



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**GERENCIANDO O CUIDADO DE ENFERMAGEM HUMANITÁRIO E
HUMANÍSTICO AO PACIENTE ONCOLÓGICO EM UM HOSPITAL GERAL:
ENTRE A VIVÊNCIA E A TEORIA**

FLORIANÓPOLIS
2010

Caroline Cechinel
Maria Eduarda Pereira Caminha

**GERENCIANDO O CUIDADO DE ENFERMAGEM HUMANITÁRIO E
HUMANÍSTICO AO PACIENTE ONCOLÓGICO EM UM HOSPITAL GERAL:
ENTRE A VIVÊNCIA E A TEORIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como
requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro
junto à oitava fase curricular do Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.
Orientadora: Alacoque Lorenzini Erdmann

Florianópolis
2010

*Este trabalho é dedicado aos pacientes oncológicos,
inspiradores dos questionamentos que incentivaram a produção desta
pesquisa, gerando novos conhecimentos que subsidiarão a
constante melhoria do cuidado.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaríamos de agradecer a todos os pacientes que conhecemos durante estes quatro anos de formação, por terem despertado em nós o nobre sentimento de amor ao próximo. Sem dúvida eles foram fundamentais para nossa formação e aprimoramento de conhecimento, nos instigando pela busca do saber. Eles que nos demonstravam carinhos e nos ensinavam a lidar com todos os sentimentos que envolvem a profissão de Enfermagem. Certamente nos tornamos pessoas melhores após o contato com cada um.

Gostaríamos também de deixar registrado o nosso agradecimento a todos os profissionais da saúde com quem tivemos contato durante a graduação. Além de conhecimento e saberes, nos trouxeram a experiência e o aprendizado no tão falado relacionamento interpessoal.

Em especial deixamos nosso carinho a todos os funcionários da Clínica Médica I: Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Auxiliares de Enfermagem, Bolsistas e Auxiliares de Limpeza, que nos receberam muito bem nesta etapa final, com quem dia após dia criamos um vínculo, um carinho e um convívio que certamente sentiremos saudade. Aos nossos sujeitos de pesquisa, muito obrigada por nos deixarem fazer inúmeras perguntas, sempre atentos a elas e reservando alguns minutos de seu tempo.

A nossa supervisora de estágio Enf. Julieta Oro, que esteve sempre presente, mostrando-se sempre preocupada com nosso aprendizado e aberta para ajudar. Por toda a atenção e credibilidade confiada a nós durante este período de convivência e por contribuir significativamente em nossa formação final.

Às Enfermeiras Berenice, Cecília, Mariana e Sandra, que não somente nos ajudaram a aprimorar nossas técnicas e nosso aprendizado, mas nos ensinaram a ser Enfermeiras, nos depositaram uma confiança muito grande e nos fizeram acreditar que tínhamos muito potencial. A elas que participaram diariamente no nosso estágio quer seja, de manhã, de tarde, ou à noite, saibam que vocês nos ensinaram a acreditar em nós e nos fizeram acreditar que teremos um futuro brilhante pela frente.

A nossa orientadora Dra. Alacoque, por nos mostrar os caminhos a serem seguidos e nos ajudar a guiar durante o processo de construção deste trabalho. Por nos proporcionar

uma visita técnica que nos mostrou novos conhecimentos e a possibilidade de conhecermos um modelo de assistência ideal. Certamente um exemplo de profissional a ser seguido.

A Gabriela Lanzoni, por nos ajudar a solucionar as diversas dúvidas surgidas durante a construção deste trabalho, mostrando-se sempre disponível. Teríamos certamente uma dificuldade ainda maior para categorizar todos os inúmeros códigos sem a sua ajuda.

Para os nossos amigos, temos que agradecer ao convívio diário, o compartilhar das dúvidas, os momentos de lazer e as nossas adoráveis conversas que sempre ajudaram a esquecer um pouco de todos os problemas e infindáveis tarefas a serem feitas. Vocês que sempre estiveram juntos nesta caminhada, que dividiram nossas dúvidas, nossas incertezas e compartilharam nossas angústias. Eternamente faremos parte um da história do outro.

Por fim, aos nossos pais, por entenderem nossa ausência, a nossa alteração de humor (principalmente em fim de semestre), a nossa impaciência e principalmente a ausência de convívio quase total durante a construção deste trabalho. Por representarem a fortaleza para a qual seguíamos diante das dificuldades. Tenham certeza que sem vocês não conseguiríamos chegar ao fim desta caminhada e seria muito mais difícil passar pelos obstáculos e percalços que apareceram ao longo destes anos. Vocês são extremamente importantes para nós e certamente trilharemos ainda mais caminhos juntos. Esta vitória também é de vocês.

A todos vocês fica aqui nosso singelo

Muito Obrigada!

*“Vivendo se aprende;
mas o que se aprende mais,
é só a fazer outras maiores perguntas.”*

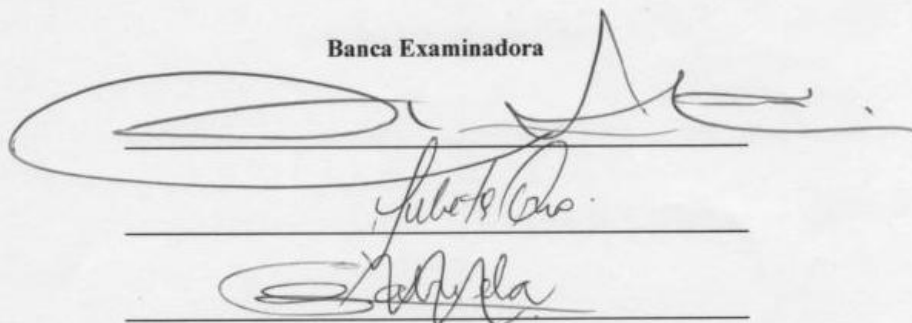
(Guimarães Rosa)

CAROLINE CECHINEL
MARIA EDUARDA PEREIRA CAMINHA

**GERENCIANDO O CUIDADO DE ENFERMAGEM
HUMANITÁRIO E HUMANÍSTICO AO PACIENTE
ONCOLÓGICO EM UM HOSPITAL GERAL:
ENTRE A VIVÊNCIA E A TEORIA**

Este Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (TCC), desenvolvido na 8ª UC, na disciplina Estágio Supervisionado II, requisito para integralização do referido Curso, foi julgado adequado e aprovado.

Banca Examinadora



The image shows three handwritten signatures in black ink, each written over a horizontal line. The signatures are stylized and cursive. The first signature is the largest and most prominent, followed by two smaller ones below it.

Florianópolis, 29 de novembro de 2010.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
ESTÁGIO SUPERVISIONADO II
Semestre: 2010/2

Apreciação do Trabalho de Conclusão de Curso das Acadêmicas:
Caroline Cechinel e
Maria Eduarda Pereira Caminha

Temática de estudo relevante, pertinente e devidamente explorada nesta experiência de TCC. A pesquisa realizada foi devidamente elaborada e implementada. Obteve a aprovação do Comitê de Ética da UFSC antes do início da Coleta de Dados.

A fundamentação teórica, e metodológica teve a consistência e sustentação adequada. As alunas apresentaram forte potencial para o aprendizado em pesquisa, conseguiram dominar o métodos, apesar da sua complexidade. Os resultados apresentados mostram, confirma este domínio e asseguram a adequada exeqüibilidade do método.

As categorias, categoria central e fenômeno encontrados mostram a importância dos mesmos para a prática da gerência do cuidado de enfermagem em uma Unidade de Internação Hospitalar., Registra-se os comprometimentos pela excelente desempenho das alunas Caroline e Maria Eduarda neste TCC.

Florianópolis, 01 de dezembro de 2010.

Prof. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

Orientadora do TCC

CAMINHA, Maria Eduarda Pereira; CECHINEL, Caroline. **Gerenciando o cuidado de enfermagem humanitário e humanístico ao paciente oncológico em um hospital geral: entre a vivência e a teoria.** 2010. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

Orientadora: Professora Dra Alacoque Lorenzini Erdmann

RESUMO

Este estudo teve como objetivo a elaboração de uma matriz orientadora da prática do cuidado a pacientes oncológicos em uma unidade de internação médica de um hospital geral. O estudo, de natureza qualitativa, teve como referencial metodológico a Teoria Fundamentada no Dados (*Grounded Theory*), e a Teoria Humanística e Humanitária de Martha Rogers como marco teórico conceitual. Participaram do estudo 14 sujeitos, divididos em 3 grupos amostrais: O primeiro grupo foi formado por 6 enfermeiras; o segundo grupo formado por 5 técnicos e auxiliares de enfermagem; e o terceiro grupo formado por 2 profissionais da equipe multidisciplinar e 1 familiar de um dos pacientes internados no setor. Para coleta dos dados utilizou-se entrevistas semi-estruturada, gravadas e transcritas em sua integralidade. Para análise dos dados procedeu-se a codificação das falas dos entrevistados, sendo estes códigos agrupados em subcategorias e categorias de acordo com suas diferenças e semelhanças. Foram encontradas 17 categorias nominadas como: Realizando cuidados oncológicos em um hospital geral, Transferindo o paciente oncológico a hospitais especializados, Cuidando do paciente oncológico, Identificando a enfermagem como fonte de apoio, Gerenciando a equipe de Enfermagem, Acompanhando a descoberta do diagnóstico, Gerenciando uma unidade de internação, Contrastando a preocupação com a dor e os preconceitos com analgesias, Percebendo a necessidade de capacitações para aquisição de novos conhecimentos para a equipe de Enfermagem, Trabalhando o vínculo com a família e seus enfrentamentos, Relacionamento interpessoal dentro da equipe de enfermagem influenciando no cuidado, Cuidando de Pacientes Oncológicos, Atuando frente o processo de morte, Utilizando a aquisição de novos conhecimentos como ferramenta, Gerenciando o cuidado direcionado ao paciente oncológico, Superando-se como profissional e Percebendo a importância da interdisciplinaridade no cuidado. A partir dessas 17 categorias encontradas emergiu o fenômeno: *Percebendo a superação do profissional e a importância da interdisciplinaridade ao contrastar o gerenciamento do cuidado de enfermagem humanístico e humanitário preconizado ao paciente oncológico com o vivenciado pelos profissionais de saúde e familiares em uma unidade de internação de um hospitalar geral.* Evidenciam-se nos achados que ao paciente oncológico, não basta apenas oferecer os cuidados rotineiros direcionados a todos os pacientes das mais variadas especialidades internados em uma clínica médica. O paciente oncológico necessita de cuidados biopsicossociais que contemplem não apenas sua patologia. Isso foi evidenciado na fala de todos os sujeitos envolvidos na pesquisa, referindo-se às deficiências presentes na clínica. Percebendo o cuidado como atividade inerente da enfermagem, e seu gerenciamento como importante prática de atividade do enfermeiro, conclui-se a necessidade de um adequado gerenciamento do cuidado ao paciente oncológico em um hospital geral por meio de uma matriz orientadora de cuidado.

Palavras-chave: Oncologia; Enfermagem; Enfermagem oncológica; Cuidados de Enfermagem; Gerenciamento clínico; Gerenciamento do Cuidado; Pesquisa Qualitativa.

CAMINHA, Maria Eduarda Pereira; CECHINEL, Caroline. **Managing the humanitarian and humanistic nursing care on oncology patients in a general hospital: between experience and theory.** 2010. Course Conclusion Work. Degree Course in Nursing. Federal University of Santa Catarina. Florianópolis.

Advisor: Alacoque Lorenzini Erdmann

ABSTRACT

This study has had as objective the elaboration of a orienting matrix on the practice of care for oncology patients in a general hospital internment unit. The study of qualitative nature has had as methodology reference the Grounded Theory and The Rogers's Humanistic and Humanitarian Theory as Theoretical reference. 14 persons participated on the study and they were divided in 3 groups: The first group was formed of 6 nurses, the second group was formed of 5 technician/aid nurses and the third group was formed of 2 professionals of the multidiscipline team with a family relative of the interned patient. Previously semi-structured interviews were conducted, recorded and transcribed in completeness. For analysis of data it was proceeded the codification of the interviewed persons. The codified data than grouped in categories and subcategories in accordance with its differences and similarities. We found 17 categories nominated as: Realizing cancer care in a general hospital, transferring to cancer patients to specialized hospitals, taking care of cancer patients, identifying nursing as a source of support, Managing the nursing staff, Following the discovery of the diagnosis, a Managing unit, contrasting concern with pain and prejudice with analgesia, Realizing the need for training to acquire new knowledge for the nursing staff, the working relationship with the family and its confrontations, Interpersonal relationships within the nursing team influencing care, Caring for Cancer Patients, Acting forward the process of death, using the acquisition of new knowledge as a tool, Managing the care directed at cancer patients, and will excel as a professional and Realizing the importance of interdisciplinary care. From 17 categories found the phenomenon emerged: *“Perceiving the professional overcoming and the importance of the interdisciplinarity when contrasting the humanistic and humanitarian nursing care management preconized to the oncology patient and the actual day to day relationship experienced by de health professionals and the family within a general hospital internment unit”*. becomes evident that, the standard care routine directed towards the patients interned in a medical clinic for reasons other than cancer, is just not suitable and perhaps not enough to the oncology patient. The oncology patient has a need of biopsychosocial care that goes further than the contemplation of the pathology itself. This has had evidenced in all the statements given by the persons involved on the research when referring to the issues to be tackled in the clinic environment. Noticing and perceiving the care as inherent activity of the nursing, and its practical management as a important activity of the nurse, the conclusion is that there is a necessity of an adjusted and suitable management of the oncology patient care in a general hospital by means of an orienting matrix of care.

KEY WORDS: Oncology; Nursing; Oncology nursing; Clinic management; Care Management; Qualitative research.

CAMINHA, Maria Eduarda Pereira; CECHINEL, Caroline. **Gestión de cuidados de enfermería de la asistencia humanitaria y humanista a los pacientes con cáncer en un hospital general: entre la experiencia y la teoría.** 2010. Trabajo de conclusión del curso. Graduación en Enfermería. Universidad Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

Orientadora: Alacoque Lorenzini Erdmann

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo el desarrollo de una matriz de orientar la práctica de la atención a pacientes con cáncer en una unidad de hospitalización médica de un hospital general. El estudio de naturaleza cualitativa, tuvo como base metodológica la teoría fundamentada (Grounded Theory) y Teoría Humanística y humanitaria Martha Rogers como conceptos teóricos. En el estudio participaron 14 sujetos, divididos en 3 grupos de muestra: El primer grupo estaba integrado por 6 enfermeras, el segundo grupo estaba formado por 5 técnicos y auxiliares de enfermería, y el tercer grupo formado por 2 profesionales del equipo multidisciplinario y 1 familia de un paciente ingresados en la unidad. Para la recolección de datos se utilizaron entrevistas semi-estructuradas que fueron grabadas y transcritas en su totalidad. Para el análisis de los datos procedió a la codificación de las entrevistas, estos códigos fueron agrupados en categorías y subcategorías de acuerdo a sus diferencias e similitudes. Se han encontrado 17 categorías nominado como: Al darse cuenta de la atención del cáncer en un hospital general, la transferencia a los pacientes de cáncer a los hospitales especializados, teniendo cuidado de pacientes con cáncer, de enfermería, identificando como una fuente de apoyo, gestión del personal de enfermería, tras el descubrimiento del diagnóstico, una gestión unidad, en contraste con el dolor y la preocupación por los prejuicios con la analgesia, Consciente de la necesidad de capacitación para adquirir nuevos conocimientos para el personal de enfermería, la relación de trabajo con la familia y sus enfrentamientos, las relaciones interpersonales dentro de la influencia del equipo de enfermería cuidado, cuidado de pacientes con cáncer, De avanzar el proceso de la muerte, con la adquisición de nuevos conocimientos como una herramienta, Gestión de la atención directa a pacientes con cáncer, y se destacan como un profesional y darse cuenta de la importancia del cuidado interdisciplinario.

De las 17 categorías que se encuentran, surgió el fenómeno: *Al darse cuenta de la superación de la importancia del trabajo interdisciplinario y para contrastar la gestión de los cuidados de enfermería humanista y humanitaria recomendada para pacientes con cáncer se enfrentan los profesionales de la salud y miembros de la familia en un hospital general.* Es evidente en los resultados que la investigación muestra que cuando los pacientes con cáncer, no basta con proporcionar cuidados de rutina dirigido a todos los pacientes de diferentes especialidades internado en una clínica médica. El paciente con cáncer de las necesidades de atención biopsicosocial teniendo en cuenta no sólo su patología. Esto se evidenció en el discurso de todos los sujetos involucrados en la investigación, en referencia a las deficiencias presentes en la clínica. Al darse cuenta de la actividad inherente a los cuidados de enfermería, y su gestión como una importante práctica de la enfermería, aparece la necesidad de una gestión adecuada de la atención a pacientes con cáncer en un hospital general a través de una serie de orientaciones de atención.

Palabras clave: Oncología; Enfermería; Enfermería oncológica; Atención de enfermería; Gestión Clínica; Manejo de Atención; La Investigación Cualitativa.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS	18
3. MARCO TEÓRICO CONCEITUAL	19
4. UMA BREVE REVISÃO DE LITERATURA	21
4.1. Fundamentos da Oncologia	21
4.2. Gerenciamento do Cuidado de Enfermagem	24
5. METODOLOGIA	27
5.1 Tipo de pesquisa	27
5.2 Local	30
5.3 Sujeitos	31
5.4 Coleta de dados	32
5.5 Análise dos dados	35
5.7. Considerações éticas	54
6.ARTIGO	55
7.CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
8. REFERÊNCIAS	76
APÊNDICES	83
Apêndice A – Entrevista inicial Enfermeira	83
Apêndice B – Unindo as categorias	84
Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	85
ANEXOS	87
Anexo 1 – Estruturando o Modelo Paradigmático	87

1. INTRODUÇÃO

O aumento estatístico de diagnósticos de doenças oncológicas, bem como os agravos destas doenças estão se tornando pontos alarmantes para os estudiosos da área da saúde. Entendendo que o processo de cuidar é inerente à profissão do enfermeiro, a preocupação de como combater a doença não é maior do que a necessidade de proporcionar o melhor cuidado quando atingidos seus estágios críticos, em que a prevenção já não se faz mais necessária e o que resta a fazer é assistir este paciente atendendo todas as necessidades possíveis.

Tendo em vista a necessidade de determinados agravos de terem um cuidado direcionado e especializado, viu-se a necessidade de avaliação do gerenciamento do cuidado de enfermagem prestado ao paciente oncológico em um hospital geral. Observando tal ponto passamos a observar as clínicas médicas de atendimento em um hospital universitário generalista. Com o intuito de desenvolver a pesquisa em um campo de estágio que recebesse um maior número de pacientes oncológicos, fez-se a escolha por uma das unidades de internação médica generalista do hospital referido.

A unidade de internação utilizada como campo de estágio, atendia as especializações de gastroenterologia, pneumologia e clínica médica. Estando locada provisoriamente em uma ala desativada do hospital, tendo sua capacidade reduzida devido ao número de funcionários e pelo espaço físico oferecido por esta.

Partindo do observado em uma visita técnica a unidade, inicia-se a construção do projeto e as possíveis diretrizes que norteariam seu desenvolvimento. Com estes pressupostos passamos a desenhar e delimitar melhor a pesquisa que seria desenvolvida. Tendo tais metas definidas as pesquisadoras conseguiram definir o seu referencial metodológico a ser abordado. Com a pesquisa qualitativa que seria abordada e para análise dos dados que iriam se apresentar durante o desenvolvimento da pesquisa, utilizou-se a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD).

A TFD significa basicamente, como sugere o nome, uma teoria derivada dos dados coletados, sistematicamente reunidos e analisados por meio de processo de pesquisa, no qual coleta de dados, análise e teoria mantêm uma relação muito próxima. A teoria fundamentada nos dados começa em uma área de estudo ampla e permite que a teoria surja influenciada pelos dados descobertos, e não apenas pelas especulações do pesquisador, configurando um guia importante para a ação. (STRAUSS; CORBIN, 2008)

No processo de trabalho da enfermagem muitas vezes o cuidado não é realizado da maneira preconizada devido à falta de conhecimento e preparo dos enfermeiros. Estes, seguindo seu processo de trabalho ideal, devem estar atentos a seguir os passos de um gerenciamento adequado ao cuidado de cada paciente, respeitando a individualidade e particularidade dos agravos. Para tanto, deve-se atender às necessidades de educação continuada e desenvolvimento de pessoal, enfatizando a análise crítica da realidade e possibilidade de construir novas formas de atuação. (ANSELMÍ, GOMES; SILVA, 1993).

O modelo assistencial enfatizado neste trabalho necessita da participação de um profissional crítico, que não apresente apenas competência técnica, mas principalmente busque compreender e assistir aos pacientes em sua totalidade: dimensões sociais, econômicas, culturais, familiares e afetivas, com o intuito de desenvolver um serviço que atenda adequadamente as necessidades de saúde do paciente. (ANSELMÍ, GOMES; SILVA, 1993)

Tendo em vista o exposto, é necessário considerar duas formas de cuidado: os cuidados habituais e cotidianos relacionados à manutenção e desenvolvimento da vida, e os cuidados de reparação ou tratamento da doença. O que se vê hoje na realidade hospitalar é que estes últimos impregnaram nos ambientes de cuidado influenciados pelo modelo biomédico de assistência, fazendo com que o indivíduo seja muitas vezes isolado de seu meio em seu processo de cuidado, sendo afastado de seu grupo de inserção e de si próprio. (LIMA; ROSSIL, 2005)

“A atenção a esses aspectos é de fundamental importância ao ser considerado o gerenciamento do cuidado, tendo em vista que os dois tipos de cuidado não se excluem mutuamente. Ambos devem ser foco das ações do enfermeiro e constantemente considerados diante situações que exigem prestação de cuidados.” (LIMA; ROSSIL, 2005)

Observa-se no cotidiano de alguns hospitais generalistas que os pacientes oncológicos recebem uma assistência que não visa à especificidade que necessitam. Isso se dá especialmente pelo fato de algumas destas instituições não apresentarem um setor direcionado exclusivamente ao cuidado destes pacientes, o que pode levar a um cuidado deficitário.

Pode-se ainda observar que apesar da evolução e inclusão da tecnologia na maioria destas instituições, nos níveis hierárquicos administrativos onde se situam os enfermeiros, as funções gerenciais encontram-se difusas e cada vez mais distantes dos usuários e da prática assistencial. Isto expõe a necessidade de revisão de conceitos referentes às questões gerenciais de enfermagem, estimulando assim reflexões e desafios para novas possibilidades da prática

assistencial, visando o indivíduo como centro dos processos gerenciais de enfermagem. (LIMA; ROSSIL, 2005)

A necessidade do gerenciamento do cuidado a clientes debilitados devido a importantes agravos e co-morbidades torna-se indispensável à integralidade na assistência ao paciente. Isto pode ser percebido na assistência ao paciente oncológico, que necessita de um acompanhamento diferenciado e mais próximo do enfermeiro, o que aumenta a necessidade de maiores conhecimentos sobre os cuidados diferenciados necessários a este paciente.

