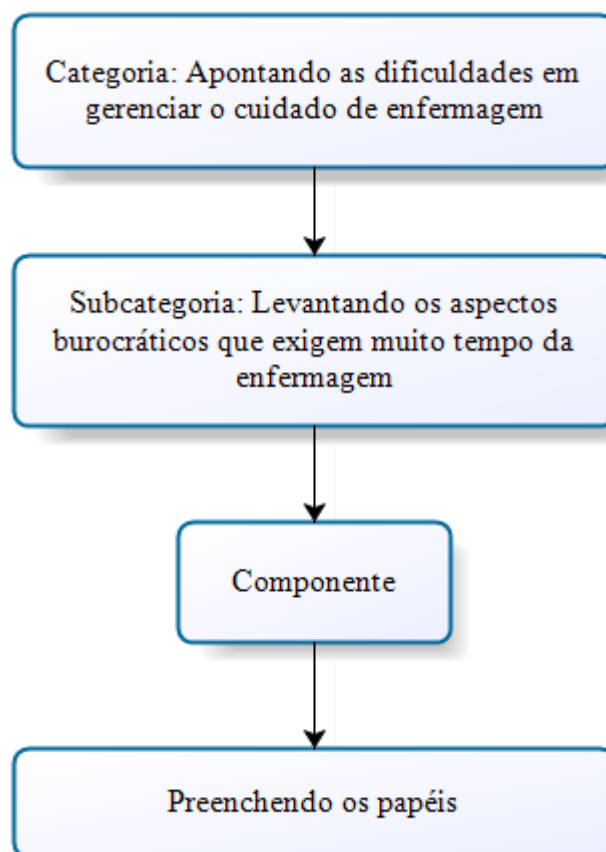
tinha muito mais demanda do que ela naquele momento. Então, você tem que chegar e gerenciar isso, junto com a paciente, junto com o familiar, que vai bater lá na porta do posto de enfermagem e falar: “_ Olha, o curativo”. Mas calma ai, então gerenciar isso é complicado. E quando você não tem recursos humanos, é mais difícil ainda, porque o paciente, muitas vezes, não entende que você tem dois técnicos de enfermagem e uma enfermeira. Isso dia de semana, porque final de semana é uma enfermeira para dois andares, então são vinte e oito doentes para a gente ver. Mas eles não entendem isso, eles querem aquilo naquele momento. E você explicar, gerenciar, falar que não é assim, expondo os motivos, é um pouco complicado” (entrevista B).

“Com um investimento em recursos humanos a qualidade do atendimento poderia ser melhor. Não que seja ruim atualmente, mas que daria uma qualidade melhor, daria. Na minha ausência, a unidade conta com uma plantonista para dois andares. O dia em que estiver sozinha também, não é que não vai ter qualidade, mais não vai ser excelente, no padrão que a gente gostaria, ideal” (entrevista C).

7.4- SUBCATEGORIA 04: Levantando os aspectos burocráticos que exigem muito tempo da enfermagem

Esta subcategoria abrange as questões burocráticas relatadas pelos enfermeiros, especialmente, durante a admissão hospitalar, quando se evidencia a existência de muitos papéis que precisam ser preenchidos, e que demandam muito tempo do enfermeiro. Além disso, existem outros instrumentos institucionalizados necessários para o desenvolvimento de outras atividades na internação, como por exemplo, a alta hospitalar, bem como para gerar indicadores de qualidade da assistência, onde se destacam: risco de queda, de úlceras por pressão, das feridas tumorais (gradação de odor) e possíveis complicações dos acessos venosos e subcutâneos. Desta forma, o componente desta subcategoria é: *preenchendo os papéis*, conforme exposto no Diagrama 26.

DIAGRAMA 26: SUBCATEGORIA – LEVANTANDO OS ASPECTOS BUROCRÁTICOS QUE EXIGEM MUITO TEMPO DA ENFERMAGEM



O componente da subcategoria e seus respectivos códigos preliminares são apresentados no Quadro 21.

Quadro 21: Levantando os aspectos burocráticos que exigem muito tempo da enfermagem

CÓDIGOS PRELIMINARES	COMPONENTE	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
- Dispensando muito tempo no preenchimento dos papéis na admissão; - Sugerindo que há necessidade de	Preenchendo os papéis	Levantando os aspectos burocráticos que exigem muito tempo da enfermagem	Apontando as dificuldades em gerenciar o cuidado de enfermagem

<p>simplificar, porque são muitos papéis;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aguardando o prontuário eletrônico; - Podendo admitir várias pessoas, o que aumenta o tempo dispensando no preenchimento dos papéis pelo enfermeiro no plantão; - Sendo cansativo preencher os indicadores, mas importante; - Não vendo aplicabilidade em alguns instrumentos que são preenchidos; - Não gostando de preencher papel por preencher; - Chegando o papel pronto para o seu uso, sem participação dos enfermeiros no processo de construção; - Relatando que muitas tarefas são atribuídas à enfermagem, porque ela faz e não reclama. 	<p>Preenchendo os papéis</p>	<p>Levantando os aspectos burocráticos que exigem muito tempo da enfermagem</p>	<p>Apontando as dificuldades em gerenciar o cuidado de enfermagem</p>
---	-------------------------------------	--	---

7.5.a- Preenchendo os papéis

Dentre os aspectos gerenciais e burocráticos que fazem parte do processo de trabalho dos enfermeiros no contexto da internação hospitalar houve crítica, por parte dos mesmos, acerca da formalização do processo de admissão hospitalar, principalmente, devido à quantidade de instrumentos que precisam ser preenchidos,

seguindo as etapas metodológicas do processo de enfermagem. Há uma expectativa com relação à possibilidade do prontuário eletrônico.

Os enfermeiros reivindicaram em seus discursos a não participação do processo de construção de tais instrumentos, e a necessidade de evidência da aplicabilidade prática de alguns instrumentos preenchidos no contexto, como pode ser observado nos depoimentos que seguem.

“[...] na admissão, o preenchimento de papéis demanda bastante o nosso tempo. Teria que haver uma forma para simplificar, porque são muitos papeis. Mas vai mudar, estamos num processo de mudança desses formulários, para online” (entrevista A).

O depoimento acima encaminha para o pensamento a partir da perspectiva da complexidade, pois diante do perfil clínico da pessoa hospitalizada e da peculiaridade da fase da vida, capaz de gerar demandas de cuidado que envolvem dimensões múltiplas, como simplificar o processo de admissão, que marca o primeiro contato do profissional com a pessoa e o cuidador? Desta forma, deve-se mudar a maneira como acontece a admissão ou oferecer maior disponibilidade de recursos humanos?

“[...] na rotina burocrática tem os indicadores de enfermagem que precisam ser preenchidos, e lançados. Tem indicadores de úlcera por pressão, de ferida tumoral, risco de queda, complicações de acessos venosos e subcutâneos, reações adversas. Tudo isso são questões burocráticas que a gente tem que preencher. Fora a conferência de materiais e psicotrópicos, a gente tem que conferir o carrinho de medicação quando ele chega, gaveta por gaveta, para ver se veio toda a medicação, porque às vezes, a farmácia manda trocado, manda errado [...]” (entrevista C).

“Não que as burocracias não deem resultado, mas às vezes é muito cansativo. Preencher os indicadores é cansativo, mas importante. Tem coisas que a gente faz que

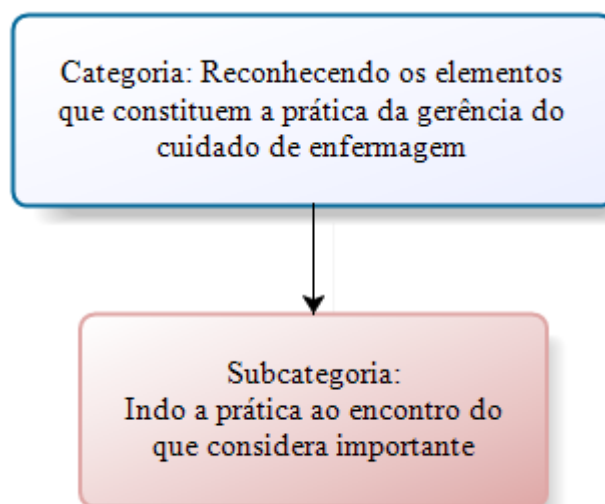
..., eu nem sei. Eu não gosto de preencher um papel por preencher, e às vezes a gente tem alguns papéis aqui que ..., sabe? Tipo, chegou com aquilo pronto é empurrado para você. Tudo é para a enfermagem fazer, e ela faz sem reclamar. E não vejo aplicabilidade em algumas coisas, o resultado talvez até tenha, mas assim, isso não nos foi passado. Tem um papel aqui que é de orientação de cuidadores, que está sendo aplicado agora em todas as unidades, que é muito interessante, porque você tem que prestar atenção na orientação dos cuidadores. A gente tem isso, eu sempre oriento, mas agora existe o papel para formalizar que você faz a orientação. E tem perguntas relacionadas com o nível de escolaridade desse cuidador, até mesmo do paciente, mas ele foi jogado. Ai tem um monte de coisas, por exemplo, recursos da comunidade, suporte espiritual, que são coisas que eu tenho que avaliar. Eu cheguei até a discutir com a assistente social sobre isso, porque eu escrevi NA (não se aplica), porque não sou eu que vou avaliar direitos do paciente, porque o profissional que tem fazer isso é o assistente social. E ela ainda me falou que não era para colocar NA. E eu disse: “_ Mas você não concorda que não sou eu que tenho que avaliar isso, e sim você?”. Porque aquilo simplesmente foi jogado para mim. Se foi jogado para mim eu vou avaliar o que eu tenho que avaliar, orientação dos cuidados, higiene, risco de queda, de isolamentos, o que for referente à enfermagem” (entrevista E).

“Eu acho que tem determinadas situações que você poderia até unir alguns formulários, porque ficam algumas coisas isoladas, até pelo curto espaço de tempo, porque você é uma para dois andares. Então, se eu interno um paciente no 3º andar, faço tudo aquilo, e perco entre aspas, meia hora lá, aí eu interno outro no 4º andar, mais meia hora. Então, se tem plantão onde tenho de quatro a cinco admissões eu fico praticamente três a quatro horas à disposição dessas admissões, e as outras coisas continuam acontecendo a minha volta, porque sou uma só” (entrevista G).

CATEGORIA 08: RECONHECENDO OS ELEMENTOS QUE CONSTITUEM A PRÁTICA DA GERÊNCIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

A categoria **Reconhecendo os elementos que constituem a prática da gerência do cuidado de enfermagem** é constituída por uma subcategoria: **1) Indo a prática ao encontro do que considera importante.**

DIAGRAMA 27: RECONHECENDO OS ELEMENTOS QUE CONSTITUEM A PRÁTICA DA GERÊNCIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM



A categoria **Reconhecendo os elementos que constituem a prática da gerência do cuidado de enfermagem**, conforme representação do Diagrama 27, traz o posicionamento dos enfermeiros acerca da aprovação da prática atual do gerenciamento do cuidado, indo ao encontro do que consideram importante, bem como a exposição de medidas para melhores práticas, tendo em vista as principais dificuldades discutidas na categoria anterior.

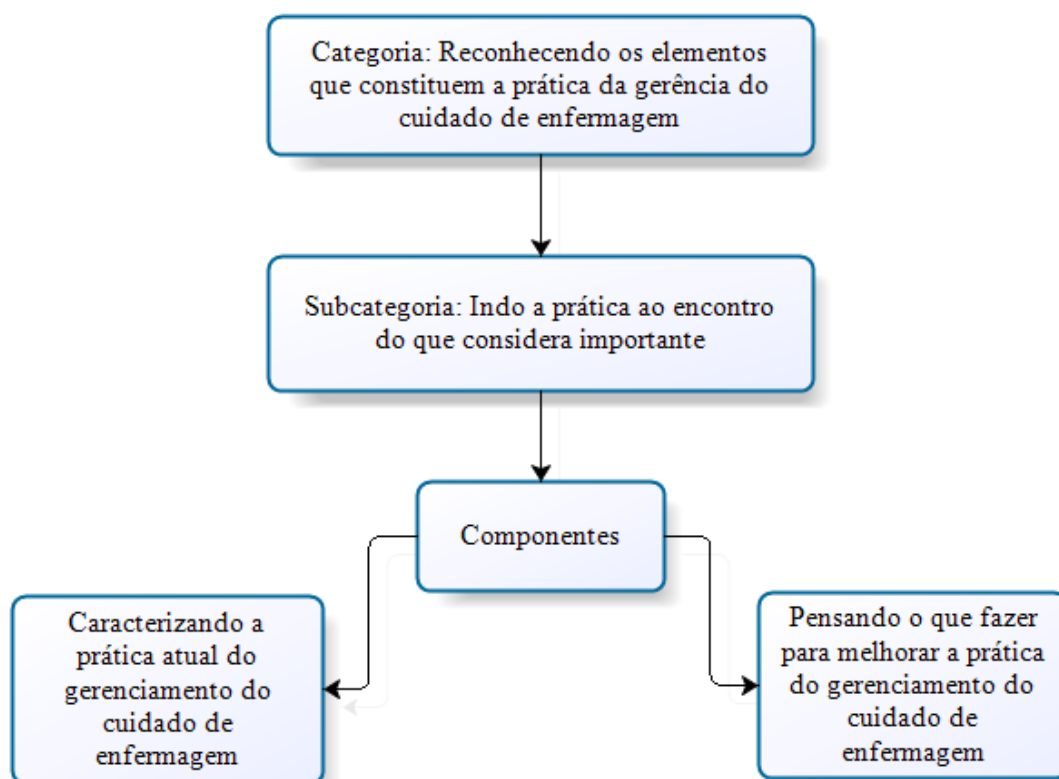
Esta categoria fica bem evidenciada por meio da sua subcategoria e respectivos códigos preliminares e componentes, que serão apresentados a seguir.

8.1- SUBCATEGORIA 01: Indo a prática ao encontro do que considera importante

Esta subcategoria descreve os pontos positivos da prática atual do gerenciamento do cuidado de enfermagem na internação hospitalar do HC-IV, sob a ótica dos enfermeiros, gerando o consenso de que o modo de condução atual do gerenciamento do cuidado de enfermagem vai ao encontro do que os enfermeiros consideram importante. As propostas para melhor desenhar a prática atual emergem das problemáticas evidenciadas, com destaque para a questão dos recursos humanos e os aspectos burocráticos.

Os componentes desta subcategoria são: *caracterizando a prática atual do gerenciamento do cuidado de enfermagem; pensando o que fazer para melhorar a prática do gerenciamento do cuidado de enfermagem*, conforme exposto no Diagrama 28.

DIAGRAMA 28: SUBCATEGORIA – INDO A PRÁTICA AO ENCONTRO DO QUE CONSIDERA IMPORTANTE



Os componentes da subcategoria e seus respectivos códigos preliminares são apresentados no Quadro 22.

Quadro 22: Indo a prática ao encontro do que considera importante

CÓDIGOS PRELIMINARES	COMPONENTE	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Não vendo forma diferente de desenhar o gerenciamento do cuidado; - Reconhecendo o que consegue fazer atualmente na prática do gerenciamento do cuidado; 	Caracterizando a prática atual do gerenciamento do cuidado de enfermagem	Indo a prática ao encontro do que considera importante	Reconhecendo os elementos que constituem a prática da gerência do cuidado de enfermagem

<ul style="list-style-type: none"> - Não sabendo se outros enfermeiros tem outro modo de gerenciar ou outras estratégias; - Afirmado que a forma como o gerenciamento acontece na internação condiz com o que acha importante; - Destacando como essenciais o trabalho em equipe, o suporte do plantonista médico e dos técnicos de enfermagem; - Tendo uma boa estrutura e suporte de material para a prestação do cuidado de enfermagem. 			
<ul style="list-style-type: none"> - Achando que a enfermagem tem sempre que buscar alguma coisa a mais para melhorar a assistência; - Apontando a falta do apoio psicológico aos profissionais; - Buscando em parceria com a equipe o melhor na qualidade para o cuidado da pessoa; - Pensando que os profissionais precisam estar mais conscientes; - Tendo que ter boa comunicação entre a equipe; - Achando que falta compromisso, por exemplo, no caso do 	<p style="text-align: center;">Pensando o que fazer para melhorar a prática do gerenciamento do cuidado de enfermagem</p>	<p style="text-align: center;">Indo a prática ao encontro do que considera importante</p>	<p style="text-align: center;">Reconhecendo os elementos que constituem a prática da gerência do cuidado de enfermagem</p>

<p>médico da emergência que acaba não subindo em algumas situações para atender a intercorrência clínica;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tendo investimento por parte da direção na educação continuada, mas depende de cada profissional; - Achando que as pessoas precisam querer fazer o melhor; - Achando que o gerenciamento do cuidado de enfermagem poderia ser melhor desenhado, a partir do maior investimento no quantitativo de pessoal; - Precisando da conscientização dos operacionais para que o trabalho possa se desenvolver melhor; - Podendo os papéis do processo de admissão da pessoa serem mais resumidos; - Achando que os profissionais de enfermagem poderiam ter duas férias ao ano; - Achando que as duas férias ao ano fariam bem psicologicamente, porque o emocional é muito forte. 	<p>Pensando o que fazer para melhorar a prática do gerenciamento do cuidado de enfermagem (continuação)</p>	<p>Indo a prática ao encontro do que considera importante</p>	<p>Reconhecendo os elementos que constituem a prática da gerência do cuidado de enfermagem</p>
---	--	--	--

8.1.a- Caracterizando a prática atual do gerenciamento do cuidado de enfermagem

Este componente retrata a ótica dos enfermeiros acerca da prática atual do gerenciamento do cuidado de enfermagem, que em geral, apresenta-se parcialmente ideal, em decorrência das problemáticas levantadas, sendo em sua maioria, os apontamentos para melhor desenhar a prática, conforme exposto no componente seguinte. Seguem depoimentos.

“Eu acho que, trabalhando em equipe, tendo suporte do plantonista médico, dos técnicos de enfermagem, todos tentam buscar o melhor na qualidade para o cuidado do paciente” (entrevista C).

“[...] como um todo a gente tem um boa estrutura e todo o material necessários para uma boa assistência de enfermagem” (entrevista D).

“[...] à noite tudo é mais difícil, por isso acho que o que eu faço é o que eu consigo fazer. Não é que ela seja a forma ideal. Muitas vezes, eu me pergunto o que estou fazendo aqui. Mas, eu não vejo outra saída, a não ser fazendo desse jeito... E acho que a maioria dos enfermeiros trabalha desse jeito também. Não tem outra forma. Precisa é de mais um enfermeiro” (entrevista A).

8.1.b- Pensando o que fazer para melhorar a prática do gerenciamento do cuidado de enfermagem

Este componente engloba o que os enfermeiros colocaram como essencial para que a prática do gerenciamento do cuidado de enfermagem possa ser melhor desenhada, de forma a favorecer a exequibilidade do processo de trabalho do enfermeiro nesse contexto de atuação. Seguem depoimentos.

“Para mim, o maior problema é na admissão. Mas a gente tem que simplificar, como enfermeiros precisamos ter um olhar mais objetivo... E para fazer melhor é preciso ter mais recursos humanos” (entrevista A).

“[...] falta aqui a questão do apoio aos profissionais. Não é só psicológico não, é de estar junto, de juntar o grupo e conversar, o que você faz, como você pensa, como você vê... Tentando dar força. E naqueles casos que realmente precise de um apoio, de um suporte psicológico, de ter sim alguém que conheça a nossa realidade, que possa dar um suporte, porque não tem. Você olha para as pessoas aqui e não vê só o cansaço físico, vê o cansaço psicológico, mental” (entrevista B).

“[...] eu acho que, a princípio, é mais o quantitativo de pessoal, mas acho que o restante não mudaria não [...]” (entrevista C).

“[...] podíamos ter duas férias por ano. Eu acho que faria bem psicologicamente. Porque o emocional é muito forte” (entrevista G).

“[...] eu acho que a gente tem sempre que buscar alguma coisa a mais para melhorar. Eu penso que os profissionais precisam estar mais conscientes. Eu vejo assim. A direção está sempre investindo com a educação continuada. Mas depende dos profissionais... É porque a pessoa tem que estar querendo. Porque, veja bem, eu trabalho aqui com o operacional. Eu tenho que sempre sinalizar o que ele tem que fazer, embora ele saiba que é atribuição dele. Só faz se eu solicitar. Por exemplo, a troca da água do bebedouro no corredor, que é de uso do cuidador. Se estiver vazio, ele não vem trocar, espera eu pedir. Mas ele sabe que é função dele. A mesma coisa acontece para colocar copo. E também e luva que falta, é fralda, que também atribuição dele repor, mas eu tenho que ficar solicitando” (entrevista D).

Este último depoimento referente à dificuldade em trabalhar com o operacional direcionou a pesquisadora para maior investigação do assunto nas entrevistas seguintes. Nas entrevistas anteriores, ao relatarem sobre o processo de trabalho e as dinâmicas da admissão, da alta e do óbito no andar, os enfermeiros referiam-se ao operacional, como elemento necessário na realização de alguma fase dos processos, seja trazendo a pessoa

do local de origem, ou removendo o corpo na ocasião do óbito. Nestas circunstâncias, na dependência do contato com o operacional, alguns enfermeiros também expuseram a dificuldade em estabelecer esse contato, já que o mesmo é intermediado pelo funcionário recepcionista da unidade.

O cargo do operacional é ocupado, em sua maioria, por homens de baixa escolaridade, contratados para atuarem no transporte interno de pessoas e para outras funções de menor complexidade referentes à organização do setor, como por exemplo: reposição de materiais. Mas como essas pessoas são admitidas? São preparadas e orientadas para a convivência no contexto da atenção paliativa? São alvos da educação continuada promovida pela instituição? Seguem depoimentos.

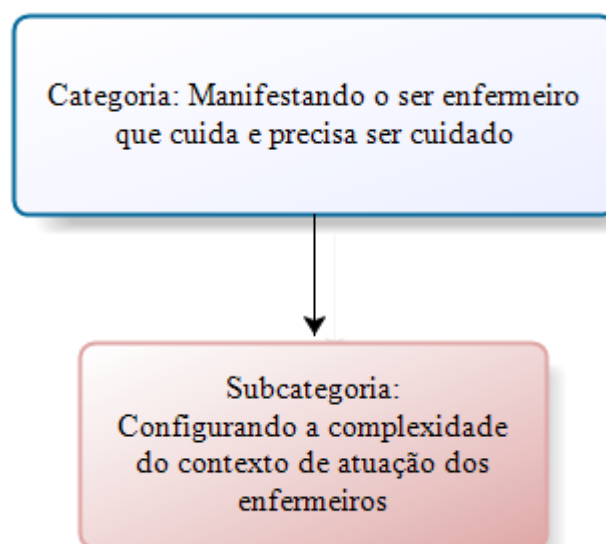
“Eu sempre brinco muito com eles, cobro muito, mas é uma relação amigável, porque a gente tem operacional aqui que faz tanta coisa e ganha pouco para fazer o que faz. E procuro ter o olhar, porque graças à Deus eu tenho uma boa estrutura, mas aquela pessoa carrega defunto todos os dias, repõe materiais, leva paciente mal para exames, traz paciente mal da emergência, em algum momento ele fica com medo do paciente morrer no elevador. Eu consigo ter uma relação muito boa com eles. Eu mais peço do que cobro” (entrevista E).

“[...] o enfermeiro não tem contato direto com o operacional, a gente tem que ligar para a recepção, para esta chamar o operacional... E também tem a medicação que às vezes não está no posto de enfermagem, é preciso solicitá-la, quando entra aquela questão da burocracia, pois dependemos do operacional, o que já demanda tempo [...]” (entrevista A).

CATEGORIA 09: MANIFESTANDO O SER ENFERMEIRO QUE CUIDA E PRECISA SER CUIDADO

A categoria **Manifestando o ser enfermeiro que cuida e precisa ser cuidado** é constituída por uma subcategoria: **1) Configurando a complexidade do contexto de atuação dos enfermeiros.**

DIAGRAMA 29: MANIFESTANDO O SER ENFERMEIRO QUE CUIDA E PRECISA SER CUIDADO



A categoria **Manifestando o ser enfermeiro que cuida e precisa ser cuidado**, conforme representação do Diagrama 29, traz aspectos relacionados ao cotidiano dos enfermeiros no contexto da internação hospitalar no que tange ao convívio com o sofrimento do outro, com as incapacidades geradas pela doença avançada em variáveis de tempo capazes de impossibilitar as medidas de adaptação, e o reconhecimento dos seus próprios limites, evidenciados, em sua maioria, pela sobrecarga física e emocional.

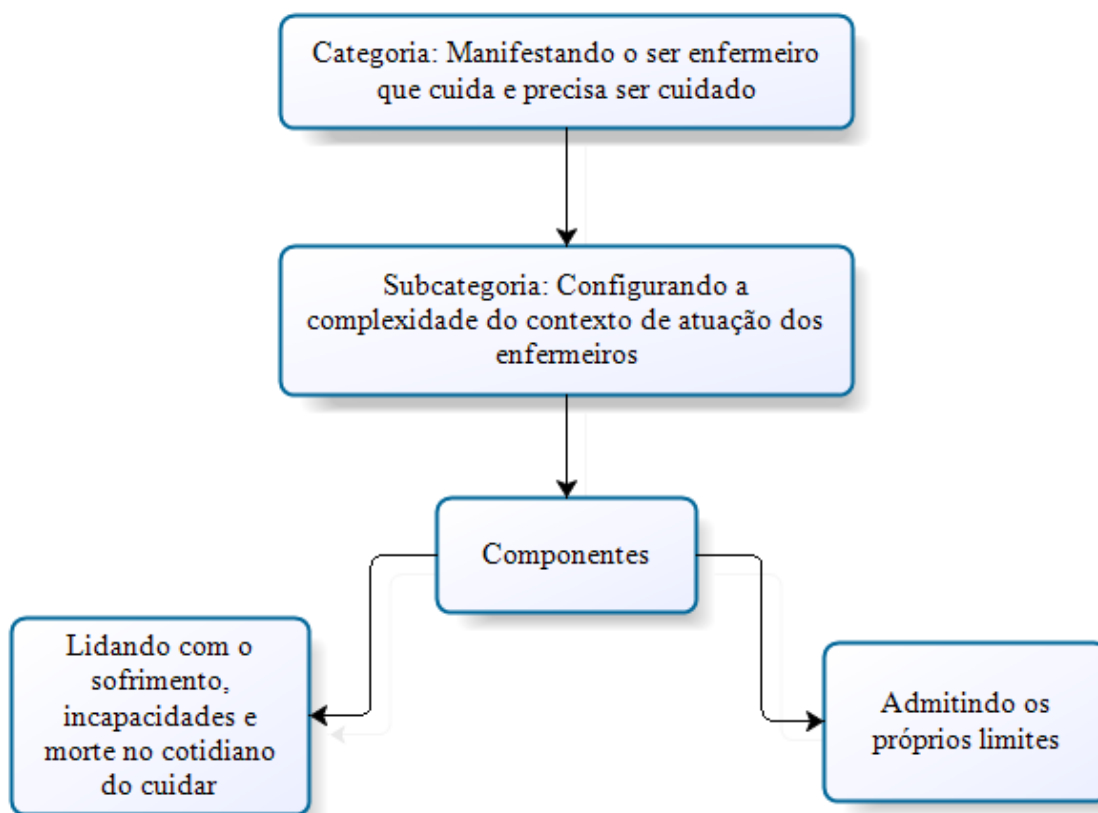
Esta categoria fica bem evidenciada por meio da sua subcategoria e respectivos códigos preliminares e componentes, que serão apresentados a seguir.

9.1- SUBCATEGORIA 01: Configurando a complexidade do contexto de atuação dos enfermeiros

Esta subcategoria abrange o cotidiano dos enfermeiros na internação hospitalar a partir da vivência direta com pessoas em processo de sofrimento, incapacidades e morte. Tal vivência desencadeia uma série de problemas diretamente relacionados com o cansaço físico e emocional, resultando na necessidade do reconhecimento dos próprios limites por parte do profissional, a fim de evitar o burnout, por exemplo.

Os componentes desta subcategoria são: *lidando com o sofrimento, incapacidades e morte no cotidiano do cuidar; admitindo os próprios limites*, conforme exposto no Diagrama 30.

DIAGRAMA 30: SUBCATEGORIA – CONFIGURANDO A COMPLEXIDADE DO CONTEXTO DE ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS



Os componentes da subcategoria e seus respectivos códigos preliminares são apresentados no Quadro 23.

