

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E  
SOCIEDADE**

**SILVANA ROMAGNA MARCELINO**

**O POTENCIAL DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ALTA  
HOSPITALAR PARA A AUTONOMIA EM CUIDADOS  
PALIATIVOS: UM OLHAR ENFERMEIRO**

**FLORIANÓPOLIS  
2009**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária da  
Universidade Federal de Santa Catarina

M314c Marcelino, Silvana Romagna

O potencial da educação em saúde na alta hospitalar para a autonomia em cuidados paliativos [tese] : um olhar enfermeiro / Silvana Romagna Marcelino ; orientadora, Marta Lenise do Prado. - Florianópolis, SC, 2009.

159 p. : il.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Câncer avançado. 3. Cuidado paliativo. 4. Alta do paciente. 5. Educação em saúde. 6. Autonomia. I. Prado, Marta Lenise do. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

**SILVANA ROMAGNA MARCELINO**

**O POTENCIAL DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ALTA  
HOSPITALAR PARA A AUTONOMIA EM CUIDADOS  
PALIATIVOS: UM OLHAR ENFERMEIRO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Marta Lenise do Prado

Linha de Pesquisa: Educação em Enfermagem e Saúde

**FLORIANÓPOLIS**  
**2009**

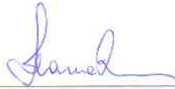
**SILVANA ROMAGNA MARCELINO**

**O POTENCIAL DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ALTA  
HOSPITALAR PARA A AUTONOMIA EM CUIDADOS  
PALIATIVOS: UM OLHAR ENFERMEIRO**

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

**DOUTOR EM ENFERMAGEM**

e aprovada em 15 de dezembro de 2009, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**



Dra. Flávia Regina Souza Ramos  
Coordenadora do Programa

**Banca Examinadora:**




Dra. Marta Lenise do Prado  
Presidente



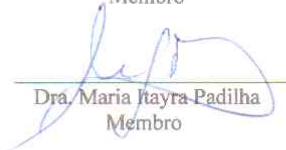
Dra. Maria Ribeiro Lacerda  
Membro



Dr. Luiz Anildo A. da Silva  
Membro



Dra. Francine Lima Gelbcke  
Membro



Dra. Maria Itayra Padilha  
Membro

Dra. Maria Elisabeth K. da Silva  
Membro Suplente

Dra. Telma Elisa Carraro  
Membro Suplente

## AGRADECIMENTOS

Quando pensei em fazer o doutorado estava vivenciando a academia como docente da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). Uma rotina que coincidiu com o início da duplicação da BR 101. Foram muitas as viagens no primeiro semestre apesar do perigo foi agradável porque eu tinha como companheira a amiga Ivete Maria Ribeiro (a Preta). Nas idas e vindas trocávamos figurinhas sobre as aulas, as leituras, ríamos muito e também falávamos das dificuldades que enfrentávamos. As outras amigas da UNISUL torciam e nos apoiavam. Foi pensando na academia que me propus a enfrentar esse desafio.

Infelizmente, minha companheira de viagem investiu em outros projetos e seguiu viajando sozinha; as obras da BR 101 continuaram e os perigos também, especialmente o da energia gasta para vencer o sono nas inúmeras filas. Felizmente, estive em risco apenas duas vezes e Graças a Deus e meu anjo de guarda, as freiadas e manobras deram certo. No segundo ano decidi estar com dedicação integral ao doutorado e ficar menos na estrada. Agora ao encerrar a etapa da construção da versão final do meu trabalho a obra no trecho da morte da BR continua e está mais fácil ir e vir.

Gostaria de tecer aqui agradecimentos sem a intenção de destacar alguns companheiros de jornada e não outros; apenas uma apontar um parcela entre tantos que colaboraram direta ou indiretamente com a trajetória percorrida. Os que aqui não estiverem listados, por favor, sintam-se abraçados por mim.

### **Agradeço à:**

À mãe natureza, que para mim representa a divindade maior, por sempre ter aberto portas e mostrado o caminho a seguir.

A todos os meus familiares, lembrando que meu conceito de família transcende os laços sanguíneos, vocês estiveram sempre ao meu lado com cuidado para proporcionar o meu bem estar e viveram comigo os momentos de fragilidade. Obrigada pai e mãe (Romoaldo e Neltra Romagna) pelo cuidado intensivo e torcida para que tudo acabasse bem.

Ao pessoal da Costa Carneiro 561, obrigada mesmo! Peço desculpas pelas ausências necessárias. Sabemos que somos uma família.

A todos os que me apoiaram com suas práticas de saúde para que eu pudesse ir adiante. Todos foram fundamentais para manter minha integridade física, mental e espiritual. Em especial, à Eloita Neves Arruda pelos momentos de conforto que me proporcionou, amiga, mais uma vez estivemos juntas no processo de autoconhecimento.

À Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) especialmente ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PEN) que preza pelo pensar e fazer ciência através de seus coordenadores professores e funcionários; destaco o nome de Claudia Crespi Garcia, que ao longo do processo não mediu esforços para “estar conosco” (corpo discente). Também destaco aqui, o apoio das professoras Vera Radüzn e Maria Itayara Padilha que estiveram presentes de forma especial, assim como a minha orientadora, com sua maneira inteligente de conduzir o processo de ensino e aprendizagem, pela paciência e o respeito com o meu tempo. Muito obrigada Marta, este trabalho foi feito a quatro mãos e com certeza a segurança da tua intervenção enriqueceu o exercício de reflexão.

À Secretaria de Estado da Saúde pelo apoio ao movimento de avanço ao conhecimento.

À UNISUL, em especial ao curso de Enfermagem por ter estado ao meu lado. Em especial aos grandes amigos que tenho nesta instituição que preza pela excelência dos serviços prestados á comunidade científica. Não poderia deixar de mencionar as companheiras de todas as horas (Rê Silvério, Re Delfino, Janete, Caia, Eliete, Preta, Meri, Guinga, Verinha e sua equipe maravilhosa e tantos outros seres humanos sensíveis que convivi nesta instituição.

À professora Carla Denise Grüdtner pela convivência agradável nas aulas e revisões das traduções da língua inglesa.

À enfermeira Ariane Johner por ter estado comigo á frente da máquina (computador) que uso em nome do trabalho e possuo grandes limitações para operá-la.

A todos os amigos da turma 2005.1 e também aqueles que

estiveram nas disciplinas como alunos especiais, os que estavam mais próximos nos estudos filosóficos, aos membros do grupo de pesquisa Educação em Enfermagem (EDEN) pelos momentos de estudo com as guloseimas que divertiam os encontros. Ressalto a parceria das companheiras Nen Nalú Alves das Mercês e Luciana Martins da Rosa, Helena Vaghetti Heidtmann, Sandra Márcia Schmidt e Francisca Georgina Sousa sempre acreditando e me estimulando ir adiante. Obrigada gente!