Tamanha preocupação com o paciente oncológico se dá pelas estatísticas alarmantes da presença da doença em nossa sociedade. Considerando os indicadores de morbidade e fatores de risco (taxa de incidência anual de neoplasias malignas por 100 mil habitantes) apresentado pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 a 2009, observa-se um aumento considerável nos índices da maioria das especificidades oncológicas, o que confirma a necessidade de um cuidado diferenciado a tais pacientes. Como exemplo, podemos notar o caso de neoplasias de próstata (7,11 por 100 mil habitantes em 2000 e 52,43 em 2009), assim como outras neoplasias malignas de pele (23,97 por 100 mil habitantes em 2000 e 59,16 em 2009) e também cólon, junção retosigmoide e ânus (1,37 por 100 mil habitantes em 2000 e 13,23 em 2009). (BRASIL, 2010) Tendo em vista o exposto, notamos a importância da equipe de Enfermagem em apresentar um cuidado diferenciado a este paciente, observando não somente os aspectos biomédicos e sim todos os possíveis fatores que levaram o paciente até o seu atual quadro de saúde-doença. (INCA, 2010)

“No contexto do câncer, o enfermeiro atua em ações de prevenção e controle. Tem como competência prestar assistência a pacientes com câncer na avaliação diagnóstica, tratamento, reabilitação e atendimento aos familiares. Além dessas, ele desenvolve ações educativas, ações integradas com outros profissionais, apóia medidas legislativas e identifica fatores de risco ocupacional, na prática da assistência ao paciente oncológico e sua família. Por isso, a pesquisa em enfermagem oncológica é essencial para gerar a base de conhecimento que fundamenta a prática clínica, além de poder identificar o impacto do câncer e do tratamento na vida de pacientes e familiares.” (SILVEIRA; ZAGO, 2006)

Cuidar do paciente oncológico implica do enfermeiro um grau de conhecimento elevado, sendo estes não apenas direcionados à patologia e problemas relacionados à saúde física, mas também sobre o enfrentamento das emoções do paciente e família frente à doença envolvendo também aspectos culturais, espirituais e sociais. (RECCO; LUIZ; PINTO, 2005)

Assim, observa-se a necessidade dos enfermeiros pesquisadores de ampliarem as prioridades de pesquisa em enfermagem oncológica no país, para assim construir um

conhecimento de uma área que se encontra em carência de estudos científicos, para que possam vir a embasar a prática. (SILVEIRA; ZAGO, 2006)

A partir destas observações e necessidades do processo de trabalho de enfermagem, surgiu às autoras a pergunta de pesquisa que norteou este estudo, dando-se pelo seguinte questionamento: “Como os enfermeiros de unidades de internação de um hospital geral gerenciam o cuidado aos pacientes oncológicos?”. A resposta a esta pergunta possibilita a estabelecer uma matriz teórica do fenômeno estruturado.

2. OBJETIVO

Elaborar uma matriz orientadora da prática do Gerenciamento do Cuidado de Enfermagem aos pacientes oncológicos internados em um hospital geral localizado ao sul do Brasil.

3. MARCO TEÓRICO CONCEITUAL

Como apresentado anteriormente, nesta pesquisa será usado como modelo metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados, e com o objetivo de manter uma conexão com o marco teórico adotado resolveu-se utilizar o modelo de Martha Rogers e sua teoria humanística e humanitária.

A teoria humanista ou humanitária, como ficou conhecida a teoria de Rogers, foi publicada em 1970 como a teoria dos seres humanos unitários. A enfermagem é entendida como a ciência e a arte de promover interação entre o ser humano e a natureza, visando à manutenção de sua integridade e direcionamento da padronização. Essa teoria se sustenta em quatro premissas: campo de energia; sistemas abertos; padrão; e pandimensionalidade. O foco dessa teoria é a relação do ser humano-meio, sendo que o profissional terá sua ação pautada neste intercâmbio, buscando uma terapêutica adequada para proporcionar condições de reorganização de padrões, intervindo tanto no ambiente, como no ser humano. (PRADO, 2008).

Descrevendo o ser humano como único, com o dever de promover uma interação com o seu ambiente para melhorar sua saúde e referindo que o homem vive em constante desenvolvimento e mudança, a teoria humanista também relata sua essência como dedutiva, a qual diz que a enfermagem requer uma nova perspectiva do sistema mundial e nova forma de pensar sobre o que realmente está focada.

Segundo Potter e Perry (2005), Rogers visualiza a Enfermagem principalmente como uma ciência, comprometida com a pesquisa de enfermagem e o desenvolvimento da teoria. É por tal motivo que a enfermagem incorpora conceitos da ciência básica e fisiologia, bem como conhecimentos de enfermagem.

“A ciência da enfermagem visa proporcionar massa de conhecimentos teóricos decorrentes da pesquisa científica e da análise lógica capaz de ser traduzida em prática de enfermagem. A massa de conhecimento científico da enfermagem é um novo produto específico de enfermagem. A enfermagem é uma ciência humanista.” (ROGERS *apud* POTTER E PERRY, 2005)

Rogers descreve a Enfermagem como uma ciência humanística que tem como objetivos a manutenção e promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico de enfermagem, intervenção e reabilitação. Atendendo a todos os pacientes independente de sua etnia, classe social ou idade, prestando serviço a todas as pessoas. Sempre as observando como um todo em constante processo de mudança e em constante interação com seu meio

ambiente. O homem é um todo unificado, que tem a sua própria integridade e que mostra uma série de características que difere da soma de suas partes. (MARRINER-TOMEY, 1994)

Podem ser observado que a TFD durante seu processo de pesquisa irá despertar ideias e aguçara suas habilidades analíticas, favorecendo a percepção dos dados sob uma nova perspectiva e explorando os dados por meio de uma redação analítica, podendo assim controlar e organizar sua coleta de dados além de construir uma análise original dos seus dados. Visando única e exclusivamente à construção de teorias “fundamentadas” nos próprios dados, tentando descobrir o que ocorre nos ambientes de pesquisa e como é a vida dos participantes da pesquisa. (CHARMAZ, 2009)

“Ela é um estilo de fazer análise qualitativa que inclui um número de características distintas, tais como a amostragem teórica e certas instruções metodológicas, como a constante comparação e o uso de um modelo de codificação, para assegurar desenvolvimento conceitual e densidade.” (STRAUSS, 1987 *apud* SOUZA, 2008)

Partindo desses pressupostos pode-se observar a clara conexão entre a teoria de Martha Rogers, que diz que o ser humano está em constante mudança e em interação com seu meio, e a TFD, que se baseia única e exclusivamente em todos os dados que coleta, sendo de conhecimento atual e mostrando o quanto o ser humano modifica aos longos dos anos.

Através dos dados coletados, esta pesquisa levará à formação de uma matriz orientadora da prática de cuidado de Enfermagem aos pacientes oncológicos internados em um hospital geral, e mostrará o quanto o ser humano interage com seu meio e o quanto ele é mutável ao longo do tempo, mostrando o encaixe e a utilização da teoria humanitária.

4. UMA BREVE REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Fundamentos da Oncologia

A doença que ganhou grandes destaques nos últimos anos devido seu aumento na incidência entre os brasileiros, teve sua origem há muito anos, sendo descrita primeiramente por Hipócrates (469-370 a.C.). O *cacro* é uma doença tão antiga quanto o ser humano e há registros de sua existência desde a Pré-História. Sendo traduzido futuramente para o latim e denominando câncer. Observando as numerosas e preciosas descrições que Hipócrates fez sobre as diversas enfermidades que tratava, pode-se concluir que ele tratava de pacientes canceroso, designando o nome de *Karkinos* (carcinos) e *karkinoma* (que significa caranguejo, em grego). Na época os únicos tratamentos que existiam eram a cauterização e o uso de pomadas. Hipócrates recebeu o crédito por ter sido o primeiro a reconhecer a diferença entre tumores benignos e malignos. (DOURADO *et al*, 2005)

Com o passar do tempo os conhecimentos na área aprofundaram-se cada vez mais, surgindo então a Oncologia como uma especialidade médica que aprimora os conhecimentos sobre os cânceres (tumores malignos) e a forma como essas doenças se desenvolvem no organismo, tentando assim buscar um tratamento para a enfermidade.

Seu crescimento em números na população vem crescendo a olhos vistos, sendo atualmente, após as doenças cardiovasculares, a segunda causa de morte no mundo ocidental, em especial nos países desenvolvidos. Pode-se notar, pelos altos investimentos em pesquisas e o volume de trabalhos publicados sobre o assunto, que nos últimos anos esta doença vem assumindo uma grande importância entre os pesquisadores. (LUIS, PINTO, RECCO, 2005)

Segundo Luis, Pinto e Recco (2005), a organização Mundial de Saúde (OMS) calcula que onze milhões de pessoas são diagnosticados com câncer anualmente, representando 12,5% das mortes no mundo. Já o Instituto Nacional do Câncer (INCA), do Ministério da Saúde, descreve que ao observar as taxas de mortalidade no Brasil, o câncer está sempre incluído entre as primeiras causas de morte, ao lado das doenças do aparelho circulatório, causas externas, doenças do aparelho respiratório, afecções do período peri-natal e doenças infecciosas e parasitárias.

Diante destes dados, sua prevenção tem tomado uma dimensão importante no campo da ciência. Na busca por esta prevenção deste agravo são realizados constantes levantamentos em busca de indícios que podem ser apontados como causadores do acometimento destas

doenças. Entre eles existe um grande destaque para a interação entre os fatores endógenos e ambientais, sendo o mais notável desses fatores a dieta. Aponta-se que cerca de 35% dos diversos tipos de câncer ocorreram em razão de dietas inadequadas. Alguns fatores ambientais também se destacam como causadores do desenvolvimento do câncer, tais como o tabagismo, a obesidade, a atividade física e a exposição a tipos específicos de vírus, bactérias e parasitas, além do contato freqüente com algumas substâncias carcinogênicas como produtos de carvão e amianto, também merecem ser destacados. (AVESANI *et al*, 2005)

A atuação ideal do profissional frente aos pacientes oncológicos se mostra uma preocupação nacional, ficando evidenciado pela proposta de instituir por meio de portaria a Política Nacional de Atenção Oncológica criada pelo Ministério da Saúde contemplando ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. A proposta estabelece que a Política Nacional de Atenção Oncológica deva ser organizada de forma articulada com o Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde dos estados e municípios, tendo a intenção de implantar tal medida em todas as unidades federadas. (CONASS, 2005)

Tal portaria define que a Política Nacional de Atenção Oncológica deve ser constituída de alguns componentes fundamentais: promoção e vigilância em saúde, atenção básica, média complexidade, alta complexidade, centros de referência de alta complexidade em oncologia, plano de controle do tabagismo e outros fatores de risco, do câncer do colo do útero e da mama, regulamentação suplementar e complementar, regulação, fiscalização, controle e avaliação, sistema de informação, diretrizes nacionais para a atenção oncológica, avaliação tecnológica, educação permanente e capacitação e pesquisa sobre o câncer. (CONASS, 2005)

Segundo a portaria SAS/MS as redes estaduais de atenção oncológica serão compostas por: Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia.

“Entende-se por **Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia** o hospital que possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil. Entende-se por **Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON)** o hospital que possua as condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer.

Entende-se por **Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia** um CACON que exerça o papel auxiliar, de caráter técnico, ao Gestor do SUS nas políticas de Atenção Oncológica.” (CONASS, 2005)

Neste sentido fica cada vez mais evidente a importância da Enfermagem estar abordando o tema e tornando-se cada vez mais conhecedora de métodos que ajudem e qualifiquem o cuidado prestado a estes pacientes portadores de tal doença. É por este motivo que o Enfermeiro atua cada vez mais em ações de prevenção e controle desta doença, tendo como competência prestar assistência aos pacientes com câncer na avaliação diagnóstica, tratamento, reabilitação e atendimento aos familiares. Outras ações também devem ser desenvolvidas pelo Enfermeiro, tais como ações educativas, ações integradas com outros profissionais, apoio de medidas legislativas e identificação de fatores de risco ocupacional na prática da assistência ao paciente oncológico e sua família, sendo essencial a existência das pesquisas em enfermagem oncológica com intuito de gerar conhecimentos que fundamentem a prática clínica, além de poder identificar o impacto do câncer e do tratamento na vida do paciente e familiar. (SILVEIRA, ZAGO, 2006)

Nota-se uma grande importância do cuidado de Enfermagem na atuação dos cuidados paliativos, sendo observado claramente quando a equipe se identifica e supervaloriza as necessidades emocionais, físicas, sociais e espirituais possibilitando assim um cuidado integral a um paciente em fase terminal. Ainda trabalhando o cuidado paliativo com estes pacientes, a equipe busca ao máximo o controle da dor e outros sintomas, assim como diálogos no intuito de estar ajudando a este paciente e seus familiares. Enfatizando, sempre que possível, uma abordagem com a família e o paciente sobre a sua terminalidade e o processo de morte. (RODRIGUEZ, ZAGO, 2003)

A partir da análise dos estudos disponibilizados sobre o tema, nota-se que o tratamento para o câncer é muito particular, sendo que cada especificidade da doença recebe um tratamento diferenciado: cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia e outras inúmeras possibilidades, podendo inclusive ser necessária a combinação de tratamento.

Além disso, observa-se hoje que na oncologia atual é de suma importância o tratamento multidisciplinar, envolvendo médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e muitos outros profissionais, devido à complexidade da doença e suas diferentes abordagens terapêuticas.

Após estas leituras sobre o tema destaca-se a importância da abordagem da proposta deste estudo, com a intenção de cada vez mais aprimorar as técnicas e o atendimento

oferecido a este paciente, buscando maior qualificação do profissional e um aprimoramento dos estudos já apresentados sobre o tema.

4.2. Gerenciamento do cuidado de Enfermagem

A posição do enfermeiro nas instituições de saúde compõe-se de duas dimensões complementares: assistencial e gerencial. Na vertente assistencial o profissional foca sua atenção nas necessidades de cuidado aos pacientes e tem por finalidade o cuidado integral. Já na dimensão gerencial, o enfermeiro toma como objetivo a organização do trabalho e os recursos humanos em enfermagem, com a finalidade de criar e programar condições adequadas de cuidado dos pacientes e de desempenho para os trabalhadores. (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009)

O gerenciamento no âmbito da prática assistencial da enfermagem é uma estratégia de trabalho que possibilita ao enfermeiro o aumento da efetividade de suas atividades. Tendo em vista que o enfermeiro deve buscar uma atuação inovadora, priorizando a melhoria da qualidade da assistência associada à satisfação da equipe de enfermagem com o trabalho, compreende-se que deve fazer uso de estratégias tais como liderança, comunicação com a equipe, e visão da totalidade dos pacientes assistidos. (GALVÃO *et al.*, 2000).

Da mesma forma que a prática do cuidado é uma atividade inerente da profissão enfermagem, seu gerenciamento é de responsabilidade da Chefia de equipe, o enfermeiro. O cuidado não é de todo efetivo se antes de ser realizado não for previamente pensado e sistematizado. Durante o planejamento da assistência a ser prestada o enfermeiro garante maior comprometimento e responsabilidade ao paciente assistido, uma vez que o planejamento permite que o enfermeiro diagnostique suas necessidades, conseqüentemente prescreva cuidados adequados, e por fim avalie os resultados da assistência prestada. (ANDRADE; VIEIRA, 2005)

Nas rotinas de instituições hospitalares encontram-se dentre as funções a serem desenvolvidas pelo enfermeiro, além dos cuidados a pacientes graves e procedimentos de maior complexidade, as atividades de organização e coordenação da assistência de enfermagem prestada pela equipe. (MASSARO; CHAVES, 2009)

“A enfermagem atual é responsável pela gerência de unidades, atividade esta que engloba a previsão, provisão, manutenção, controle de recursos materiais e humanos para o funcionamento do serviço e pela gerência do cuidado que consiste no diagnóstico, planejamento, execução e avaliação da assistência, passando pela delegação das atividades, supervisão e orientação da equipe de enfermagem. Histórica e socialmente, no cenário hospitalar, são fatores que implicam na gerência em enfermagem a política de saúde vigente, as relações de poder, de saber, de agir

entre diferentes profissionais, além da tecnologia disponível e da complexidade dos casos atendidos.” (MASSARO; CHAVES, 2009)

Reforçando a importância e demonstrando a necessidade do gerenciamento do cuidado na assistência de enfermagem, seu planejamento é imposto ao enfermeiro pela lei nº 7.498 desde 1986. Segundo a lei do exercício profissional de enfermagem, cabe privativamente ao enfermeiro o planejamento, organização, coordenação e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem. (Lei 7.498)

Sustentando ainda mais a importância do gerenciamento da assistência, a resolução COFEN nº 272/2002 afirma que a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) deve acontecer em toda instituição de saúde, privada ou pública. (resolução COFEN nº 272/2002)

A SAE é uma estratégia de gerenciamento do cuidado comumente aplicada nas instituições de saúde a fim de prever os cuidados a serem prestados a cada paciente. É uma forma de orientação da prática com base nos referenciais teóricos presentes no contexto da enfermagem. De origem americana, a SAE foi implantada no Brasil na década de 1970 por Wanda de Aguiar Horta, cujo modelo de sistematização possui fases interrelacionadas e organizadas que servem para o levantamento de dados necessários para que o enfermeiro possa direcionar as intervenções para a assistência, visando o cuidado integral do paciente e sendo caracterizado por etapas dinâmicas que se complementam. Segundo o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) o processo de enfermagem deve abranger as seguintes etapas: Histórico de Enfermagem; Exame físico; Diagnóstico; Evolução de Enfermagem; e Prescrição de Enfermagem. Cada uma destas etapas é de fundamental importância para a realização da assistência de Enfermagem ideal, proporcionando ao enfermeiro uma visão do indivíduo em sua totalidade, para que assim possa analisá-lo adequadamente de forma a proporcionar cuidados condizentes com suas necessidades.

O trabalho de enfermagem, como parte do processo de trabalho em saúde, caracteriza-se em subprocessos de trabalho, denominados de cuidar, administrar, pesquisar e ensinar. Nas instituições hospitalares, ainda que os subprocessos pesquisar e ensinar existam, as atividades de enfermagem são predominantemente caracterizadas pelas atividades de cuidar e gerenciar. (BERNARDINO, FELLI, PERES, 2009)

A imposição de novas atividades para o cotidiano do profissional implica a aquisição de novas competências, que considera os conhecimentos acumulados, moldados em uma perspectiva dinâmica, com potencial adaptativo. Ao enfermeiro, é imprescindível a busca de novas competências, tanto para o enfermeiro assistencial frente às novas tecnologias quanto

para o enfermeiro gerente, seja ele gerente de um serviço de enfermagem ou de uma equipe multidisciplinar. Ter competência gerencial significa assumir e proporcionar um ambiente de aprendizado onde os trabalhadores possam adquirir competência e exercê-la livremente. (BERNARDINO, FELLI, PERES, 2009)

5. METODOLOGIA

5.1. Tipo de pesquisa

A pesquisa científica configura as bases da produção de novos conhecimentos. Em especial, a pesquisa qualitativa é interpretativa e se propõe a descobrir conceitos e relações nos dados brutos para organizá-los em um esquema explicativo teórico. A escolha do método depende da natureza do problema a ser investigado. (KOERICH, 2009)

O termo “pesquisa qualitativa” significa qualquer tipo de pesquisa que não produza resultados através de procedimentos estatísticos ou outros meios de quantificação. Pode se referir à pesquisa sobre a vida das pessoas, experiências vividas, comportamentos, emoções e sentimentos. Alguns dados podem ser quantitativos, como no caso do censo ou de informações históricas, mas a essência da análise é interpretativa. Dentre as várias razões para se fazer uma pesquisa qualitativa, talvez a mais válida seja a natureza dos problemas de pesquisa. Uma pesquisa que tenta entender a natureza da experiência de pessoas serve para sair do campo e descobrir o que as pessoas estão fazendo e pensando. (STRAUSS; CORBIN, 2008)

O estudo utilizou uma abordagem qualitativa, sendo esta escolhida por não buscar enumerar ou medir eventos ao longo do seu desenvolvimento, sendo que geralmente não analisa os dados estatisticamente, observando com um foco ampliado e com uma visão diferenciada os dados coletados. Tem como característica a obtenção de dados descritivos mediante contato direto e interativo do pesquisador com seu objeto de estudo, procurando entender os fenômenos segundo a perspectiva dos participantes, sendo que só então o pesquisador situa sua interpretação sobre os fenômenos apresentados. (NEVES, 1996)

O termo “pesquisa qualitativa” compreende um conjunto de técnicas interpretativas que visam descrever e codificar os componentes de um sistema complexo de significados. Busca investigar e compreender os fenômenos do mundo social (NEVES, 2006)

Tal método de pesquisa envolve pessoas, fatos e locais que constituem os objetos de pesquisa, extraindo dessa relação os significados que são visíveis a uma observação sensível, possibilitando ao pesquisador uma visão dos significados ocultos do seu sujeito de pesquisa. (CHIZZOTTI, 2003)

A proposta da pesquisa qualitativa é o investigador aproximar-se dos atores sociais para ver o que eles vêem, saber o que eles sabem, compreender o que eles compreendem e explicar como os eventos acontecem na vida real. A descrição de fenômenos humanos é mais

apropriada através de métodos de pesquisa qualitativos, uma vez que os fenômenos não podem ser interpretados através de quantidade, frequência e intensidade. (SOUZA, *apud* DENZIN, LINCOLN, 1994)

“Devido ao fato de as pessoas compreenderem e viverem experiências diferentes, os investigadores qualitativos não subscrevem uma única verdade, mas muitas verdades. Ocupam-se na descoberta por meio de múltiplos modos de compreensão. A principal característica da pesquisa qualitativa é o fato de que segue a tradição compreensiva ou interpretativa, partindo do pressuposto de que as pessoas agem em função de suas crenças, percepções, sentimentos e valores, e que seu comportamento tem sempre um sentido, um significado, que não se dá a conhecer de modo imediato, precisando ser desvelado.” (SOUZA, *apud* ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 2004).

