



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO**

VIVIANE PECINI DA CUNHA

**GESTÃO DO CUIDADO PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL AO PACIENTE
ONCOLÓGICO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

FLORIANÓPOLIS

2021

VIVIANE PECINI DA CUNHA

**GESTÃO DO CUIDADO PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL AO PACIENTE
ONCOLÓGICO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora:
Profa. Dra. Selma Regina de Andrade

Florianópolis

2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Cunha, Viviane Pecini da
Gestão do cuidado pela equipe multiprofissional ao
paciente oncológico em Unidade de Terapia Intensiva /
Viviane Pecini da Cunha ; orientador, Selma Regina de
Andrade, 2021.
124 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Equipe de Assistência ao Paciente. 3.
Integralidade em Saúde. 4. Neoplasias. 5. Unidade de
Terapia Intensiva. I. Regina de Andrade, Selma . II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós
Graduação em Enfermagem. III. Título.

Viviane Pecini da Cunha

**GESTÃO DO CUIDADO PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL AO PACIENTE
ONCOLÓGICO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Selma Regina de Andrade, Dra.

Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Luciana Martins da Rosa, Dra.

Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello, Dra.

Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Profa. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas, Dra.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Profa. Selma Regina de Andrade, Dra.

Orientadora

Florianópolis, 2021.

*Dedico este trabalho aos pilares da minha vida:
José, Vera e Vanessa. Pais e irmã amorosos, que
não mediram esforços para ajudar na realização
do meu sonho.
Amo vocês!*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais José Alves da Cunha e Vera Lúcia Pecini da Cunha, pelo amor incondicional, incentivo e por se esforçarem em me dar o que não tiveram a oportunidade de ter. Obrigada por acreditarem nos meus sonhos!

À minha irmã Vanessa Pecini da Cunha, você sempre serviu de inspiração para os estudos, admiro sua garra e determinação. Ao meu cunhado Daniel Conegundes da Silva por cuidar da minha “Nessa” em Minas Gerais. Obrigada!

Aos meus “bons velhinhos” Alpídio Pescini e Salete Benvenutti Pescini, por todo o amor e carinho, vocês são os melhores avós que eu poderia ter!

À minha orientadora Prof^ª. Dr^ª. Selma Regina de Andrade, por ter aceitado me orientar e ter me recebido de braços abertos no laboratório - GEPADES. Agradeço imensamente ter uma orientadora paciente e compreensível como a senhora.

As amigas Ariana Cizanosky, Aline Gelsleicher, Lissandra Karine Loechelt, por compreenderem minha ausência e por todo o incentivo nesta jornada.

A amiga, Vanessa Schorr, por ser uma “irmã” e compartilhar comigo os momentos difíceis e por apoiar os meus sonhos, você é um presente em minha vida!

Aos meus pacientes, por iluminarem e incentivarem a minha trajetória profissional e acadêmica, aprendo com vocês diariamente!

A minha equipe e colegas de profissão pela paciência e zelo, vocês são fundamentais!

Aos colegas do GEPADES – Laboratório de Estudos e Pesquisas em Administração, Gerência do Cuidado e Gestão Educacional em Enfermagem e Saúde, obrigada pelos ensinamentos.

Aos participantes desta pesquisa, muito obrigada! Sem a colaboração de vocês ela não seria possível.

A turma mestrado, obrigada pelos momentos de descontração e ensinamentos.

Aos membros da banca pela disponibilidade de avaliarem este trabalho de dissertação, suas contribuições foram fundamentais.

Ao Governo Federal e a Universidade Federal de Santa Catarina por proporcionar um estudo público e de qualidade.

Finalmente, obrigada a todos que de forma direta ou indireta contribuíram para essa vitória e desculpa àqueles que porventura eu tenha deixado de citar.

RESUMO

Introdução: O câncer é uma das principais causas de morbidade global e é considerado um problema de saúde pública. As modalidades de tratamento são diversas e podem ser utilizadas de forma combinada dependendo da condição clínica do paciente. Os avanços nos cuidados possibilitaram maior chance de controle ou cura da doença. No entanto, as terapias combinadas e o uso de quimioterápicos e procedimentos cirúrgicos complexos implicam diretamente uma maior utilização de leitos de unidade de terapia intensiva. O cuidado intensivo é especializado, ininterrupto e exige competências específicas para atuar na área. Deste modo, a atuação coordenada e concentrada de trabalhadores de diferentes áreas é necessária para proporcionar uma abordagem multidisciplinar que garanta um cuidado integral e todas as tecnologias de saúde. **Objetivo:** Compreender como a equipe multiprofissional experiencia a gestão do cuidado ao paciente oncológico em uma unidade de terapia intensiva. **Método:** Pesquisa de abordagem qualitativa, guiada pelo método *Grounded Theory* ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), realizada no Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON), na cidade de Florianópolis, Santa Catarina. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista individual, semiestruturada, gravada em meio digital, entre os meses agosto de 2020 a janeiro de 2021. Participaram 28 profissionais, divididos em dois grupos amostrais. O primeiro grupo amostral foi composto por enfermeiros assistenciais, médicos e técnicos de enfermagem, e o segundo por fisioterapeuta, farmacêutico, psicólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, assistente social, fonoaudiólogo, dentista e capelão. Realizou-se análise comparativa constante, contando com o suporte do *software NVIVO® 10*, 2020. A análise ocorreu em três momentos interdependentes: codificação aberta, codificação axial e integração. Para auxiliar a análise dos dados, elaboraram-se categorias e subcategorias para melhor compreensão dos resultados. A teoria foi validada com experts na temática e/ou método. O estudo respeitou os princípios éticos. **Resultados:** Foram elaborados três manuscritos. O primeiro manuscrito é de revisão integrativa da literatura, foram selecionados seis estudos, organizados em três categorias: Característica da unidade de terapia intensiva na perspectiva do trabalho; A comunicação para a integração do cuidado e Articulação efetiva entre os membros da equipe. No segundo manuscrito, compreendeu-se o contexto do cuidado ao paciente oncológico em uma unidade de terapia intensiva sob a perspectiva da atuação multiprofissional no qual evidenciou um grau de dependência e necessidade de atuação conjunta entre as profissões, identificando o papel singular e fundamental para realização do cuidado intensivo. No terceiro manuscrito, seguiu-se o modelo paradigmático, e, com base em categorias de análise, formulou-se a teoria: “Atuando em equipe no compartilhamento do cuidado humanizado para atender às necessidades do paciente oncológico, com base na comunicação e na interdependência de saberes e práticas”. **Conclusão:** Evidenciou-se que o cuidado é tecido de forma articulada e não é realizado de forma isolada. A atividade de um profissional impacta de forma direta ou indireta na ação do outro, sendo eles da mesma categoria profissional ou não. A gestão do cuidado é realizada por meio da responsabilização e participação de todos os profissionais e todos devem compreender o seu papel dentro da equipe.

Palavras-chave: Equipe de Assistência ao Paciente; Integralidade em Saúde; Neoplasias; Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

Introduction: Cancer is one of the main reasons for global morbidity and it is considered a public health problem. The treatment modalities are diverse and can be utilized in a combined way, depending on the patient's clinical condition. The advances in patients' care have increased the chance of controlling or curing the disease. Notwithstanding, the combined therapies, the usage of chemotherapy, and complex surgical procedures directly imply a larger occupation of intensive care unit beds. Intensive care is specialized, uninterrupted, and it demands specific skills to work in the area. Therefore, the coordinated and concentrated action of professionals from different areas is needed to provide a multidisciplinary approach that guarantees integral care and all health technologies. **Objective:** Understand how the multidisciplinary team experiences the management of cancer patient care in an intensive care unit. **Method:** Research with a qualitative approach, guided by the Grounded Theory (GT) method, carried out at the Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON), in Florianópolis, Santa Catarina. Data was collected throughout individual, semi-structured interviews, which were recorded in digital media, between August 2020 and January 2021. Twenty-eight professionals, divided into two sample groups participated. The first sample group consisted of clinical nurses, physicians, and nursing technicians. and the second of a physiotherapist, pharmacist, psychologist, nutritionist, occupational therapist, social worker, speech therapist, dentist, and chaplain. Constant comparative analysis was performed, supported by the *software NVIVO® 10*, 2020. The analysis was conducted in three distinct moments: open coding, axial coding, and integration. In order to analyze the data, categories and subcategories were created to better understand the results. The theory was validated with experts in the area and/or method. The study respected ethical principles. **Results:** Three manuscripts were prepared. The first manuscript is an integrative literature review. Six studies were selected and organized into three categories: characteristics of the intensive care unit from the perspective of work, communication for the care integration, and effective articulation between the team members. In the second manuscript, the context of cancer patients' care in an intensive care unit was comprehended from the perspective of multidisciplinary work, in which a degree of dependence and necessity of joint action among the professions was evidenced, identifying the unique and fundamental role in performing intensive care. In the third manuscript, the paradigmatic model was followed, and - based on analysis categories - the theory was formulated: “working as a team in sharing humanized care to meet the needs of cancer patients, based on communication and interdependence of knowledge and practices”. **Conclusion:** the research shows that care is built in an articulated manner, and it is not performed in isolation. The activity of a single professional impacts directly or indirectly on the action of the other, whether they are from the same professional category or not. Care management is carried out through the accountability and participation of all professionals, and everyone must understand their role within the team.

Keywords: Patient Care Team; Health Integrality; Neoplasms; Intensive Care Unit.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos estudos.....	31
Figura 2 - Codificação aberta no <i>software NVIVO</i> ® 10, 2020.....	49
Figura 3 - Codificação axial no <i>software NVIVO</i> ® 10, 2020.....	49
Figura 4 - Integração no <i>software NVIVO</i> ® 10, 2020.....	50
Figura 5 – Memorando.....	51
Figura 6 - Representação da teoria substantiva.....	84

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Resumo dos estudos.....	33
Quadro 2 - Categorias, subcategorias e categoria central, que sustentam a teoria.....	73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CACON Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CEPON Centro de Pesquisas Oncológicas
CEPSH Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CINAHL Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature
DCNT Doenças Crônicas não Transmissíveis
HGCR Hospital Governador Celso Ramos
LILACS Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
OMS Organização Mundial da Saúde
ONU Organização das Nações Unidas
PNPCC Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer
PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies
RAS Redes de Atenção à Saúde
SciELO Scientific Electronic Library Online
SUS Sistema Único de Saúde
SES Secretaria do Estado da Saúde
TFD Teoria Fundamentada nos Dados
TMO Transplante de Medula Óssea
UNACON Alta Complexidade em Oncologia
UTI Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	19
2.1 Objetivo geral	19
2.2 Objetivos específicos	19
3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA	20
3.1 Políticas públicas de atenção oncológica	20
3.2 Gestão do cuidado em saúde e a equipe multiprofissional	22
4 REVISÃO DE LITERATURA.....	27
4.1 MANUSCRITO 1: CUIDADO MULTIPROFISSIONAL AO PACIENTE ONCOLOGICO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO INTEGRATIVA	27
5 MÉTODO.....	45
5.1 Local da pesquisa.....	45
5.2 Participantes da pesquisa	46
5.3 Coleta de dados	46
5.4 Análise dos dados	48
5.5 Validação da teoria substantiva	51
5.6 Aspectos éticos	52
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	54
6.2 MANUSCRITO 2: O CONTEXTO DO CUIDADO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ONCOLÓGICA SOB A PERSPECTIVA DA ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL.....	54
6.3 MANUSCRITO 3: GESTÃO DO CUIDADO PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL AO PACIENTE ONCOLÓGICO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.....	68
7 CONCLUSÃO.....	91
REFERÊNCIAS	92
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	100
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	101
APÊNDICE C- PROTOCOLO DE REVISÃO DA LITERATURA.....	104
ANEXO A – PARECER SUBSTANCIADO CEP.....	108
ANEXO B – PARECER SUBSTANCIADO CEP – CEPON.....	111
ANEXO C – VALIDAÇÃO DA TEORIA.....	117

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são consideradas silenciosas por se desenvolverem ao longo da vida, serem multifatoriais e incluem as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doença respiratória crônica, entre outras. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2016, cerca de 41 milhões de mortes ocorreram devido as DNCT representando 71% do total de 57 milhões de mortes, sendo: 44% por doenças cardiovasculares, 22% por câncer, 9% doença respiratória crônica e 4% por diabetes (WHO, 2018).

As DCNT representam um importante ônus para a sociedade, o câncer é responsável por pouco mais de 15% de todas as mortes no país e compreende a segunda causa de morte na população brasileira, levando a óbito 225 mil indivíduos anualmente. A estimativa é que até os 75 anos de idade, um em cada cinco brasileiros desenvolva algum tipo de câncer (JEMAL et al., 2017; GUERRA et al., 2017). Em 2015, na população brasileira de 30 a 69 anos ocorreram 51,6% do total de óbitos (BRASIL, 2018; MALTA et al., 2019).

O número de diagnósticos de neoplasias tem crescido mundialmente e estima-se que nas próximas décadas, irão representar a maior causa de morbimortalidade independentemente do nível de desenvolvimento do país, ultrapassando as doenças cardiovasculares (BRAY et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2015; GUERRA et al., 2017). A OMS estima que, no ano 2030, haverá 27 milhões de casos novos de câncer, 17 milhões de mortes pela doença e 75 milhões de pessoas vivendo com câncer (BRASIL, 2018).

As neoplasias impactam negativamente sobre o desenvolvimento macroeconômico dos países por representarem um quarto de todas as mortes devido aos óbitos prematuros de pessoas economicamente ativas (MALTA et al., 2014; SIQUEIRA et al., 2016). O câncer é uma das principais causas de morbidade global e um problema de saúde pública e reconhecendo este cenário, a OMS criou diferentes estratégias para o controle do câncer visando reduzir sua mortalidade e melhorar os resultados e a qualidade de vida dos pacientes oncológicos (WHO, 2017; BRASIL, 2018).

Com base no Plano de Ação Global e na Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU) para o desenvolvimento sustentável, a OMS e os governos desempenham uma

abordagem integrada de prevenção e controle do câncer visando acelerar as ações para reduzir a mortalidade prematura por este tipo de comorbidade (WHO, 2017; MALTA et al., 2019).

No Brasil, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis 2011-2022, alinhada ao Plano da OMS, estabelece compromissos de gestão, ações e investimentos no enfrentamento as DCNT e seus fatores de risco (BRASIL, 2011; MALTA et al., 2019; CONFORTIN et al., 2019).

No biênio 2018-2019, estimou-se para o Brasil, 600 mil novos casos de câncer, e, no triênio 2020-2022, estima-se a ocorrência de 625 mil, para cada ano, excluindo-se o câncer de pele não melanoma. Essa estimativa reflete o perfil de um país que possui os cânceres de próstata, pulmão, mama feminina, cólon e reto entre os mais incidentes, entretanto ainda apresenta altas taxas para os cânceres do colo do útero, estômago e esôfago (BRASIL, 2018; LEAL et al., 2018).

O câncer apresenta forte carga de morbidades, sendo responsável por grande número de internações, perda significativa da qualidade de vida que se aprofunda à medida que a doença se agrava. Mas, entre as possibilidades que envolvem diagnóstico, tratamento e cura, os pacientes irão demandar uma assistência especializada, por meses ou até anos (BRASIL, 2018; LEAL et al., 2018).

As três principais formas de tratamento do câncer incluem quimioterapia, radioterapia e cirurgia. São múltiplas as modalidades de tratamento e a escolha decorre da localização, varia quanto à suscetibilidade dos tumores, podendo optar por um tratamento ou por uma associação desses. A terapia combinada avalia sempre as condições clínicas de cada paciente (BRASIL, 2020; FERREIRA et al., 2019; AVELAR et al., 2019).

A cirurgia foi o primeiro tratamento que alterou significativamente o curso da doença neoplásica e, até hoje, é um dos principais métodos utilizados, sendo ainda muito importante no arsenal terapêutico dos tumores malignos. Pode ser realizada com finalidade diagnóstica, preventiva, curativa ou paliativa (BRASIL, 2018; AVELAR et al., 2019).

Os tratamentos quimioterápicos e radioterápicos contribuem com o tratamento da doença permitindo uma nova abordagem na extensão da cirurgia para o câncer. Os tratamentos combinados possibilitam cirurgias menos radicais e conservadoras que oferecem a mesma chance de sobrevida do que as cirurgias mais radicais (BRASIL, 2018).

Os avanços nos cuidados dos pacientes com câncer nos últimos anos possibilitaram maior chance de controle ou cura da doença. Ademais, os avanços relacionados ao tratamento, com o uso de quimioterápicos e procedimentos cirúrgicos implicam diretamente a maior utilização de leitos de unidade de terapia intensiva (UTI), devido às complicações relacionadas ao tratamento e possibilidade de cuidados intensivos nesse ambiente (OLIVEIRA et al., 2015).

As UTIS realizam atendimento diferenciado aos pacientes gravemente enfermos, que necessitam de suporte terapêutico no período de maior risco ou gravidade em algum momento durante a evolução da sua doença. O cuidado intensivo é especializado e exige que todos envolvidos tenham um alto padrão de conhecimento além de competências específicas para atuar na área (BRASIL, 2017; TORRES; SOARES, 2015).

As principais causas de admissão de paciente com câncer nas UTIs estão relacionadas à toxicidade por quimioterapia ou radioterapia, doença pulmonar metastática, insuficiência cardíaca, imunossupressão, infecção respiratória, pós-operatório e sepse (FERREIRA et al., 2015).

Os pacientes oncológicos submetidos a cirurgias oncológicas têm melhor prognóstico quando comparados aos pacientes clínicos oncológicos, sendo assim, o benefício da internação na UTI no pós-operatório é indiscutível (VALLE; GARCIA, 2019). Prestar assistência ao paciente oncológico e seus familiares é uma vivência desafiadora e requer dos profissionais de enfermagem e de todos os profissionais da saúde cada qual na área de sua competência a prevenção e promoção do alívio da dor e de outros sintomas que se impõem no cotidiano (FERRAZA et al., 2016).

No ambiente hospitalar a atenção integral ao paciente requer uma atuação solidária, coordenada e concentrada de trabalhadores de diferentes áreas. Essa atuação integrada proporciona uma abordagem multidisciplinar que garanta todas as tecnologias de saúde disponíveis para melhorar e prolongar a vida do paciente que resulta em conforto e segurança (CECÍLIO; MERHY, 2003; MEDEIROS et al., 2016).

O cuidado multiprofissional possibilita um trabalho cooperativo a partir de intervenções técnicas e interação de sujeitos com diferentes profissões, possibilitando um

trabalho articulado, com ações cooperativas e interdependentes, que permitem ofertar uma atenção à saúde de forma contínua (COSTA et al., 2014).

O cuidado vivenciado pelo paciente é somatório de muitos pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira consciente e negociada entre os vários cuidadores. Esta dinâmica, cada vez mais presente na vida dos hospitais, é um aspecto central a ser considerado na discussão da integralidade e na sua correlação com o processo de gestão do cuidado (CECÍLIO; MERHY, 2003; AMARAL et al., 2018).

Gestão do cuidado pode ser compreendida como o provimento ou disponibilização de tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada indivíduo, em diferentes momentos de sua vida, visando autonomia, segurança e seu bem-estar. Essa gestão pode ser realizada em dimensões que incluem aspectos individuais, familiares, profissionais, organizacionais e societária (CECÍLIO, 2011).

Para a gestão da equipe de saúde, a comunicação é uma importante ferramenta de gestão organizacional para integração profissional e vínculo com paciente/família. Para se alcançar o êxito gerencial em instituições de saúde, o enfermeiro torna-se o elo da cadeia comunicativa, uma vez que está constantemente em contato com os demais profissionais que compõem a equipe de atenção à saúde (SANTOS et al., 2016; PEITER et al., 2016).

A manutenção de um bom relacionamento interpessoal entre os profissionais envolvidos no cuidado e a comunicação eficiente entre a equipe, são indicados na literatura como fatores que facilitam o processo de cuidado em situações críticas de saúde (MATOS et al., 2012; PEITER et al., 2016).

O cuidado integral do paciente com diagnóstico de câncer precisa ser realizado de forma regionalizada e descentralizada em estabelecimentos de saúde habilitados, como a Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) ou Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), ambos buscam oferecer assistência especializada e integral ao paciente e família (BRASIL, 2019).

Em Santa Catarina, a atenção à saúde aos pacientes oncológicos é realizada de forma descentralizada. Dentre os serviços ofertados, o Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON), sediado em Florianópolis, é um serviço público de referência no tratamento do câncer. Este centro é responsável por atender diversas especialidades médicas e dispõe de profissionais de

diferentes formações, como: Enfermagem, Medicina, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Odontologia, Terapia Ocupacional, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Radiologia (SES, 2016).

O CEPON, local deste estudo, além de ser uma referência no tratamento oncológico catarinense, constituiu também o meu campo de atuação profissional, como enfermeira assistencial e dispõe da equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva.

Diante da repercussão estatística do câncer, das demandas e da complexidade de atenção a esta população e da constatação de sofrimento e impacto psicossocial do cuidado oncológico, o presente estudo se justifica ao investigar as estratégias de gestão do cuidado pela equipe multiprofissional ao paciente oncológico em uma unidade de terapia intensiva. Este estudo buscará responder a seguinte questão de pesquisa: **Como a equipe multiprofissional experiencia a gestão do cuidado ao paciente oncológico em uma unidade de terapia intensiva?**

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Compreender como a equipe multiprofissional experiencia a gestão do cuidado ao paciente oncológico em uma unidade de terapia intensiva.

2.2 Objetivos específicos

- Sistematizar o conhecimento produzido nacional e internacionalmente sobre gestão do cuidado pela equipe multiprofissional;
- Propor uma teoria de gestão do cuidado pela equipe multiprofissional ao paciente oncológico.

3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Políticas públicas de atenção oncológica

O câncer é um problema de saúde pública, pela sua amplitude epidemiológica, social e econômica, principalmente nos países em desenvolvimento. Na próxima década, espera-se que seu impacto corresponda a 80% dos mais de 21 milhões de novos casos estimados para 2030. O diagnóstico desencadeia sofrimento e modificações de vida do paciente em decorrência das alterações físicas, psíquicas e sociais (BATISTA et al., 2015; THEOBALD et al., 2016; WHO, 2017).

O Brasil, visando promover assistência integral ao paciente oncológico, instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) na Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo desta política é a redução da mortalidade e incapacidade decorrentes da doença garantindo melhoria da qualidade de vida aos pacientes. Para alcançar tais objetivos é necessário cuidado integral em diferentes níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2013; BRASIL, 2018).

O tratamento do paciente oncológico é realizado em estabelecimentos de saúde habilitados, como o Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) ou Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON). Essas unidades desempenham seu papel no diagnóstico, estadiamento e tratamento da doença. No país, existem atualmente 317 unidades e centros de assistência habilitados no tratamento do câncer (BRASIL, 2013; BRASIL, 2019; SALDANHA et al., 2019).

O Ministério da Saúde preconiza que os serviços de alta complexidade em oncologia devam acontecer em unidades de assistência especializada para garantir a especificidade do cuidado e promover a qualidade do atendimento. O reconhecimento das reais necessidades de saúde do paciente e da sua família é necessário para serem definidas e executadas as estratégias de intervenção adequadas (BRASIL, 2005; OLIVEIRA; FIRMES, 2012; PEITER et al., 2016).

A assistência ao paciente oncológico deve contemplar medidas de promoção da saúde, de tratamento clínico e cirúrgico, de reabilitação e cuidados paliativos. As ações de fortalecimento de políticas públicas visam o desenvolvimento de ambientes favoráveis à saúde, com o objetivo de reduzir a incapacidade e melhorar a qualidade de vida dos pacientes oncológicos. A atenção contínua promove controle da doença e tratamentos adequados e os cuidados podem ser realizados de forma ambulatorial e hospitalar (BRASIL, 2013; BRASIL, 2017; BRAGA et al., 2017).

Os cuidados à saúde do paciente oncológico mudam durante o percurso da doença, necessitando de internação hospitalar quando há possibilidade de cura, controle da doença ou agravamento do quadro clínico. Estudo realizado pela Diretoria de Vigilância Epidemiológica de Santa Catarina avaliou o número de internações no período de 2006 a 2015, evidenciou que as neoplasias tiveram um aumento de 8,6% de internações e aumento de 3,5% no número de óbitos em 2015 em relação a 2014 (BRASIL, 2013; BRASIL, 2017; SES, 2017).

Dentre as internações por neoplasias malignas, as mais frequentes no sexo feminino foi câncer de mama (37,2%), seguida pela dos órgãos do aparelho digestivo (31,1%), e, no sexo masculino foram neoplasia dos órgãos digestivos (64,2%), e câncer do aparelho respiratório e órgãos intratórax (14,0%) (SES, 2017).

A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) está fundamentada em cinco princípios gerais: reconhecimento da doença como prevenível e oferta de cuidado integral; organização da atenção de forma regionalizada e descentralizada permitindo o acesso ao serviço de saúde; formação dos profissionais visando a aquisição de conhecimento e habilidade na qualificação do cuidado em diferentes níveis de atenção, articulação e controle social e incorporação de novas tecnologias (BRASIL, 2013).

Em consonância com os princípios gerais da política, todo o estado brasileiro tem pelo menos um hospital habilitado em oncologia, onde o paciente será atendido desde os exames mais simples até as cirurgias mais complexas, sendo garantido o atendimento integral. A organização desses serviços fica a cargo das secretarias estaduais e municipais de saúde (BRASIL, 2019).

3.2 Gestão do cuidado em saúde e a equipe multiprofissional

A gestão do cuidado em saúde é realizada em diferentes dimensões, nos serviços de saúde são realizadas as dimensões organizacionais e sistêmicas, e para a sua concretização é necessário à disponibilização e provimento de diferentes tecnologias de saúde. A gestão é singular e varia com a necessidade de cada pessoa visando segurança, autonomia e bem-estar (CECÍLIO, 2011). Realizar a gestão do cuidado é uma atividade complexa que envolve inúmeras relações, implica na compreensão de diferentes fenômenos sob diversas perspectivas buscando a integralidade do cuidado (SIEWERT et al., 2017).

A integralidade compõe o elemento central de modelo de atenção à saúde, constituído na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação visando à produção de cuidado, sendo guiado pelas diretrizes constitucionais do SUS. A produção de saúde interrelaciona-se desde a atenção básica de saúde ao serviço de alta complexidade fornecendo uma assistência integral, humanizada e resolutiva (MEDEIROS et al., 2016).

A integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede (CASANOVA et al., 2015; MAZZI; MARQUES, 2018). Para obter a integralidade é necessário compreender as relações existentes entre essas dimensões e suas interfaces na produção do cuidado. Essa dinâmica constitui a complexidade do cuidado de enfermagem, com enfoque nas necessidades dos usuários, respeitando a participação efetiva dos diferentes profissionais envolvidos nos cuidados ao paciente crítico (MEDEIROS et al., 2016).