Ao Centro de Estudos e pesquisas Oncológicas Dr. Alfredo Daura Jorge (CEPON) por ter concedido espaço para realizar a pesquisa.

Agradeço, ainda, a todos os profissionais do Hospital do Cepon, que me receberam carinhosamente, particularmente os sujeitos participantes desta pesquisa.

E, em especial agradeço aos professores examinadores – Dra. Maria Ribeiro Lacerda, Dra. Maria Elisabeth Kleba da Silva, Dra. Maria Itayra Padilha, Dra. Francine Lima Gelbcke, Dra. Vera Radünz, Dra. Telma Elisa Carraro e Dr. Luiz Anildo Anacleto da Silva pela contribuição no aprimoramento deste exercício acadêmico.

Desejo prestar uma homenagem a seres humanos especiais que representam todos os outros igualmente especiais fazem parte da minha vida:

À minha querida avó Ângela Ernesta Bresciani Romagna (*in memorian*), professora primária, por todos os momentos alegres que compartilhamos.

À Marlene Soccas a minha admiração pelo exemplo de seu ativismo político em uma época em que a manifestação do pensamento era reprimida violentamente em nosso país.

À minha amiga, Arminda Romagna (*in memorian*) que nos deixou o seu exemplo de educadora a ser seguido e muita saudade.

À minha madrinha, Neusa Pompermaier Schroeder, um ser artista, guerreiro e comprometido com as causas sociais, e da vida. Tia, obrigada por ser o sustentáculo de todas as horas para nossa família, as tuas orações removem montanhas!



MARCELINO, Silvana Romagna. **O potencial da educação em saúde na alta hospitalar para a autonomia em cuidados paliativos: um olhar enfermeiro.** 2009. 159p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

Orientadora: Profa. Dra. Marta Lenise do Prado

Linha de Pesquisa: Educação em Enfermagem e Saúde

## RESUMO

O presente estudo foi desenvolvido no sul do Brasil em uma instituição de referência para o tratamento do câncer e teve por objetivo compreender como ocorre o processo educativo para alta hospitalar na visão dos profissionais que desenvolvem o cuidado junto aos sujeitos portadores de câncer avançado. O referencial que sustentou teoricamente o estudo está em consonância com a educação como prática da liberdade entendendo que a autonomia permeia todo processo de ensino e aprendizagem. Trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva com nove sujeitos participantes, dentre eles, enfermeiro, médico, nutricionista, assistente social e farmacêutico. A entrevista aberta, a observação participante e a reunião de grupo foram estratégias utilizadas para a coleta de dados, que foi realizada no período de julho de 2007 a dezembro de 2008. A análise foi concomitante as idas ao campo e foi utilizado no processo, o método de comparação constante. A resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde norteou os aspectos éticos da pesquisa, sendo que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa pelo parecer número 025/2007 e registro CEP 014/2007. O processo de análise deu origem à categoria central denominada de “O potencial da educação em saúde na alta hospitalar para a autonomia do sujeito portador de câncer.” e três categorias, a saber: 1ª categoria: “O que diz a equipe de saúde sobre a alta hospitalar”, com as seguintes sub-categorias a) a alta hospitalar é um ato administrativo e prerrogativa médica; b) o modo de fazer da Enfermagem é diferenciado; c) a educação é inerente ao processo de alta; d) o processo de alta representa múltiplas oportunidades de ouvir/orientar; e) a educação para a alta é compromisso do enfermeiro e da equipe de saúde; 2ª categoria “alta hospitalar: o que faz a equipe de saúde”, com as seguintes sub-categorias: a) o enfermeiro coordena a

unidade de internação e o trabalho da equipe de saúde; b) os familiares e os profissionais são envolvidos no processo de alta hospitalar; c) a equipe de saúde avalia o processo de alta; d) a equipe de saúde promove a articulação do serviço hospitalar com a Unidade Básica de Saúde; e) as orientações para alta estão centradas na terapia medicamentosa; e 3ª categoria “Empoderamento, autonomia e poder em cuidados paliativos - a autonomia do outro não é a minha autonomia”, com as seguintes subcategorias: a) autonomia e livre arbítrio em cuidados paliativos; e b) autonomia e poder na/da prática profissional. Os resultados demonstraram que os profissionais da equipe de saúde no ambiente hospitalar percebem que o enfermeiro é quem está mais próximo dos sujeitos hospitalizados, sendo o profissional que deve deflagrar o processo de orientação para a alta hospitalar; que o enfermeiro coordena a unidade de internação e a equipe de saúde, e que no processo de alta existe um esforço para que os familiares e todos os profissionais participem. Além disso, denotaram a preocupação por parte dos profissionais com a avaliação do processo de alta hospitalar, embora ainda não se registrem grandes avanços. A articulação hospital/unidade básica de saúde também aparece como uma atividade realizada no processo de alta. Por fim, os profissionais reconhecem o potencial da educação em saúde na alta hospitalar para a autonomia do sujeito portador de câncer avançado.

**Palavras-chaves:** alta hospitalar, enfermagem, câncer avançado, cuidado paliativo, educação em saúde, autonomia.

MARCELINO, Silvana Romagna. **The potential of education in health in hospital discharge to the autonomy of palliative care: nursing outlook.** 2009. p. 159. Thesis (Doctor in Nursing) – Program of Post-Graduation in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianopolis, 2009.

Supervisor: Prof. Dr. Marta Lenise do Prado

Line of Research: Education in Nursing and Health

## **ABSTRACT**

The present study was developed in Southern Brazil in hospital of national reference for cancer treatment. It aimed at better understand how the educational process for hospital discharge occurs in the caregiver professionals' view, related to subjects with advanced cancer. The theoretical framework that supported the study is in accordance with education as a liberating practice, understanding that autonomy permeates all the teaching/learning process. This qualitative, descriptive study involved the participation of eleven subjects, using Strauss and Corbin's Grounded Theory (2008), in order to collect and analyze the data. Eleven professionals participated in the study, nine of which were hospital employees. Their occupations were nurse, physician, dietician, social worker, pharmacist, and two subjects who were not officially part of the institution. The semi-structured interview, participating observation, documental analysis, and group meeting were the strategies used for data collection between September of 2007 and December of 2008. The analysis took place concomitant with field visits, using regular comparison, as stated by the Grounded Theory in the method process. The resolution 196/96 of the Brazilian National Health Council (Conselho Nacional de Saúde) guided the ethical aspects of this study, and the project was approved by the Ethics in Research Committee under the statement 025/2007 and register CEP 014/2007. The analysis process originated the central category, named "Hospital Discharge as a Privileged Opportunity for Health Care Education", and three other categories, namely: 1st category: "What the Health Team Says about Hospital Discharge", with the following subcategories: a) The Hospital Discharge is an Administrative Action and it is a Medical Prerogative; b) The Making of Nursing is Differentiated; c) Education is Inherent to the Discharge Process; d) Discharge Process Represents Multiple