Há muitos tipos e técnicas diferentes para a realização de uma pesquisa qualitativa. Para a investigação sobre o gerenciamento do cuidado de enfermagem ao paciente oncológico em um hospital generalista utilizou-se a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), traduzida do termo original inglês *Grounded Theory*. Segundo Koerich, *apud* Strauss; Corbin (2002), a TFD tem como objetivo de identificar, desenvolver e relacionar conceitos. Uma teoria gerada a partir dos dados pode levar à produção de conhecimento tendo como peça principal um pesquisador perspicaz e sensível frente aos dados levantados. Nesta teoria a criatividade do pesquisador é indispensável, sendo necessária a utilização de meios alternativos, objetivando atingir novos pontos de vista. (KOERICH, *apud* STRAUSS; CORBIN 2002)

A Teoria Fundamentada nos Dados foi idealizada pelos sociólogos americanos Barney Glaser e Anselm Strauss, que a denominaram de “*grounded theory*”, sendo traduzido para o português como “teoria fundamentada nos dados”. Eram professores de sociologia na Universidade da Califórnia e uniram suas experiências para desenvolver técnicas para a análise de dados qualitativos. (KOERICH, 2009)

Tal método explora a riqueza e a diversidade da experiência humana e consiste numa forma de estudar fenômenos que são descobertos, desenvolvidos conceitualmente e verificados por um processo de coleta e análise dos dados sistematicamente conduzidos. O resultado deste processo é uma teoria que emerge das relações estabelecidas entre os conceitos descobertos, sobretudo aquelas relativas a fenômenos específicos, denominadas teorias substantivas. (KOERICH, 2009)

Outro ponto importante a salientar na TFD é o fato de não se constituir a partir de teorias pré-prontas, fundamentando-se a partir de dados do local previsto de estudo, tendo como principal meta acrescentar novos aspectos ao resultado que se espera alcançar. (DANTAS, 2008 *apud* TREZZA, 2002)

O objetivo dessa teoria baseia-se principalmente na ideia de codificar os dados coletados através da análise detalhada destes. A codificação é o processo central do desenvolvimento do modelo teórico. (BETTINELLI, 2001) Tal codificação está dividida em três momentos:

“(...) codificação aberta (“Open coding”) que refere-se à criação de categorias para os fenômenos ou evidências observadas, axial (“Axial coding”) que consiste na identificação de relacionamentos entre estas categorias e, por fim a seletiva (“Selective coding”) última etapa onde o pesquisador escolhe, a partir do processo de análise e movimento circular dos dados uma categoria principal, que constituir-se-á no modelo teórico, demonstrando a relação com as demais categorias emergidas.” (DANTAS, 2008)

Assim, a codificação aberta é o primeiro passo para a análise, consistindo em separar, examinar, comparar e conceituar os dados obtidos. Nesta etapa os dados são analisados linha a linha, transformando cada fala do entrevistado em um código, sendo estes em seguida agrupados por semelhanças e diferenças. Os agrupamentos dos códigos constituem as subcategorias, rotuladas de acordo com o tema de que trata. O segundo passo da análise é a codificação axial, constituindo o conjunto de procedimentos em que os dados são novamente agrupados, formando as categorias. (BETTINELLI, 2001) “A codificação axial relaciona as categorias às subcategorias, especifica as propriedades e as dimensões de uma categoria, e reagrupa os dados que você fragmentou durante a codificação inicial para dar coerência à análise emergente.” (CHARMAZ, 2009) A codificação seletiva consiste na busca e desenvolvimento da categoria central, o tema central do estudo, em torno da qual giram todas as demais categorias. (BETTINELLI, 2001)

Após a formação das categorias coloca-se em prática o modelo paradigmático, o qual estabelece uma relação entre as categorias, identificando fenômeno, contexto, condições causais, condições intervenientes, estratégias de ação/interação e consequências. (BETTINELLI, 2001)

O fenômeno consiste na idéia central ou acontecimento em torno do qual o conjunto de ações/interações é dirigido. As condições causais são acontecimentos que levam à ocorrência ou ao desenvolvimento do fenômeno. O contexto representa o conjunto particular de condições dentro das quais as estratégias de ação/interação são tomadas. As estratégias de ação/interação são planejadas para realizar ou responder a um fenômeno, sendo um conjunto específico de condições percebidas. As condições intervenientes facilitam ou constroem as estratégias dentro de um contexto específico. As consequências são os resultados atuais ou potenciais da ação/interação (STRAUSS; CORBIN, 1990 *apud* BETTINELLI, 2001)

5.2. Local

A pesquisa foi desenvolvida em uma unidade de internação de Clínica Médica de um hospital generalista no sul do País. A instituição, de caráter exclusivamente público, por ser um hospital-escola baseia-se na tríade ensino, pesquisa e extensão. Por este motivo possui um fluxo intenso de alunos dos diferentes cursos da área da saúde oferecidos pela universidade, além de professores e estagiários oriundos de outras universidades. A instituição baseia-se inicialmente em quatro vertentes de especialidades: clínica médica; clínica cirúrgica; pediatria e tocoginecologia. Considerado importante referência para todo o estado, o hospital recebe pacientes de todas as regiões especialmente de patologias mais complexas. Como diferencial, o ramo da pesquisa alimenta constantemente a produção de conhecimentos nas mais diversas áreas das ciências da saúde, fazendo valer seu título de referência estadual.

A clínica escolhida para desenvolver a pesquisa foi uma Unidade de Internação Médica sendo que atualmente passa por um processo de transição, por estarem locada provisoriamente em uma ala desativada do hospital atendendo assim 11 leitos a menos que seu local de origem. Outro processo de mudança que a unidade esta passando são seus profissionais de saúde, estando com 15 funcionários em fase de adaptação por serem recém admitidos na unidade. Em sua atual locação a clinica está compreendida em 19 leitos, cujas especialidades são clínica médica (06 leitos), gastroenterologia (06 leitos), pneumologia (06 leitos) e um leito utilizado para isolamento. O setor dispõe ainda de um total de 32 profissionais dentre enfermeiros assistenciais e administrativo, técnicos e auxiliares de enfermagem, e bolsistas de escrituração.

Tabela 01: Funcionários da Unidade de Internação Médica

Profissão	Número de funcionários
Enfermeira gerencial	01
Enfermeiras assistenciais	07
Técnicos de Enfermagem	17
Auxiliares de Enfermagem	05
Bolsistas de escrituração	02

Buscando conhecer mais sobre a dinâmica da assistência ao paciente oncológico, as pesquisadoras visitaram o Instituto do Câncer do Estado de São Paulo Octavio Frias de

Oliveira (ICESP), de caráter exclusivamente público, localizado na cidade de São Paulo. Inaugurado em maio de 2008, o ICESP é uma Organização Social de Saúde, criada pelo Governo do Estado em parceria com a Fundação Faculdade de Medicina para ser o maior hospital especializado em tratamento de câncer da América Latina. Uma característica essencial do Instituto é a inovação na assistência prestada, que permite ao paciente ter todas as fases de seu atendimento, do diagnóstico à reabilitação, integradas no mesmo local. Com a proposta inovadora de reunir em um único local todos os recursos para o tratamento do câncer, o ICESP congrega uma equipe multidisciplinar de profissionais que atuam em conjunto para oferecer completo atendimento ao paciente. A equipe de enfermagem do ICESP trabalha de forma integrada com as equipes médicas, de nutrição, da psicologia, do serviço social e da reabilitação, a fim de oferecer ao paciente um atendimento seguro, com foco no tratamento hospitalar e na continuidade da assistência após a alta. (ICESP, 2010)

A análise do modelo de gerenciamento do cuidado aplicado no ICESP se deu por meio de observação da dinâmica de trabalho dos enfermeiros em diferentes setores do hospital. O tempo para observação da dinâmica foi limitado a 3 dias, sendo cada um deles reservado à permanência em uma unidade de internação cirúrgica, ambulatório de cuidados paliativos e dor, e ambulatório de quimioterapia. Sendo realizado ao final de cada dia um registro, no qual eram analisados os mesmos aspectos nas diferentes clínicas visitadas. A partir do observado e registrado no Hospital considerado como modelo para o estudo, iniciamos a pesquisa em nosso campo de atuação, verificando as características do modelo de gerenciamento ali utilizado. Com base no observado em ambos os hospitais e fundamentando-nos em bibliografia relacionada ao assunto, buscamos propor uma matriz orientadora da prática de cuidado de enfermagem sob forma de uma matriz teórica que direcionasse a assistência ao paciente oncológico, buscando a melhora e o benefício mútuo.

5.3. Sujeitos

Inicialmente foram convidados para participar do estudo os enfermeiros da Unidade de Internação Médica. Como prevê a metodologia os demais participantes foram selecionados a partir de indicações dos entrevistados, caracterizando-se a amostragem teórica. Como sugere a TFD, os participantes foram divididos em grupos amostrais, que iam contemplando e consolidando as categorias à medida que avançavam. Assim, o primeiro grupo amostral foi formado por 06 enfermeiros, o segundo grupo por 05 técnicos de enfermagem, o terceiro por 01 familiar de uma dos pacientes oncológicos internados na clínica juntamente com 01 psicólogo e 01 nutricionista representando a equipe multidisciplinar, totalizando 14 sujeitos.

Com a intenção de preservar os nomes dos entrevistados atribuímos nomes distintos a cada um deles, obedecendo à ordem de grupos amostrais apresentada. Ao primeiro grupo amostral nomeamos os participantes com nome de flores, no segundo grupo amostral nomeamos os participantes com nomes de frutas, e por fim ao terceiro grupo amostral denominamos nomes de árvores.

Tabela 02: Grupos Amostrais e seus integrantes

Grupo amostral	Total de participantes	Participantes	Nomes atribuídos
I	06	Enfermeiros	Flores
II	05	Técnicos / Auxiliares de Enfermagem	Frutas
III	03	Equipe multiprofissional e familiar	Árvores

5.4. Coleta de dados

Para a coleta de dados foram utilizadas entrevistas abertas com ênfase no modelo de trabalho utilizado na assistência ao paciente oncológico, utilizando-se a seguinte questão norteadora: “Como os enfermeiros de unidades de internação de um hospital geral gerenciam o cuidado aos pacientes oncológicos?” (Apêndice A). As entrevistas foram agendadas com antecedência e ocorreram em uma sala dentro da unidade de internação. A postura das pesquisadoras foi de se manter em atitude de escuta, intervindo com questionamentos ou sugestões, no sentido de estimular os entrevistados, recolhendo dados para elucidação do fenômeno e para confirmação ou negação das hipóteses, em especial após as três primeiras entrevistas.

“O que torna a entrevista instrumento privilegiado de coleta de informações é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos [...] e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas.” (MINAYO, 2000 *apud* SOUZA, 2008)

Também foi realizada a observação sobre a dinâmica do gerenciamento do cuidado de enfermagem no processo de trabalho, com atenção às diferenças entre o modelo de cuidado aplicado ao paciente oncológico e os demais pacientes internados na clínica.

Com o início das entrevistas começamos a coleta de dados que ocorreram nos meses de agosto, setembro e outubro de 2010. Conforme previsto na metodologia, as coletas eram feitas através de entrevistas semi-estruturadas, sendo gravadas e posteriormente transcritas em sua integralidade.

Após a transcrição as entrevistas eram encaminhadas ao entrevistado por meio eletrônico, com o intuito do mesmo validar como seu aquele relato e também com o sentido de poder contribuir e acrescentar mais dados. Tal procedimento pode-se notar de grande importância, pois nos ajudaram a programar e a tornar mais reais nossas hipóteses criadas durante a análise substantiva dos dados.

Vale ressaltar que à medida que as entrevistas, juntamente com as respectivas análises avançavam, fatos relevantes se mostravam persistentes em algumas entrevistas, o que nos fez incluir novas perguntas ao mesmo grupo amostral em que estávamos trabalhando. Ainda trabalhando as entrevistas no primeiro grupo foram inclusas as seguintes perguntas:

- Como você percebe a participação da família?
- Como você percebe/visualiza sua atuação na gerencia da unidade/equipe?
- Como você percebe a interação/comunicação com a equipe de Enfermagem?
- Como você percebe a interação/comunicação com a equipe Multiprofissional?
- Gostaria de fazer alguma contribuição?

Sentiu-se a necessidade de fundamentar ainda mais os dados que já haviam sido coletados, de postergar o fim das entrevistas e buscar dados com a Equipe de Enfermagem. A partir destes novos sujeitos estabelecemos novos questionamentos para as futuras entrevistas, sendo elas:

- Você acha que tem algum cuidado de enfermagem que deveria ser melhor abordado pra esse tipo de paciente?
- E como você percebe o cuidado de enfermagem pra esse paciente?
- E como você organiza os cuidados que você vai prestar no período a esse paciente?
- Como você percebe a sua atuação frente à gerência de enfermagem que acontece no setor?
- Você acha que há uma boa comunicação entre a equipe?
- E você acha que tem boa integração entre a equipe?
- E você acha que existe uma boa integração com os outros profissionais?

- Você considera importante esse entrosamento da equipe multiprofissional no cuidado do paciente?

Novamente o tema da equipe multiprofissional se mostrou presente, bem como a presença de familiares no cuidado, no intuito de formar e agrupar nossas categorias seguiu-se com um terceiro grupo formado por membros da equipe multiprofissional e por um familiar. Fundamentou-s a entrevista para a equipe multiprofissional baseando-se nos questionamentos apresentados a seguir:

- Como é sua comunicação com a Equipe de Enfermagem?
- Você acha que a equipe multiprofissional funciona?
- Qual o profissional que mais lhe procura para conversar sobre os pacientes?
- Você acha importante a equipe multiprofissional para o melhor atendimento deste paciente?

Finalizando as entrevistas com um familiar de um paciente internado na unidade foi feita a entrevista baseada nos questionamentos que serão apresentados a seguir, pensand-se nas codificações que podiam ser geradas e nos novos arranjos e antigas categorias que iriam se formar.

- Qual o motivo por ter procurado atendimento médico?
- Há quanto tempo teve conhecimento da doença?
- O que mudou em sua vida desde o dia que soube da doença?
- Como você está percebendo os cuidados de enfermagem para seu familiar?
- Como você percebe o gerenciamento desse cuidado, a atuação da Enfermeira?
- Como você percebe a atuação do enfermeiro/equipe frente a família?
- Como percebe a atuação dos diferentes profissionais?
- Quais seus medos?

Foram realizadas 14 entrevistas ao total, sendo que as investigadoras tiveram três momentos com cada entrevistado. O primeiro no momento de apresentação da proposta e agendamento da entrevista; o segundo momento durante a entrevista; e por fim ao entregar a entrevista transcrita (por meio eletrônico) ocorreu o terceiro contato com o entrevistado. A entrevista mais longa teve duração de 59 minutos, e a mais curta, 18 minutos. Totalizou-se 6 horas e 43 minutos de entrevistas, sendo o primeiro grupo amostral (enfermeiras da unidade)

o de maior duração. Foram totalizadas 113 páginas de transcrição, 64 páginas de codificação, e 1.634 códigos. Estes códigos foram agrupados em categorias e subcategorias, totalizando 17 categorias e 18 subcategorias, sendo contempladas nos cinco paradigmas.

Durante a coleta de dados a preocupação maior se deu em reunir dados para análise comparativa que ajudasse a construir categorias relevantes. A amostragem teórica aumentava em profundidade à medida que as entrevistas avançavam, e à medida que os conceitos comuns se acumulavam por meio de coleta sistêmica e da análise concomitante dos dados.

5.5. Análise dos dados

Com o início da coleta de dados, concomitantemente fez-se a análise substantiva dos dados, através da codificação e posterior agrupamento por semelhanças. A codificação é realizada de maneira a observar os dados sem julgamentos, colocando de lado crenças e permanecendo aberto aos dados tal qual eles aparecem ao longo das entrevistas. Os códigos são criados com o intuito de rotular os fenômenos que aparecem ao longo das falas dos participantes, sendo escritos de forma a preservar a fala dos entrevistados na íntegra e formando frases iniciando por um verbo no gerúndio.

A codificação, por sua vez, é feita em três etapas que ocorreram de formas unidas: codificação aberta, axial e seletiva. Na fase de codificação é feita a quebra dos dados brutos de pequenos pedaços denominados incidentes atribuindo a cada um deles um nome representativo (código), tendo a codificação aberta o objetivo de redução de dados. Para exemplificar este processo de codificação apresenta-se o recorte de algumas entrevistas objetivando explicitar os fatos:

Quadro 1: Codificação Aberta

Conteúdo da Entrevista 01	Códigos Preliminares
Então, as dificuldades em relação ao cuidado do paciente é essa falta de estrutura mesmo de a gente dar esse suporte, de trabalhar mais integrado com a equipe multiprofissional pra poder dar um suporte melhor para o paciente e para os familiares, trabalhar mais a comunicação. Porque dar más notícias é difícil. E na oncologia, muitas vezes tu tens que dar más notícias. Então acho que se a gente desenvolvesse um trabalho integrado entre nós mesmos, seria mais fácil pra todo mundo. Porque é muito fragmentado.	Percebendo a falta de estrutura como uma dificuldade. Percebendo a falta de interação da equipe multiprofissional como uma dificuldade. Considerando uma dificuldade em dar notícias ruins. Considerando a ocorrência de notícias ruins que precisam ser dadas na oncologia. Acreditando que o trabalho integrado facilitaria o momento de dar notícias ruins. Reafirmando como o trabalho interdisciplinar é fragmentado.

Quadro 2: Codificação Aberta

Conteúdo da Entrevista 08	Códigos Preliminares
Extremamente importante, quando é uma família que tem uma base já. Porque às vezes tem, não tem uma estrutura familiar, não adianta agora no momento de dor, às vezes chegar junto e não achar, sei lá, familiar que não se dá bem, que não conversa, que não tem contato fora, não adianta assim, a não ser que, ah tem os casos mais psicológicos mesmo, de pedir perdão. Acho que às vezes é importante, mas aí acho que pega muito a parte da psicologia. Mas é extremamente importante até para o paciente não se sentir sozinho, isso no geral. Porque estar dentro de um hospital não é bom pra qualquer patologia, é difícil.	Considerando importante a presença de familiares quando esta é bem estruturada. Acreditando que se não houver estrutura familiar não adianta a presença desta. Informando que existem casos em que o paciente solicita por perdão da família. Reafirmando que acha extremamente importante a presença da família. Percebendo que a presença da família ajuda o paciente a não se sentir sozinho. Afirmando que estar dentro de um hospital é sempre uma situação difícil.

Todas as 14 entrevistas receberam o mesmo tratamento de codificação e interpretação, partindo assim para a segunda etapa da codificação aberta. Após a codificação de três entrevistas passamos a buscar semelhanças entre os códigos e rearranjá-los em grupos com o intuito de iniciar a categorização.

Quadro 3: Agrupamentos de códigos e atribuição conceitos

Agrupando os códigos	Conceitos provisórios
Revelando não ter equipe específica de atendimento a pacientes oncológicos. Considerando bons os cuidados de enfermagem que a equipe tenta fazer para conforto do paciente. Acreditando que o paciente oncológico necessita de mais cuidado.	Identificando a Enfermagem como fonte de apoio.
Buscando estabelecer qual o relacionamento afetivo e a representação deste paciente a família. Percebendo que o profissional deve estimular a família a permanecer ao lado do paciente em todos os momentos. Afirmando que pacientes e familiares procuram funcionários que têm mais empatia para conforto.	Trabalhando o vínculo profissional/familiar
Afirmando receber diariamente pacientes oncológicos na unidade. Afirmando que recebe pacientes oncológicos continuamente na unidade. Afirmando que recebe pacientes oncológicos com bastante frequência.	Observando a demanda e tratamento oferecido na unidade
Revelando que às vezes é bem compreendida e às vezes não,	

quando chama a atenção dos profissionais de nível médio. Insistindo nas solicitações quando sabe que levarão ao benefício do paciente. Percebendo que a insistência nas solicitações aos técnicos que causarão benefícios ao paciente é a melhor forma de trabalhar.	Supervisionando o trabalho prestado
Explicando que a maioria dos pacientes descobrem o diagnóstico durante a internação. Revelando que a grande maioria tem suspeita sobre seu diagnóstico. Revelando que descobriu o diagnóstico há poucos dias.	Esperando pelo diagnóstico
Percebendo uma dificuldade grande no gerenciamento de uma das equipes de enfermagem. Avaliando o gerenciamento ao paciente oncológico na unidade como subjetivo.	Percebendo dificuldades no gerenciamento do cuidado

Os conceitos provisórios criados sofreram outro processo de comparação, dando origem às categorias e subcategorias, que são uma classificação dos conceitos que surgiram observando sua incidência e suas semelhanças. Formando assim a codificação axial, neste momento tentou-se procurar por uma denominação primária para estes agrupamentos. Buscando desenvolver as categorias e subcategorias, tal processo pode ser observado no quadro apresentado abaixo.

Quadro 4: Agrupamento de conceitos em categorias – Codificação Axial

Conceitos Provisórios	Códigos Conceituais
Identificando a enfermagem como fonte de apoio Longas internações	Equipe de enfermagem cuidando do paciente oncológico
Acreditando que a gerencia é algo intrínseco ao enfermeiro Supervisionando o trabalho prestado Percebendo-se inexperiente para assumir a posição de enfermeira	Gerenciando a equipe de enfermagem com êxito
Contrastando sentimentos sobre a Chefia de Enfermagem Encontrando facilidades no gerenciamento do cuidado Percebendo dificuldades no gerenciamento do cuidado	Percepção do enfermeiro sobre o processo gerencial
Percebendo o desconhecimento sobre a analgesia Necessitando de treinamentos específicos oncológicos	Percebendo as fragilidades da equipe de enfermagem

Os códigos passaram a ter caráter definitivo quando assumiram formas adequadas ao objetivo pré-determinado e sustentando-se nas experiências dos envolvidos na investigação. À medida que a análise avançava, os códigos foram se tornando cada vez mais abstratos, dando origem a categorias e subcategorias. Baseando-se nos códigos extraídos das entrevistas, realizou-se a conceituação. Sendo a conceituação uma abstração dos códigos, as pesquisadoras se esforçaram ao máximo para não interpretar além do que os códigos revelavam. Em um processo constante de indução e comparação, a análise prosseguiu até que chegasse a um conceito central.

Até este momento da análise pode-se exemplificar através de quadros em todo o processo, porém pela extensa quantidade de tabelas originadas da codificação axial e seletiva, e também pelo montante de material apresentado pela confluência dessas duas codificações, inviabilizou-se sua amostragem neste documento, sendo esta etapa da análise descrita e codificada por um diagrama (Apêndice B).

Uma vez com as categorias e seus componentes identificados, elas foram organizadas de modo que identificasse uma categoria central, que se conectasse a todas elas, sendo esta etapa denominada análise seletiva. Para chegar à categoria central, além da criação dos quadros de codificação, houve o retorno aos dados brutos no intuito de classificar uma categoria que melhor se encaixava para explicar o fenômeno. Utilizou-se do modelo paradigmático (ANEXO 1), o qual agrupa todas as categorias e subcategorias em cinco arranjos elencados como: contexto, condições causais, condições intervenientes, estratégias de ação/intervenção e conseqüências.