Quadro 23: Configurando a complexidade do contexto de atuação dos enfermeiros

CÓDIGOS PRELIMINARES	COMPONENTE	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Sendo necessário o preparo do profissional para lidar com a morte, com o cuidador, com as necessidades psicológicas; - Incomodando-se com o sofrimento do outro; - Sendo um contexto de 	Lidando com o sofrimento, incapacidades e morte no cotidiano do cuidar	Configurando a complexidade do contexto de atuação dos enfermeiros	Manifestando o ser enfermeiro que cuida e precisa ser cuidado

<p>atuação bem mais complexo;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lidando mais com a morte, com o processo de morrer e com as incapacidades; - Lidando com a morte todos os dias; - Vendo realmente o processo de morrer na internação hospitalar, apesar de ser uma ocorrência comum na atenção paliativa; - Tendo que ver a morte como um processo natural da vida; - Não sendo simplesmente administração de medicação; - Deparando-se com o questionamento por parte da pessoa e do cuidador do tempo restante de vida; - Relatando o fato de ter tido que preparar um corpo no primeiro plantão; - Reconhecendo o cheiro específico e que marca, o cheiro da morte; - Sendo um cheiro diferente de uma pessoa que está morrendo, comparado com outra que já faleceu; - Sendo mais desgastante cuidar da pessoa que está 	<p>Lidando com o sofrimento, incapacidades e morte no cotidiano do cuidar (continuação)</p>	<p>Configurando a complexidade do contexto de atuação dos enfermeiros</p>	<p>Manifestando o ser enfermeiro que cuida e precisa ser cuidado</p>
---	--	--	--

<p>definindo;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconhecendo que simplesmente acabou na hora da morte; - Não sabendo se é ruim usar de humor, algumas vezes, diante das situações; - Expondo as dificuldades pessoais com o psicólogo; - Não gostando quando as pessoas falam que o enfermeiro que trabalha nesse contexto já está acostumado; - Demonstrando a irritação quando as pessoas dizem que esse profissional já está acostumado, porque, na verdade, ele não está; - Falando que existem pessoas que ficam penalizadas com o trabalho o enfermeiro, lidando todos os dias com a pessoa em estado terminal. 	<p>Lidando com o sofrimento, incapacidades e morte no cotidiano do cuidar (continuação)</p>	<p>Configurando a complexidade do contexto de atuação dos enfermeiros</p>	<p>Manifestando o ser enfermeiro que cuida e precisa ser cuidado</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Perguntando o que está fazendo ali como enfermeiro, diante do sentimento de impotência frente ao sofrimento humano; - Tendo demandas muito fortes, porque ninguém quer morrer; - Podendo virar as costas e começar a chorar após conversar com o cuidador sobre a piora do quadro clínico da pessoa; 	<p>Admitindo os próprios limites</p>		

<ul style="list-style-type: none"> - Podendo ficar desestruturado diante das situações difíceis; - Dizendo que sai carregado do hospital, porque a sobrecarga é grande, tanto física quanto psicológica e emocional; - Reconhecendo-se como ser humano; - Tendo que aprender a conviver com o sofrimento quando não se pode resolver o problema; - Admitindo que algumas coisas não vão melhorar, porque são próprias da patologia; - Olhando para o profissional e não vendo só o cansaço físico, mas também o cansaço psicológico e mental; - Relatando que estão todos cansados física e psicologicamente; - Sendo difícil encarar a morte; - Sendo muito difícil olhar um corpo; - Identificando os limites do conhecimento científico para a solução dos problemas e do sofrimento; - Querendo ajudar, mas sem saber o que fazer; - Observando que o profissional tem que estar muito preparado, 	<p>Admitindo os próprios limites (continuação)</p>	<p>Configurando a complexidade do contexto de atuação dos enfermeiros</p>	<p>Manifestando o ser enfermeiro que cuida e precisa ser cuidado</p>
---	---	--	--

<p>porque o cuidador vem com uma carga muito pesada;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconhecendo algumas limitações na hora de dar apoio emocional nos casos de óbito; - Buscando o equilíbrio para não destratar o cuidador diante da sobrecarga de trabalho e das cobranças; - Reconhecendo que qualquer pessoa estressada acaba sendo um pouco ríspida, mesmo o profissional; - Precisando estar preparado para trabalhar nesse contexto, em decorrência da negação das pessoas, gerando comportamentos agressivos; - Tendo cuidador que é agressivo, mesmo sendo bem atendido pela equipe; - Evitando transmitir para a pessoa e cuidador o estresse emocional, porque eles estão sofrendo; - Falando que o profissional da enfermagem não merece ser destrutado pelo cuidador; - Reconhecendo a necessidade de ter certo limite de envolvimento com as pessoas em 	<p>Admitindo os próprios limites (continuação)</p>	<p>Configurando a complexidade do contexto de atuação dos enfermeiros</p>	<p>Manifestando o ser enfermeiro que cuida e precisa ser cuidado</p>
--	---	--	--

<p>sofrimento, mas é uma linha muito tênue;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Não achando que o profissional tem que ser frio e distante, e se afastar; - Vendo essa permissão ao envolvimento / contato como sendo uma estratégia para lidar com o sofrimento; - Não levando os problemas para a vida pessoal, porque o sofrimento é da pessoa. 	<p>Admitindo os próprios limites (continuação)</p>	<p>Configurando a complexidade do contexto de atuação dos enfermeiros</p>	<p>Manifestando o ser enfermeiro que cuida e precisa ser cuidado</p>
--	---	--	--

9.1.a- Lidando com o sofrimento, incapacidades e morte no cotidiano do cuidar

Este componente abrange as falas dos enfermeiros referentes ao lidar cotidiano com a in(certeza) da morte, com o sofrimento humano e com as múltiplas demandas capazes de gerar sobrecarga física e emocional. Seguem depoimentos.

“[...] o profissional tem que estar muito preparado, porque a família vem com uma carga muito pesada, porque é o familiar, o ente querido daquele pessoa. Então, se você não estiver preparado... Porque as demandas são muito fortes, porque ninguém quer morrer. E o nosso paciente, quando vem de outras unidades, já vem achando que vai morrer. Então, o objetivo é promover qualidade de vida para esse paciente [...]” (entrevista D).

“[...] engraçado, para mim não foi tão difícil aprender a falar com o familiar, de dar a notícia, lidar com o cuidador. Porque quando eles veem o paciente sofrendo naquele momento, e você mostra o que o paciente estava passando e que agora acabou, parece que é um conforto para eles, e um conforto para a gente também. Não que a gente deseje que todo mundo morra, mas é um conforto, porque a gente se incomoda com aquele sofrimento. Então, a dificuldade não é de falar com o familiar, mas de olhar, eu enquanto pessoa... E nas primeiras vezes eu

olhava e falava assim: “_ Gente, vão fazer isso comigo. Vão fazer isso com o meu pai, com os meus filhos, não sei”. Foi muito difícil e ainda é. É muito difícil encarar a morte” (entrevista B).

“[...] tem cansaço físico, emocional, tem tudo. As pessoas chegam assim, e ficam com pena porque eu trabalho todos os dias com paciente terminal. E falam: “_ Nossa como você sofre em ter que lidar com a morte todos os dias”. Mas eu não gosto de ser vista como a coitada, é sofrido sim, mas eu não me vejo nesse momento cuidando do paciente que está morrendo, para proporcionar um cuidado digno no momento da sua morte, e para a família também. Então, quando as pessoas falam isso, ou então falam que eu já estou acostumada. Isso me irrita, porque eu não estou acostumada. Eu choro com o paciente, eu choro com o familiar. Ele está me pedindo um apoio, mas eu estou chorando com ele. Eu não acho que a gente tem que ser igual uma pedra, e se afastar. Eu nunca quero me ver assim. E nunca fiz isso até hoje. Então, se eu vejo um paciente ou familiar chorando eu vou dar o apoio, mas eu vou poder chorar junto, eu não acho que tenha que ser a profissional. É lógico que tem que ter certo limite, mas é uma linha muito fininha, você não sabe para onde você vai [...]” (entrevista E).

9.1.b- Admitindo os próprios limites

Todos os aspectos destacados que imprimem complexidade ao contexto de atuação profissional, em especial, os relacionados com a iminência de morte e vulnerabilidade própria foram destacados nos depoimentos dos enfermeiros que seguem.

“[...] às vezes estamos cansados física e emocionalmente, porque mexe com a gente. É ter que conversar com o familiar, falar da piora do quadro clínico do paciente, virar as costas e começar a chorar. Eu sou assim, não consigo ser fria, mas tem que aguentar [...]” (entrevista A).

“[...] outro dia eu conversei até com a psicóloga, porque às vezes eu saio carregado daqui, porque é muita coisa. Tem que ter muita atenção [...]” (entrevista D).

“Hoje eu procuro encarar e pensar do mesmo jeito que eu falo para o cuidador pensar, eu também tento pensar que acabou o sofrimento. Porque a gente gosta de cuidado paliativo, a gente estuda, a gente lê, mas quando a gente se depara, nós somos seres humanos igualzinho. Então, não tem diferença entre mim e o paciente. Do meu conhecimento e do que ele está passando na vida. Chega uma hora que parece que todo o seu conhecimento não vale nada, e todo o sofrimento daquele doente vem como carga encima de você. Então, uma coisa que sempre fiz é não levar isso para minha vida pessoal, porque o sofrimento é daquela pessoa, e eu vou fazer o que eu posso para aliviar o sofrimento daquela pessoa. O que eu não puder, e se tiver outro profissional que possa, ótimo. Se não, a gente vai ter que aprender a conviver com aquele sofrimento que a gente sabe que tem algumas coisas que a gente não vai conseguir melhorar nunca, porque é da própria patologia [...]” (entrevista B).

“[...] é muito do meu estresse emocional, que eu não posso passar para ele, porque ele está sofrendo, é o familiar dele que está doente. Então, eu tenho que respirar e não ser grossa. De fato eu não sou uma pessoa grossa, mas qualquer pessoa estressada acaba sendo um pouco ríspida, e eu confesso que já fui algumas vezes, mas eu tenho tentado não ser [...]” (entrevista E).

3.3- APRESENTANDO OS RESULTADOS OBTIDOS NO PROCESSO DE CODIFICAÇÃO DOS DADOS DO GRUPO DOS CUIDADORES

O mesmo movimento realizado no processo de codificação inerente à TFD com os dados empíricos do grupo dos enfermeiros foi realizado com os dados obtidos nas entrevistas de campo com os cuidadores.

Na codificação axial emergiram três categorias relevantes para o estudo: **O Cuidador Percebendo a Prática do Cuidado de Enfermagem no dia-a-dia da**

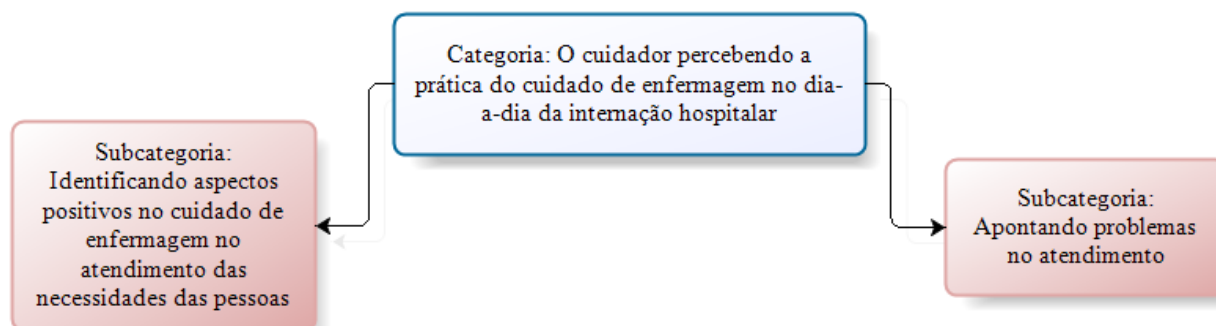
Internação Hospitalar; O Cuidador Ressaltando a Importância da sua Presença no Contexto; Manifestando o Ser Cuidador que Cuida e Precisa Ser Cuidado.

Cada uma das categorias será apresentada em detalhes a seguir.

CATEGORIA 10: O CUIDADOR PERCEBENDO A PRÁTICA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NO DIA-A-DIA DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

A categoria **O cuidador percebendo a prática do cuidado de enfermagem no dia-a-dia da internação hospitalar** é constituída por duas subcategorias: **1) Identificando aspectos positivos do cuidado de enfermagem no atendimento das necessidades das pessoas hospitalizadas; 2) Apontando problemas no atendimento.**

DIAGRAMA 31: O CUIDADOR PERCEBENDO A PRÁTICA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NO DIA-A-DIA DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR



A categoria **O cuidador percebendo a prática do cuidado de enfermagem no dia-a-dia da internação hospitalar**, conforme representação do Diagrama 33, traz aspectos relacionados ao modo como a prática do cuidado dos profissionais de enfermagem são percebidos pelos cuidadores, seja positiva ou negativamente, estando alguns presentes durante vinte quatro horas do dia ao lado da pessoa hospitalizada.

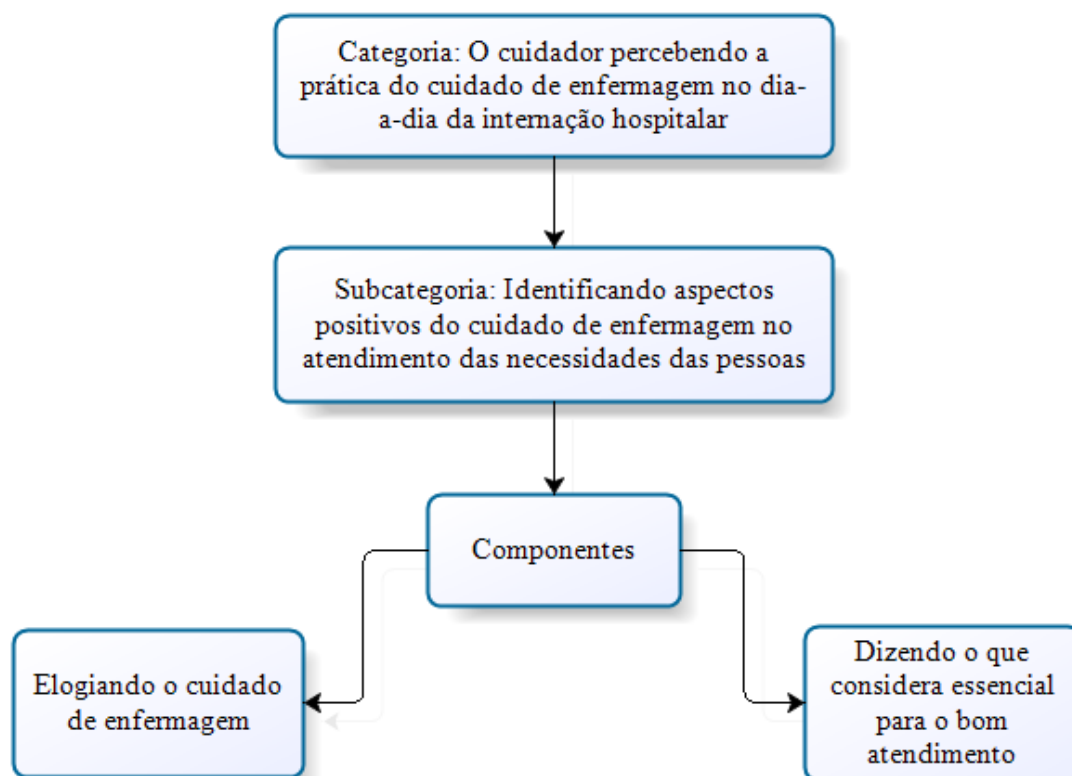
Esta categoria fica bem evidenciada por meio das suas subcategorias e respectivos códigos preliminares e componentes, que serão apresentados a seguir.

10.1- SUBCATEGORIA 01: Identificando aspectos positivos do cuidado de enfermagem no atendimento das necessidades das pessoas

Esta subcategoria abrange os aspectos positivos destacados pelos cuidadores acerca da prática do cuidado pela equipe de enfermagem no tocante à busca do atendimento das necessidades de cuidado da pessoa hospitalizada.

Os componentes desta subcategoria são: *elogiando o cuidado de enfermagem; dizendo o que considera essencial para o bom atendimento*, conforme exposto no Diagrama 32.

DIAGRAMA 32: SUBCATEGORIA – IDENTIFICANDO ASPECTOS POSITIVOS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO DAS NECESSIDADES DAS PESSOAS



Os componentes da subcategoria e seus respectivos códigos preliminares são apresentados no Quadro 24.

Quadro 24: Identificando aspectos positivos do cuidado de enfermagem no atendimento das necessidades das pessoas

CÓDIGOS PRELIMINARES	COMPONENTES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
- Dizendo que a equipe de enfermagem atende bem diante das necessidades de cuidado da pessoa hospitalizada; - Recebendo o atendimento pela	Elogiando o cuidado de enfermagem	Identificando aspectos positivos do cuidado de enfermagem no atendimento das necessidades das pessoas	O cuidador percebendo a prática do cuidado de enfermagem no dia-a-dia da internação hospitalar

<p>equipe de enfermagem sempre que solicitado;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recebendo prontamente o atendimento da equipe de enfermagem no caso da queixa de dor, seja administrando a medicação ou posicionando a pessoa de maneira confortável no leito; - Sendo o atendendo rápido, quando necessário; - Dizendo que todos da equipe de enfermagem estão sempre presentes, sorrindo, conversando e com bom humor; - Destacando a presença da equipe de enfermagem e a solicitude; - Sendo bonito o cuidado de enfermagem; - Considerando que a equipe de enfermagem sempre tenta trabalhar para fazer as coisas ficarem mais fáceis e para as pessoas se sentirem melhor; - Achando que a equipe de enfermagem é unida e sempre chega trocando informações na passagem de plantão, pela manhã ou à noite; - Reconhecendo que alguns profissionais de enfermagem são 	<p>Elogiando o cuidado de enfermagem (continuação)</p>	<p>Identificando aspectos positivos do cuidado de enfermagem no atendimento das necessidades das pessoas</p>	<p>O cuidador percebendo a prática do cuidado de enfermagem no dia-a-dia da internação hospitalar</p>
--	---	---	---

<p>descontraídos, brincam e conversam com a pessoa hospitalizada e o cuidador;</p> <p>- Achando que cada pessoa da equipe de enfermagem tem um carinho diferente, um jeito de falar diferente, de brincar, sendo uns mais sérios que outros, mas não com mau humor.</p>	<p>Elogiando o cuidado de enfermagem (continuação)</p>		
<p>- Considerando essencial para o atendimento das necessidades da pessoa a rapidez e eficiência da equipe de enfermagem, dependendo da gravidade da situação;</p> <p>- Percebendo que a equipe de enfermagem tem uma preocupação em relação à dor, o que é muito importante, bem como com relação à higiene;</p> <p>- Considerando o principal, no caso da pessoa com condição clínica grave, o controle da dor e o amparo por meio de profissionais trabalhando com carinho;</p> <p>- Fazendo bem para o cuidador e para a pessoa que está hospitalizada receber um cumprimento educado da equipe de enfermagem que presta</p>	<p>Dizendo o que considera essencial para o bom atendimento</p>	<p>Identificando aspectos positivos do cuidado de enfermagem no atendimento das necessidades das pessoas</p>	<p>O cuidador percebendo a prática do cuidado de enfermagem no dia-a-dia da internação hospitalar</p>

<p>cuidados; - Considerando que é preciso ter amor pela profissão, já que algumas pessoas que estão internadas não tem a esperança de sair de alta, então, não devem ser destratasdas, o que pode prejudicar sua evolução.</p>	<p>Dizendo o que considera essencial para o bom atendimento (continuação)</p>	<p>Identificando aspectos positivos do cuidado de enfermagem no atendimento das necessidades das pessoas</p>	<p>O cuidador percebendo a prática do cuidado de enfermagem no dia-a-dia da internação hospitalar</p>
--	--	---	---

10.1.a- Elogiando o cuidado de enfermagem

Os elogios por parte dos cuidadores ao trabalho que vem sendo desenvolvido pela equipe de enfermagem foram destacados nos depoimentos que seguem.

“[...] eu acho que elas atendem bem. Não tem nem o que falar, porque elas estão sempre aqui, estão sempre sorrindo, conversando, sempre de bom humor, trazem as coisinhas certinhas para ela [...]” (entrevista H).

“[...] A equipe de enfermagem tem contribuído muito, com carinho, com atenção, com muito cuidado [...] e isso passa para a gente também, porque eles (os pacientes) vem muito debilitados, então isso é bonito [...]. Sempre que a gente chama eles estão ali, tudo que a gente pede também eles dão, sempre ajudando [...]” (entrevista J).

“[...] A meu ver a paciente está sendo bem cuidada. Todos são muito atenciosos. Tendo algum problema eu vou lá chamar e elas vem na hora. Se estiver com fralda molhada, ou se ela estiver com dificuldade para respirar, elas vem atenciosamente, e fazem tudo que a gente pede. Sempre a pessoa está aqui presente, sem nenhum problema [...]” (entrevista O).

10.1.b- Dizendo o que considera essencial para o bom atendimento

Para os cuidadores alguns aspectos são fundamentais para o cuidado da pessoa com qualidade pela equipe de enfermagem, e tais aspectos estiveram relacionados tanto com a técnica, com a rapidez e resolutividade do atendimento, com a valorização do controle dos sintomas da doença avançada, quanto com a empatia, o bom humor e com a necessidade de se estabelecer uma boa relação e comunicação. Seguem depoimentos.

“[...] Considero essencial que a equipe de enfermagem atenda as necessidades de forma rápida, dependendo do grau de necessidade dele. O atendimento tem que ser rápido e eficiente, mas aqui é tranquilo, quando eu chamo, eles vem na mesma hora [...]” (entrevista I).

“[...] No momento ela está sendo muito bem atendida, pelo estado atual dela. A equipe de enfermagem tem uma preocupação em relação à dor, acho isso muito importante, e também com relação à higiene dela, para o estado atual, que é grave, acho que isso é o principal, não sentir dor e se sentir bem amparada, tendo as pessoas ao seu redor trabalhando e lidando com carinho com ela [...]” (entrevista L).

“[...] Acho muito importante que o profissional de enfermagem tenha mais boa vontade, mais empenho, mais amor pela profissão, porque muitas pessoas que estão aqui já não tem a esperança de sair, então, ser destrutado, tratado com pouco caso, aquela demora para atender, prejudica [...]” (entrevista N).

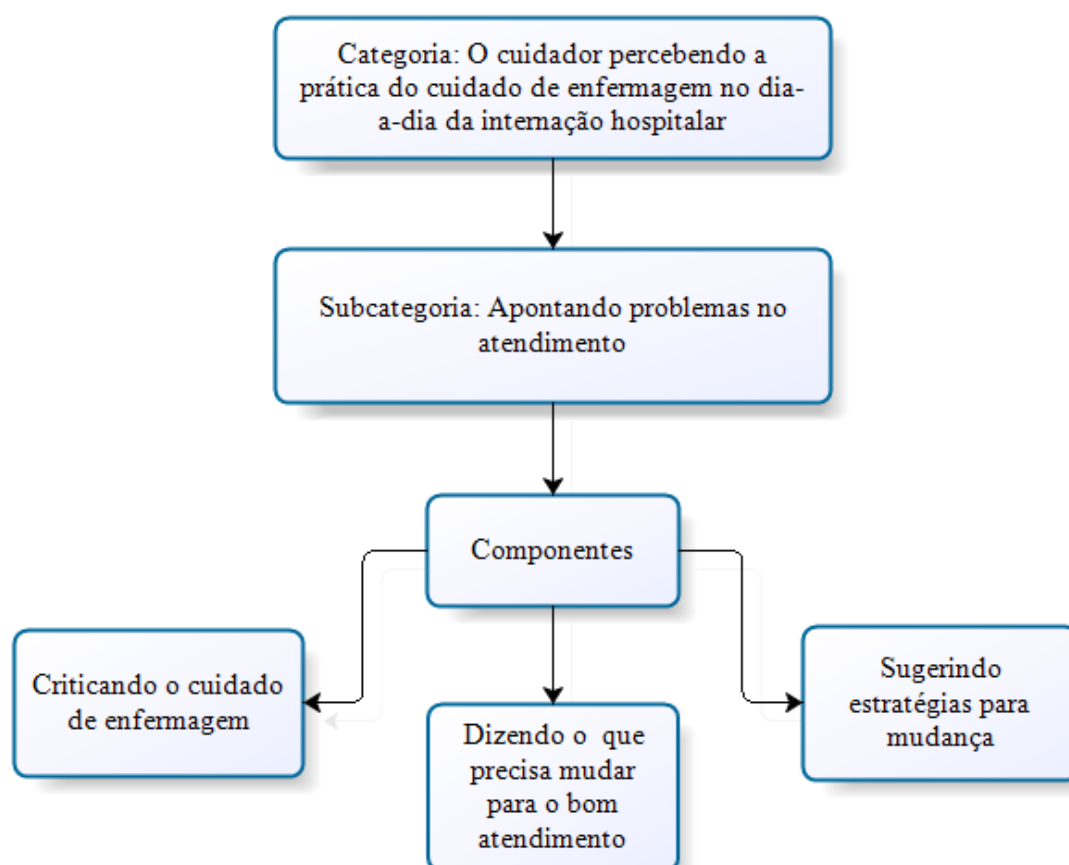
Este último depoimento decorre de um dos aspectos negativos destacados pelos cuidadores, considerando que nem todos os profissionais da enfermagem agem da mesma forma, ou seja, buscando estabelecer uma relação empática e interpessoal construtiva, o que pode ser observado na subcategoria que segue.

10.2- SUBCATEGORIA 02: Apontando problemas no atendimento

Esta subcategoria abrange os aspectos negativos destacados pelos cuidadores acerca da prática do cuidado pela equipe de enfermagem.

Os componentes desta subcategoria são: *criticando o cuidado de enfermagem; dizendo o que precisa mudar para o bom atendimento; sugerindo estratégias para mudança*, conforme exposto no Diagrama 33.

DIAGRAMA 33: SUBCATEGORIA – APONTANDO PROBLEMAS NO ATENDIMENTO



Os componentes da subcategoria e seus respectivos códigos preliminares são apresentados no Quadro 25.

Quadro 25: Apontando problemas no atendimento

CÓDIGOS PRELIMINARES	COMPONENTES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Percebendo que algumas pessoas da equipe de enfermagem apresentam mau humor; - Reconhecendo que em um plantão a enfermagem, infelizmente, deixa a desejar no cuidado; - Relatando que aqueles funcionários que estão presentes no serviço por mais tempo são os que pouco desenvolvem a relação empática e simpática; - Considerando que o mau humor de alguns funcionários influencia no emocional da pessoa hospitalizada e do cuidador; - Sendo a correria do dia-a-dia, ou o fato de às vezes estar no fim do plantão, ou pelo cansaço, fatores que contribuem para o mau humor do funcionário; - Estando a equipe de enfermagem bastante presente nesse momento, porém, em outra ocasião, num outro andar, a enfermagem não esteve tão presente; - Percebendo como 	<p>Criticando o cuidado de enfermagem</p>	<p>Apontando problemas no atendimento</p>	<p>O cuidador percebendo a prática do cuidado de enfermagem no dia-a-dia da internação hospitalar</p>

<p>problema a falta de comunicação entre os próprios membros da equipe de enfermagem;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tendo equipe de enfermagem que se percebe a falta de entrosamento; - Tendo funcionários que tratam as pessoas com um ar de superioridade e arrogância; - Encontrando problema no atendimento quando o médico vai embora, e o dia vai passando, com destaque para o período noturno, quando, embora a equipe de enfermagem atenda às necessidades, não fica tão presente comparado ao período da manhã; - Percebendo que existem outras pessoas mais difíceis, pouco comunicativas; - Não conseguindo falar com as pessoas mais introvertidas, que estabelecem interação mínima com a pessoa e o cuidador e fazem apenas o que lhes cabem tecnicamente; - Dificultando o cuidado da pessoa hospitalizada quando o profissional não dá a atenção devida à mesma e ao cuidador; - Não recebendo 	<p>Criticando o cuidado de enfermagem (continuação)</p>	<p>Apontando problemas no atendimento</p>	<p>O cuidador percebendo a prática do cuidado de enfermagem no dia-a-dia da internação hospitalar</p>
--	--	--	---

<p>informação referente ao cuidado por parte do profissional, como por exemplo, no caso da medicação que está sendo administrada;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tendo medo de se reportar ao profissional que não favorece a interação e empatia; - Percebendo incongruência nas informações fornecidas pelo enfermeiro e pelo médico; - Achando ruim não ter o médico presente à noite; - Não precisando o funcionário de enfermagem ser frio, grosseiro, desrespeitoso, mesmo tendo uma relação mais prática e objetiva com o trabalho, ou seja, como algo necessário à sobrevivência. 	<p>Criticando o cuidado de enfermagem (continuação)</p>	<p>Apontando problemas no atendimento</p>	<p>O cuidador percebendo a prática do cuidado de enfermagem no dia-a-dia da internação hospitalar</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Achando que nada deve mudar; - Achando que o que pode mudar é o maior entrosamento entre a equipe; - Considerando que as pessoas que estão internadas precisam de atenção, carinho, e serem cuidadas por profissionais que transmitam energia positiva; - Precisando saber que todas as pessoas devem 	<p>Dizendo o que precisa mudar para o bom atendimento</p>	<p>Apontando problemas no atendimento</p>	<p>O cuidador percebendo a prática do cuidado de enfermagem no dia-a-dia da internação hospitalar</p>

<p>ser tratadas igualmente;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sendo preciso na profissão da enfermagem ter amor, carinho e respeito; - Considerando essencial que o final da vida da pessoa seja confortável e em paz, o que pode ser facilitado por meio do atendimento de qualidade da enfermagem, humano e empático. 	<p>Dizendo o que precisa mudar para o bom atendimento (continuação)</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - Podendo melhorar o humor dos funcionários a partir de atividades, como por exemplo, massoterapia para relaxar quando a pessoa estiver muito tensa, ou estendendo mais 15 minutos no horário de almoço, colocando poltronas para o descanso, quando necessário; - Achando muito importante olhar para as necessidades do funcionário também; - Podendo melhorar a assistência de enfermagem por meio da maior disponibilidade do profissional, maior empenho e mais amor pela profissão; - Considerando que tem pouco funcionário da enfermagem para atender todas as demandas da 	<p>Sugerindo estratégias para mudança</p>	<p>Apontando problemas no atendimento</p>	<p>O cuidador percebendo a prática do cuidado de enfermagem no dia-a-dia da internação hospitalar</p>

internação; - Achando que a enfermagem está sobrecarregada; - Achando interessante a possibilidade de se realizar palestras para os funcionários, a fim de conscientizá-los acerca do cuidado humanizado e empático.	Sugerindo estratégias para mudança (continuação)	Apontando problemas no atendimento	O cuidador percebendo a prática do cuidado de enfermagem no dia-a-dia da internação hospitalar
--	---	---	--

10.2.a- Criticando o cuidado de enfermagem

Dentre as críticas referentes ao cuidado de enfermagem destacaram-se questões relacionadas à falta de comunicação, tanto do profissional com a pessoa hospitalizada e cuidador, como entre os próprios membros da equipe de enfermagem e de saúde; ao mau humor de alguns membros da equipe, à relação não empática e à ausência em alguns momentos. Como é comum a reinternação na unidade diante da instabilidade do quadro clínico das pessoas, o significado construído numa determinada experiência, com destaque para as negativas, traz repercussões para as vivências atuais. Seguem depoimentos.

“[...] Algumas pessoas da equipe trabalham com mau humor. Alguns, digamos os que estão aqui há mais tempo, não chegam com aquela simpatia, como as mais novas, que chegam com maior atenção. Elas vão lá fazem e pronto acabou, e saem. Entram na enfermagem e não cumprimentam a gente. E isso influencia no emocional do paciente, e do acompanhante também. Porque você recebe um bom dia, boa tarde, boa noite, e isso faz bem para você. Tanto para você como para quem está internado [...]. Acho que a correria do dia-a-dia - às vezes está acabando o plantão - e o cansaço, implicam nesse comportamento (entrevista I).

“[...] Nesse momento a equipe está presente, mas já teve outra ocasião, quando ela esteve em outro andar, não senti muita presença não [...]” (entrevista L).