A proposta de se fazer a gestão a partir da integralidade do cuidado tenta dar conta desta complexa questão que é construir a gestão de forma que a responsabilização pelo cuidado seja transversal e sem descontinuidade. A complexidade requer o desenvolvimento de atributos e habilidades necessárias para trabalhar em conjunto para uma atenção ao paciente segura e com alta qualidade (CECÍLIO; MERHY, 2003; REEVES, 2016).

A gestão do cuidado se realiza em múltiplas dimensões sendo elas: familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária. A dimensão familiar está relacionada ao trabalho dos cuidadores a complexidade dos laços familiares. A dimensão profissional refere-se ao processo de trabalho entre usuário e profissional e o societário é considerado a dimensão

mais ampla da gestão do cuidado, nela destaca-se a forma como a sociedade produz cidadania (CECÍLIO, 2011; SANTOS; GIOVANELLA, 2016). As dimensões organizacionais e sistêmicas são realizadas nos serviços de saúde e tem por característica o compartilhamento de fluxos de atendimentos entre diferentes profissionais (CECÍLIO, 2011).

A dimensão organizacional do cuidado pode ser realizada nos serviços de saúde, e tem como principais características a divisão técnica e social do trabalho trazendo elementos, sendo: trabalho em equipe, comunicação, atividades de coordenação e função gerencial. Nesta dimensão existe a centralidade no processo de trabalho, em particular têm-se os fluxos de atendimento e a adoção de dispositivos compartilhados por todos os profissionais, no entanto, a gestão do cuidado depende da ação cooperativa de vários atores, que frequentemente são marcadas pela diferença, pelas disputas e pelas assimetrias de poder (CECÍLIO, 2011; SANTOS, GIOVANELLA, 2016).

A dimensão sistêmica da gestão do cuidado permite a construção de conexões formais, regulares e regulamentadas entre os serviços de saúde, compondo “redes” ou “linhas” de cuidado, imprescindível da construção da integralidade do cuidado (CECÍLIO, 2011; SANTOS, GIOVANELLA, 2016).

Em suas perspectivas complexas e emergentes, respeitar o planejamento do ambiente, o desenvolvimento de esforços coordenados e integrados para a melhoria da assistência. Entende-se que não existem ações isoladas, mas sim ações em rede que se constrói, se tecem e se complementam de forma relacional, que resultam das relações, em um permanente processo de construção. Compreender essas interconexões significa abranger a diversidade e circularidade das relações, interações e interdependências (MEDEIROS et al., 2016).

Indivíduos são hospitalizados em função das mais variadas alterações de saúde, portadoras das mais diferentes necessidades, em diferentes momentos de suas vidas, (OLIVEIRA; FIRMES, 2012; PEITER et al., 2016). Pode-se, nesses ambientes complexos desenvolver outras formas de trabalhar a integralidade. Criar mecanismos que facilitem a coordenação das práticas de forma articulada, com canais de comunicação melhor definidos, solidário e democrático (CECÍLIO; MERHY, 2003; AMARAL et al., 2018).

A gestão do cuidado traz novos desafios no processo de trabalho devido às múltiplas inter-relações dos profissionais da saúde que integram essa realidade. A unidade de terapia intensiva é um ambiente dinâmico e complexo de cuidado (MEDEIROS et al., 2016).

A UTI é um setor de alta complexidade, com grande aparato tecnológico e desempenha seu papel atuando na recuperação de pacientes em estado grave (BORGES et al., 2017). A assistência à saúde a esses pacientes necessita de abordagem da equipe multiprofissional, pois esse mecanismo leva à integralidade nas ações dos profissionais viabilizando o compartilhamento de saberes entre as diferentes áreas da saúde favorecendo uma atuação em equipe, todos estão envolvidos no processo de cuidado (PEITER et al., 2016; NETO et al., 2016).

Todo paciente internado em UTI necessita receber assistência integral e interdisciplinar. A equipe é composta por diferentes profissionais e todos são importantes e necessários para realizar o atendimento aos pacientes gravemente comprometidos (BRASIL, 2010; NETO et al., 2016). De acordo com Resolução-RDC N° 7, de 24 de fevereiro de 2010 que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências, define que deve ser designada uma equipe multiprofissional, legalmente habilitada, com os seguintes profissionais: médico, enfermeiros assistenciais, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem, auxiliar administrativo e serviço de limpeza exclusivo da unidade. O Artigo 18 descreve que devem ser garantidos, por meios próprios ou terceirizados, os seguintes serviços à beira do leito: assistência nutricional; farmacêutica, fonoaudiologia, psicológica, odontológica dentre outras especialidades (BRASIL, 2010).

Sobre os processos de trabalho é disposto no Art. 22 A evolução do estado clínico, as intercorrências e os cuidados prestados devem ser registrados pelas equipes médica, de enfermagem e de fisioterapia no prontuário do paciente, em cada turno, e atendendo as regulamentações dos respectivos conselhos de classe profissional e normas institucionais e em seu Art. 23 As assistências farmacêutica, psicológica, fonoaudiológica, social, odontológica, nutricional, de terapia nutricional enteral e parenteral e de terapia ocupacional devem estar integradas às demais atividades assistenciais prestadas ao paciente, sendo discutidas conjuntamente pela equipe multiprofissional (BRASIL, 2010).

A atuação multiprofissional é um mecanismo indispensável na atuação dos profissionais. É importante para que os trabalhadores de diferentes profissões atuem de forma

coletiva, possibilitando a troca de saberes entre todos os membros da equipe proporcionando a integralidade do cuidado e garantindo assistência de alta qualidade (FERNANDES et al., 2015; NETO et al., 2016).

O enfermeiro e a equipe de enfermagem atuam em unidades altamente complexas e nas mais diversas instituições de saúde. No cuidado intensivo, representa o maior contingente de trabalhadores e permanece junto ao doente prestando assistência de forma ininterrupta (BORGES et al., 2017). O enfermeiro é capacitado para atender e garantir uma assistência individualizada e de qualidade minimizando a dor e o sofrimento ao paciente e sua família, promovendo vínculo afetivo durante a sua permanência na UTI (BORGES et al., 2017).

A presença do enfermeiro nas unidades que prestam atendimento ao paciente oncológico é essencial e necessária por sua atuação ter fundamentação técnica-científica. A liderança e a prática clínica desse profissional subsidia o planejamento da assistência gerenciando a coordenação da equipe (HERCOS et al., 2014).

O profissional médico, de acordo com a Resolução CFM Nº 2.156/2016, que dispõe sobre a atuação na unidade de terapia intensiva é responsável pelo diagnóstico e definição da necessidade do paciente; ofertar serviços médicos disponíveis na instituição; priorização de acordo com a condição do paciente, realizar as intervenções terapêuticas e prognósticas. Prestar assistência ao paciente na perspectiva de atenção integral, a partir de uma abordagem interdisciplinar, desenvolver ações educativas nas abordagens individuais e coletivas, aplicar e divulgar as normas de biossegurança nos serviços de saúde, praticar e divulgar as políticas públicas de saúde com ênfase na atenção oncológica relacionar-se, de forma humanizada e ética, com a equipe, com os pacientes e com os cuidadores, com vistas à atenção integral (BRASIL, 2010).

O profissional fisioterapeuta planeja e executa medidas de prevenção, aplica métodos, técnicas e recursos de expansão pulmonar, remoção de secreção, fortalecimento muscular, condicionamento cardiorrespiratório e suporte ventilatório, realiza o desmame e extubação do paciente, desenvolve atividades de educação em todos os níveis de atenção à saúde, e na prevenção de riscos ambientais e ocupacionais (BRASIL, 2011).

Diante do exposto, para a realização do cuidado e assistência integral é necessário a existência de trabalho em conjunto, essa atuação mútua permite uma assistencial integral e

ganha a percepção de diferentes profissionais. O trabalho em equipe é estabelecido pela comunicação e flexibilização do trabalho (SOUZA et al., 2018).

A comunicação configura-se como um elemento essencial no cuidado, se realizada de forma eficiente entre todos os membros da equipe de enfermagem e da equipe multidisciplinar contribui para que as inter-relações profissionais estabelecidas no trabalho delimitem, melhor a assistência ao paciente (BROCA, FERREIRA, 2012; HERCOS et al., 2014).

4 REVISÃO DE LITERATURA

Visando conhecer a produção científica relacionada à gestão do cuidado pela equipe multiprofissional ao paciente oncológico e para dar suporte teórico ao tema abordado, optou-se pela elaboração de uma revisão integrativa de literatura. A elaboração e apresentação desse manuscrito dar-se-á em formato ABNT, respeitando a Instrução Normativa nº1 de 17 de agosto de 2016 do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

4.1 MANUSCRITO 1: CUIDADO MULTIPROFISSIONAL AO PACIENTE ONCOLOGICO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO INTEGRATIVA

RESUMO

Objetivo: Conhecer a produção científica relacionada à gestão do cuidado pela equipe multiprofissional ao paciente oncológico na Unidade de Terapia Intensiva. **Método:** Revisão de literatura, ocorreu nas bases de dados *Lilacs*, *Scopus*, *PubMED*, *Cinahl*, *Web of Science* e no repositório *SciElo*. Os critérios de inclusão para a seleção da amostra foram: artigos publicados em português, inglês e espanhol que retratassem a temática em estudo publicados nos últimos cinco anos. **Resultados:** Foram incluídos seis estudos, evidenciou-se que as Unidades de Terapia Intensiva são locais que prestam cuidados especializados e ininterruptos a pacientes graves e recuperáveis, que demanda de alto aparato tecnológico visando a manutenção e o suporte avançado a vida. Entretanto o processo de trabalho ainda é pautado na técnica e no mecanicismo, e, a discussão entre a equipe multiprofissional dos casos e o compartilhamento de planos assistenciais e saberes ficam em segundo plano. Além disso, a comunicação é caracterizada como elemento central na perspectiva do trabalho em equipe e a gestão do cuidado pode propiciar segurança, qualidade e reflexões na assistência prestada ao paciente. **Conclusão:** A comunicação, o compartilhamento adequado de informações e discussão dos casos possibilitam melhor gestão do cuidado, e também redução dos riscos assistenciais.

Descritores: Equipe de Assistência ao Paciente; Integralidade em Saúde; Neoplasias; Unidades de Terapia Intensiva.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são consideradas silenciosas por se desenvolver ao longo da vida, multifatoriais e incluem as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doença respiratória crônica, entre outras. As DCNT representam um importante ônus para a sociedade, sobretudo as neoplasias malignas, que são responsáveis por pouco mais de 15% de todas as mortes no país. O câncer compreende a segunda causa de morte na população brasileira, levando a óbito 225 mil indivíduos anualmente (WHO, 2018).

O número de diagnósticos de neoplasias tem crescido mundialmente. Estima-se que nas próximas décadas, irão representar a maior causa de morbimortalidade independentemente do nível de desenvolvimento do país, ultrapassando as doenças cardiovasculares (BRAY et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2015; GUERRA et al., 2017). A estimativa é que até os 75 anos de idade, um em cada cinco brasileiros desenvolva algum tipo de câncer (JEMAL et al., 2014; GUERRA et al., 2017).

As modalidades de tratamento do câncer são múltiplas e a escolha decorre da localização, varia quanto à suscetibilidade dos tumores, podendo optar-se por um tratamento ou por uma associação desses. A terapia combinada avalia sempre as condições clínicas de cada paciente (MATA et al., 2018; AVELAR et al., 2019).

Os avanços nos cuidados dos pacientes com câncer nos últimos anos possibilitaram maior chance de controle ou cura da doença. Ademais, os avanços relacionados ao tratamento, com o uso de quimioterápicos e procedimentos cirúrgicos implicam diretamente a maior utilização de leitos de unidade de terapia intensiva (UTI), devido às complicações relacionadas ao tratamento e possibilidade de cuidados intensivos nesse ambiente (OLIVEIRA et al., 2016).

As UTIS realizam atendimento diferenciado aos pacientes gravemente enfermos, que necessitam de suporte terapêutico no período de maior risco ou gravidade em algum momento durante a evolução da sua doença. O cuidado intensivo é especializado e exige competências específicas para atuar na área (BRASIL, 2017; TORRES, SOARES, 2015).

As principais causas de admissão de paciente com câncer nas UTIs estão relacionadas à toxicidade por quimioterapia ou radioterapia, doença pulmonar metastática, insuficiência cardíaca, imunossupressão, infecção respiratória, pós-operatório e sepse (FERREIRA et al., 2015). Os pacientes oncológicos vivem um período de incertezas, para o qual o apoio familiar e o suporte informacional da equipe multiprofissional para lidar com o diagnóstico colaboram para o enfrentamento das condições físicas e emocionais decorrentes da doença (RAMIREZ-PERDOMO et al., 2018). Submetidos a cirurgias, os pacientes oncológicos apresentam melhor prognóstico quando comparados aos pacientes clínicos oncológicos, sendo assim, o benefício da internação na UTI no pós-operatório é indiscutível (VALLE; GARCIA, 2019).

No ambiente hospitalar a atenção integral ao paciente requer uma atuação solidária, coordenada e concentrada de trabalhadores de diferentes áreas. Essa atuação integrada proporciona uma abordagem multidisciplinar que garanta todas as tecnologias de saúde disponíveis para melhorar e prolongar a vida do paciente que resulta em conforto e segurança (CECÍLIO; MERHY, 2003; MEDEIROS et al., 2016).

Prestar assistência ao paciente oncológico e seus familiares é uma vivência desafiadora e requer dos profissionais de enfermagem e de todos os profissionais da saúde cada qual na área de sua competência a prevenção e promoção do alívio da dor e de outros sintomas que se impõem no cotidiano (FERRAZA et al., 2015). O cuidado multiprofissional possibilita um trabalho cooperativo a partir de intervenções técnicas e interação de sujeitos com diferentes profissões, possibilitando um trabalho articulado, com ações cooperativas e interdependentes, que permitem ofertar uma atenção a saúde de forma contínua (COSTA, et al., 2014)

O presente estudo se justificou pela necessidade de compreender como ocorre a gestão do cuidado multiprofissional em uma unidade de terapia intensiva oncológica, em razão da sua complexidade e singularidade por ser um ambiente de alta tecnologia e que envolvem diferentes equipes que prestam cuidado ao paciente grave, com vistas a evidenciar estratégias utilizadas para esta finalidade e que podem contribuir na prática clínica.

Sendo assim, este estudo tem por objetivo analisar a produção científica relacionada à gestão do cuidado pela equipe multiprofissional ao paciente oncológico na Unidade de Terapia Intensiva.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura de estudos científicos publicados no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2020, este recorte temporal deu-se de maneira intencional visto que possibilita os estudos mais recentes sobre o tema. O propósito deste método de pesquisa é reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um tema baseando-se em estudos anteriores. Foi utilizada a recomendação PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses*). Este método de análise consiste em um *checklist* composto por 27 itens e um fluxograma de quatro etapas que auxilia o pesquisador a aprimorar a crítica e o embasamento teórico sobre determinado assunto com base em publicações científicas anteriores (GALVÃO, et al., 2015).

A questão condutora desta pesquisa foi: Quais evidências subsidiam a gestão do cuidado pela equipe multiprofissional ao paciente oncológico em uma unidade de terapia intensiva? Foi realizada busca nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (*LILACS*), *SCOPUS*, *Biomedical Literature Citations and Abstracts* (PubMed), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health* (CINAHL), *Web of Science* e o repositório *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

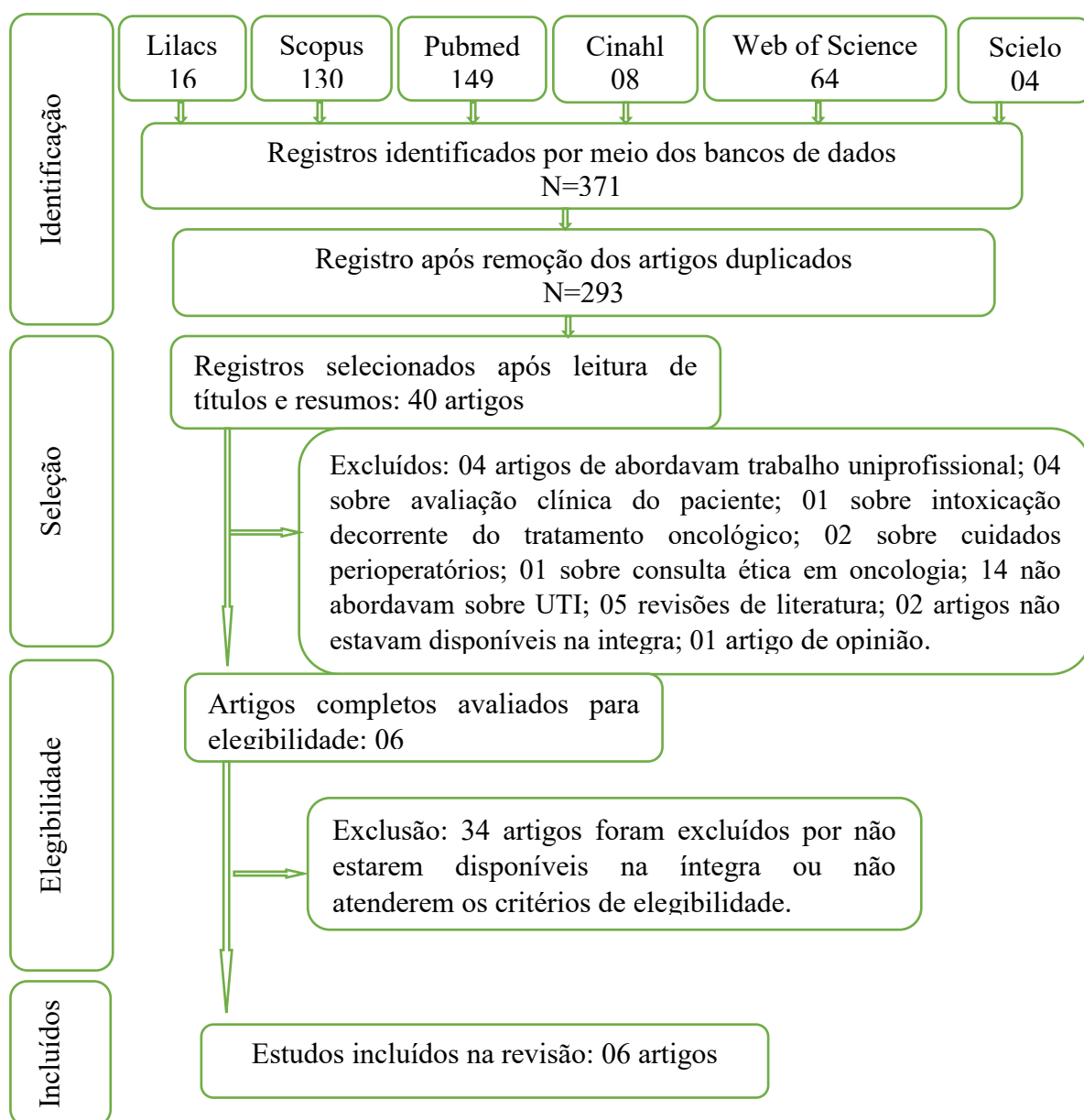
Para a busca nas bases de dados, foram utilizados os descritores controlados contidos nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e também descritores não controlados, todos em inglês. Foram realizadas as seguintes combinações: 1) (*Equipe de assistência ao paciente*) OR (*equipe multiprofissional*) OR (*equipes de saúde*) AND (*cuidados críticos*); 2) (*Interdisciplinary Health Team*) AND (*Intensive Care Unit*) AND (*Paciente Care Management*); 3) (*Equipe multiprofissional*) OR (*Integralidade em saúde*) AND (Unidade de Terapia Intensiva); 4) (Neoplasia) OR (equipe de assistência ao paciente) AND (Unidade de Terapia intensiva). Cabe ressaltar que as estratégias de buscas foram adaptadas de acordo com as especificidades de cada base de dados.

Os critérios de inclusão foram artigos completos e disponíveis na íntegra nos idiomas português, espanhol e inglês, publicados no período entre janeiro de 2015 a dezembro de 2020. Foram excluídos: teses e dissertações, revisões integrativas, narrativas, relatos de experiência, editoriais, resumos, documentos e anais de eventos.

As estratégias utilizadas para a busca dos artigos foram adaptadas às especificidades de acesso de cada base de dados, sendo guiadas pela pergunta condutora e critérios de inclusão. Para a seleção dos artigos foram retirados todos os artigos duplicados. Em seguida, foram lidos todos os títulos e resumos, nesta etapa foram excluídos os artigos que não versavam sobre a temática do estudo. Posteriormente, os artigos elegidos para leitura foram lidos na íntegra. Em suma, foram lidos 40 artigos, e dessa amostra foram excluídos 34 artigos por não atenderem ao objetivo do estudo ou não estarem disponíveis na íntegra. Deste modo, a amostra final foi composta por seis artigos que respondiam à questão condutora e se encaixavam nos critérios de inclusão da revisão de literatura.

A extração dos dados foi realizada por meio da recomendação PRISMA, com informações sobre ano de publicação, autores, título, periódico, país, delineamento metodológico, objetivos, resultados e conclusões. A Figura 01 mostra o processo de seleção da amostra.

Figura 1: Fluxograma do processo de seleção dos estudos. Florianópolis-SC, 2020.



Para análise dos dados foram criadas categorias de acordo com o conteúdo encontrado, as quais foram elaboradas a partir do agrupamento dos achados por similaridade e diferença de intervenção ou intenção profissional referente ao cuidado multiprofissional ao paciente oncológico na Unidade de Terapia intensiva.

RESULTADOS

Nesta revisão integrativa, foram analisados seis artigos científicos que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Os dados serão apresentados a seguir.

Quadro 1: Resumo dos estudos. Florianópolis-SC, 2020.

Artigo e ano	Tipo de estudo	Amostra	Resultado
A humanização em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. 2015.	Estudo fenomenológico	26 profissionais da equipe de saúde	A temática de humanização implica reconhecer o paciente em sua singularidade e integralidade; fazer técnico X humanização no cotidiano da terapia intensiva; as condições de trabalho e suas implicações na humanização do cuidado em terapia intensiva; e, o preparo da equipe para construir um cuidado humanizado.
Equipe multiprofissional de terapia intensiva: humanização e fragmentação do processo de trabalho. 2016.	Pesquisa descritiva e exploratória	24 profissionais da equipe de saúde	Foi possível apreender que o cuidado humanizado é caracterizado nas ações de assistência à saúde comunicação efetiva, trabalho em equipe, empatia, singularidade e integralidade; e descaracterizado nos processos de gestão, mais especificamente, na fragmentação do processo de trabalho e da assistência à saúde, na precarização das condições de trabalho.
Cognição da equipe como forma de melhorar o cuidado ao paciente crítico com câncer após o transplante de células hematopoiéticas. 2016.	Estudo de caso	Estudo de caso que analisou a interação da equipe de saúde	A falta de uma abordagem baseada em equipe para o cuidado, especialmente durante a doença crítica, é prejudicial para a autonomia e satisfação do paciente e para o moral da equipe, levando, em última análise, à má qualidade do cuidado. Este artigo destaca conceitos e recomendações que iniciam uma avaliação necessária e aprofundada das implicações para o atendimento clínico e examina os efeitos da cognição da equipe nas equipes e, de maneira mais geral, no cuidado crítico do paciente com câncer.
Planejamento da assistência ao paciente em cuidados paliativos na terapia intensiva oncológica. 2017	Estudo descritivo, com abordagem qualitativa.	25 profissionais da saúde	Destaca-se um déficit na formação profissional sobre a temática e foram observadas carências na comunicação da equipe. Compartilhar o processo de tomada de decisão entre equipe, planejar o cuidado de forma integral, foram fatores favorece os cuidados paliativos na UTI oncológica.
Cuidados paliativos em terapia intensiva: a ótica da equipe	Estudo qualitativo, exploratório descritivo.	21 profissionais de saúde	Identificou-se dificuldades e potencialidades associadas à implementação dos cuidados paliativos na Unidade de Terapia Intensiva. Identificou-se a importância capacitação

multiprofissional, 2019			da equipe sobre o tema e melhorias na comunicação
Perspectiva dos profissionais de saúde sobre os cuidados ao fim da vida em Unidades de Terapia Intensiva, 2020	Estudo qualitativo com desenho de pesquisa-ação	20 profissionais de saúde	Os profissionais consideram a preservação da qualidade de vida durante a permanência do paciente na UTI um objetivo terapêutico. O desenvolvimento de diretrizes baseadas em evidências que facilitem o manejo multiprofissional no final da vida, a customização do cuidado, a comunicação eficaz, atendendo às necessidades físicas, emocionais e espirituais da pessoa e de sua família e favorecendo o direito do paciente à autonomia na tomada de decisões.

Quanto ao delineamento metodológico das publicações, observou-se que todos os estudos utilizaram métodos qualitativos. Com base na leitura minuciosa dos artigos selecionados, os mesmos foram classificados em três categorias temáticas que demonstram como é realizado o cuidado ao paciente oncológico na unidade de terapia intensiva, sendo elas: Característica da unidade de terapia intensiva na perspectiva do trabalho; A comunicação para a integração o cuidado e articulação entre os membros da equipe.

Categoria 1 – Característica da unidade de terapia intensiva na perspectiva do trabalho: As Unidades de Terapia Intensiva são locais que prestam cuidados especializados e ininterruptos a pacientes graves e recuperáveis, e que dispõe de uma equipe multiprofissional (EVANGELISTA et al., 2016). Estes espaços devem incorporar, em sua prática, a integralidade da assistência, buscando garantir, a prestação de cuidados de qualidade (BOLELA; CORREA, 2015). Esses ambientes são compostos por grande aparato tecnológico para manutenção de suporte avançado da vida (SOUZA et al., 2018), podem apresentar uma fragmentação nas relações interpessoais e trabalhistas; impessoalidade; desigualdade e escassa participação dos trabalhadores no processo de gestão (EVANGELISTA et al., 2016).

O ritmo de trabalho é intenso e os profissionais se encontram em atividade constante, com grande carga de tarefas, limitações de tempo principalmente de médicos e enfermeiros. (BOLELA, CORREA, 2015; MCNEESE et al., 2016). A alta demanda de trabalho e gravidade dos pacientes requer uma equipe que atenda prontamente e de maneira eficaz, que possua destreza, habilidade e agilidade nas técnicas, procedimentos e manuseio dos equipamentos (BOLELA; CORREA, 2015).

Nos profissionais têm-se valorizado o cumprimento de tarefas, ficando, em segundo plano a discussão dos casos e o compartilhamento de planos e atividades. Nesse sentido, os profissionais tornaram-se tecnicamente habilitados e capacitados de modo a conseguirem intervir, de maneira eficaz, nas diversas alterações biológicas apresentadas pelo paciente, dispondo, para tal, de um rico arsenal de instrumentos e equipamentos. A técnica permeia a unidade de terapia intensiva, como um modo de ser que fundamenta todas as relações de trabalho (BOLELA; CORREA, 2015).