De acordo com o modelo paradigmático, o **Contexto** compreende todas as categorias e subcategorias que contextualizavam o local para chegarem ao fenômeno após sua análise. Neste agrupamento temos 2 categorias: **Realizando cuidados oncológicos em um hospital geral** (dividida em 3 subcategorias: Percebendo dificuldades no cuidado ao paciente oncológico em hospital geral; Observando a demanda e o tratamento oferecido na unidade de internação geral e Inserindo o paciente oncológico nos cuidados de rotina da clínica); e **Transferindo o paciente oncológico a hospitais especializados**.

Nas **Condições Causais** encontram-se todas as categorias que se caracterizavam geradoras da central ou fenômeno. Neste agrupamento tem-se 4 categorias: **Cuidando do paciente oncológico**; **Identificando a enfermagem como fonte de apoio**; **Gerenciando a equipe de enfermagem**; e **Acompanhando a descoberta do diagnóstico**.

As **condições Intervenientes**, encontraram-se em 7 categorias: **Gerenciando uma unidade de internação**; **Contrastando a preocupação com a dor e os preconceitos com analgesias**; **Percebendo a necessidade de capacitações para aquisição de novos conhecimentos para a equipe de enfermagem** (com 2 subcategorias: Percebendo a importância de treinamento na área oncológica; Falando sobre a importância da formação para o enfrentamento do óbito); **Trabalhando o vínculo com a família e seus enfrentamentos** (com 3 subcategorias: Trabalhando o vínculo familiar frente a doença; Percebendo as influências da participação da família no cuidado; Percebendo as dificuldades para a família); **Relacionamento interpessoal dentro da equipe de enfermagem influenciando no cuidado**; **Cuidando de pacientes oncológicos** (com 2 subcategorias: Relatando os cuidados específicos ao paciente oncológico; Levando conhecimentos ao paciente); e **Atuando frente o processo de morte** (com 2 subcategorias: Revelando o sentimento do profissional frente ao processo de morte; Associando câncer ao processo de morte devido à alta incidência).

As **estratégias de ação e interação** foram caracterizadas em 2 categorias: **Utilizando a aquisição de novos conhecimentos como ferramenta** (com 1 subcategoria: Trocando conhecimentos entre a Equipe de Enfermagem); e **Gerenciando o cuidado direcionado ao paciente oncológico** (com 2 subcategorias: Proporcionando conforto à família; e Abordando o paciente sobre o diagnóstico).

Por fim, concluiu-se o modelo paradigmático com as **Consequências**, apresentando 2 categorias: **Superando-se como profissional** (com 3 subcategorias: Realizando-se como profissional; Frustrando-se enquanto Enfermeira; e Crescendo enquanto profissional diante do tempo de trabalho); **Percebendo a importância da interdisciplinaridade no cuidado**.

Tabela 03: Categorias e Subcategorias

Paradigma	Categorias	Subcategorias
Contexto	Realizando cuidados oncológicos em um hospital geral	Percebendo dificuldades no cuidado ao paciente oncológico em hospital geral
		Observando a demanda e o tratamento oferecido na unidade de internação geral
		Inserindo o paciente oncológico nos cuidados de rotina da clínica
	Transferindo o paciente oncológico a hospitais especializados	
	Cuidando do paciente oncológico	

Condições Causais		
	Identificando a enfermagem como fonte de apoio	
	Gerenciando a equipe de enfermagem	
	Acompanhando a descoberta do diagnóstico.	
Condições Intervenientes	Gerenciando uma unidade de internação	
	Contrastando a preocupação com a dor e os preconceitos com analgesias	
	Percebendo a necessidade de capacitações para aquisição de novos conhecimentos para a equipe de enfermagem	Percebendo a importância de treinamento na área oncológica
		Falando sobre a importância da formação para o enfrentamento do óbito
	Trabalhando o vínculo com a família e seus enfrentamentos	Trabalhando o vínculo familiar frente a doença
		Percebendo as influências da participação da família no cuidado
		Percebendo as dificuldades para a família
	Relacionamento interpessoal dentro da equipe de enfermagem influenciando no cuidado	
	Cuidando de pacientes oncológicos	Relatando os cuidados específicos ao paciente oncológico
		Levando conhecimentos ao paciente
	Atuando frente o processo de morte	Revelando o sentimento do profissional frente ao processo de morte
		Associando câncer ao processo de morte devido à alta incidência
Estratégias de Ação e Interação	Utilizando a aquisição de novos conhecimentos como ferramenta	Trocando conhecimentos entre a Equipe de Enfermagem
	Gerenciando o cuidado direcionado ao paciente oncológico	Proporcionando conforto à família
		Abordando o paciente sobre o diagnóstico
Consequências	Superando-se como profissional	Realizando-se como profissional
		Frustrando-se enquanto Enfermeira
		Crescendo enquanto profissional diante do tempo de trabalho

	Percebendo a importância da interdisciplinaridade no cuidado	
--	--	--

Com a união, associação e comparação dos códigos, das categorias e subcategorias, evidenciou-se a superação do profissional e a importância da interdisciplinaridade, ao serem contrastado o gerenciamento do cuidado de enfermagem humanístico e humanitário preconizado ao paciente oncológico com o vivenciado pelos profissionais de saúde e familiares em uma unidade de internação hospitalar geral por onde foi construída a categoria central.

A matriz orientadora da prática foi sendo construída pouco a pouco, e se desenhando à medida que as categorias e subcategorias se uniam em um conceito comum, ajustando-se ao contexto da pesquisa, configurando o **fenômeno** ou categoria central: **“Percebendo a superação do profissional e a importância da interdisciplinaridade ao contrastar o gerenciamento do cuidado de enfermagem humanístico e humanitário preconizado ao paciente oncológico com o vivenciado pelos profissionais de saúde e familiares em uma unidade de internação hospitalar geral”**.

Realizando cuidados oncológicos em um hospital geral

A categoria *Realizando cuidados oncológicos em um hospital geral* desencadeia o fenômeno, pois revela a visão do profissional da saúde sobre a assistência que é prestada ao paciente oncológico. Revelando que muitas vezes o paciente acaba sendo incluído nos cuidados de Enfermagem rotineiros, não recebendo a assistência específica que lhe é necessária. Pode ser evidenciado nas falas de um enfermeiro e um familiar que muitas vezes o paciente tem seu tratamento deficitário devido às limitações pelo tratamento oferecido por uma unidade generalista.

Eu acho que aqui é muito subjetivo assim, porque por mais que ele tenha o diagnóstico, não necessariamente ele faz algum tratamento específico, né? Normalmente ele é encaminhado. Então a gente pega uma parte muito subjetiva. (Violeta)

[...] e agora aqui acho que eles não vão poder fazer mais nada por ele, né? Então a gente vai ter que sair, ir embora, fazer o tratamento fora, porque acho que ele nem vai ficar internado mesmo. (Flamboyant)

Sim, ele tem um cuidado diferenciado se avaliar do contexto das necessidades de afeto, atenção, solidariedade, oferecendo todo o aporte psíquico necessário, dentro dos meus conhecimentos e das possibilidades da instituição. (Margarida)

[...]acaba entrando na rotina dos demais (cuidados de Enfermagem prestado ao paciente oncológico). Até porque quando a gente faz a nossa prescrição de enfermagem olhando para o paciente, é aquela coisa, que cada paciente é único. Independente da patologia dele a gente vai oferecer pra ele os cuidados que ele está necessitando naquele momento. (Rosa)

Observa-se também nesta categoria que existe muitas dificuldades na prestação de cuidado a este paciente em uma unidade geral, citado por alguns dos entrevistados a diferença quando esta assistência é dada em um hospital especializado, acreditando muitas vezes que o tratamento oferecido na unidade a estes pacientes é escasso, tendo em vista a especificidade de cuidados que ele necessita.

Isso é uma coisa que eu sinto muita diferença daqui pro CEPON, porque lá por ser um hospital especializado, se fala de câncer como se fala do teu brinco. Mesmo que tu queira esconder, não tem como. Porque os pacientes falam abertamente sobre isto, eles perguntam onde é o teu tumor e tal, e aqui por ser um hospital geral, eu acredito ainda se tem esta discriminação e até está dificuldade de espaço pra se estar conversando sobre isso. (Girassol)

Um diferencial seria realmente, no meu entendimento, de deixá-los em uma unidade específica né, não misturados com outras especialidades. Daí já se teria além da capacitação do pessoal, já de início toda uma programação. (Cravo)

Transferindo o paciente oncológico a hospitais especializados

Como refere o fenômeno abordado nesta pesquisa percebemos que a categoria *Transferindo o paciente oncológico a hospitais especializados* mostra claramente a superação dos profissionais da saúde que tentam de alguma forma oferecer ao paciente a melhor forma de tratamento a ele. Mostrando também a busca do profissional por alternativas para que um atendimento digno seja dado a este paciente e oferecendo ao paciente os encaminhamentos necessários para uma melhor resposta ao tratamento a ser oferecido. Buscando formas de atendimento a este paciente enquanto ele aguarda a transferência para um hospital especializado.

Tudo que a gente encaminha, a gente encaminha fora do nosso alcance [...] Então a gente percebe que a gente precisa de alguém que tenha uma especialidade maior pra estar conduzindo aquela situação, e abordando aquela família de uma maneira que vai favorecer a melhoria no tratamento daquele paciente. (Margarida)

[...] a gente tenta ter aquele olhar aquele cuidado específico para o paciente, das necessidades dele naquele momento. Mas acaba sendo um desafio (Rosa)

Cuidando do paciente oncológico

Observa-se na categoria *Cuidando do paciente oncológico* que o profissional de saúde mostra-se muitas vezes preocupado com o atendimento que é prestado ao paciente oncológico, acreditando muitas vezes a importância de criar um modelo de atendimento a este

paciente, visto as suas especificidades e a característica de seu atendimento, e nas particularidades do paciente oncológico, necessitando de um olhar diferenciado.

[...] o cuidado (prestado ao paciente oncológico) eu acredito que ainda está deixando a desejar. E é algo que a gente tem percebido no dia-dia a gente tem discutido entre a equipe de enfermagem e algumas vezes com a equipe médica, mas a gente não chega a seguir um protocolo disso, de fazer um cuidado ideal para o paciente oncológico. E eu acho que é isso aí que deixa a desejar para a gente. A gente acaba tratando ele com cuidados como se fosse qualquer outro paciente. (Rosa)

Alguns profissionais citam que o cuidado que é prestado a este paciente muitas vezes se enquadra dentro do apresentado para outros pacientes, simplesmente pela rotina de cuidados preconizada pelo setor, cabendo às instituições somente os tratamentos destinados ao preparo e recebimento do diagnóstico.

Eu organizo(os cuidados) como todos os pacientes da clínica. Eu priorizo sempre tirar a dor, tirar os desconfortos e depois ele entra no hall de cuidados como todos os outros pacientes, não tem nenhuma prioridade por ser um paciente oncológico. Deste que ele esteja confortável, sem dor. (Jasmin)

Nós precisamos de um preparo, na Clínica Médica I, mais voltado para a investigação do diagnóstico e para o diagnóstico em si. Porque para o tratamento, vai se dar em outro hospital. E aí sim, então precisa o pessoal do hospital que irá tratar ter este conhecimento. Podemos até falar que tem drogas que podem dar reações, mas muito de uma maneira geral. [...] O nosso foco é investigação até o diagnóstico, o preparo para este cuidado é que tem que ficar bem claro, pra toda a equipe. (Margarida)

Outro fato importante levantado nesta categoria que mostra a fundamentação e ligação com o fenômeno é a necessidade de estar trabalhando o tema oncologia com toda a equipe, através de debates ou discussões de caso. Em muitos momentos o profissional nota a importância deste momento, sentindo a dificuldade por não conseguir proporcionar isso à equipe.

Trabalhar com paciente oncológico, tu tem que ter maior sensibilidade, não que com os outros não tenham, mas é uma situação de muita fragilidade (Girassol)

Precisa, porque como eu falei os cuidados são muito específicos. Não só na parte técnica, é tudo diferenciado, são cateteres diferentes que tu usa, são doses de medicações diferentes, são medicações diferentes. E medicações principalmente para controle da dor, tramal, opióide, morfina, que são medicamentos que trazem muitos tabus ainda. [...] Tendo uma boa qualidade para o paciente, então eu vejo que muito não é feito por desconhecimento, por falta de preparo mesmo. Então eu acho que sim, que precisa de um cuidado bem especializado. (Girassol)

Identificando a enfermagem como fonte de apoio

A Equipe de Enfermagem mostra-se muito presente a este paciente tentando confortá-

lo e oferecendo o maior apoio durante a fragilidade que o momento proporciona a ele. É muito comum ocorrer a sensibilização dos profissionais pelo sofrimento o qual este paciente e familiares estão passando.

Eu acho que assim, algumas situações que eu vi só o fato de estar perto, de estar do lado, de aparecer todos os dias, já é um suporte maravilhoso pro paciente assim. Porque o paciente fica a semana inteira, não vem ninguém não vêm os filhos, cada vez ele fica pior. (Violeta)

Eu percebo, principalmente pela passagem de plantão, como a equipe fica sensibilizada com esses pacientes, específicos assim. E por saber que é uma condição muitas vezes paliativa acho que a equipe se sensibiliza tanto que a gente acaba até tendo assim, querendo ajudar mais e melhorar mais. Mas a questão mais rigorosa de cuidado realmente acaba sendo como os demais pacientes. (Rosa)

Acreditando que o conforto e a atenção prestado a este paciente são de grande valia para este momento, mostrando que a troca que existe entre a equipe de Enfermagem ajuda a este paciente ter um melhor aporte e atenção. Apesar de muitas vezes o paciente não receber um tratamento específico para sua doença, acredita-se que o mesmo recebe um bom aporte psicológico, não somente da equipe de enfermagem como das outras equipes.

A única coisa que eu acho que não são bem assistidos é no alívio da dor. Nos cuidados de Enfermagem que a gente tenta fazer pra dar mais conforto, eu acho legal. O que eu acho que falta é uma equipe de saúde mesmo pra gente sentar e definir um protocolo, de como vamos tratar a dor. E isso seria o maior conforto terapêutico. (Jasmin)

Ele tem as prioridades dele. Ficar mais atenta com ele. Eu sempre procuro fazer isto, quando tem um paciente que tá grave. Que é um paciente que pode morrer de uma hora pra outra, ele já é prioridade pra mim. Ele precisa ter mais cuidado, não que os outros não tem cuidado. Todos tem cuidado, mas ele eu acho que aquela hora ali é dele, ele precisa de mais atenção. (Maçã)

Gerenciando a equipe de enfermagem

A gerência da Equipe de Enfermagem mostrou-se importante ao longo desta pesquisa, pois se observa que o Enfermeiro exibe um aspecto muito importante para o bom funcionamento da unidade e para um melhor atendimento ao paciente oncológico, mostrando-se necessário muitas vezes mostrar à equipe, enquanto líder desta, a importância de estar voltando a atenção ao cuidado paciente com o objetivo de ofertar um melhor cuidado a este paciente.

Eu acho que funciona bem (gerenciamento do cuidado), porque assim eu tento trazer as pessoas a se colocarem no lugar do paciente, então eu vou sempre conversando com eles. (Jasmin)

[...] ao invés de ser de interesse do serviço e do paciente e começar a ficar muito no interesse do profissional, eu gosto de dar uma chamadinha nele, pra ele, de repente ele saiu sem ele perceber, então a gente começa a chamar ele, centrar ele de que ele

está aqui. Naquele momento que ele está aqui, ele é um profissional e ele tem que prestar o serviço a que ele se propôs. (Jasmin)

Em muitas ocasiões nota-se uma troca entre esta equipe, caracterizada ou não pela inexperiência do Enfermeiro, não conseguindo definir claramente como um gerenciamento, e sim, como um aprendizado em conjunto e uma melhora do atendimento prestado.

Eu ainda não consigo ter muitas atitudes assim, em relação à equipe. Muito por inexperiência né. (Violeta)

Até por essa minha inexperiência tem muita situação que eu acabo discutindo com eles qual que é a melhor forma. E como eu sei que eles têm essa experiência aqui na unidade, acaba sendo assim, não uma liderança, mas a gente é uma equipe mesmo, a gente acaba decidindo as coisas juntos sabe? (Rosa)

Observa-se que muitas vezes a gerência de Enfermagem não consegue avançar na melhora em outros pontos por estar presa a uma melhora interna da equipe, não podendo estar melhorando aspectos que também seriam importante para a melhora do paciente, evidenciado por uma troca melhorada com a equipe multiprofissional.

[...] eu venho com muita dificuldade de déficit de funcionários na própria equipe de enfermagem, fica difícil visualizar, atender um grupo de multiprofissional. Se eu não consigo nem uma equipe de enfermeiros e técnicos adequados no tratamento, numa assistência, nesse período, fica também difícil eu estar pensando em outras situações. Eu tenho primeiro que reestruturar a minha equipe pra depois pensar em estruturar além da minha equipe. Acredito que vindo o pessoal concursado, reestrutura, e aí sim a minha meta é buscar um trabalho nesta equipe multiprofissional. (Margarida)

Acompanhando a descoberta do diagnóstico

Esta categoria trata das características do atendimento que é oferecido na clínica de um hospital geral no momento do diagnóstico, sendo que comumente paciente e familiar recebem o diagnóstico do câncer da unidade. Neste sentido o tema é abordado várias vezes, evidenciando a dificuldade em lidar com este processo de recebimento de diagnóstico com os pacientes pelos profissionais.

[...] começa com eles, quase sempre sem saber que eles são pacientes oncológicos. Porque eles acabam descobrindo esse diagnóstico aqui. (Jasmin)

Que os nossos pacientes eles vêm, eles internam pra fazer um diagnóstico. A maioria dos casos eles são diagnosticados aqui. (Maçã)

Além disso, revelou-se que o tempo de espera pelo diagnóstico muitas vezes causa ansiedade no paciente e é neste período que a equipe de Enfermagem tem que mostrar-se atenta a todas as mudanças que este paciente sofrerá neste período.

E essa ansiedade às vezes até gera uma depressão pra eles, é um período que é um

período crítico pra eles, eles ficam muito inseguros também, do que fazer enquanto aguarda. (Rosa)

No momento da investigação diagnóstica, geralmente o paciente e a família ficam muito ansiosos, pra chegada deste resultado dos exames, pra saber o que vai realmente acontecer.(Margarida)

Gerenciando uma unidade de internação

Ao perceber que a Enfermeira é valorizada na instituição e tem um espaço muito grande na gerência e percepção da unidade. Percebendo a grande demanda como um ponto negativo para o desenvolvimento de uma gerência da unidade, visto que a Enfermeira acaba se prendendo mais a assistência prestada ao paciente.

Então os demais profissionais que atuam aqui, uma hora ou outra eles são obrigados a procurar o enfermeiro pra saber alguma coisa. Sempre o ponto de referência da unidade é o enfermeiro. (Rosa)

A enfermagem nasceu aqui na instituição cedo, logo que a instituição foi fundada. Então vem uma cultura de respeito para o profissional enfermeiro. (Rosa)

Acreditando que um bom relacionamento interpessoal ajuda no gerenciamento da unidade, visto que uma boa interação entre a equipe ajuda no crescimento profissional e numa melhor assistência dada ao paciente.

Quando têm várias situações de funcionários faltando, ou paciente mais grave, paciente menos grave, a gente acaba decidindo junto, junto com a equipe. E isso pra eles eu acredito que é bom porque não fica aquela coisa imposta, aquela verticalizada assim, normas e regras. (Rosa)

Contrastando a preocupação com a dor e os preconceitos com analgesias

Observa-se com os dados o quanto a dor oncológica é importante nos sintomas desta doença. Deixando a avaliação como atividade inerente a profissão da equipe de enfermagem, observando a necessidade de uma analgesia mais forte e comunicar outros profissionais para estar melhorando os analgésicos destinados a este paciente.

É um cuidado de enfermagem estar avaliando a dor do paciente. E é uma função da medicina estar deixando essa medicação pra gente poder atuar em conjunto né. (Rosa)

Porque o paciente oncológico, é um paciente que quase sempre tem muita dor. E a gente reconhece isso e, a maioria das pessoas, reconhece isso, reconhece que o paciente está com muita dor e acaba meio que justificando que está dor é inerente de quem tem câncer e que por isso é tão doloroso. Mas não procura melhorar a questão da analgesia e eu percebo isso não só na equipe de Enfermagem. A equipe médica também tem muita cautela na hora de prescrever a medicação pra dor, fica protelando muito. (Jasmin)

Outro ponto forte notado é o medo do uso de analgésicos fortes, este medo mostra-se evidente entre alguns profissionais da saúde. Acreditando que se deve mais ao desconhecimento do assunto do que propriamente ao fato de ter preconceito com uso. Lembrando que muitas vezes o profissional acaba julgando a dor do paciente e acaba deixando o cuidado com déficit de qualidade grande, visto que o alívio da dor é um forte componente de avaliação do conforto deste paciente.

E os profissionais têm medo de usar sim (analgésicos fortes). Tem medo que dê uma depressão respiratória e se tu sabe usar, tu consegue controlar isso. Tendo uma boa qualidade para o paciente, então eu vejo que muito não é feito por desconhecimento, por falta de preparo mesmo. (Girassol)

Eu acho que é muito importante (gerenciamento do cuidado), é muito importante pro que diz respeito pra dor do paciente. Porque nós temos o péssimo hábito de julgar esta dor e eu acho que no caso da oncologia esta dor é muito importante. (Abacaxi)

Percebendo a necessidade de capacitações para aquisição de novos conhecimentos para equipe de enfermagem

Primeiramente, aparecendo em diversos pontos, a importância de uma freqüente atualização nos assuntos ligados a saúde. Devido à freqüente mudanças e aprimoramento, cada vez se faz necessário uma melhora de conhecimento e viver em constante atualizações. Estando sempre atendo as novidades terapêuticas que aparecem no mercado.

Porque a onco é uma especialidade que hoje tem muitos casos, os tratamentos são vários e a gente tem que estar sempre se aperfeiçoando. Acho que às vezes a gente se preocupa tanto em aprender somente a mexer em um aparelho de última geração e não se preocupa tanto com este cuidado mais humano. (Girassol)

E eu sempre fui uma das pessoas que valorizava bastante esta educação em saúde, porque a nossa profissão muda todo dia, todo dia, a gente precisa. (Jasmin)

Por conseqüência, devido a sua grande especificidade, a oncologia trata-se de um tema que deveria ser melhor abordado entre os profissionais da saúde em um hospital generalista. Treinamentos com a equipe, discussões sobre os casos apresentado na equipe, formas de manipular este paciente, maneiras de melhorar seu conforto, atitudes profissionais frente a dor que ele apresenta todos estes itens foram apresentados como deficitário no cuidado por não ser melhor abordado com a equipe. Acreditando-se por tratar de um hospital generalista tais temas acabam passando muitas vezes, sem ser lembrado e melhor trabalhado.