Opportunities for Listening/Instructing; e) Education in Discharge is a Nursing and Health Team Commitment; The 2nd category is: “Hospital Discharge: What the Health Care Team Does”, having the following subcategories: a) The Nurse Coordinates the Hospitalization Unit and the Health Care Team; b) Family Members and Professionals are Involved in the Hospital Discharge Process; c) The Health Care Team Evaluates the Discharge Process; d) Hospital Services Promote Articulation with the Brazilian Public Health Care Clinic; e) Instructions for Hospital Discharge are Medication-Therapy centered. The 3<sup>rd</sup> category is “Empowerment, Autonomy and Power in Palliative Care – the Other’s Autonomy is Not Mine Own Autonomy”, having as subcategories: a) Autonomy and Free Will in Palliative Care; and b) Autonomy and Power in/of Professional Practice. The results demonstrated that: health care team professionals in the hospital environment perceive that the nurse is the closest person to the hospitalized subjects; this professional must initiate the orientation process for hospital discharge; the nurse coordinates the hospitalization unit and the health care team; all the professionals are involved in the discharge process, as well as the family members. Besides, a concern with regular evaluation of the discharge process is noticed by the professionals, even though a noticeable advance is not perceived. The Brazilian hospital/ public health care clinic articulation also appears as an activity which is carried out during the discharge process.

**Keywords:** hospital discharge, nursing, advanced cancer, palliative care, health education, autonomy.

MARCELINO, Silvana Romagna. **El potencial de la educación en salud para el alta hospitalaria y la autonomía en los cuidados paliativos:** una visión enfermera. 2009. 159p. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Programa de Posgrado en Enfermería. Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

Orientadora: Profa. Dra. Marta Lenise do Prado

Línea de Investigación: Educación en Enfermería y Salud.

## RESUMEN

El presente estudio se desarrolló en el sur de Brasil, en una importante institución para el tratamiento del cáncer, con el objetivo de comprender cómo ocurre el proceso educativo para el alta hospitalaria desde la visión de los profesionales que ofrecen atención a los pacientes con cáncer avanzado en una institución hospitalaria. El marco teórico en el que se basó el estudio considera la educación como práctica de la libertad, comprendiendo que la autonomía impregna todo el proceso de enseñanza y aprendizaje. Se trata de una investigación de carácter cualitativo descriptivo, con once sujetos participantes del estudio. Para la recolección y análisis de los datos se empleó la Teoría Fundamentada en los Datos, propuesta por Strauss y Corbin (2008). De los once profesionales que participaron del estudio, nueve eran funcionarios del hospital, entre ellos: enfermeros, médicos, un nutricionista, un asistente social y un farmacéutico, además de dos sujetos que no tenían vínculo con esa institución. La entrevista semiestructurada, la observación participante, el análisis documental y la reunión de grupo fueron las estrategias empleadas para la recolección de los datos, la cual fue realizada en el período de septiembre de 2007 a diciembre de 2008. El análisis se realizó simultáneamente a las visitas de campo, siendo utilizado en el proceso el método de comparación constante postulado por la Teoría Fundamentada en los Datos. La resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud orientó los aspectos éticos de la investigación, siendo el proyecto aprobado por el Comité de Ética en Investigación, a través de dictamen favorable número 025/2007, registro CEP 014/2007. Del proceso de análisis se originó una categoría central denominada: “El alta hospitalaria como espacio privilegiado para la educación en salud”, y tres categorías, a saber: 1ª) “Qué dice el equipo de salud sobre el alta hospitalaria”, que se divide en las siguientes subcategorías: a) el alta hospitalaria es un acto administrativo y una

perrogativa médica; b) el quehacer diferenciado de la enfermería; c) la educación es inherente al proceso del alta; d) el alta como un proceso que ofrece múltiples oportunidades de oír/orientar; e) la educación para el alta hospitalaria es un compromiso del enfermero y del equipo de salud. 2ª) “El alta hospitalaria: ¿qué hace el equipo de salud?”, la cual se divide en las siguientes subcategorías: a) el enfermero coordina la unidad de hospitalización y el trabajo del equipo de salud; b) los familiares y los profesionales son involucrados en el proceso del alta hospitalaria; c) el equipo de salud evalúa el proceso del alta hospitalaria; d) el equipo de salud promueve la conexión del servicio hospitalario con la Unidad Básica de Salud; e) las orientaciones para el alta hospitalaria están centradas en la terapia medicamentosa; y, 3ª) “Empoderamiento, autonomía y poder en cuidados paliativos - La autonomía del otro no es mi autonomía”, con las siguientes subcategorías: autonomía y libre albedrío en los cuidados paliativos; y, b) autonomía y poder en la/ de la práctica profesional. Los resultados demostraron que los profesionales del equipo de salud en los hospitales perciben que el enfermero es quien está más próximo de los pacientes hospitalizados y que es él quien debe iniciar el proceso de orientación para el alta hospitalaria; que el enfermero coordina la unidad de hospitalización y el equipo de salud, y que en el proceso del alta hospitalaria, los familiares y todos los profesionales del equipo son involucrados. También se verifica una preocupación por parte de los profesionales con la evaluación del proceso del alta hospitalaria, aunque no se verifican grandes avances. La articulación hospital/unidad básica de salud también aparece como una actividad realizada en el proceso del alta hospitalaria.

**Palabras claves:** alta hospitalaria, enfermería, cancer avanzado, cuidados paliativos, educación en salud, autonomía.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Categorias e sub-categorias do estudo.....	<b>50</b>
---	-----------