“[...] Quando a pessoa é descontraída, que chega e brinca, ela passa uma energia positiva, e isso anima o paciente, o faz rir. Agora, quando uma pessoa chega muito fechada, e não dá a atenção devida, eu acho que dificulta. Até na hora de passar para gente a informação, não diz nem o remédio que está dando. A gente acaba nem perguntando. Fica com medo de perguntar. Tem dois plantões aqui que são mais difíceis, e é mais à noite, não sei se é por causa da hora que eles trabalham, às vezes, vem sem vontade [...]” (entrevista N).

“[...] Sempre tem um plantão ou outro que tem alguém que, infelizmente, deixa a desejar, mas fora isso não tenho nada o que reclamar, pelo contrário, o cuidado é excelente [...]” (entrevista P).

“[...] Quando falo que a pessoa deixa a desejar é porque não vem na hora que a gente chama, trata as outras pessoas com um ar de superioridade. No meu caso foi somente com uma profissional da enfermagem, tem dois plantões ou três que ela cuidou do meu pai, e ela é arrogante, se acha superior, se acha melhor que os outros, em todos os sentidos, mas ela é uma técnica de enfermagem como todas as outras, e ela precisa saber disso, para tratar todos igualmente, mas não, ela acha que é a chefe do andar. Todos aqui estão na mesma situação, independente da localização do tumor, tanto os pacientes, como seus cuidadores, e a maioria dos funcionários aqui é atenciosa e cuidadosa, todos, incluindo também a assistente social, psicólogas, médicos, mas sempre tem uma laranja estragada. O problema é em um único plantão, com uma única pessoa. Fora isso, tudo bem [...]” (entrevista P).

10.2.b- Dizendo o que precisa mudar para o bom atendimento

Este componente reúne elementos destacados pelos cuidadores relacionados com o que precisa mudar no atendimento da enfermagem em prol da qualidade e satisfação, o que pode ser observado nos depoimentos que seguem.

“[...] Acho que falta um pouco de dedicação para melhorar o atendimento aqui. Eu acho que não tem dedicação total [...]” (entrevista N).

“[...] Embora o problema não tenha sido dessa vez, mas pela outra experiência, acho que deva ter maior intercâmbio da equipe. Porque tem equipe que você percebe que não existe muito entrosamento. Pode ser que seja por um dia ruim, pelo mau humor, mas o que posso deixar de ajuda é para que tenha maior entrosamento entre a equipe [...]” (entrevista L).

“[...] Não acho que deva mudar, porque ela está bem atendida, sendo muito bem cuidada, e agora está nas mãos de Deus [...]” (entrevista M).

Este último depoimento retrata o posicionamento de quatro cuidadores quando questionados acerca do que consideravam importante mudar no atendimento de enfermagem, diferente da opinião dos demais destacada nos depoimentos acima.

10.2.c- Sugerindo estratégias para mudança

Diante dos problemas identificados no atendimento de enfermagem os cuidadores apontaram estratégias em seus depoimentos, de forma a contribuir para a solução dos mesmos, conforme destacado a seguir.

“[...] Eu acho que de vez em quando deveria ter, não digo nem curso, mas uma palestra, mostrando para a equipe, conscientizando-a que todo mundo aqui é igual, independente de ser médico, de ser enfermeiro, de ser psicólogo, todos são seres humanos. E rezar à Deus para que um dia nenhum parente, nenhum amigo tenha que passar por essa situação. Na verdade, todos nós estamos vulneráveis a isso, e a pessoa tanto no emocional quanto no psicológico fica balançada, fica mexida por ver uma pessoa que você gosta estar daquela forma. Então, às vezes, uma palavra mais confortável, a forma de falar, de explicar, não de forma grosseira, como se a pessoa estivesse aqui trabalhando por obrigação. Todo mundo

trabalha porque precisa, mas não é por isso que tem que ser frio, tem que ser grosseiro, ou até às vezes, não tratar com respeito o paciente e o acompanhante. Eu acho que tem que ter não um curso, mas palestras, para passar para eles que nessa profissão é preciso ter amor, carinho, respeito. E aqui muitos pacientes vem para ir embora, para partirem, então, que o final seja confortável, em paz [...]” (entrevista P).

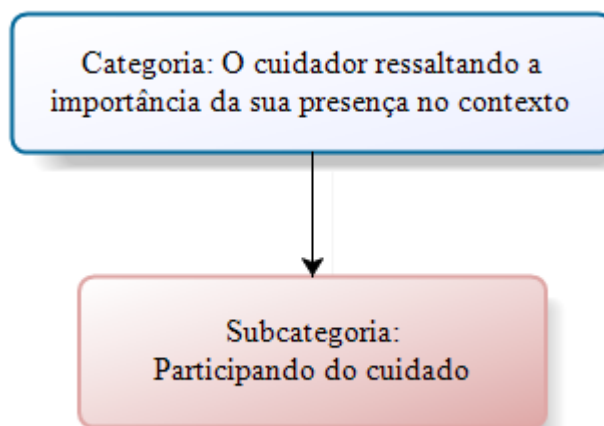
“[...] Poderia fazer alguma atividade, se estiver em horário de almoço, poderia ter uns 15 minutos a mais para as pessoas descansarem, porque às vezes, elas vão almoçam e já voltam. Poderia colocar também uma sala de massagem para relaxar quando a pessoa estiver muito tensa. Ou colocar umas poltronas para descansar. Eu acho isso muito importante, para tentar olhar o lado do funcionário [...]” (entrevista I).

Contudo, é válido destacar que a unidade realiza algumas atividades com os funcionários que visam as trocas de experiências e o constante aperfeiçoamento, por meio de grupos de estudos, rodas de conversas, rounds, e participação em eventos científicos.

CATEGORIA 11: O CUIDADOR RESSALTANDO A IMPORTÂNCIA DA SUA PRESENÇA NO CONTEXTO

A categoria **O cuidador ressaltando a importância da sua presença no contexto** é constituída por uma subcategoria: **1) Participando do cuidado.**

DIAGRAMA 34: O CUIDADOR RESSALTANDO A IMPORTÂNCIA DA SUA PRESENÇA NO CONTEXTO



A categoria **O cuidador ressaltando a importância da sua presença no contexto**, conforme representação do Diagrama 34, aborda o valor da presença do familiar/cuidador ao lado da pessoa, na fase da internação hospitalar, seja oferecendo apoio emocional e psicológico, ou participando do cuidado propriamente dito.

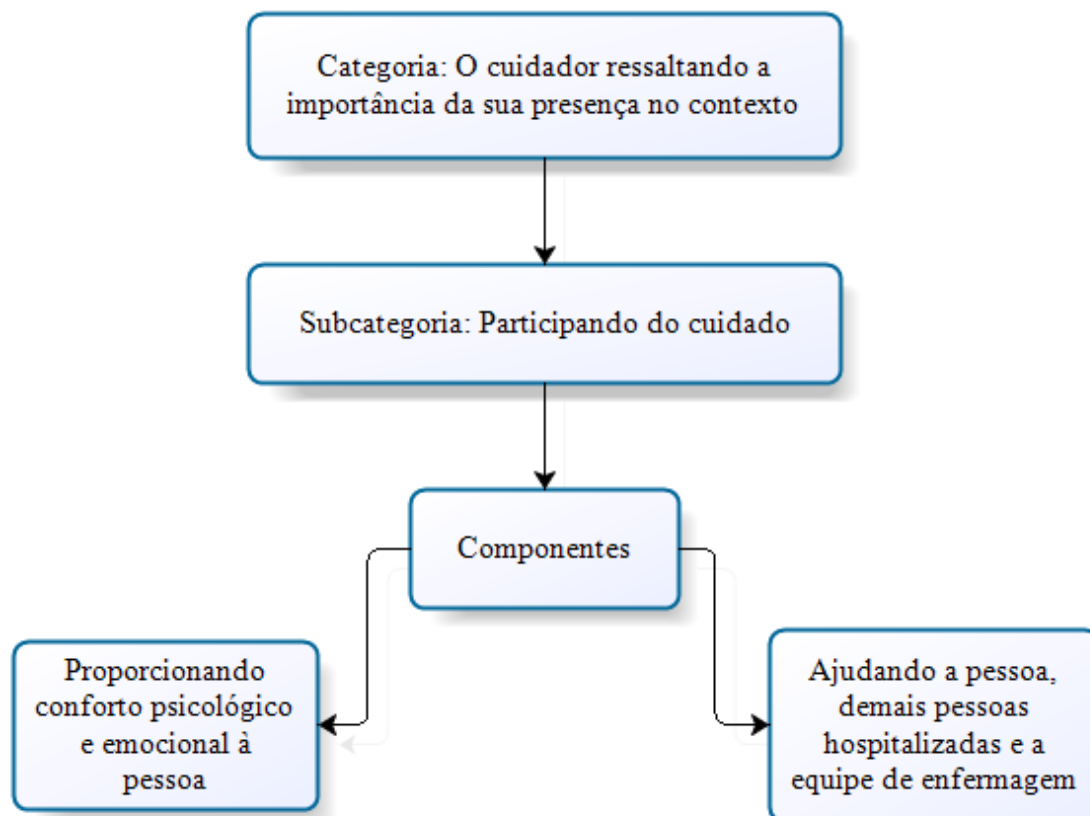
Esta categoria fica bem evidenciada por meio da sua subcategoria e respectivos códigos preliminares e componentes, que serão apresentados a seguir.

11.1- SUBCATEGORIA 01: Participando do cuidado

Esta subcategoria caracteriza a forma de participação do cuidador no contexto da internação hospitalar, destacando a importância do apoio e do conforto emocional e psicológico proporcionado à pessoa, que se sente acolhida e protegida, bem como a participação no cuidado por meio de ações que podem ser delegadas e orientadas pela equipe de enfermagem, como por exemplo: ajuda na higiene da pessoa, na alimentação, na deambulação ou na mudança de decúbito.

Os componentes desta subcategoria são: *proporcionado conforto psicológico e emocional à pessoa; ajudando a pessoa, demais pessoas hospitalizadas e a equipe de enfermagem*, conforme exposto no Diagrama 35.

DIAGRAMA 35: SUBCATEGORIA – PARTICIPANDO DO CUIDADO



Os componentes da subcategoria e seus respectivos códigos preliminares são apresentados no Quadro 26.

Quadro 26: Participando do cuidado

CÓDIGOS PRELIMINARES	COMPONENTES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Considerando importante para a assistência à pessoa não só a presença da equipe de enfermagem, mas da própria família; - Considerando que a presença da família é muito importante para a pessoa, a fim de mostrá-la que não está sozinha; - Achando a presença do familiar muito importante para suporte emocional e psicológico; - Achando que o familiar traz um pouquinho da casa para o hospital, e faz com que a pessoa se sinta mais confortável e protegida. 	<p>Proporcionado conforto psicológico e emocional à pessoa</p>	<p>Participando do cuidado</p>	<p>O cuidador ressaltando a importância da sua presença no contexto</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Garantindo o apoio, caso a pessoa precise de alguma coisa; - Auxiliando a equipe de enfermagem na realização do banho no leito; - Ajudando no cuidado fazendo mudança de decúbito, ou colocando a alimentação pela sonda enteral; - Procurando como cuidador ajudar também outras pessoas 	<p>Ajudando a pessoa, demais pessoas hospitalizadas e a equipe de enfermagem</p>	<p>Participando do cuidado</p>	<p>O cuidador ressaltando a importância da sua presença no contexto</p>

<p>que precisam;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajudando as outras pessoas na hora da alimentação, ou na trocar da fralda, se for preciso; - Descobririndo um novo dom para cuidar das pessoas; - Considerando estar vivendo uma experiência que poderá contribuir para cuidar de outras pessoas no futuro; - Procurando ajudar os membros da equipe de enfermagem quando estão atendendo outras solicitações. 	<p>Ajudando a pessoa, demais pessoas hospitalizadas e a equipe de enfermagem (continuação)</p>	<p>Participando do cuidado</p>	<p>O cuidador ressaltando a importância da sua presença no contexto</p>
--	---	---------------------------------------	---

11.1.a- Proporcionado conforto psicológico e emocional à pessoa

Este componente destaca a importância do familiar/cuidador no contexto da internação hospitalar, a título de presença, proteção e apoio psicológico e emocional diante da fragilidade da pessoa hospitalizada, conforme pode ser observado nos depoimentos que seguem.

“[...] Acho que a família é muito importante, de estar sempre aqui, com ela, mostrando que ela não está sozinha, e a equipe cumpre a parte dela, contribuindo também [...]” (entrevista H).

“[...] No momento em que ela se encontra, me vejo como uma pessoa que está aqui caso ela precise de alguma coisa, e para ela saber que tem alguém aqui com ela. No momento ela está em coma, eu acho que a minha presença aqui é muito importante, porque antes ela sabia que eu estava aqui, porque no momento ela não está atendida

com nada. Mas antes dela entrar em coma ela já sabia que existia alguém aqui. Embora eu não sabia o que está se passando com ela, consciente ou não, acredito que ela saiba que tem alguém aqui, acompanhando [...]” (entrevista L).

“[...] Eu acho que proporciono um pouco de conforto para o meu pai, porque ninguém gosta de ficar hospitalizado, qualquer que seja o hospital, mas tendo alguém da família, um filho perto [...] Minha mãe não pode ficar devido à idade, e também não ia conseguir ficar. Acho que o familiar traz um pouquinho da casa para cá, para ele, para que possa se sentir mais confortável, mais protegido [...]” (entrevista P).

11.1.b- Ajudando a pessoa, demais pessoas hospitalizadas e a equipe de enfermagem

Uma vez assumindo o papel de cuidador, o que transpassa a relação com seu próprio ente, as pessoas entrevistadas demonstraram compartilhar das angústias, dos medos e das necessidades de todos naquele ambiente, além de tentar compreender a dinâmica da equipe de enfermagem, chegando à consciência do saber aguardar a vez ou de realizar algumas tarefas ao alcance, desde que previamente orientadas e autorizadas pela equipe. Seguem depoimentos.

“[...] Eu estou amando o que estou fazendo, porque eu acho que Deus está me mostrando esse dom. Eu ajudo a minha irmã, e não me dá trabalho. Depois de banho tomado e fralda trocada, não me dá trabalho. E as outras pessoas eu ajudo na alimentação, se for preciso trocar uma fralda, se for preciso auxiliar no banho. Ontem eu consegui colocar a minha irmã na cadeira de banho, colocar no chuveiro, junto com o enfermeiro [...]” (entrevista J).

“[...] Porque quando a gente vai ao posto de enfermagem, às vezes, elas estão atendendo outra pessoa [...] É só esperar um pouco, não sou só eu precisando. São vários pacientes, e pouca gente para atender [...]” (entrevista O)

“[...] Quando elas pedem para ajuda eu ajudo. Ontem elas me pediram para ajudar a virar ela e eu ajudei; também, quando elas pedem para eu sair eu saio. Eu coloco a alimentação, porque ela está com sonda. A equipe de enfermagem me ensinou direitinho, e eu coloco, tiro, lavo com água [...]” (entrevista M).

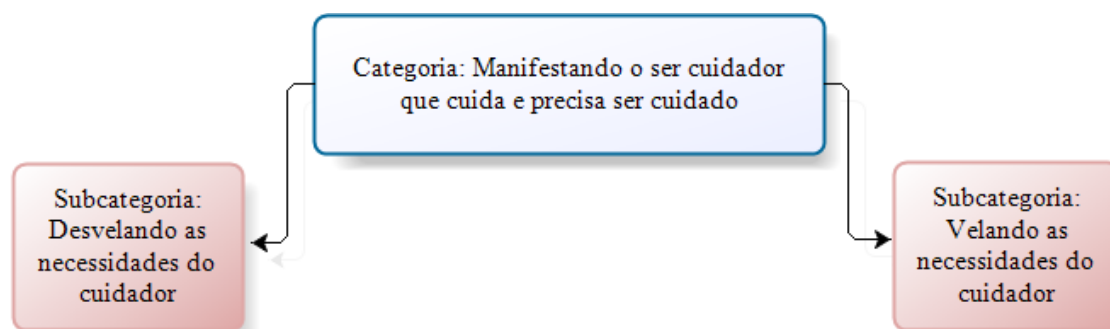
“[...] No início eu não ajudava muito no cuidado, quando ele estava mais lúcido, para preservar a privacidade dele, ele nunca gostou. Porque em casa, quem ajudava era meu marido, e ele andava, ia sozinho para o banheiro, tomava banho sempre ao lado do meu marido ou do outro filho, sempre um homem para preservar a sua pessoa. Mas, depois que a doença avançou muito, e não pôde mais andar, a gente conversou com ele, eu mesma conversei, expliquei, e ele aceitou, embora não estivesse mais falando, mas fez um gesto com a cabeça positivo, de que eu poderia ajudá-lo nesse sentido. Então, devido à idade, por ser homem, ele entendeu e compreendeu a situação [...]” (entrevista P).

“[...] É como nós falamos, eles estão sobrecarregados, às vezes, à noite que é mais necessário que a gente participe ajudando. Ai a menina me pede, e eu ajudo sempre, se eu fazia em casa, porque que não vou poder fazer aqui. Ai eu tiro a roupa dela, lavo o rosto, enxugo ela, viro ela na cama, tiro a fralda, coloco a fralda, mas isso para mim é tudo natural, eu sou uma pessoa assim. Se fossem meus irmãos, eles já são mais sentimentais, se vem para cá ficam chorando, mas eu consigo me manter. Eu participo quase sempre. Seguro a perna dela para fazer um curativo, sou sempre uma pessoa tranquila e prestativa, na hora que eles precisam de mim, se estiver aqui sentado, pode me chamar, porque às vezes só tem uma pessoa mesmo para atender, para dar banho ou trocar uma fralda. Porque geralmente tem dias que vem duas ou três pessoas, porque o andar está mais vazio. Hoje mesmo tinham duas pessoas aqui com minha mãe, mas eu também dei uma ajuda, porque fica tudo bem [...]” (entrevista O).

CATEGORIA 12: MANIFESTANDO O SER CUIDADOR QUE CUIDA E PRECISA SER CUIDADO

A categoria **Manifestando o ser Cuidador que cuida e precisa ser cuidado** é constituída por duas subcategorias: **1) Desvelando as necessidades do cuidador;** **2) Velando as necessidades do cuidador.**

DIAGRAMA 36: MANIFESTANDO O SER CUIDADOR QUE CUIDA E PRECISA SER CUIDADO



A categoria **Manifestando o ser Cuidador que cuida e precisa ser cuidado**, conforme representação do Diagrama 36, abrange as necessidades do cuidador, que ora são reconhecidas pelo mesmo, e ora são mascaradas, com intuito de mostrar-se sempre forte e capaz de suportar a situação vivenciada.

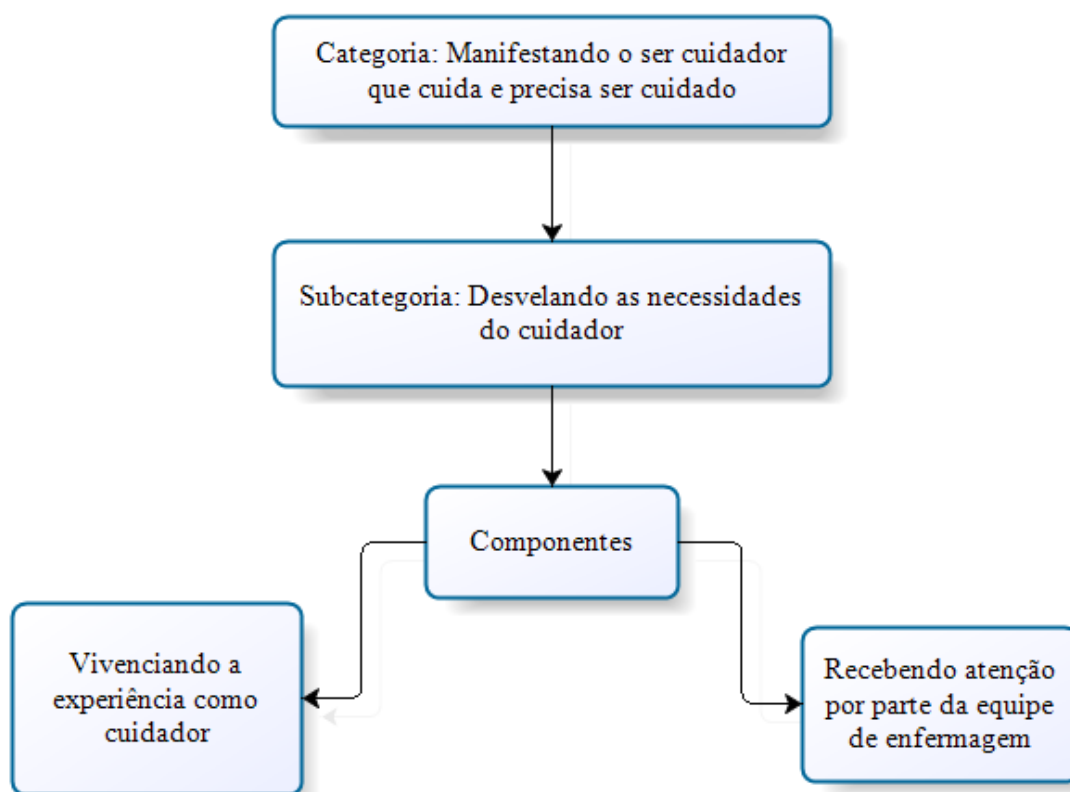
Esta categoria fica bem evidenciada por meio das suas subcategorias e respectivos códigos preliminares e componentes, que serão apresentados a seguir.

12.1- SUBCATEGORIA 01: Desvelando as necessidades do cuidador

Esta subcategoria aborda as necessidades desveladas pelos cuidadores no momento das entrevistas, diante de problemas como o estresse pela rotina e situação vivenciada na internação hospitalar, cansaço e tristeza.

Os componentes desta subcategoria são: *vivenciando a experiência como cuidador*; *recebendo atenção por parte da equipe de enfermagem*, conforme exposto no Diagrama 37.

DIAGRAMA 37: SUBCATEGORIA 01 – DESVELANDO AS NECESSIDADES DO CUIDADOR



Os componentes da subcategoria e seus respectivos códigos preliminares são apresentados no Quadro 27.

Quadro 27: Desvelando as necessidades do cuidador

CÓDIGOS PRELIMINARES	COMPONENTES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Podendo o cuidador ficar emocional e psicologicamente abalado em ver a pessoa amada doente; - Podendo o cuidador ficar debilitado ou choroso, porque acaba se envolvendo com o problema de outras pessoas; - Absorvendo o problema de todos; - Enxergando todos na internação como membros de uma única família, já que todos estão passando pelo mesmo problema; - Reconhecendo que alguns dias são mais difíceis que outros, precisando, então, ir para casa, respirar um pouco, para poder voltar renovado; - Ficando estressado algumas vezes; - Revezando o papel de cuidador com outras pessoas, o que faz com que cada um não fique muito tempo no hospital, evitando o estresse da sua rotina. 	Vivenciando a experiência como cuidador	Desvelando as necessidades do cuidador	Manifestando o ser cuidador que cuida e precisa ser cuidado
<ul style="list-style-type: none"> - Recebendo orientação por parte da enfermeira acerca do caso da pessoa hospitalizada de 	Recebendo atenção por parte da equipe de enfermagem		

<p>forma clara;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fazendo bem para o cuidador e para a pessoa hospitalizada receber um cumprimento educado da equipe de enfermagem que presta cuidados; - Aprendendo um pouco com a equipe de enfermagem; - Sempre recebendo ajuda da equipe de enfermagem; - Melhorando o estresse por meio da tranquilidade transmitida pela equipe de enfermagem, porque as pessoas são calmas; - Sendo treinada pela enfermeira para manusear a sonda enteral adequadamente; - Recebendo energia positiva do profissional que é comunicativo e participativo; - Recebendo uma palavra de conforto; - Tendo as suas necessidades atendidas nas atividades desenvolvidas no CuriosoAção, que tem participação da enfermagem. 	<p>Recebendo atenção por parte da equipe de enfermagem (continuação)</p>	<p>Desvelando as necessidades do cuidador</p>	<p>Manifestando o ser cuidador que cuida e precisa ser cuidado</p>
---	---	--	--

12.1.a- Vivenciando a experiência como cuidador

Este componente abarca depoimentos que evidenciam a experiência da pessoa no papel de cuidador vivenciando a rotina da internação hospitalar, conforme pode ser observado a seguir.

“[...] Embora às vezes eu fique debilitada, chorosa, porque a gente acaba se envolvendo com o problema de outras pessoas aqui. Porque depois que a gente entra aqui e está com o paciente, a gente consegue ver que aqui é uma família só, todos estão passando pelo mesmo problema. Então, a gente absorve isso [...]. Hoje mesmo conversei com a psicóloga, conversei, porque tem dias que você acha que está no seu limite, e tem dia que eu acho que estou no meu limite, então, eu preciso ir em casa, eu preciso respirar um pouco, para poder [...]. E depois eu volto, volto bem, volto renovada [...]” (entrevista J).

“[...] Agora a gente conseguiu fazer um revezamento, entre eu, minha esposa, e contratamos uma pessoa para ficar à noite, e tem o irmão da minha esposa também. Antes desse esquema, principalmente a minha esposa, que ficava tensa, mas agora a gente conseguiu fazer que cada um não fique muito tempo no hospital, evitando que a gente fique estressado com essa rotina, com o que se passa aqui [...]” (entrevista L).

Este último depoimento retrata o estresse do dia-a-dia da internação, que pode ser evitado ou diminuído por meio da participação de outras pessoas no papel de cuidador, dividindo as responsabilidades.

12.1.b- Recebendo atenção por parte da equipe de enfermagem

Neste evidencia-se a forma como a equipe de enfermagem vem contribuindo para o atendimento das necessidades dos cuidadores, conforme depoimentos que seguem.

“[...] Quando eu cheguei o médico não estava, e a enfermeira passou para mim o caso dela, a operação que ela tem que fazer. Perguntei, porque eu tinha dúvida do tempo que ela vai precisar ficar aqui. E a enfermeira esclareceu [...]” (entrevista H).

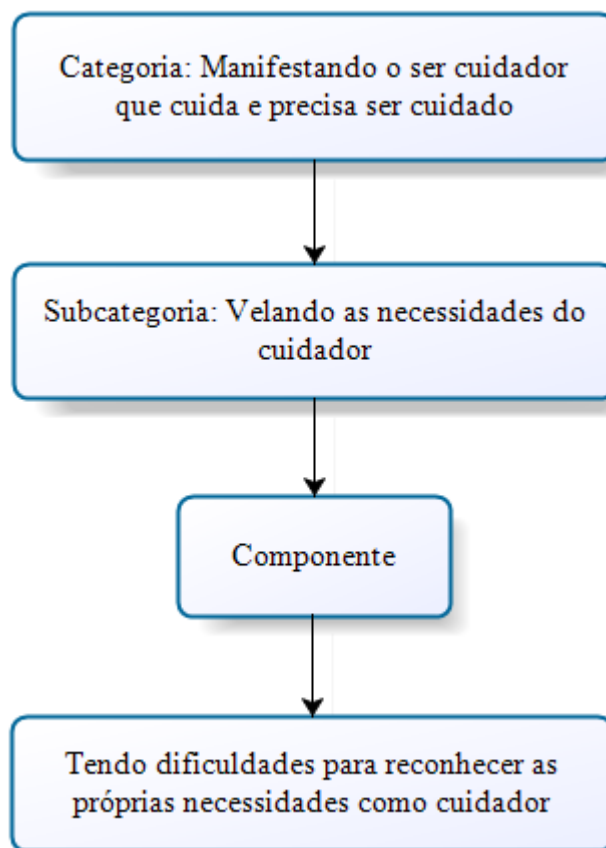
“[...] Às vezes fico estressado, e a enfermagem contribui bastante. Porque aqui as pessoas são bem calmas. Elas não tornam as coisas mais difíceis, sempre tentam trabalhar para fazer as coisas ficarem mais fáceis. Para você se sentir melhor [...]” (entrevista L).

12.2- SUBCATEGORIA 02: Velando as necessidades do cuidador

Esta subcategoria evidencia o quanto é difícil para os cuidadores reconhecerem as suas próprias necessidades diante da situação vivenciada. Além disso, não consideram o déficit de conhecimento acerca da doença e condição atual da pessoa como sendo uma necessidade que precisa ser atendida pelo profissional de saúde, para tentar diminuir a ansiedade, o medo e a incerteza.

O componente desta subcategoria é: *tendo dificuldade para reconhecer as próprias necessidades como cuidador*, conforme exposto no Diagrama 38.

DIAGRAMA 38: SUBCATEGORIA 02 – VELANDO AS NECESSIDADES DO CUIDADOR



O componente da subcategoria e seus respectivos códigos preliminares são apresentados no Quadro 28.

Quadro 28: Velando as necessidades do cuidador

CÓDIGOS PRELIMINARES	COMPONENTE	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Não tendo necessidades no momento; - Estando feliz se a pessoa hospitalizada também estiver; 	Tendo dificuldade para reconhecer as próprias necessidades como cuidador	Velando as necessidades do cuidador	Manifestando o ser cuidador que cuida e precisa ser cuidado

<ul style="list-style-type: none"> - Sentindo-se bem só de ver a equipe de enfermagem cuidar da familiar; - Não precisando da psicologia, porque já está acostumado e tem experiência de vida; - Sendo mais forte que os irmãos, que não conseguem ficar como acompanhante, porque choram. 			
---	--	--	--

12.2.a- Tendo dificuldade para reconhecer as próprias necessidades como cuidador

Este componente traz depoimentos dos cuidadores que demonstram a dificuldade em reconhecer as suas próprias necessidades, bem como a relação empática com o ente querido, implicando diretamente no seu bem-estar diante da estabilidade do quadro clínico da pessoa e do bom atendimento prestado pela equipe de saúde, conforme pode ser observado a seguir.

“[...] Não tenho necessidades no momento. Até teve uma psicóloga hoje conversando comigo, e falei que sou uma pessoa muito tranquila. E o único filho que é assim com ela sou eu. Eu já estou com ela desde 2001, acompanhando esse tratamento, então, eu sou tranquilo. Eu estou sempre legal. Não tenho nada preso que eu possa colocar para fora, coisas que eu possa querer conversar com as pessoas. Estou sempre tranquilo [...]” (entrevista O).

“[...] Só de ver a equipe de enfermagem tratando a minha irmã bem eu já fico bem, mas comigo mesmo eu estou sempre bem [...]” (entrevista J).

3.4- APRESENTANDO OS RESULTADOS OBTIDOS NO PROCESSO DE CODIFICAÇÃO DOS DADOS DO GRUPO DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

O mesmo movimento realizado no processo de codificação inerente à TFD com os dados empíricos do grupo dos enfermeiros e dos cuidadores foi realizado com os dados obtidos nas entrevistas de campo com os técnicos de enfermagem.