Eu acho que sim (formação específica). Ontem a gente teve a nossa reunião de enfermagem onde a gente estava colocando como uma necessidade da unidade estar

revendo e fazendo atualização de conhecimento para a equipe sobre as patologias específicas de cada clínica que tem aqui [...] Que gastro acaba aparecendo câncer gástrico, intestinal, na pneumo também, pra gente acaba aparecendo o câncer pulmonar. Então é uma coisa pra gente estar, eu acho que é bastante importante trazer isso para a equipe. (Rosa)

Acho que isto (formação específica) seria fundamental para que nós aprendêssemos realmente a valorizar as queixas. A saber entender o que se passa na cabeça de um paciente que recebe este diagnóstico, que se passa na cabeça da família dele. (Jasmin)

Outras capacitações se mostram necessária diante da equipe, entre elas o processo de luto mostrando-se como grande entrave de enfrentamento por alguns profissionais. Trazendo a eles muitas vezes problemas pessoais, os abalando psicologicamente e transmitindo isto no seu dia-a-dia. Mostrando grande dificuldade de enfrentamento, não sabendo muitas vezes julgar que tipo de posicionamento e atitude deve-se tomar diante do óbito.

Eu sempre que tenho oportunidade eu converso com a equipe também a respeito da morte, aproveito situações de não aceitação ou de boa aceitação para estar conduzindo a conversa entre a equipe, também percebo que a equipe às vezes tem bastante dificuldade no seu processo de morte ou o processo de morte de seu familiar enquanto que ele não tem dificuldade de atender o paciente, ou um familiar, ou um paciente ou a família de quem está internado e isso é muito diferente. Eu também percebo na fala da equipe que trabalha. (Margarida)

É tao difícil quanto, lidar com a morte, só que a gente tem que mostrar uma postura diferente assim, e quando a gente começa a participar de palestras, de leituras, eu estou falando isso porque eu sei que eu evolui muito nesse lado assim, e tudo fica mais fácil. (Violeta)

Trabalhando o vínculo com a família e seus enfrentamentos

Observa-se que muitas vezes o vínculo entre os familiares tornam-se ainda mais fortes após o diagnóstico. Notando-se claramente na constante ajuda e oferecimento de suporte a este paciente. O familiar mostra-se sempre presente e arranja sempre caminhos para mostra ao ente que juntos conseguiram superar este obstáculo que estão passando. E por se tornar uma visita freqüente, sente-se a necessidade de estar trabalhando com o profissional da saúde uma melhor forma de estar abordando este familiar.

E isto eu sinto vontade de trabalhar alguma coisa na clinica ainda, com os nossos funcionários. Uma melhor receptividade da família, ser mais compreensivos. (Jasmin)

E a gente também, sempre que possível, que necessário a gente também está acompanhando a família. Aqui a gente atende paciente mas também a família. (Pinheiro)

Outro ponto marcante na presença familiar é que notamos claramente a melhora do paciente diante da presença dos seus familiares, além de o familiar estar estimulando o

paciente e buscando formas de melhorar o cuidado a este paciente. Muitas vezes percebemos que após a chegada deles o paciente se ajuda mais e aceita melhor o cuidado oferecido a ele.

É importante (presença do familiar) porque o paciente, ele, ele chega uma hora que ele está muito debilitado. E o acompanhante é alguém que está cuidando dele e de alguma maneira estimulando ele. (Eucalipto)

Eu acho que a família que a gente tem visto aqui é uma família que comparece, que tem compromisso que dá apoio para o paciente oncológico. (Rosa)

As famílias se mostram de diversos perfis, variando sua formação e estrutura familiar e sendo fácil de observar a diferença de cuidado apresentado por cada uma delas. O desgaste ocorre não somente por parte do paciente que está vivendo esta situação, mas também a família, que apesar de não estar doente, adocece junto e tenta buscar força para passar tranqüilidade ao paciente e não demonstrar abalamento diante do diagnóstico apresentado.

Uma família bem estruturada vai conseguir dar o apoio pra este paciente de uma forma mais segura, mais amena, com mais amor, com mais ternura, com mais envolvimento e ele vai se sentir mais protegido e vai conduzir a sua doença com mais facilidade, por mais que seja um momento difícil, podendo inclusive ser o limite entre o pouco período de vida que lhe reste ainda. Muitas vezes a doença está em estágio muito. (Margarida)

[...]porque a família não está sentindo a dor física do câncer, mas a dor psicológica do câncer eles estão sentindo, e é muito séria. (Jasmin)

Relacionamento interpessoal dentro da equipe de enfermagem influenciando no cuidado

O relacionamento interpessoal mostra-se presente em diversos pontos, muitas vezes ele é apresentado como um aspecto negativo e outras, porém é apresentado como aspecto positivo e de melhora para o atendimento do paciente. De uma forma geral nota-se que existe um maior entrosamento entre os membros da sua equipe de turno tendo em alguns momentos uma dificuldade em interagir com os funcionários de outros turnos.

O aspecto mais relevante é o fato de que muitos profissionais atribuem que um bom entrosamento entre a equipe proporciona um melhor cuidado a este paciente. Além de um estar ajudando ao outro, eles juntos percebem a necessidade maior de um ou outro paciente. E juntos tem a oportunidade de discutir os casos e elencar as prioridades apresentadas pela clínica.

Então ou um pouco mais cedo ou um pouco mais tarde tentar olhar pra carinha de todos eles. E não só do paciente, também da equipe. (Violeta)

De um modo geral a equipe quando está entrosada, seja o tipo de paciente que for, presta um cuidado melhor ao paciente. (Cravo)

Cuidando de pacientes oncológicos

Pode-se observar que o paciente oncológico necessita do cuidado específico, que muitas vezes não consegue ser ofertado a ele, muitas vezes por desconhecimento da necessidade e outras por falta de aperfeiçoamento da prática utilizada. Muitas vezes observa-se o paciente como um todo e não por sua patologia, apresentando-se assim como uma forma rica de observar o paciente. Porém o paciente oncológico por apresentar as especificidades por sua doença, necessita de um cuidado ofertado que lhe traga conforto e muitas vezes por falta de conhecimento este cuidado não é ofertado de maneira correta.

A gente só começa a perceber que a gente tem que ter os cuidados quando os cuidados começam a aparecer, os problemas começam a aparecer. A gente não tem na nossa mente, tá agora ele vai começar com enjojo, por causa do quimioterápico, vai começar com falta de apetite, a gente não pensa nisso. Só vai pensar na hora que começar a ter a reação. (Orquídea)

Por exemplo a gente está com (paciente), vocês sabem disso né, que falta analgesia, a gente sabe que eles têm que ter analgesia. Ele sente dores, e o que a gente vê, a gente não vê analgesia pra ele. A equipe médica não está ciente que tem que ter uma analgesia específica. Tem que ter uma analgesia boa para o paciente. Eu acho que uma falta de treinamento é responsável por isso. (Orquídea)

Fazendo-se necessário muitas vezes levar o conhecimento para este paciente, tirando suas dúvidas sobre sua doença e ofertando uma explicação fácil de ser compreendida sobre seu estado de saúde. Todos esses aspectos são muito importantes de ser trabalhados durante o cuidado ofertado ao paciente oncológico. Porém o que nota-se por parte dos profissionais uma grande dificuldade em lidar com estes questionamentos e trabalhar com estas informações necessárias de ser ofertada ao paciente.

Acho que a dificuldade maior é quando a gente não tem conhecimento do que ele realmente está passando, assim. Essa é a dificuldade maior. Não consegue dar retorno das coisas práticas. (Violeta)

De trabalhar mais integrado com a equipe multiprofissional pra poder dar um suporte melhor para o paciente e para os familiares, Trabalhar mais a comunicação, porque dar más notícias é difícil. (Girassol)

Atuando frente o processo de morte

A principal forma de atuação do profissional frente ao processo de morte evidenciada na categoria *Atuando frente ao processo de morte* se dá principalmente sob a forma de contato com a família, de modo a proporcionar uma morte digna ao paciente. Concomitantemente a isso, a importância do bem estar do paciente em seu processo de morte não é mais importante do que o conforto à família por parte do profissional.

[...] neste momento quase sempre o que é mais importante na vida do paciente é a família junto. Porque tem medo da perda, o medo de deixar esta família, a família

com medo de perder este paciente. Então é tentar deixá-lo cada vez mais próximo. (Jasmin)

Como não poderia ser diferente, há a comoção do profissional diante do óbito do paciente oncológico, colocando-se ainda mais à disposição da família por se colocar no lugar desta.

Então quando eu lido com a morte de um paciente que tenho que estruturar um familiar, eu busco dar toda a atenção, muito carinho, tudo com muita intuição também, buscando entender a percepção daquela pessoa que está vivenciando ou então daquele familiar que está vivenciando. Se colocar no lugar daquelas pessoas serve para perceber como cuidar e como gostaria de ser cuidado se estivesse vivendo esta situação, favorece e muito para a solidariedade e sensibilidade no atendimento. (Margarida)

O preconceito da associação da doença oncológica com a morte se dá devido às altas incidências de morte devido ao câncer. Isso aumenta ainda mais a preocupação do paciente e família, levando a um olhar mais atento do profissional influenciado pela compaixão.

[...] porque as pessoas associam: câncer e morte. Querendo ou não todo mundo associa, então tu tem que ter esta sensibilidade até pra mostrar pra eles que não é assim. Que muita gente faz seu tratamento e fica curado, e fica bem, que não é uma sentença de morte e muitos profissionais acham isso também, que o câncer é uma sentença de morte. E aí tu acaba refletindo isso pro paciente no teu cuidado “-Ah, não te mais nada pra ti fazer”, claro que tem sempre tem alguma coisa pra ti fazer (Girassol)

Utilizando a aquisição de novos conhecimentos como ferramenta

Percebeu-se com os dados formadores desta categoria que os profissionais entrevistados reconhecem a constante atualização e aquisição de conhecimentos como uma facilidade para um adequado cuidado a ser proporcionado ao paciente oncológico. Evidenciaram-se as constantes trocas informais de conhecimento durante as passagens de plantão, e até mesmo a referência a momentos que aconteciam no setor, destinados exclusivamente a estudos das especialidades de maior incidência na clínica, dentre elas o câncer.

A gente passa uns períodos da vida que a gente acha que tá pronto, depois a gente quebra a cara quando a gente vê que nem começou. Cada dia é um recomeço, que a gente tá muito longe de chegar no ideal, mas o que eu acho é que a gente não pode parar, temos que continuar, continuar, buscando, buscando respostas pra tudo. Buscando melhorar tudo, mesmo quando a gente acha que agora tá bom, a gente tem que continuar trabalhando o que a gente acha que está bom mesmo. (Jasmin)

Também foi relatada as dificuldades encontradas frente à resistência de alguns profissionais com a aquisição de novos conhecimentos, resistindo a mudanças o que acarreta e um entrave na realização do cuidado ideal.

Mas a gente vem bem empolgada, traz um novo conhecimento, quer fazer junto com a equipe e não sei o que acontece, uma dificuldade de aceitação do novo, do desconhecido, eu não sei se é medo, se é falta de vontade, não sei por onde que passa isso, já me perguntei muitas vezes mas eu não tenho respostas, mas é difícil sim. [...] E quando eles (técnicos de enfermagem) caem na área de saúde, e como “Ah já sei, isso eu já sei, já to formado”, não querem mais. (Jasmin)

Gerenciando o cuidado direcionado ao paciente oncológico

Na categoria *Gerenciando o cuidado direcionado ao paciente oncológico* foi evidenciado que apesar de não haver na unidade de internação pesquisada um cuidado de enfermagem especializado e protocolado ao paciente oncológico, os profissionais procuram dar um suporte psicológico maior a este paciente e sua família devido à comoção pessoas que estas doenças causam nos profissionais envolvidos no cuidado.

Olha, sem querer acaba ficando um pouco diferenciado sim, porque a gente acaba associando um pouco de compaixão por saber que é uma doença que quase nunca ele vai sair daqui curado. Ele pode sair melhorado, ele pode sair com cuidados paliativos. Mas a gente sempre tem aquela preocupação, mesmo que aparentemente esteja muito bem talvez ele daqui a um tempo reapareça e aí desmorona a estrutura familiar, desmorona o próprio paciente novamente. Então por esse aspecto de união com a compaixão eu acho que é o que mais faz com que a gente trate ele como um paciente especial. (Jasmin)

A gente tenta aproximar a família, a gente tenta até de uma certa forma ir convencendo ela, preparado o terreno na verdade, a gente sempre atua bem amplo porque justamente a gente não sabe responder perguntas específicas né. Então principalmente aproximar família. (Violeta)

Um dos temas mais citados nesta categoria foi a abordagem sobre o diagnóstico. Os profissionais relatam a dificuldade em abordar o tema com os pacientes, tendo em vista que comumente desconhecem o nível de conhecimento sobre o estágio da doença pelos pacientes.

Não sei se é porque a gente está iniciando também, e talvez quem deixe a desejar somos nós enfermeiros, mas é difícil, porque é um diagnostico que é muito difícil tu dar para o paciente, e aí a enfermagem nunca sabe direito se o médico já deu o diagnóstico final, se não deu, se o paciente entendeu, se não entendeu, é bem delicado assim, e aí não dá pra tu chegar falando se, a gente sabe o que esta escrito no prontuário, o que por ventura consegue conversar no corredor, mas é pouco pra te dar o embasamento para uma conversa específica sobre tratamento, sobre prognóstico, é bem difícil, é bem ruim isso (Violeta)

Superando-se como profissional

Os profissionais atuantes na unidade de internação em questão revelaram em dados referentes à categoria *Superando-se como profissional*, suas frustrações e realizações referentes à efetividade de uma adequada e idealizada atuação frente ao paciente oncológico. Pode ainda ser evidenciado que o profissional realizado com sua profissão tenta atuar da melhor forma possível, buscando sempre se aperfeiçoar.

Eu não sei se eu dou conta de fazer isso que e relato que eu gostaria. Mas eu tenho me esforçado. Bastante! (Violeta)

Outro ponto considerado pelos profissionais foi o próprio reconhecimento por parte do paciente, estimulando ainda mais seu esforço para realização de um bom atendimento.

E a gente começa a fazer um pouquinho diferente, começa a sentir mais de satisfação, ver que o outro que tá sendo atendido está mais satisfeito com o trabalho da gente. Então eu acho que este tempo ele é uma coisa muito importante na vida da gente. (Jasmin)

Percebendo a importância da interdisciplinaridade no cuidado

A importância da interdisciplinaridade frente ao cuidado do paciente oncológico, bem como as dificuldades geradas a partir da ineficiência da comunicação entre a equipe de saúde foi comentada em grande escala pelos entrevistados. Um cuidado especializado como o idealizado ao paciente oncológico exige dos profissionais de saúde uma relevante comunicação da situação de saúde do paciente, bem como discussão das condutas a serem tomadas pela equipe.

“Então isso (interação interdisciplinar) faz toda a diferença. Até no momento da morte deste paciente pra esta família, lá tem acompanhamento pós-luto também. Pra mim quando eu trabalhava nos dois (em um hospital especializado e um hospital geral) eu até sofri bastante, porque eu vinha de uma realidade bem estruturada pra uma não tão estruturada. Então muitas questões me angustiavam, bastante. Percebo também, que muitas vezes por outras demandas, esse entrosamento não acontece da maneira mais eficaz possível. Seria necessário mesmo a “padronização” de algumas ações, ou processos de discussão para efetivar e melhorar essa interdisciplinaridade. (Girassol)

A enfermagem apresentou-se como importante eixo de comunicação entre os diferentes profissionais de saúde atuantes frente ao paciente oncológico, evidenciando ainda mais a importância de sua atuação gerencial que contempla a integração dos profissionais a fim de executar uma assistência integral.

[...] porque geralmente a gente recorre para essas coisas, porque é a pessoa que é responsável pelo turno, que sabe bastante coisa do plantão, então geralmente é com as enfermeiras. (Pinheiro)

É, eu tenho mais contato, um contato mais direto com a enfermagem e com o serviço social um pouco mais. Com a equipe médica já é um pouco mais difícil até

porque, por causa das rotinas [...] e aí acaba sendo mais via prontuário com a equipe médica. Ou deixo algum recado pela enfermagem sobre algum paciente. (Pinheiro)

5.7. Considerações éticas

Procurado atender o princípalismo ético da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde o estudo foi aplicado após apresentação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o protocolo de número 897/10. As entrevistas foram realizadas mediante a explicação dos objetivos e metodologia do estudo, bem como, a apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) aos participantes em duas vias. Ainda as autoras dos estudos pseudônimos para manter o anonimato dos participantes.

As entrevistas coletadas, sua transcrição, codificação e os Termos de Consentimento Livre Esclarecido ficaram sob tutoria da Prof. Dra. Alacoque, todos eles serão armazenados em local pré-determinado e permaneceram neste durante cinco anos. Sendo de acesso exclusivo das pesquisadoras, bem como de seus entrevistados.

6. ARTIGO – REVISTA ACTA PAULISTA

ERDMANN, Alacoque Lorenzini ¹
CAMINHA, Maria Eduarda Pereira ²
CECHINEL, Caroline ³

RESUMO

GERENCIANDO O CUIDADO DE ENFERMAGEM HUMANITÁRIO E HUMANÍSTICO AO PACIENTE ONCOLÓGICO*

Objetivo: Elaborar uma matriz orientadora da prática do cuidado a pacientes oncológicos em um hospital geral. **Métodos:** Utilizou-se como referencial metodológico a Teoria Fundamentada no Dados, e a Teoria Humanística e Humanitária de Rogers como marco teórico. Realizou-se entrevistas abertas com 14 sujeitos (Enfermeiros, técnicos de enfermagem, profissionais da equipe multidisciplinar e familiar), divididos em 3 grupos amostrais. Após análise alcançou-se 18 subcategorias e 17 categorias. **Resultados:** Vislumbrou-se o fenômeno “*Percebendo a superação do profissional e a importância da interdisciplinaridade ao contrastar o gerenciamento do cuidado de enfermagem humanístico e humanitário preconizado ao paciente oncológico com o vivenciado pelos profissionais de saúde e familiares em uma unidade de internação hospitalar geral*”. **Conclusão:** Reconhece-se a necessidade de um adequado gerenciamento do cuidado ao paciente oncológico em um hospital geral por meio de uma matriz orientadora de cuidado.

PALAVRAS-CHAVES: Oncologia; Enfermagem; Enfermagem oncológica; Gerenciamento clínico; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

MANAGING THE HUMANITARIAN AND HUMANISTIC NURSING CARE ON ONCOLOGY PATIENTS

Objective: To made a orienting matrix of the practical care towards oncologic patients in a general hospital. **Methodology:** Has had as methodology reference the Grounded Theory, and has had The Rogers’s Humanistic and Humanitarian Theoretical reference. We conducted open interviews with 14 subjects (nurses, nursing technicians, professionals of the multidisciplinary team and family), divided into three sample groups. Was reached after analyzing 17 categories and 18 subcategories. **Results:** *Realizing the overcoming of the importance of interdisciplinary work and to contrast the management of nursing care humanistic and humanitarian recommended for patients with cancer experienced by health professionals and family members in a general hospital ward.* **Conclusion:** We recognize the necessity of an adjusted management of care towards the oncologic patient in a general hospital by means of an orienting matrix of care.

KEY-WORDS: Oncology; Nursing; Oncology nursing; Clinic management; Qualitative research.

RESUMEN

GESTIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA HUMANITARIO Y HUMANISTA A PACIENTES ONCOLÓGICOS

Objetivo: Desarrollar una matriz de orientar la práctica de la atención oncológica a los pacientes en un hospital general. **Métodos:** Se utilizó la metodología de la teoría fundamentada (*grounded theory*), y la teoría humanística y Rogers humanitaria como teóricos. Realizamos entrevistas abiertas con 14 sujetos (enfermeros, técnicos, profesionales del equipo multidisciplinario y la familia), divididos en tres grupos de la muestra. El análisis se logró después de 17 categorías y 18 subcategorías. **Resultados:** Hemos visto el fenómeno de "Al darse cuenta de la superación de la importancia del trabajo interdisciplinario y para contrastar la gestión de los cuidados de enfermería humanista y humanitaria se recomienda para pacientes con cáncer se enfrentan los profesionales de la salud y miembros de la familia en una sala del hospital general". **Conclusión:** Reconocemos la necesidad de una gestión adecuada de la atención a pacientes con cáncer en un hospital general a través de una serie de orientaciones de atención.

PALAVRAS-CLAVE: Oncología, Enfermería, Enfermería oncológica, gestión clínica, investigación cualitativa.

* Artigo elaborado a partir do Trabalho de Conclusão de Curso "Gerenciando o Cuidado de Enfermagem Humanitário e Humanístico ao paciente oncológico em um Hospital Geral: entre a vivência e a teoria", desenvolvido no curso de Graduação de Enfermagem da UFSC, 2010.

¹ Doutora em Filosofia da Enfermagem; Professora Titular da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC – Florianópolis. Brasil.

² Graduando de Enfermagem, na 8ª fase curricular da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC – Florianópolis. Brasil.

³ Graduando de Enfermagem, na 8ª fase curricular da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC – Florianópolis. Brasil.

INTRODUÇÃO

O expressivo aumento no número de diagnósticos de doenças oncológicas, tem conferido a este agravo, a segunda causa de morte no mundo ocidental, em especial nos países desenvolvidos. Pode-se notar, pelos altos investimentos em pesquisas e o volume de trabalhos publicados sobre o assunto, que nos últimos anos esta doença vem assumindo destaque na agenda em saúde (LUIS, PINTO, RECCO, 2005).

A atuação profissional ideal frente aos pacientes oncológicos se mostra uma preocupação nacional, ficando evidenciada pela criação da Política Nacional de Atenção Oncológica pelo Ministério da Saúde contemplando ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Ainda, orienta que a assistência na

alta complexidade deve ocorrer por meio de Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia. (CONASS - PORTARIA Nº 2.439)

No entanto, o processo de trabalho da enfermagem muitas vezes não é realizado da maneira preconizada devido à falta de conhecimento teórico e habilidade técnica dos profissionais, número reduzido de trabalhadores, problemas nas condições estruturais e organizativas dos serviços, e outros. Destaca-se neste cenário, que alguns hospitais generalistas, por conta da alta demanda, recebem pacientes oncológicos (GALERA *et al*), e acabam por oferecer uma assistência que não atende à especificidade e complexidade dos casos.