Com frequência, um plano de cuidados integrado com base na equipe não é incorporado e implementado, cada membro da equipe tem suas próprias perspectivas e a comunicação com os demais é fragmentada. No entanto, os cuidados críticos necessitam de uma abordagem integrada e proativa para as discussões sobre os objetivos e o desenvolvimento de um plano de atendimento, onde os integrantes da equipe têm funções definidas e são interdependentes, ou seja, todas as funções são necessárias e fundamentais (MCNEESE et al., 2016).

Com isso, evita-se a fragmentação do processo de trabalho e permite a discussão entre trabalhadores proporcionando reflexões sobre o processo saúde-doença, do compartilhamento de diagnósticos e intervenções e do trabalho em saúde organizado na lógica do trabalho em equipe multiprofissional, proporcionando cuidado seguro e humanizado (EVANGELISTA et al., 2016). Este modelo é pautado em processos dialógicos que imprimam dinamicidade, participação, solidariedade, oportunizando espaços de construção de sínteses elaboradas a partir da diversidade das experiências concretas de cada um dos trabalhadores, este modelo de gestão questiona os saberes estruturados e protocolares e orienta a prática de corresponsabilização e é fundamental para melhorar a cognição da equipe (EVANGELISTA et al., 2016; MCNEESE et al., 2016).

Categoria 2 – A comunicação para a integração o cuidado: Nos ambientes onde é prestado cuidado a pacientes graves a densidade tecnológica atinge seu grau máximo e, conseqüentemente, o grau de importância que os profissionais conferem tem sido objeto de discussão, pois repercutem características impessoais, afastando o profissional da esfera subjetiva. Exercer um processo de gestão e guiar o cuidado tendo em vista não apenas seus objetivos técnicos significa desenvolver uma prática profissional sensível à integralidade e à subjetividade, o que repercute nas características dos cuidados prestados aos usuários e seus

familiares (EVANGELISTA et al., 2016). A comunicação clara e constante, associadas ao compartilhamento da tomada de decisão baseada das discussões honestas e abertas pode estabelecer relações de confiança com a equipe e equipe-família (SANTOS et al., 2017, HERNÁNDEZ-ZAMBRANO et al., 2020).

O aspecto tecnicista parece ser preponderante, entretanto, o cuidar técnico-biológico, não possibilita o desenvolvimento da criatividade e sensibilidade dos profissionais que atuam nesses locais. Cuidar do paciente grave, baseando suas ações somente em normas e rotinas pré-estabelecidas, supõe um cuidado desvinculado dos princípios de equidade e integralidade. A complexidade do trabalho em saúde necessita da abordagem de uma equipe multiprofissional, e a integralidade no cuidado só será efetiva e assegurada se houver um trabalho articulado de todos os profissionais envolvidos, ao redor de um projeto comum de cuidar (EVANGELISTA et al., 2016; BOLELA, CORREA, 2015).

Devido ao grande número de profissionais envolvidos, a comunicação e coordenação de cuidados pode ser um problema entre as equipes, deste modo, a comunicação interdisciplinar é crucial para o desenvolvimento de metas visando o melhor tratamento do paciente (MCNEESE et al., 2016). Quando às ações realizadas por uma equipe multiprofissional voltada a pacientes que estão fora de possibilidades terapêuticas curativas é necessário prover cuidados que objetivem aprimorar a qualidade de vida por meio do alívio do sofrimento e da dor. Neste sentido, a cognição da equipe é a interação dinâmica que ocorre entre todos os membros durante o trabalho, esta articulação dos profissionais envolvidos extrapola os modelos de gestão tradicionais, que são marcados pela hierarquia (BOLELA, CORREA, 2015; MCNEESE et al., 2016).

Categoria 3 - Articulação efetiva entre os membros da equipe: A dinamicidade intrínseca ao trabalho em equipe demanda articulação e interação entre as ações dos diferentes profissionais. É necessária uma comunicação organizada no sentido gestão-assistência, e mesmo reconhecida como uma importante competência profissional, a comunicação em saúde possui fragilidades que tornam sua discussão uma questão ainda contemporânea para evitar a precarização do trabalho em saúde e para garantir uma melhor prática do cuidado (EVANGELISTA et al., 2016). Este cuidado pode estar baseado em cuidados intensivos de cunho curativo ou paliativo (LIMA et al., 2019).

Estudos que investiguem a relação de trabalho em equipe multiprofissional são escassos e a comunicação é o elo desta atividade (EVANGELISTA et al., 2016). Além da competência técnica-científica, a competência nos aspectos relacionais de todas as pessoas que integram a equipe necessita de objetivos comuns que favoreçam a assistência integral ao paciente, o que só é possível com uma comunicação efetiva, com uma escuta aberta e compartilhada por parte de todos (BOLELA, CORREA, 2015).

Equipes desarticuladas podem dificultar o cuidado pela persistência da fragmentação das ações, considerando que cada um, na realização de suas atividades rotineiras e diárias, acaba por fragmentar o cuidado aos pacientes. O fazer sem pensar torna-se habitual tanto quanto as rotinas e a mecanização do cuidado são marcadas pela formação tecnicista dos profissionais atuantes, e não pela reflexão cotidiana. Não existe espaço para reflexão da equipe sobre o cuidado que prestam e o motivo pelo qual fazem de determinada maneira, o que pode tornar sua prática alienada e com tendências à impessoalidade em suas relações de trabalho (BOLELA, CORREA, 2015).

Construir mudanças é imprescindível no sistema de saúde atual e, mais especificamente, no contexto da terapia intensiva buscando contemplar um cuidado integral em equipe. Construir modelos de atuação que integrem as dimensões biológica, psicológica, sociocultural tanto no cuidado ao paciente como na gestão da equipe de trabalho, pois integralidade, só pode emergir se ultrapassada as dicotomias: técnico-humano, individual-coletivo, subjetividade-objetividade (BOLELA, CORREA, 2015). Para tanto, as pessoas que integram a equipe não devem menosprezar seu valor, compartilhar informações é essencial para o desempenho da equipe e uma atuação integrada se faz necessária para construir e atingir objetivos comuns, pois equipe não é o produto de processos isolados na mente de um indivíduo, mas sim um produto da atividade conjunta (BOLELA, CORREA, 2015, MCNEESE et al., 2016).

A discussão e o compartilhamento de informações em equipe multidisciplinar aumentam a coordenação entre diferentes tratamentos e provedores garantindo maneiras novas e inovadoras de apoiar o trabalho em equipe durante a atuação da doença em fase crítica. Novas tecnologias devem ser desenvolvidas para apoiar o fluxo de informações dentro e entre todos os membros da equipe, independentemente do tempo e do espaço (MCNEESE et al., 2016).

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados apontaram questões que merecem reflexão acerca da gestão do cuidado pela equipe multiprofissional em unidade de terapia intensiva. Percebe-se que os aspectos mais evidentes estão relacionados às características e peculiaridades do setor, relacionados à demanda de trabalho, alta densidade tecnológica, à falta de comunicação, ausência de compartilhamento do cuidado multiprofissional e escassa participação dos trabalhadores no processo de gestão.

Dentre os aspectos ressaltados, a UTI é um ambiente com alta densidade tecnológica onde o cuidado é realizado a pacientes gravemente enfermos na recuperação de doenças agudas com risco de vida (TORRES; SOARES, 2015). Tradicionalmente, os cuidados intensivos dispõem de sofisticado monitoramento invasivo, puramente objetivo e orientados para a doença; a sobrevivência é abordada pela ênfase nos sinais vitais e nos parâmetros digitais (GUPTA et al., 2016). No entanto, apesar deste setor dispor de tecnologia, a mortalidade é elevada tendo em vista a complexidade dos pacientes, e em inúmeras vezes o suporte de vida não consegue atingir a finalidade e o objetivo de evitar a morte. Deste modo, nas unidades de terapia intensiva oncológica é necessário e crucial o conhecimento dos profissionais sobre cuidados paliativos, bem como, conhecer e discutir os limites das intervenções de saúde em equipe (LIMA et al., 2019).

Os estudos demonstraram que pacientes oncológicos, estão particularmente em risco de receber cuidados mal organizados e fragmentados devido à natureza complexa da doença e seu manejo, que geralmente envolve cuidados multidisciplinares de uma grande equipe de médicos, enfermeiros e profissionais de saúde de outras especialidades por longos períodos de tempo. O atendimento entre vários provedores deve ser coordenado para evitar duplicação e planos de atendimento conflitantes. Além disso, a falta de coordenação do atendimento também está associada a um controle inadequado dos sintomas, erros e altos custos de internação (COLOMBANI et al., 2019).

O cuidado integral acontece a partir da combinação de tecnologias duras e leves, e a interdisciplinaridade é apontada como possibilidade de intervenção, visto que ela possui uma concepção de totalidade, compreendendo o paciente além de sua doença. A interdisciplinaridade pode ser entendida como uma inter-relação entre conhecimentos,

competências e habilidades reciprocidade e cooperação (CELICIO, MERHY, 2003). A continuidade da assistência de forma efetiva dependerá da qualidade da comunicação entre os prestadores desse atendimento (DE LANGE et al., 2018).

Embora a discussão dos casos clínicos não seja uma prática comum, o compartilhamento de informações sobre a condição de saúde do paciente é necessário para o bom entrosamento da equipe e para um cuidado qualificado. Os profissionais ao atuar em conjunto têm maior percepção das necessidades do paciente (PEITER et al., 2016). Levando em consideração a complexidade do trabalho em saúde, é necessário desenvolver um conjunto de ações interativas e coletivas que vão além da solução objetiva e pragmática, neste sentido, o diálogo, favorecendo a articulação e o vínculo de trabalho (AZEVEDO et al., 2017).

Como resultado, e visando melhorar a qualidade de atendimento, é necessária que a coordenação da assistência a pessoas com câncer seja amplamente reconhecida e que a diversidade de práticas e contextos profissionais desempenhe seus papéis de forma articulada. Proporcionar um cuidado especializado demonstra a importância da criação de um modelo de atendimento direcionado a estes pacientes, respeitando suas especificidades e particularidades (COLOMBANI et al., 2019).

A gestão do cuidado é uma ferramenta importante para a qualificação da assistência, uma vez que procura o cuidado integral, observando as perspectivas necessárias para alcançar um cuidado individualizado. Para a gestão da equipe de saúde, a comunicação surge nos resultados como importante ferramenta para se alcançar o êxito gerencial. Nas instituições de saúde o profissional enfermeiro deve ser o elo da cadeia comunicativa por estar constantemente em contato com o restante da equipe (PEITER et al., 2016).

Tendo em vista que os benefícios da discussão em grupo, da coordenação de cuidados e tomada de decisão compartilhada (TIMBRELL et al., 2018). Cada profissional da equipe multidisciplinar deve desempenhar diferentes funções, refletindo diferentes pontos de vista para a resolução de problemas. Assim, as fragilidades e oportunidades de melhoria são identificadas na assistência e na busca de promover soluções eficazes através da articulação de saberes (PEITER et al., 2016; REDONDO et al., 2019).

Destaca-se que a comunicação eficaz assegura a continuidade dos cuidados, evita modificação ou omissão de qualquer componente relacionado ao tratamento do paciente (DE

LANGE et al., 2018). O cuidado colaborativo é um processo pelo qual diferentes grupos profissionais trabalham em conjuntos para melhorar a qualidade da assistência, esta atuação envolve esforços coletivos e, trabalho em equipe que promovem melhor comunicação, coordenação e decisão compartilhada centrados no paciente (GONZALO et al., 2016).

Os desafios para a intervenção interdisciplinar e o alcance da integralidade, vão desde a gestão da instituição, organização e processos de trabalho, questões estruturais até as relações subjetivas interpessoais e interprofissional (CECILIO, MERHY, 2003). A atuação multiprofissional é algo desejado e buscado, mas ainda não atingido, seja na produção do conhecimento, na pesquisa, no ensino ou na intervenção profissional (CECILIO, MERHY, 2003).

É necessário um melhor conhecimento no que diz respeito às atribuições dos demais profissionais, aos resultados obtidos junto aos pacientes, à definição e conduta de tratamento. A interdisciplinaridade é uma importante estratégia para fazer com que as abordagens sejam também integradas valorizando a integração dos saberes e que somada ao desenvolvimento tecnológico, possa contribuir para a melhoria do cuidado em saúde, mas cuja construção é cercada de desafios, cujas recomendações são baseadas em percepções interdisciplinares (GLATZER et al., 2017, PICHELLI et al., 2019).

Cabe destacar que a gestão do cuidado ao paciente oncológico na UTI é um tema pouco estudado, os estudos demonstraram a necessidade de aprofundar e ampliar tal discussão. Entende-se que a atuação multiprofissional é a estratégia central no processo de cuidado e de responsabilidades entre equipes e a comunicação é o pilar central para segurança do paciente e uma assistência segura. Porém, para a sua efetividade é necessário um conjunto de ações que visem a sua funcionalidade na prática assistencial dentre elas: coresponsabilização, construção em conjunto de protocolos de cuidado, capacitações que oportunizem a discussão interdisciplinar, melhoria da comunicação, garantindo e proporcionando um atendimento seguro e eficaz ao paciente.

CONCLUSÃO

A partir da análise dos artigos, obtiveram-se informações que proporcionam uma compreensão sobre a importância da gestão do cuidado e a necessidade de pesquisas

relacionadas a essa temática. O estudo alcançou o objetivo proposto de analisar a produção científica relacionada a gestão do cuidado pela equipe multiprofissional ao paciente oncológico na UTI.

Os resultados ressaltam a importância da comunicação como elo preponderante nessa relação de trabalho entre os membros que prestam atendimento ao paciente em situação grave de saúde. Sugere-se então, a produção de estudos posteriores que possibilitem a construção de instrumento que possam contribuir na discussão e compartilhamento dos saberes entre as equipes que atuam na UTI, visando promover uma comunicação segura, efetiva, compartilhada que proporcione um cuidado mais seguro e eficaz ao paciente.

Os artigos desta revisão foram publicados em diferentes contextos sócio culturais, portanto, os cenários possuem características culturais e sociais distintas, deste modo não há como afirmar qual método é o mais adequado. No entanto, cabe ressaltar que todos são importantes e possibilitaram a discussão em relação a gestão do cuidado a serem realizadas ao paciente oncológico em situação de gravidade. Deve-se investir em estudos relacionados a esta temática, a fim de melhorar e aprimorar a prática assistencial e promover a integralidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

AVELAR, J. M. P. et al. Fadiga em pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento radioterápico: estudo prospectivo. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 27, e 3168, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100352&lng=en&nrm=iso>.

AZEVEDO, C. S. et al. Racionalização e Construção de Sentido na Gestão do Cuidado: uma experiência de mudança em um hospital do SUS. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1991-2002, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601991&lng=en&nrm=iso>.

BOLELA, F.; CORREA, A. K. Humanization in intensive care from the perspective of the health team/A humanização em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde/La humanización en terapia intensiva en la perspectiva del equipo de salud. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 4, n. 1, p. 4-10, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2017.

BRAY, F. et al., global cancer transitions according to the Human Development Index (2008-2030): a population-based study. **Lancet Oncology**. London. v. 13, n.8, p:790-801. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22658655>>

CECILIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**, v. 1, p. 197-210, 2003.

COLOMBANI, F., SIBÉ, M., KRET, M. et al. Protocolo de estudo EPOCK: um programa de pesquisa de métodos mistos que avalia as ocupações de enfermagem na coordenação de assistência ao câncer na França como uma intervenção complexa. **BMC Health Services Research**. v.19, p.483. 2019. Disponível:<<https://doi.org/10.1186/s12913-019-4307-7>>.

DE LANGE S., VAN EEDEN I., HEYNS T. Patient handover in the emergency department: ‘How’ is as important as ‘what’. **International emergency nursing**. v.36, pag. 46-50. 2018.

EVANGELISTA, V. C. et al. Equipe multiprofissional de terapia intensiva: humanização e fragmentação do processo de trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 6, p. 1099-1107, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000601099&lng=en&nrm=iso>.

FERRAZZA, A. et al. A sobrevivência ao câncer na perspectiva da família. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 10, n. 3, 2016.

FERREIRA, J. C. et al. Risk factors for noninvasive ventilation failure in cancer patients in the intensive care unit: a retrospective cohort study. *Journal of Critical Care*, v. 30, n. 5, p. 1003-1007, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.04.121>>.

GALVÃO, T.S., et al. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, v. 24, n. 2, p. 335-342. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000200335&lng=en&nrm=iso>

GUERRA, M. R. et al. Magnitude e variação da carga da mortalidade por câncer no Brasil e Unidades da Federação, 1990 e 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 20, supl. 1, p. 102-115. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2017000500102&lng=en&nrm=iso>.

GUPTA, Mayank et al. A prospective evaluation of symptom prevalence and overall symptom burden among cohort of critically ill cancer patients. **Indian journal of palliative care**, v. 22, n. 2, p. 118, 2016.

HERNÁNDEZ-ZAMBRANO et al. Perspective of health personnel on end-of-life care in Intensive Care Units. **Enferm. Intensiva**. V. 31, n4 pag. 170-183. 2020.

JEMAL, A. et al. Relatório anual à nação sobre o status do câncer, 1975–2014, caracterizando a sobrevivência. **Revista do Instituto Nacional do Câncer**. Rio de Janeiro v. 109, n. 9, p.30, 2017.

LIMA, A.S.S; NOGUEIRA, G.S.; WERNECK-LEITE, S.D.D. Cuidados paliativos em terapia intensiva: a ótica da equipe multiprofissional. **Revista da SBPH**, v. 22, n. 1, p. 91-106, 2019.

MATA, L. R. F. et al. Morbidade psicológica e implicações para a recuperação de adultos após cirurgia oncológica. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba. v. 23, n. 1, 2018.

MCNEESE, N. J. et al. Cognição da equipe como forma de melhorar o cuidado ao paciente crítico com câncer após o transplante de células hematopoéticas. **Journal of Oncology Practice**. v. 12, n. 11, pág. 1091-1099, 2016.

MEDEIROS, A. C. et al. Abrangência e humanização da gestão da assistência de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 816-822. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000500816&lng=en&nrm=iso>.

OLIVEIRA, M.M. de et al. Estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 146-157, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000600146&lng=en&nrm=iso>.

PEITER, C.C et al. Gestão do cuidado de enfermagem ao paciente oncológico num hospital geral: uma Teoria Fundamentada nos Dados. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. serIV, n. 11, p. 61-69, 2016. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832016000400007&lng=pt&nrm=iso>.

RAMIREZ-PERDOMO, C.A et al. Incertidumbre frente al diagnóstico de câncer. **Texto contexto - enfermagem**. Florianópolis. v. 27, n. 4, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

REDONDO, P. et al. Holistic view of patients with melanoma of the skin: how can health systems create value and achieve better clinical outcomes? **E cancer medical science**, v. 13, 2019.

SANTOS, D.C.L et al. Planejamento da assistência ao paciente em cuidados paliativos na terapia intensiva oncológica. **Acta Paulista de Enfermagem**. vol.30, n.3 p.295-300. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-

SOUZA, R. F, et al. Eventos adversos na unidade de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem. UFPE on line*, v:12, n1 p. 19-27, 2018.

TIMBRELL, David; PRABHU, Pradeep. On foreign soil: anaesthetists at the surgical multidisciplinary team meeting. *British Journal of Hospital Medicine*, v. 79, n. 6, p. 341-343, 2018.

TORRES, V. B. L.; SOARES, M. Pacientes com neoplasias hematológicas internadas em unidades de terapia intensiva: novos desafios para o intensivista. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 193-195, 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2015000300193&lng=en&nrm=iso>.

VALLE, T. D.; GARCIA, P. C. Critérios de admissão do paciente oncológico em Unidades de Terapia Intensiva de hospitais gerais. *Revista de Ciências Médicas*, v. 27, n. 2, p. 73-84, 2019.

World Health Organization. **World health statistics 2018: Monitoring health for the sustainable development goals**. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1>>.

5 MÉTODO

Estudo de abordagem qualitativa, guiado pelo método *Grounded Theory* ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). O método enfoca os processos de interação entre as pessoas que exploram papéis sociais e condutas humanas. Este método de pesquisa, preocupa-se em aprofundar os significados que correspondem a um espaço pouco explorado sobre os quais pouco se sabe ou para ganhar novos entendimentos sobre o que se sabe, viabilizando a construção de uma teoria a partir de uma vivência social por meio de diferentes fontes (CORBIN; STRAUSS, 2015).

A interação entre o pesquisador e os dados é um processo auto reflexivo, pois os fenômenos são complexos e seus significados não são facilmente entendidos. Este método de pesquisa permite o desenvolvimento de conceitos que não parte de pressupostos (CORBIN; STRAUSS, 2015).

A TFD é considerada autossuficiente, pois através da análise e compreensão dos dados é possível o desenvolvimento de uma teoria, e, permite a construção de conhecimento em realidades pouco exploradas.

Este método de pesquisa é guiado por componentes sistemáticos, sendo eles: condição, ações-interações, consequências e o fenômeno. A condição expressa as informações, explicações e razões dadas pelos informantes sobre determinado assunto, as ações-interações referem-se as respostas dos participantes, sendo as situações ou eventos ocorridos sobre determinado fato ou acontecimento e as explicações dadas sobre determinada ação. O componente consequência refere-se aos resultados obtidos. Esses componentes juntos formam a categoria central ou fenômeno da pesquisa (CORBIN; STRAUSS, 2015).

5.1 Local da pesquisa

Escolheu-se como cenário do estudo o Centro de pesquisas Oncológicas (CEPON), um serviço público, que presta assistência integral, humanizada e de qualidade, e é referência no tratamento oncológico em Santa Catarina. Este hospital dispõe de diversas especialidades e conta com atuação da equipe multiprofissional. Este ambiente foi meu campo de atuação

profissional, onde desenvolvi atividades como enfermeira assistencial na unidade de terapia intensiva, atualmente desempenho atividades assistenciais em outro setor.

5.2 Participantes da pesquisa

O método de pesquisa utilizado não exige limitação do número de participantes do estudo. De acordo com o objeto deste estudo, foram identificados os participantes iniciais que podem ser os melhores informantes. Durante a análise dos dados e surgimento das hipóteses e da necessidade de explorar e compreender melhor os dados, os pesquisadores podem escolheram outras pessoas para ampliar e aprofundar seus conceitos e amostra (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Foram critérios de inclusão para participar da pesquisa: 1) Profissionais que atuam na Unidade de Terapia intensiva 2) Participantes que estejam, no mínimo, há três meses no cargo, pois se considera esse tempo mínimo de experiência para reconhecimento do cargo e atividades envolvidas; O critério de exclusão: Profissionais que desempenham suas atividades por um período inferiores há três meses, profissionais que estavam afastados por quaisquer motivos de suas atividades.

Para o primeiro grupo amostral o convite foi realizado via remota ou pessoalmente. Após esclarecimento do objetivo e método da pesquisa, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As entrevistas foram realizadas em local de escolha do participante, foram gravadas em dispositivo digital de voz, sendo transcritas após cada encontro.

Devido a pandemia todos os cuidados necessários para segurança dos participantes e pesquisadores foram adotados, seguindo as recomendações das agências de saúde.

5.3 Coleta de dados

A definição dos participantes do estudo foi realizada com base no conceito de amostragem teórica, que é um dos principais pressupostos da TFD. A amostragem teórica é o processo de coleta de dados com o objetivo de potencializar as descobertas em busca de suas

propriedades e dimensões ao longo da pesquisa. A amostragem é dirigida pela lógica e pelo objetivo de investigar determinada realidade, e, a partir disso formam-se os grupos amostrais (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Para iniciar a coleta de dados, foi utilizada a questão central: Como você experiencia a gestão do cuidado de uma equipe multiprofissional ao paciente oncológico em uma unidade de terapia intensiva? Questões de apoio foram utilizadas pelo pesquisador a partir das respostas dos participantes para a compreensão dos processos e significados.

O objetivo da amostragem é maximizar a oportunidade de comparar fatos, incidentes ou acontecimentos para determinar similaridades e diferenças de como uma categoria varia nas suas dimensões e especificar sua variabilidade. Na amostragem inicial, o pesquisador está interessado em gerar o máximo de categorias possível, deste modo, as informações coletadas geram categorias e a amostragem se volta para o desenvolvimento, densificação e saturação dessas categorias (CORBIN; STRAUSS, 2015).

A amostragem e análise ocorreram concomitantemente, com a análise guiando a coleta de dados, possibilitando explorar áreas novas ou desconhecidas permitindo ao pesquisador escolher os caminhos de amostragem que gerem o maior retorno teórico. A amostragem estava completa quando as categorias se apresentavam saturadas (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Os participantes desta pesquisa foram elencados a partir da composição de grupos amostrais com profissionais que tenham experiências em relação ao fenômeno em investigação. Para o primeiro grupo amostral, foram entrevistados médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem por serem os profissionais que estão realizando assistência de forma ininterrupta. Foi utilizada a estratégia de amostragem de rede, também conhecida como “bola de neve”, no qual se solicitou aos primeiros participantes que indicassem outros colaboradores para o estudo.

Para a coleta de dados, foi realizada entrevista individual semiestruturada (APÊNDICE A), que possui diretriz ou eixos para discussão com os participantes da pesquisa, oportunizando espaço maior para expressar sua resposta ao pesquisador, a coleta de dados foi realizada no local de trabalho ou em outro ambiente escolhido pelos participantes da pesquisa. A ordem dos assuntos abordados na entrevista foi determinada pela relevância e ênfase que o

entrevistado referia ao assunto abordado. As entrevistas foram feitas nos meses agosto de 2020 a janeiro de 2021, gravada por um dispositivo eletrônico de áudio, transcritas na íntegra, com duração média de vinte minutos. Foram respeitados os aspectos éticos.

Depois de realizada as entrevistas, o áudio foi transcrito na íntegra, em programa *Microsoft Office Word*®, posteriormente, inseridas no *software NVIVO*® 10, onde ocorreu o processo de codificação e organização dos dados.