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE FIGURAS .....</b>	<b>15</b>
<b>CAPITULO 1 – INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
1.1 OBJETIVOS.....	21
<b>CAPITULO 2 - REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>23</b>
2.1 EXPONDO A SUSTENTAÇÃO TEÓRICA DE UMA PRÁTICA EDUCATIVA EM SAÚDE, PELA AUTONOMIA E EMPODERAMENTO.....	23
2.2 EMPODERAMENTO: O PODER DE UMA PRÁTICA PELA CONSCIENTIZAÇÃO .....	29
<b>CAPITULO 3 - MÉTODO .....</b>	<b>39</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	39
3.2 CENÁRIO DA PESQUISA .....	40
3.3 SUJEITOS PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	41
3.4 APROXIMAÇÕES E DISTANCIAMENTOS DO CAMPO .....	42
3.5 A COLETA E REGISTRO DOS DADOS.....	44
<b>3.5.1 As entrevistas abertas .....</b>	<b>44</b>
<b>3.5.2 A reunião de grupo.....</b>	<b>45</b>
<b>3.5.3 A observação participante .....</b>	<b>46</b>
3.6 A ANÁLISE DOS DADOS .....	47
3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA .....	51
<b>CAPITULO 4 - O POTENCIAL DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ALTA HOSPITALAR PARA A AUTONOMIA DO SUJEITO PORTADOR DE CÂNCER .....</b>	<b>52</b>
4.1 MANUSCRITO 1 – ALTA HOSPITALAR: O QUE DIZ A EQUIPE DE SAÚDE? .....	52
4.2 MANUSCRITO 2 - A ALTA HOSPITALAR: O QUE FAZ A EQUIPE DE SAÚDE .....	71
4.3 MANUSCRITO 3 - EMPODERAMENTO, AUTONOMIA E PODER EM CUIDADOS PALIATIVOS – A AUTONOMIA DO OUTRO NÃO É A MINHA AUTONOMIA.....	93
<b>CAPITULO 5 - ALGUMAS CONSIDERAÇÕES PARA FINALIZAR O EXERCÍCIO ACADÊMICO .....</b>	<b>109</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>113</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>119</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>123</b>



## CAPITULO 1 – INTRODUÇÃO

O homem comum, do que menos faz uso é das suas preciosas faculdades mentais, as únicas que lhe permitirão viver conscientemente a vida e respirar em paz. (PECOTCHE, 1939)

O curso de doutorado foi a mola propulsora para aprofundar meus estudos em relação à prática da enfermagem como prática social na área de Cuidados Paliativos. Sendo assim, me envolvi com questões teóricas e práticas que fazem referência à autonomia, ao poder e a capacidade de decisão inerente ao ser humano.

Geralmente, os sujeitos portadores de câncer avançado que são encaminhados aos hospitais são considerados pela ciência e pela sociedade em geral com poucas condições terapêuticas de cura sob o ponto de vista oncológico. No entanto, estes sujeitos não estão fora de possibilidades de cuidado e há muito que ser feito, mesmo quando a expectativa de vida é limitada. Neste estudo, todos os sujeitos foram considerados protagonistas da própria história.

Ao contrário do que se pensa, os sujeitos que estão nesta fase se mantêm alertas e na maioria das vezes são capazes de compreender o que está acontecendo consigo. Atualmente, a abordagem terapêutica, em termos de medicamentos e equipamentos, permite o controle dos sintomas e muitas vezes quem se encontra em estado grave de saúde pode estar apto a fazer atividades que lhe dêem um sentimento de autonomia. Os sujeitos possuem o direito de ser e/ou estar autônomos mesmo que por um período limitado.

O tema aqui desenvolvido tratou do cotidiano na área de oncologia, especialmente na especialidade de Cuidados Paliativos. Muitas vezes, nós, profissionais da área da saúde, pensamos que podemos fazer tudo para as pessoas que cuidamos e esquecemos do quanto elas valorizam fazer por si mesmas; sentir-se capaz de gerir o próprio cuidado é uma das maneiras de estar autônomo.

Em geral, os profissionais acreditam, ingenuamente, que “pensam em tudo” para garantir conforto e segurança aos sujeitos que cuidam ou assistem nos serviços de saúde, mas, muitas vezes, esquecem de fazer uma pergunta simples: o que, para você, neste momento, seria o melhor? O diálogo pode facilitar aos sujeitos portadores de câncer avançado expressarem o seu desejo e participarem ativamente do cuidado em prol

do seu bem estar.

A escolha entre permanecer em casa ou ir para o hospital é uma das situações que, rotineiramente, encontramos na clínica de Cuidados Paliativos. Independentemente do nível de qualificação da equipe de saúde ou dos equipamentos disponíveis nas instituições, a meu ver, em sua maioria, os sujeitos preferem permanecer em casa; procuram adiar a internação quando dispõem de cuidadores e condições sociais que lhes permitem subsidiar essa decisão.

Também são comuns as idas e vindas ao hospital. Esta é uma situação mais bem aceita, pois o sujeito que está sendo hospitalizado sabe que o tempo de internação é curto, que logo estará em casa novamente. A família, neste período, poderá descansar e se reorganizar para receber o familiar após a alta hospitalar. Da mesma forma, a internação por um breve período de tempo é favorável para a equipe de saúde, porque no hospital, mesmo que seja em um hospital-dia, há um tempo para reelaborar o plano de cuidados e avaliar o resultado da nova proposta terapêutica.

De toda forma, em casa ou no hospital, somente é possível manter o conforto através da educação para o cuidado. A ação educativa possibilita a promoção da autonomia a quem está desejando o maior bem estar, independentemente de estar fora de possibilidades terapêuticas, sob ponto de vista da ciência. Para que isto aconteça, é necessário que o enfermeiro da área hospitalar se reconheça como articulador do cuidado domiciliar através da ação educativa e assuma a atitude de ser o mediador nas relações que envolvem a ida ao hospital e a volta para casa.

Acredito que o espaço ocupado pelo enfermeiro hospitalar o coloca numa posição favorável para promover ações educativas e proporcionar maior autonomia ao sujeito portador de câncer avançado. Também penso que, a partir do momento em que os enfermeiros da área hospitalar perceberem o acompanhante como cuidador domiciliar e aproveitarem a sua presença para a orientação dos cuidados necessários em casa, enfatizando as medidas a serem tomadas nas urgências e, também, como e quando os familiares deverão recorrer aos recursos na rede básica de saúde, o cuidado domiciliar alcançará melhor status de segurança, ética e dinamismo. Desse modo, os cuidadores poderão estar mais apoiados para manterem seus familiares em casa, pelo menos por pequenos períodos de tempo.

Além disso, pretendi aqui (re)pensar outro aspecto do cuidado domiciliar na área de enfermagem oncológica. Em geral, a demanda de cuidado contém procedimentos básicos e procedimentos de maior

complexidade. Os procedimentos de higiene e conforto são passíveis de serem executados por leigos, quando orientados adequadamente. No entanto, os de maior complexidade exigem um conhecimento profissional específico do enfermeiro. Nesse sentido, é necessário preservar a segurança do sujeito cuidado e também garantir o espaço profissional do enfermeiro. Lembramos que a formação do enfermeiro se diferencia da de outros profissionais da equipe de enfermagem e, em função disso a ele compete realizar os procedimentos complexos. Também há que ser considerada a reflexão sobre o delegar aos cuidadores familiares cuidados que não são da sua competência e nem do seu conhecimento e que são forçados a assumir, pela dinâmica do Sistema de Saúde, que de certa forma se desonera e se desobriga, ao dar alta sem haver um atendimento domiciliar em programas instituídos nos serviços locais de saúde.