Neste sentido, gerenciamento do cuidado requer um elevado grau de conhecimento, sendo este, não apenas direcionado à patologia e problemas relacionados à saúde física, o enfrentamento das emoções do paciente e família frente à doença (RECCO; LUIZ; PINTO, 2005), mas também, envolvendo o domínio sobre a organização do serviço de saúde, sua interface com os serviços de apoio e a sistematização da assistência de enfermagem. (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009)

Diante deste cenário, questiona-se: como os enfermeiros de unidades de internação de um hospital geral gerenciam o cuidado aos pacientes oncológicos? Como se sentem realizando esta atividade? Quem são os envolvidos neste processo? Com isso, busca-se compreender o significado do gerenciamento do cuidado de Enfermagem aos pacientes oncológicos internados em um hospital geral localizado ao sul do país, elaborando uma matriz orientadora da prática.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, na qual adotou-se como referencial metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), traduzida do termo original inglês *Grounded Theory*.

A TFD significa basicamente, como sugere o nome, uma teoria derivada dos dados coletados, sistematicamente reunidos e analisados por meio de processo de pesquisa, no qual coleta de dados, análise e teoria mantêm uma relação muito próxima. A TFD que tem o objetivo de identificar, desenvolver e relacionar conceitos, sendo iniciada em uma área de estudo ampla e permite que a teoria surja influenciada pelos dados descobertos, e não apenas

pelas especulações do pesquisador, configurando um guia importante para a ação. (STRAUSS; CORBIN, 2008)

A codificação é o processo central do desenvolvimento do modelo teórico que se dá em três etapas que ocorrem de forma concomitante: codificação aberta, axial, e seletiva. A codificação aberta é o primeiro passo para a análise, consistindo em separar, examinar, comparar e conceituar os dados obtidos. Nesta etapa os dados são analisados linha a linha, transformando cada fala do entrevistado em um código, sendo estes em seguida agrupados por semelhanças e diferenças. Os agrupamentos dos códigos constituem as subcategorias, rotuladas de acordo com o tema de que trata. O segundo passo da análise é a codificação axial, constituindo o conjunto de procedimentos em que os dados são novamente agrupados, formando as categorias. A codificação seletiva consiste na busca e desenvolvimento da categoria central, o tema central do estudo, em torno da qual giram todas as demais categorias (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Utilizou-se neste estudo modelo paradigmático, o qual estabelece uma relação entre as categorias, identificando aquelas fenômeno, contexto, condições causais, condições intervenientes, estratégias de ação/interação e consequências (STRAUSS; CORBIN, 2008).

O cenário do estudo foi uma unidade de internação de Clínica Médica de um hospital generalista no sul do País. A instituição, de caráter exclusivamente público, por ser um hospital-escola, baseia-se na tríade ensino, pesquisa e extensão. Considerado importante referência no estado onde está localizado, o hospital recebe pacientes de todas as regiões especialmente de patologias mais complexas.

A coleta dos dados ocorreu entre os meses de agosto à outubro de 2010, por meio de entrevistas semi-estruturada com a seguinte questão norteadora: “Como os enfermeiros de unidades de internação de um hospital geral gerenciam o cuidado aos pacientes oncológicos?”. Estas foram gravadas em meio digital e posteriormente transcritas em sua integralidade.

Inicialmente, foram convidados para participar do estudo os enfermeiros das Unidades de Internação Médica. Como prevê a TFD, os demais participantes foram selecionados a partir da indicação dos entrevistados, caracterizando-se a amostragem teórica. Assim, o primeiro grupo amostral foi formado por 06 enfermeiros, com o qual foi possível recolher um grande volume de dados, que geraram questionamentos sobre a importância da equipe de enfermagem e da equipe multidisciplinar. Desta forma, formou-se o segundo grupo amostral com 05 técnicos de enfermagem. Com este grupo foi possível fortalecer algumas

categorias e gerar mais hipóteses, a mais importante delas, e geradora do próximo grupo amostral foi “a equipe multiprofissional integrada e a participação familiar promovem um cuidado mais qualificado”. Como consequência, o terceiro grupo amostral foi formado por um familiar de uma dos pacientes oncológicos internados na clínica, juntamente com 01 psicólogo e um nutricionista representando a equipe multidisciplinar, totalizando 14 sujeitos. Como sugere a TFD, os participantes foram divididos em grupos amostrais, que iam complementando e consolidando as categorias à medida que avançavam.

Todas as 14 entrevistas receberam o mesmo tratamento de codificação e interpretação, ou seja, foram examinadas linha a linha e comparadas em busca de semelhanças e diferenças. Foi realizada a quebra dos dados brutos em pequenos pedaços e atribuídos códigos, objetivando a redução dos dados buscou-se semelhanças entre os códigos e reunindo-os em grupos com o intuito de iniciar a categorização.

Os códigos por sua vez sofreram outro processo de comparação, dando origem às categorias. Uma vez com as categorias e seus componentes identificados, elas foram organizadas de modo que identificasse uma categoria central, ou melhor, uma categoria que se conecta a todas elas. A partir de 17 categorias encontradas, emergiu o fenômeno “**Percebendo a superação do profissional e a importância da interdisciplinaridade ao contrastar o gerenciamento do cuidado de enfermagem humanístico e humanitário preconizado ao paciente oncológico com o vivenciado pelos profissionais de saúde e familiares em uma unidade de internação hospitalar geral**”.

Procurado atender o princípalismo ético da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o estudo submetido e aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEP/UFSC), sob o protocolo número 897/10. As entrevistas foram consentidas mediante a explicação dos objetivos e metodologia do estudo, bem como, assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias. Ainda, preservou-se o anonimato dos participantes utilizando-se pseudônimos. Para o primeiro grupo amostral foi destinado nome de flores, ao segundo grupo amostral nome de frutas e ao terceiro nome de árvores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao final da análise dos dados obteve-se 14 entrevistas codificadas, totalizando 1.634 códigos preliminares, 17 categorias, 18 subcategorias e 42 quadros de codificação.

De acordo com o modelo paradigmático, podem ser observadas no agrupamento denominado **Contexto** todas as categorias e subcategorias que contextualizavam o local para chegarem ao fenômeno após sua análise. Neste agrupamento temos 2 categorias: **Realizando cuidados oncológicos em um hospital geral** (dividida em 3 subcategorias: Percebendo dificuldades no cuidado ao paciente oncológico em hospital geral; Observando a demanda e o tratamento oferecido na unidade de internação geral e Inserindo o paciente oncológico nos cuidados de rotina da clínica); e **Transferindo o paciente oncológico a hospitais especializados**.

No agrupamento **Condições Causais** foram remanejadas todas as categorias que se caracterizavam como influência para o acontecimento central ou fenômeno. Neste agrupamento vamos ter 4 categorias: **Cuidando do paciente oncológico; Identificando a enfermagem como fonte de apoio; Gerenciando a equipe de enfermagem; e Acompanhando a descoberta do diagnóstico**.

As **condições Intervenientes**, encontraram-se em 7 categorias: **Gerenciando uma unidade de internação; Contrastando a preocupação com a dor e os preconceitos com analgesias; Percebendo a necessidade de capacitações para aquisição de novos conhecimentos para a equipe de enfermagem** (com 2 subcategorias: Percebendo a importância de treinamento na área oncológica; Falando sobre a importância da formação para o enfrentamento do óbito); **Trabalhando o vínculo com a família e seus enfrentamentos** (com 3 subcategorias: Trabalhando o vínculo familiar frente a doença; Percebendo as influências da participação da família no cuidado; Percebendo as dificuldades para a família); **Relacionamento interpessoal dentro da equipe de enfermagem influenciando no cuidado; Cuidando de pacientes oncológicos** (com 2 subcategorias: Relatando os cuidados específicos ao paciente oncológico; Levando conhecimentos ao paciente); e **Atuando frente o processo de morte** (com 2 subcategorias: Revelando o sentimento do profissional frente ao processo de morte; Associando câncer ao processo de morte devido à alta incidência).

As **estratégias de ação e interação** foram caracterizadas em 2 categorias: **Utilizando a aquisição de novos conhecimentos como ferramenta** (com 1 subcategoria: Trocando conhecimentos entre a Equipe de Enfermagem); e **Gerenciando o cuidado direcionado ao paciente oncológico** (com 2 subcategorias: Proporcionando conforto à família; e Abordando o paciente sobre o diagnóstico).

Por fim, concluiu-se o modelo paradigmático com o agrupamento das **Consequências**, apresentando 3 categorias: **Superação pessoal do profissional** (com 2 subcategorias: Realizando-se como profissional; e Frustrando-se enquanto Enfermeira); **Percebendo a importância da interdisciplinaridade no cuidado**; e **Crescendo enquanto profissional diante do tempo de trabalho**.

Realizando cuidados oncológicos em um hospital geral

A categoria *Realizando cuidados oncológicos em um hospital geral* desencadeia o fenômeno, pois revela a visão do profissional da saúde sobre a assistência que é prestada ao paciente oncológico. Revelando que muitas vezes o paciente acaba sendo incluído nos cuidados de Enfermagem rotineiros, não recebendo a assistência específica que lhe é necessária. Pode ser evidenciado nas falas de um enfermeiro e um familiar que muitas vezes o paciente tem seu tratamento deficitário devido às limitações pelo tratamento oferecido por uma unidade generalista.

Eu acho que aqui é muito subjetivo assim, porque por mais que ele tenha o diagnóstico, não necessariamente ele faz algum tratamento específico, né? Normalmente ele é encaminhado. Então a gente pega uma parte muito subjetiva. (Violeta)

[...] e agora aqui acho que eles não vão poder fazer mais nada por ele, né? Então a gente vai ter que sair, ir embora, fazer o tratamento fora, porque acho que ele nem vai ficar internado mesmo. (Flamboyant)

Sim, ele tem um cuidado diferenciado se avaliar do contexto das necessidades de afeto, atenção, solidariedade, oferecendo todo o aporte psíquico necessário, dentro dos meus conhecimentos e das possibilidades da instituição. (Margarida)

[...]acaba entrando na rotina dos demais (cuidados de Enfermagem prestado ao paciente oncológico). Até porque quando a gente faz a nossa prescrição de enfermagem olhando para o paciente, é aquela coisa, que cada paciente é único. Independente da patologia dele a gente vai oferecer pra ele os cuidados que ele está necessitando naquele momento. (Rosa)

Observa-se também nesta categoria que existe muitas dificuldades na prestação de cuidado a este paciente em uma unidade geral, citado por alguns dos entrevistados a diferença quando esta assistência é dada em um hospital especializado, acreditando muitas vezes que o tratamento oferecido na unidade a estes pacientes é escasso, tendo em vista a especificidade de cuidados que ele necessita.

Isso é uma coisa que eu sinto muita diferença daqui pro CEPON, porque lá por ser um hospital especializado, se fala de câncer como se fala do teu brinco. Mesmo que tu queira esconder, não tem como. Porque os pacientes falam abertamente sobre isto, eles perguntam onde é o teu tumor e tal, e aqui por ser um hospital geral, eu acredito ainda se tem esta discriminação e até está dificuldade de espaço pra se estar conversando sobre isso. (Girassol)

Um diferencial seria realmente, no meu entendimento, de deixá-los em uma unidade específica [...], não misturados com outras especialidades. Daí já se teria além da capacitação do pessoal, já de início toda uma programação. (Cravo)

Transferindo o paciente oncológico a hospitais especializados

Como refere o fenômeno abordado nesta pesquisa percebemos que a categoria *Transferindo o paciente oncológico a hospitais especializados* mostra claramente a superação dos profissionais da saúde que tentam de alguma forma oferecer ao paciente a melhor forma de tratamento a ele. Mostrando também a busca do profissional por alternativas para que um atendimento digno seja dado a este paciente e oferecendo ao paciente os encaminhamentos necessários para uma melhor resposta ao tratamento a ser oferecido. Buscando formas de atendimento a este paciente enquanto ele aguarda a transferência para um hospital especializado.

Tudo que a gente encaminha, a gente encaminha fora do nosso alcance [...] Então a gente percebe que a gente precisa de alguém que tenha uma especialidade maior pra estar conduzindo aquela situação, e abordando aquela família de uma maneira que vai favorecer a melhoria no tratamento daquele paciente. (Margarida)

[...] a gente tenta ter aquele olhar aquele cuidado específico para o paciente, das necessidades dele naquele momento. Mas acaba sendo um desafio (Rosa)

Cuidando do paciente oncológico

Observa-se na categoria *Cuidando do paciente oncológico* que o profissional de saúde mostra-se muitas vezes preocupado com o atendimento que é prestado ao paciente oncológico, acreditando muitas vezes a importância de criar um modelo de atendimento a este paciente, visto as suas especificidades e a característica de seu atendimento, e nas particularidades do paciente oncológico, necessitando de um olhar diferenciado.

[...] o cuidado (prestado ao paciente oncológico) eu acredito que ainda está deixando a desejar. E é algo que a gente tem percebido no dia-dia a gente tem discutido entre a equipe de enfermagem e algumas vezes com a equipe médica, mas a gente não chega a seguir um protocolo disso, de fazer um cuidado ideal para o paciente oncológico. E eu acho que é isso aí que deixa a desejar para a gente. A gente acaba tratando ele com cuidados como se fosse qualquer outro paciente. (Rosa)

Alguns profissionais citam que o cuidado que é prestado a este paciente muitas vezes se enquadra dentro do apresentado para outros pacientes, simplesmente pela rotina de cuidados preconizada pelo setor, cabendo às instituições somente os tratamentos destinados ao preparo e recebimento do diagnóstico.

Eu organizo(os cuidados) como todos os pacientes da clínica. Eu priorizo sempre tirar a dor, tirar os desconfortos e depois ele entra no hall de cuidados como todos os outros pacientes, não tem nenhuma prioridade por ser um paciente oncológico. Deste que ele esteja confortável, sem dor. (Jasmin)

Nós precisamos de um preparo, na Clínica Médica I, mais voltado para a investigação do diagnóstico e para o diagnóstico em si. Porque para o tratamento, vai se dar em outro hospital. E aí sim, então precisa o pessoal do hospital que irá tratar ter este conhecimento. Podemos até falar que tem drogas que podem dar reações, mas muito de uma maneira geral. [...] O nosso foco é investigação até o diagnóstico, o preparo para este cuidado é que tem que ficar bem claro, pra toda a equipe. (Margarida)

Outro fato importante levantado nesta categoria que mostra a fundamentação e ligação com o fenômeno é a necessidade de estar trabalhando o tema oncologia com toda a equipe, através de debates ou discussões de caso. Em muitos momentos o profissional nota a importância deste momento, sentindo a dificuldade por não conseguir proporcionar isso à equipe.

Eu organizo como todos os pacientes da clínica eu priorizo sempre tirar a dor, tirar os desconfortos e depois ele entra no hall de cuidados como todos os outros pacientes, não tem nenhuma prioridade por ser um paciente oncológico. Deste que ele esteja confortável, sem dor. (Jasmin)

Trabalhar com paciente oncológico, tu tem que ter maior sensibilidade, não que com os outros não tenham, mas é uma situação de muita fragilidade (Girassol)

Precisa, porque como eu falei os cuidados são muito específicos. Não só na parte técnica, é tudo diferenciado, são cateteres diferentes que tu usa, são doses de medicações diferentes, são medicações diferentes. E medicações principalmente para controle da dor, tramal, opióide, morfina, que são medicamentos que trazem muitos tabus ainda. [...] Tendo uma boa qualidade para o paciente, então eu vejo que muito não é feito por desconhecimento, por falta de preparo mesmo. Então eu acho que sim, que precisa de um cuidado bem especializado. (Girassol)

Identificando a enfermagem como fonte de apoio

A Equipe de Enfermagem mostra-se muito presente a este paciente tentando confortá-lo e oferecendo o maior apoio durante a fragilidade que o momento proporciona a ele. É muito comum ocorrer a sensibilização dos profissionais pelo sofrimento o qual este paciente e familiares estão passando.

Eu acho que assim, algumas situações que eu vi só o fato de estar perto, de estar do lado, de aparecer todos os dias, já é um suporte maravilhoso pro paciente assim. Porque o paciente fica a semana inteira, não vem ninguém não vêm os filhos, cada vez ele fica pior. (Violeta)

Eu percebo, principalmente pela passagem de plantão, como a equipe fica sensibilizada com esses pacientes, específicos assim. E por saber que é uma condição muitas vezes paliativa acho que a equipe se sensibiliza tanto que a gente acaba até tendo assim, querendo ajudar mais e melhorar mais. Mas a questão mais rigorosa de cuidado realmente acaba sendo como os demais pacientes. (Rosa)

Acreditando que o conforto e a atenção prestado a este paciente são de grande valia para este momento, mostrando que a troca que existe entre a equipe de Enfermagem ajuda a este paciente ter um melhor aporte e atenção. Apesar de muitas vezes o paciente não receber um tratamento específico para sua doença, acredita-se que o mesmo recebe um bom aporte psicológico, não somente da equipe de enfermagem como das outras equipes.

A única coisa que eu acho que não são bem assistidos é no alívio da dor. Nos cuidados de Enfermagem que a gente tenta fazer pra dar mais conforto, eu acho legal. O que eu acho que falta é uma equipe de saúde mesmo pra gente sentar e definir um protocolo, de como vamos tratar a dor. E isso seria o maior conforto terapêutico. (Jasmin)

Ele tem as prioridades dele. Ficar mais atenta com ele. Eu sempre procuro fazer isto, quando tem um paciente que tá grave. Que é um paciente que pode morrer de uma hora pra outra, ele já é prioridade pra mim. Ele precisa ter mais cuidado, não que os outros não tem cuidado. Todos tem cuidado, mas ele eu acho que aquela hora ali é dele, ele precisa de mais atenção. (Maçã)

Gerenciando a equipe de enfermagem

A gerência da Equipe de Enfermagem mostrou-se importante ao longo desta pesquisa, pois se observa que o Enfermeiro exibe um aspecto muito importante para o bom funcionamento da unidade e para um melhor atendimento ao paciente oncológico, mostrando-se necessário muitas vezes mostrar à equipe, enquanto líder desta, a importância de estar voltando a atenção ao cuidado paciente com o objetivo de ofertar um melhor cuidado a este paciente.

Eu acho que funciona bem (gerenciamento do cuidado), porque assim eu tento trazer as pessoas a se colocarem no lugar do paciente, então eu vou sempre conversando com eles. (Jasmin)

[...] ao invés de ser de interesse do serviço e do paciente e começar a ficar muito no interesse do profissional, eu gosto de dar uma chamadinha nele, pra ele, de repente ele saiu sem ele perceber, então a gente começa a chamar ele, centrar ele de que ele está aqui. Naquele momento que ele está aqui, ele é um profissional e ele tem que prestar o serviço a que ele se propôs. (Jasmin)

Em muitas ocasiões nota-se uma troca entre esta equipe, caracterizada ou não pela inexperiência do Enfermeiro, não conseguindo definir claramente como um gerenciamento, e sim, como um aprendizado em conjunto e uma melhora do atendimento prestado.

Eu ainda não consigo ter muitas atitudes assim, em relação à equipe. Muito por inexperiência né. (Violeta)

Até por essa minha inexperiência tem muita situação que eu acabo discutindo com eles qual que é a melhor forma. E como eu sei que eles têm essa experiência aqui na unidade, acaba sendo assim, não uma liderança, mas a gente é uma equipe mesmo,

a gente acaba decidindo as coisas juntos sabe? (Rosa)

Observa-se que muitas vezes a gerência de Enfermagem não consegue avançar na melhora em outros pontos por estar presa a uma melhora interna da equipe, para então poder estar melhorando aspectos que seriam também importantes para a melhora do paciente, evidenciado por uma troca melhorada com a equipe multiprofissional.

[...] eu venho com muita dificuldade de déficit de funcionários na própria equipe de enfermagem, fica difícil visualizar, atender um grupo de multiprofissional. Se eu não consigo nem uma equipe de enfermeiros e técnicos adequados no tratamento, numa assistência, nesse período, fica também difícil eu estar pensando em outras situações. Eu tenho primeiro que reestruturar a minha equipe pra depois pensar em estruturar além da minha equipe. Acredito que vindo o pessoal concursado, reestrutura, e aí sim a minha meta é buscar um trabalho nesta equipe multiprofissional. (Margarida)

Acompanhando a descoberta do diagnóstico

Esta categoria trata das características do atendimento que é oferecido na clínica de um hospital geral no momento do diagnóstico, sendo que comumente paciente e familiar recebem o diagnóstico do câncer da unidade. Neste sentido o tema é abordado várias vezes, evidenciando a dificuldade em lidar com este processo de recebimento de diagnóstico com os pacientes pelos profissionais.

[...] começa com eles, quase sempre sem saber que eles são pacientes oncológicos. Porque eles acabam descobrindo esse diagnóstico aqui. (Jasmin)

Que os nossos pacientes eles vêm, eles internam pra fazer um diagnóstico. A maioria dos casos eles são diagnosticados aqui. (Maçã)

Além disso, revelou-se que o tempo de espera pelo diagnóstico muitas vezes causa ansiedade no paciente e é neste período que a equipe de Enfermagem tem que mostrar-se atenta a todas as mudanças que este paciente sofrerá neste período.

E essa ansiedade às vezes até gera uma depressão pra eles, é um período que é um período crítico pra eles, eles ficam muito inseguros também, do que fazer enquanto aguarda. (Rosa)

No momento da investigação diagnóstica, geralmente o paciente e a família ficam muito ansiosos, pra chegada deste resultado dos exames, pra saber o que vai realmente acontecer. (Margarida)

Gerenciando uma unidade de internação

Ao perceber que a Enfermeira é valorizada na instituição e tem um espaço muito grande na gerência e percepção da unidade. Percebendo a grande demanda como um ponto negativo para o desenvolvimento de uma gerência da unidade, visto que a Enfermeira acaba

se prendendo mais a assistência prestada ao paciente.

Então os demais profissionais que atuam aqui, uma hora ou outra eles são obrigados a procurar o enfermeiro pra saber alguma coisa. Sempre o ponto de referência da unidade é o enfermeiro. (Rosa)

A enfermagem nasceu aqui na instituição cedo, logo que a instituição foi fundada. Então vem uma cultura de respeito para o profissional enfermeiro. (Rosa)

Acreditando que um bom relacionamento interpessoal ajuda no gerenciamento da unidade, visto que uma boa interação entre a equipe ajuda no crescimento profissional e numa melhor assistência dada ao paciente.

Quando têm várias situações de funcionários faltando, ou paciente mais grave, paciente menos grave, a gente acaba decidindo junto, junto com a equipe. E isso pra eles eu acredito que é bom porque não fica aquela coisa imposta, aquela verticalizada assim, normas e regras. (Rosa)

Contrastando a preocupação com a dor e os preconceitos com analgesias

Observa-se com os dados o quanto a dor oncológica é importante nos sintomas desta doença. Deixando a avaliação como atividade inerente a profissão da equipe de enfermagem, observando a necessidade de uma analgesia mais forte e comunicar outros profissionais para estar melhorando os analgésicos destinados a este paciente.