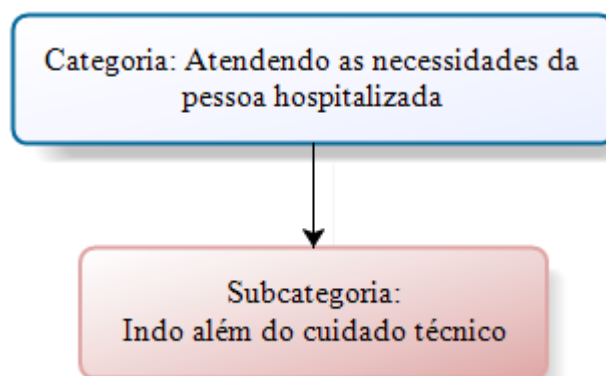
Na codificação axial emergiram cinco categorias relevantes para o estudo: **Atendendo as Necessidades da Pessoa Hospitalizada; Dialogando com o Cuidador; Trabalhando em Equipe; Apontando as Dificuldades da Prática do Cuidado de Enfermagem; Manifestando o Ser Técnico de Enfermagem que Cuida e Precisa Ser Cuidado.**

Cada uma das categorias será apresentada em detalhes a seguir.

CATEGORIA 13: ATENDENDO AS NECESSIDADES DA PESSOA HOSPITALIZADA

A categoria **Atendendo as necessidades da pessoa hospitalizada** é constituída por uma subcategoria: **1) Indo além do cuidado técnico.**

DIAGRAMA 39: ATENDENDO AS NECESSIDADES DA PESSOA HOSPITALIZADA



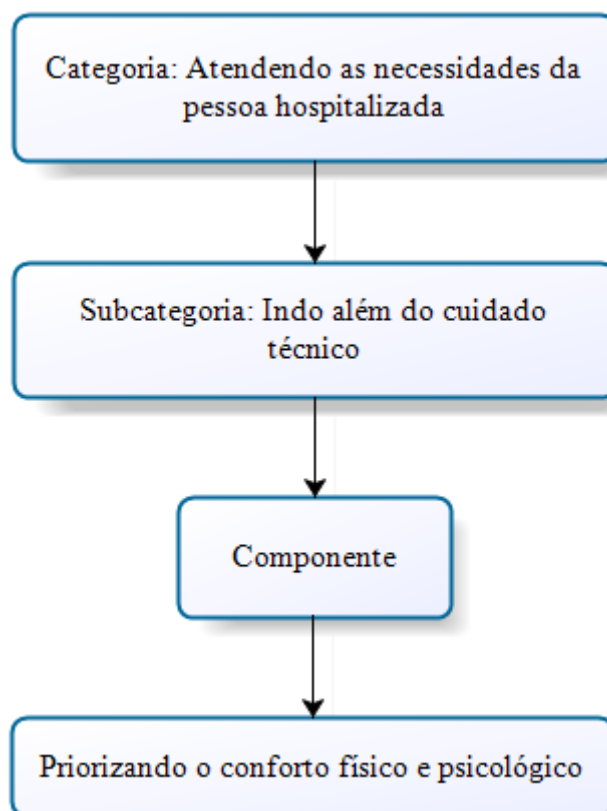
A categoria **Atendendo as necessidades da pessoa hospitalizada**, conforme representação do Diagrama 39, abrange a forma como o técnico de enfermagem busca atender as necessidades da pessoa hospitalizada.

Esta categoria fica bem evidenciada por meio da sua subcategoria e respectivos códigos preliminares e componentes, que serão apresentados a seguir.

13.1- SUBCATEGORIA 01: Indo além do cuidado técnico

Esta subcategoria aborda a preocupação dos técnicos de enfermagem em atentar para as necessidades das pessoas que vão além do aspecto físico, indo ao encontro dos preceitos da atenção paliativa.

O componente desta subcategoria é: *Priorizando o conforto físico e psicológico*, conforme exposto no Diagrama 40.

DIAGRAMA 40: SUBCATEGORIA 01 – INDO ALÉM DO CUIDADO TÉCNICO

O componente da subcategoria e seus respectivos códigos preliminares são apresentados no Quadro 29.

Quadro 29: Indo além do cuidado técnico

CÓDIGOS PRELIMINARES	COMPONENTE	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Vendo cada pessoa individualmente quando chega para assumir o plantão e cumprimentando-as; - Atendendo as necessidades humanas básicas da pessoa; - Oferecendo a alimentação; - Administrando as medicações conforme prescrição médica; - Verificando os sinais 	Priorizando o conforto físico e psicológico	Indo além do cuidado técnico	Atendendo as necessidades da pessoa hospitalizada

<p>vitais;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Buscando atender a necessidade que a pessoa apresenta no momento; - Procurando fazer o possível para proporcionar conforto e qualidade de vida; - Tentando interpretar a angústia do momento; - Estando, como técnico de enfermagem, agindo no cuidado direto à pessoa; - Passando a maior parte do tempo com a pessoa e seu cuidador; - Estabelecendo comunicação com a pessoa para melhor identificar os problemas; - Identificando o problema e prevendo uma nova necessidade, a fim de amenizar o sofrimento da pessoa; - Percebendo que a pessoa, muitas vezes, precisa ser tocada, precisa de carinho; - Respeitando o silêncio e diminuindo o tom de voz quando necessário; - Não prezando apenas pela técnica quando entra na enfermaria, seja na administração da medicação ou na troca da fralda; - Procurando ver a pessoa de forma integral e proporcionando oportunidade de diálogo; - Sendo empático; - Mudando a rotina do 	<p>Priorizando o conforto físico e psicológico (continuação)</p>	<p>Indo além do cuidado técnico</p>	<p>Atendendo as necessidades da pessoa hospitalizada</p>
--	---	--	--

cuidado diante de alguma intercorrência; - Tendo sempre alguma coisa para fazer pela pessoa; - Explicando tudo que vai ser feito; - Oferecendo muito além do cuidado físico à pessoa.	Priorizando o conforto físico e psicológico (continuação)	Indo além do cuidado técnico	Atendendo as necessidades da pessoa hospitalizada
--	--	-------------------------------------	---

13.1.a- Priorizando o conforto físico e psicológico

Este componente traz depoimentos dos técnicos de enfermagem que demonstram prestar o cuidado atentando para aspectos relacionados com o conforto físico e psicológico, conforme pode ser observado a seguir.

“[...] Eu desenvolvo o cuidado a partir das necessidades humanas básicas, aquilo que o paciente apresenta como necessidade, seja se ele está com dor [...], em todos os aspectos, no âmbito da família também. Eu tento interpretar a angústia daquele momento, e à noite existe um problema: a mudança do cuidador. Então, a gente como técnico, que está diretamente no cuidado, identifica na hora a situação do problema, tenta analisar o que mais angustia e começa a atuar. E na conversa a gente consegue identificar isso melhor, que o cuidador pode estar apavorado. Na verdade, esse estado apavorado, às vezes, não por estar ali, mas sim pelo fato de estar diante da terminalidade [...]. Às vezes, o paciente não está muito interessado com a dieta, ele quer que você toque, faça uma massagem de conforto, um carinho, passe um algodão úmido no olho dele, sei lá [...]. É muito interessante. Chegar com um sorriso [...]. Mas eu também respeito muito o silêncio dele. Eu chego de acordo com a manifestação dele. Quando eles estão quietos, diminuo até o meu tom de voz quando chego no quarto [...]” (entrevista Q).

“[...] E eu não sou de dar só um “jeitinho”, eu tenho um olhar que quando eu chego para trocar uma fralda, ou administrar uma medicação, eu já converso com o familiar, com o paciente, já identifico algumas situações,

por exemplo: se um familiar está triste, ou se o paciente está agitado, se está com dor, e na maioria das vezes eu acerto, e isso é legal, já agiliza o processo, já se resolve a situação naquele momento. Eu não chego lá e só coloco a medicação e troco a fralda que tem que trocar. Eu evito perguntas que te dão respostas rápidas. Eu não pergunto: “_Está tudo bem?”. Dessa forma eu não estou dando a ele momento nenhum de resposta. Daí eu pergunto: “_Está sentindo alguma coisa?” ou “_ Como o senhor está nesse momento?” [...] (entrevista Q).

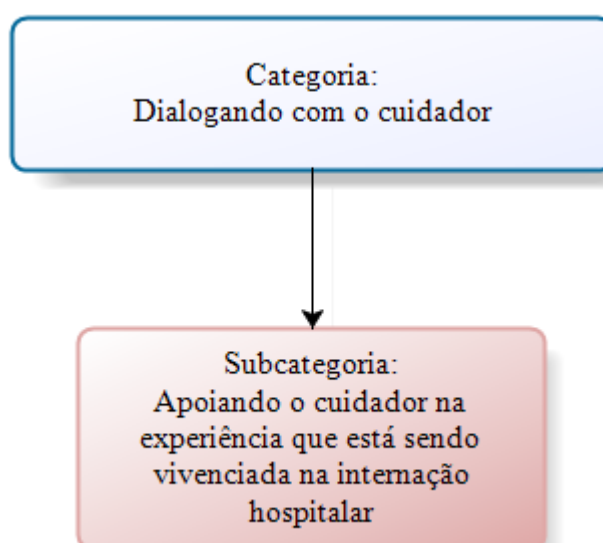
“[...] Eu procuro fazer o meu possível para proporcionar conforto e qualidade de vida, ainda mais nos cuidados paliativos, quando o paciente pode estar nos seus últimos momentos. Acho que isso é muito importante, proporcionar um bom momento para o paciente na sua fase final de vida [...] (entrevista R).

CATEGORIA 14: DIALOGANDO COM O CUIDADOR

A categoria **Dialogando com o cuidador** é constituída por uma subcategoria: 1)

Apoiando o cuidador na experiência que está sendo vivenciada na internação hospitalar.

DIAGRAMA 41: DIALOGANDO COM O CUIDADOR



A categoria **Dialogando com o cuidador**, conforme representação do Diagrama 41, evidencia a forma como os técnicos de enfermagem buscam apoiar o cuidador durante a experiência vivenciada na internação hospitalar, que se dá, principalmente, por meio do fornecimento de informação.

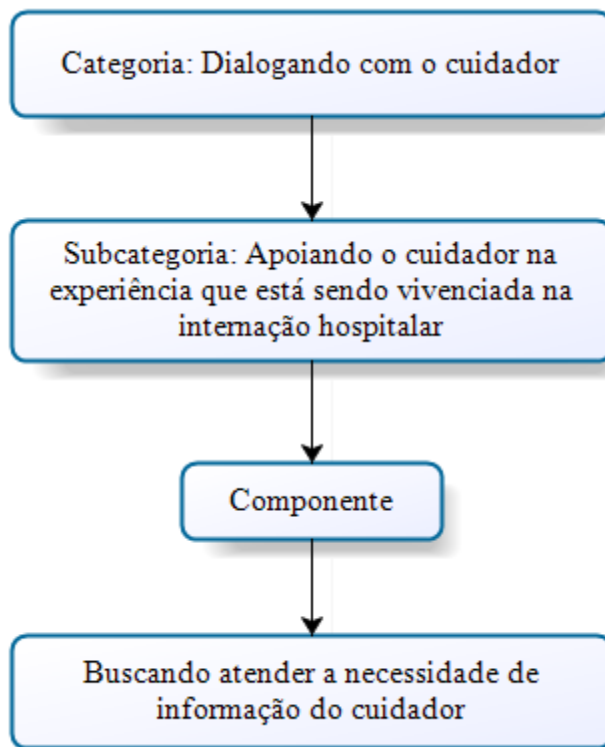
Esta categoria fica bem evidenciada por meio da sua subcategoria e respectivos códigos preliminares e componentes, que serão apresentados a seguir.

14.1- SUBCATEGORIA 01: Apoiando o cuidador na experiência que está sendo vivenciada na internação hospitalar

Nesta subcategoria os técnicos de enfermagem evidenciam a importância da comunicação diante da dúvida frequente do cuidador, muitas vezes relacionada com a doença e condição atual da pessoa hospitalizada, na fase da internação hospitalar.

O componente desta subcategoria é: *Buscando atender a necessidade de informação do cuidador*, conforme exposto no Diagrama 42.

DIAGRAMA 42: SUBCATEGORIA 01 – APOIANDO O CUIDADOR NA EXPERIÊNCIA QUE ESTÁ SENDO VIVENCIADA NA INTERNAÇÃO HOSPITALAR



O componente da subcategoria e seus respectivos códigos preliminares são apresentados no Quadro 30.

Quadro 30: Apoiando o cuidador na experiência que está sendo vivenciada na internação hospitalar

CÓDIGOS PRELIMINARES	COMPONENTE	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Conversando com o cuidador; - Acolhendo o cuidador; - Amparando o cuidador na hora do óbito; - Podendo o cuidador 	Buscando atender a necessidade de informação do cuidador	Apoiando o cuidador na experiência que está sendo vivenciada na internação hospitalar	Dialogando com o cuidador

<p>não saber lidar com a situação da terminalidade, precisando de atenção por parte da equipe;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconhecendo a comunicação como um dos instrumentos básicos para atuar na atenção paliativa; - Buscando confortar o cuidador para que ele não transmita sua angústia e tristeza para a pessoa hospitalizada; - Esclarecendo as dúvidas do cuidador acerca da doença e condição atual da pessoa. 	<p>Buscando atender a necessidade de informação do cuidador (continuação)</p>	<p>Apoiando o cuidador na experiência que está sendo vivenciada na internação hospitalar</p> <p>Apoiando o cuidador na experiência que está sendo vivenciada na internação hospitalar</p>	<p>Dialogando com o cuidador</p>
--	--	---	----------------------------------

14.1.a- Buscando atender a necessidade de informação do cuidador

Este componente traz depoimentos dos técnicos de enfermagem acerca da atuação diante da principal necessidade do cuidador identificada, que diz respeito à necessidade de informação. Porém, nos momentos mais difíceis, especialmente, na piora rápida da condição clínica da pessoa, com possibilidade de óbito, o técnico de enfermagem requer suporte de outro profissional para controle da situação, seja do enfermeiro ou do médico. Seguem depoimentos.

“[...] Procuo atender as necessidades do cuidador conversando. A comunicação é um dos instrumentos básicos, é ai que você identifica a angústia dele e trabalha encima daquilo. Eu procuro fazer com que o paciente e o cuidador se sintam confortáveis. Quando você consegue identificar o problema, você prevê uma nova necessidade e ameniza o sofrimento tanto do paciente quanto do cuidador [...]” (entrevista Q).

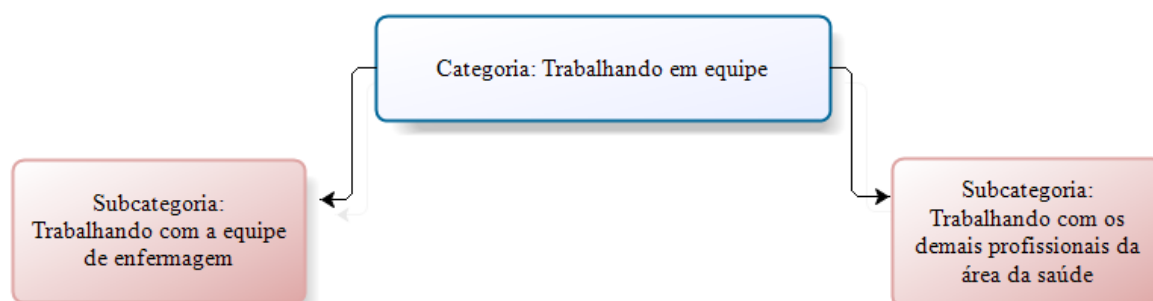
“[...] No geral, a gente consegue esclarecer a dúvida do familiar, só nos casos mais difíceis mesmo, que é muito complicado, o enfermeiro solicita o médico, e ele vai conversar com a família. São alguns casos especiais, mas a maioria a gente consegue conversar com os familiares e dar um suporte de informação [...]” (entrevista R).

“[...] Para mim a principal necessidade da família é ter suas dúvidas esclarecidas, seja sobre a doença, sobre a condição atual do paciente, e a gente tenta ajudar, explicando [...]”. (entrevista T).

CATEGORIA 15: TRABALHANDO EM EQUIPE

A categoria **Trabalhando em equipe** é constituída por duas subcategorias: **1) Trabalhando com a equipe de enfermagem**; **2) Trabalhando com os demais profissionais da área da saúde**.

DIAGRAMA 43: TRABALHANDO EM EQUIPE



A categoria **Trabalhando em equipe**, conforme representação do Diagrama 43, aborda a articulação dos técnicos de enfermagem com o enfermeiro e demais profissionais da área da saúde, em prol da dinâmica do trabalho, exequibilidade, e consequente qualidade do atendimento prestado.

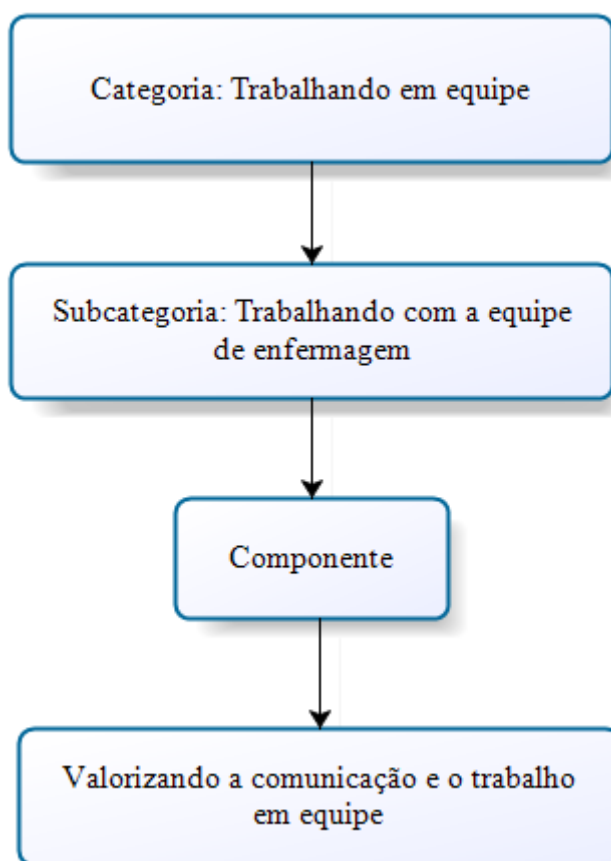
Esta categoria fica bem evidenciada por meio das suas subcategorias e respectivos códigos preliminares e componentes, que serão apresentados a seguir.

15.1- SUBCATEGORIA 01: Trabalhando com a equipe de enfermagem

Nesta subcategoria os técnicos de enfermagem evidenciam a importância do desenvolvimento do trabalho em equipe, em fazer parte da equipe de enfermagem, bem como do papel do enfermeiro gerenciando o cuidado.

O componente desta subcategoria é: *Valorizando a comunicação e o trabalho em equipe*, conforme exposto no Diagrama 44.

DIAGRAMA 44: SUBCATEGORIA 01 – TRABALHANDO COM A EQUIPE DE ENFERMAGEM



O componente da subcategoria e seus respectivos códigos preliminares são apresentados no Quadro 31.

Quadro 31: Trabalhando com a equipe de enfermagem

CÓDIGOS PRELIMINARES	COMPONENTE	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecendo boa comunicação; - Considerando a presença do enfermeiro fundamental, principalmente, nas situações difíceis; - Cuidando diretamente da pessoa enquanto o enfermeiro está gerenciando o cuidado de uma maneira mais burocrática, como por exemplo, preenchendo papéis; - Identificando os problemas e passando para o enfermeiro; - Recebendo atividades que são delegadas pelo enfermeiro; - Organizando o seu próprio fazer com os demais técnicos de enfermagem, a partir do que é delegado pelo enfermeiro; - Colaborando com o enfermeiro para que tudo transcorra bem no plantão noturno; - Ajudando o enfermeiro na realização de algum procedimento que ele não consiga fazer sozinho. 	<p>Valorizando a comunicação e o trabalho em equipe</p>	<p>Trabalhando com a equipe de enfermagem</p>	<p>Trabalhando em equipe</p>

15.1.a- Valorizando a comunicação e o trabalho em equipe

Este componente traz depoimentos dos técnicos de enfermagem que evidenciam a inserção dos mesmos na equipe de enfermagem e o valor da comunicação para o desenvolvimento do trabalho.

“[...] É uma relação de equipe mesmo. Aquele tempo em que o enfermeiro está gerenciando de uma maneira mais burocrática, no papel, nós estamos lá diretamente com o paciente identificando os problemas e passamos isso para ele, que diz: “_ Olha, daqui a pouco estou indo lá”. Isso seja se for um curativo que precisa ser trocado, se é uma situação que foge do nosso controle. Porque tem aquele processo de delegar, ele delega ao técnico, aí normalmente, nós técnicos atribuímos o nosso fazer mesmo. Eu acho uma relação muito legal [...]. A presença do enfermeiro é fundamental, porque acontecem situações que são difíceis de serem resolvidas [...]” (entrevista Q).

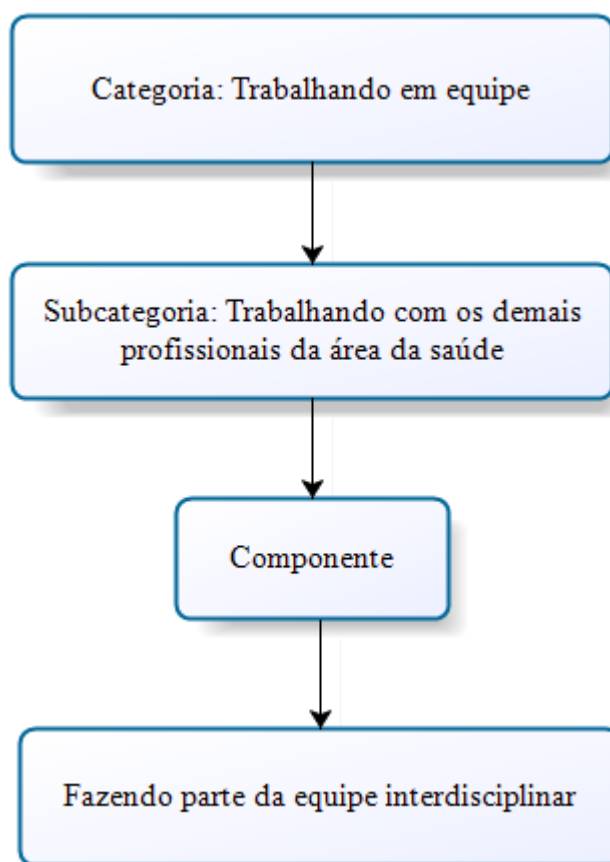
“[...] Aqui nós trabalhamos em equipe. Temos um bom relacionamento. Eu trabalho junto com o enfermeiro ajudando em algum procedimento que ele não consiga fazer sozinho, por exemplo [...]” (entrevista T).

15.2- SUBCATEGORIA 02: Trabalhando com os demais profissionais da área da saúde

Nesta subcategoria os técnicos de enfermagem demonstram em seus depoimentos que são integrantes da equipe interdisciplinar, e reconhecem o valor do trabalho desempenhado, em especial, transmitindo informações à equipe referentes à evolução clínica das pessoas, e a qualquer outro problema que possa acontecer ao longo do plantão, inclusive com seus cuidadores.

O componente desta subcategoria é: *Fazendo parte da equipe interdisciplinar*, conforme exposto no Diagrama 45.

DIAGRAMA 45: SUBCATEGORIA 01 – TRABALHANDO COM OS DEMAIS
PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE



O componente da subcategoria e seus respectivos códigos preliminares são apresentados no Quadro 32.

Quadro 32: Trabalhando com os demais profissionais da área da saúde

CÓDIGOS PRELIMINARES	COMPONENTE	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecendo que o trabalho acontece em equipe; - Sendo um integrante da equipe interdisciplinar; - Sendo uma pessoa importante na equipe de saúde; - Passando as informações referentes 	Fazendo parte da equipe interdisciplinar	Trabalhando com os demais profissionais da área da saúde	Trabalhando em equipe

<p>à pessoa e aos cuidadores para os demais profissionais; - Exercendo seu papel juntamente com os demais profissionais da equipe.</p>			
--	--	--	--

15.2.a- Fazendo parte da equipe interdisciplinar

Este componente sustenta a participação do técnico de enfermagem na equipe interdisciplinar, como membro importante para o bom desenvolvimento do trabalho e atendimento das necessidades das pessoas e cuidadores, destacando também a importância de todos os demais profissionais envolvidos no trabalho. Seguem depoimentos.

“[...] Eu me vejo como alguém que ajuda a equipe interdisciplinar, estando envolvido no trabalho, passando as informações, passando o máximo de informações possíveis para ter uma comunicação entre a equipe, que é muito importante para a qualidade do cuidado prestado ao paciente. Eu acho que isso é fundamental na hora do cuidado [...]” (entrevista R).

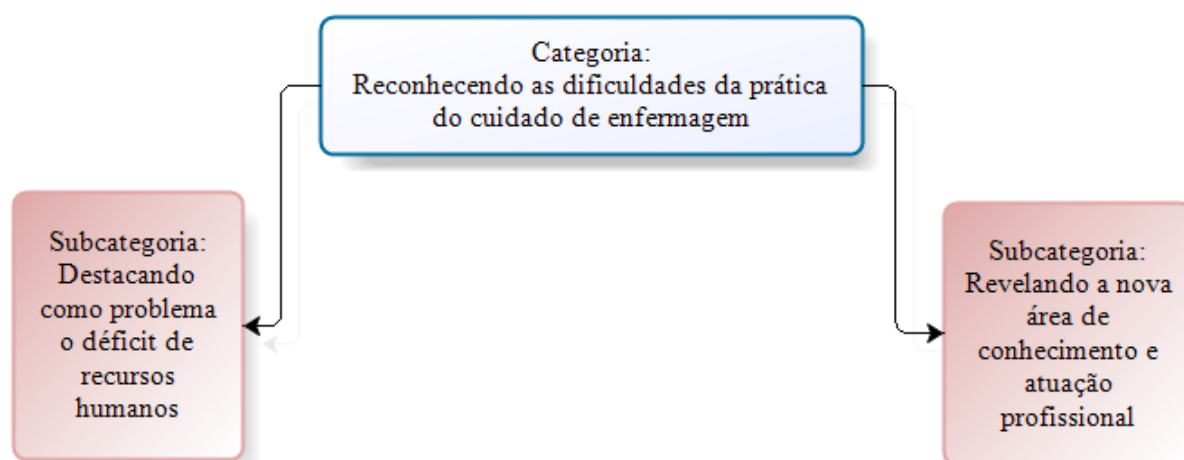
“[...] Eu me vejo como uma pessoa importante no trabalho. O técnico de enfermagem passa a maior parte do tempo com o paciente, então, acho que é minha obrigação, desde a lâmpada que não está funcionando até a administração do medicamento, ou qualquer outra coisa, por exemplo, que seja função do enfermeiro, eu tenho que sinalizar para ele. Se for uma coisa relacionada com a dieta, se o paciente estiver vomitando, eu tenho que sinalizar para a nutricionista, tenho que sinalizar para o médico se não tiver nada prescrito, ou se não estiver sabendo disso. Então, se eu que tenho mais contato com o paciente não fizer esse trabalho não vai ter o cuidado paliativo. Para mim, não existe cuidado paliativo sem técnico de enfermagem, ou sem qualquer outro profissional da equipe. Toda a equipe é importante. Até os funcionários da limpeza são importante, pois se o quarto

estiver com odor, se não estiver limpo, o paciente não ficará confortável [...]” (entrevista S).

CATEGORIA 16: RECONHECENDO AS DIFICULDADES DA PRÁTICA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

A categoria **Reconhecendo as dificuldades da prática do cuidado de enfermagem** é constituída por duas subcategorias: 1) **Destacando como problema o déficit de recursos humanos**; 2) **Revelando a nova área de conhecimento e atuação profissional**.

DIAGRAMA 46: RECONHECENDO AS DIFICULDADES DA PRÁTICA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM



A categoria **Reconhecendo as dificuldades da prática do cuidado de enfermagem**, conforme representação do Diagrama 46, aborda os problemas identificados pelos técnicos de enfermagem no contexto da internação hospitalar que podem comprometer a dinâmica do trabalho e a qualidade do atendimento prestado.

Esta categoria fica bem evidenciada através da suas subcategorias e respectivos códigos preliminares e componentes, que serão apresentados a seguir.

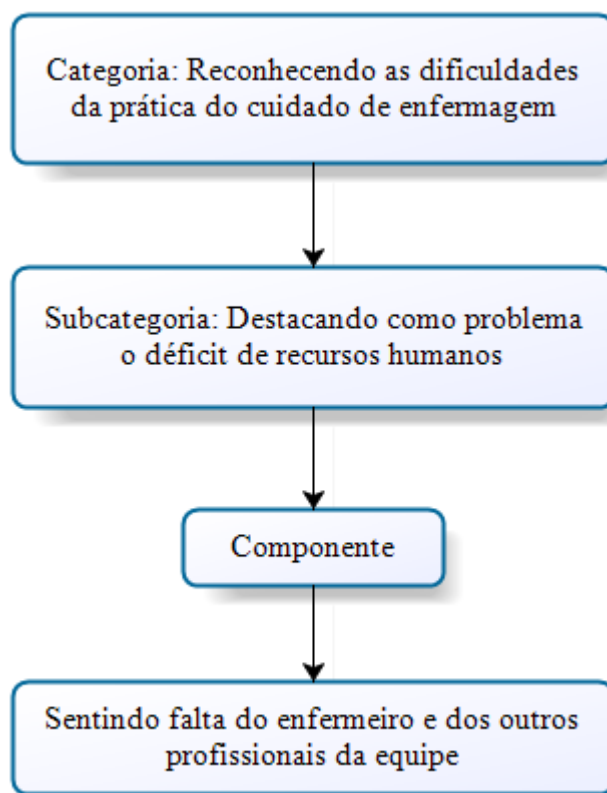
16.1- SUBCATEGORIA 01: Destacando como problema o déficit de recursos humanos

Nesta subcategoria os técnicos de enfermagem falam, principalmente, do déficit de recursos humanos no quadro de enfermeiros, o que pode ser observado nos depoimentos que destacam a falta desse profissional em alguns momentos, em especial no plantão noturno, quando há uma redução do número de enfermeiros, sendo um responsável por dois andares da internação.