5.4 Análise dos dados

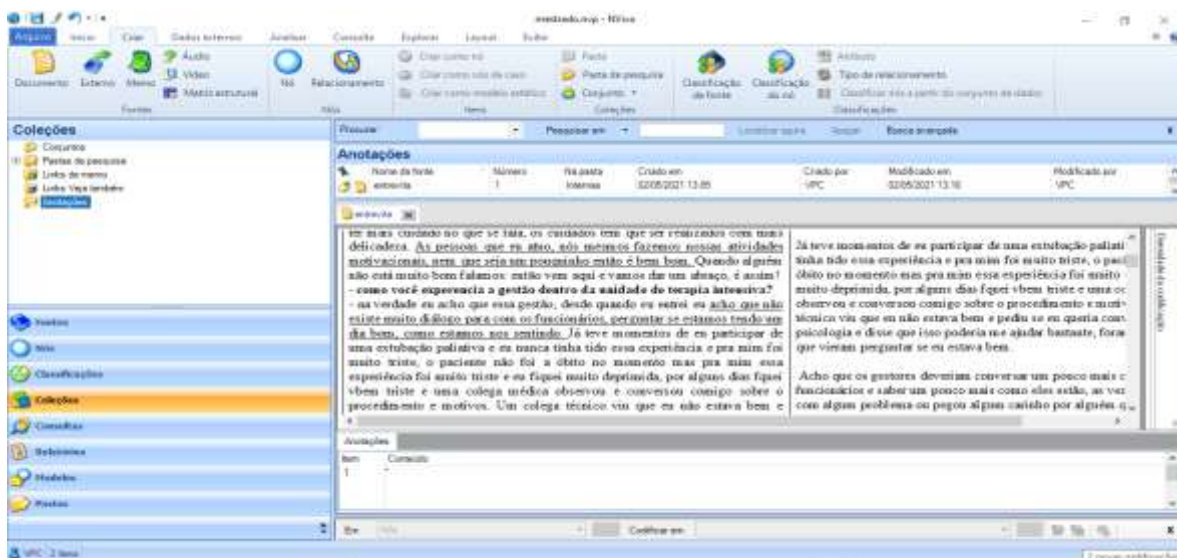
O processo de análise ocorreu concomitante com a coleta de dados, e se deu em três momentos interdependentes, sendo eles: codificação aberta, codificação axial e integração. A codificação aberta consiste na primeira etapa do processo de análise dos dados, requer um trabalho atento e minucioso. O pesquisador inicia codificando cada incidente em quantas categorias de análise forem possíveis, examinando linha a linha, questionando exaustivamente os dados, buscando compreender seu significado a partir da experiência dos participantes da pesquisa. Os dados foram divididos por afinidade, nomeados, conceitualizados e integrados para formar a teoria. Esse primeiro momento, trata-se de leitura no qual o pesquisador examina, reflete, compara e conceitualiza as informações. Nesse processo inicial, ocorre a nomeação dos fenômenos e as informações serão agrupadas de acordo com os fatos e acontecimentos similares (CORBIN; STRAUSS, 2015). Para a análise, fez-se uso do *software NVIVO*® 10, para auxiliar na organização dos dados.

Trata-se de um *software* para análise qualitativa de dados oriundos de textos, entrevistas, gravações em áudio ou vídeo, revisões de literatura, entre outros. Permite que o pesquisador crie seu próprio sistema de códigos, organizando e classificando os dados em categorias e subcategorias.

Ao analisar os dados e levantar hipóteses, conceitos e a partir da necessidade de compreensão dos dados, o pesquisador tem a liberdade de escolher outros participantes para responder ou ampliar as questões que emergem. O processo de análise conduz a conceitos que geram novas questões, levando a novas coletas. Este processo encerra quando atinge a saturação dos dados, ou seja, quando não emergem novos conceitos da coleta, bem como as

principais categorias estão desenvolvidas, apresentam amplitude e estão integradas (CORBIN; STRAUSS, 2015). A saturação teórica foi atingida quando não mais apareceram dados relevantes para a pesquisa, com 28 participantes.

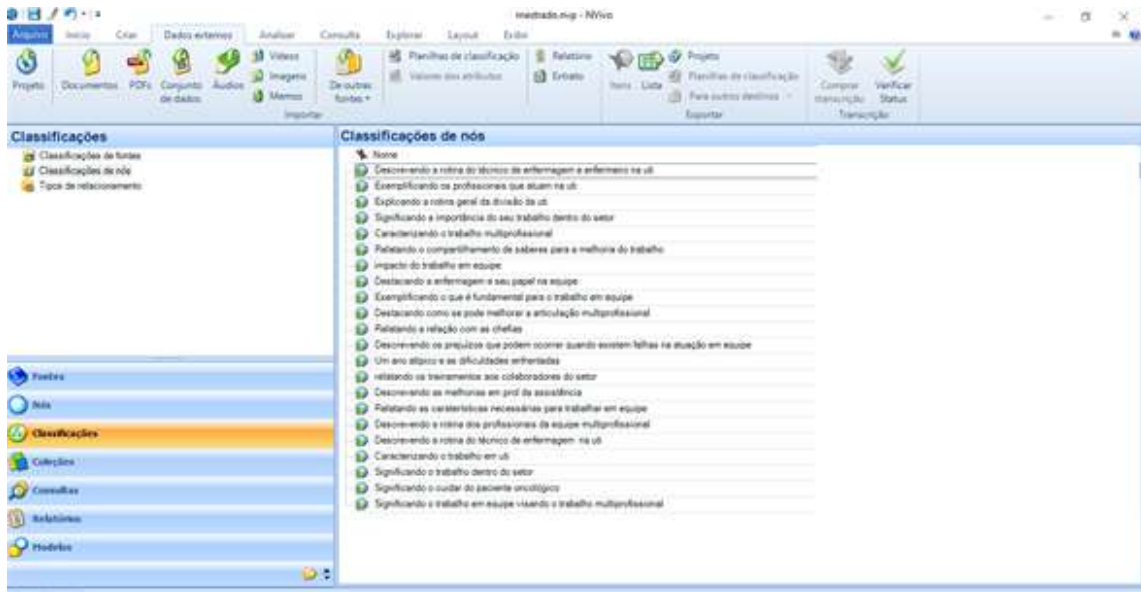
Figura 2 - Codificação aberta no *software NVIVO® 10, 2020*.



Fonte: Captura de tela, *software NVIVO® 10, 2020*.

A codificação axial é o segundo momento da análise dos dados. Os conceitos constituídos pelo pesquisados são reagrupados por suas similaridades e diferenças conceituais, formando categorias que são nomeadas provisoriamente com nomes mais abstratos que os códigos. Cada conceito representa uma categoria. As categorias são problemas ou fatos definidos como relevantes para o entrevistado. O objetivo é reorganizar os códigos, em nível maior de abstração, desse modo novas combinações são estabelecidas de modo a forma as subcategorias. As subcategorias são as respostas, as explicações sobre os fenômenos. Esse processo de relacionar as categorias e suas subcategorias para formar explicações mais precisas e completas sobre os fenômenos. Trata-se de uma etapa que demanda grande reflexão e sensibilidade teórica do pesquisador (CORBIN; STRAUSS, 2015).

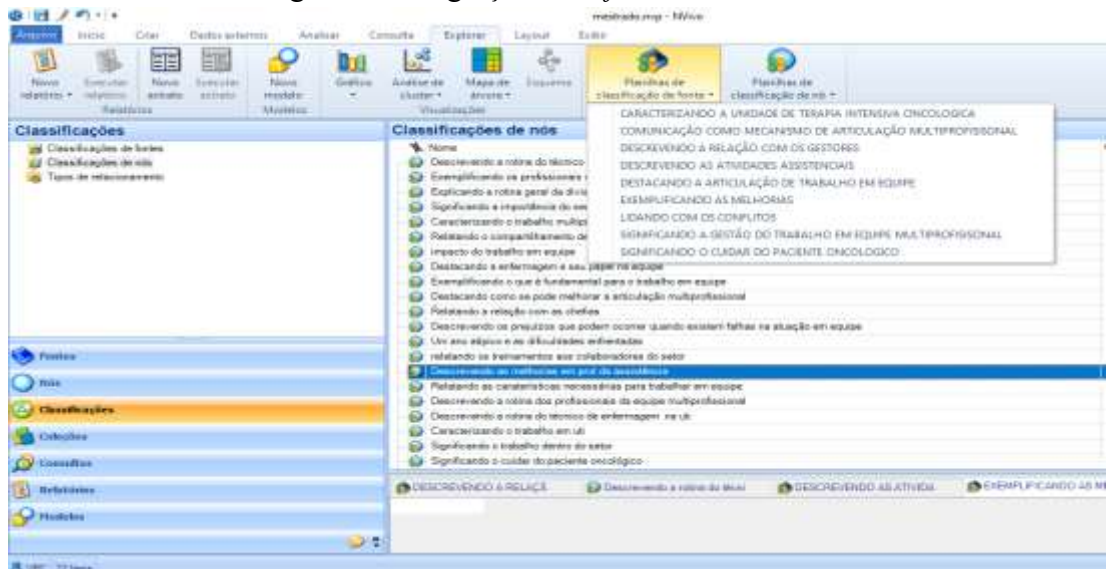
Figura 3 - Codificação axial no *software NVIVO® 10, 2020*.



Fonte: Captura de tela, *software NVIVO® 10*, 2020.

A integração é o último estágio do processo de análise dos dados. É considerada a etapa final do processo analítico para o desenvolvimento da teoria. Neste momento, ocorre a integração e o refinamento das categorias, de tal modo que elas se organizem em torno de um conceito explicativo central a partir dos significados mostrados nas categorias, subcategorias e suas respectivas inter-relações (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Figura 4 - Integração no *software NVIVO® 10*, 2020.

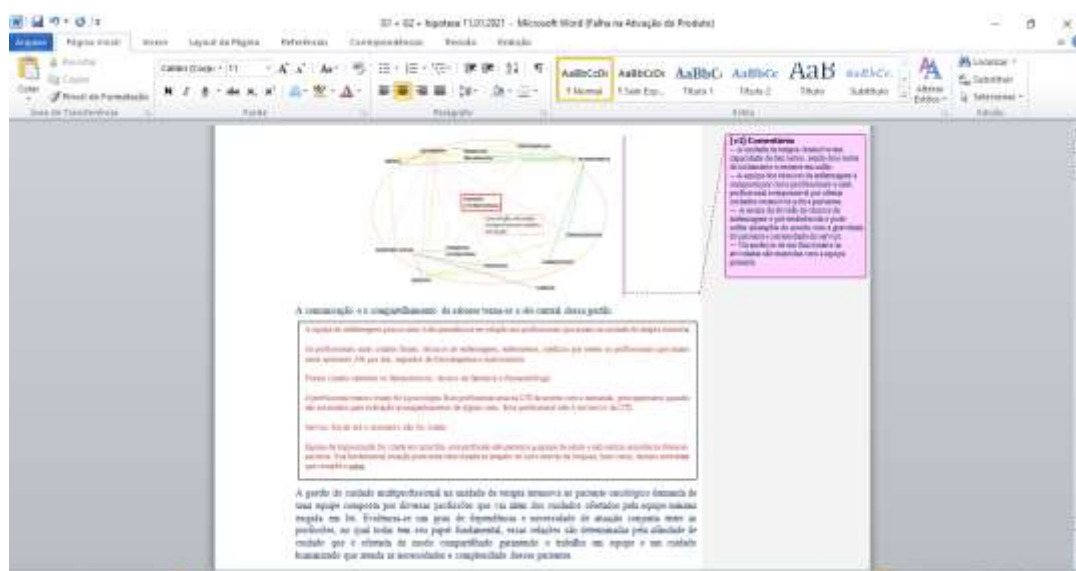


Fonte: Captura de tela, *software NVIVO® 10*, 2020.

Por teoria compreende-se um conjunto de categorias bem desenvolvidas, em termos de propriedades e dimensões, sendo interrelacionadas, formando uma estrutura teórica que explica o fenômeno estudado. Por estar restrita a um contexto específico, nesse estudo desenvolveu-se uma teoria substantiva (CORBIN; STRAUSS, 2015).

No método, o pesquisador faz uso de memorandos como ferramenta para auxiliar a análise, reflexão e organização dos dados, que foram construídos ao longo da pesquisa. Os memorandos são registros escritos sobre o processo analítico, reflexivo, comparativo dos dados e suas relações (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Figura 5 – Memorando



Fonte: Análise utilizando o *Microsoft Office Word*®, 2020.

5.5 Validação da teoria substantiva

A validação da teoria deu-se via formulário eletrônico, participaram deste processo cinco enfermeiros com expertise na temática e/ou método. Dentre os participantes, uma é mestre e atua como enfermeira em Florianópolis, dois são doutorandos do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e duas são doutoras.

Aos participantes encaminhou-se, no e-mail, um documento para validação (APÊNDICE C), composto por breve apresentação da pesquisa e perguntas a serem

respondidas, de modo a qualificar a teoria. Esta etapa de validação ocorreu no final do mês de abril de 2021. As considerações dos avaliadores foram analisadas pelas pesquisadoras, realizando a revisão e aperfeiçoamento da apresentação da teoria.

5.6 Aspectos éticos

Para atender aos aspectos éticos, foram seguidas as recomendações da Resolução nº. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

O projeto foi encaminhado para apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Oncológicas - CEPON - Santa Catarina. O consentimento livre e esclarecido por escrito foi solicitado, garantindo a confidencialidade da identidade dos participantes e das informações colhidas (APÊNDICE B).

A aprovação desta pesquisa deu-se pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, com o parecer nº: 4.050.326 e CAAE: 31115920.1.0000.0121 na data de 26 de maio de 2020 e pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos do Centro de Estudos, Pesquisa e Ensino do CEPON, com o parecer nº 4.133.598 e CAAE: 31115920.1.3001.5355 na data de 03 de julho de 2020.

Benefícios: Antecedendo o aceite da participação, será explicado aos participantes a finalidade e contribuições do estudo.

Para o participante desse estudo, foi explicado que ele (a) contribuiria para que o pesquisador compreendesse como a equipe multiprofissional experiencia a gestão do cuidado ao paciente oncológico em uma unidade de terapia intensiva. A pesquisa buscou propor uma teoria de gestão do cuidado multiprofissional ao paciente oncológico, nesse complexo de cuidado.

Da confidencialidade e do anonimato, foi informado e garantido aos participantes o anonimato de imagem e confidencialidade das informações. Os participantes dessa pesquisa foram identificados na validação como P1, P2 e P3 e assim sucessivamente. Os dados coletados somente serão utilizados para esta pesquisa, sendo permanecidos arquivos sob responsabilidade da autora por um período de cinco anos, mantendo sigilo absoluto. As

informações coletadas na pesquisa serão utilizadas em publicações de artigos científicos ou outros trabalhos relacionados a eventos científicos, todavia como forma de manter a privacidade, se utilizará a identificação citada anteriormente, desta maneira em nenhum momento o nome dos participantes aparecerá ou será divulgado.

Da remuneração e ressarcimento: Por ser uma pesquisa de caráter voluntário não foi oferecida remuneração pela participação, bem como os integrantes não possuirão despesas. O participante tem a liberdade em deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem ter que apresentar qualquer justificativa. A recusa ou desistência da participação do estudo não implicará em nenhuma sanção, prejuízo, dano ou desconforto.

Dos danos decorrentes da pesquisa: Os riscos envolvidos são mínimos (desconfortos psicológicos, alterações emocionais e stress) por envolver uma pesquisa que desenvolverá a coleta de dados por meio entrevista gravada em meio digital, o participante será acompanhado (por meio digital) por um dos pesquisadores, que lhe prestará toda a assistência necessária ou acionará pessoal competente para isso.

Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos foram respeitados, mantendo o sigilo dos participantes. Os dados serão utilizados em produções acadêmicas, como apresentação em eventos e publicações em periódicos científicos.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo estão organizados em dois manuscritos. O manuscrito 2, é intitulado, O contexto do cuidado na Unidade de Terapia Intensiva Oncológica sob a perspectiva da atuação multiprofissional, e o manuscrito 3, Gestão do cuidado pela equipe multiprofissional ao paciente oncológico em Unidade de Terapia Intensiva.

Este tópico segue a Instrução Normativa 10/PEN, de 15 de junho de 2011, que dispõe sobre a elaboração e apresentação dos trabalhos de conclusão de cursos de mestrado e de doutorado em enfermagem.

6.2 MANUSCRITO 2: O CONTEXTO DO CUIDADO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ONCOLÓGICA SOB A PERSPECTIVA DA ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL

RESUMO

Objetivo: Compreender o contexto do cuidado ao paciente oncológico em uma unidade de terapia intensiva sob a perspectiva da atuação multiprofissional. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa que utilizou o referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas, no período de agosto de 2020 a janeiro de 2021, no Centro de Pesquisas Oncológicas, referência no tratamento oncológico em Santa Catarina. Foram entrevistados 28 participantes, divididos em dois grupos amostrais. A análise ocorreu mediante codificação aberta, codificação axial e integração dos dados. **Resultados:** A internação neste ambiente é um evento traumático ao paciente e família. A realização do cuidado necessita da equipe multiprofissional que interligue a assistência ao aporte tecnológico com o cuidado humanizado. **Conclusão:** Evidencia-se um grau de dependência e necessidade de atuação conjunta entre as profissões, no qual todas tem seu papel fundamental para realização do cuidado intensivo que atenda as necessidades biológicas, psicossociais e espirituais.

Descritores: Equipe de Assistência ao Paciente; Integralidade em Saúde; Neoplasias; Unidades de Terapia Intensiva. Teoria Fundamentada nos Dados.

INTRODUÇÃO

O câncer é considerado um problema de saúde pública mundial e está entre as principais causas de morte prematura (antes dos 70 anos de idade), caracterizada como uma doença crônica não transmissível que apresenta forte carga de morbidades, sendo responsável por grande número de internações, perda significativa da qualidade de vida que se aprofunda à medida que a doença se agrava (BRASIL, 2019).

O paciente com câncer apresenta características clínicas e fisiopatológicas peculiares e os avanços relacionados ao tratamento implicam no apoio de uma estrutura hospitalar de alta complexidade e com maior densidade tecnológica (VALLE, GARCIA, 2019). A utilização de quimioterápicos e procedimentos cirúrgicos de alto risco no qual os pacientes podem ser submetidos durante a evolução da doença, pode ocasionar a utilização de leitos de unidade de terapia intensiva (UTI), devido às complicações relacionadas ao tratamento e possibilidade de cuidados intensivos nesse ambiente (OLIVEIRA et al., 2015).

O cuidado ao paciente oncológico demanda de médicos da cirurgia oncológica, da quimioterapia e radioterapia, entre outras especialidades. Entretanto, os tratamentos instituídos devem estar inseridos em uma abordagem multidisciplinar no qual outras áreas técnico-assistenciais, como enfermagem, nutrição, fisioterapia, farmácia, fonoaudiologia, serviço social, odontologia e psicologia, estejam obrigatoriamente envolvidos. Ademais, cada área tem seu papel bem estabelecido e a abordagem multidisciplinar é mais efetiva do que uma sucessão de intervenções isoladas (BRASIL, 2020).

A atenção integral ao paciente requer uma atuação solidária, coordenada e uma inter-relação de diferentes profissionais envolvidos para uma abordagem humanizada, ampla e organizada do cuidado. Essa atuação integrada possibilita o empoderamento da equipe, visão integral das ações e acontecimentos, comunicação aberta, alinhamento e compartilhamento de responsabilidades promovendo resultados mais efetivos do cuidado (BARBOSA et al., 2020).

A atuação e abordagem multiprofissional ao paciente oncológico garantem cuidados relacionados aos aspectos físico, psicológico e espiritual, devido à complexidade que envolve o atendimento destes pacientes (BRASIL, 2020). A atuação em equipe representa uma

modalidade de trabalho coletivo com intenso compartilhamento de valores e objetivos, visando responder a situações de cuidados imprescindíveis, urgentes e de maior complexidade e para isso é necessária intensa interdependência e integração das ações (PEDUZZI, AGRELI, 2018).

O tratamento intensivo para pacientes com câncer é complexo e desafiador, porque demandam de um cuidado das complicações relacionadas à doença (TORRES; SOARES et al., 2015). Os principais motivos de admissão na UTI estão relacionados a complicações pós transplante de medula óssea, insuficiência respiratória, insuficiência renal, choque séptico, edema pulmonar, distúrbios eletrolíticos e a necessidade de observação pós-operatória (FREEDMAN et al., 2020). A UTI representa um ambiente complexo pela gravidade dos pacientes, especificidades de cuidado, pelo aparato tecnológico e número de profissionais envolvidos no cuidado (BORGES et al., 2017, LIMA et al., 2019, FREEDMAN et al., 2020).

Compreender o atendimento oncológico crítico especializado leva a uma base de conhecimento mais focada no qual os serviços podem ser organizados para ajudar na discussão dos cuidados e objetivos da assistência (TORRES; SOARES et al., 2015). O trabalho multiprofissional em UTI favorece os o paciente, uma vez que a mortalidade hospitalar é menor em UTIs onde os cuidados são gerenciados em conjunto por diferentes prestadores de cuidados (TORRES; SOARES et al., 2015).

Neste sentido, considerando o ambiente de atenção à saúde ao paciente oncológico em cuidado crítico, que requer atuação multiprofissional integrada e solidária, este estudo objetivou compreender o contexto do cuidado ao paciente oncológico em uma unidade de terapia intensiva sob a perspectiva da atuação multiprofissional.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa orientada pelo método *Grounded Theory*, também chamado Teoria Fundamentada nos Dados (TFD).

O cenário elegido para este estudo foi o Centro de pesquisas Oncológicas (CEPON), referência no tratamento oncológico em Santa Catarina. Este hospital dispõe de diversas especialidades e conta com atuação da equipe multiprofissional. Para participar da pesquisa os

participantes deveriam ter experiência mínima de três meses no setor, e aceitar participar da pesquisa.

A amostragem teórica deste estudo foi composta por dois grupos amostrais (GA). O primeiro GA foi formado por doze participantes, composto por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem atuantes na unidade de terapia intensiva, dez do sexo feminino, dois do sexo masculino, com idade entre 28 e 40 anos. O segundo GA foi composto por dezesseis participantes, sendo quatorze do sexo feminino e dois do masculino, com idades entre 27 e 58 anos. Ao total, foram realizadas 28 entrevistas.

O tamanho da amostra teórica foi determinado pela Saturação Teórica dos dados, de acordo com a TFD e que respondiam ao objetivo do estudo. A coleta de dados foi realizada com entrevista individual, semiestruturada, gravada em meio digital, no local de trabalho ou em outro ambiente escolhido pelos participantes, nos meses agosto de 2020 a janeiro de 2021. As entrevistas foram transcritas na íntegra, com duração média de vinte minutos.

Ressalta-se que a coleta e análise dos dados ocorreram simultaneamente, por meio dos processos de codificação aberta, codificação axial e integração. Na fase inicial ocorreu o processo de análise dos dados através da nomeação dos fenômenos, as informações foram agrupadas de acordo com os fatos e acontecimentos similares, e, posteriormente os conceitos constituídos foram reagrupados por suas similaridades e diferenças e por fim ocorreu a integração e o refinamento das categorias, de tal modo que elas se organizaram em torno de um conceito explicativo central a partir dos significados mostrados nas categorias, subcategorias e suas respectivas inter-relações (CORBIN; STRAUSS, 2015).

O método proporciona melhor compreensão sobre um determinado contexto, e fornece explicações de como e onde os eventos ocorrem, possibilitando explorar novos entendimentos interpretativos sobre determinada realidade (CORBIN; STRAUSS, 2015). Do processo de análise, e compreendendo o contexto do estudo, realizado em uma UTI oncológica, evidenciou-se que a atuação em equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva, é fundamental para atender a complexidades do paciente oncológico e promover um cuidado seguro e humanizado.

Os aspectos éticos foram respeitados conforme a resolução do Conselho Nacional de Saúde de nº 466/12 (BRASIL, 2012). O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de

Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEP/UFSC), com o parecer nº: 4.050.326 e CAAE: 31115920.1.0000.0121 na data de 26 de maio de 2020 e pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos do Centro de Estudos, Pesquisa e Ensino do CEPON, com o parecer nº 4.133.598 e CAAE: 31115920.1.3001.5355 na data de 03 de julho de 2020. Preservou-se a confidencialidade da identidade dos participantes utilizando-se a inicial “P”, seguida do número ordinal de cada entrevista.

RESULTADOS

Neste manuscrito serão apresentados os resultados relativos ao contexto do cuidado na UTI sob o ponto de vista assistencial da equipe multiprofissional. O resultado contém três tópicos principais, que foram separados por afinidade e de maneira intencional pela pesquisadora para melhor descrevê-los, sendo: Caracterizando a UTI; Descrevendo as atividades assistenciais e significando o cuidar do paciente oncológico.

CARACTERIZANDO A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ONCOLÓGICA

Explicando a rotina geral da divisão da UTI

A Unidade de Terapia intensiva é caracterizada por ser um ambiente de elevado aparato tecnológico e pela capacidade de ofertar espaço para a realização de cuidado intensivo a pacientes em situação crítica de saúde decorrente do agravo da doença oncológica ou cirurgia de alta complexidade que demanda de cuidados intensivos.

UTI significava paciente grave, é um ambiente que demanda muito dos profissionais (P01).

Nosso perfil é atendimento pós-operatório de cirurgia complexa e pacientes clínicos oncológicos adulto (P21)

Este ambiente dispõe de recursos materiais, físicos e profissionais, capaz de oferecer cuidado ininterrupto e intensivo com todos os recursos necessários. Para os profissionais, a unidade é caracterizada por ser um ambiente estressante e que causa apreensão pela demanda constante de atenção e pela gravidade dos pacientes.

É um ambiente que nos deixa apreensivos (...). O tempo todo você fica prestando muita atenção porque qualquer coisa diferente o paciente pode piorar, então, mesmo que você não queira vai ter estresse é inevitável. É um ambiente que requer agilidade e atenção o tempo todo (P04).

É um ambiente de alta complexidade, neste ambiente você não pode olhar o número de pacientes internados, tem que estar atento às demandas que esses pacientes exigem. Na maioria dos casos são pacientes que precisam de ventilação mecânica, drogas vasoativas e você tem que estar ali o tempo todo para que tudo ocorra bem (P06).

Elencando os profissionais que atuam neste setor

A equipe mínima que compõe a UTI é formada pelos profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem que atuam ininterruptamente, o profissional fisioterapeuta é um dos integrantes da equipe mínima, porém, não realiza suas atividades no período noturno e nos finais de semana tem sua carga horária reduzida.

Os demais membros da equipe multiprofissional desempenham suas atividades assistenciais através de visitas diárias ou solicitação de pareceres de avaliação de acordo com a demanda, porém não são profissionais exclusivos do setor de terapia intensiva. Como demonstrado abaixo:

Os principais profissionais que compõe a equipe são: técnicos de enfermagem, enfermeiro e médico; conforme a necessidade nutricionista, fonoaudiologia, psicologia porque não ficam integralmente dentro do setor. Sinto falta da Terapia ocupacional, do serviço social e do dentista (P18).

DESCREVENDO AS ATIVIDADES ASSISTENCIAIS

Significando a atuação e descrevendo a rotina dos profissionais.

A UTI é um ambiente que necessita de uma equipe multiprofissional articulada que atenda a todas as demandas do paciente sendo elas: biológicas, psicológicas, sociais e espirituais. A atuação em conjunto é fundamental para minimizar os danos que essa experiência pode ocasionar ao paciente.

O paciente dentro da UTI ele tem uma sensação de impotência enorme, porque ele não pode levantar, está monitorizado, cheio de dispositivos e aparelhos (...) ali ele depende muito da equipe de enfermagem e do médico, mas quando o cuidado é ofertado por demais profissionais tudo se torna mais seguro e completo (P12).

Os núcleos profissionais têm suas rotinas e peculiaridades, e todas possuem sem distinção fundamental importância e em conjunto proporcionam um cuidado integrado ao paciente. As ações compartilhadas garantem um cuidado seguro e humanizado.