É um cuidado de enfermagem estar avaliando a dor do paciente. E é uma função da medicina estar deixando essa medicação pra gente poder atuar em conjunto né. (Rosa)

Porque o paciente oncológico, é um paciente que quase sempre tem muita dor. E a gente reconhece isso e, a maioria das pessoas, reconhece isso, reconhece que o paciente está com muita dor e acaba meio que justificando que está dor é inerente de quem tem câncer e que por isso é tão doloroso. Mas não procura melhorar a questão da analgesia e eu percebo isso não só na equipe de Enfermagem. A equipe médica também tem muita cautela na hora de prescrever a medicação pra dor, fica protelando muito. (Jasmin)

Outro ponto forte notado é o medo do uso de analgésicos fortes, este medo mostra-se evidente entre alguns profissionais da saúde. Acreditando que se deve mais ao desconhecimento do assunto do que propriamente ao fato de ter preconceito com uso. Lembrando que muitas vezes o profissional acaba julgando a dor do paciente e acaba deixando o cuidado com déficit de qualidade grande, visto que o alívio da dor é um forte componente de avaliação do conforto deste paciente.

E os profissionais têm medo de usar sim (analgésicos fortes). Tem medo que dê uma depressão respiratória e se tu sabe usar, tu consegue controlar isso. Tendo uma boa qualidade para o paciente, então eu vejo que muito não é feito por

desconhecimento, por falta de preparo mesmo. (Girassol)

Eu acho que é muito importante (gerenciamento do cuidado), é muito importante pro que diz respeito pra dor do paciente. Porque nós temos o péssimo hábito de julgar esta dor e eu acho que no caso da oncologia esta dor é muito importante. (Abacaxi)

Percebendo a necessidade de capacitações para aquisição de novos conhecimentos para equipe de enfermagem

Primeiramente, aparecendo em diversos pontos, a importância de uma freqüente atualização nos assuntos ligados a saúde. Devido à freqüente mudanças e aprimoramento, cada vez se faz necessário uma melhora de conhecimento e viver em constante atualizações. Estando sempre atendo as novidades terapêuticas que aparecem no mercado.

Porque a onco é uma especialidade que hoje tem muitos casos, os tratamentos são vários e a gente tem que estar sempre se aperfeiçoando. Acho que às vezes a gente se preocupa tanto em aprender somente a mexer em um aparelho de última geração e não se preocupa tanto com este cuidado mais humano. (Girassol)

E eu sempre fui uma das pessoas que valorizava bastante esta educação em saúde, porque a nossa profissão muda todo dia, todo dia, a gente precisa. (Jasmin)

Por conseqüência, devido a sua grande especificidade, a oncologia trata-se de um tema que deveria ser melhor abordado entre os profissionais da saúde em um hospital generalista. Treinamentos com a equipe, discussões sobre os casos apresentado na equipe, formas de manipular este paciente, maneiras de melhorar seu conforto, atitudes profissionais frente a dor que ele apresenta todos estes itens foram apresentados como deficitário no cuidado por não ser melhor abordado com a equipe. Acreditando-se por tratar de um hospital generalista tais temas acabam passando muitas vezes, sem ser lembrado e melhor trabalhado.

Eu acho que sim (formação específica). Ontem a gente teve a nossa reunião de enfermagem onde a gente estava colocando como uma necessidade da unidade estar revendo e fazendo atualização de conhecimento para a equipe sobre as patologias específicas de cada clínica que tem aqui [...] Que gastro acaba aparecendo câncer gástrico, intestinal, na pneumo também, pra gente acaba aparecendo o câncer pulmonar. Então é uma coisa pra gente estar, eu acho que é bastante importante trazer isso para a equipe. (Rosa)

Acho que isto (formação específica) seria fundamental para que nós aprendêssemos realmente a valorizar as queixas. A saber entender o que se passa na cabeça de um paciente que recebe este diagnóstico, que se passa na cabeça da família dele. (Jasmin)

Outras capacitações se mostram necessária diante da equipe, entre elas o processo de luto mostrando-se como grande entrave de enfrentamento por alguns profissionais. Trazendo a

eles muitas vezes problemas pessoais, os abalando psicologicamente e transmitindo isto no seu dia-a-dia. Mostrando grande dificuldade de enfrentamento, não sabendo muitas vezes julgar que tipo de posicionamento e atitude deve-se tomar diante do óbito.

Eu sempre que tenho oportunidade eu converso com a equipe também a respeito da morte, aproveito situações de não aceitação ou de boa aceitação para estar conduzindo a conversa entre a equipe, também percebo que a equipe às vezes tem bastante dificuldade no seu processo de morte ou o processo de morte de seu familiar enquanto que ele não tem dificuldade de atender o paciente, ou um familiar, ou um paciente ou a família de quem está internado e isso é muito diferente. Eu também percebo na fala da equipe que trabalha. (Margarida)

É tao difícil quanto, lidar com a morte, só que a gente tem que mostrar uma postura diferente assim, e quando a gente começa a participar de palestras, de leituras, eu estou falando isso porque eu sei que eu evolui muito nesse lado assim, e tudo fica mais fácil. (Violeta)

Trabalhando o vínculo com a família e seus enfrentamentos

Observa-se que muitas vezes o vínculo entre os familiares tornam-se ainda mais fortes após o diagnóstico. Notando-se claramente na constante ajuda e oferecimento de suporte a este paciente. O familiar mostra-se sempre presente e arranja sempre caminhos para mostra ao ente que juntos conseguiram superar este obstáculo que estão passando. E por se tornar uma visita freqüente, sente-se a necessidade de estar trabalhando com o profissional da saúde uma melhor forma de estar abordando este familiar.

E isto eu sinto vontade de trabalhar alguma coisa na clinica ainda, com os nossos funcionários. Uma melhor receptividade da família, ser mais compreensivos. (Jasmin)

E a gente também, sempre que possível, que necessário a gente também está acompanhando a família. Aqui a gente atende paciente mas também a família. (Pinheiro)

Outro ponto marcante na presença familiar é que notamos claramente a melhora do paciente diante da presença dos seus familiares, além de o familiar estar estimulando o paciente e buscando formas de melhorar o cuidado a este paciente. Muitas vezes percebemos que após a chegada deles o paciente se ajuda mais e aceita melhor o cuidado oferecido a ele.

É importante (presença do familiar) porque o paciente, ele, ele chega uma hora que ele está muito debilitado. E o acompanhante é alguém que está cuidando dele e de alguma maneira estimulando ele. (Eucalipto)

Eu acho que a família que a gente tem visto aqui é uma família que comparece, que tem compromisso que dá apoio para o paciente oncológico.(Rosa)

As famílias se mostram de diversos perfis, variando sua formação e estrutura familiar e sendo fácil de observar a diferença de cuidado apresentado por cada uma delas. O desgaste

ocorre não somente por parte do paciente que está vivendo esta situação, mas também a família, que apesar de não estar doente, adocece junto e tenta buscar força para passar tranquilidade ao paciente e não demonstrar abalamento diante do diagnóstico apresentado.

Uma família bem estruturada vai conseguir dar o apoio pra este paciente de uma forma mais segura, mais amena, com mais amor, com mais ternura, com mais envolvimento e ele vai se sentir mais protegido e vai conduzir a sua doença com mais facilidade, por mais que seja um momento difícil, podendo inclusive ser o limite entre o pouco período de vida que lhe reste ainda. Muitas vezes a doença está em estágio muito. (Margarida)

[...]porque a família não está sentindo a dor física do câncer, mas a dor psicológica do câncer eles estão sentindo, e é muito séria. (Jasmin)

Relacionamento interpessoal dentro da equipe de enfermagem influenciando no cuidado

O relacionamento interpessoal mostra-se presente em diversos pontos, muitas vezes ele é apresentado como um aspecto negativo e outras, porém é apresentado como aspecto positivo e de melhora para o atendimento do paciente. De uma forma geral nota-se que existe um maior entrosamento entre os membros da sua equipe de turno tendo em alguns momentos uma dificuldade em interagir com os funcionários de outros turnos.

O aspecto mais relevante é o fato de que muitos profissionais atribuem que um bom entrosamento entre a equipe proporciona um melhor cuidado a este paciente. Além de um estar ajudando ao outro, eles juntos percebem a necessidade maior de um ou outro paciente. E juntos tem a oportunidade de discutir os casos e elencar as prioridades apresentadas pela clínica.

Então ou um pouco mais cedo ou um pouco mais tarde tentar olhar pra carinha de todos eles. E não só do paciente, também da equipe. (Violeta)

De um modo geral a equipe quando está entrosada, seja o tipo de paciente que for, presta um cuidado melhor ao paciente. (Cravo)

Cuidando de pacientes oncológicos

Pode-se observar que o paciente oncológico necessita do cuidado específico, que muitas vezes não consegue ser ofertado a ele, muitas vezes por desconhecimento da necessidade e outras por falta de aperfeiçoamento da prática utilizada. Muitas vezes observa-se o paciente como um todo e não por sua patologia, apresentando-se assim como uma forma rica de observar o paciente. Porém o paciente oncológico por apresentar as especificidades por sua doença, necessita de um cuidado ofertado que lhe traga conforto e muitas vezes por falta de conhecimento este cuidado não é ofertado de maneira correta.

A gente só começa a perceber que a gente tem que ter os cuidados quando os cuidados começam a aparecer, os problemas começam a aparecer. A gente não tem na nossa mente, tá agora ele vai começar com enjojo, por causa do quimioterápico, vai começar com falta de apetite, a gente não pensa nisso. Só vai pensar na hora que começar a ter a reação. (Orquídea)

Por exemplo a gente está com (paciente), vocês sabem disso né, que falta analgesia, a gente sabe que eles têm que ter analgesia. Ele sente dores, e o que a gente vê, a gente não vê analgesia pra ele. A equipe médica não está ciente que tem que ter uma analgesia específica. Tem que ter uma analgesia boa para o paciente. Eu acho que uma falta de treinamento é responsável por isso. (Orquídea)

Fazendo-se necessário muitas vezes levar o conhecimento para este paciente, tirando suas dúvidas sobre sua doença e ofertando uma explicação fácil de ser compreendida sobre seu estado de saúde. Todos esses aspectos são muito importantes de ser trabalhados durante o cuidado ofertado ao paciente oncológico. Porém o que nota-se por parte dos profissionais uma grande dificuldade em lidar com estes questionamentos e trabalhar com estas informações necessárias de ser ofertada ao paciente.

Acho que a dificuldade maior é quando a gente não tem conhecimento do que ele realmente está passando, assim. Essa é a dificuldade maior. Não consegue dar retorno das coisas práticas. (Violeta)

De trabalhar mais integrado com a equipe multiprofissional pra poder dar um suporte melhor para o paciente e para os familiares, Trabalhar mais a comunicação, porque dar más notícias é difícil. (Girassol)

Atuando frente o processo de morte

A principal forma de atuação do profissional frente ao processo de morte evidenciada na categoria *Atuando frente ao processo de morte* se dá principalmente sob a forma de contato com a família, de modo a proporcionar uma morte digna ao paciente. Concomitantemente a isso, a importância do bem estar do paciente em seu processo de morte não é mais importante do que o conforto à família por parte do profissional.

[...] neste momento quase sempre o que é mais importante na vida do paciente é a família junto. Porque tem medo da perda, o medo de deixar esta família, a família com medo de perder este paciente. Então é tentar deixá-lo cada vez mais próximo. (Jasmin)

Como não poderia ser diferente, há a comoção do profissional diante do óbito do paciente oncológico, colocando-se ainda mais à disposição da família por se colocar no lugar desta.

Então quando eu lido com a morte de um paciente que tenho que estruturar um familiar, eu busco dar toda a atenção, muito carinho, tudo com muita intuição também, buscando entender a percepção daquela pessoa que está vivenciando ou

então daquele familiar que está vivenciando. Se colocar no lugar daquelas pessoas serve para perceber como cuidar e como gostaria de ser cuidado se estivesse vivendo esta situação, favorece e muito para a solidariedade e sensibilidade no atendimento. (Margarida)

O preconceito da associação da doença oncológica com a morte se dá devido às altas incidências de morte devido ao câncer. Isso aumenta ainda mais a preocupação do paciente e família, levando a um olhar mais atento do profissional influenciado pela compaixão.

[...] porque as pessoas associam: câncer e morte. Querendo ou não todo mundo associa, então tu tem que ter esta sensibilidade até pra mostrar pra eles que não é assim. Que muita gente faz seu tratamento e fica curado, e fica bem, que não é uma sentença de morte e muitos profissionais acham isso também, que o câncer é uma sentença de morte. E aí tu acaba refletindo isso pro paciente no teu cuidado “-Ah, não te mais nada pra ti fazer”, claro que tem sempre tem alguma coisa pra ti fazer (Girassol)

Utilizando a aquisição de novos conhecimentos como ferramenta

Percebeu-se com os dados formadores desta categoria que os profissionais entrevistados reconhecem a constante atualização e aquisição de conhecimentos como uma facilidade para um adequado cuidado a ser proporcionado ao paciente oncológico. Evidenciaram-se as constantes trocas informais de conhecimento durante as passagens de plantão, e até mesmo a referência a momentos que aconteciam no setor, destinados exclusivamente a estudos das especialidades de maior incidência na clínica, dentre elas o câncer.

A gente passa uns períodos da vida que a gente acha que tá pronto, depois a gente quebra a cara quando a gente vê que nem começou. Cada dia é um recomeço, que a gente tá muito longe de chegar no ideal, mas o que eu acho é que a gente não pode parar, temos que continuar, continuar, buscando, buscando respostas pra tudo. Buscando melhorar tudo, mesmo quando a gente acha que agora tá bom, a gente tem que continuar trabalhando o que a gente acha que está bom mesmo. (Jasmin)

Também foi relatada as dificuldades encontradas frente à resistência de alguns profissionais com a aquisição de novos conhecimentos, resistindo a mudanças o que acarreta e um entrave na realização do cuidado ideal.

Mas a gente vem bem empolgada, traz um novo conhecimento, quer fazer junto com a equipe e não sei o que acontece, uma dificuldade de aceitação do novo, do desconhecido, eu não sei se é medo, se é falta de vontade, não sei por onde que passa isso, já me perguntei muitas vezes mas eu não tenho respostas, mas é difícil sim. [...] E quando eles (técnicos de enfermagem) caem na área de saúde, e como “Ah já sei, isso eu já sei, já to formado”, não querem mais. (Jasmin)

Gerenciando o cuidado direcionado ao paciente oncológico

Na categoria *Gerenciando o cuidado direcionado ao paciente oncológico* foi evidenciado que apesar de não haver na unidade de internação pesquisada um cuidado de enfermagem especializado e protocolado ao paciente oncológico, os profissionais procuram dar um suporte psicológico maior a este paciente e sua família devido à comoção pessoas que estas doenças causam nos profissionais envolvidos no cuidado.

Olha, sem querer acaba ficando um pouco diferenciado sim, porque a gente acaba associando um pouco de compaixão por saber que é uma doença que quase nunca ele vai sair daqui curado. Ele pode sair melhorado, ele pode sair com cuidados paliativos. Mas a gente sempre tem aquela preocupação, mesmo que aparentemente esteja muito bem talvez ele daqui a um tempo reapareça e aí desmorona a estrutura familiar, desmorona o próprio paciente novamente. Então por esse aspecto de união com a compaixão eu acho que é o que mais faz com que a gente trate ele como um paciente especial. (Jasmin)

A gente tenta aproximar a família, a gente tenta até de uma certa forma ir convencendo ela, preparado o terreno na verdade, a gente sempre atua bem amplo porque justamente a gente não sabe responder perguntas específicas né. Então principalmente aproximar família. (Violeta)

Um dos temas mais citados nesta categoria foi a abordagem sobre o diagnóstico. Os profissionais relatam a dificuldade em abordar o tema com os pacientes, tendo em vista que comumente desconhecem o nível de conhecimento sobre o estágio da doença pelos pacientes.

Não sei se é porque a gente está iniciando também, e talvez quem deixe a desejar somos nós enfermeiros, mas é difícil, porque é um diagnóstico que é muito difícil tu dar para o paciente, e aí a enfermagem nunca sabe direito se o médico já deu o diagnóstico final, se não deu, se o paciente entendeu, se não entendeu, é bem delicado assim, e aí não dá pra tu chegar falando se, a gente sabe o que está escrito no prontuário, o que por ventura consegue conversar no corredor, mas é pouco pra te dar o embasamento para uma conversa específica sobre tratamento, sobre prognóstico, é bem difícil, é bem ruim isso (Violeta)

Superando-se como profissional

Os profissionais atuantes na unidade de internação em questão revelaram em dados referentes à categoria *Superando-se como profissional*, suas frustrações e realizações referentes à efetividade de uma adequada e idealizada atuação frente ao paciente oncológico. Pode ainda ser evidenciado que o profissional realizado com sua profissão tenta atuar da melhor forma possível, buscando sempre se aperfeiçoar.

Eu não sei se eu dou conta de fazer isso que é relato que eu gostaria. Mas eu tenho me esforçado. Bastante! (Violeta)

Outro ponto considerado pelos profissionais foi o próprio reconhecimento por parte do paciente, estimulando ainda mais seu esforço para realização de um bom atendimento.

E a gente começa a fazer um pouquinho diferente, começa a sentir mais de satisfação, ver que o outro que tá sendo atendido está mais satisfeito com o trabalho da gente. Então eu acho que este tempo ele é uma coisa muito importante na vida da gente. (Jasmin)

Percebendo a importância da interdisciplinaridade no cuidado

A importância da interdisciplinaridade frente ao cuidado do paciente oncológico, bem como as dificuldades geradas a partir da ineficiência da comunicação entre a equipe de saúde foi comentada em grande escala pelos entrevistados. Um cuidado especializado como o idealizado ao paciente oncológico exige dos profissionais de saúde uma relevante comunicação da situação de saúde do paciente, bem como discussão das condutas a serem tomadas pela equipe.

“Então isso (interação interdisciplinar) faz toda a diferença. Até no momento da morte deste paciente pra esta família, lá tem acompanhamento pós-luto também. Pra mim quando eu trabalhava nos dois (em um hospital especializado e um hospital geral) eu até sofri bastante, porque eu vinha de uma realidade bem estruturada pra uma não tão estruturada. Então muitas questões me angustiavam, bastante. Percebo também, que muitas vezes por outras demandas, esse entrosamento não acontece da maneira mais eficaz possível. Seria necessário mesmo a “padronização” de algumas ações, ou processos de discussão para efetivar e melhorar essa interdisciplinaridade.

A enfermagem apresentou-se como importante eixo de comunicação entre os diferentes profissionais de saúde atuantes frente ao paciente oncológico, evidenciando ainda mais a importância de sua atuação gerencial que contempla a integração dos profissionais a fim de executar uma assistência integral.

[...] porque geralmente a gente recorre para essas coisas, porque é a pessoa que é responsável pelo turno, que sabe bastante coisa do plantão, então geralmente é com as enfermeiras. (Pinheiro)

É, eu tenho mais contato, um contato mais direto com a enfermagem e com o serviço social um pouco mais. Com a equipe médica já é um pouco mais difícil até porque, por causa das rotinas [...] e aí acaba sendo mais via prontuário com a equipe médica. Ou deixo algum recado pela enfermagem sobre algum paciente. (Pinheiro)

A teoria foi sendo construída pouco a pouco, e se desenhando à medida que as categorias e subcategorias se uniam em um conceito comum, ajustando-se ao contexto da pesquisa, configurando o fenômeno ou categoria central: **“Percebendo a superação do profissional e a importância da interdisciplinaridade ao contrastar o gerenciamento do cuidado de enfermagem humanístico e humanitário preconizado ao paciente oncológico com o vivenciado pelos profissionais de saúde e familiares em uma unidade de internação hospitalar geral”**.

Percebe-se então que o gerenciamento do cuidado de enfermagem em um hospital geral é influenciado principalmente pelas consequências da interação interdisciplinar, acontecendo efetivamente ou não, e também pela visão do enfermeiro frente sua atuação, referente às conquistas como profissional realizado com a profissão e também às frustrações relacionadas.

Assim, diante da assistência de pacientes críticos, a da interdisciplinaridade leva à integralidade nas ações de assistência que traduzem basicamente os princípios bioéticos, especialmente a responsabilidade, a ser seguida pelos profissionais da saúde. A interdisciplinaridade viabiliza a integração de saberes entre as diferentes vertentes da área da saúde juntamente com seus saberes, favorecendo o relacionamento entre as diferentes profissões. A integralidade das ações em saúde favorece a atuação responsável dos profissionais envolvidos no processo de cuidado do paciente. (ERDMANN, 2008)

A interdisciplinaridade sistematicamente desenvolvida eleva a capacidade de cooperação com os outros e todos ganham. A interdisciplinaridade construtiva ensina e aprecia a tolerância frente às outras teorias, pois outras verdades deverão ser o estímulo para outras criações, para novas possibilidades de ação e de decisão, pois a interdisciplinaridade, enquanto princípio mediador entre as diferentes disciplinas, não poderá jamais ser elemento de redução a um denominador comum, mas elemento teórico-metodológico da diferença e da criatividade. A interdisciplinaridade é o princípio da máxima exploração das potencialidades de cada ciência, da compreensão dos seus limites, mas, acima de tudo, é o princípio da diversidade e da criatividade. (ERDMANN et al, 2008)

O sucesso na interação interdisciplinar pode influenciar na realização do enfermeiro em seu contexto de trabalho, proporcionando aumento da auto-estima do profissional ao perceber-se útil de dinâmico dentro da equipe de saúde. Assim, a imagem profissional remete à identidade da profissão, relacionada às suas características e significados exclusivos. Essa relação imagem/identidade é um fenômeno histórico, social e político, configurando-se em uma totalidade contraditória, múltipla e mutável. (NAUDERER; LIMA, 2005)

CONCLUSÃO

Esta pesquisa, ao abordar o cuidado de enfermagem aplicado ao paciente oncológico em um hospital geral, mostrou a assistência de enfermagem especializada e direcionada a estes pacientes como uma importante vertente da profissão.

O estudo foi realizado em uma unidade de internação médica de um hospital generalista, embora objetivasse investigar a situação de cuidado de todas as unidades de clínica médica da instituição. Isso se deu devido à negação dos profissionais dos demais setores em oferecer informações sobre seu modelo de cuidado. A pesquisa foi então aplicada aos sujeitos almejados, em uma clínica que aceitou a participação no estudo.

Dentre os sujeitos analisados, a totalidade demonstrou insatisfação com o cuidado prestado ao paciente com câncer, revelando, além disso, uma maior sensibilização e comoção do profissional enquanto ser humano frente ao cuidado deste paciente. Entretanto, a realidade do cotidiano de uma clínica médica generalista de um hospital geral revela um gerenciamento de cuidado equivalente a todos os pacientes internados, oncológicos ou não.

Estas evidências enfatizaram o questionamento sobre a real necessidade de um cuidado ao paciente oncológico que se direcionasse às particularidades da doença que acometem o paciente. O objetivo geral do trabalho foi elaborar uma matriz orientadora da prática do cuidado ao paciente oncológico internado em um hospital geral, uma vez que não se pode ter uma clínica única que atendesse exclusivamente pacientes com o diagnóstico da doença.