Outro destaque, que também diz respeito ao plantão noturno, compreende a ausência dos demais profissionais da equipe interdisciplinar, o que sobrecarrega a equipe de enfermagem como um todo, tendo que praticar outras ações na tentativa de atender as necessidades das pessoas e cuidadores do momento.

O componente desta subcategoria é: *Sentindo falta do enfermeiro e dos outros profissionais da equipe interdisciplinar em alguns momentos*, conforme exposto no Diagrama 47.

DIAGRAMA 47: SUBCATEGORIA 01 – DESTACANDO COMO PROBLEMA O DÉFICIT DE RECURSOS HUMANOS



O componente da subcategoria e seus respectivos códigos preliminares são apresentados no Quadro 33.

Quadro 33: Destacando como problema o déficit de recursos humanos

CÓDIGOS PRELIMINARES	COMPONENTE	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Reduzindo o número de enfermeiros no plantão noturno; - Achando que deveria ter mais recursos humanos, principalmente, à noite; - Achando que falta tempo para que o enfermeiro possa estar se comunicando com a família, e identificando 	<p>Sentindo falta do enfermeiro e dos outros profissionais da equipe interdisciplinar em alguns momentos</p>	<p>Destacando como problema o déficit de recursos humanos</p>	<p>Reconhecendo as dificuldades da prática do cuidado de enfermagem</p>

<p>o problema com o seu olhar;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evidenciando que, em algumas situações, o enfermeiro tem dificuldades na tomada de decisão por não ter acompanhado de perto a pessoa, como no caso da indicação do apoio espiritual pela capelania, que acaba fazendo de acordo com a performance status registrada no quadro do posto de enfermagem; - Tendo sobrecarga de trabalho; - Sentindo falta dos demais profissionais da equipe de saúde no plantão noturno; - Precisando praticar outras ações para atender as necessidades da pessoa hospitalizada e do seu cuidador à noite. 	<p>Sentindo falta do enfermeiro e dos outros profissionais da equipe interdisciplinar em alguns momentos (continuação)</p>	<p>Destacando como problema o déficit de recursos humanos</p>	<p>Reconhecendo as dificuldades da prática do cuidado de enfermagem</p>
---	---	--	---

16.1.a- Sentindo falta do enfermeiro e dos outros profissionais da equipe interdisciplinar em alguns momentos

Este componente destaca o déficit de recursos humanos, em especial, do profissional enfermeiro, que durante o plantão noturno vivencia uma sobrecarga de trabalho que o impede de participar mais ativamente do cuidado. Além disso, tal como evidenciado na Categoria 07 do grupo amostral dos enfermeiros, a ausência dos demais profissionais da equipe de saúde no plantão noturno contribui para a sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem, já que as pessoas hospitalizadas e cuidadores não

deixam de apresentar demandas de cuidados no período noturno que necessitariam do suporte da psicologia ou do serviço social, por exemplo. Seguem depoimentos.

“[...] Eu sinto muita falta do enfermeiro. O enfermeiro tem um olhar diferente. Às vezes faz falta para o enfermeiro não ter tido um contato maior com cada situação. Por exemplo, no caso da capelania. Às vezes, ele fica assim olhando o quadro perdido, e ele não sabe identificar quem precisa desse apoio, ele acaba direcionado pelo KPS do paciente escrito no quadro. Se o paciente estiver com KPS 20%, aí ele diz que a família está precisando da capelania, do apoio espiritual [...]. Eu acho que falta esse tempo que o enfermeiro não tem de estar se comunicando com a família, de estar identificando o problema com o seu olhar de enfermeiro [...]” (entrevista Q).

“[...] É mais no plantão da noite, quando você sente mais a necessidade não só da presença do enfermeiro, mas também dos outros profissionais da equipe. Quando estamos com uma situação complicada, às vezes é preciso chamar o médico, e o enfermeiro pode estar em outro andar. Mas vejo que isso acontece por causa da falta de funcionário mesmo. Acho que seriam necessários outros profissionais no plantão da noite, como assistente social e psicólogo, para dar um suporte, porque a gente como técnico de enfermagem na assistência acaba exercendo essas funções. Às vezes quando o paciente vai a óbito, a gente acaba exercendo uma função a mais [...]” (entrevista R).

“[...] Seria muito bom se tivesse um médico só para gente, sem ser o quer fica de plantão na emergência. Porque quando tem uma intercorrência, por mais que o médico tente vir rápido, a gente tem que esperar um pouco, tem que ficar ligando, e isso gera uma ansiedade na família, que passa para gente, então a gente absorve toda aquela sobrecarga emocional da família. Quando acontece um óbito, e a família fica ansiosa, você tem muitas outras coisas para fazer, tem que preparar o corpo, só que não dá para fazer aquilo naquele tempo, tem que procurar amparar a família, oferecer um copo de água, deixar a família chorar, e tentar controlar a situação. Seria bom se tivesse alguém de plantão à noite para fazer isso [...]” (entrevista S).

“[...] À noite há uma redução no número de enfermeiros, porque durante o dia existe o diarista, e à noite não, o que

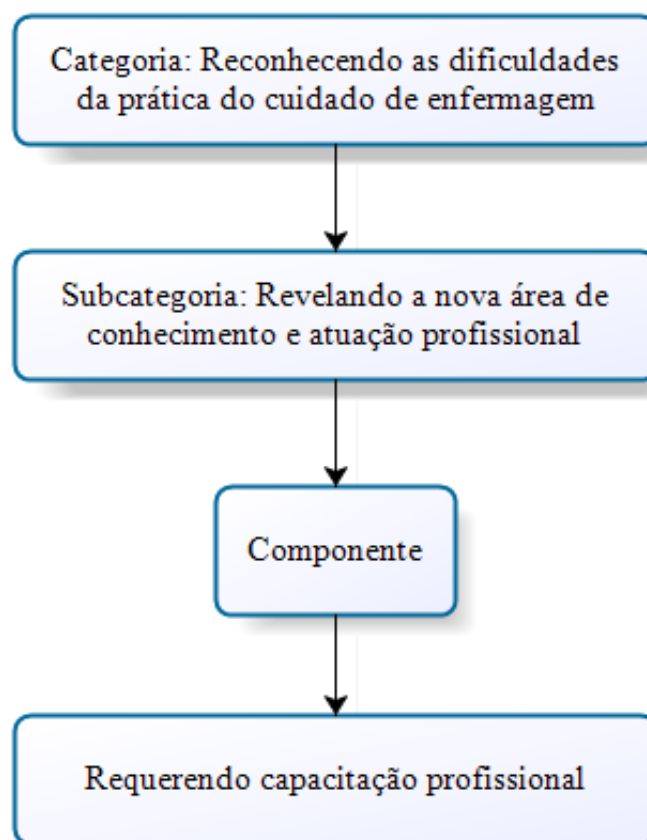
aumenta a demanda e fica complicado. Neste caso acontece o contrário, porque somos nós, técnicos de enfermagem, que temos que colaborar com o enfermeiro para dar certo, porque não tem como ele fazer tudo sozinho [...]" (entrevista T).

16.2- SUBCATEGORIA 02: Revelando a nova área de conhecimento e atuação profissional

Nesta subcategoria os técnicos de enfermagem evidenciam a necessidade de capacitação profissional diante de um contexto de atuação complexo e novo para muitas pessoas.

O componente desta subcategoria é: *Requerendo capacitação profissional*, conforme exposto no Diagrama 48.

DIAGRAMA 48: SUBCATEGORIA 02 – REVELANDO A NOVA ÁREA DE CONHECIMENTO E ATUAÇÃO PROFISSIONAL



O componente da subcategoria e seus respectivos códigos preliminares são apresentados no Quadro 34.

Quadro 34: Revelando a nova área de conhecimento e atuação profissional

CÓDIGOS PRELIMINARES	COMPONENTE	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> - Achando que deveria ter mais capacitação profissional, porque muita gente não conhece cuidado paliativo; - Sendo um perfil de pessoas hospitalizadas com muitas necessidades de 	Requerendo capacitação profissional	Revelando a nova área de conhecimento e atuação profissional	Reconhecendo as dificuldades da prática do cuidado de enfermagem

<p>cuidado;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconhecendo que os cuidadores também exigem muita atenção por parte da equipe de enfermagem, que precisa saber se comunicar; - Achando que deveria ter mais capacitação profissional visando contribuir para o desenvolvimento de habilidades necessárias na atenção paliativa, como comunicar más notícias. 			
--	--	--	--

16.2.a- Requerendo capacitação profissional

Este componente destaca a necessidade de investimento pessoal e institucional para formação de recursos humanos de qualidade, já que se trata de uma área de conhecimento nova, bem como de prática, que muitos não conhecem. Seguem depoimentos.

“[...] Acho também que deveria ter mais capacitação do profissional, porque muita gente não conhece muito bem cuidado paliativo [...]” (entrevista Q).

“[...] Acho necessária também educação continuada e atualização, que são sempre importantes no caso de profissionais que estão lidando com pessoas que estão sofrendo, para saber comunicar más notícias. Acho que o profissional de cuidado paliativo precisa da educação, da atualização para saber como lidar com isso [...]” (entrevista R)

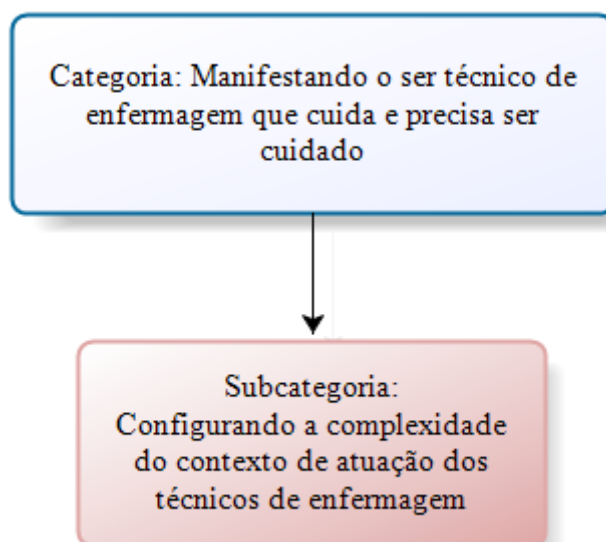
“[...] Eu já trabalhei na terapia intensiva, e quando se trata da cura é mais fácil de trabalhar e gratificante, mas quando entrei aqui eu tive muita dificuldade, porque pensava que estava começando uma coisa já pelo fim, diante da falta de perspectiva, trabalhando com a

sobrevida do paciente, o restinho que falta. E eu procurei ver que era importante proporcionar qualidade naquele tempo que ele tinha, já que não adianta um tempo maior sem qualidade [...]” (entrevista S).

CATEGORIA 17: MANIFESTANDO O SER TÉCNICO DE ENFERMAGEM QUE CUIDA E PRECISA SER CUIDADO

A categoria **Manifestando o ser técnico de enfermagem que cuida e precisa ser cuidado** é constituída por uma subcategoria: **1) Configurando a complexidade do contexto de atuação dos técnicos de enfermagem.**

DIAGRAMA 49: MANIFESTANDO O SER TÉCNICO DE ENFERMAGEM QUE CUIDA E PRECISA SER CUIDADO



A categoria **Manifestando o ser técnico de enfermagem que cuida e precisa ser cuidado**, conforme representação do Diagrama 49, evidencia a complexidade do contexto de atuação refletida no desgaste físico e psicológico sentido pelos técnicos de enfermagem.

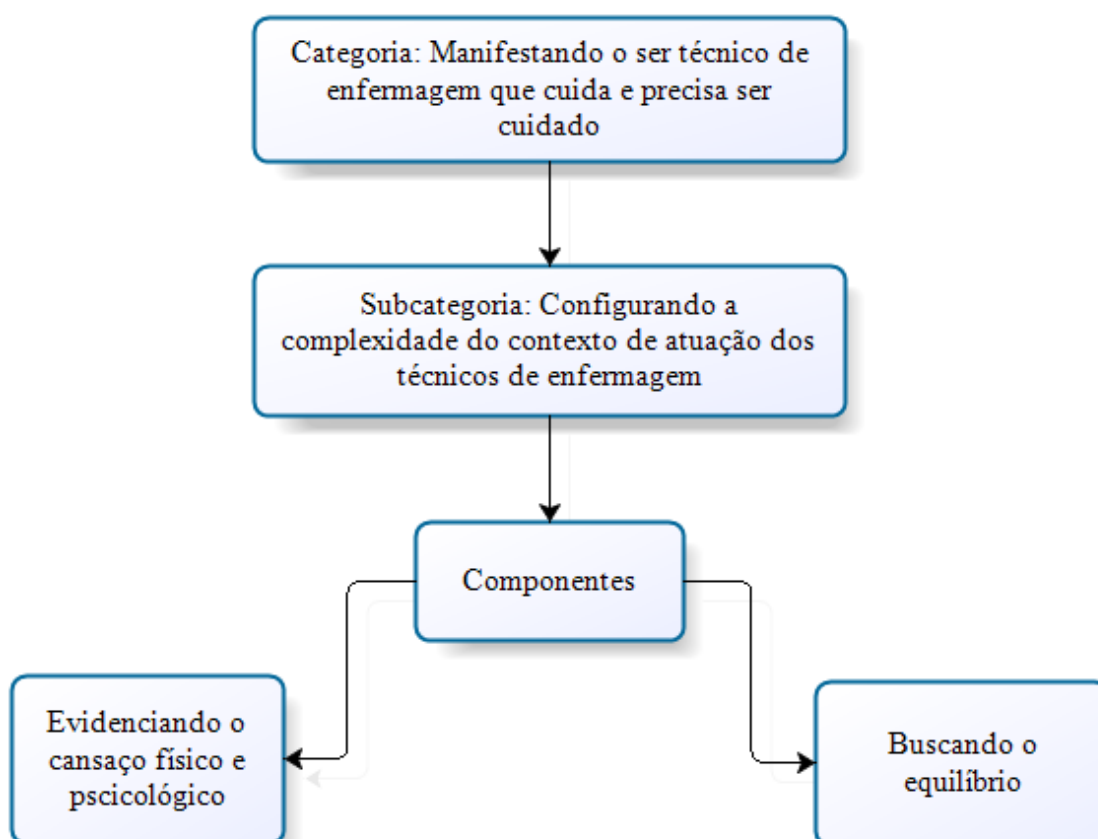
Esta categoria fica bem evidenciada através da sua subcategoria e respectivos códigos preliminares e componentes, que serão apresentados a seguir.

17.1- SUBCATEGORIA 01: Configurando a complexidade do contexto de atuação dos técnicos de enfermagem

Nesta subcategoria os técnicos de enfermagem ressaltam o cansaço físico e psicológico relacionado com a grande demanda de cuidados das pessoas hospitalizadas e cuidadores, além do cotidiano marcado pelo sofrimento e pela morte. Ressaltam também que buscam o equilíbrio através de medidas individuais, como pelo simples fato de ir para casa; a partir do trabalho em equipe, diante do reconhecimento dos próprios limites; bem como pela gratificação do trabalho desenvolvido.

Os componentes desta subcategoria são: *Evidenciando o cansaço físico e psicológico; Buscando o equilíbrio*, conforme exposto no Diagrama 50.

DIAGRAMA 50: SUBCATEGORIA 01 – CONFIGURANDO A COMPLEXIDADE DO CONTEXTO DE ATUAÇÃO DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM



Os componentes da subcategoria e seus respectivos códigos preliminares são apresentados no Quadro 35.

Quadro 35: Configurando a complexidade do contexto de atuação dos técnicos de enfermagem

CÓDIGOS PRELIMINARES	COMPONENTES	SUBCATEGORIA	CATEGORIA
- Considerando ser um trabalho cansativo, mas gratificante; - Procurando não transparecer o que sente para a pessoa e cuidador, como no caso da tristeza ou do cansaço;	Evidenciando o cansaço físico e psicológico	Configurando a complexidade do contexto de atuação dos técnicos de enfermagem	Manifestando o ser técnico de enfermagem que cuida e precisa ser cuidado

<ul style="list-style-type: none"> - Sendo um trabalho que sobrecarrega física e psicologicamente. 			
<ul style="list-style-type: none"> - Tentando trabalhar o equilíbrio emocional, principalmente quando chega a casa, descansa e fica com a família; - Gostando muito de trabalhar no contexto da atenção paliativa oncológica; - Procurando enxergar o quanto o trabalho é importante e gratificante; - Tendo dificuldades para lidar com o óbito; - Buscando apoio dos colegas no momento do óbito. 	<p>Buscando o equilíbrio</p>	<p>Configurando a complexidade do contexto de atuação dos técnicos de enfermagem</p>	<p>Manifestando o ser técnico de enfermagem que cuida e precisa ser cuidado</p>

17.1.a- Evidenciando o cansaço físico e psicológico

Este componente traz depoimentos dos técnicos de enfermagem que evidenciam o cansaço físico e emocional decorrentes do dia-a-dia do trabalho no contexto da internação hospitalar, marcado pela peculiaridade do perfil das pessoas hospitalizadas, acompanhadas, em sua maioria, dos seus cuidadores.

Além disso, foi destacado também nos depoimentos o problema do déficit de recursos humanos em alguns plantões, que no momento da coleta de dados refere-se ao absenteísmo, às licenças ou às férias, quando a equipe presente fica sobrecarregada. Seguem depoimentos.

“[...] Às vezes, somos dois técnicos para um andar, com quatorze pacientes, e tendo que atender as necessidades de cada um, e me sinto sobrecarregada [...]” (entrevista Q).

“[...] É mais o cansaço mesmo, quando tem uma grande quantidade de pacientes, grande demanda, a gente fica um pouco sobrecarregado, e às vezes, são vários familiares te chamando ao mesmo tempo, para saber informações ou para ver alguma coisa do cuidado, da assistência, e às vezes, a gente não consegue dar conta da demanda, justamente por causa da quantidade reduzida de funcionários [...]” (entrevista R).

“[...] Às vezes me sinto muito sobrecarregada, mas antes era pior. Hoje isso acontece quando algum colega falta, ou quando o andar está lotado. Antigamente eram dois técnicos de enfermagem para quatorze pacientes, mas agora somos três. E o andar não tem andado tão cheio, mas isso é época, e com três técnicos fica melhor. [...] Além da sobrecarga física, sofro também com a sobrecarga emocional. Acho que, às vezes, me deparo com situações que fico mais sensibilizada, embora esteja acostumada. Esse sentimento acontece, principalmente, diante do sofrimento da família” (entrevista S).

17.1.b- Buscando o equilíbrio

Este componente traz depoimentos dos técnicos de enfermagem que evidenciam as diferentes formas de lidar com o desgaste físico, e principalmente, emocional, diante dos acontecimentos. Seguem depoimentos.

“[...] Eu tento trabalhar o equilíbrio. Penso que quando chegar à minha casa vou descansar, ficar com minha família. Mas eu gosto muito de trabalhar aqui. A melhor coisa de tudo é quando você faz o que gosta. Eu não sei porque estou aqui, acho que é um mistério, e procuro valorizar todos os momentos. A enfermagem faz valer, porque está bem próxima do paciente, somos nós que ficamos à noite. É ela que está mais próxima mesmo, não tem jeito. Ela faz e acontece. E eu acho que conosco a família se sente protegida, e os agradecimentos são constantes. E isso é muito gratificante. Adoro trabalhar no cuidado paliativo. Paliar: cuidar de modo ativo. E quando o seu fazer está ligado àquilo que você tem o conceito e sabe o que é, você faz melhor. Você faz mais satisfeito, porque faz sabendo o que está fazendo. Isso me ajuda a estabelecer as prioridades, por exemplo: eu não vou

primeiro dar um banho e depois oferecer a comida fria para o paciente. E como se eu estivesse cuidando de mim. Eu trago os meus valores também e me coloco no lugar do outro. Se eu estiver diluindo um medicamento e algum familiar chegar no posto e falar que o paciente precisa que sua fralda seja trocada, na hora eu peço licença ao colega e vou atendê-lo, porque eu prezo pela higiene. E eles agradecem muito. Há cuidado até o final. Mas no geral, apesar de pouco funcionário a gente pode oferecer um cuidado de qualidade, por isso até parei de me queixar, querendo mais funcionário. É cansativo, mas quando vejo que atendi meus objetivos cuidando do paciente, sabendo identificar a sua dor, vendo as necessidades da família, é muito legal [...]” (entrevista Q).

“[...] Tento fazer o máximo possível para o bom atendimento. E não deixo transparecer o que eu sinto para o paciente. Às vezes, se estou triste, eu nunca passo para ele, porque tem pessoas que são transparentes, se está triste acaba passando o sentimento para outras pessoas, eu tento não fazer isso [...]” (entrevista Q).

“[...] Uma das minhas dificuldades é quando o paciente vem a óbito, eu me sinto muito fraco psicologicamente. Mas graças a Deus sempre tem alguém do meu lado para me dar um apoio, e para amparar a família também. Nessas horas eu sempre peço ajuda para alguém que seja mais forte espiritualmente [...]” (entrevista T).

CAPÍTULO IV

INTERCONECTANDO AS CATEGORIAS

4.1- EMPREGANDO O MODELO PARADIGMÁTICO

A partir dos processos de codificações dos dados dos grupos amostrais dos enfermeiros, cuidadores e técnicos de enfermagem, a interconexão complexa das dezessete categorias, e suas respectivas subcategorias e componentes foi realizada a fim de caracterizar o fenômeno central do estudo.

De acordo com Strauss e Corbin (2008), o fenômeno central do estudo pode ser identificado por meio dos elementos do modelo paradigmático. Esses elementos são explicativos e compreendem: condições causais, contexto, condições intervenientes, estratégias de ação-interação e consequências.

A caracterização do fenômeno central do estudo por meio do modelo paradigmático compreende o processo de construção da matriz teórica, que no caso diz respeito à matriz teórica do gerenciamento do cuidado de enfermagem no contexto da internação hospitalar na atenção paliativa oncológica.

Nessa fase do estudo, é preciso que o pesquisador entenda o máximo possível as categorias construídas, e faça uma imersão total nos dados. Para Strauss e Corbin (2008), “[...] *isso significa localizar um fenômeno contextualmente ou dentro do escopo completo de condições macro e micro no qual ele está inserido e acompanhar as relações de ações/interações subsequentes por meio de suas consequências [...]*” (p.177).

A construção da matriz teórica do estudo, realizada na fase do processo de codificação seletiva da TFD, também foi marcada pelas idas e vindas, em decorrência,

principalmente, da vasta quantidade de códigos que emergiram dos dados referentes aos diferentes grupos amostrais, considerando a complexidade do fenômeno.

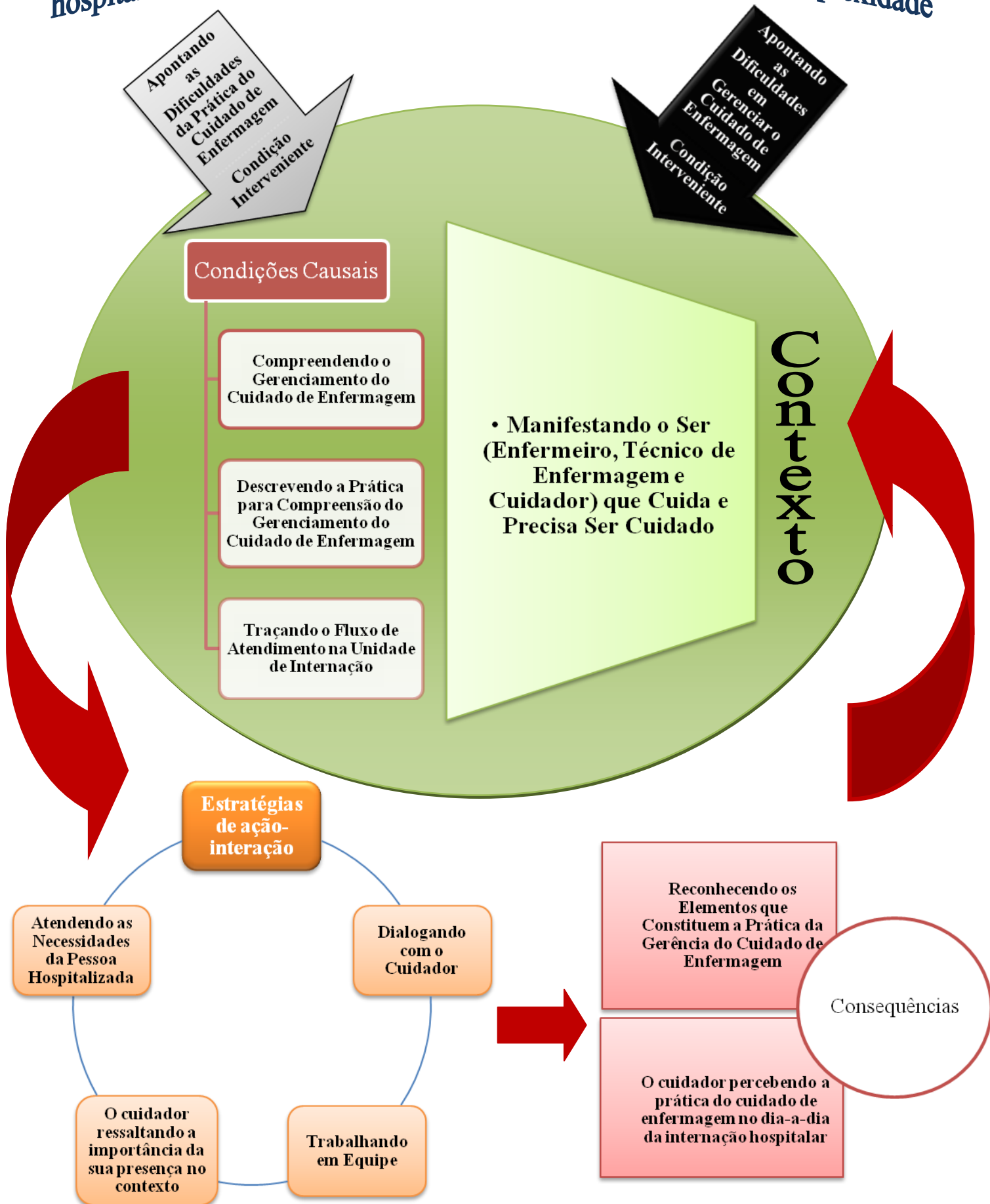
Sendo assim, no grupo amostral dos enfermeiros, as categorias *Compreendendo o gerenciamento do cuidado de enfermagem*, *Descrivendo a prática para compreensão do gerenciamento do cuidado de enfermagem* e *Traçando o fluxo de atendimento na unidade de internação* foram identificadas como condições causais. As categorias *Dialogando com o cuidador*, *Atendendo as necessidades da pessoa hospitalizada* e *Trabalhando em equipe*, como estratégias de ação-interação. A categoria *Apontando as dificuldades em gerenciar o cuidado de enfermagem* como condição interveniente. A categoria *Reconhecendo os elementos que constituem a prática da gerência do cuidado de enfermagem* como consequência. E a categoria *Manifestando o ser enfermeiro que cuida e precisa ser cuidado* como contexto.

Com relação às categorias que emergiram dos dados referentes ao grupo dos cuidadores, a categoria *O cuidador percebendo a prática do cuidado de enfermagem no dia-a-dia da internação* foi identificada como consequência. A categoria *O cuidador ressaltando a importância da sua presença no contexto* como estratégia de ação-interação. E a categoria *Manifestando o ser cuidador que cuida e precisa ser cuidado*, semelhante ao grupo dos enfermeiros, como contexto.

No grupo dos técnicos de enfermagem, grande parte das categorias que emergiram dos dados foi semelhante às do grupo de enfermeiros, e as demais estiveram relacionadas, sendo elas: *Atendendo as necessidades da pessoa hospitalizada*, *Dialogando com o cuidador* e *Trabalhando em equipe*, identificadas como estratégias de ação-interação; *Apontando as dificuldades da prática do cuidado de enfermagem*, identificada como condição interveniente; e *Manifestando o ser técnico de enfermagem que cuida e precisa ser cuidado*, como contexto.

Todas essas categorias foram interconectadas no fenômeno central: **Gerenciando o cuidado de enfermagem na atenção paliativa oncológica no atendimento das necessidades da pessoa hospitalizada e do seu cuidador, valorizando o cuidar e sua complexidade.** A representação diagramada do modelo paradigmático pode ser observada no Diagrama 51.

Gerenciando o cuidado de enfermagem na atenção paliativa oncológica no atendimento das necessidades da pessoa hospitalizada e do seu cuidador, valorizando o cuidar e sua complexidade



Diante desses elementos interconectados e da matriz teórica representativa do fenômeno em questão a tese defendida é apresentada:

Os enfermeiros gerenciam o cuidado de enfermagem na atenção paliativa oncológica no atendimento das necessidades da pessoa hospitalizada e do seu cuidador, por meio da valorização do desenvolvimento de aptidões para alcance dos objetivos de cuidado, para compor a nova ordem no cenário, diante das relações dialógicas ordem/desordem, vida/morte, e para vencer as dificuldades relacionadas com os limites pessoais, coletivos e institucionais.

O FENÔMENO

O processo de construção do fenômeno central, de acordo com os elementos que compõem o modelo paradigmático, aconteceu por meio do estudo dos dados brutos e da reflexão dos mesmos, tendo como referencial a ciência da complexidade e os preceitos da atenção paliativa.

Como já apresentado anteriormente, o fenômeno central do estudo compreende: **Gerenciando o cuidado de enfermagem na atenção paliativa oncológica no atendimento das necessidades da pessoa hospitalizada e do seu cuidador, valorizando o cuidar e sua complexidade**

A complexidade do contexto da internação esteve relacionada, principalmente, com o perfil das pessoas assistidas e presença dos seus respectivos cuidadores. A necessidade de atentar para as diversas dimensões que envolvem o ser humano está em evidência. Dessa forma, diante dos problemas que foram destacados, como por exemplo, o déficit de recursos humanos, gerando sobrecarga de trabalho para a equipe de enfermagem, tendo como singularidade o plantão noturno, faz-se necessário que o trabalho se desenvolva a partir do empenho de todos os integrantes da equipe de enfermagem, em busca do cuidado complexo e integral.

O profissional da enfermagem, na configuração atual do quadro de recursos humanos da unidade de internação, é o que mais dispensa tempo no cuidado à pessoa e seu cuidador, o que não difere da realidade de outros contextos que trabalham na fase da terminalidade da vida. Logo, há necessidade de investimentos nos recursos humanos da enfermagem, em especial diante dos aspectos destacados nos elementos do contexto e das condições intervenientes, que dizem respeito à vivência rotineira das mudanças físicas e psicossociais sentidas pelas pessoas hospitalizadas e cuidadores, além das

próprias necessidades dos profissionais, visto que é preciso saber reagir consigo mesmo diante do sofrimento e da morte, e enxergar significados nas situações (PIMENTA, 2010).