É de fato onde mais se precisa de uma equipe atuando em conjunto. A equipe é o coração da UTI porque o médico sozinho não faz nada, o enfermeiro sozinho não faz nada, psicólogo sozinho não faz nada (...). Quando todas as especialidades conversam, nós percebemos na prática como é benéfico para o paciente, as ações passam a ser articuladas e as coisas funcionam de uma forma melhor (P19).

A rotina de atuação profissional no ambiente varia de acordo com as especificidades de cada profissão, no entanto o elo comum a todas é assegurar e garantir a avaliação, condutas e o melhor cuidado ao paciente.

Existe a passagem de plantão de cada paciente dizendo o que aconteceu nas últimas horas. Quando iniciamos o plantão verificamos os exames de laboratório e de imagens e iniciamos nosso atendimento, todos os pacientes são atendidos e tudo o que acontece é registrado em prontuário (P09).

O médico deve identificar, conhecer, agir e corrigir o problema de saúde que ocasionou a internação na UTI, no caso do paciente oncológico, em alguns casos existe apenas uma melhora do risco de vida imediato para ele poder dar continuidade ao tratamento (P20).

A principal função do farmacêutico, entre outras é fazer análise sobre tudo, desde as informações básicas de medicações padronizadas, a questão das interações e não apenas essa interface medicamento-medicamento, mas interação com dietas e com materiais e as incompatibilidades. As informações mudam muito rápidas e estar atento a isso e repassar aos demais membros da equipe para que visualizem de maneira fácil é fundamental (P11).

A equipe dos técnicos de enfermagem é composta por cinco profissionais e cada profissional é responsável por ofertar cuidados intensivos a dois pacientes. A escala de trabalho é pré-estabelecida e pode sofrer alterações de acordo com a gravidade do paciente e necessidade do serviço, sendo avaliada a necessidade de remanejamento pelo enfermeiro assistencial.

A equipe médica e de fisioterapia é composta por quatro profissionais durante o período diurno, no qual cada profissional é responsável por ofertar cuidados a cinco pacientes. O plantão varia de seis a doze horas. A atuação, divisão e colaboração entre os profissionais variam de acordo com a necessidade e demanda do setor.

O profissional enfermeiro é responsável pelos dez leitos e conta com a ajuda de um enfermeiro que desempenha suas atividades mais voltadas as rotinas burocráticas do setor, este profissional atua de segunda a sexta feira e trabalha oito horas por dia. Nos finais de semana este profissional está ausente. Por plantão a supervisão da equipe de enfermagem e cuidados privativos do enfermeiro fica sob a responsabilidade de um profissional.

A rotina de cuidados é dividida por escalas, se há dois pacientes muito graves, é remanejado a escala para se tornar mais leve, mas nem sempre isso é possível. É um ambiente onde os pacientes são instáveis ou podem agravar muito rápido (P05)

A enfermagem é composta por cinco técnicos, nem sempre a escala está completa. São duas enfermeiras, uma de 12h e outra que trabalha 8h, existe uma sobrecarga de trabalho (P08).

O profissional nutricionista realiza sua avaliação e prescrição nutricional e não é fixo deste setor, assim como o profissional farmacêutico. O profissional fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social e dentista realizam suas avaliações de acordo com a demanda da equipe mínima através da solicitação de pareceres de avaliações, não são realizados por estas classes profissionais busca ativa ou avaliações diárias ao paciente ou de orientação à equipe devido às demandas de trabalho.

Pela nossa equipe ser reduzida a gente não tem a possibilidade de despender um profissional específico para a unidade de terapia intensiva. As nossas avaliações se dão por meio de solicitação de parecer, esse parecer pode ser via sistema ou contato direto com o profissional (P12).

A atuação do nutricionista dentro de uma UTI é de garantir o aporte nutricional, tanto dos pacientes que estão em dieta oral como os que estão em dieta enteral para que eles possam se recuperar adequadamente do evento agudo que ocorreu (P13).

O profissional fonoaudiólogo dentro desse setor tem como principal objetivo fazer a reintrodução da dieta via oral com a consistência mais adequada e segura possível, se necessário são realizadas manobras e exercícios de estimulação, pensando sempre na segurança do paciente (P23).

A terapia ocupacional trabalha com a manutenção e função do paciente, se ficou com algum tipo de sequela, o principal objetivo é readaptar as para as atividades do dia a dia. Este profissional também trabalha com a questão emocional através de as atividades expressivas, atividades produtivas para que ele tenha um gerenciamento da ansiedade e não tenha nenhum tipo de agravamento nesse sentido (...) respeitando a autonomia e tentando melhorar a qualidade desse paciente (P21).

Na ausência de um profissional as atividades de cuidado são mantidas com a equipe mínima o que pode ocasionar uma sobrecarga física e emocional.

A equipe de enfermagem fica muito próxima ao paciente, e eles sabem realizar o acolhimento, na maioria das vezes eles são os primeiros a verificar que há algo de errado com aquele paciente. Ter o profissional psicólogo realizando visitas, avaliações e acompanhamento diário, previne questões emocionais e fortalece o paciente em relação ao momento no qual ele está vivenciando, quando não tem esse profissional há sobrecarga psicológica da equipe (P12).

SIGNIFICANDO O CUIDAR DO PACIENTE ONCOLÓGICO

Significando o cuidar do paciente oncológico na perspectiva multiprofissional

O paciente oncológico demanda de cuidados de diversas especialidades médicas e não médicas pela complexidade da doença. A integração dos cuidados com as mais diversas especialidades e profissões garante a qualidade do atendimento e é visto como algo primordial e demonstra-se como um trabalho diário e árduo a ser executado pelos profissionais da saúde.

A doença em si ela é muito traiçoeira, dependendo do estágio ela está muito avançada e ocorre a dificuldade de buscar e conseguir a cura, apesar dos recursos disponíveis. Nesse sentido os pacientes necessitam

de muito mais atenção e cuidado porque você pode estar caminhando para o caminho da cura e ela pode ter todos esses vieses, e até mesmo para o cuidado paliativo (P18).

Para os participantes da pesquisa, o cuidado extrapola as perspectivas biológicas. O câncer é uma palavra ainda muito atrelada à morte e quando associada à UTI ocasiona impactos negativos ao paciente e família, minimizar esses danos e garantir a estabilização clínica para que o paciente possa prosseguir com seu tratamento oncológico são metas da equipe.

O cuidado não é só prescrever e administrar o remédio tem a questão da atenção da humanização que você vai ofertar a essas pessoas. O paciente oncológico é um paciente que já está fragilizado pela doença. E essa doença tem características distintas. A palavra câncer assusta, e as pessoas ficam muito abaladas emocionalmente pelo diagnóstico estar fortemente associado morte e é um desfecho frequentemente visto, então é um paciente que precisa de mais atenção nesse sentido, seja na forma como são colocadas as coisas, seja na forma como abordamos a família (P19).

Paciente em si tem as necessidades físicas que são atendidas pela equipe de saúde, as necessidades emocionais são tratadas pelo serviço de psicologia, pelo serviço social ou enfermagem que os acolhe, mas o paciente traz consigo essas questões que envolvem espiritualidade e que precisa ser trabalhada, a equipe se completa em todos esses sentidos (P22).

Para a equipe o fortalecimento do paciente e família frente ao agravo da sua doença torna-se algo fundamental, como evidenciado:

Dispomos da equipe de psicologia hospitalar que atende pacientes, familiares e acompanhantes, esses profissionais auxiliam muito no fortalecimento psicológico dentro da terapia intensiva (P12).

Trabalhamos as questões orgânicas, alimentares e emocionais, tudo está interligado e cada profissão tem seu papel neste cuidado. É importante acolher o paciente no momento mais difícil da sua vida, tentamos tirar os seus medos e anseios (P24).

Outro fator marcante do setor de terapia intensiva é a busca incessante pela estabilização do quadro clínico do paciente para prosseguimento do tratamento oncológico, no entanto, não é raro as ações voltadas a terapêutica serem cessadas e os cuidados paliativos

serem instalados. Fica evidenciado que existe uma demanda psicológica por parte dos profissionais quando isso ocorre, e existe uma demanda em relação à participação da equipe médica de cuidados paliativos se fazer presente para orientação sobre as condutas a serem adotadas, garantindo o conforto e um manejo mais adequado do paciente.

Quem trabalha em UTI em oncologia precisa aprender a lidar com a perda, isso tem que ser muito bem trabalhado, alguns colegas precisam de apoio psicológico para poder desenvolver isso porque não é fácil (P04).

Depende muito do paciente, alguns nos marcam muito pela idade, às vezes pelo tipo de cirurgia, outros pela piora rápida. Apesar de ser a UTI e ser um setor mais específico, quando chega alguma internação ou um paciente que você cuidou em algum outro momento e você se vê nesse momento “perdendo” o paciente sente muito e se impacta bastante (P10).

Acho importante a equipe de cuidados paliativos participarem da UTI, é fundamental esses profissionais para a discussão ampla dos casos. Às vezes ficamos obstinados em busca da cura e ela não existe e eles poderiam contribuir nesse sentido, de amparar e trazer um novo olhar de cuidado (P25).

DISCUSSÃO

A UTI tem como finalidade ofertar suporte terapêutico intensivo ao paciente no período de maior gravidade doença ou risco da doença, potencialmente recuperáveis e que requerem uma equipe multidisciplinar qualificada (TULIO et al., 2018; FREEDMAN et al., 2020). Este ambiente é definido como um espaço no qual é ofertado atendimento de forma contínua, realizado por profissionais especializados, utilizando de materiais e tecnologia necessária para monitorização e terapia (BRASIL, 2010, VALLE, GARCIA, 2019, FREEDMAN et al., 2020).

O paciente oncológico apresenta características peculiares e necessita de suporte intensivo durante o curso da doença associadas à malignidade subjacente, complicações da terapia ou por cirurgias complexas (VALLE, GARCIA, 2019, FREEDMAN et al., 2020). A admissão neste ambiente é um evento traumático para pacientes e seus familiares (FREEDMAN et al., 2020).

A realização do cuidado na UTI necessita da equipe multiprofissional que interligue a assistência ao aporte tecnológico com o cuidado humanizado (BRILL et al., 2020). O Cuidado deve ser realizado através de uma abordagem multiprofissional que contemple as necessidades clínicas, psicossociais e espirituais do paciente e família (GRIPA et al, 2018). Para ofertar tal cuidado é necessária uma equipe composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, entre outros profissionais (FERNANDES et al., 2018).

Para a concretização desse cuidado é necessário enfatizar articulação efetiva entre os membros da equipe, como também, proporcionar um ambiente de trabalho harmonioso com assistência livre de danos. A comunicação é tida como fundamental para um bom desenvolvimento do trabalho, porque fortalece as interações e o vínculo entre a equipe (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015, FARIAS et al., 2018). Atuar em equipe é necessário, porque neste processo cada profissional compreende o seu papel e desempenha sua participação ativa a fim de reduzir as falhas e garantir a segurança do paciente (SANTOS et al., 2020).

Cabe destacar, que para o trabalho em equipe é importante proporcionar mudanças em relação espaços de comunicação, atividades de educação permanente da equipe multiprofissional com uma abordagem mais participativa no ambiente de trabalho, objetivando a melhoria da assistência ao paciente. Para tal, é necessário um esforço coletivo, pois o objetivo central é prestar assistência de qualidade (FARIAS et al., 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados ressaltam a importância de compreender o contexto do cuidado intensivo ao paciente oncológico e o trabalho em equipe multiprofissional. Os profissionais devem ser encorajados a realizar momentos de discussão tendo em vista a importância da cooperação do trabalho compartilhado que proporcionam um cuidado seguro e humanizado ao paciente. O trabalho em equipe é essencial para a realização de um atendimento de qualidade, pois através dele todas as especificidades e complexidades do cuidado ao paciente oncológico são atendidas.

O estudo apresenta limitações pelo cenário e especificidade da pesquisa. Foi possível compreender o contexto de atuação da equipe multiprofissional ao paciente oncológico na

Unidade de Terapia intensiva, bem como a importância do trabalho em equipe e da articulação entre os profissionais envolvidos no cuidado.

Sugere-se então, a produção de estudos posteriores que possibilitem a formulação de instrumento e mecanismos que possam promover uma comunicação segura, o compartilhamento de saberes com vistas a garantir a segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de unidades de terapia intensiva e dá outras providências. Diário Oficial da União, 25 fev 2010.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – 6. Ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2020.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Resolução nº 466, de 2012.

BARBOSA, R.V. et al. Benefícios do round multidisciplinar na unidade de terapia intensiva. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 6, p. 17989-18001, 2020.

BORGES, F. et al.; Dimensionamento de pessoal de enfermagem na UTI-adulto de hospital universitário público. **Revista Cogitare Enfermagem**. Curitiba. v. 22, n. 2, p. e50306, 2017. Disponível em: < <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/50306>>.

CARRAPATO, J.F.L et al. Percepções dos profissionais de saúde da atenção primária sobre qualidade no processo de trabalho. **Saúde e Sociedade**, v. 27, p. 518-530, 2018.

CORBIN, J.; STRAUSS, A. **Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing Grounded Theory**. California: SAGE, 2015.

FARIAS, E. S. et al. Comunicação efetiva: elo na segurança do paciente no âmbito hospitalar. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-Sergipe**, v. 4, n. 3, p. 139-139, 2018.

GRIPA, J. A. et al. Cuidado humanizado de enfermagem à pessoa idosa com câncer. **Disciplinarum Scientia| Saúde**, v. 19, n. 2, p. 235-243, 2018.

NOGUEIRA, J.W.S.; RODRIGUES, M.C.S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, v.20, n.3, 2015

OLIVEIRA, M.M. de et al. Estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 146-157, 2015. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000600146&lng=en&nrm=iso>.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H.F. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1525-1534, 2018.

SANTOS, G.R.S.et al. Comunicação no handover na terapia intensiva: sentidos e práticas da equipe de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre. v. 41, e20180436, 2020.

TORRES, V. B. L.; SOARES, M. Pacientes com neoplasias hematológicas internadas em unidades de terapia intensiva: novos desafios para o intensivista. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 193-195, 2015. Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2015000300193&lng=en&nrm=iso>.

TULIO, K.S.C et al. Alterações no perfil da microbiota bucal durante permanência na UTI: colonização por patógenos respiratórios potenciais. **Arch. Health Invest**, p. 351-357, 2018.

VALLE, T.D; GARCIA, P. C. Critérios de admissão do paciente oncológico em Unidades de Terapia Intensiva de hospitais gerais. **Revista de Ciências Médicas**, v. 27, n. 2, p. 73-84, 2019.

6.3 MANUSCRITO 3: GESTÃO DO CUIDADO PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL AO PACIENTE ONCOLÓGICO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

RESUMO

Objetivo: Compreender a gestão do cuidado pela equipe multiprofissional ao paciente oncológico em unidade de terapia intensiva. **Método:** Pesquisa qualitativa que utilizou o referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados. Participaram do estudo 28 profissionais divididos em dois grupos amostrais. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista individual, semiestruturada, em um hospital referência em oncologia do sul do Brasil. A teoria foi validada com experts na temática e no método. **Resultados:** Nos serviços de saúde a gestão do cuidado pode ser realizada nas dimensões organizacionais e sistêmicas e é caracterizada pelo compartilhamento de fluxos de atendimentos entre diferentes profissionais, comunicação e trabalho em equipe. Pode ser compreendida como a disponibilização de tecnologias de saúde, respeitando as singularidades e necessidade de cada indivíduo, garantindo autonomia, segurança e bem-estar. **Conclusão:** A gestão do cuidado é realizada por meio da participação e responsabilização entre todos os integrantes e equipes envolvidas no cuidado, nenhuma se sobressai. Nenhum cuidado é realizado de forma isolada, todos os cuidados são tecidos de forma articulada e, deste modo, todos devem compreender o seu papel dentro da equipe. A comunicação é a estratégia utilizada para articular o trabalho porque propiciam momentos de discussão, compartilhamento de saberes além de ampliar as perspectivas de cuidado sob a ótica de outro profissional.

Descritores: Equipe de Assistência ao Paciente; Integralidade em Saúde; Neoplasias; Unidades de Terapia Intensiva; Teoria Fundamentada nos Dados; Gestão em saúde.

INTRODUÇÃO

O câncer é considerado uma doença crônica não transmissível, de alta incidência e morbimortalidade, caracterizada como um problema de saúde pública. O cuidado que estes pacientes demandam é complexo, devido às especificidades do tratamento e às diversas

complicações que podem apresentar (LAZZAROTO et al., 2018; FERREIRA DA MATA et al., 2018; BRASIL, 2020).

O tratamento deve atender de forma integral os aspectos físicos, psicológicos e espirituais (BRASIL, 2020). As modalidades de tratamento oncológico incluem quimioterapia, radioterapia e cirurgia. As modalidades de tratamento são múltiplas e a escolha decorre da localização, varia quanto à suscetibilidade dos tumores, podendo ser usadas em conjunto. (FERREIRA DA MATA et al., 2018; AVELAR et al., 2019).

Os avanços nos cuidados e dos pacientes com câncer possibilitaram maior chance de controle ou cura da doença. Ademais, os avanços relacionados ao tratamento, com o uso de quimioterápicos e procedimentos cirúrgicos implicam diretamente a maior utilização de leitos de unidade de terapia intensiva (UTI), devido às complicações relacionadas ao tratamento e possibilidade de cuidados intensivos nesse ambiente (OLIVEIRA et al., 2016; BRASIL, 2020).

A função da UTI é fornecer suporte terapêutico ao paciente nos períodos de maior risco ou gravidade da doença (VALLE, GARCIA, 2019). As principais causas de admissão estão relacionadas à sepse, doença pulmonar metastática, insuficiência cardíaca, imunossupressão, infecção respiratória, pós-operatório e problemas relacionados à toxicidade quimioterápica (FERREIRA et al., 2015; VALLE, GARCIA, 2019). O cuidado intensivo é especializado e exige que todos envolvidos tenham um alto padrão de conhecimento além de competências específicas para atuar na área (BRASIL, 2017; TORRES, SOARES, 2015).

Compreender a complexidade do cuidado e prestar assistência ao paciente oncológico e sua família é uma vivência desafiadora e exigem dos profissionais, cada qual na sua área de atuação conhecimento, responsabilidade e dever como defensores de boas práticas (DOMENICO, 2016). É necessária a prevenção e promoção do alívio da dor e de outros sintomas que se impõem no cotidiano (BRASIL, 2020).

No ambiente hospitalar, a atenção integral ao paciente requer uma atuação solidária, coordenada e concentrada de trabalhadores de diferentes áreas. Essa atuação integrada proporciona uma abordagem multidisciplinar, que permite o uso das tecnologias de saúde disponíveis para melhorar e prolongar a vida do paciente, e que resulte em conforto e segurança (CECÍLIO, MERHY, 2003; MEDEIROS et al., 2016).

Para garantir a atuação e prestação desse atendimento multidisciplinar, é necessário que as equipes sejam formadas por profissionais de várias áreas da saúde, de diferentes especialidades, e que trabalhem de forma articulada e integrada, avaliando, discutindo e acompanhando o plano de cuidados do paciente (BRASIL, 2020). O cuidado multiprofissional, portanto, possibilita um trabalho cooperativo a partir de intervenções técnicas e interação de sujeitos, com ações cooperativas e interdependentes, que permitem ofertar uma atenção à saúde de forma contínua (COSTA et al., 2014; OLIVEIRA FREIRE, 2020).

O cuidado vivenciado pelo paciente é somatório de muitos pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira consciente e negociada entre os vários cuidadores. Esta dinâmica, presente na vida dos hospitais, é um aspecto central a ser considerado na discussão da integralidade e na sua correlação com o processo de gestão do cuidado (CECÍLIO, MERHY, 2003; AMARAL et al., 2018).

A Gestão do Cuidado pode ser compreendida como o provimento ou disponibilização de tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada indivíduo, em diferentes momentos de sua vida, visando autonomia, segurança e seu bem-estar. A gestão nos serviços de saúde pode ser realizada nas dimensões organizacionais e sistêmicas e tem por característica o compartilhamento de fluxos de atendimentos entre diferentes profissionais (CECÍLIO, 2011).

Entende-se que não existem ações isoladas, mas sim ações em rede que se constrói, se tecem e se complementam de forma relacional. Compreender essas interconexões significa abranger a diversidade e circularidade das relações, interações e interdependências (MEDEIROS et al., 2016; PEDUZZI, 2020).

Diante do exposto, e considerando que o trabalho multiprofissional proporciona o compartilhamento de saberes e que a gestão do cuidado é fundamental para a articulação dos profissionais envolvidos, bem como, um cuidado integrado, seguro e humanizado, este estudo teve por objetivo compreender como a equipe multiprofissional experiencia a gestão do cuidado ao paciente oncológico em uma unidade de terapia intensiva.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa orientada pelo método *Grounded Theory*, também chamado Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). Este método busca explicar sobre como as pessoas experimentam e significam um fenômeno pouco estudado. Com isto, a teoria resultante consiste não apenas em um conjunto de resultados, mas, na explicação de quando, onde, porque e com que consequências ocorrem (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Os autores propõem um paradigma formado por três componentes: Condições, Ações-interações e Consequências. As condições compreendem as explicações em relação a determinado evento e as reações a determinadas ações, por ações- interações tem-se a resposta sobre situações consideradas desafiadoras, e, por consequências, os resultados constatados (CORBIN; STRAUSS, 2015).

O estudo foi realizado no Centro de pesquisas Oncológicas (CEPON), referência no tratamento oncológico em Santa Catarina. A amostragem teórica totalizou 28 participantes, dividida em dois grupos amostrais (GA). O primeiro GA foi composto por 12 participantes: quatro médicos, três enfermeiros e cinco técnicos de enfermagem, com idade entre 28 e 40 anos, dois do sexo masculino e dez do sexo feminino. O segundo GA foi composto por: três fisioterapeutas, três farmacêuticos, dois psicólogos, três nutricionistas, um terapeuta ocupacional, dois assistentes social, um fonoaudiólogo, um dentista e um capelão, com idades entre 27 e 58 anos, totalizando dezesseis participantes, sendo quatorze do sexo feminino e dois do masculino.

O tamanho da amostra teórica foi determinado pela saturação teórica dos dados, de acordo com a metodologia e que respondiam ao objetivo do estudo. A coleta de dados foi realizada com entrevista individual, semiestruturada, gravada em meio digital, no local de trabalho ou em outro ambiente escolhido pelos participantes, nos meses agosto de 2020 a janeiro de 2021. As entrevistas foram transcritas na íntegra, com duração média de vinte minutos.

A análise dos dados ocorreu simultaneamente, através dos processos de codificação aberta, codificação axial e integração. Na codificação aberta ocorreu o processo de análise dos dados através da nomeação dos fenômenos, as informações foram agrupadas de acordo com os fatos e acontecimentos similares, e, posteriormente os conceitos constituídos foram

reagrupados por suas similaridades e diferenças e por fim ocorreu a integração e o refinamento das categorias, de tal modo que elas se organizaram em torno de um conceito explicativo central a partir dos significados mostrados nas categorias, subcategorias e suas respectivas inter-relações (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Do processo de análise dos dados foi possível a elucidação da teoria substantiva: “Atuando em equipe no compartilhamento do cuidado humanizado para atender às necessidades do paciente oncológico, com base na comunicação e na interdependência de saberes e práticas”.

A validação da teoria deu-se via e-mail, participaram deste processo cinco indivíduos com expertise na temática e/ou método. Esta etapa de validação ocorreu no mês de fevereiro e março de 2021. As considerações dos avaliadores foram consideradas pela pesquisadora e orientadora, realizando a revisão e aperfeiçoamento da apresentação da teoria.

Os aspectos éticos foram respeitados conforme a resolução do Conselho Nacional de Saúde de nº 466/12 (BRASIL, 2012). O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEP/UFSC), com o parecer nº: 4.050.326 e CAAE: 31115920.1.0000.0121 na data de 26 de maio de 2020 e pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos do Centro de Estudos, Pesquisa e Ensino do CEPON, com o parecer nº 4.133.598 e CAAE: 31115920.1.3001.5355 na data de 03 de julho de 2020. Preservou-se a confidencialidade da identidade dos participantes utilizando-se a inicial “P”, seguida do número ordinal de cada entrevista, no qual P1 a P12 formam o GA1 e do P13 a P28 compõe o GA2.

RESULTADOS

As categorias e suas respectivas subcategorias, que sustentam a teoria substantiva: “Atuando em equipe no compartilhamento do cuidado humanizado para atender às necessidades do paciente oncológico, com base na comunicação e na interdependência de saberes e práticas”, foram delineadas de acordo com o modelo paradigmático, proposto por Corbin e Strauss (2015), e estão apresentadas no Quadro 2.

Quadro 2: Categorias, subcategorias e categoria central, que sustentam a teoria, 2021.

Componente	Categoria	Subcategoria
<p>Condições:</p> <p><i>Por que, quando e como o fenômeno ocorre.</i></p>	Exercendo o trabalho em equipe na unidade de terapia intensiva	<ul style="list-style-type: none"> - Destacando a atuação multiprofissional na UTI - O impacto do trabalho em equipe
<p>Ações-interações:</p> <p><i>A resposta ao evento estudado</i></p>	Utilizando a comunicação como estratégia de articulação multiprofissional	<ul style="list-style-type: none"> - Compartilhando os saberes em prol da qualidade assistencial - Exemplificando a atuação com os demais profissionais - Enfermagem e seu papel na equipe
	Lidando com os conflitos e enfrentando as dificuldades	<ul style="list-style-type: none"> - Exemplificando os problemas que podem interferir no trabalho em equipe - Um ano atípico e as dificuldades enfrentadas - Relatando a relação com os coordenadores
<p>Consequências:</p> <p><i>Resultados previstos ou constatados nas ações e interações</i></p>	Promovendo a gestão do cuidado multiprofissional na UTI	<ul style="list-style-type: none"> - Descrevendo a gestão do Cuidado ao paciente oncológico na UTI
<p>Categoria central: Atuando em equipe no compartilhamento do cuidado humanizado para atender às necessidades do paciente oncológico, com base na comunicação e na interdependência de saberes e práticas.</p>		

Na primeira categoria – “**Exercendo o trabalho em equipe na unidade de terapia intensiva**”, com as subcategorias: Destacando a atuação multiprofissional na UTI e O impacto do trabalho em equipe, demonstra-se que os profissionais das mais diversas áreas, cada qual com suas habilidades e conhecimentos são fundamentais e essenciais para a realização de um cuidado humanizado, seguro, integrado e com qualidade.

Quando eu trabalho com uma equipe multiprofissional o impacto está diretamente relacionado à qualidade (P04).

Eu vejo mais sentido e importância da equipe como um todo, não vejo um profissional mais importante que o outro, (...) todos auxiliam na redução do tempo de permanência desse paciente na UTI com um número menor de sequelas físicas ou psicológicas e emocionais (P16).

O trabalho é apresentado em diversos recortes uniprofissionais, no qual cada profissão desempenha da melhor maneira possível suas habilidades em prol do paciente e estes recortes acabam desempenhando, como resultado final, o trabalho em equipe. Destaca-se que existe uma fragmentação relacional onde cada profissão executa o seu cuidado, no entanto, momentos de discussão e diálogo são ainda ineficazes ou inexistentes.