Há vinte anos atrás, os sujeitos portadores de câncer avançado, em sua maioria, permanecia longos períodos hospitalizados, disputavam vagas em Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), permaneciam isoladas dos familiares, à mercê do intervencionismo clássico, das terapêuticas invasivas e medidas heróicas de prolongar o sofrimento, muitas vezes permanecendo sedadas em nome do alívio da dor, sem vez e sem voz para se expressarem. Hoje, a utilização de fármacos mais potentes mudou uma parte dessa realidade, mas ainda convivemos com o mito da drogadição. Existem diretrizes internacionais que apontam métodos terapêuticos eficazes e eficientes, com a utilização de fármacos mais seguros e de melhor relação custo-benefício (WHO, 1990). A utilização da morfina oral, por exemplo, possibilitou o controle e maior permanência em casa das pessoas portadoras de câncer avançado.

Apesar de difícil, é complexo e prazeroso trabalhar em Cuidados Paliativos. O fato de poder fazer algo em nome do conforto dos sujeitos com câncer avançado e vê-los se fortalecendo como sujeitos dia após dia, foi uma experiência gratificante em minha carreira profissional. Foi a experiência prática que me fez reconhecer a importância do enfermeiro como educador na área de Cuidados Paliativos em ambiente hospitalar, ambulatorial e domiciliar, especialmente no sentido de articular o planejamento a volta para casa. O tempo em que os sujeitos portadores de câncer avançado e seus familiares estão próximos ao enfermeiro é uma oportunidade para ajustar o plano terapêutico às necessidades dos sujeitos cuidados, dos cuidadores, do ambiente da casa e da comunicação com os profissionais da equipe de saúde.

Em geral, os cuidadores familiares estão na unidade de internação durante um longo período de tempo. Nesse espaço de tempo, eles

poderiam ser abordados diariamente por profissionais para receberem orientações em relação aos cuidados necessários após a saída do hospital. Muitas vezes, o que acontece nos hospitais é uma avalanche de informações no momento da saída do sujeito internado, “na porta da ambulância”, ou seja, somente após a prescrição da alta hospitalar os profissionais orientam a família para ir embora. Essa situação poderá gerar angústia, o que reforça a tese que esse não é o melhor momento para se trabalhar a alta hospitalar. O período de internação hospitalar é um período fértil para a ação educativa e vital para viabilizar o cuidado no domicílio.

A internação hospitalar é um período rico para que os cuidadores familiares entrem em contato com procedimentos que serão necessários na volta à casa. Esse é o momento certo de se iniciar o processo educativo para o cuidado domiciliar. A observação e as orientações, o esclarecimento de dúvidas e, por último, a realização da técnica sob a supervisão do enfermeiro poderão aumentar a confiança do familiar cuidador para assumir o cuidado em casa. Também poderão aumentar a confiança, por parte do sujeito que está sendo cuidado, no seu cuidador, pelo fato de saber que o seu acompanhante já viu “o jeito de fazer” lá no hospital.

A partir da vivência prática na área e de leituras em literatura especializada é que supponho existir uma lacuna a ser preenchida pelo enfermeiro da área hospitalar, por não reconhecer, ou desconhecer a razão da sua prática, a prática educativa para o cuidado. Uma prática consciente da importância que ele representa para o sujeito que depende de cuidados, para sair do hospital sentindo-se seguro. Acredito que esse é o poder legítimo que o enfermeiro possui e que, muitas vezes, não consegue reconhecer, valorizar e validar.

O volume de trabalho e o quantitativo de profissionais enfermeiros que as instituições dispõem pode ser um dos fatores que contribui para uma atenção deficitária em relação ao planejamento da alta hospitalar. Assim, o enfermeiro da área hospitalar pode estar envolvido em várias atividades assistenciais ao invés de estar facilitando o retorno para casa por meio da orientação aos cuidadores familiares. Através da educação para a alta hospitalar o enfermeiro “partilha” o conhecimento com o familiar que irá cuidar em casa e reforça o poder de quem cuida e o de quem está sendo cuidado.

Vale lembrar, que a humanização da assistência tem sido discutida em ambientes acadêmicos e o Ministério da Saúde (MS) tem procurado implantar estratégias para melhorar a prática assistencial. Uma alta hospitalar sem a intervenção educativa pressupõe o “abandono

domiciliar”. Na área oncológica, assim como em outras áreas clínicas para agravos crônicos de saúde, a conquista do cuidado em casa está preconizado pela política de saúde. O cuidado se faz com a educação, entendendo o sujeito portador de câncer avançado e seus cuidadores como parceiros durante a hospitalização.

Partindo do ponto de que o momento de internação é adequado para pensar o cuidado domiciliar, sustento a tese de que o processo educativo para alta hospitalar do sujeito portador de câncer avançado deve ocorrer de forma sistemática, multidirecional, dialógica, centrada na autonomia do sujeito portador de câncer avançado e inerente a prática de todos os profissionais da equipe de saúde, especialmente a do enfermeiro. O compromisso com o bem estar do sujeito portador de câncer avançado deveria ser o eixo balizador para guiar a equipe profissional na trajetória terapêutica. Para estudar este tema o ponto de partida foi a seguinte inquietação: como ocorre o processo educativo para alta hospitalar na visão dos profissionais que desenvolvem o cuidado junto aos sujeitos portadores de câncer avançado em um centro de referência para o tratamento de câncer?

No intuito de encontrar resposta para o questionamento acima, ocupei-me em compreender como ocorre o processo educativo para a alta hospitalar na visão dos profissionais que desenvolvem o cuidado junto aos portadores do câncer avançado em uma instituição hospitalar.

Para finalizar a parte introdutória, gostaria de lembrar ao leitor que encontrará no Capítulo 2 a apresentação do Referencial Teórico e no Capítulo 3, o Caminho Metodológico do estudo. No Capítulo 4 são apresentados os Resultados no formato de três manuscritos, a saber:

“A Alta Hospitalar: o que diz a equipe de saúde”, “A Alta Hospitalar: o que faz a equipe de saúde” e Empoderamento, autonomia e poder em cuidados paliativos – a autonomia do outro não é a minha autonomia.

E, finalmente, o Capítulo 5 contém as considerações finais, seguido das referências e dos anexos.

## 1.1 OBJETIVOS

### GERAL

Compreender como ocorre o processo educativo para alta hospitalar na visão dos profissionais que desenvolvem o cuidado junto aos sujeitos portadores de câncer avançado em uma instituição

hospitalar.

### ESPECÍFICOS

Conhecer o que dizem os profissionais de saúde sobre a alta hospitalar em relação às ações educativas;

Conhecer o que fazem os profissionais de saúde sobre a alta hospitalar em relação às ações educativas e,

Compreender o que pensam os profissionais de saúde, que atuam em cuidados paliativos, acerca de autonomia, liberdade e livre arbítrio.