Mas qual o significado do gerenciamento do cuidado de enfermagem na atenção paliativa oncológica?

O gerenciamento do cuidado de enfermagem nesse contexto, em especial na internação hospitalar, é muito mais do que ser chefe, do que organizar, planejar, delegar ou prestar o cuidado. É preciso exercer essas ações sendo flexível diante da dialógica ordem/desordem provocada no cenário, em sua maioria, pela dialógica vida/morte. Sendo assim, para que o gerenciamento do cuidado de enfermagem frutifique no atendimento de qualidade, é preciso significar as situações do dia-a-dia por meio da inter-subjetividade, de forma a não criar rotinas que levem à rigidez e à linearidade dos processos. É preciso sim restabelecer a ordem, tendo por base a individualidade de cada pessoa e as imprevisibilidades; e ter objetivos de cuidado. É reconhecendo as imprevisibilidades e as situações que podem provocar desordem que o enfermeiro desenvolve habilidade para melhor planejar e organizar as ações.

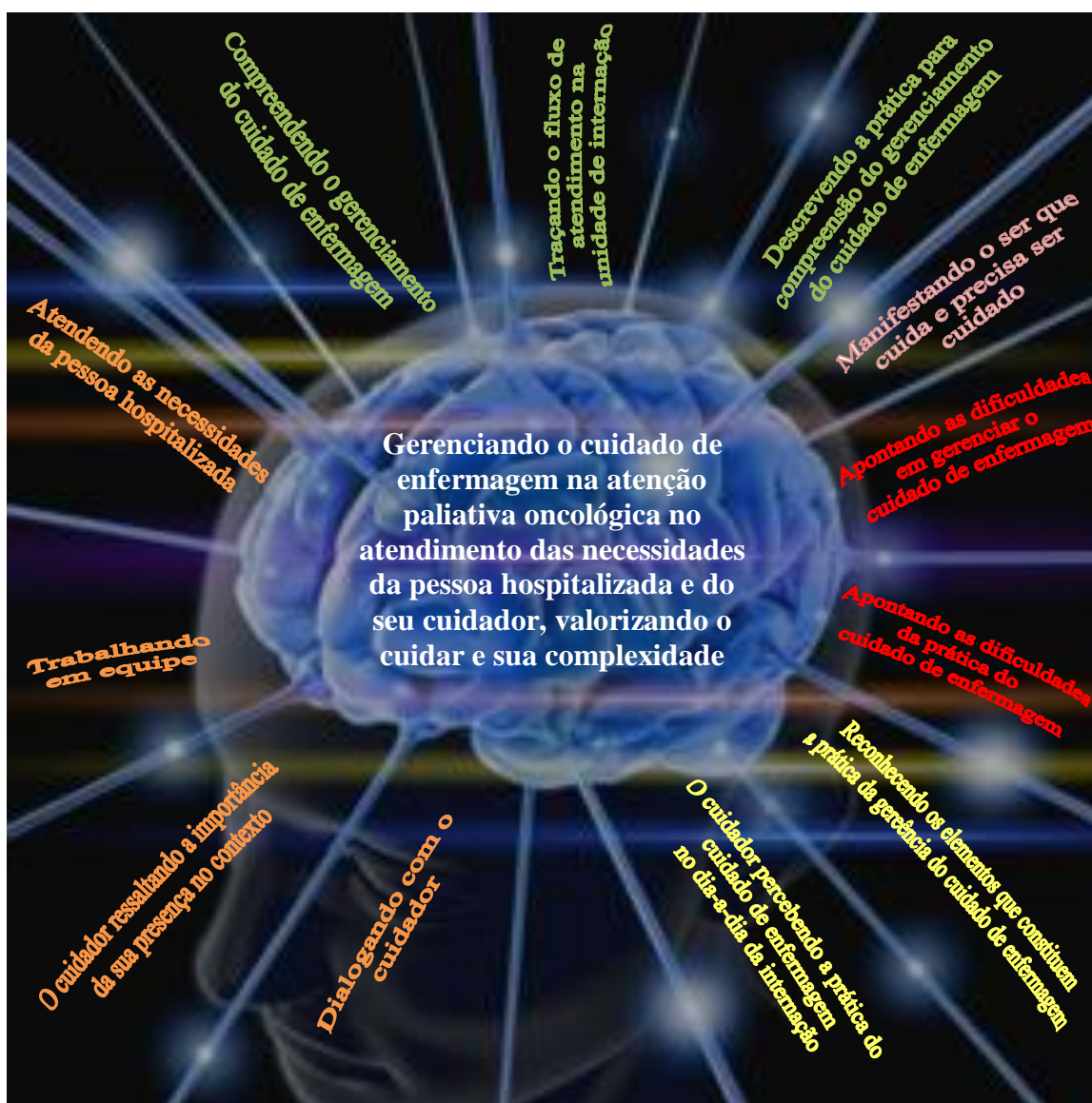
Além do trabalho integrado da equipe de enfermagem, é preciso que haja o empenho da equipe interdisciplinar, na união dos saberes disciplinares e estabelecimento de ótima comunicação, considerando a necessidade de atentar para as questões que afloram na terminalidade do ser humano, e que vão muito além do aspecto físico. A ausência dos demais profissionais da área da saúde no plantão noturno, principalmente, descaracteriza o modo de cuidar, desconsiderando os próprios preceitos da atenção paliativa, bem como as imprevisibilidades do contexto, já que se trata de um período crítico, considerando a ocorrência do pavor noturno e o medo da morte.

Seguindo o fenômeno central do estudo, a ênfase é dada ao trabalho em equipe, considerando o trabalho da equipe de enfermagem, a importância do enfermeiro diarista, e o gerenciamento do cuidado de enfermagem de forma participativa com os demais profissionais da equipe interdisciplinar; à necessidade de ir ao encontro dos preceitos da atenção paliativa e de assumir a complexidade do contexto e do perfil das pessoas hospitalizadas, baseado, principalmente, no princípio dialógico do pensamento complexo.

Diante dessas premissas, o enfermeiro, no gerenciamento do cuidado de enfermagem, busca atender as necessidades da pessoa e do cuidador estando disponível e aberto ao diálogo, respeitando as individualidades e os limites, participando-os do próprio cuidado e dos processos de tomada de decisão, educando, promovendo qualidade de vida o quanto possível, agindo para melhorar ou aliviar a situação de desconforto, respeitando a perda e o luto, ou seja, cuidando. Além disso, é necessário atentar para as próprias necessidades dos profissionais, considerando os limites individuais, coletivos e institucionais, que podem desencadear outra relação dialógica e contraditória referente ao cuidado/descuidado.

A seguir, o Diagrama 52, que representa o fenômeno central do estudo pode ser observado. É configurado a partir da participação de todas as categorias/partes, por meio do emprego do modelo paradigmático, para composição do todo, sem que, contudo, se apresente de forma determinística e hermeneuticamente fechada. Tem por base a complexidade do ser humano, no âmbito orgânico e visceral, onde o cérebro exposto como elemento central detém o fenômeno do estudo, e os feixes de luz representam as redes neuronais, onde então dispostas as partes referentes às categorias.

DIAGRAMA 52: FENÔMENO CENTRAL



Fonte: Adaptação da figura extraída do site:

http://www.digestivocultural.com/colunista/coluna.asp?codigo=3223&tituloO_cerebro_espiritual,_de_Ma_rio_Beauregard

- Condições Causais
- Contexto
- Condições intervenientes
- Consequências
- Estratégias de ação-interação

Cada elemento do modelo paradigmático comportou subsídios para aprofundamento dos fatores envolvidos no gerenciamento do cuidado de enfermagem, como pode ser observado nos itens que seguem.

CONDIÇÕES CAUSAIS

Segundo Strauss e Corbin (2008), as condições causais compreendem a forma conceitual de agrupar respostas às perguntas que surgem ao longo do estudo, que no caso refere-se ao significado do gerenciamento do cuidado de enfermagem na unidade de internação hospitalar na atenção paliativa oncológica, e como ele se dá para que ocorra o atendimento das necessidades das pessoas e cuidadores.

As respostas foram trazidas a partir de três de categorias de análise e suas respectivas subcategorias, a saber: *Compreendendo o gerenciamento do cuidado de enfermagem*; *Descrevendo a prática para compreensão do gerenciamento do cuidado de enfermagem*; e *Traçando o fluxo de atendimento na unidade de internação*.

Todas as categorias destacadas como condições causais emergiram do grupo amostral dos enfermeiros, que compreendem os profissionais responsáveis pelo gerenciamento do cuidado, foco principal do estudo.

Na primeira categoria destacada, foi importante estruturar a forma como os enfermeiros compreendem a prática do gerenciamento do cuidado, sendo marcada pela valorização da mesma no contexto, diante das imprevisibilidades e situações de desordem. Esse ponto da análise apresenta o componente que caminha para a estratégia de ação-interação, ou seja, a previsão de situações de desordem para melhor gerenciar e organizar as ações de enfermagem.

Além disso, é nessa categoria que sobressai a necessidade de adotar na prática diária os preceitos da atenção paliativa, prezando pelo conforto, pela qualidade de vida, pela bioética, aceitando o limite da vida, tendo como objetivo principal o cuidado e não a cura da doença. Teve destaque também a visão dos enfermeiros referente à relação dialética do assistir e do gerenciar, interligando tais ações.

A segunda categoria destacada é a que mais caracteriza as condições causais, pois abrange de forma clara como se dá o gerenciamento do cuidado de enfermagem no contexto, por meio do relato do processo de trabalho, incluindo a valorização do fazer relativo ao cuidado em si, a sequência das ações diárias do cuidado de enfermagem e a aplicação das etapas metodológicas do processo de enfermagem.

Dando continuidade às condições causais, a terceira categoria ressalta momentos importantes na internação, principalmente a admissão e alta hospitalar, que são marcadas pela peculiaridade do contexto. Na admissão, os enfermeiros fazem a descrição da ação, do como se dá, e destacam a necessidade de conhecimento dos principais motivos da internação. As condições clínicas das pessoas podem variar substancialmente dependendo desse motivo, já que diante da gravidade da situação, a ocorrência do óbito pode ser imediata, exigindo da enfermagem atuação rápida e objetiva para alcance do conforto e amparo dos cuidadores. No preparo da alta, o papel da enfermagem é cumprido, essencialmente, por meio da educação.

Todos esses aspectos discutidos nas três categorias que compõem as condições causais formam a estrutura ou conjunto de situações, na qual as demais categorias são incorporadas (STRAUSS & CORBIN, 2008).

CONTEXTO

De acordo com Strauss e Corbin (2008), o contexto é caracterizado a partir do conjunto de condições que se reúnem para produzir uma situação específica. No presente estudo, o contexto é marcado, especialmente, pela complexidade do perfil das pessoas assistidas, sendo caracterizado pelas três categorias de análise em comum aos grupos amostrais, a saber: *Manifestando o ser (enfermeiro, cuidador e técnico de enfermagem) que cuida e precisa ser cuidado*.

Segundo relato dos enfermeiros, as principais causas de internação decorrem da necessidade clínica de controlar sintomas para manutenção do conforto, e a exacerbação dos sintomas é acompanhada de grande instabilidade clínica e proximidade da morte, o que demarca a complexidade do perfil das pessoas hospitalizadas, exigindo atenção e reavaliação constante por parte dos enfermeiros, como se fosse “*uma semi-intensiva*”.

No trabalho da alta hospitalar, o enfermeiro precisa focar a educação, tornando a pessoa capaz de cuidar de si e/ou treinando o cuidador para que o cuidado possa ser realizado no domicílio. A complexidade do perfil dessas pessoas também implica nas estratégias de educação, já que as mesmas podem estar precisando fazer uso de cateter enteral, possuir algum estoma, ou ferida tumoral extensa, por exemplo, ter baixa escolaridade e dificuldade para entender as orientações, ou problemas econômicos.

O contexto, então, é marcado pelas imprevisibilidades, incapacidades e morte, onde os cuidadores também precisam de apoio e acolhimento pela equipe. Nesse aspecto, o enfermeiro busca trabalhar no preparo do cuidador para enfrentar situações difíceis, como por exemplo, antecipando questões relativas ao óbito e encaminhando para o psicólogo, quando necessário. O principal objetivo do cuidado é buscar atender a

necessidade de informação do cuidador, que também compreende ação dos técnicos de enfermagem, de acordo com o grau de complexidade de cada situação.

Assim sendo, as características do contexto também são evidenciadas pelas necessidades de quem adoece junto com o ente querido, no caso dos cuidadores, bem como dos próprios profissionais, que no cotidiano de trabalho, marcado pelo sofrimento, dor e morte, precisam vencer desafios, reconhecer limites, ficando expostos ao cansaço físico e psicológico.

CONDIÇÕES INTERVENIENTES

As condições intervenientes podem alterar o impacto das condições causais no fenômeno, e devem ser respondidas com uma forma de ação-interação; e assim como as condições causais, podem surgir de condições de nível micro ou macro (STRAUSS & CORBIN, 2008).

As condições intervenientes são representadas por três categorias de análise e suas subcategorias e componentes específicos, a saber: *Apontando as dificuldades em gerenciar o cuidado de enfermagem*; e *Apontando as dificuldades da prática do cuidado de enfermagem*.

Nestas categorias de análise, de um modo geral, são condições intervenientes: o déficit de recursos humanos na enfermagem, gerando sobrecarga de trabalho; a ausência dos demais integrantes da equipe interdisciplinar no serviço noturno, descaracterizando o modo de cuidar na atenção paliativa; a burocracia e grande quantidade de papéis que são preenchidos diariamente pelo enfermeiro, exigindo muito tempo; e a necessária formação de recursos humanos qualificados, em decorrência da especificidade da área temática.

ESTRATÉGIAS DE AÇÃO-INTERAÇÃO

Strauss e Corbin (2008) definem estratégias de ação-interação como sendo “*respostas estratégicas ou rotineiras das pessoas ou grupos a questões, problemas, acontecimentos ou fatos*” (p.128).

As estratégias de ação-interação são representadas por quatro categorias de análise e suas subcategorias e componentes específicos, sendo que algumas são semelhantes entre os grupos amostrais dos enfermeiros e técnicos de enfermagem, a saber: *Dialogando com o cuidador; O cuidador ressaltando a importância da sua presença no contexto; Atendendo as necessidades da pessoa hospitalizada; e Trabalhando em equipe.*

Levando em consideração as necessidades dos cuidadores, são reconhecidas como estratégias de ação-interação as ações dos enfermeiros focadas, principalmente, na educação, incluindo o treinamento para alta hospitalar e a participação no cuidado durante a fase de hospitalização; a diminuição do déficit de conhecimento acerca da doença, hospitalização e condição atual da pessoa hospitalizada; o diálogo, a fim de proporcionar conforto psicológico e emocional; o reconhecimento dos limites de cada pessoa; e o encaminhamento para outro profissional da área da saúde, conforme demanda específica. No grupo amostral dos técnicos de enfermagem também ficou evidente a comunicação, sendo identificada a necessidade de informação por parte do cuidador como a principal necessidade de cuidado.

As estratégias de ação-interação para atendimento das necessidades das pessoas hospitalizadas também são praticadas pelos cuidadores, que buscam participar do

cuidado proporcionado conforto psicológico e emocional, além de ajudar no cuidado propriamente dito.

Os enfermeiros trabalham em prol da manutenção do conforto das pessoas e da (re) composição da ordem no cenário de atuação, seja estabelecendo as prioridades no atendimento, ou gerenciando as intercorrências clínicas ao longo do plantão. Destacam o diferencial em cuidar da pessoa em processo de morrer, da valorização dos aspectos múltiplos que afloram nessa fase da doença, e a atuação na ocasião do óbito. É destacada também pelos enfermeiros a estratégia de ação-interação do trabalho em equipe, que será abordada adiante. O grupo amostral dos técnicos de enfermagem valoriza a necessidade de priorizar o conforto físico e psicológico, indo além do cuidado técnico, e ao encontro dos preceitos da atenção paliativa.

Na categoria de análise *Trabalhando em equipe*, os grupos amostrais dos enfermeiros e técnicos de enfermagem valorizam a comunicação e o trabalho em equipe, incluindo a equipe interdisciplinar, em prol da exequibilidade e integralidade do cuidado. Além disso, no grupo de enfermeiros o destaque se dá para a figura do enfermeiro diarista, essencial para a qualidade e continuidade do cuidado de enfermagem.

CONSEQUÊNCIAS

As consequências podem ser resultado ou expectativa das estratégias de ação-interação, representadas por questões do tipo o que acontece como resultados dessas estratégias, seja como resposta positiva ou negativa, constituindo mesmo assim, um resultado importante. Para Strauss e Corbin (2008), “[...] *as consequências podem ser*

imediatas ou cumulativas, reversíveis ou não, previstas ou imprevistas. Seu impacto pode ser restrito ou amplo [...]” (p. 134).

As consequências são representadas por duas categorias de análise e suas subcategorias e componentes específicos, proveniente, respectivamente, do grupo amostral dos enfermeiros e cuidadores, a saber: *Reconhecendo os elementos que constituem a prática da gerência do cuidado de enfermagem*; e *O cuidador percebendo a prática do cuidado de enfermagem no dia-a-dia da internação*.

Na primeira categoria de análise são destacadas as expectativas do plano futuro do que fazer para melhorar a prática do gerenciamento do cuidado de enfermagem; além da própria avaliação das estratégias atualmente implementadas, que em geral ganham cunho positivo, indo a prática ao encontro do que acham importante.

Na segunda categoria os cuidadores pontuam aspectos positivos e negativos do cuidado de enfermagem, como consequências do modo de cuidar e das estratégias implementadas para a boa prática, sendo primordiais o bom humor do profissional, a habilidade de comunicação e o amor pela profissão. Os aspectos negativos alimentam a contradição do cuidado/descuidado, quando os profissionais agem da forma que é possível, considerando os limites individuais, coletivos e institucionais; enquanto os cuidadores prezam pelo cuidado de qualidade, diretamente relacionado com o atendimento das necessidades do seu ente querido.

CAPÍTULO V

CONVERSANDO COM EDGAR MORIN E OUTROS AUTORES

Diante do fenômeno central revelado no estudo, a partir da constituição dos elementos que compõem o modelo paradigmático, este capítulo traça um diálogo com diferentes autores que trabalham com assuntos que envolvem direta ou indiretamente a temática central, dando enfoque à perspectiva do pensamento complexo, a fim de confrontar, reafirmar, sintetizar ou superar o conhecimento existente, no que se refere ao gerenciamento do cuidado de enfermagem na atenção paliativa oncológica.

Com base na significação do gerenciamento do cuidado de enfermagem, os enfermeiros enfatizaram a importância da sua prática no contexto, envolvendo aspectos múltiplos, inclusive gerando subsídios para o levantamento de hipóteses acerca da participação de outros sujeitos para a constituição da matriz teórica, sendo eles os técnicos de enfermagem e os cuidadores.

A seguir, serão destacados esses aspectos múltiplos, complementares e complexos para reflexão e construção da matriz teórica do gerenciamento do cuidado de enfermagem no contexto da internação hospitalar na atenção paliativa oncológica, a partir da prática do enfermeiro, considerando as contribuições dos técnicos de enfermagem e dos cuidadores.

5.1- REFLETINDO ACERCA DOS ASPECTOS MÚLTIPLOS DO CUIDAR GERENCIANDO NA ENFERMAGEM

O gerenciamento do cuidado de enfermagem, conforme depoimentos do grupo amostral dos enfermeiros, é marcado pela complexidade do contexto de atuação e do

perfil das pessoas assistidas, e por isso, exige a prática da gerência participativa e da interdisciplinaridade, contra a racionalização das ações. A complexidade destacada é abarcada, principalmente, pelo processo de morrer, já que é acompanhado da certeza da morte; contudo, paradoxalmente, o momento traz de volta a incerteza diante da impossibilidade de saber ao certo o momento em que a mesma ocorrerá, ou seja, de prever o futuro (MARIOTTI, 2010).

Sendo assim, a desordem do contexto decorre da instabilidade do quadro clínico das pessoas hospitalizadas, e da probabilidade da morte. Para Morin (2010), a desordem é caracterizada pelas “[...] *irregularidades, choques, encontros aleatórios, instabilidades, acontecimentos, acidentes, desorganizações e desintegrações* [...]” (p. 199). E, além disso, a desordem é sempre acompanhada da imprevisibilidade e indeterminabilidade, que alimenta a incerteza, no caso, a incerteza da vida e da morte. Contudo, a morte, assim como a própria desordem, corresponde à normalidade, como o fato da organização viva e da ordem existirem/co-existirem.

O cenário da internação hospitalar do HC-IV, assim como o universo de uma maneira geral, comporta a ordem, a desordem, a interação e a organização. Em algum momento, considerando que a noção de ordem comporta vários níveis, esta contribui para a possibilidade de deduzir ou de induzir, e, portanto de prever (MORIN, 2010). Sendo assim, o enfermeiro, na prática do gerenciamento do cuidado de enfermagem, busca a organização, por meio do atendimento das necessidades das pessoas e cuidadores, que podem ser expressas e/ou manifestadas de forma explícita ou implícita, e serem trabalhadas por antecipação, a partir do que pode ser previsto, de acordo com a evolução da doença. Tais necessidades estão diretamente relacionadas com os eventos que caracterizam a desordem, já que esta contém desvios que podem desorganizar,

desintegrar e provocar a morte; e as interações acontecem a todo o momento, de formas variadas.

Dessa maneira, o processo de trabalho do enfermeiro, incluindo ações que caracterizam as dimensões gerenciais e assistenciais, valoriza o fazer relativo ao cuidado em si, em prol do atendimento das necessidades das pessoas e cuidadores. Porém, no dia-a-dia da internação hospitalar, tais dimensões são complementares, incluindo a organização do setor, o planejamento da assistência e aplicação do processo de enfermagem, a escala diária dos técnicos de enfermagem, o remanejamento, a delegação das tarefas, a supervisão, o gerenciamento de conflitos e limites, e a avaliação do serviço por meio da alimentação dos indicadores de qualidade da unidade.

É na dimensão assistencial do processo de trabalho que o enfermeiro busca atender a pessoa e seus cuidadores de forma integral. E na gerencial, o objeto passa a ser a organização do trabalho e os recursos humanos. A articulação entre essas dimensões caracteriza o gerenciamento do cuidado, acompanhado da interação entre as partes envolvidas, por meio da comunicação (HAUSMANN & PEDUZZI, 2009; KURCGANT, 2010).

Na perspectiva da complexidade, a partir da ideia do princípio hologramático, as dimensões gerenciais e assistenciais precisam estar articuladas e inter-relacionadas, na composição do todo, que no caso diz respeito ao próprio cuidado de enfermagem. A relação dicotômica dessas dimensões gera conflitos no trabalho do enfermeiro, compromete a qualidade e fragmenta o saber científico que sustenta a prática da profissão. Isso porque, as ações gerenciais subsidiam as ações assistenciais, por meio da organização do trabalho e do ambiente, e da disposição adequada dos recursos humanos (MORIN, 2003; HAUSMANN & PEDUZZI, 2009; CHRISTOVAM, 2009).

Na atenção paliativa oncológica, o atendimento integral visa atender para as necessidades que vão além do aspecto físico, exigindo empenho da equipe interdisciplinar. Os objetivos do cuidado são, essencialmente, a promoção do conforto e da qualidade de vida. Quanto ao gerenciamento dos recursos humanos na enfermagem, o contexto sofre com o déficit, o que é comum na esfera pública, gerando sobrecarga de trabalho, e maior cumplicidade entre a equipe de enfermagem, que precisa desenvolver as atividades de forma integrada e articulada para atender as demandas. E a organização da assistência é concebida por meio da utilização de instrumentos, que viabilizam o cumprimento das etapas metodológicas do processo de enfermagem, porém, a partir da concepção dos profissionais de enfermagem os mesmos são extensos, em grande quantidade, exigindo muito tempo para preenchimento.

O problema relacionado com o volume de papéis a serem preenchidos, especialmente pelos enfermeiros, remete à possibilidade do uso das tecnologias da informação (TIs) em saúde, tal como declarado pelos mesmos, na expectativa com relação ao prontuário eletrônico. O avanço dessas TIs acompanha a contemporaneidade, passando a fazer parte da vida das pessoas, embora algumas ainda sejam bastante resistentes, assim como os problemas relacionados com a dificuldade de contextualização, fragmentação e apreensão da complexidade. Diante disso, o questionamento levantado decorre da possibilidade da máquina, das TIs contribuir para o afastamento dos seres humanos, para a fragmentação do cuidado, esfriando as relações entre as pessoas.

Porém, os resultados do estudo realizado por Baggio, Erdmann e Sasso (2010) revelam que as TIs, se utilizadas adequadamente, sem substituir as relações pessoa-pessoa, podem agregar valor ao cuidado de enfermagem, facilitando o processo de enfermagem, o fluxo de trabalho, e o relacionamento do todo e das partes inerentes ao

ser humano, por meio da disponibilidade de informações múltiplas que contribuem para o alcance de resultados positivos. Entretanto, trata-se de um desafio complexo, desafiador, global e, por isso, imperativo, visto que a presença das TIs no cotidiano de trabalho da enfermagem é inevitável e indispensável.

O déficit de recursos humanos, em especial do profissional enfermeiro, favorece a maior fragmentação do trabalho, e a sua ausência é muitas vezes sentida pelos técnicos de enfermagem, em especial, diante de conflitos e problemas complexos que acontecem com frequência no cenário, geralmente marcados pela negação dos envolvidos acerca da condição atual, pela piora do quadro clínico da pessoa, pelos transtornos emocionais ou pela ocorrência do óbito.

Para Vieira e Kurcgant (2010), *“um adequado dimensionamento do quadro de enfermagem é fundamental para se garantir uma assistência de qualidade, pois estabelece o quantitativo de pessoal necessário para atender a demanda assistencial da clientela”* (p. 14). Contudo, na leitura da Resolução nº 293/2004 do COFEN, que estabelece o dimensionamento do pessoal de enfermagem, é difícil enquadrar as exigências impostas pelo modo de cuidar da internação hospitalar na atenção paliativa oncológica, visto que, de acordo com o sistema de classificação de pacientes, bem como com o modelo assistencial de enfermagem, critérios em que se baseia a Resolução, não há como reconhecer e estipular as necessidades especiais do contexto. O que expõe a necessidade de reconsiderações, a fim de atender as exigências desse novo paradigma do cuidado.

Essa mudança paradigmática, que se inicia na atenção às pessoas em processo de finitude, mas que deveria ser considerada em todos os contextos complexos de ações de saúde, é marcada pela humanização das ações e aceitação das dúvidas, das incertezas que demarcam a realidade e a vida das pessoas. Para Mariotti (2010), nesses contextos

“[...] confundir frieza e impessoalidade com competência está longe de caracterizar um bom profissional. Entretanto, em nossa cultura utilitária e quantificadora é assim que as coisas funcionam [...], na tentativa de simplificar o mundo e eliminar a incerteza [...]” (p. 27).

O uso das TIs no cotidiano de trabalho do enfermeiro na internação hospitalar poderia influenciar na minimização do problema relacionado com o déficit de recursos humanos, por intermédio da maior otimização e uso racional do tempo, dispensando maior tempo para a dimensão assistencial, diminuindo a possibilidade de fragmentação do cuidado. Porém, para a efetiva utilização das TIs, outros desafios devem ser considerados, como por exemplo, a expansão do saber, o vencimento das resistências de alguns profissionais, e a disponibilidade, propriamente dita, das tecnologias (BAGGIO, ERDMANN & SASSO, 2010).

O processo de fragmentação técnica do trabalho da enfermagem entre as diferentes categorias profissionais não é diferente de outros contextos de atuação profissional, sendo capaz de gerar a fragmentação do cuidado, onde o técnico de enfermagem executa grande parte das ações preconizadas pelo enfermeiro no plano de cuidados, por exemplo. Contudo, a prática atual na internação hospitalar, principalmente baseada na cooperação e no trabalho em equipe, bem como nos preceitos da atenção paliativa, e apesar das dificuldades relacionadas com o déficit de recursos humanos, vai ao encontro do cuidado ampliado e complexo, agregando a técnica, o conhecimento da clínica, a comunicação, a valorização do ser humano em sua totalidade, a contextualização de cada situação de forma particular, e a prática deliberada e intencional do enfermeiro, que a exerce diariamente baseada no cuidar gerenciando (HAUSMANN & PEDUZZI, 2009; PIMENTA, 2010).

Na abordagem mais específica da dimensão assistencial do enfermeiro na internação hospitalar, além das informações obtidas no momento da passagem de plantão, o diagnóstico situacional e o levantamento dos problemas de cada pessoa e respectivo cuidador são realizados no momento da visita leito a leito. Contudo, tais informações sustentam o planejamento e a organização da assistência, mais uma vez caracterizando o próprio gerenciamento do cuidado.

Em todos os relatos, a prática da visita demonstrou ser focada não somente em aspectos clínicos e em procedimentos, reservando o tempo para a escuta e identificação de problemas psicossociais e espirituais, caracterizada pela concepção do cuidado interativo e complexo. Além disso, o retorno ao leito para a realização de algum procedimento, como por exemplo, o curativo, também é marcado pela visão ampliada do enfermeiro, bem como dos técnicos de enfermagem. A prática da visita da equipe de enfermagem, de uma maneira geral, também favorece o controle do ambiente, desde a identificação de um problema técnico no mau funcionamento de uma lâmpada, ou de um aparelho de ar condicionado, que podem gerar transtorno e desconforto à pessoa e cuidador.

Contudo, como pode ser observado na categoria **Descrevendo a prática para compreensão do gerenciamento do cuidado de enfermagem**, a caracterização do processo de trabalho do enfermeiro se dá a partir da valorização da técnica, da realização de procedimentos, em especial, dos curativos. Mas, levando em consideração que na atenção paliativa oncológica as feridas tumorais podem provocar grande desconforto à pessoa e cuidadores, com alteração da auto-imagem, ocorrência de dor, odor e risco de hemorragia, a valorização da sua prática é acompanhada da intencionalidade do enfermeiro em promover conforto, o cuidado de qualidade e a manutenção da dignidade da pessoa, indo além do cuidado técnico.

Além do trabalho cooperativo da equipe de enfermagem, de forma participativa com as pessoas hospitalizadas e cuidadores, o trabalho acontece no âmbito da interdisciplinaridade, e o enfermeiro realiza o gerenciamento do cuidado de forma participativa com os demais profissionais da área da saúde, em prol da integralidade.