Eu acho que faltam as trocas, a educação continuada, há falha na troca de conhecimento entre os profissionais. Cada um fica dentro da sua área e da sua linha de atuação (P12).

Existe a necessidade de diferentes profissões atuando em conjunto visando a menor permanência do paciente neste ambiente, a atuação conjunta significa que cuidado ofertado ao paciente neste ambiente é de qualidade e que ter o cuidado direcionado apenas por uma categoria profissional pode ocasionar danos e prejuízos ao paciente.

Cada profissão complementa a outra, o paciente tem diversas necessidades e um profissional não consegue contemplar todas as demandas (...) o trabalho em equipe é para suprir essa demanda tão complexa (P28).

Nós somos uma parte dessa engrenagem, fazemos avaliação, planejamento terapêutico, prescrição, o cuidado são todos os profissionais que ofertam e querer assumir sozinha a responsabilidade do cuidado é perigoso e o paciente acaba tendo prejuízo. As responsabilidades devem ser divididas (P25).

Os participantes demonstraram que o impacto do trabalho em equipe está intimamente relacionado com a qualidade do cuidado e a segurança do paciente. Para a execução desse trabalho é necessário o compartilhamento de saberes e práticas que, associados a momentos de discussão, proporcionam construção conjunta de padronização acerca do cuidado que será ofertado, respeitando-se as especificidades e contribuição de cada categoria profissional. Deste modo, o cuidado torna-se único e dificulta que tenha interferências e distanciamentos entre as condutas profissionais.

Nada se faz sozinho. Quando a gente fala em multiprofissional a gente fala em vários braços para conseguir fazer um trabalho só. Precisamos aprender a as condutas em conjunto e a trabalhar em equipe pra conseguir realmente chegar num objetivo maior e melhor para o paciente. É tudo em prol do paciente (P09).

É compreender o trabalho e a contribuição das demais profissões no cuidado. Perceber a importância de cada profissão baseada em evidências e prestar assistência com qualidade e segurança. Todos nós fazemos a diferença (P24).

Trocar experiência e conversar com todos que estão atendendo aquele paciente é fundamental para podermos chegar a um consenso e decidir o que é melhor para o paciente (P10).

Ficou evidente que não existe cuidado isolado, deste modo, a ação de um profissional impacta de forma direta ou indireta no cuidado ofertado por outro, sendo da mesma classe profissional ou não. Deste modo, é necessário a compreensão e pertencimento de equipe, porque no momento que existe essa significação de pertencimento de equipe multiprofissional o cuidado e as ações passam a ganhar uma nova conotação no sentido de complexidade e complementaridade, como evidenciada:

Acima de tudo, é saber a função de cada um e o que cada profissional pode contribuir, é entender que a minha ação pode causar um trabalho a mais para outro profissional né?! Ou dependendo da ação dele o meu trabalho não vai ser realizado. Temos que estar abertos a conversar para que o trabalho em equipe seja articulado em prol do paciente (P27).

Ainda trabalhamos de forma fragmentada. Temos que entender que o trabalho do outro profissional vai afetar o meu trabalho ou vice-versa. Não adianta existir a prescrição de dieta enteral, se a farmácia não liberar, se o a enfermagem não administrar e registrar, se o médico não fornecer as informações clínicas. Ainda não temos essa integração e comunicação, porque nada flui se o outro não ajuda (P26).

A segunda categoria refere-se ao segundo componente *Ações-interações*: denominada **“Utilizando a comunicação como estratégia de articulação multiprofissional e Lidando com os conflitos e enfrentando as dificuldades”**, composta pelas subcategorias: Compartilhando os saberes em prol da qualidade assistencial; Exemplificando a atuação com os demais profissionais e Enfermagem e seu papel na equipe e, respectivamente,

Exemplificando os problemas que podem interferir no trabalho em equipe; Um ano atípico e as dificuldades enfrentadas e Relatando a relação com os coordenadores.

Para os participantes, a comunicação deve ser estimulada e utilizada como estratégia central para a articulação das equipes, tendo em vista, que através do diálogo um profissional articula e compreende a importância do outro. Cabe ressaltar que esse processo ainda necessita de visibilidade, comprometimento e espaço.

O primeiro passo é comunicação, se não nos comunicarmos e não conversarmos, o cuidado não vai acontecer (P24).

É para podermos falar a mesma linguagem, assim como conseguimos trocar informações, podemos aprender, e diminuir os problemas de comunicação e esses ruídos existentes (P1).

Em relação ao compartilhamento de saberes em prol da qualidade assistencial, o ensinar, o ouvir e o aprender é fundamental para que isso ocorra, a troca de conhecimento é tida como algo valioso, e permite ao profissional ampliar o seu olhar e compreender sobre os demais cuidados ofertados por outras classes profissionais.

Uma profissão complementa a outra. Um profissional não consegue contemplar todas as demandas, não pode ser centrada em profissional a responsabilidade do cuidado, trabalhar e articular as equipes dá segurança para lidar com esse perfil de paciente e fazer as abordagens necessárias para o seu tratamento e cuidado (P28).

Cada profissional necessita do outro, seria necessárias aulas para conhecermos a atuação de cada um, porque eu posso trabalhar ao lado do meu colega e não saber quais são as suas competências (P28).

A discussão dos casos, educação permanente, reuniões científicas e criação de protocolos assistenciais são elencadas pela equipe como espaços e momentos de grande troca de conhecimento e que devem ser encorajados e estimulados pela instituição, visando a padronização dos cuidados e a segurança do paciente, respeitando sempre as peculiaridades de cada caso.

É fundamental ter troca de informação, rodadas de discussão e aprendizagem, ter a possibilidade de mostrar o seu conhecimento e a sua importância na equipe (P21)

Qualificação profissional, rodadas de conversa com os demais profissionais, o compartilhamento de saberes (...). Acredito que os treinamentos deveriam ser feitos em diferentes horários, deveria ser realizado com determinada periodicidade para filtrar as informações, passar algo novo, relembrar detalhes que podem fazer a diferença, todos os profissionais precisam compreender o outro e estarem atualizados (P28).

As relações de trabalho são interdependentes. Nenhum cuidado proposto é ofertado de maneira exclusiva por um único profissional, existe uma dependência entre as profissões para a concretização adequada destas ações. Como exemplificado:

O profissional fonoaudiólogo tem relação próxima com quatro equipes profissionais: a fisioterapia, na questão do padrão respiratório e ventilatório da traqueostomia, por exemplo; a nutrição pra avaliar a questão de desmame de dieta via sonda e prescrição da dieta por via oral; a equipe médica que é a responsável pelo manejo clínica do paciente; a equipe de enfermagem oferta o alimento. Isso é um exemplo, o psicólogo pode ser acionado dependendo da situação e o farmacêutico, por exemplo, tem que liberar a dieta enteral. Isso é um exemplo de cuidado (P23).

O farmacêutico tem a importância de fazer a análise da prescrição médica, fazer e acompanhar a conciliação medicamentosa; se há algo de errado essa profissional conversa com o médico para alterar a via da medicação ou a dosagem; o enfermeiro coloca o horário que essa medicação vai ser administrada; o técnico de farmácia faz a liberação dessa medicação no horário adequado, o técnico de enfermagem administra (P26).

Médico é responsável por fazer avaliação clínica do paciente, se suas morbidades, do que motivou a internação dele na UTI, dos possíveis desfechos e das intervenções que esse paciente possa necessitar. Esse profissional realiza a prescrição, contato com a família para passar o boletim referente ao quadro clínico do paciente, para alguns cuidados ele precisa da equipe de enfermagem, para a prescrição e acampamento precisa da nutrição, se for um caso de óbito ele aciona a psicologia e o serviço social, as demandas de cuidado sempre são compartilhadas (P19).

Sobre os profissionais que não são exclusivos da UTI, a equipe visualiza a necessidade de acompanhamentos regulares desses profissionais visando orientação da equipe mínima e busca ativa, deste modo existiria uma relação mais próxima e os pacientes receberiam

acompanhamento longitudinal, sendo deste modo acompanhado durante a terapia intensiva, na unidade de internação e posteriormente em acompanhamentos de rotina, se for o caso.

Essa busca ativa possibilita melhorar a qualidade do cuidado atualmente prestado bem como a redução da sobrecarga de trabalho da equipe mínima disponível nesse ambiente de prática profissional.

Na minha percepção é necessário que tenha um psicólogo na UTI, ou que permaneça no setor determinado período e que fizesse uma avaliação ou acompanhamento diário para desenvolver e fortalecer mecanismos de enfrentamento das situações de adoecimento desse paciente, é complicado não dispormos desse profissional, é um ambiente no qual o paciente está muito fragilizado, acredito que o paciente seria mais bem atendido, visto que este é o profissional mais qualificado para fazer este tipo de atendimento (P12).

É necessário compreender o outro e ter uma equipe unida, existe um responsável médico, mas o paciente tem que ser acolhido por todas as demais profissões (P28)

O terapeuta ocupacional (TO) trabalha muito em conjunto com a fisioterapia, mas esse profissional não está disponível apenas para esse setor, seria interessante que eles fizessem uma busca ativa, (...), sinto falta da atuação deles (P21)

A equipe é composta por diversos profissionais, sendo eles: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeuta, farmacêutico, técnico de farmácia, nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, dentista, psicólogo, entre outros. Todas as profissões têm seu papel fundamental na atenção, recuperação e reabilitação do paciente.

Existem as equipes de apoio disponível. Essa interação multiprofissional precise melhorar e aprimorar o cuidado, é necessários treinamentos entre equipes, isso permite agirmos dessa forma e nos mantermos assim (P25).

A enfermagem é tida como a profissão que articula os cuidados, por ser a profissão que fica ininterrupta na unidade e que dispõe de mais tempo de assistência ao paciente.

A enfermagem sempre vai ter a interface dela com todas as demais profissões com a nutrição, farmácia, fisioterapia (P11).

Existe a participação da enfermagem que é quem está mais presente com o paciente ao longo do dia, por este motivo a equipe de enfermagem pode presenciar qualquer alteração com o paciente, ela é responsável por ofertar dieta, realizar os cuidados de higiene, realizar a mudança de decúbito, e por estarem tão próximos do paciente acabam sendo nossos olhos (P23).

Este profissional também é visto como um dos gestores da unidade de terapia intensiva e deste modo, ela se torna o Elo de todas as profissões, no entanto pode existir uma sobrecarga de trabalho sobre esse profissional, como evidenciado nas falas:

A gestão fica muito ainda sob reponsabilidade do enfermeiro, porque ele tem a interface de cuidado direto ao paciente, está o tempo todo na unidade, ele é responsável por burocracias que envolvem o ambiente de UTI. Acredito que muita demanda ainda fique para este profissional, existe uma sobrecarga (P11).

O enfermeiro tem na sua essência o acolhimento. Se o paciente está assustado, com medo, choroso, este profissional vai fazer o acolhimento, e isso é um desgaste muito grande (P12).

A enfermagem está voltada com a gestão pro manejo do paciente de orquestrar organizar as coisas para que elas aconteçam de maneira correta, na hora correta, organiza o setor e a demanda que os profissionais repassam, estão sempre presentes e sinalizando as intercorrências. O primeiro responsável pela unidade é o enfermeiro (P23).

A categoria também é composta por “**Lidando com os conflitos e enfrentando as dificuldades**”, com as suas subcategorias versa sobre o estresse emocional, a sobrecarga de atividades assistenciais, ausência ou realização de poucos treinamentos foi elencado como fatores que impactam negativamente na qualidade do cuidado. No entanto, atividades motivacionais realizadas pela própria equipe e até mesmo com a presença do capelão são tidas como construtivas e que ajudam no fortalecimento enquanto equipe.

Nós estávamos fazendo atividades motivacionais e está sendo bem bom para a equipe, é um momento de fortalecimento (P07).

Não conhecer a atuação dos demais profissionais ou não solicitar ajuda quando necessário é prejudicial ao paciente e pode significar maior permanência do paciente no setor de UTI.

A gente tem trabalhado muito, e sempre quando tem um erro é falha na comunicação e isso é o mais a ser corrigido entre todos os colaboradores porque é responsabilidade de todos os profissionais dentro da UTI, tem que existir essa comunicação e interesse em melhorar (P07).

Eu acredito que tem vários prejuízos, o principal é fragmentação do caso porque não somos e não dispomos de carga horária para realizar acompanhamento ou busca ativa no setor, somos acionados de forma pontual e acabamos não conseguindo dar continuidade ao cuidado, de certa forma ajudamos, mas não colaboramos como gostaríamos com a atuação multiprofissional (P16).

O ano de 2020 foi um ano atípico, marcado mundialmente pela pandemia da COVID 19, e muitas dificuldades tiveram que ser enfrentadas, no campo assistencial diversas mudanças e adequações foi necessário para garantir a segurança das equipes assistentes e ofertar cuidado intensivo ao paciente oncológico com qualidade.

O impacto negativo decorrente da pandemia foi à reestruturação do boletim médico que passou a ser via telefonema, interrupção das reuniões multidisciplinares no qual os profissionais se reuniam diariamente para elencar algumas condutas específicas, e suspensão de algumas aulas que haviam sido iniciadas como método de qualificação e padronização do cuidado como apresentação de protocolos de cuidado.

Nesse momento atual não está havendo encontros. O que tínhamos e acabou devido a pandemia eram os “rounds multidisciplinar”. Era um momento onde as equipes de acordo com a disponibilidade se encontravam para conversar resumidamente sobre o quadro do paciente e as condutas necessárias, geralmente participavam: médicos, enfermeiros, nutricionista e fisioterapeuta, sentia falta dos demais membros da equipe (...) foi uma perda (P19).

Esse ano foi atípico, antes da pandemia estávamos retomando os protocolos e atualizações, então quando finalizava existia uma aula de apresentação para a equipe para todos estarem cientes, tivemos que suspender (P25).

Em decorrência da Covid paramos com as reuniões, e não sei informar se existe alguma previsão de retomada (P28).

O diálogo entre os coordenadores e a equipe assistente foi pouco evidenciado, relatos descrevem como negativo esse distanciamento e hierarquia presentes. As demandas

profissionais são solucionadas pelos pares, a exemplo: técnico de enfermagem repassa suas demandas para o enfermeiro assistente; fisioterapeuta para o fisioterapeuta e assim sucessivamente, em determinados casos são levados à direção do hospital. Evidencia-se uma fragmentação em relação aos coordenadores e equipe assistente.

Desde quando eu entrei eu acho que não existe muito diálogo para com os funcionários, ainda é bastante hierárquico, fico triste por ser assim (P01).

Poderia ter mais diálogo, escutar a gente para perdermos o medo da repreensão. Aqui é assim: Não tem uma conversa (P03).

O terceiro componente, *Consequências*, foi contemplado na terceira categoria: **“Promovendo a gestão do cuidado multiprofissional na UTI”**, composto pela subcategoria Descrevendo a gestão do Cuidado ao paciente oncológico na UTI.

O cuidado ofertado ao paciente oncológico é complexo e extrapola as perspectivas biológicas, para tal é necessário a integração de especialidades médicas e não médicas com o intuito de minimizar os impactos negativos ao paciente e família durante a sua permanência na UTI, e garantir a estabilização clínica para que o paciente possa prosseguir com seu tratamento oncológico.

A gestão é tida em diferentes esferas, desde o compartilhamento de saberes, aos cuidados propriamente ditos que são ofertados ao paciente, no entanto, o que se tem em comum é que a gestão do cuidado dentro da UTI só pode e deve ser realizada em conjunto e de maneira compartilhada, e em rede, garantindo a integralidade do cuidado, a segurança e o atendimento de todas as complexidades que o paciente demanda.

Gestão do cuidado é acolher o paciente, ver as necessidades de cada um, mesmo eu não trate tudo eu tento reestabelecer a saúde dele, naquilo que compete a minha formação (...) todos os pacientes precisam de tratamento e acompanhamento multiprofissional (P28).

O principal é respeito e empatia. Não ter uma postura onipotente, querer mandar naquilo que não te pertence enquanto profissão. Pensar no bem estar no paciente acima de qualquer coisa, o que fazemos ali é pelo paciente. Ter a equipe multiprofissional e ver o colega de qualquer área como parceiro é uma oportunidade de aprender com ele, é sempre uma troca de experiência importante porque você não domina aquele assunto porque não é a sua formação (P25).

Para a gestão ser eficiente é necessária a atuação desses diversos profissionais bem como o pertencimento de grupo, no qual um profissional enxerga a continuidade do seu trabalho na ação do seu colega e não necessariamente pertencentes a mesma classe profissional.

O objetivo é o paciente. Há muita diferença de quando o paciente recebe cuidados apenas da enfermagem e medicina, por exemplo, porque outras profissões como nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia são muito importantes também, se todos atuarem em conjunto reduzimos os riscos para os pacientes (P07).

A atuação em equipe multiprofissional é realizada de maneira responsável e engajada, no entanto uma fragmentação relacional existe porque os profissionais não visualizam a continuidade do seu cuidado e das suas ações no cuidado do outro. No entanto os entrevistados elencam como importantíssima a atuação multiprofissional principalmente pelo impacto na qualidade de atendimento e por reduzir o tempo de internação do paciente no setor, respeitando-se as peculiaridades de cada caso.

Eu acho que a equipe toda estando presente no dia a dia visualizando o que o paciente necessita, a resposta do tempo de internação e resoluções de questões específica poderia acelerar a permanência desse paciente no setor, claro, respeitando as suas particularidades (P18).

Eu acho que existe uma dependência e necessidade do outro colega no cuidado (...) cada um tem o seu papel no cuidado e é importante respeitar e usufruir do conhecimento e competência técnica de cada profissão (P14).

Assim, estas categorias subsidiam a categoria central: **“Atuando em equipe no compartilhamento do cuidado humanizado para atender às necessidades do paciente oncológico, com base na comunicação e na interdependência de saberes e práticas”**.

O paciente oncológico demanda atenção multiprofissional que garantem cuidados relacionados aos aspectos físico, psicológico e espiritual, devido à complexidade que envolve o atendimento. Para tal atenção é necessário o compartilhamento de responsabilidades e saberes entre todos os membros da equipe para a promoção de resultados mais efetivos relacionados ao cuidado.

A comunicação propicia momentos de discussão e compreensão sobre a situação clínica do paciente, além de ampliar as perspectivas de cuidado sob a ótica de outro profissional, possibilita aprendizado e atualização constante. Através da comunicação se realiza pactos e metas integradas e de que forma cada profissional pode contribuir nesse cuidado. No entanto é importante ressaltar que o compartilhamento de cuidados e responsabilidades é igualitário e todos os envolvidos são imprescindíveis e determinantes no bem estar desse paciente.

Evidencia-se um grau de dependência entre os cuidados ofertados, independente de qual profissional solicitou determinado cuidado ou ação, o impacto ocorre de forma direta ou indiretamente na ação de outro profissional, para tanto, porque as relações de cuidado são arranjos organizacionais em constante mudança e partem de comum acordo, é necessário o fortalecimento dos profissionais em relação ao pertencimento de grupo e principalmente a compreensão que não existe ação ou profissão mais ou menos importante. O conjunto de pequenas atitudes e ações é que fazem a diferença e todas se complementam.

A atuação conjunta entre as profissões, no qual todas tem seu papel fundamental, são determinadas pela afinidade de cuidado que é ofertado, todo cuidado deve ser realizado de modo compartilhado garantindo o trabalho em equipe e um cuidado humanizado que atenda às necessidades e complexidades dos pacientes oncológicos no setor de UTI.

Dadas estas informações, apresenta-se, na Figura 1, o desenho da teoria substantiva, de acordo com o paradigma proposto por Corbin e Strauss (2015).

Figura 6: Representação da teoria substantiva, Florianópolis- SC, 2021.



DISCUSSÃO

Compreender e realizar a gestão do cuidado é uma tarefa complexa porque envolve inúmeras relações no que se refere à equipe de trabalho, que implicam elucidar os fenômenos de diferentes perspectivas, sendo considerados aspectos como: autonomia, individualidade, atitudes e relações profissionais. Deste modo as práticas e atitudes dão sustentação à dinâmica do cuidado (SIEWERT et al., 2017).

Em consonância com os resultados do presente estudo, a prática colaborativa entre os profissionais é observada através do reconhecimento de que uma profissão complementa a outra e na clareza dos papéis profissionais para que o trabalho em equipe se efetive, ou seja, existe uma interdependência entre as profissões, e compreender a interdependência de cada profissão é fundamental para o trabalho (ELY; TOASSI, 2018). Esta ação torna a atenção à saúde mais efetiva, segura e integral (ESCALDA; PARREIRA, 2018). A integração entre as profissões é entendida como imprescindível no processo de saúde-doença e para o desenvolvimento das práticas de saúde (PEREIRA et al., 2013; ELY, TOASSI, 2018 PEDUZZI, 2020).

A organização de um trabalho em equipe é pautada na colaboração e na integralidade de atenção a saúde, necessita de espaços de reflexão e de construção de saberes entre os profissionais (ELY; TOASSI, 2018). A criação de ambientes de comunicação favorece a criação de consensos que resultam na diminuição dos conflitos, das tensões, e proporcionam resolução de problemas (ESCALDA, PARREIRA, 2018; FIGUEIREDO et al., 2018).

A comunicação é o elo para a segurança do paciente e qualidade assistencial no ambiente hospitalar. Para isso, é necessário que os objetivos sejam traçados de forma onde todos os envolvidos no cuidado almejem as mesmas metas assistenciais em prol de garantir melhor articulação assistencial (FARIAS et al., 2018). No processo de trabalho os profissionais configuram-se como agentes responsáveis pela integração e pelo intermédio das relações realizadas (CARRAPATO et al., 2018).

Para o desenvolvimento do trabalho em equipe é necessário que todos os envolvidos no cuidado objetivem a cooperação e comunicação, no entanto, essa comunicação nem sempre é efetiva e pode ocasionar danos, impactando diretamente na qualidade de assistência prestada ao paciente (ARAUJO et al., 2017; FARIAS et al., 2018). Diante disso, fragilidades que levam a falhas na comunicação entre os colaboradores devem ser combatidas (DUARTE; BOECK, 2015).

Assim como observado na fala dos participantes deste estudo, a construção do trabalho em equipe requer interação, comunicação, troca de conhecimento e capacidade de colocar-se no lugar do outro compreendendo os diferentes saberes e respeitando as especificidades. É necessário o sentimento de pertencimento para a construção e busca do mesmo resultado (DUARTE, BOECK, 2015; PERUZZO et al., 2018). Constituir-se como equipe é um processo dinâmico no qual os profissionais devem aprender a trabalhar em conjunto (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

O trabalho em equipe multiprofissional é fundamentado na integração e interação horizontal entre os profissionais de diferentes áreas da saúde, e se configura num trabalho coletivo que exige intensa interdependência, integração das ações e na relação recíproca dos múltiplos agentes envolvidos. (PEDUZZI, 2001; PEDUZZI, 2020). Quanto menos dialógica as relações de trabalho, mais fragmentado será a dinâmica das equipes e ações de cuidado (PEDUZZI, 2020).

Neste cenário, a comunicação constitui-se como um exercício de respeitar e valorizar diferentes opiniões profissionais, e é o veículo que possibilita essa conexão entre os profissionais (PEREIRA et al., 2013; ELY; TOASSI, 2018). A comunicação deve envolver a escuta atenta, de confiança entre os integrantes da equipe e deve proporcionar interação, debate, negociação e transparência para a integralidade da atenção à saúde (ELY; TOASSI, 2018).

Destaca-se que a comunicação é intrínseca às relações de trabalho em equipe, e é fundamental a construção de um projeto assistencial comum e articulação das ações das diversas áreas profissionais a partir do reconhecimento da interdependência e complementaridade do outro. Este trabalho pode produzir melhores resultados na atenção à saúde realizada ao paciente e família, bem como, melhorar a satisfação profissional no ambiente de trabalho (PEDUZZI, 2020).

Quando se trata de segurança e qualidade assistencial na UTI, é importante destacar que os valores devem ser compartilhados entre os membros da equipe, bem como suas crenças, sobre a organização e a interação de trabalho. No entanto, a maioria das organizações de saúde ainda possui uma estrutura hierárquica ultrapassada, que dificulta a comunicação, e deste modo, prejudica o trabalho em equipe e compromete a participação dos colaboradores nas discussões. Essa estrutura dificulta um atendimento eficaz, prejudica a promoção de cuidado de alta qualidade (LEAPE, 2015; MELLO, BARBOSA, 2017).

Os sistemas de saúde são complexos e envolvem tecnologia sofisticada que estão em constante mudança, associado a uma força de trabalho diversa, talentosa e altamente autodirigida. Embora a ênfase no profissionalismo seja altamente essencial, esse mecanismo tende a resultar em pessoas que desempenham altos níveis de habilidades e que interagem pouco ou de forma ineficaz com outros profissionais (LEAPE, 2015).

Tem-se ainda muito enfatizado na área da saúde uma estrutura organizacional orientada em torno do desempenho individual, e essa estrutura é incapaz de se adaptar as mudanças do ambiente de trabalho para que seja satisfatório e que promova a capacitação para todos os seus funcionários. A falha em participar como membro pleno das equipes de cuidado impacta na segurança e qualidade de atendimento, é evidente que ninguém deve ter o direito de fornecer cuidados a um paciente de uma maneira que seja sabidamente menos eficaz e menos seguro (LEAPE, 2015).

De acordo com os resultados do presente estudo e com a literatura, a gestão do cuidado abrange diferentes dimensões. Deste modo, a gestão do cuidado envolve não apenas a assistência, mas também o modelo de gestão dentro de um sistema difuso em que as profissões da saúde realizam o cuidado como multidimensional, construindo novas tecnologias de cuidado com processos resolutivos e seguros (SODER et al., 2018). Nessa perspectiva, para o gerenciamento do cuidado é fundamental o trabalho em equipe e as relações entre os profissionais de saúde devem ser horizontais (BICA et al., 2020).

No trabalho multiprofissional, a equipe deve aperfeiçoar o seu saber e cada um deve exercer o seu potencial de contribuição, respeitando a atuação e autonomia das demais áreas. É fundamental pensar no cuidado não apenas como intervenção clínica. Ressalta-se a necessidade e importância de pensar na equipe para que haja um processo de qualificação do trabalho coletivo, e para que a assistência seja analisada, planejada e executada de forma integral e multiprofissional, no intuito de ofertar a melhor intervenção ao paciente (OLIVEIRA FREIRE, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo desenvolveu a teoria substantiva “Atuando em equipe no compartilhamento do cuidado humanizado para atender às necessidades do paciente oncológico, com base na comunicação e na interdependência de saberes e práticas”. Nela, destacou-se a comunicação e lidando com conflitos como ação-interação para a gestão do cuidado ser realizada neste ambiente de prática profissional.