## CAPITULO 2 - REFERENCIAL TEÓRICO

Não é com um estudo frio e especulativo que se consegue extrair conclusões de valor para a vida de cada um. Esse estudo a nada conduz; o ensinamento é essência viva que deve penetrar na vida e fortalecê-la e, enquanto o ser não se identifique com ele e este se converta em norma invariável e guia de todos os momentos de sua existência, resultarão estéreis os esforços que faça com a finalidade de possuí-la (PECOTCHE, 2000).

O referencial que sustentou teoricamente o estudo está em consonância com a educação como prática da liberdade entendendo que a autonomia permeia todo processo de ensino e aprendizagem.

### 2.1 EXPONDO A SUSTENTAÇÃO TEÓRICA DE UMA PRÁTICA EDUCATIVA EM SAÚDE, PELA AUTONOMIA E EMPODERAMENTO

A teoria é consolidada a partir de uma prática ou experimento e o reverso é verdadeiro. Toda prática está sustentada em uma visão de mundo, ou seja, uma concepção filosófica. Sendo assim, este capítulo está carregado de traços, crenças e valores essenciais para “fazer ciência” dentro de princípios éticos, morais e humanos. Aqui, a intenção foi (re) ver a teoria à luz da prática – uma teorização – agregando apontamentos importantes, tomando emprestado de autores a forma de observar e fazer o mundo em que vivemos e compondo uma aproximação com a área da saúde no momento histórico de um novo início, de uma nova era com vistas a um novo mundo.

O conceito de educação permeia esse estudo é entendido aqui como um processo de interação entre sujeitos por meio do diálogo. Quando nos referimos aos termos preparo para alta hospitalar ou ação

educativa estamos enfocando a concepção processual e o como ato isolado, mas sim uma prática retro alimentada durante todo o período de internação, centrada na autonomia do sujeito cuidado e no seu cuidador familiar para que a volta para casa seja bem planejada. Há uma intenção de continuidade, não de uma intervenção pontual e busca minimizar os riscos do tratamento realizado fora do ambiente hospitalar além de apoiar os cuidadores domiciliares nas atividades essenciais da promoção de conforto. Assim, a utilização dos termos prática educativa, ação educativa e orientação para alta aparecem no texto como sinônimos sempre se referindo a um processo que se consolida pela relação horizontal e sistemática dirigida ao familiar cuidador ou ao próprio sujeito portador de câncer avançado em busca do maior bem estar e autonomia no período que permanecer em casa.

Os termos *assistência* e *cuidado* não estão apresentados como sinônimos, pois em relação a prática assistencial entende-se a rotina de um determinado profissional ou ações, intervenções, em uma unidade de internação. No entanto, a palavra *cuidado* contém em si uma proximidade entre os sujeitos nele envolvidos, não se trata de uma atividade e sim de uma intenção de zelo em uma relação de amorosidade.

A educação para alta hospitalar – objeto deste estudo – é a ancoragem ao cuidado domiciliar na área de Cuidados Paliativos. A concepção teórica filosófica de Cuidados Paliativos se consolida em uma prática que fomenta a autonomia do sujeito cuidado e considera o grupo familiar como parte do foco da atenção assistencial, ou melhor, do cuidado. Mercês e Marcelino enfatizam que a educação nessa área é condição sine qua non para uma prática segura, ética e de alcance social para intervir ativamente no paradigma “câncer X abandono” (2004).

Neste início de milênio, apesar de todo avanço tecnológico que testemunhamos, ainda há muito a ser feito para o alcance de uma prática mais humana, ética e social, especialmente na área da oncologia. A partir de 1990, quatro prioridades básicas passaram a nortear as ações dos serviços públicos de saúde: a prevenção da doença; a prevenção da doença avançada - através do diagnóstico precoce; a prevenção da morte e a prevenção do sofrimento. A distribuição dos recursos foi orientada segundo o Índice de Desenvolvimento Humano de várias regiões do planeta. (WHO, 1990). Alguns anos já se passaram e ainda estamos tentando implementar tais princípios.

A atual política nacional de saúde vem investindo recursos financeiros e esforços humanos para socializar o acesso aos serviços através da Estratégia de Saúde da Família no contexto do Sistema Único



de Saúde (SUS). Apesar da mobilização para vencer as dificuldades, a mudança não se opera em passo de mágica. Ainda enfrentamos filas nas emergências, pessoas aguardando longos períodos em lista de espera para consultas, exames ou procedimentos especializados.

Infelizmente, nesse aspecto o Brasil não está sozinho; em se tratando de saúde, a maioria dos países em desenvolvimento enfrenta problemas de diversas ordens. O câncer está entre as primeiras causas de morte no mundo e é um problema de saúde pública que absorve grande parte do capital financeiro e humano do Estado. No Brasil, em 2004, o câncer relacionado ao trabalho passou a ser uma doença de notificação compulsória (BRASIL, 2004). Foi um grande avanço, pois sem dados epidemiológicos não é possível avaliar e planejar a política de saúde. Para os cofres públicos, é mais barato o investimento em prevenção do câncer do que em tratamento e reabilitação e é impossível pensar a prevenção sem pensar na educação: educação para a saúde. Este é o caminho para o futuro – a educação é a área que permeia todas as outras e transforma a sociedade.

Os gastos com tratamentos nas internações hospitalares são altos e a imprensa escrita e falada tem apresentado constantemente à população a precariedade dos recursos e das instalações físicas das instituições públicas. Mercês e Marcelino (2004) corroboram com essa afirmativa quando comentam que as acomodações para acompanhantes em ambiente hospitalar são precárias e o custo com a estadia dos acompanhantes onera o orçamento das famílias. Também dizem que em geral, os cuidadores são mulheres e preferem estar em casa para dar maior atenção às crianças e realizar as atividades domésticas.

Segundo o Instituto de Geografia e Estatística, no Brasil 24,9% das mulheres são arrimos de família e na região Sul 22,6% delas estão à frente do orçamento dos lares (IBGE, 2000). As mulheres estando à frente do orçamento doméstico e também assumindo os cuidados quando os seus familiares enfrentam um agravo de saúde também deveria ser um aspecto abordado na orientação da alta hospitalar. Isso poderia amenizar a sobrecarga para apenas um cuidador planejando-se a divisão das atividades com mais de um membro da família.

O fato de ter um familiar portador de câncer avançado em casa pode ser uma dificuldade para as famílias porque as mulheres enfrentam uma jornada de trabalho diária e, ao chegar em casa, possuem poucas condições para o repouso e lazer. Na prática profissional costume perguntar aos sujeitos portadores de câncer se preferem ser cuidados em casa ou no hospital. A maioria das respostas que ouço é: “em casa, é claro”. Muitas vezes me surpreendo com o pouco que é necessário para

se estar bem em casa. Sentir-se confortável em casa é simples e complexo ao mesmo tempo. Mesmo em residências muito simples, em meio à falta de asseio parece que é possível sentir-se confortavelmente instalado. Afinal, a casa é o espelho do morador, ele se vê nela e é dela que ele precisa para se fortalecer. Em casa não existem diagnósticos embora existam rótulos, tais como chato, resmungão, manhoso, mal acostumado, brabo, enfim muitas palavras que expressam um comportamento, contudo, não anunciam uma doença, ou melhor, a realidade de estar constantemente sendo um ser humano com paciência (um paciente).