De acordo com Benito e Finatto (2010), a interdisciplinaridade, ou seja, a interação entre duas ou mais disciplinas, acontece para superar a fragmentação do saber/fazer, que no campo da saúde, busca superar a fragmentação do ser humano, objeto/sujeito do trabalho de todos. A colaboração entre os profissionais objetiva beneficiar e qualificar o atendimento prestado, que no caso compreende a integralidade do cuidado; e o enfermeiro, nesse contexto, é o grande articulador.

Contudo, na perspectiva da complexidade a interdisciplinaridade não é suficiente, já que também pode sofrer com a soberania de algumas disciplinas, em especial do poderio médico, que configura o modelo biomédico/cartesiano do qual se tenta o esquivo. Para Morin (2010), na interdisciplinaridade corre-se o risco de que “[...] *cada disciplina pretende primeiro fazer reconhecer sua soberania territorial, e, à custa de algumas magras trocas, as fronteiras confirmam-se em vez de desmoronar [...]*” (p. 135). Portanto, a exigência atual é da transdisciplinaridade, aumentando o desafio requerido pelo novo paradigma do cuidado. É preciso que esse novo paradigma, baseado na complexidade, seja capaz de, ao mesmo tempo, separar e associar, de comunicar os diferentes saberes científicos, e de enraizar a esfera antropossocial na esfera biológica, já que “[...] *não é sem problema nem sem consequência que somos seres humanos [...]*” (p. 138).

Mesmo diante dessa nova exigência, o termo interdisciplinaridade continuará sendo empregado no texto, já que compreende a prática atual no cenário.

Levando em consideração o caráter articulador do enfermeiro na interdisciplinaridade, na internação hospitalar, o trabalho em equipe é facilitado pela presença do enfermeiro diarista, que vivencia diariamente as mudanças e a dinâmica do setor, que incluem as admissões, as altas hospitalares, os óbitos, bem como as variações nas condições clínicas de cada pessoa, nas necessidades dos cuidadores, e nas respostas às medidas de cuidado implementadas, favorecendo a continuidade do mesmo.

A interdisciplinaridade foi estudada por Matos, Pires e Sousa (2010) no contexto da atenção paliativa oncológica, sendo ambiente propício para o seu desenvolvimento, o que difere de outros cenários não favoráveis ao trabalho coletivo da equipe de saúde, em especial diante da hegemonia médica mais prevalente. Dessa forma, a interdisciplinaridade, de fato, exige uma nova concepção hierárquica institucional, da gestão, da divisão e da organização do trabalho. Essa nova forma de organização do trabalho vai ao encontro das concepções do pensamento complexo, contra a fragmentação e a simplificação. O bom desempenho da equipe interdisciplinar reflete na qualidade da assistência, bem como no valor do profissional, que se sente fazendo parte do processo, motivado, como peça fundamental, tal como observado nos depoimentos do grupo amostral dos técnicos de enfermagem.

Para a prática interdisciplinar faz-se necessária a comunicação autêntica, o respeito ao outro e ao conhecimento próprio de cada profissão, sem que um sobressaia ao outro, ou demonstre maior importância, considerando as diferenças (MATOS, PIRES & SOUSA, 2010). A troca de informação acerca dos casos que estão sendo gerenciados entre os integrantes da equipe deve ser constante, e a presença da enfermagem em tempo integral na internação hospitalar, incluindo o período noturno, favorece sua articulação. Contudo, ficou evidente que a ausência dos demais profissionais da equipe de saúde no período noturno descaracteriza o modo de cuidar, diante das demandas que

surgem, e que muitas vezes não podem aguardar a passagem de plantão para a rotina do dia, precisando ser resolvidas imediatamente.

A interdisciplinaridade é facilitada na atenção paliativa oncológica exatamente pelo modo de cuidar, unindo os diferentes saberes e fazeres disciplinares para solução dos problemas que emergem do processo de morrer do ser humano, e que englobam diversas questões, indo além do motivo que demandou a internação hospitalar ou da própria doença. Sendo assim, todos os profissionais diretamente envolvidos no cuidado participam e contribuem para o processo de tomada de decisão, além de atuarem de forma a preservar a autonomia da pessoa e dos seus cuidadores.

A autonomia é um princípio da bioética muito prevalente na atenção paliativa oncológica e representa a estrutura do seu modo de cuidar, diante do reconhecimento e do respeito aos direitos individuais. A pessoa tem autonomia plena nas decisões que envolvem o tratamento, como por exemplo, no caso das indicações cirúrgicas para minimização de sintomas, desde que devidamente informada, considerando o princípio da veracidade e o que considera melhor para si, relacionando intimamente os princípios de autonomia e beneficência (OLIVEIRA & SILVA, 2010; CALDERÓN, PAZITKOVÁ, NARANJO, 2010). Em situações como essas, os enfermeiros, integrantes da equipe interdisciplinar, demonstraram comprometimento no fornecimento de informações necessárias e esclarecedoras, a fim de que a pessoa possa exercer o direito tendo reflexão crítica e conhecimento do próprio interesse, advogando em benefício da mesma.

Além disso, os enfermeiros procuram preservar a autonomia das pessoas, levando em consideração a preservação da capacidade do cuidado de si, diante das limitações provocadas pelo avanço da doença, a partir de ações educativas e do treinamento às medidas adaptativas. Contudo, diante das comparações que surgiram

entre a internação hospitalar e as outras modalidades de atendimento, trata-se de uma prática limitada pela própria condição clínica da pessoa hospitalizada, que muitas vezes está muito mais comprometida.

A dificuldade em contribuir para as medidas adaptativas eficazes decorre além da grave condição clínica da pessoa, da ameaça constante da morte, que muitas vezes, acontece rapidamente, sem que o haja tempo hábil para adaptação/aceitação. No sentido amplo do ecossistema, Morin (2005), em sua obra intitulada “O Método 2 – A vida da vida”, discorre acerca do processo de adaptação como elementar ao processo de viver e como uma noção complexa; contudo requer fator essencial: tempo. Uma vez exposto à limitação, desafio, dificuldade, perigos ou acasos exteriores, *“a ideia de adaptação tem um sentido rico, na medida em que nos orienta para a flexibilidade e a maleabilidade organizacionais da vida”* (p. 64), e encaminha para a noção ampla de adaptabilidade.

Nos depoimentos dos técnicos de enfermagem, que exercem o cuidado direto à pessoa, embora haja uma rotina na unidade, a mesma demonstrou ser flexível, no exercício da autonomia da pessoa, como por exemplo, na hora da higiene corporal ou da alimentação. Essa prática também foi evidenciada no cotidiano de uma equipe de enfermagem que trabalha no contexto hospitalar, com base nos preceitos da atenção paliativa oncológica, em estudo realizado por Oliveira e Silva (2010), onde a equipe busca respeitar a autonomia da pessoa hospitalizada, o seu direito de escolha e a manutenção da sua dignidade e identidade.

A base para o respeito ao exercício da autonomia da pessoa e seus cuidadores é a comunicação, em especial, a escuta ativa por parte do profissional, com devida sensibilidade à percepção da comunicação não-verbal, já que esta não está separada da linguagem verbal, assim como a mente não está separada do corpo, o que evidencia que a mente também é um fenômeno social (MARIOTTI, 2010).

O estabelecimento do diálogo foi preconizado pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem, bem como reconhecido pelos cuidadores, como estratégia de cuidado, de forma a confortar a pessoa diante de uma intercorrência clínica, ou a fim de diminuir o déficit de conhecimento e grau de ansiedade do cuidador nesse momento, por exemplo. Desse modo, pode-se dizer que a comunicação humaniza a assistência, sendo ferramenta fundamental para o ótimo gerenciamento do cuidado de enfermagem.

De acordo com Moraes, Costa, Fontes e Carneiro (2009), é por meio da comunicação que o profissional busca preservar a autonomia da pessoa, diante da condição de passividade imposta pela doença e pela necessidade de hospitalização.

Contudo, a partir dos depoimentos dos cuidadores, evidenciou-se que em alguns momentos existe falha na comunicação entre a equipe de enfermagem, pessoas hospitalizadas e cuidadores, o que diante do que já foi abordado, também descaracteriza o modo de cuidar no contexto, apontado para a contradição do cuidado/descuidado, que pode acontecer no cenário, a partir das diferentes visões e práticas dos profissionais da equipe de enfermagem e dos cuidadores.

A relação entre a equipe de enfermagem, em especial, dos técnicos de enfermagem e cuidadores, a partir do ponto de vista destes, é exemplificada por situações positivas e negativas. Sendo assim, a forma do estabelecimento da comunicação pode contribuir para a aproximação ou distanciamento entre os envolvidos, o que implica diretamente na qualidade do cuidado, diante da impossibilidade do real diagnóstico dos problemas que afligem ou acometem essas pessoas, bem como no modo como o cuidado passa a ser percebido pelas mesmas.

É certo que cada pessoa, profissional, o sujeito hospitalizado ou cuidador tem visões diferentes acerca do que está sendo vivenciado no contexto da internação, e do modo como está ocorrendo, o que inclui o modo do cuidado de enfermagem. Mas, é

válido ressaltar que, embora tenha ficado exposto que os profissionais também são objetos/sujeitos do cuidado, com suas próprias demandas, a experiência vivida pelas pessoas hospitalizadas e seus cuidadores é particular, arraigada de sofrimento, dor e, muitas vezes, negação, o que requer sensibilidade, empatia, consideração e relacionamento terapêutico por parte do profissional que se dispõe a cuidar, livre do comportamento autoritário, que pode estar imbuído na posição que ocupa, considerando o ser que cuida e o ser que é cuidado, nesse momento.

Além do diálogo, por meio da escuta ativa e da valorização da linguagem não-verbal, o profissional deve estar atento ao seu próprio comportamento e aos recursos paraverbais da linguagem, o que foi evidenciado como preocupação, por exemplo, nos discursos dos técnicos de enfermagem no caso do respeito ao silêncio da pessoa e do cuidador, e do controle do tom de voz. Segundo Moraes, Costa, Fontes e Carneiro (2009), a comunicação é um instrumento básico do cuidado, que pode contribuir para o estabelecimento da relação interpessoal construtiva entre o profissional, a pessoa acometida pela doença e o cuidador, incluindo ações como um sorriso que expresse confiança, um olhar que demonstre tranquilidade, ou um toque carinhoso.

Embora inseridos no contexto da atenção paliativa oncológica, na tentativa de explicar os problemas identificados pelos cuidadores acerca da comunicação ineficaz e do comportamento antipático por parte de alguns membros da equipe de enfermagem, em certas ocasiões, trata-se ainda do ambiente hospitalar, arraigado das relações de poder, incluindo o poder do saber, que quando manifestadas com maior força, geram condições favoráveis ao conflito (SQUASSANTE & ALVIM, 2009). Talvez seja possível que este problema não aconteça na modalidade de atendimento da assistência domiciliar, onde o cenário de atuação é a casa da pessoa, da sua família, o que exige novos estudos comparativos.

Além disso, existe a possibilidade do cuidador comportar-se de forma agressiva e resistente, o que pode estar relacionado à fragilidade do momento, à fase de negação e à dificuldade de enfrentamento do problema, gerando também condições favoráveis ao conflito (OLIVEIRA, SANTOS & MASTROIETRO, 2010). A hostilidade, a negação e o inconformismo, tanto por parte dos cuidadores, como das pessoas hospitalizadas, são reações características diante da “sentença de morte” que marca a transferência para o HC – IV, em especial, para a unidade de internação, já que pode representar o agravamento da condição clínica e aproximação da terminalidade. Além disso, essas reações também podem comprometer a relação entre a própria pessoa e o seu cuidador, gerando sentimentos como culpa e impotência.

Para Mariotti (2010), a certeza da morte, sendo um dos grandes paradoxos da condição humana, considerando a dialógica morte/vida, é capaz de levar os envolvidos ao dilema existencial: “[...] *o desejo de continuar a existir juntamente com a certeza de que um dia morreremos. No entanto, é a certeza da morte que faz com que valorizemos o nosso tempo e nos esforcemos para deixar sinais da nossa passagem pelo mundo [...]*” (p. 91). O grande diferencial do momento decorre que, acompanhando e sofrendo com o decurso de uma condição crônica de saúde, a certeza da morte é mais forte e evidente para os que estão diretamente envolvidos, o que desencadeia uma série de problemáticas.

Embora a dialógica morte/vida seja constante, bem como a ordem/desordem, em busca de organização, para Morin (2010), no aspecto visceral, “[...] *a cada instante, a vida conhece o risco de erro, e é por isso que há inúmeros processos e mecanismos para reparar o DNA [...]. O erro está ligado à vida e, portanto, à morte [...]*” (p. 143). Contudo, a mutação que originou o câncer, capaz de provocar uma quantidade muito grande de erros, é o que ameaça a vida, é o que provoca a morte.

Grande parte das experiências, tanto por parte dos enfermeiros, no que se refere ao gerenciamento do cuidado, como por parte dos técnicos de enfermagem e cuidadores acerca da prática do cuidado, são positivas, acompanhadas da vontade de fazer o bem de ambas as partes, de atender as demandas, de manter o conforto da pessoa, de sensibilidade e de solidariedade.

Segundo depoimentos dos enfermeiros identificados na categoria **Dialogando com o cuidador**, existem diferentes perfis de cuidadores, e faz parte das ações do gerenciamento do cuidado de enfermagem investigar as relações envolvidas e os conflitos destes com as pessoas hospitalizadas, a fim de melhor atender as suas possíveis necessidades, contribuir para a solução das pendências e compreender a forma como esse cuidador poderá ser engajado no cuidado, em especial diante da expectativa da alta hospitalar. Sendo assim, existe o cuidador que participa ativamente da dinâmica da internação e do cuidado, juntamente com a equipe de enfermagem, seja na hora da higiene corporal, na troca de fralda ou na alimentação; e existe o cuidador que não está envolvido, vindo apenas para acompanhar, ou se omitindo para não ter que assumir a responsabilidade no cuidado domiciliar.

Entretanto, mesmo diante desse julgamento, a equipe busca trabalhar reconhecendo os limites de cada pessoa, resgatando laços, na perspectiva da interdisciplinaridade, ou convivendo no mesmo ambiente, quando se percebe que o problema relacional envolve questões de longa data, às vezes presentes em toda história existencial do cuidador e da pessoa, mas no momento, pode não haver outro cuidador para ficar no hospital. Esse fato vai de encontro ao resultado do estudo realizado por Squassante e Alvim (2009), onde se não for para efetivamente ajudar, o cuidador/acompanhante é mal visto pela equipe de enfermagem, que acaba usando seu

poder para decidir pela sua permanência ou não no cenário, caso não haja respaldo legal.

A equipe de enfermagem na internação compreende o déficit de conhecimento por parte dos cuidadores relacionado à doença oncológica, à condição atual da pessoa e à hospitalização como sendo a principal necessidade de cuidado dos mesmos, requerendo condutas, que incluem a informação, o diálogo, o treinamento, a aceitação dos limites, e solidariedade, integrando o cuidador numa metodologia de assistência planejada e compartilhada, por meio da prática educativa.

Esse espaço participativo do cuidado, em respeito à autonomia, é muito favorável à boa convivência entre a equipe de enfermagem, pessoas hospitalizadas e cuidadores. Para Bettinelli (2002), “[...] *o cuidado precisa ser diverso, não podendo ser padronizado em processos rígidos e inflexíveis, precisa incluir o paciente de maneira ativa nas decisões sobre o seu processo de saúde [...]*” (p. 182). Além de participar a pessoa, no modo de cuidar em questão, participa-se o cuidador. E as regras que sustentam a permanência do mesmo no cenário são diferentes das de outros contextos, pois ele pode permanecer em tempo integral, independente da idade da pessoa hospitalizada; não há restrição com relação ao gênero; e os horários de entrada, saída e trocas também são flexíveis; além da existência do horário de visita padrão, como em outros contextos.

A solidariedade, no ambiente em que se vive constantemente com o sofrimento e a dor, é inerente ao ser humano. E nesse contexto, impera a importância da flexibilidade nas ações do cuidado e suas relações, que compreende habilidade adquirida com a vivência. Dessa forma, para Bettinelli (2002), “[...] *as rotinas e normas rígidas reforçam a estabilidade e a previsibilidade da organização, mas diminuem a criatividade e não incentivam as alterações de comportamento [...]*” (p. 76). Contudo,

trata-se de um contexto de atuação marcado pela imprevisibilidade, incerteza, pela morte e o morrer, o que justifica a necessidade da flexibilidade.

O gerenciamento do cuidado de enfermagem diante das dialógicas ordem/desordem, vida/morte é imperativo, considerando a aplicação de referenciais dinâmicos e flexíveis. Para Morin (2005), “[...] *a capacidade de viver num universo organizado comportando risco e incerteza permite o desenvolvimento correlativo das estratégias cognitivas e das estratégias de comportamento [...]*” (p. 81). Tais estratégias, no âmbito do modelo paradigmático, dizem respeito às estratégias de ação-interação, que incluem as aptidões e competências essenciais para a prática de enfermagem de qualidade, abrangendo o conhecimento, a habilidade e a atitude, seja para prever e antecipar as situações de desordem, para planejar e (re) organizar o cuidado, para atender as necessidades das pessoas hospitalizadas e cuidadores, para trabalhar as dificuldades imposta pelo cotidiano marcado pelo sofrimento e dor, ou para valorizar o trabalho em equipe.

As estratégias se fundamentam num exame das condições, que acontecem concomitantemente, sejam elas determinadas, aleatórias ou incertas, resultando na ação focada em prol de um objetivo, ou seja, de uma finalidade específica, que no trabalho em equipe é comum a todos: o cuidado de qualidade. As estratégias remetem ao diálogo, combate e cooperação com a desordem. Podem contar com a utilização de programas pré-estabelecidos, que representam ações predeterminadas e sequenciais, como um guideline, porém de forma flexível, aceitando a desordem e as eventualidades. Caso contrário, a prática fica engessada e desumanizada, a partir das normas e referenciais rígidos e lineares (MORIN, 2010).

De acordo com Morin (2010), há de se pensar que: “[...] *ordem demais asfixia a possibilidade de ação. Desordens demais transformam a ação em tempestade e ela passa a ser uma aposta ao acaso [...]*” (p. 221).

A proximidade da morte, e sua ocorrência de fato assumem a responsabilidade pela complexidade do contexto, causando desordem constante. Nesses momentos emergem necessidades de cuidados, em especial, da pessoa que vivencia este evento, dos cuidadores e da própria equipe. Dessa forma, são preocupações do enfermeiro no gerenciamento do cuidado: o apoio ao cuidador no luto antecipado e imediato; o atendimento das necessidades da pessoa que se encontra grave clinicamente, ou diante de alguma intercorrência clínica que possa significar a proximidade da sua morte; a promoção da morte digna e o cuidado com o corpo; a convivência com o sofrimento, as incapacidades e mortes; e a admissão e gerenciamento dos próprios limites, incluindo os coletivos e institucionais, como no caso do déficit de recursos humanos.

No estudo desenvolvido por Baggio e Erdmann (2010), que trata, dentre outras dimensões, do cuidado do “eu – ser humano” e do “eu – profissional de enfermagem”, verificou-se que tais dimensões do cuidado de si são múltiplas e interligadas, o que configura a uniduidade do ser humano. Não há como separar. Entretanto, em situações de sofrimento e dor da pessoa que está sendo cuidada, algumas vezes, prevalece o “eu – profissional” como sendo uma estratégia para o enfrentamento da realidade, mas que pode desvalorizar e desumanizar o cuidado. O cuidado do “eu – ser humano” é muitas vezes deixado de lado, sendo manifestado apenas diante de algum problema, em especial, físico, como dor, que leva à automedicação. Este problema relaciona-se, em sua maioria, à desvalorização da própria queixa e à falta de tempo do profissional.

Contudo, é importante que o profissional se preocupe em cuidar de si. Inclusive, trata-se de uma exigência a partir da abordagem da complexidade, de forma a integrar

as dimensões física, espiritual e mental. Um exemplo simples pode contribuir na compreensão da interdependência do cuidado de si e do outro, como na despressurização de um avião, quando se deve, primeiramente, colocar a máscara de oxigênio em si, para posteriormente auxiliar o outro. Essa preocupação deve permear a relação entre o enfermeiro e os demais integrantes da equipe de enfermagem sob sua liderança, bem como os cuidadores, que vivenciam situação de estresse, principalmente relacionada com a possibilidade de perda. Dessa forma, de acordo com Baggio, Monticelli e Erdmann (2009), “[...] *o cuidar exige preocupação, conhecimento, dedicação ao próximo e a si mesmo [...]. E quando as formas de cuidado (de si, do outro e “do nós”) são interconectadas, o ser humano/cuidado pode ser e sentir-se cuidado [...]*” (p. 628).

Embora entendida na atenção paliativa como um processo natural da vida, levando em consideração as questões culturais, ainda é difícil trabalhar, pensar e falar da morte. Esse novo paradigma de cuidado não visa libertar os sujeitos da morte ocultada e silenciada, mas de colocá-la em pauta de discussão, considerando a necessidade de encará-la, humanizá-la, em contraponto à supremacia das tecnologias da medicina moderna (SILVA, RIBEIRO & KRUIZE, 2009; OLIVEIRA & CALLIA, 2005).

É no cenário da internação hospitalar que os sintomas da doença oncológica avançada mais se exacerbam, e a pessoa (in) conscientemente vivencia a proximidade da morte por meio das alterações da corporalidade, num universo de incertezas. Muitas vezes, essas incertezas também pairam na prática dos profissionais, diante de sintomas refratários, de difícil controle, em ocasiões em que há pouco tempo para atuar, e em dilemas éticos. Nessa perspectiva, segundo Alonso (2010), “[...] *na experiência da enfermidade, o corpo, sua materialidade, se transforma em um aspecto central,*

estruturante da experiência: o próprio corpo – antes espaço de certeza – se constitui espaço de incerteza [...]” (p. 108).

Na ocasião da morte, a reorganização do contexto, impulsionada pelo trabalho da equipe interdisciplinar, decorre da atuação da enfermagem no preparo do corpo e colaboração no apoio ao cuidador, que logo deixa o local, passando a ser assistido na fase do luto em outro cenário. Em seguida, a dinâmica se restabelece por intermédio do preparo do leito para a próxima admissão, que é sempre uma interrogação, dando início a um novo ciclo.

No âmbito mais abrangente, considerando o papel da morte na manutenção da organização do ecossistema, evidencia-se que ela não é somente desorganizadora/destrutora, mas também nutritiva, regeneradora e reguladora. De acordo como Morin (2005), “[...] *a avalanche desorganizadora da morte integra-se na cadeia organizadora da vida, impulsiona-a e regula-a. A morte que desorganiza também organiza [...]”* (p. 48).

A real concepção da complexidade do evento da morte no contexto se dá, especialmente, pelas turbulências do processo de morrer. Já que não é a morte que é surpreendente e inacreditável, mas sim a vida. E enquanto há vida, há interrogações, enigmas, complexidades, contradições. E a morte se reduz ao retorno de nossos átomos e moléculas à sua existência física normal, sendo a única coisa compreensível, diante da magnitude do que é o viver (MORIN, 2005). O processo do luto é marcado pela manutenção da pessoa viva nos corações dos seus entes queridos, que tem o sentimento de perda associado, amenizado pelo tempo.

Diante do exposto até o momento, na aproximação com o fenômeno central do estudo, o gerenciamento do cuidado de enfermagem é visto a partir da lente da complexidade, sustentado pelo trabalho em equipe e pela cooperação e cumplicidade de

todos os envolvidos, aceitando as dialógicas ordem/desordem, vida/morte e as múltiplas dimensões do ser humano como ser complexo.

A enfermagem como sistema complexo adaptativo vem sendo discutida em outros estudos, tendo como base para sua existência e compreensão os relacionamentos e as interações, a não-linearidade e a dinamicidade, com possibilidades de lançamento de estratégias e caminhos criativos para a realização das ações que visem o alcance dos objetivos (VIEIRA, KLOCK, COSTA & ERDMANN, 2009; NASCIMENTO, BACKES, KOERICH & ERDMANN, 2008).

No gerenciamento do cuidado de enfermagem, o enfermeiro torna-se o agente central do sistema complexo, não por ser simplesmente uma autoridade central, mas por deter conhecimento, habilidade e atitude, que devem ser trabalhados durante o processo de formação profissional, na perspectiva da complexidade, para lidar com incertezas, imprevisibilidades, interações e auto-organização. Faz parte do próprio sistema complexo, como elemento que vivencia suas particularidades, compondo o todo, e assumindo diversas relações dialéticas como gerente/assistente, observador/observado, ser cuidador/ser que precisa ser cuidado.

O processo de formação do enfermeiro, seguindo o modelo eclético, tem perfil generalista, humanista, crítico e reflexivo, pautado em princípios éticos e no rigor científico e intelectual. A especialidade, após a graduação, tem sido um caminho exigido pela contemporaneidade e pelos problemas cada vez mais complexos da humanidade (SILVA & CAMILLO, 2007).

Embora na perspectiva da complexidade a superespecialização traga simplificação e fragmentação, na busca pela especialização há necessidade de saber articular e unir os diferentes saberes disciplinares. Nesse contexto, diante do comportamento de diversas condições crônicas de saúde, indo além da própria

oncologia, bem como do envelhecimento da população, a especialidade da atenção paliativa deve ser melhor trabalhada, inclusive, nos cursos de graduação em enfermagem, além da própria complexidade. Para Vieira, Klock, Costa e Erdmann (2009), “[...] *há muito ainda que se avançar, uma vez que o aparecimento da temática complexidade nas literaturas de cuidados e enfermagem aparece ainda de maneira tímida e esporádica [...]*” (p. 217).

Somado ao problema do déficit relacionado ao ensino da temática da complexidade nos cursos de graduação em enfermagem, há um déficit considerável no tratamento da temática da oncologia nesse processo de formação, em especial quando se observa o perfil de morbi-mortalidade da população brasileira e o papel social a ser desempenhado pelo enfermeiro. Embora esse conhecimento possa ser adquirido nos cursos de pós-graduação, em especial, no *Lato Sensu*, o ensino da oncologia na graduação se faz necessário para o atendimento das necessidades da população nos diferentes níveis de assistência, ou seja, da promoção e prevenção à atenção paliativa. Dessa forma, sem o ensino da oncologia, algumas universidades do Brasil, segundo Calil e Prado (2009), “[...] *formam profissionais com deficiências em conhecimento e capacidade de intervenção sobre os problemas e situações de saúde-doença, demandas prevalentes e prioritárias da população [...]*” (p. 469), considerando o câncer como sendo a segunda causa de morte por doença.

A utilização de referenciais dinâmicos e flexíveis na enfermagem, e na saúde, de uma forma geral, a partir da aplicação dos princípios da complexidade, assume o cuidado complexo ao ser humano complexo, que tem as seguintes características: auto-organizador, dialógico, plural, interconectivo e potencializador das ações de cuidado (VIEIRA, KLOCK, COSTA & ERDMANN, 2009).

O envolvimento dos aspectos múltiplos do cuidar gerenciando da enfermagem na atenção paliativa oncológica, principalmente por meio da contextualização, transcende os aspectos físicos da doença, valoriza as interações e trocas de saberes, e vai de encontro ao modelo biomédico/cartesiano, assistencialista e imediatista, compondo o novo paradigma de cuidado.

CAPÍTULO VI

VALIDANDO A MATRIZ TEÓRICA

O processo de validação da matriz teórica construída, que caracteriza a teoria substantiva, foi realizado nos dias 06 e 08 de abril de 2011, durante o Doutorado Sanduiche na UFSC, com integrantes do GEPADES. O resumo da tese e a figura diagramada do modelo paradigmático (Diagrama 51), bem como do fenômeno central (Diagrama 52) foram enviados para o endereço eletrônico das pessoas responsáveis pelo momento de comparação dos conceitos da matriz, ou seja, de validação.

Assim sendo, no primeiro dia o processo de validação contou com a participação da Dra Selma Regina de Andrade, Dra Alacoque Lorenzini Erdmann e do doutorando Rafael Marcelo Soder, e com a minha presença. O momento decorreu por aproximadamente três horas, iniciado com a leitura do resumo e posterior visualização dos diagramas, em programa do computador. Foram fornecidos todos os esclarecimentos necessários ao longo do processo, visando a maior oportunidade de captação de contribuições para a pesquisa. A aproximação com a área de conhecimento do GEPADES diz respeito à gerência do cuidado, bem como com o referencial teórico-metodológico utilizado na tese.

No segundo dia estiveram presentes a Dra Ana Lucia Schaefer Ferreira de Mello, Dra Alacoque Lorenzini Erdmann, os doutorando Maria Aparecida Baggio e José Luís Guedes dos Santos, além da minha presença. Participaram ainda como ouvintes duas alunas do curso de graduação em enfermagem, atualmente, desenvolvendo atividades da iniciação científica, com utilização da TFD. O momento também durou em torno de três horas.

No que se referem às contribuições nesse processo, destacam-se: proposição de mudança da redação do fenômeno central e da tese defendida; afirmação da capacidade de abstração da matriz teórica; substituição do termo “base filosófica” por “preceitos” da atenção paliativa oncológica; substituição do termo “cliente” por “pessoa”; confirmação do uso do termo “atenção paliativa oncológica”; substituição da palavra “dimensão” do objeto de estudo e objetivo pela palavra “prática”; substituição do verbo no infinitivo da primeira categoria do grupo amostral dos enfermeiros; proposição de mudança da redação dos títulos da quarta e oitava categorias do grupo amostral dos enfermeiros; proposição de mudança da redação dos títulos da primeira e segunda categorias do grupo amostral dos cuidadores, incluindo a palavra cuidador; inclusão das palavras “gerência” e “cuidado” no âmbito das bases teóricas da Figura 01; no Diagrama 51 relacionar os elementos do modelo paradigmático de forma a demonstrar a interdependência e a dinamicidade entre os mesmos; no Diagrama 52, diferenciar as categorias que fazem parte de cada elemento do modelo paradigmático por meio de cores.

Todas as contribuições foram analisadas e discutidas com a orientadora, sendo incorporadas à pesquisa, compreendidas como importantes para a construção da matriz teórica do gerenciamento do cuidado de enfermagem na atenção paliativa oncológica.

CAPÍTULO VII

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo representam a significação da realidade vivenciada no cenário do cuidado de enfermagem na internação hospitalar do HC – IV, a partir da investigação dos três diferentes grupos amostrais formados pelos enfermeiros, cuidadores e técnicos de enfermagem, considerando a complexidade que a envolve, e por isso mesmo, não estando isenta de incerteza, erro e ilusão. A ilusão, neste caso, refere-se ao fato de que é preciso aceitar que é impossível ver o mundo real tal como ele é exatamente, especialmente, nos contextos complexos que envolvem os seres humanos.