A equipe multiprofissional, integrante dos grupos amostrais, caracterizou a gestão do cuidado como um dos pilares para assistência humanizada ao paciente oncológico. Esse cuidado fundamenta-se no compartilhamento de saberes e atuação conjunta de diversas profissões, visando à assistência segura para cada paciente na Unidade de Terapia Intensiva.

A pesquisa foi desenvolvida durante a pandemia COVID-19, e impactou de forma direta na coleta de dados, sendo necessária a exclusão de um grupo amostral. Cabe destacar que estratégias foram adotadas visando à continuidade da investigação, e que todas as

recomendações realizadas pelos órgãos competentes visando à segurança e o distanciamento social foram adotadas e respeitadas.

O estudo apresenta limitações pelo cenário e especificidade da pesquisa, o estudo não representa a realidade de outras instituições voltadas ao cuidado e tratamento do câncer, este estudo foi local e não multicêntrico, os resultados foram elaborados a partir de entrevistas cedidas pelos participantes. Estudos futuros relacionados a mesma temática e podem trazer resultados diferentes. No entanto, este trabalho contribuiu para aprimorar o conhecimento sobre o assunto, possibilitando assim a revisão dos processos de trabalho na unidade e aprimoramento do trabalho em equipe multiprofissional.

Verificou-se que ainda há necessidade de proporcionar aos profissionais momentos de discussão e educação continuada para que o trabalho articulado e compartilhado, cada qual no seu nicho de conhecimento, possa contribuir para a menor permanência neste ambiente. Desse modo o cuidado torna-se humanizado, seguro e corresponsabilizado entre os profissionais.

Sugere-se que novas pesquisas possam ser desenvolvidas em outros cenários para compreender e aprofundar os significados e as interações de trabalho em equipe multidisciplinar no cuidado ao paciente oncológico, buscando a qualificação da assistência e melhoria das condições e aprimoramento profissionais voltadas a garantir um trabalho articulado, contínuo e seguro ao paciente e aos trabalhadores em saúde.

REFERÊNCIAS

AVELAR, J. M. P. et al. Fadiga em pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento radioterápico: estudo prospectivo. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 27, e3168, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692019000100352&lng=en&nrm=iso>.

BICA, M.C., et al. Gerenciamento do cuidado em estratégias saúde da família na percepção de enfermeiros. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 10, p. 74, 2020.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – 6. Ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Resolução nº 466, de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2017.

CECILIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, p. 589-599, 2011.

CORBIN, J.; STRAUSS, A. **Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing Grounded Theory**. California: SAGE, 2015.

CECILIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**, v. 1, p. 197-210, 2003.

DOMENICO, E.B.L. A complexidade do cuidado em oncologia: desafios e futuros desafios. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 29, n. 3, pág. 3-5, junho de 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002016000300003&lng=en&nrm=iso>.

DUARTE, M.L.C; BOECK, J.N. O trabalho em equipe na enfermagem e os limites e possibilidades da estratégia saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 13, n. 3, p. 709-720, 2015.

ELY, L.I; TOASSI, R.F.C. Integration among curricula in Health professionals' education: the power of interprofessional education in undergraduate courses. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1563-1575, 2018.

ESCALDA, P.; PARREIRA, C.M.S.F. Dimensions of interprofessional work and of collaborative practices developed at a primary care unit by a Family Health team. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1717-1727, 2018.

FERREIRA DA MATA, L.R. et al. Morbidade psicológica e implicações para a recuperação de adultos após cirurgia oncológica. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 1, 2018.

FIGUEREDO, W.N. et al. Práticas colaborativas em serviços de emergência em saúde: a interprofissionalidade do Programa "PermanecerSUS", Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, 2018.

LAZZAROTO, P. K. et al. Estratégias de enfrentamento utilizadas pela equipe de enfermagem no cuidado ao paciente oncológico e família. **Rev. enferm. UFSM**, p. 1-16, 2018.

MEDEIROS, A. C. et al. Abrangência e humanização da gestão da assistência de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 816-822. 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342016000500816&lng=en&nrm=iso>.

OLIVEIRA FREIRE, M.N. O et al. As expressões das desigualdades sociais e econômicas no contexto da UTI Adulto. **Textos & Contextos. Porto Alegre**, v. 19, n. 2, p. e37587-e37587, 2020.

PEDUZZI, M. AGRELI, H.F. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1525-1534, 2018.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de saúde pública**, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PERUZZO, Hellen Emília et al. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, e20170372, 2018. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000400205&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Jan. 2021. Epub Aug 02, 2018.

SIEWERT, J.S. et al. Gestão do Cuidado Integral em Enfermagem: reflexões sob a perspectiva do pensamento complexo. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 21, p. 1-5, 2017.

SODER, R. et al. Desafios da gestão do cuidado na atenção básica: perspectiva da equipe de enfermagem. **Enferm. Foco**. Brasília. p. 76-80, 2018.

TORRES, V. B. L.; SOARES, M. Pacientes com neoplasias hematológicas internadas em unidades de terapia intensiva: novos desafios para o intensivista. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 193-195, 2015.

VALLE, T. D; GARCIA, P.C. Critérios de admissão do paciente oncológico em Unidades de Terapia Intensiva de hospitais gerais. **Revista de Ciências Médicas**, v. 27, n. 2, p. 73-85, 2019.

7 CONCLUSÃO

Entende-se que a gestão do cuidado pela equipe multiprofissional é essencial e fundamental para ofertar um cuidado humanizado, seguro e capaz de atender todas as demandas do paciente. Para realizar esse cuidado é necessária uma equipe composta pelas mais diversas profissões da saúde, cada qual com o seu conhecimento e habilidade porque proporciona o compartilhamento de saberes.

A comunicação ficou evidenciada como o elo central para que os profissionais possam discutir os casos, aprender, planejar, executar e desempenhar suas atividades de forma articulada. Tendo em vista essa característica, é necessário que os profissionais reflitam e visualizem as suas ações de cuidado na execução de outro profissional sendo ou não da mesma categoria profissional, porque o cuidado não é ofertado de forma isolada, e deste modo tem-se a continuidade do cuidado em caráter multiprofissional.

O resultado destas ações é a disseminação de um cuidado seguro, pautado no compartilhamento de saberes e da corresponsabilização das ações profissionais. A articulação e atuação conjunta dos profissionais contemplam a magnitude e especificidade do cuidado ao paciente oncológico na unidade de terapia intensiva.

Esta pesquisa almeja contribuir com os profissionais atuantes na unidade de terapia intensiva oncológica, através da reflexão de suas atividades cotidianas, repensando e expandindo a dimensão do cuidado realizado em equipe multiprofissional. Trata-se de uma teoria substantiva, restrita a um contexto específico, em um momento de pandemia, sendo interessante sua expansão e verificação de sua aplicabilidade a demais cenários.

Considera-se, ainda, que a ótica deste estudo é voltada para o aprimoramento da discussão da atuação multiprofissional e que outras perspectivas a respeito da teoria substantiva elaborada contribuirão para seu desenvolvimento e amadurecimento no contexto estudado. Enquanto pesquisadora, a realização deste trabalho foi instigante, uma vez que a construção de uma teoria mostrou-se desafiadora em todo o processo de desenvolvimento do estudo. Estudar a gestão do cuidado pela equipe multiprofissional foi um privilégio, inspirando-me a seguir em frente e descobrir os mecanismos e atitudes que envolvem as interfaces do cuidar em equipe.

REFERÊNCIAS

- ALVES, M. O; MAGALHÃES, S. C. M; COELHO, B. A. A regionalização da saúde e a assistência aos usuários com câncer de mama. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 26, n. 1, p. 141-154, mar. 2017.
- AMARAL, R. T. et al. Segurança no cuidado de enfermagem. **Revista de enfermagem UFPE on line**, p. 3386-3393, 2018.
- AVELAR, J. M. P. et al. Fadiga em pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento radioterápico: estudo prospectivo. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 27, e 3168, 2019.
- AZEVEDO, C. S. et al. Racionalização e Construção de Sentido na Gestão do Cuidado: uma experiência de mudança em um hospital do SUS. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1991-2002, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601991&lng=en&nrm=iso>.
- BARBOSA, R.V. et al. Benefícios do round multidisciplinar na unidade de terapia intensiva. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 6, p. 17989-18001, 2020.
- BATISTA, D. R. R; MATTOS, M.; SILVA, S. F. Convivendo com o câncer: do diagnóstico ao tratamento. **Revista de Enfermagem da Ufsm**, [S.L.], v. 5, n. 3, 1 out. 2015.
- BICA, M.C., et al. Gerenciamento do cuidado em estratégias saúde da família na percepção de enfermeiros. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 10, p. 74, 2020.
- BOLELA, F.; CORREA, A. K. Humanization in intensive care from the perspective of the health team/A humanização em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde/La humanización en terapia intensiva en la perspectiva del equipo de salud. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 4, n. 1, p. 4-10, 2015.
- BORGES, F. et al.; Dimensionamento de pessoal de enfermagem na UTI-adulto de hospital universitário público. **Revista Cogitare Enfermagem**. Curitiba. v. 22, n. 2, p. e50306, 2017. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/50306>>.
- BRAGA, S. F. M. et al. Sobrevida e risco de óbito de pacientes após tratamento de câncer de próstata no SUS. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 1-10, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil (2011-2022)**. Brasília; 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília; 2013.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – 6. Ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Resolução - **RDC nº 7. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências**. Brasília. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2018.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). **Resolução nº 466**, de 2012.

BRAY, F. ET AL., global cancer transitions according to the Human Development Index (2008-2030): a population-based study. **Lancet Oncology**. London. v. 13, n.8, p:790-801. 2012. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22658655>>.

BROCA, P.V.; FERREIRA, M.A. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 1, p. 97-103, 2012.

BRILL, N.G.L et al. Humanização do cuidado em Unidade de Terapia Intensiva: potencialidades, desafios e estratégias. **Disciplinarum Scientia | Saúde** , v. 21, n. 2, pág. 113-125, 2020.

CARRAPATO, J.F.L et al. Percepções dos profissionais de saúde da atenção primária sobre qualidade no processo de trabalho. **Saúde e Sociedade**, v. 27, p. 518-530, 2018.

CASANOVA, I. A; BATISTA, N. A; RUIZ MORENO, L. Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde. **ABCS Health Sciences**, v. 40, n. 3, 2015.

CECILIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**, v. 1, p. 197-210, 2003.

CECILIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, p. 589-599, 2011.

COLOMBANI, F., SIBÉ, M., KRET, M. et al. Protocolo de estudo EPOCK: um programa de pesquisa de métodos mistos que avalia as ocupações de enfermagem na coordenação de assistência ao câncer na França como uma intervenção complexa. **BMC Health Services Research**. v.19, p.483. 2019. Disponível:<<https://doi.org/10.1186/s12913-019-4307-7>>.

CORBIN, J.; STRAUSS, A. **Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing Grounded Theory**. California: SAGE, 2015.

COSTA, J. P. et al. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde debate [online]**. 2014, vol.38, n.103, pp.733-743.

COSTA, C.M.M da et al . Contribuições da pós-graduação na área da saúde para a formação profissional: relato de experiência. *Saude soc.*, São Paulo , v. 23, n. 4, p. 1471-1481, Dec. 2014 .

CONFORTIN, S. C. et al.; Mortalidade prematura pelas principais doenças crônicas não transmissíveis nos estados do Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 6, p. 1588-1594, 2019. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000601588&lng=en&nrm=iso>.

DE LANGE S., VAN EEDEN I., HEYNS T. Patient handover in the emergency department: ‘How’ is as important as ‘what’. **International emergency nursing**. v.36, pag. 46-50. 2018.

DOMENICO, E.B.L. A complexidade do cuidado em oncologia: desafios e futuros desafios. **Acta paul. enferm.** , São Paulo, v. 29, n. 3, pág. 3-5, junho de 2016. Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002016000300003&lng=en&nrm=iso>.

DUARTE, M.L.C; BOECK, J.N. O trabalho em equipe na enfermagem e os limites e possibilidades da estratégia saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 13, n. 3, p. 709-720, 2015.

ELY, L.I; TOASSI, R.F.C. Integration among curricula in Health professionals’ education: the power of interprofessional education in undergraduate courses. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1563-1575, 2018.

ESCALDA, P.; PARREIRA, C.M.S.F. Dimensions of interprofessional work and of collaborative practices developed at a primary care unit by a Family Health team. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1717-1727, 2018.

EVANGELISTA, V. C. et al . Equipe multiprofissional de terapia intensiva: humanização e fragmentação do processo de trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília , v. 69, n. 6, p. 1099-1107, 2016. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000601099&lng=en&nrm=iso>.

FARIAS, E. S. et al. Comunicação efetiva: elo na segurança do paciente no âmbito hospitalar. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-Sergipe**, v. 4, n. 3, p. 139-139, 2018.

FERNANDES, M. N. S. et al. Sofrimento e prazer no processo de formação de residentes multiprofissionais em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre. v. 36, n. 4, p. 90-97, 2015.

FERNANDES, R.S. et al. Repercussões dos fatores associados à qualidade de vida em enfermeiras de unidades de terapia intensiva. **Revista de Saúde Pública**, v. 20, p. 453-459, 2018.

FERRAZZA, A. et al. A sobrevivência ao câncer na perspectiva da família. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 10, n. 3, 2016.

FERREIRA, D. M. R. et al.; Dimensões estatal, gerencial e individual da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (de Mama): um modelo avaliativo. **Administração Pública e Gestão Social**, v. 4, n. 11, p. 1-19, 2019.

FERREIRA, J. C. et al. Risk factors for noninvasive ventilation failure in cancer patients in the intensive care unit: a retrospective cohort study. *Journal of Critical Care*, v. 30, n. 5, p. 1003-1007, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.04.121>>.

FERREIRA, L. R. M. et al. Morbidade psicológica e implicações para a recuperação de adultos após cirurgia oncológica. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 1, 2018.

FREEDMAN, N. et al. Prognosis of cancer patients in the Intensive Care Unit. UpToDate®, 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/prognosis-of-cancer-patients-in-the-intensive-care-unit?search=unidade%20de%20terapia%20intensiva%20e%20pacientes%20oncologicos&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=defa>.

FIGUEREDO, W.N. et al. Práticas colaborativas em serviços de emergência em saúde: a interprofissionalidade do Programa “PermanecerSUS”, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, 2018.

FOLEY, G.; TIMONEN, V. Using grounded theory method to capture and analyze health care experiences. **Health Serv Res**. v.50, n.4, p.1195-210, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4545354/>>.

GALVÃO, T.S., et al. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 24, n. 2, p. 335-342. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000200335&lng=en&nrm=iso>

GRIPA, J. A. et al. Cuidado humanizado de enfermagem à pessoa idosa com câncer. **Disciplinarum Scientia| Saúde**, v. 19, n. 2, p. 235-243, 2018.

GUERRA, M. R. et al. Magnitude e variação da carga da mortalidade por câncer no Brasil e Unidades da Federação, 1990 e 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 20, supl. 1, p. 102-115. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2017000500102&lng=en&nrm=iso>.

GUPTA, Mayank et al. A prospective evaluation of symptom prevalence and overall symptom burden among cohort of critically ill cancer patients. **Indian journal of palliative care**, v. 22, n. 2, p. 118, 2016.

GLATZER, M. et al. O papel da radioterapia no tratamento do câncer de pulmão de pequenas células. **Respire**, v. 13, n. 4, pág. e87-e94, 2017.

Garcia C.T.F. et al. Indicadores de uma Unidade de Terapia Intensiva em um Hospital de Grande Porte do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. **Ciência Alimentando o Brasil**, 2016.

HERCOS, T.M. et al. Trabalho em UTI com Paciente Oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro. v.60, n.1, p. 51-58, 2014. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_60/v01/pdf/08-revisao-literatura-o-trabalho-dos-profissionais-de-enfermagem-em-unidades-de-terapia-intensiva-na-assistencia-ao-paciente-oncologico.pdf>.

HERNÁNDEZ-ZAMBRANO et al. Perspective of health personnel on end-of-life care in Intensive Care Units. **Enferm. Intensiva**. V. 31, n4 pag. 170-183. 2020.

JEMAL, A. et al. Relatório anual à nação sobre o status do câncer, 1975–2014, caracterizando a sobrevivência. **Revista do Instituto Nacional do Câncer**. Rio de Janeiro v. 109, n. 9, p.30, 2017.

LAZZAROTO, P. K. et al. Estratégias de enfrentamento utilizadas pela equipe de enfermagem no cuidado ao paciente oncológico e família. **Rev. enferm. UFSM**, p. 1-16, 2018.

LEAL, M. L. et al. Caracterização das internações hospitalares por neoplasias no Sistema Único de Saúde no Espírito Santo, Brasil, 2011-2015. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 20, n. 2, p. 83-92, 2018.

MALTA, D. C et al. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. **Revista Brasileira de Epidemiologia**., São Paulo, v. 22, e190030, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2019000100428&lng=en&nrm=iso>.

MALTA, D. C et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 599-608, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222014000400599&lng=en&nrm=iso>.

- MALTA, D. C et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017.
- MATA, L. R. F. et al. Morbidade psicológica e implicações para a recuperação de adultos após cirurgia oncológica. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba. v. 23, n. 1, 2018.
- MAZZI, R. A. P.; MARQUES, H. R. Cuidados paliativos oncológicos domiciliares como uma nova prática em saúde influenciando no desenvolvimento local. **Campo Grande**, v. 19, n. 4, p. 727-738, 2018. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-70122018000400727&lng=en&nrm=iso>.
- MCNEESE, N. J. et al. Cognição da equipe como forma de melhorar o cuidado ao paciente crítico com câncer após o transplante de células hematopoéticas. **Journal of Oncology Practice**. v. 12, n. 11, pág. 1091-1099, 2016.
- MEDEIROS, A. C. et al. Abrangência e humanização da gestão da assistência de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 816-822. 2016. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000500816&lng=en&nrm=iso>.
- Mendes E. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia de Saúde da Família. Brasília: CONASS, OPAS; 2012.
- MOHER et al. **The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration**. *Annals of internal medicine*, 2009, Disponível em: <
[file:///C:/Users/vivip/Downloads/0000605-200908180-00136%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/vivip/Downloads/0000605-200908180-00136%20(1).pdf)>
- NETO, J. D. D. A. et al. Profissionais de saúde da unidade de terapia intensiva: percepção dos fatores restritivos da atuação multiprofissional. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. Fortaleza. v. 29, n. 1, p. 43-50, 2016. Disponível em: <
<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/4043>>.
- NOGUEIRA, J.W.S.; RODRIGUES, M.C.S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, v.20, n.3, 2015
- OLIVEIRA FREIRE, M.N. O et al. As expressões das desigualdades sociais e econômicas no contexto da UTI Adulto. **Textos & Contextos. Porto Alegre**, v. 19, n. 2, p. e37587-e37587, 2020.
- OLIVEIRA, M.M. de et al. Estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 146-157, 2015.

OLIVEIRA, M. C. L.; FIRMES, M. P. R. Sentimentos dos profissionais de enfermagem em relação aos pacientes oncológicos. **Revista Mineira de Enfermagem**. v. 16, n. 1, p. 91-7, 2012.

PEDUZZI, M. et al . Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e saúde**, v. 18, supl. 1, e0024678, 2020 .

PEDUZZI, M. AGRELI, H.F. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1525-1534, 2018.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de saúde pública**, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PERUZZO, Hellen Emília et al. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, e20170372, 2018. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000400205&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Jan. 2021. Epub Aug 02, 2018.

PEITER, C.C et al. Gestão do cuidado de enfermagem ao paciente oncológico num hospital geral: uma Teoria Fundamentada nos Dados. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. serIV, n. 11, p. 61-69, 2016. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832016000400007&lng=pt&nrm=iso>.

PICHELLI, K.R. et al. Desafios à Intervenção Interdisciplinar no Olhar da Equipe Multiprofissional em um Hospital de Referência em Tratamento de Câncer no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 65, n. 4, 2019.

RAMIREZ-PERDOMO, C.A et al. Incertidumbre frente al diagnóstico de câncer. **Texto contexto - enfermagem**. Florianópolis. v. 27, n. 4, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

REDONDO, P. et al. Holistic view of patients with melanoma of the skin: how can health systems create value and achieve better clinical outcomes? **E cancer medical science**, v. 13, 2019.

REEVES, S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 56, 2016.

SALDANHA, R. F. et al. Estudo de análise de rede do fluxo de pacientes de câncer de mama no Brasil entre 2014 e 2016. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00090918, 2019.

SANTOS, A. M; GIOVANELLA, L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 32, n. 3. 2016.

SANTOS, D.C.L et al. Planejamento da assistência ao paciente em cuidados paliativos na terapia intensiva oncológica. **Acta Paulista de Enfermagem**. vol.30, n.3 p.295-300. 2017.

SANTOS, G.R.S. et al. Comunicação no handover na terapia intensiva: sentidos e práticas da equipe de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre. v. 41, e20180436, 2020.

SANTOS, J.L.G. *et al.* Perspectivas metodológicas para o uso da teoria fundamentada nos dados na pesquisa em enfermagem e saúde. **Escola Anna Nery**, v.20, n.3, 2016.

SIQUEIRA, A. S. F et al. Impacto econômico das internações, quimioterapias e afastamentos por Neoplasia Maligna de Mama no Brasil. **Diversitates international journal**, 2016. Disponível em: <<http://diversitates.uff.br/index.php/1diversitates-uff1/article/view/110/82>>.

SIEWERT, J. S. et al. Gestão do cuidado integral em enfermagem: reflexões sob a perspectiva do pensamento complexo. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte. v. 21, 2017. Disponível em: < <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1185>>.

SODER, R. et al. Desafios da gestão do cuidado na atenção básica: perspectiva da equipe de enfermagem. **Enferm. Foco**. Brasília. p. 76-80, 2018.

SOUZA, R. F, et al. Eventos adversos na unidade de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem. UFPE on line**, v:12, n1 p. 19-27, 2018.

TIMBRELL, David; PRABHU, Pradeep. On foreign soil: anaesthetists at the surgical multidisciplinary team meeting. **British Journal of Hospital Medicine**, v. 79, n. 6, p. 341-343, 2018.

TORRES, V. B. L.; SOARES, M. Pacientes com neoplasias hematológicas internadas em unidades de terapia intensiva: novos desafios para o intensivista. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 193-195, 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2015000300193&lng=en&nrm=iso>.

THEOBALD, M. R. et al. Percepções do paciente oncológico sobre o cuidado. **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1249-1269, 2016.

TULIO, K.S.C et al. Alterações no perfil da microbiota bucal durante permanência na UTI: colonização por patógenos respiratórios potenciais. **Arch. Health Invest**, p. 351-357, 2018.

VALLE, T. D; GARCIA, P. C. Critérios de admissão do paciente oncológico em Unidades de Terapia Intensiva de hospitais gerais. **Revista de Ciências Médicas**, v. 27, n. 2, p. 73-84, 2019.

World Health Organization. **World health statistics 2018: Monitoring health for the sustainable development goals**. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1>>.

World Health Organization World Health Assembly, 70. **Cancer prevention and control in the context of an integrated approach**. 2017. Disponível em:<<https://apps.who.int/iris/handle/10665/275676>>.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO**

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Considerando sua experiência profissional envolvendo o cuidado ao paciente oncológico, serão realizados os seguintes questionamentos, cujas respostas você tem liberdade para se expressar.

PARTE I – Dados socioprofissionais

1. Idade: ___ anos
 2. Sexo: () M () F
 3. Tempo de atuação na UTI: _____ Profissão: _____
 4. Titulação: () Graduação () Especialista () Mestre () Doutor
- Em caso, de formação em nível de Pós-Graduação, especificar área.

PARTE II –

Questão norteadora:

Como você experiencia a gestão do cuidado de uma equipe multiprofissional ao paciente oncológico em uma unidade de terapia intensiva?

Tópicos de apoio:

- Quais são os profissionais que atuam na UTI?
- Qual o significado de trabalho multiprofissional
- Vivência da gestão o cuidado ofertado ao paciente na UTI?
- Quais características você acredita serem fundamentais para o trabalho em equipe?
- Quais as estratégias que você utiliza para se relacionar com os demais colegas?
- Como você visualiza a sua atuação e dos seus pares neste ambiente?
- Você gostaria de acrescentar alguma informação?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada “GESTÃO DO CUIDADO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR AO PACIENTE ONCOLÓGICO”, que tem como objetivo: Descrever como a equipe multiprofissional experiencia a gestão do cuidado ao paciente oncológico em uma unidade de terapia intensiva.

Esta pesquisa está associada a dissertação de mestrado, da enfermeira Viviane Pecini da Cunha – UFSC juntamente com Profa. Dra. Selma Regina de Andrade (pesquisadora e orientadora) da Universidade Federal de Santa Catarina.

A sua participação no estudo poderá contribuir na construção de melhores práticas gestão aos pacientes oncológicos em uma unidade de terapia intensiva.

Durante a pesquisa você será entrevistado. A entrevista será realizada de forma individual e semiestruturada, a ordem dos assuntos é determinada pela relevância e ênfase que o participante dá ao assunto abordado. A entrevista será gravada por um dispositivo eletrônico de áudio. Após realizada a entrevista, o áudio será transcrito na íntegra, em programa *Microsoft Office Word®*, posteriormente, será encaminhado ao participante para validação das informações. Após a validação, as informações serão inseridas no *software NVIVO® 10*, onde ocorrerá o processo de codificação e organização dos dados. Para a análise das informações será utilizada as etapas de codificação da teoria fundamentada em dados.

Durante os procedimentos de coleta de dados você estará sempre acompanhado por um dos pesquisadores. Se durante a entrevista observar, sentir ou presenciar aspectos desagradáveis deverá comunicar o pesquisador imediatamente, o pesquisador prestará toda a assistência necessária ou acionará pessoal competente para isso. O participante terá livre acesso à informação e caso tenha alguma dúvida sobre quaisquer procedimentos ou sobre o projeto você poderá entrar em contato com o pesquisador a qualquer momento pelo telefone (47) 9679-6525 ou e-mail vipecini@gmail.com.

Os riscos envolvidos são mínimos (desconfortos psicológicos, alterações emocionais e stress) por envolver uma pesquisa que desenvolverá a coleta de dados por meio de entrevistas. Caso ocorra algum desconforto deverá ser comunicado o pesquisador imediatamente para serem tomadas e solicitadas a assistência necessária.

Caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente.

Os pesquisadores serão os únicos a ter acesso aos dados informados e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo. Mas sempre existe a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei. 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.

A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação em pesquisa. Você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação. Caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido nos termos da lei.

Sinta-se absolutamente à vontade em deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem ter que apresentar qualquer tipo de justificativa. Se em algum momento for de sua vontade a recusa ou desistência da participação do estudo isso não implicará em nenhuma sanção, prejuízo, dano ou desconforto.

Duas vias deste documento estão sendo rubricadas e assinadas por você e pelo pesquisador responsável, guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

O pesquisador responsável, que também assina esse documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa

Este documento possui três páginas e todas serão assinadas e rubricadas pelo pesquisador com o objetivo de garantir a integridade do documento (TCLE).

O Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH-UFSC) “ é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os

interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.” O participante poderá entrar em contato com o comitê se julgar pertinente.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu _____,
RG: _____, CPF: _____ li
este documento (ou tive este documento lido para mim por uma pessoa de confiança) e obtive
dos pesquisadores todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido e
optar por livre e espontânea vontade participar da pesquisa.

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Data : ____ / ____ / ____.

Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH-UFSC)

Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Prédio Reitoria II

Bairro: Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040-400.

Contato: (48) 3721-6094, cep.propesq@contato.ufsc.br,

Centro de Estudos, Pesquisa e Ensino:

Centro de Estudos, Pesquisa e Ensino do CEPON

Rodovia Admar Gonzaga, 655.

Bairro: Itacorubi, Florianópolis/SC, CEP 88034-000.

Fone: (48) 3331-1496/ 3331-1498 e- mail: centrodeestudos@cepon.org.br

centrodeestudos@cepon.org.br

APÊNCIDE C- PROTOCOLO DE REVISÃO DA LITERATURA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO

1. PRIMEIRA ETAPA - QUESTÃO DE PESQUISA

1.1. **Pergunta de pesquisa:** Quais evidências subsidiam a gestão do cuidado multiprofissional ao paciente oncológico no pós-operatório em uma unidade de terapia intensiva?

1.2. **Objetivo:** Sistematizar o conhecimento produzido nacional e internacional sobre gestão do cuidado multiprofissional.

2. SEGUNDA ETAPA - CRITÉRIOS DE BUSCA

2.1. DESCRITORES (DeCS):

Português: Gestão em Saúde Inglês: Health Management Espanhol: Gestión en Salud	Definição: Compreende atividades de formação, implementação e avaliação de políticas, instituições, programas, projetos e serviços de saúde, bem como a condução, gestão e planejamento de sistemas e serviços de saúde.
--	---

Português: Equipe de Assistência ao Paciente Inglês: Patient Care Team Espanhol: Grupo de Atención al Paciente	Definição: Cuidados prestados a pacientes por uma equipe multidisciplinar comumente organizada sob a direção de um médico; cada membro da equipe tem responsabilidades específicas e toda a equipe contribui para a
---	--

	assistência ao paciente.
<p>Português: Integralidade em Saúde</p> <p>Inglês: Integrality in Health</p> <p>Espanhol: Integralidad en Salud</p>	<p>Definição: Princípio fundamental de sistemas públicos de saúde que garante ao cidadão o direito de ser atendido desde a prevenção de doenças até o tratamento mais difícil de uma doença, sem excluir nenhum tipo, com prioridade para atividades preventivas e sem prejuízo dos serviços assistenciais. A integralidade supõe um cuidado à saúde e uma gestão setorial que reconheça a autonomia e a diversidade cultural e social das pessoas e das populações.</p>
<p>Português: Doença Crônica</p> <p>Inglês: Chronic Disease</p> <p>Espanhol: Enfermedad Crónica</p>	<p>Definição: Doenças que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, deixam incapacidade residual, são causadas por alteração patológica não reversível, requerem treinamento especial do paciente para reabilitação, pode-se esperar requerer um longo período de supervisão, observação ou cuidado.</p>
<p>Português: Neoplasias</p> <p>Inglês: Neoplasms</p> <p>Espanhol: Neoplasias</p>	<p>Definição: Crescimento novo anormal de tecido. As neoplasias malignas apresentam um maior grau de anaplasia e têm propriedades de invasão e de metástase quando comparadas às neoplasias benignas.</p>

Português: Unidades de Terapia Intensiva	Definição: Unidades hospitalares que
Inglês: Intensive Care Units	proveem assistência intensiva e contínua a
Espanhol: Unidades de Cuidados	pacientes em estado grave.
Intensivos	

2.2 BASES DE DADOS:

BIREME, LILACS, PUBMED, SCIELO, SCOPUS, WEB OF SIENCE, CINAHL.

2.3. CONSULTA:

- Listar referências dos materiais encontrados, para buscar referências que possam ser de interesse à revisão integrativa.

2.4 PERÍODO DE BUSCAS:

- Será realizado uma avaliação dos materiais publicados nos últimos cinco anos (2015-2019).

2.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

- Artigos de pesquisas qualitativas e quantitativas sobre o tema, que se apresentem na íntegra, publicados em periódicos das bases de dados selecionadas para o estudo; estudos que apresentam os descritores listados neste protocolo no período de publicação compreendido entre janeiro de 2015 a dezembro de 2019.

2.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

- Artigos de revisão; publicações de trabalho duplicados; cartas; editoriais; resumos em anais de eventos ou periódicos; teses; dissertações; materiais publicados em outros idiomas que não sejam inglês, espanhol e português;

3. TERCEIRA ETAPA - MÉTODO DE CATEGORIZAÇÃO

A partir do critério de pertinência e exaustão na coleta dos dados, o material será separado inicialmente na forma de resumo, conforme a natureza e o tipo de estudo. Os pesquisadores farão uma leitura dos resumos (material coletado) para conferir se são condizentes com o objetivo do estudo. Os estudos pertinentes serão resgatados e os textos serão avaliados na

íntegra.

4. QUARTA ETAPA - MÉTODO DE AVALIAÇÃO

Será utilizado o método PRISMA.

V. QUINTA ETAPA - INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Após a coleta do material, os dados serão analisados a partir da análise temática proposta por Minayo (2004).

VI. SEXTA ETAPA - APRESENTAÇÃO DA REVISÃO

Será realizado na forma de narrativa a partir das análises qualitativas e quantitativas dos dados coletados.

ANEXO A – PARECER SUBSTANCIADO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Gestão do Cuidado da Equipe Multidisciplinar ao Paciente Oncológico

Pesquisador: Selma Regina de Andrade

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 31115920.1.0000.0121

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.050.326

Apresentação do Projeto:

"Gestão do Cuidado da Equipe Multidisciplinar ao Paciente Oncológico". Projeto de pesquisa de Mestrado de VIVIANE PECINI DA CUNHA, orientado pela Profa. Dra. Selma Regina de Andrade do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Uma pesquisa de abordagem qualitativa, guiada pelo método Grounded Theory ou Teoria Fundamentada nos Dados, com o objetivo de responder à seguinte questão de pesquisa: Como a equipe multiprofissional experiencia a gestão do cuidado ao paciente oncológico em uma unidade de terapia intensiva?.

Objetivo da Pesquisa:

Comunicar ao CEP/SH/UFSC a necessidade de aprovação do Comitê de Ética em pesquisa do CEPON (instituição coparticipante).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Já avaliados no projeto original.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata o presente da primeira Emenda do projeto de pesquisa em questão, onde a Profa. Dra. Selma Regina de Andrade comunica que o projeto vai ser submetido também para apreciação do CEP/CEPON. O CEP/SH/UFSC tomou ciência e recomenda a sua aprovação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não se aplica.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 4.050.326

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pela aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1556497_E1.pdf	13/03/2020 20:02:47		Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	26/04/2020 19:58:37	Viviane Pecini da Cunha	Aceito
Outros	Supervisor_Local.pdf	26/04/2020 19:57:25	Viviane Pecini da Cunha	Aceito
Outros	roteiro_de_entrevista.pdf	26/04/2020 19:57:07	Viviane Pecini da Cunha	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes.pdf	26/04/2020 19:56:18	Viviane Pecini da Cunha	Aceito
Outros	cepassinado.pdf	26/04/2020 19:54:00	Viviane Pecini da Cunha	Aceito
Outros	Carta_AnuEncia.pdf	26/04/2020 19:53:36	Viviane Pecini da Cunha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	26/04/2020 19:50:43	Viviane Pecini da Cunha	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	1Autorizacao_Pesquisa_CEPON.pdf	26/04/2020 19:50:14	Viviane Pecini da Cunha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_mestrado_viviane.pdf	26/04/2020 19:49:53	Viviane Pecini da Cunha	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 4.050.326

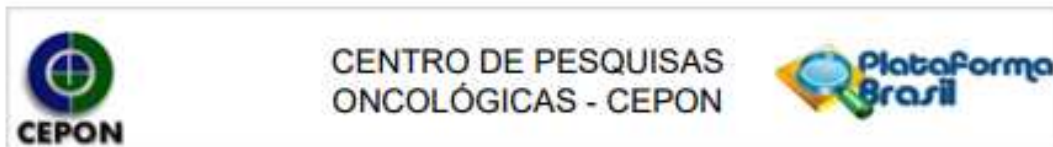
FLORIANOPOLIS, 26 de Maio de 2020

Assinado por:
Maria Luiza Bazzo
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Página 03 de 03

ANEXO B – PARECER SUBSTANCIADO CEP – CEPON



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Gestão do Cuidado da Equipe Multidisciplinar ao Paciente Oncológico

Pesquisador: Selma Regina de Andrade

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 31115920.1.3001.5355

Instituição Proponente: Centro de Pesquisas Oncológicas - CEPON

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.133.598

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma dissertação de mestrado, de abordagem qualitativa, que traz em seu contexto que, diante da repercussão estatística do câncer, das demandas e da complexidade de atenção a esta população e da constatação de sofrimento e impacto psicossocial do cuidado oncológico, os pesquisadores pretendem investigar as estratégias de gestão da equipe multiprofissional ao paciente oncológico em uma unidade de terapia intensiva.

Caracteriza-se como uma pesquisa guiada pelo método Grounded Theory ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). O método enfoca os processos de interação entre as pessoas que exploram papéis sociais e condutas humanas. Este método de pesquisa, preocupa-se em aprofundar os significados que correspondem a um espaço pouco explorado (CORBIN; STRAUSS, 2015). Para o alcance do objetivo deste trabalho, também será utilizado o método de revisão da literatura. Este método possibilita a síntese de múltiplos estudos a respeito de uma área particular de estudo. Consiste na construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, assim como reflexões sobre a realização de futuros estudos.

Deste modo, este estudo seguirá dois momentos de trabalho: o desenvolvimento de uma TFD (momento 1); e a realização de uma Revisão Integrativa da Literatura (momento 2).

Endereço: Rodovia Admar Gonzaga, 655 - SC 404
Bairro: Itacorubi **CEP:** 88.034-000
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3331-1502 **Fax:** (48)3331-1502 **E-mail:** cep@cepon.org.br



Continuação do Parecer: 4.133.598

Momento 1 - Pesquisa utilizando a TFD: Busca-se com este estudo compreender como os profissionais da equipe multidisciplinar experienciam a gestão do cuidado ao paciente oncológico em uma UTI.

Momento 2 - Revisão integrativa de literatura, possibilitando a sistematização do conhecimento nacional e internacional produzido sobre gestão do cuidado multiprofissional.

O cenário do estudo será o Centro de pesquisas Oncológicas (CEPON), um serviço público, que presta assistência integral, humanizada e de qualidade, e é referência no tratamento oncológico em Santa Catarina. Este hospital, dispõe de diversas especialidades e conta com atuação da equipe multiprofissional. A Instituição é o ambiente onde a mestranda desenvolve atividades como enfermeira assistencial na unidade de terapia intensiva.

Participantes da pesquisa: O método de pesquisa utilizado não exige limitação do número de participantes do estudo. De acordo com o objeto deste estudo, será identificado os participantes iniciais que podem ser os melhores informantes. Durante a análise dos dados e surgimento das hipóteses e da necessidade de explorar e compreender melhor os dados, os pesquisadores podem escolher outras pessoas para ampliar e aprofundar seus conceitos e amostra (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Para o primeiro grupo amostral o convite será realizado pessoalmente e formalizado via e-mail. Após esclarecimento do objetivo e método da pesquisa, será solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As entrevistas serão realizadas em local de escolha do participante, serão gravadas em dispositivo digital de voz, sendo transcritas após cada encontro, posteriormente, serão enviadas ao participante para validação das informações. Para atender aos aspectos éticos, foram seguidas as recomendações da Resolução no. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

Critério de Inclusão:

Serão critérios de inclusão para participar da pesquisa: 1) Profissionais que atuam na Unidade de Terapia intensiva 2) Participantes que aceitem colaborar com a pesquisa que estejam no mínimo, há três meses no cargo, pois se considera esse tempo mínimo de experiência para reconhecimento

Endereço: Rodovia Admar Gonzaga, 655 - SC 404
Bairro: Itacorubi **CEP:** 88.034-000
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3331-1502 **Fax:** (48)3331-1502 **E-mail:** cep@cepon.org.br



Continuação do Parecer: 4.133.598

do cargo e atividades envolvidas.

Critério de exclusão: Profissionais que não tenham três meses no cargo, profissionais que por quaisquer motivos, não aceitem participar ou desejarem ser excluídos da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender como a equipe multiprofissional experiencia a gestão do cuidado ao paciente oncológico em uma unidade de terapia intensiva.

Objetivo Secundário:

Sistematizar o conhecimento produzido nacional e internacionalmente sobre gestão do cuidado multiprofissional; e Elaborar a teoria de gestão do cuidado multiprofissional ao paciente oncológico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos envolvidos são mínimos (desconfortos psicológicos, alterações emocionais e stress) por envolver uma pesquisa que desenvolverá a coleta de dados por meio entrevista gravada em meio digital, o participante será acompanhado durante a entrevista pelo pesquisador principal e por meio digital a qualquer momento pelo contato: vipecini@gmail.com ou 47-996796525, que lhe prestará toda a assistência necessária ou acionará pessoal competente para isso. Caso ocorra algum desconforto deverá ser comunicado o pesquisador imediatamente para serem tomadas e solicitadas a assistência necessária. Durante os procedimentos de coleta de dados o participante estará sempre acompanhado por um dos pesquisadores. Se durante a entrevista observar, sentir ou presenciar aspectos desagradáveis deverá comunicar o pesquisador imediatamente, o pesquisador prestará toda a assistência necessária ou acionará pessoal competente para isso. O participante terá livre acesso à informação e caso tenha alguma dúvida sobre quaisquer procedimentos ou sobre o projeto você poderá entrar em contato com o pesquisador a qualquer momento pelo telefone (47) 9679- 6525 ou e-mail vipecini @gmail.com.

Benefícios:

Considerando a finalidade e as potenciais contribuições deste estudo, são previstos os seguintes benefícios: 1) elaboração do conceito de gestão do cuidado na alta complexidade; 2) compreensão sobre como uma equipe multiprofissional experiencia a gestão do cuidado ao paciente oncológico

Endereço: Rodovia Admar Gonzaga, 855 - SC 404

Bairro: Itacorubi

CEP: 88.034-000

UF: SC

Município: FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3331-1502

Fax: (48)3331-1502

E-mail: cep@cepon.org.br



CENTRO DE PESQUISAS
ONCOLÓGICAS - CEPON



Continuação do Parecer: 4.133.598

em uma unidade de terapia intensiva; e 3) por consequência e neste contexto peculiar e complexo de cuidado, identificar as possíveis melhorias ao cuidado ao paciente crítico que resultem uma assistência segura ao paciente e família que necessitam desse atendimento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto em conformidade com a Resolução CNS no 466/12.

O Projeto de pesquisa de Mestrado de VIVIANE PECINI DA CUNHA, orientado pela Profa. Dra. Selma Regina de Andrade do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, é uma pesquisa de abordagem qualitativa, guiada pelo método Grounded Theory ou Teoria Fundamentada nos Dados.

Sua condução trará benefícios a comunidade científica e profissionais de saúde, visto que a atenção ao paciente oncológico é diferenciada e torna-se um grande desafio à equipe multiprofissional que precisa avançar em suas competências objetivando a prevenção e promoção do alívio da dor e sintomas nas unidades de terapia intensiva.

O presente estudo justifica-se devido a grande incidência de pacientes oncológicos e a complexidade que sua atenção exige dos profissionais na assistência.

O estudo está bem descrito e apresenta uma metodologia detalhada, bem como um criterioso embasamento científico. Os objetivos propostos estão de acordo e caracterizam amplamente o desenvolvimento da pesquisa. Os riscos e benefícios estão coerentes com a proposta do estudo.

O cronograma está desatualizado, visto que prevê o início da coleta de dados em maio/2020.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos apresentados estão de acordo com as exigências normativas.

Endereço: Rodovia Admar Gonzaga, 655 - SC 404
Bairro: Itacorubi **CEP:** 88.034-000
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3331-1502 **Fax:** (48)3331-1502 **E-mail:** cep@cepon.org.br



Continuação do Parecer: 4.133.598

Recomendações:

É necessária a atualização do cronograma de execução.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Favorável a execução do projeto, desde que o cronograma seja atualizado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Qualquer alteração ao projeto original deverá ser imediatamente encaminhada ao CEP, para análise e aprovação. Relatórios semestrais deverão ser encaminhados ao CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Supervisor_Local.pdf	26/04/2020 19:57:25	Viviane Pecini da Cunha	Aceito
Outros	roteiro_de_entrevista.pdf	26/04/2020 19:57:07	Viviane Pecini da Cunha	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes.pdf	26/04/2020 19:56:18	Viviane Pecini da Cunha	Aceito
Outros	cep_assinado.pdf	26/04/2020 19:54:00	Viviane Pecini da Cunha	Aceito
Outros	Carta_AnuEncia.pdf	26/04/2020 19:53:36	Viviane Pecini da Cunha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	26/04/2020 19:50:43	Viviane Pecini da Cunha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_mestrado_viviane.pdf	26/04/2020 19:49:53	Viviane Pecini da Cunha	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rodovia Admar Gonzaga, 655 - SC 404
Bairro: Itacorubi CEP: 88.034-000
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3331-1502 Fax: (48)3331-1502 E-mail: cep@cepon.org.br



CENTRO DE PESQUISAS
ONCOLÓGICAS - CEPON



Continuação do Parecer: 4.133.538

FLORIANÓPOLIS, 03 de Julho de 2020

Assinado por:
Maria Luiza Vieira e Vieira
(Coordenador(a))

Endereço: Rodovia Admar Gonzaga, 655 - SC 404
Bairro: Itacorubi **CEP:** 88.034-000
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3331-1502 **Fax:** (48)3331-1502 **E-mail:** cep@cepon.org.br

Página 06 de 06

ANEXO C – VALIDAÇÃO DA TEORIA

16/04/2021

Validação da Teoria Substantiva

Validação da Teoria Substantiva

Olá,

Gostaria de convidá-lo (a) a participar da Validação da teoria substantiva: "Atuando em equipe no compartilhamento do cuidado humanizado para atender às necessidades do paciente oncológico, com base na comunicação e na interdependência de saberes e práticas".

A pesquisa faz parte da dissertação de mestrado da aluna Viviane Pecini da Cunha, sob orientação da Profª Drª Selma Regina de Andrade.

Os aspectos éticos foram respeitados conforme a resolução do Conselho Nacional de Saúde de nº 466/12 (BRASIL, 2012). O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEP/UFSC), com o parecer nº: 4.050.326 e CAAE: 31115920.1.0000.0121 na data de 26 de maio de 2020 e pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos do Centro de Estudos, Pesquisa e Ensino do CEPON, com o parecer nº 4.133.598 e CAAE: 31115920.1.3001.5355 na data de 03 de julho de 2020.

***Obrigatório**

1. Li e estou ciente. *

Marcar apenas uma oval.

sim, aceito participar.

Breves informações sobre a dissertação

Titulo da dissertação:

Gestão do cuidado multiprofissional ao paciente oncológico

Pergunta de pesquisa:

Como a equipe multiprofissional experiencia a gestão do cuidado ao paciente oncológico em uma unidade de terapia intensiva?

Objetivo:

Compreender como a equipe multiprofissional experiencia a gestão do cuidado ao paciente oncológico em uma unidade de terapia intensiva

<https://docs.google.com/forms/d/152L7S68widozEFWqYBuBk7uDNbjehH0UJ3Y5oxlc8Qo/edit>

Aspectos metodológicos:

Referencial metodológico:

Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Local da pesquisa:

Centro de Pesquisas Oncológicas - CEPON

Grupos amostrais:

1º grupo: quatro médicos, três enfermeiros e cinco técnicos de enfermagem, e 2º grupo: três fisioterapeutas, três farmacêuticos, dois psicólogos, três nutricionista, um terapeuta ocupacional, dois assistente social, um fonoaudiólogo, um dentista e um capelão.

A coleta de dados:

Entrevista individual, semiestruturada, gravada em meio digital, nos meses agosto de 2020 a janeiro de 2021.

Análise de dados:

Codificação aberta, axial e integração; Construção de memorandos e diagramas; Auxílio do software Nvivo; Utilização do paradigma para identificação da teoria.

Categorias, subcategorias e categoria central, que sustentam a teoria.

Componente	Categoria	Subcategoria
Condições: <i>Por que, quando e como o fenômeno ocorre.</i>	Exercendo o trabalho em equipe na unidade de terapia intensiva	<i>- Destacando a atuação multiprofissional na UTI</i> <i>- O impacto do trabalho em equipe</i>
Ações-interações: <i>A resposta ao evento estudado</i>	Utilizando a comunicação como estratégia de articulação multiprofissional	<i>- Compartilhando os saberes em prol da qualidade assistencial</i> <i>- Exemplificando a atuação com os demais profissionais</i> <i>- Enfermagem e seu papel na equipe</i>
	Lidando com os conflitos e enfrentando as dificuldades	<i>- Exemplificando os problemas que podem interferir no trabalho em equipe</i> <i>- Um ano atípico e as dificuldades enfrentadas</i> <i>- Relatando a relação com os coordenadores</i>
Consequências: <i>Resultados previstos ou constatados nas ações e interações</i>	Promovendo a gestão do cuidado multiprofissional na UTI	<i>- Descrevendo a gestão do cuidado ao paciente oncológico na UTI</i>
Categoria central: Atuando em equipe no compartilhamento do cuidado humanizado para atender às necessidades do paciente oncológico, com base na comunicação e na interdependência de saberes e práticas.		

Condição:

Exercendo o trabalho em equipe na unidade de terapia intensiva, com a subcategoria: Destacando a atuação multiprofissional na UTI e O impacto do trabalho em equipe, demonstra-se que os profissionais das mais diversas áreas, cada qual com suas habilidades e conhecimentos são fundamentais e essenciais para a realização de um cuidado humanizado, seguro, integrado e com qualidade.

Ações- interações:

Utilizando a comunicação como estratégia de articulação multiprofissional e Lidando com os conflitos e enfrentando as dificuldades, composta pelas subcategorias: Compartilhando os saberes em prol da qualidade assistencial; Exemplificando a atuação com os demais profissionais e Enfermagem e seu papel na equipe e, respectivamente, Exemplificando os problemas que podem interferir no trabalho em equipe; Um ano atípico e as dificuldades enfrentadas e Relatando a relação com os coordenadores.

Para os participantes, a comunicação deve ser estimulada e utilizada como estratégia central para a articulação das equipes, tendo em vista, que através do diálogo um profissional articula e compreende a importância do outro. As relações de trabalho são interdependentes. Nenhum cuidado proposto é ofertado de maneira exclusiva por um único profissional, existe uma dependência entre as profissões para a concretização adequada destas ações.

A enfermagem é tida como a profissão que articula os cuidados, por ser a profissão que fica ininterrupta na unidade e que dispõe de mais tempo de assistência ao paciente. Este profissional também é visto como um dos gestores da unidade de terapia intensiva e deste modo, ela se torna o elo de todas as profissões, no entanto pode existir uma sobrecarga de trabalho sobre esse profissional.

A categoria também é composta por Lidando com os conflitos e enfrentando as dificuldades, com as suas subcategorias e versa sobre o estresse emocional, a sobrecarga de atividades assistenciais, ausência ou realização de poucos treinamentos e foi elencado como um dos fatores que impactam negativamente na qualidade do cuidado.

Consequências:

Promovendo a gestão do cuidado multiprofissional na UTI, composto pela subcategoria Descrevendo a gestão do Cuidado ao paciente oncológico na UTI. Evidenciou que o cuidado ofertado ao paciente oncológico é complexo e extrapola as perspectivas biológicas, para tal é necessário a integração de especialidades médicas e não médicas com o intuito de minimizar os impactos negativos ao paciente e família durante a sua permanência na UTI, e garantir a estabilização clínica para que o paciente possa prosseguir com seu tratamento oncológico.

A gestão é tida em diferentes esferas, desde o compartilhamento de saberes, aos cuidados propriamente ditos que são ofertados ao paciente, no entanto, o que se tem em comum é que a gestão do cuidado dentro da UTI só pode e deve ser realizada em conjunto e de maneira compartilhada, e em rede, garantindo a integralidade do cuidado, a segurança e o atendimento de todas as complexidades que o paciente demanda.

A atuação em equipe multiprofissional é realizada de maneira responsável e engajada, no entanto uma fragmentação relacional existe porque os profissionais não visualizaram a continuidade do seu cuidado e das suas ações no cuidado do outro.

Categoria central:
Atuando em equipe no compartilhamento do cuidado humanizado para atender às necessidades do paciente oncológico, com base na comunicação e na interdependência de saberes e práticas.

O paciente oncológico demanda atenção multiprofissional que garantem cuidados relacionados aos aspectos físico, psicológico e espiritual, devido a complexidade que envolve o atendimento.

A comunicação propicia momentos de discussão e compreensão sobre a situação clínica do paciente, além de ampliar as perspectivas de cuidado sob a ótica de outro profissional, possibilita aprendizado e atualização constante. Através da comunicação se realiza pactos e metas integradas e de que forma cada profissional pode contribuir nesse cuidado. No entanto é importante ressaltar que o compartilhamento de cuidados e responsabilidades é igualitário e todos os envolvidos são imprescindíveis e determinantes no bem estar desse paciente.

Evidencia-se um grau de dependência entre os cuidados ofertados, independente de qual profissional solicitou determinado cuidado ou ação, o impacto ocorre de forma direta ou indiretamente na ação de outro profissional. As relações de cuidado são arranjos organizacionais em constante mudança e partem de comum acordo, é necessário o fortalecimento dos profissionais em relação ao pertencimento de grupo e principalmente a compreensão que não existe ação ou profissão mais ou menos importante.

Representação da teoria substantiva



A partir da leitura da breve apresentação da dissertação e dos resultados obtidos, responda aos seguintes questionamentos:

2. Em relação ao paradigma: condições. Existe clareza e coerência nos componentes? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

3. Em relação ao paradigma: condições. Deseja fazer alguma consideração?

4. Em relação ao paradigma: Ações-interações. Existe clareza e coerência nos componentes? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

5. Em relação ao paradigma: Ações-interações. Deseja fazer alguma consideração?

- 6. Em relação ao paradigma: Consequências. Existe clareza e coerência nos componentes? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

- 7. Em relação ao paradigma: Consequências. Deseja fazer alguma consideração?

- 8. Em relação a Categoria central. Existe clareza e coerência nos componentes? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

- 9. Em relação a Categoria central. Deseja fazer alguma consideração?

10. Em relação ao modelo apresentado, você considera que há integração entre as categorias? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

11. Deseja fazer alguma sugestão?

12. Referente ao nível de abstração da teoria, você considera que ela poderia ser aplicada em outros cenários? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

13. Deseja fazer alguma consideração?

Obrigada pela participação!