Considero que, muitas vezes, a casa é a referência de “normalidade”, o local onde o sujeito se reconhece como único e, assim também é reconhecido na dinâmica das relações. Nesse espaço é mais fácil possuir vontade própria, tomar decisões, sentir-se partícipe, ser/estar autônomo. Para Abbagnano (2000) autonomia, termo introduzido por Kant, se refere à independência da vontade em relação a qualquer desejo ou objeto de desejo e à sua capacidade de determinar-se em conformidade com uma lei própria, que é a da razão.

Muitos procedimentos, considerados próprios do ambiente hospitalar, podem ser realizados com segurança no domicílio, a partir de uma alta hospitalar planejada e uma supervisão profissional sistematizada pelas Unidades Básicas de Saúde (USB). Através da educação para alta hospitalar, o cuidado domiciliar poderá ser melhor planejado. Na área de Cuidados Paliativos, o investimento na educação/orientação da alta durante todo o período de internação, por meio da relação dialógica, poderá contribuir para desmistificar o hospital enquanto detentor de recursos insubstituíveis.

Freire (2004) pontua que a educação dialógica é um ato de coragem, nunca de medo; o amor é compromisso com os homens e o ato de amor está em comprometer-se com suas causas. Como ato de valentia, não pode ser piegas e como ato de liberdade, não pode ser pretexto para manipulação e sim gerador de atos de liberdade. O amor é o fundamento do diálogo e não pode verificar-se na relação de dominação.

Queiroz et. al. (2007), utilizando a concepção Freireana em um estudo com sujeitos portadores de agravos crônicos à saúde, comentam que muitas expressões educativas não são compreendidas pelos sujeitos (educandos) em função de que os profissionais da saúde não adaptam a expressão da cultura (linguagem) às necessidades do cliente. A utilização da tecnologia educativa empreende esforços para inovar o cuidado, pois a fala dos sujeitos cuidados é a realidade em que estão

inseridos.

Volich (2004) considera que a ação educativa e a ação terapêutica compartilham um objetivo comum: permitir ao sujeito alcançar e preservar o bem, manter-se no rol da normalidade e, em caso de desvio, conseguir alcançar novamente esse bem.

Para Sousa et. al. (2009) o vínculo que os enfermeiros da prática assistencial formam com o sujeito portador de câncer avançado, hospitalizado por um período maior de tempo, desenvolve sofrimento, angústia, medo e dificuldades em função do prognóstico do sujeito cuidado, que é um paradoxo enfrentado pelos enfermeiros. Eles manifestam dificuldades emocionais ao cuidarem desses sujeitos e a formação profissional muitas vezes foca questões técnicas e práticas. Mesmo conhecendo as necessidades dos sujeitos e familiares, acabam apresentando dificuldades em apoiá-los. O estigma do câncer, de trazer uma experiência dolorosa e cruel, provoca nos enfermeiros conflitos que os remetem a sua formação – lutar pela vida. O preparo profissional durante a graduação é importante para ajudar a trabalhar a essência do ato de cuidar, especialmente na área de oncologia.

Entendo que a possibilidade de se manter o sujeito que está vivendo os últimos dias de vida acordado, interagindo com a realidade, é uma forma de não suprimir-lhe a autonomia, é uma maneira de lhe dar um poder que é seu de direito e, muitas vezes, na realidade não existe. Na verdade, trata-se de conceder-lhe o direito às decisões para e pela sua própria vida. Gomes (2004) diz que é o homem que imprime significado à sua própria existência, mesmo diante de situação extrema como a dor. Ele é o sujeito responsável do seu agir. Assim, o homem se distingue pela sua natureza não programada, cabendo-lhe a responsabilidade de interpretá-la diante das situações específicas que colocam exigências profundas e completamente novas para o comportamento ético.

No entanto, de acordo com Wilson (2009), a autonomia não pode ser vista como um conceito estanque. Ao contrário, deve ser considerada sob o ponto de vista da interconectividade e interdependência do sujeito que está morrendo, com a família, amigos, profissionais, cuidadores, inserido na sociedade. Assim, é da natureza humana tanto o ser autônomo quanto o viver em sociedade. Mais do que isso, a autora sustenta que é em situações adversas, como na fase final da vida, experimentando agravos de saúde, tratamentos médicos e sofrimento, que se espera poder contar com a orientação e apoio de outras pessoas com relação aos processos de tomadas de decisões. Aí estão incluídos até mesmo os profissionais, que tem um papel central de fornecer informações com base em seus conhecimentos e habilidades, a fim de

facilitar decisões que sejam tomadas de forma compartilhada e relacional, e não de forma autônoma.

A todo enfermeiro cabe o papel de educador. Mora (1982) diz que ao educador cabe resgatar a espontaneidade do indivíduo, e os chamados “bens culturais” entre os quais ele vive. Acredito que o enfermeiro educador poderá, através da ação educativa, trabalhar, junto à equipe que coordena, as questões referentes à dignidade de vida, e fazer do momento de internação uma escola, onde não seja proibido falar durante a noite ao invés de dormir, comer as coisas que gosta, ir ao cinema durante o período que está confinado em um hospital, participar ativamente das demandas administrativas, tomar sol, remédios e ter poder de decidir sobre quando não quer investir em tratamentos agressivos. Isso faz parte de um referencial diferenciado de fazer da internação hospitalar um período menos pesado para qualquer sujeito que está enfrentando uma situação adversa. Isto é fazer Cuidados Paliativos.

A OMS conceitua Cuidado Paliativo como “uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias com relação aos problemas associados com as doenças de caráter terminal, através da prevenção e alívio do sofrimento, com a ajuda da identificação precoce e avaliação cuidadosa e tratamento da dor e outros problemas, físicos, psico-sociais e espirituais. (WHO, 2002).

McCoughlan (2004), partindo da análise dos elementos constitutivos da definição de cuidados paliativos proposta pela OMS, sugere que sejam acrescentados aspectos referentes a compaixão, humildade, honestidade e equipe multidisciplinar ao esse conceito. O autor também defende a necessidade da criação de programas, como a atenção aos sujeitos portadoras de câncer e AIDS, para que as instituições públicas adotem a filosofia de Cuidados Paliativos priorizando o compromisso dos governos, a educação dos profissionais de saúde - comunidade e o acesso à medicação específica.