Entendeu-se que a utilização da Teoria Fundamentada nos Dados associada à Teoria Humanística e Humanitária de Martha Rogers poderia auxiliar na construção do modelo de cuidado baseado na interação dos sujeitos com seu cotidiano de trabalho, no caso, o cuidado de enfermagem prestado ao paciente oncológico.

Com a análise dos dados através da TFD, a codificação e a categorização dos dados, revelou-se a categoria central: Percebendo a superação do profissional e a importância da interdisciplinaridade ao contrastar o gerenciamento do cuidado de enfermagem humanístico e humanitário preconizado ao paciente oncológico com o vivenciado pelos profissionais de saúde e familiares em uma unidade de internação hospitalar geral.

Evidencia-se então que a principal fragilidade de um gerenciamento do cuidado de enfermagem ao paciente oncológico em uma unidade de internação não-especializada se traduz na superação do profissional frente às contradições entre a realidade que vivencia e ao que é preconizado pelas literaturas.

REFERÊNCIAS

ANSEMI, Maria Luiza; GOMES, Elizabeth Laus Ribas; SILVA, Eliete Maria. **Enfermagem: realidade e perspectiva na assistência e no gerenciamento.** Rev. Latino Am. Enf. - Ribeirão Preto - v. 1 - n. 1 - p. 59-63 - janeiro 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v1n1/v1n1a08.pdf>>; acessado em maio de 2010.

BERNARDINO, Elizabeth; FELLI, Vanda Elisa Andres; PERES, Aida Maris. **Competências gerais para o gerenciamento em enfermagem de hospitais.** Cogitare Enfermagem. Curitiba 2010. Disponível em <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/17875/11665>> Acesso em dezembro de 2010

BETTINELLI, Luís Antônio. **Demonstrando consciência solidária nas relações do cuidado hospitalar – Fazendo emergir o sentido da vida.** Tese (Doutorado em Enfermagem). 2001. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

CONASS – Conselho Nacional da Secretaria de Saúde. **Programa Nacional de Atenção Oncológica.** Brasil, novembro de 2005. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_oncologica.pdf>; acessado em outubro de 2010.

ERDMANN, Alacoque Lorenzini; KOERICH, Magda Santos; BACKES, Dirce Stein SOUZA, Francisca Georgina Macedo de. **A emergência da integralidade e interdisciplinaridade no sistema de cuidados em saúde.** Disponível em <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n17/pt_17e04.pdf>. Acessado em novembro de 2010

GALERA, Bianca Borsatto; GODOY, Gleice Cristina dos Santos; FERNANDES, Adriana Maitelli; SILVESTRE, Flávia Galindo; DUARTE, Elisabeth Carmen; GALERA, Marcial Francis. **Estudo descritivo da demanda de um Serviço de Citogenética Clínica no Estado do Mato Grosso: 2003 a 2007.** Pediatria. São Paulo. 2009. Disponível em <<http://pediatriasaopaulo.usp.br/upload/pdf/1288.pdf>>. acessado em novembro de 2010.

HAUSMANN, Mônica; PEDUZZI, Marina. **Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro.** Texto contexto - Enfermagem. vol.18. n°2. Florianópolis. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000200008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acessado em novembro de 2010.

KOERICH, Magda Santos. **Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) ou Grounded Theory.** Florianópolis. 2010. Disponível em: <[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:-tdGYUjT7XUJ:www.grupos.com.br/group/nupequis/Messages.html%3Faction%3Ddownload%26year%3D09%26month%3D8%26id%3D1251231575881228%26attach%3DNUPEQUIS_Texto%2520TFD.doc+TEORIA+FUNDAMENTADA+NOS+DADOS+\(TFD\)+OU+GROUNDED+THEORY+Magda+Santos+Koerich&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:-tdGYUjT7XUJ:www.grupos.com.br/group/nupequis/Messages.html%3Faction%3Ddownload%26year%3D09%26month%3D8%26id%3D1251231575881228%26attach%3DNUPEQUIS_Texto%2520TFD.doc+TEORIA+FUNDAMENTADA+NOS+DADOS+(TFD)+OU+GROUNDED+THEORY+Magda+Santos+Koerich&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br)> acessado em junho de 2010.

LIMA, Maria Alice Dias da Silva; ROSSIL, Flavia Raquel Rossi. **Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado.** Revista Esc Enfermagem USP - Estudo Teórico, págs. 460-468 - 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342005000400013&script=sci_abstract&tlng=pt>; acessado em maio de 2010.

NAUDERER; Taís Maria; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. **Imagem da enfermeira: Revisão de literatura.** Revista Brasileira de Enfermagem. 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n1/a14.pdf> > Acessado em novembro de 2005.

NEVES, José Luis. **Pesquisa qualitativa – características, usos e possibilidades.** Caderno de Pesquisa em Administração, São Paulo, v.1, nº 3, 2º sem./1996. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/c03-art06.pdf>>; acessado em junho de 2010.

RECCO, Daiene C.; LUIZ, Cíntia B.; PINTO, Maria H. **O cuidado prestado ao paciente portador de doença oncológica: na visão de um grupo de enfermeiras de um hospital de grande porte do interior do estado de São Paulo.** Arq Ciênc Saúde 2005; págs. 85-90. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/Vol-12-2/5.pdf>; acessado em junho de 2010.

SILVEIRA, Camila Santejo; ZAGO, Márcia Maria Fontão. **Pesquisa brasileira em enfermagem oncológica: uma revisão integrativa.** Rev Latino-am Enfermagem 2006 julho-agosto, págs. 614-619. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/v14n4a21.pdf>>; acessado em maio de 2010.

STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet. **Pesquisa Qualitativa: Técnicas e Procedimentos para o Desenvolvimento da Teoria Fundamentada.** 2ª Edição. Porto Alegre. Artmed, 2008.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa, ao abordar o cuidado de enfermagem aplicado ao paciente oncológico em um hospital geral, mostrou a assistência de enfermagem especializada e direcionada a estes pacientes como uma importante vertente da profissão.

O estudo foi realizado em uma unidade de internação médica de um hospital generalista, a pesquisa foi então aplicado aos sujeitos almejados em uma unidade de internação médica em que foram revelados incidência alta de pacientes internados oncológicos comparado com outras clinicas médicas.

Dentre os sujeitos analisados, a totalidade demonstrou insatisfação com o cuidado prestado ao paciente com câncer, revelando, além disso, uma maior sensibilização e comoção do profissional enquanto ser humano frente ao cuidado deste paciente. Entretanto, a realidade do cotidiano de uma clínica médica generalista de um hospital geral revela um gerenciamento de cuidado equivalente a todos os pacientes internados, oncológicos ou não.

Estas evidências enfatizaram o questionamento sobre a real necessidade de um cuidado ao paciente oncológico que se direcionasse às particularidades da doença que acometem o paciente. O objetivo geral do trabalho foi elaborar uma matriz orientadora da prática do cuidado ao paciente oncológico internado em um hospital geral, uma vez que não se pode ter uma clínica única que atendesse exclusivamente pacientes com o diagnóstico da doença. Tal matriz orientadora da prática do cuidado foi construída ao longo das entrevistas, esta foi sendo formada a partir da resposta de nossa questão norteadora: Como os enfermeiros de unidades de internação de um hospital geral gerenciam o cuidado aos pacientes oncológicos?”

Entendeu-se que a utilização da Teoria Fundamentada nos Dados associada à Teoria Humanística e Humanitária de Martha Rogers poderia auxiliar na construção do modelo de cuidado baseado na interação dos sujeitos com seu cotidiano de trabalho, no caso, o cuidado de enfermagem prestado ao paciente oncológico.

Com a análise dos dados através da TFD, a codificação e a categorização dos dados, revelou-se a categoria central: Percebendo a superação do profissional e a importância da interdisciplinaridade ao contrastar o gerenciamento do cuidado de enfermagem humanístico e humanitário preconizado ao paciente oncológico com o vivenciado pelos profissionais de saúde e familiares em uma unidade de internação hospitalar geral.

Evidencia-se então que o principal desafio de um gerenciamento do cuidado de enfermagem ao paciente oncológico em uma unidade de internação não-especializada se traduz na superação do profissional frente às contradições entre a realidade que vivencia e ao que é preconizado pelas literaturas.

Observando que para um gerenciamento do paciente oncológico em uma unidade generalista é importante observar o paciente como um todo, prendendo-se principalmente as suas alterações emocionais e psíquicas. Assim como é preciso oferecer um atendimento diferencial, também, aos familiares e acompanhantes deste paciente. Bem como, devem-se estar atenta as queixas deste paciente quanto à dor, tentando oferecer o máximo de conforto a este paciente. Por fim, mais um ponto que pode ser trabalhado em uma unidade generalista, evidenciado nas entrevistas, é uma melhor interação entre a equipe multidisciplinar almejando um melhor atendimento e cuidado a este paciente.

Fica claro a importância de ser trabalhado tal tema, tendo se mostrado pertinente e propício em todo o seu processo de construção, evidenciando que tal tema deve ser mais amplamente trabalhado não somente com a equipe de Enfermagem, como com toda a equipe multidisciplinar bem como com os familiares destes pacientes.

8. REFERÊNCIAS

ANSELMÍ, Maria Luiza; GOMES, Elizabeth Laus Ribas; SILVA, Eliete Maria. **Enfermagem: realidade e perspectiva na assistência e no gerenciamento.** Rev. Latino Am. Enf. - Ribeirão Preto - v. 1 - n. 1 - p. 59-63 - janeiro 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v1n1/v1n1a08.pdf>>; acessado em maio de 2010.

AVESANI, Carla Maria; BARROS, Maria Elisa; CAMARGO, Kátia Gavranich; GARÓFOLO, Adriana; SIGULEM, Dirce Maria; SILVA, Sandra Regina Justino; TADDEI, José Augusto de Aguiar Carrazedo. **Dieta e câncer: Um enfoque epidemiológico.** Revista de Nutrição. Campinas – SP. P. 491-504. Out/dez, 2004.

BETTINELLI, Luís Antônio. **Demonstrando consciência solidária nas relações do cuidado hospitalar – Fazendo emergir o sentido da vida.** Tese (Doutorado em Enfermagem). 2001. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

CARVALHO, Alexandre Octávio Ribeiro. **O Instituto Nacional de câncer e sua memória: Uma contribuição ao estudo da invenção da cancerologia no Brasil.** Trabalho de Conclusão de Curso. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <<http://virtualbib.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/2128/CPDOC2006AlexandreOctavioRibeiro.pdf?sequence=1>>; acessado em outubro de 2010.

CHARMAZ, Kathy. **A Construção da Teoria Fundamentada: guia prático para análise qualitativa.** Porto Alegre. Artmed. 2009

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. **RESOLUÇÃO 272/2002**, disponível em <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4309>>, acessado em julho de 2010.

CONASS – Conselho Nacional da Secretaria de Saúde. **Programa Nacional de Atenção Oncológica.** Brasil, novembro de 2005. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_oncologica.pdf>; acessado em outubro de 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **RESOLUÇÃO 196/96.** Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>>; acessado em junho de 2010.

DANTAS, C. de C. **Reconstruindo formas de gerenciar em enfermagem: Enfrentando os desafios institucionais e de valorização profissional.** Rio de Janeiro, 2008. 223p. Tese de Doutorado (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008.

DENASUS – Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Lei 7.498 – Exercício Profissional da Enfermagem.** Disponível em <http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/exerc_p/> Acessado em novembro de 2010.

HAUSMANN, Mônica; PEDUZZI, Marina. **Articulação entre as dimensões assistencial e gerencial do processo de trabalho do enfermeiro.** Revista Texto e Contexto – Enfermagem. Vol 18. Nº 2. Florianópolis. 2009. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000200008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> acessado em novembro de 2010.

ICESP. **Instituto do Câncer do Estado de São Paulo**. Disponível em: <<http://www.icesp.org.br/>>; acessado em outubro de 2010.

KOERICH, Magda Santos. **Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) ou Grounded Theory**. Florianópolis. 2010. Disponível em: <[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:-tdGYUjT7XUJ:www.grupos.com.br/group/nupequis/Messages.html%3Faction%3Ddownload%26year%3D09%26month%3D8%26id%3D1251231575881228%26attach%3DNUPEQUIS_Texto%2520TFD.doc+TEORIA+FUNDAMENTADA+NOS+DADOS+\(TFD\)+OU+GRUONDED+THEORY+Magda+Santos+Koerich&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:-tdGYUjT7XUJ:www.grupos.com.br/group/nupequis/Messages.html%3Faction%3Ddownload%26year%3D09%26month%3D8%26id%3D1251231575881228%26attach%3DNUPEQUIS_Texto%2520TFD.doc+TEORIA+FUNDAMENTADA+NOS+DADOS+(TFD)+OU+GRUONDED+THEORY+Magda+Santos+Koerich&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br)>; acessado em junho de 2010.

LIMA, Maria Alice Dias da Silva; ROSSIL, Flavia Raquel Rossi. **Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado**. Revista Esc Enfermagem USP - Estudo Teórico, págs. 460-468 - 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342005000400013&script=sci_abstract&tlng=pt>; acessado em maio de 2010.

LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo. MEIRELLES, Betina Hörner Schilindwein. **Vislumbrando a rede complexa de relações e interações do agente comunitário de saúde**. Revista Rene Fortaleza, vol 11, n.02, p. 140-151. 2010.

MARRINER-TOMEY, Ann. **Modelos y teorías en enfermería**. Harcourt Brace S.A. – Madrid. 1ª edição – 1994.

MASSARO, Marina; CHAVES, Lucieli Dias Pedreschi. **A Produção Científica sobre Gerenciamento em Enfermagem Hospitalar: Uma Pesquisa Bibliográfica**. Revista Cogitare Enfermagem, vol. 14, nº 1, 2009. Disponível em <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/14135/9516>>, acessado em novembro de 2010.

Ministério da Saúde. **INCA – Instituto Nacional do Câncer**. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/oquee>>; acessado em maio de 2010.

Ministério da Saúde. **Indicadores de morbidade e fatores de risco**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/d05_08ufm.htm>; acessado em junho de 2010.

Ministério da Saúde. **Indicadores de morbidade e fatores de risco**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/d05_02capm.htm>; acessado em junho de 2010.

Ministério da Educação. **Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago**. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br/>>; acessado em julho de 2010.

NEVES, José Luis. **Pesquisa qualitativa – características, usos e possibilidades**. Caderno de Pesquisa em Administração, São Paulo, v.1, nº 3, 2º sem./1996. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/c03-art06.pdf>>; acessado em junho de 2010.

POTTER, Patricia A.; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos de enfermagem**. 5a edição. Rio de Janeiro. Guanabara, 2004.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA – CASA CIVIL. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. – Lei do Exercício profissional da Enfermagem**. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7498.htm>. Acessado em novembro de 2010.

RECCO, Daiene C.; LUIZ, Cíntia B.; PINTO, Maria H. **O cuidado prestado ao paciente portador de doença oncológica: na visão de um grupo de enfermeiras de um hospital de grande porte do interior do estado de São Paulo**. Arq Ciênc Saúde 2005; págs. 85-90. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/Vol-12-2/5.pdf>; acessado em junho de 2010.

ROCHA, Eliana Mara. **Comportamento comunicativo do docente de enfermagem e sua influência na aprendizagem do educando**. Revista Interface, n. 8, p. 156. São Paulo. 2000.

RODRIGUEZ, Inês Gimenes; ZAGO, Márcia Maria Fontão. **Enfermagem em cuidados paliativos**. Resvista Mundo Saúde; jan-mar 2003.

SILVEIRA, Camila Santejo; ZAGO, Márcia Maria Fontão. **Pesquisa brasileira em enfermagem oncológica: uma revisão integrativa**. Rev Latino-am Enfermagem 2006 julho-agosto, págs. 614-619. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/v14n4a21.pdf>>; acessado em maio de 2010.

SOUZA, Francisca Georgina Macêdo de. **Tecendo a Teia do Cuidado à Criança na Atenção Básica de Saúde: dos seus contornos ao encontro com a integralidade**. (Tese). Florianópolis. 2008.

STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet. **Pesquisa Qualitativa: Técnicas e Procedimentos para o Desenvolvimento da Teoria Fundamentada**. 2ª Edição. Porto Alegre. Artmed, 2008.

APÊNDICES

Apêndice A – Entrevista inicial Enfermeira

Nome:

Idade:

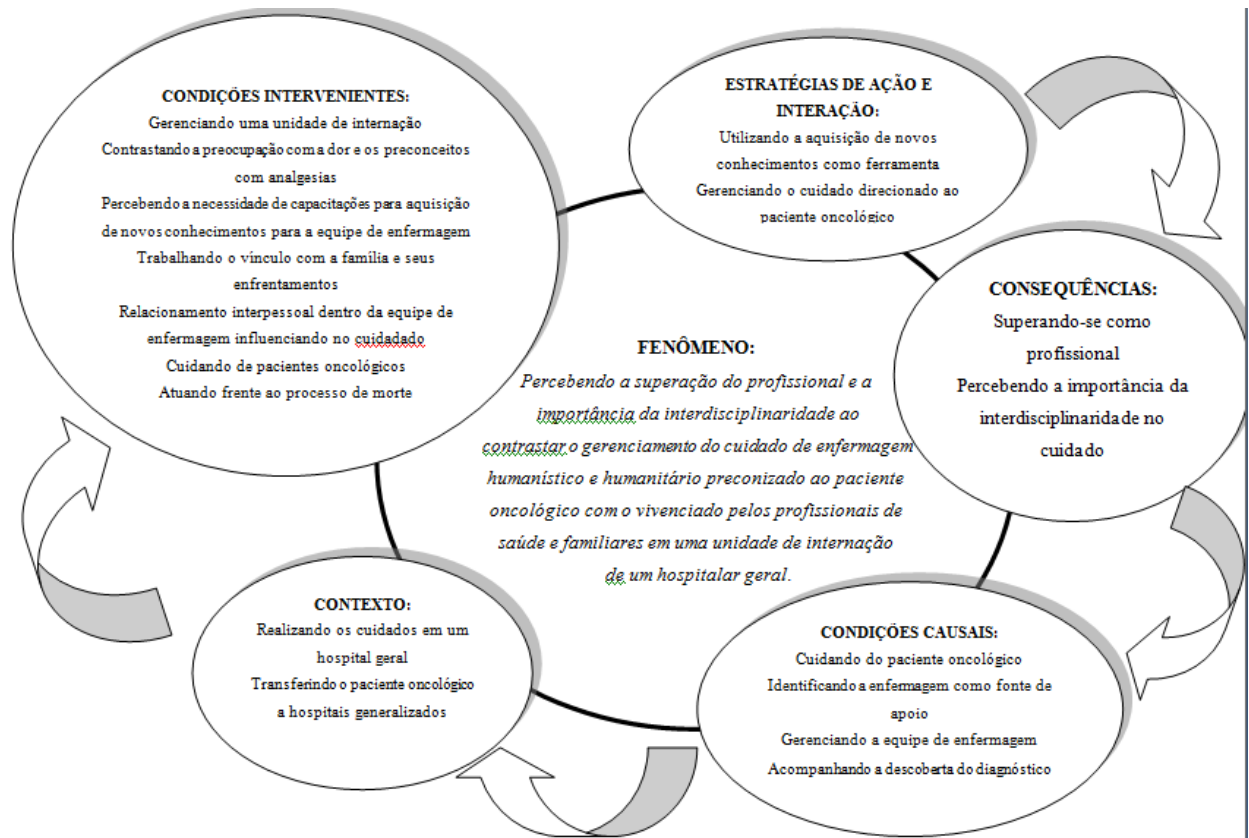
Sexo:

Profissão e titulação:

Entrevista:

- Como, você, vivencia e atribui significado ao gerenciamento da cuidado aos pacientes oncológicos internados nesta Unidade de Internação?
- Em que ano conclui a sua faculdade?
- Possui algum tipo de especialização? Se sim, qual?
- Há quanto tempo trabalha nesta unidade de internação?
- Com que frequência recebe paciente oncológicos?
- Recebeu algum treinamento antes de trabalhar nesta área?
- Como você percebe os cuidados de enfermagem prestados ao paciente portador de uma doença oncológica?
- Como você organiza os cuidados realizados aos pacientes oncológico?
- Você acredita que o cuidador destes pacientes necessitam de uma formação diferenciada?
- Quais as dificuldades enfrentadas? Quais facilidades?
- Como lida com os familiares destes pacientes?
- Como você lida com o processo de morte? Há algo mais que deseja falar sobre o tema?

Apêndice B – Unindo as categorias



Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann (pesquisadora responsável) e Prof. Dda. Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni (pesquisadora co-responsável), juntamente com as pesquisadoras Caroline Cechinel e Maria Eduarda Pereira Caminha, alunas da 8º fase curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada “Gerenciando o cuidado de Enfermagem aos pacientes oncológicos em uma Unidade de Internação”, que tem como objetivo de elaborar um modelo de Cuidado de Enfermagem aos pacientes oncológicos internados em um hospital geral localizado ao sul do Brasil.

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar do referido estudo e, por meio deste termo de consentimento, certificá-lo (a) da garantia de sua participação. Sua participação na pesquisa ocorrerá por meio de uma entrevista, que será gravada e transcrita. Para a análise das informações será utilizado método Teoria Fundamentada nos Dados. Informo que esta pesquisa não trará riscos à sua pessoa, e poderá contribuir na construção de melhores práticas no cuidado ao paciente oncológico.

Você tem a liberdade de recusar participar do estudo, ou caso aceite, retirar o seu consentimento a qualquer momento, uma vez que sua participação é voluntária. A recusa ou desistência da participação do estudo não implicará em nenhuma sanção, prejuízo, dano ou desconforto. Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos serão respeitados, mantendo o sigilo do seu nome e a imagem da instituição. Os dados serão utilizados em produções acadêmicas, como apresentação em eventos e publicações em periódicos científicos.

As pesquisadores, Caroline Cechinel e Maria Eduarda Pereira Caminha, colocam-se à disposição para sanar quaisquer dúvidas no decorrer do estudo pelo telefone (48) 99442845 e/ou (48) 99886484, pelo e-mail maria_caminha@hotmail.com e/ou caroolcechinel@hotmail.com ou pessoalmente. O material coletado durante a entrevista poderá ser consultado sempre que desejar, mediante solicitação.

Nesses termos e considerando-se livre e esclarecido (a) sobre a natureza e objetivo da pesquisa proposta, consinto minha participação voluntária, resguardando a autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Nome do participante: _____.

RG: _____ CPF: _____.

Assinatura do participante: _____.

Assinatura da pesquisadora: _____ . Data: ___ / ___ / ___.

ANEXOS

Anexo 1 – Estruturando o Modelo Paradigmático