A matriz teórica do gerenciamento do cuidado de enfermagem foi construída por meio da interação social e do diálogo com a realidade, calcada na racionalidade, sendo apresentada de forma aberta, flexível, dinâmica, e busca relacionar os fatores envolvidos na composição do todo, sendo o atendimento das necessidades da pessoa hospitalizada e do seu cuidador o seu produto final.

O processo de validação da matriz, que não se esgotou neste estudo, é favorável ao questionamento e à refutação, de forma que o conhecimento esteja sempre em construção, e no caso, em recriação, em busca da conservação das ideias que remetem à complexidade.

As categorias emergentes dos dados brutos e dos processos de codificações inerentes à TFD foram apresentadas com base em cada grupo amostral trabalhado, e a interconexão das mesmas, a partir do emprego do modelo paradigmático resultou na construção do fenômeno central do estudo, a saber: **gerenciando o cuidado de enfermagem na atenção paliativa oncológica no atendimento das necessidades da pessoa hospitalizada e do seu cuidador, valorizando o cuidar e sua complexidade.**

A relação das categorias com os elementos do modelo paradigmático (condições causais, contexto, condições intervenientes, estratégias de ação-interação e consequências) é essencial para a construção do fenômeno central. De forma geral, as categorias evidenciaram questões relativas à prática da gerência do cuidado de enfermagem na atenção paliativa oncológica, de modo a atender as necessidades da pessoa hospitalizada e do seu cuidador. Foram evidenciados conflitos e limites individuais, coletivos e institucionais, o que caracteriza a complexidade do contexto, e remetem às condições intervenientes da prática.

Em assim sendo, por meio do emprego do referencial metodológico da TFD, sob o olhar da Ciência da Complexidade, os objetivos do estudo foram alcançados, respeitado o objeto do estudo proposto, ou seja, o significado do gerenciamento do cuidado de enfermagem na atenção paliativa oncológica no atendimento das necessidades da pessoa hospitalizada e do seu cuidador na prática do enfermeiro.

Conforme exposto nas nove categorias originadas do grupo amostral dos enfermeiros, é possível significar o gerenciamento do cuidado de enfermagem, reconhecido como necessário ao planejamento e organização da assistência de modo a manter ou restabelecer a ordem no cenário da internação hospitalar, que convive constantemente com a dialógica morte/vida. No âmbito da análise da prática da gerência do cuidado desenvolvida pelos enfermeiros destaca-se a valorização do fazer relativo ao cuidado em si para atender as necessidades da pessoa hospitalizada, tendo como objetivo principal a manutenção do seu conforto. E, diante do comprometimento das dimensões múltiplas que envolvem o ser humano em processo de finitude, o enfermeiro atua no âmbito da interdisciplinaridade, da cooperação e cumplicidade do trabalho em equipe, além de exercer diversas ações na ausência dos demais membros da

equipe de saúde, em especial, no plantão noturno, em prol da integralidade do cuidado e dos preceitos da atenção paliativa.

Os cuidadores, a partir do exposto em suas três categorias de análise, valorizam a importância de estarem presentes no contexto, de forma a contribuir para o conforto físico, psicológico, espiritual e emocional da pessoa hospitalizada. Assim sendo, participam do cuidado durante a experiência vivenciada, apresentam as suas próprias necessidades e percebem a prática do cuidado desenvolvido pela equipe de enfermagem no contexto, expondo contradições relacionadas com o cuidado/descuidado, por meio do levantamento de aspectos positivos e negativos.

Já os técnicos de enfermagem, em suas cinco categorias de análise, em sua maioria semelhantes aos dados evidenciados no grupo amostral dos enfermeiros, visam o objetivo comum referente ao cuidado da pessoa, indo além do aspecto físico, e reconhecendo a necessidade de informação do cuidador.

As dificuldades da prática e da gestão do cuidado de enfermagem remetem ao problema institucional dos recursos humanos, aos limites pessoais e coletivos, às questões burocráticas concretizadas na grande quantidade de papéis que precisam ser preenchidos pelos enfermeiros, especialmente no momento da admissão da pessoa, gerando elementos relacionados com as consequências e expectativas de melhoria da prática. Nesse aspecto, é preciso valorizar o ser humano que cuida e precisa ser cuidado, bem como a necessidade de capacitação profissional, o que já vem sendo desenvolvido na unidade por meio de reuniões científicas, dos rounds nas enfermarias, grupos de discussão, e participação em eventos científicos.

Todos esses aspectos, indo ao encontro do fenômeno central revelado no estudo, confirmam a tese defendida: **os enfermeiros gerenciam o cuidado de enfermagem na atenção paliativa oncológica no atendimento das necessidades da pessoa**

hospitalizada e do seu cuidador, por meio da valorização do desenvolvimento de aptidões para alcance dos objetivos de cuidado, para compor a nova ordem no cenário, diante das relações dialógicas ordem/desordem, vida/morte, e para vencer as dificuldades relacionadas com os limites pessoais, coletivos e institucionais.

No que se refere ao caminhar metodológico seguido pela TFD, novas pesquisas se fazem necessárias, com o objetivo de comparação da matriz teórica construída com diferentes realidades de atenção à saúde das pessoas que sofrem com condições crônicas, e conseqüente generalização dos conceitos, a fim de contribuir para a construção da teoria formal.

REFERÊNCIAS

- ALONSO, J. P. El cuerpo hipervigilado: incertidumbre y corporalidad en la experiencia de la enfermedad en cuidados paliativos. **Cuadernos de Antropología Social**, n. 29, p. 103-120, 2009.
- ARAÚJO, M. M. T., SILVA, M. J. P. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. 4, p. 668-74, 2007.
- BACKES, D. S., KOERICH, M. S., NASCIMENTO, K. C., ERDMANN, A. L. Sistematização da assistência: aproximando o saber acadêmico, o saber-fazer e o legislar em saúde **Acta Paul Enferm**, v. 20, n. 4, p. 446-51, 2007.
- BAGGIO, M. A., ERDMANN, A. L. Relações múltiplas do cuidado de enfermagem: o emergir do cuidado “do nós”. **Rev Latino – Am. Enfermagem**, v. 18, n.5, p. 895-902, 2010.
- BAGGIO, M. A., ERDMANN, A. L., SASSO, G. T. M. D. Cuidado humano e tecnologia na enfermagem contemporânea e complexa. **Texto Contexto Enferm**, v.19, n. 2, p. 378-85, 2010.
- BAGGIO, M. A., MONTICELLI, M., ERDMANN, A. L. Cuidando de si, do outro e “do nós” na perspectiva da complexidade. **Rev Bras Enferm**, v. 62, n. 4, p. 627-31, 2009.
- BENITO, G. A. V., FINATO, P. C. Competências gerenciais na formação do enfermeiro: análise documental de um projeto pedagógico de curso. **Rev Eletrônica Enferm**, v. 12, n. 1, p. 140-9, 2010.
- BETTINELLI, L. A. **A solidariedade no cuidado: dimensão e sentido da vida**. 2002. Tese (Doutorado em Enfermagem). PEN/UFSC. 204p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. In: **Bioética**, v.4, n.2, SUPL, 1996.
- _____. Portaria nº 2.439/GM de 08 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 08 de dezembro de 2005.
- _____. Portaria nº 62 do Ministério da Saúde, de 11 de março de 2009. Dispõe acerca das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 11 de março de 2009.
- _____. Lei nº 11.340 da Presidência da República, de 07 de agosto de 2006. Dispõe da violência doméstica e familiar contra a mulher. **Diário Oficial da União**, 08 de agosto de 2006.

CALDERÓN, M. Y., PAZITKOVÁ, T. V., NARANJO, I. C. Presencia de la bioética en los cuidados paliativos. **Rev Cubana de Medicina Integral**, v. 26, n. 2, p. 330-7, 2010.

CALIL, A. M., PRADO, C. Ensino da oncologia na formação do enfermeiro. **Rev Bras Enferm**, v. 62, n. 3, p. 467-70, 2009.

CARVALHO, V. Sobre o conhecimento geral e específico: destaques substantivos e adjetivos para uma epistemologia da enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 11, n 2, p. 337-42, 2007.

CASSIANI, S. H. B.; CALIRI, M. H. L.; PELÁ, N. T. R. A Teoria Fundamentada nos Dados como abordagem de pesquisa interpretativa. **Rev latino-am enfermagem**, v.4, n.3, p. 75-88, 1996.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Lei nº 7.498/86. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Rio de Janeiro (Brasil): **COFEN**, 25 de junho de 1986.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 293/2004. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados [Internet]. **COFEN** [citado em 2011 Jan 13]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br>

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

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

COULON, A. **A Escola de Chicago**. São Paulo: Papyrus, 1995.

DESNIA, B. M., MELAN, P. K. **Percepción dada por los familiares sobre la calidad de atención en relación a cuidados paliativos de enfermos oncológicos terminales**. 1998. Pontificia Universidad Católica de Chile. Escuela de Enfermería.

ELFRINK, E. J. et al. Problem solving by telephone in palliative care: use of a predetermined assessment tool within a program of home care technology. **J Palliat Care**, v. 18, n. 2, p. 105-10, 2002.

ELSEN, I.; MARCON S. S.; SILVA, M. R. S. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2ª edição. Maringá: Ederem, 2004

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

FERNANDES, M. S. et al. A conduta gerencial da enfermeira: um estudo fundamentado nas teorias gerais da administração. Ribeirão Preto (SP). **Rev Latino – Am. Enfermagem**, v. 11, n.4, p. 161-167, 2003.

FULY, P. S. C. **Ressignificando o gerenciamento da qualidade e a valorização do cuidado profissional: implantação e implementação da sistematização da assistência de enfermagem.** 2009. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. 270p.

GEORGE, J. B. et al. **Teorias de Enfermagem.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

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

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

HESSEN, J. **Teoria do conhecimento.** 2ª edição. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

HIGA, E. F. R., TREVIZAN, M. A. Os estilos de Liderança Idealizados pelos Enfermeiros. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** (Ribeirão Preto), v. 1, p. 59-64, 2005.

JAPIASSU, H. **Introdução ao pensamento epistemológico.** 7ª edição. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1992.

KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem.** 2ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

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

MATOS, E., PIRES D. E. P., SOUSA, G. W. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n. 5 p. 775-81, 2010.

MORAIS, G. S. N., COSTA, S. F. G., FONTES, W. D., CARNEIRO, A. D. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em paciente ao paciente hospitalizado. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. 3, p. 323-7, 2009.

MORIN, E. **O pensar complexo – Edgar Morin e a crise da modernidade.** Rio de Janeiro: Garamond, 1999.

_____. **O problema epistemológico da complexidade.** Portugal: Europa-América LTDA, 2002.

_____. **Introdução ao pensamento complexo.** 4ª edição. Tradução de Dulce Matos. Lisboa: Instituto Piaget, 2003.

_____. **O método 2 – a vida da vida.** 3ª edição. Porto Alegre: Sulina, 2005.

_____. **Educação e complexidade: os sete saberes e outros ensaios.** 4ª edição. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 12ª edição. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. **O método 5 – a humanidade da humanidade – a identidade humana**. 4ª edição. Porto Alegre: Sulina, 2007.

_____. **Ciência com consciência**. 13ª edição. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

MOTTA, P. R. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. Rio de Janeiro; Record, 1991.

MOYA, J. L. M.; ESTEBAN, M. P. S. La complejidad del cuidado y el cuidado de la complejidad: un tránsito pedagógico de los reduccionismos fragmentantes a las lógicas no lineales de La complejidad. **Texto Contexto Enferm**, v. 15, n. 2, p. 312-9, 2006.

NASCIMENTO, K. C., BACKES, D. S., KOERICH, M. S., ERDMANN, A. L. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 4, p. 643-8, 2008.

OLIVEIRA, A. C., SILVA, M. J. P. Autonomia em cuidados paliativos: conceitos e percepções de uma equipe de saúde. **Acta Paul Enferm**, v. 23, n. 2, p. 212-7, 2010.

OLIVEIRA, E. A., SANTOS, M. A., MASTROPIETRO, A. P. Apoio psicológico na terminalidade: ensinamentos para a vida. **Psicologia em estudo** (Maringá), v. 15, n.2, p. 235-244, 2010.

OLIVEIRA, M. F., CALLIA, M. H. P. **Reflexões sobre a morte no Brasil**. São Paulo: Paulus, 2005.

PIMENTA, C. A. M. Cuidados paliativos: uma nova especialidade do trabalho da enfermagem? **Acta Paul Enferm**, v. 23, n. 3, p. viii, 2010.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem – métodos, avaliação e utilização**. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2004.

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

SANTOS, B. S. **Um discurso sobre as ciências**. São Paulo: Cortez, 2003.

SILVA, M. M. **A sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos em oncologia: visão dos enfermeiros**. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. 112p.

SILVA, A. L., CAMILLO S. O. A educação em enfermagem à luz do paradigma da complexidade. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. 3, p. 403-10, 2007.

SILVA, A. L., CIAMPONE, M. H. T. Um olhar paradigmático sobre a Assistência de enfermagem - um caminhar para o cuidado complexo. **Rev Esc Enferm USP**, v. 37, n. 4, p.13-23, 2003.

SILVA, K. S., RIBEIRO, R. G., KRUSE, M. H. L. Discurso de enfermeiras sobre a morte e o morrer: vontade ou verdade? **Rev Bras Enferm**, v. 62, n. 3, p. 451-6, 2009.

SQUASSANTE, N. D., ALVIM, N. A. T. Relação equipe de enfermagem e acompanhantes de clientes hospitalizados: implicações para o cuidado. **Rev Bras Enferm**, v. 62, n. 1, p.11-7, 2009.

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

TEIXEIRA, M.; LAVOR, M. Assistência no modelo *hospice*: a experiência do INCA. In: PIMENTA, C. A. M.; MOTA, D. D. C. F.; CRUZ, D. A. L. M. **Dor e cuidados paliativos – enfermagem, medicina e psicologia**. São Paulo: Manole, 2006.

WAKEFIELD, A. Nurses' responses to death and dying: a need for relentless self-care. **Int J palliat Nurs**, v. 6, n. 5, p. 245-51, 2000.

WHO-WORLD HEALTH ORGANIZATIONS. Expert Committe. **Cancer, Pain Relief and Palliative Care**. Genebra, 2002.

VIEIRA, A. P. M., KURCGANT P. Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem: elementos constitutivos segundo percepção de enfermeiros. **Acta Paul Enferm**, v. 23, n. 1, p. 11-5, 2010.

VIEIRA, M., KLOCK P., COSTA R., ERDMANN, A. L. Um modelo de enfermagem como sistema complexo adaptativo. **Aquichan**, v. 9, n. 3, p. 212-221, 2009

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

“O gerenciamento do cuidado de enfermagem na atenção paliativa oncológica”

Nome do Voluntário: _____

Você, por ser enfermeiro que exerce função direta na assistência à pessoa hospitalizada na atenção paliativa oncológica, está sendo convidado a participar de uma pesquisa que envolve a discussão do gerenciamento do cuidado de enfermagem nessa área de atuação. Trata-se de uma tese de doutorado de responsabilidade da enfermeira Marcelle Miranda da Silva sob orientação da Dra Marléa Chagas Moreira vinculada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ.

Essa pesquisa se justifica pela importância na construção do conhecimento sobre a prática da enfermagem organizada na atenção paliativa oncológica. E também, pela possibilidade de preencher parte da lacuna de conhecimento que há na literatura nacional de enfermagem direcionada para essa prática.

Para que você possa decidir se quer participar ou não dessa pesquisa, precisa conhecer seus objetivos, benefícios, riscos e implicações.

OBJETIVOS DO ESTUDO

- Compreender o significado atribuído pelos enfermeiros acerca do gerenciamento do cuidado de enfermagem no contexto da internação hospitalar na atenção paliativa oncológica;
- Analisar a prática da gerência do cuidado desenvolvida pelos enfermeiros no contexto;
- Construir uma matriz teórica do gerenciamento do cuidado de enfermagem no contexto, a partir da prática do enfermeiro e das demais pessoas envolvidas no cuidado.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

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

ALTERNATIVAS

A sua participação na pesquisa será voluntária, podendo optar por participar da mesma ou não, sem qualquer implicação para você.

RISCOS

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

BENEFÍCIOS

Embora os benefícios não possam ser garantidos diretamente a você pela participação nessa pesquisa, espera-se em médio prazo que a oportunidade para reflexão crítica acerca da prática do gerenciamento do cuidado de enfermagem no cenário da atenção paliativa oncológica possa gerar melhorias na assistência de enfermagem prestada, bem como avanços no conhecimento nessa área de atuação.

ACOMPANHAMENTO, ASSISTÊNCIA E RESPONSÁVEIS

Durante essa pesquisa, a pesquisadora responsável acompanhará sua participação prestando todas as informações que se fizerem necessárias.

CARÁTER CONFIDENCIAL DOS REGISTROS

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

TRATAMENTO MÉDICO EM CASO DE DANOS

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

CUSTOS (Ressarcimento e Indenização)

Não haverá qualquer custo ou forma de pagamento pela sua participação na pesquisa. A entrevista será realizada no seu horário e local de trabalho, conforme disponibilidade no momento.

BASES DA PARTICIPAÇÃO

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

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

Nós estimulamos a você a fazer perguntas a qualquer momento da pesquisa. Neste caso, por favor, ligue para a pesquisadora, a Enfermeira Marcelle Miranda da Silva, telefone: (21)8694-9312, ou para a Coordenação de Pós Graduação EEAN/UFRJ, telefone: (21) 2293-8148. Se você tiver perguntas com relação aos seus direitos como

participante da pesquisa, também pode contar com um contato imparcial, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer (CEP - INCA), situado à Rua André Cavalcanti 37, Centro, Rio de Janeiro, telefones: (21) 3233-1410 ou (21) 3233-1353, ou também pelo e-mail: cep@inca.gov.br.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO E ASSINATURA

Li as informações acima e entendi o propósito da pesquisa. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas. Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar da pesquisa.

Eu recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

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

 (Nome do Participante – letra de forma)

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes da pesquisa ao participante indicado acima.

_____/_____/_____
 (Marcelle Miranda da Silva) dia mês ano

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

“O gerenciamento do cuidado de enfermagem na atenção paliativa oncológica”

Nome do Voluntário: _____

Você, por ser técnico de enfermagem que exerce função direta na assistência à pessoa hospitalizada na atenção paliativa oncológica, está sendo convidado a participar de uma pesquisa que envolve a discussão do gerenciamento do cuidado de enfermagem no atendimento das necessidades do cliente hospitalizado e do seu cuidador na atenção paliativa oncológica. Trata-se de uma tese de doutorado de responsabilidade da enfermeira Marcelle Miranda da Silva sob orientação da Dra Marléa Chagas Moreira vinculada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ.

Essa pesquisa se justifica pela importância na construção do conhecimento sobre a prática da enfermagem organizada na atenção paliativa oncológica.

Para que você possa decidir se quer participar ou não dessa pesquisa, precisa conhecer seus objetivos, benefícios, riscos e implicações.

OBJETIVOS DO ESTUDO

- Compreender o significado atribuído pelos enfermeiros acerca do gerenciamento do cuidado de enfermagem no contexto da internação hospitalar na atenção paliativa oncológica;
- Analisar a prática da gerência do cuidado desenvolvida pelos enfermeiros no contexto;
- Construir uma matriz teórica do gerenciamento do cuidado de enfermagem no contexto, a partir da prática do enfermeiro e das demais pessoas envolvidas no cuidado.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

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

ALTERNATIVAS

A sua participação na pesquisa será voluntária, podendo optar por participar da mesma ou não, sem qualquer implicação para você.

RISCOS

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

BENEFÍCIOS

Embora os benefícios não possam ser garantidos diretamente a você pela participação nessa pesquisa, espera-se em médio prazo que o estudo traga benefícios no que diz respeito ao entendimento/compreensão do gerenciamento do cuidado de enfermagem no contexto da atenção paliativa oncológica e, conseqüentemente, melhorias na assistência de enfermagem prestada.

ACOMPANHAMENTO, ASSISTÊNCIA E RESPONSÁVEIS

Durante essa pesquisa, a pesquisadora responsável acompanhará sua participação prestando todas as informações que se fizerem necessárias.

CARÁTER CONFIDENCIAL DOS REGISTROS

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

TRATAMENTO MÉDICO EM CASO DE DANOS

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

CUSTOS (Ressarcimento e Indenização)

Não haverá qualquer custo ou forma de pagamento pela sua participação na pesquisa. A entrevista será realizada enquanto você estiver na unidade como acompanhante, conforme disponibilidade no momento.

BASES DA PARTICIPAÇÃO

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

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

Nós estimulamos a você a fazer perguntas a qualquer momento da pesquisa. Neste caso, por favor, ligue para a pesquisadora, a Enfermeira Marcelle Miranda da Silva, telefone: (21)8694-9312, ou para a Coordenação de Pós Graduação EEAN/UFRJ, telefone: (21) 2293-8148. Se você tiver perguntas com relação aos seus direitos como

participante da pesquisa, também pode contar com um contato imparcial, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer (CEP - INCA), situado à Rua André Cavalcanti 37, Centro, Rio de Janeiro, telefones: (21) 3233-1410 ou (21) 3233-1353, ou também pelo e-mail: cep@inca.gov.br.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO E ASSINATURA

Li as informações acima e entendi o propósito da pesquisa. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas. Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar da pesquisa.

Eu recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

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

 (Nome do Participante – letra de forma)

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes da pesquisa ao participante indicado acima.

_____/_____/_____
 (Marcelle Miranda da Silva) dia mês ano

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

“O gerenciamento do cuidado de enfermagem na atenção paliativa oncológica”

Nome do Voluntário: _____

Você, por ser o acompanhante da pessoa hospitalizada nesta unidade, exercendo o papel de cuidador, está sendo convidado a participar de uma pesquisa que envolve a discussão do gerenciamento do cuidado de enfermagem no atendimento das necessidades do cliente hospitalizado e do seu cuidador na atenção paliativa oncológica. Trata-se de uma tese de doutorado de responsabilidade da enfermeira Marcelle Miranda da Silva sob orientação da Dra Marléa Chagas Moreira vinculada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ.

Essa pesquisa se justifica pela importância na construção do conhecimento sobre a prática da enfermagem organizada na atenção paliativa oncológica.

Para que você possa decidir se quer participar ou não dessa pesquisa, precisa conhecer seus objetivos, benefícios, riscos e implicações.

OBJETIVOS DO ESTUDO

- Compreender o significado atribuído pelos enfermeiros acerca do gerenciamento do cuidado de enfermagem no contexto da internação hospitalar na atenção paliativa oncológica;
- Analisar a prática da gerência do cuidado desenvolvida pelos enfermeiros no contexto;
- Construir uma matriz teórica do gerenciamento do cuidado de enfermagem no contexto, a partir da prática do enfermeiro e das demais pessoas envolvidas no cuidado.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

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

ALTERNATIVAS

A sua participação na pesquisa será voluntária, podendo optar por participar da mesma ou não, sem qualquer implicação para você.

RISCOS

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

BENEFÍCIOS

Embora os benefícios não possam ser garantidos diretamente a você pela participação nessa pesquisa, espera-se em médio prazo que o estudo traga benefícios no que diz respeito ao entendimento/compreensão do gerenciamento do cuidado de enfermagem no contexto da atenção paliativa oncológica e, conseqüentemente, melhorias na assistência de enfermagem prestada.

ACOMPANHAMENTO, ASSISTÊNCIA E RESPONSÁVEIS

Durante essa pesquisa, a pesquisadora responsável acompanhará sua participação prestando todas as informações que se fizerem necessárias.

CARÁTER CONFIDENCIAL DOS REGISTROS

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

TRATAMENTO MÉDICO EM CASO DE DANOS

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

CUSTOS (Ressarcimento e Indenização)

Não haverá qualquer custo ou forma de pagamento pela sua participação na pesquisa. A entrevista será realizada enquanto você estiver na unidade como acompanhante, conforme disponibilidade no momento.

BASES DA PARTICIPAÇÃO

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

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

Nós estimulamos a você a fazer perguntas a qualquer momento da pesquisa. Neste caso, por favor, ligue para a pesquisadora, a Enfermeira Marcelle Miranda da Silva, telefone: (21)8694-9312, ou para a Coordenação de Pós Graduação EEAN/UFRJ, telefone: (21) 2293-8148. Se você tiver perguntas com relação aos seus direitos como

participante da pesquisa, também pode contar com um contato imparcial, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer (CEP - INCA), situado à Rua André Cavalcanti 37, Centro, Rio de Janeiro, telefones: (21) 3233-1410 ou (21) 3233-1353, ou também pelo e-mail: cep@inca.gov.br.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO E ASSINATURA

Li as informações acima e entendi o propósito da pesquisa. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas. Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar da pesquisa.

Eu recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

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

 (Nome do Participante – letra de forma)

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes da pesquisa ao participante indicado acima.

_____/_____/_____
 (Marcelle Miranda da Silva) dia mês ano

APÊNDICE D

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

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

Para os enfermeiros:

- 1) Qual significado do gerenciamento do cuidado de enfermagem no contexto da internação hospitalar na atenção paliativa oncológica para você? Ou fale-me sobre.
- 2) Como você gerencia o cuidado de enfermagem na atenção paliativa oncológica para o atendimento das necessidades da pessoa hospitalizada e do seu cuidador? Como acontece aqui?
- 3) A forma como acontece o gerenciamento do cuidado de enfermagem aqui vai ao encontro que você considera importante? Se não, por quê?
- 4) Como o gerenciamento do cuidado poderia, então, ser melhor desenhado?

Para os técnicos de enfermagem:

- 1) Qual o significado do planejamento e da organização do cuidado exercidos pelo enfermeiro no contexto da internação hospitalar na atenção paliativa oncológica para você? Ou fale-me sobre.
- 2) Como você se vê inserido na equipe de enfermagem?
- 3) Como você desenvolve o seu trabalho no contexto da internação hospitalar para atender as necessidades da pessoa hospitalizada e do seu cuidador?
- 4) A forma como acontece o cuidado de enfermagem aqui vai ao encontro que você considera importante? Se não, por quê?
- 5) O que você faria para melhorar a assistência de enfermagem?

Para os cuidadores:

- 1) Como você acredita que as necessidades de cuidado da pessoa hospitalizada devam ser atendidas pela enfermagem no contexto da internação hospitalar?
- 2) Como você acredita que as suas próprias necessidades devam ser atendidas pela enfermagem no contexto da internação hospitalar?
- 3) Conte como acontece aqui. Faça o levantamento dos pontos negativos e positivos.
- 4) Como você avalia a sua participação no cuidado à pessoa hospitalizada?
- 5) O que você acha que poderia melhorar? Como isso poderia ser feito para você?

APÊNDICE E

ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO DE CAMPO

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

- 1- Como se dá a inserção dos enfermeiros no setor da internação hospitalar considerando o contexto formal da organização institucional?
- 2- Quais as implicações no que diz respeito ao poder decisório diretamente relacionado com o gerenciamento do cuidado de enfermagem no atendimento das necessidades do cliente e do cuidador?
- 3- Acontece passagem de plantão na modalidade de atendimento observada entre os enfermeiros? Se positivo, quais os principais aspectos abordados? Se negativo, por quê?
- 4- Como o enfermeiro se organiza no início das atividades?
- 5- Como planeja a provisão e previsão de recursos materiais?
- 6- Planeja suas atividades relacionadas com o cuidado de enfermagem? Existe alguma forma de registro desse planejamento para o atendimento das necessidades dos clientes e dos cuidadores?
- 7- Quais as principais atividades delegadas e executadas pelo enfermeiro?
- 8- Nas atividades delegadas, com se dá a supervisão dos profissionais de enfermagem?
- 9- Como dispõe os profissionais de enfermagem na escala diária? Quais as prioridades?
- 10- Interage com outros profissionais da equipe de saúde?
- 11- Realiza algum trabalho de capacitação da equipe de enfermagem quando necessário? De que forma?
- 12- Realiza ações educativas com as pessoas hospitalizadas e seus cuidadores conforme demanda específica?

APÊNDICE F

INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

PARTICIPANTES DO ESTUDO

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

Para os enfermeiros:

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

Sexo: ()F ()M

Religião: _____

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

Tempo de Atuação na Oncologia: _____ **Tempo de Trabalho no Instituto:** _____

Tempo de Trabalho nesta Unidade: _____

Pós-Graduação na área: ()SIM ()NÃO

Qual (is)? _____

Para os técnicos de enfermagem:

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

Sexo: ()F ()M

Religião: _____

Tempo de Formação Profissional: _____ **Local:** _____

Tempo de Atuação na Oncologia: _____ **Tempo de Trabalho no Instituto:** _____

Tempo de Trabalho nesta Unidade: _____

Para os cuidadores:

Parentesco: _____

Idade: ()20 – 30 ()31 – 40 ()41 – 50 ()51 – 60 ()61 – 70

Sexo: ()F ()M

Religião: _____

Nível de escolaridade: () Ensino Fundamental () Ensino Médio () Ensino Superior

Tempo que está como acompanhante nesta unidade: _____

Sabe sobre a doença e condição atual da pessoa? ()SIM ()NÃO () EM PARTE

ANEXO



Memo 251/10-CEP-INCA

Rio de Janeiro, 14 de junho de 2010.

A(o): Enfª Sabrina Ayd Pereira
Pesquisador(a) Principal

Registro CEP nº 45/10 (Este nº. deve ser citado nas correspondências referentes a este estudo)
Título do Estudo: O gerenciamento do cuidado de enfermagem na atenção paliativa oncológica

Prezado(a) Pesquisador(a),

Informo que o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer **aprovou** após re-análise o estudo intitulado: **O gerenciamento do cuidado de enfermagem na atenção paliativa oncológica**, bem como o seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido versão 1, em 7 de junho de 2010.

Ressalto que conforme descrito na folha de rosto (item 49), o(a) pesquisador(a) responsável deverá apresentar relatórios semestrais a respeito do seu protocolo que estão previstos para as seguintes datas: dezembro/2010 e junho/2011.

Atenciosamente,

Dr. Carlos Henrique D. Silva
Coordenador Substituto do Comitê de Ética em Pesquisa
CEP-INCA

Dr. Carlos H. D. Silva
CRM 52.25271-6

C/c – Enfª Sineide de Paula Silva – Divisão de Enfermagem/HC IV
Dra. Claudia Naylor Lisboa – Diretora do HC IV