Moraes (2009), comentando o cuidado em fase de doença avançada diz que este é um momento de reflexão para quem está vivenciando, a atenção a alma é uma necessidade que está acima das crenças religiosas, o sentimento de ser compreendido poderá trazer conforto e auxílio para lidar com situações adversas.

Cuidados Paliativos é uma filosofia de cuidado que pode e deve ser divulgada e ampliada a todas as especialidades e não restringir-se apenas na área oncológica. Através da educação é possível disseminar esta filosofia. Uma prática educativa que operacionalize um novo modo de pensar e de fazer através do comprometimento das instituições de saúde e principalmente o espírito do trabalho em equipe por parte dos profissionais da área da saúde. A educação a que me refiro ancora-se no diálogo como suporte de uma prática que almeja a autonomia dos sujeitos que dela se beneficiam. A Pedagogia do Oprimido de Freire (2004) esclarece que o diálogo promove a mediatização das relações entre os homens - no sentido de humanidade – aqueles que desejam se fazer sujeitos e entendem que não devem criar fronteiras entre o querer dos profissionais e o seu próprio querer, aqueles que almejam dignidade de vida e que pretendem, com seu fazer, construir um futuro melhor. Também diz que o diálogo funda-se no amor, na humildade, na fé nos homens, e que se faz uma relação horizontal, em que a confiança de um sujeito no outro é consequência óbvia.

## 2.2 EMPODERAMENTO: O PODER DE UMA PRÁTICA PELA CONSCIENTIZAÇÃO

Quando penso a prática educativa, estou me referindo àquela prática fora da escola formal, dos alunos sentados em cadeiras e o professor à frente da classe. Refiro-me ao profissional da área da saúde, particularmente ao enfermeiro, quando conversa com os familiares dos sujeitos hospitalizados ou diretamente a quem está saindo do hospital. É assim que entendo e me refiro a prática educativa no hospital – a orientação - no sentido de dar um norte, um suporte para a etapa do processo de cuidado fora do ambiente hospitalar. Sabemos que é difícil falar sobre tudo o que é necessário, mas é importante investir em educação para promover uma alta hospitalar mais segura. Também é possível perceber, na experiência profissional, que os sujeitos que estão saindo do hospital deixam um ensinamento. Em geral, o que acontece no corre-corre diário não nos permite perceber a riqueza desse momento. O diálogo nem sempre é uma estratégia adotada na prática educativa para alta hospitalar, talvez porque demande tempo.

Ao referir-se à educação que não se pauta no diálogo, Freire (2004) comenta que é uma prática depositária ou uma concepção bancária, em que a fala é estática, alheia à realidade do ouvinte, é uma

fala que pretende encher o ouvinte dos conteúdos desconectados de sua narração. “A palavra, nestas dissertações, se esvazia da dimensão concreta que devia ter e se transforma em palavra oca, em verbosidade alienada, e alienante. Daí que seja mais som que significação” (p. 57).

A educação para alta, ao se distanciar do diálogo, passa a ser informação para alta e pouco orienta os sujeitos que estão voltando para a casa, o que poderá repercutir na autonomia. Em relação à área da saúde, Nyatanga e Dann (2002) afirmam que o meio acadêmico tem contado com mais espaço para as discussões sobre o empoderamento, dirigidas para o fortalecimento do poder dos sujeitos sobre o seu bem estar. O autor também pontua que o “empoderamento” nessa área vai além do informar ou instruir os procedimentos de cuidado do paciente; “trata-se de um processo mútuo, em que a interação positiva com confiança mútua e compreensão recíproca das necessidades de cuidados de saúde entre os prestadores de serviços e os usuários é necessária”. Tanto Nyatanga e Dann (2002) quanto Millard, Hallett e Lucker (2006) concordam que a interação interpessoal enfermeiro-sujeito cuidado é a essência da forma de cuidado dentro da filosofia do empoderamento do sujeito cuidado.

Para Christensen e Hewitt-Taylor (2006, p.695),

o empoderamento do sujeito cuidado não é algo fácil. O conceito envolve as pessoas que estão nas bases tradicionais do poder nos serviços de atenção à saúde, e a disposição delas para reduzir o seu nível de poder em favor dos usuários. Também, envolve maior controle e tomada de responsabilidade por parte do sujeito que utiliza os serviços de saúde sobre as questões referentes à própria saúde. Além disso, envolve aqueles que buscam dar o poder ao usuário estarem em uma posição de fazê-lo.

A participação dos usuários, discutindo o sistema de saúde vigente com a possibilidade de apontamento das fragilidades e das formas de mudança, é estratégia de empoderamento. Em relação à participação, Millard, Hallet e Luker (2006 p.148) comentam que:

a participação do sujeito abrange noções de colaboração, envolvimento, parceria, tomada de decisão compartilhada e planejamento centrado no sujeito. Há uma suposição implícita na prática dos enfermeiros que trabalham com

cuidado domiciliar de que a participação do sujeito cuidado é essencial para a realização dos cuidados.

Laperrière (2007) argumenta que a educação popular em cuidados de saúde é mais do que uma abordagem pedagógica de ensino, é um modo de provocar mudança através das relações sociais. Em um estudo realizado na região amazônica, a pesquisadora constatou que, apesar das condições adversas de trabalho, os enfermeiros foram capazes de trocar conhecimentos que facilitaram e tornaram possível a continuidade de programas e serviços de saúde. As ações invisíveis dos enfermeiros mediam e dão voz aos sujeitos marginalizados, incluindo-os nos projetos dos quais não participam. O trabalho conjunto dos profissionais de saúde (enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, médicos de família, dentistas, agentes de saúde e outros cuidadores), usuários dos programas de saúde e grupos marginalizados tem a possibilidade de resgatar atos de prevenção e cuidados de saúde comunitários, através da educação popular.

Em relação à interação entre os sujeitos que estão sendo cuidados e os cuidadores Nyatanga e Dann (2002) afirmam que “a realidade do empoderamento envolve um processo psicológico dinâmico onde a interação enfermeiro-paciente é recíproca”. Da mesma forma Cristensen e Hewitt-Taylor (2006), afirmam que a intenção do “empowerment” é aumentar o poder pessoal dos pacientes com relação à sua saúde e ao controle que podem exercer sobre o cuidar de si mesmos. O paciente distancia-se do paternalismo e aproxima-se da cultura do poder compartilhado no cuidado à saúde. Entre os benefícios que o empoderamento do paciente promove destaca-se “a atitude de responsabilidade pessoal sobre a própria saúde, o incentivo a fazer escolhas que melhor atendam às necessidades e circunstâncias pessoais e o reforço da autonomia, melhorando o sentimento de bem estar”.

Um estudo realizado na Hungria demonstrou que 69% dos sujeitos portadores de agravos crônicos de saúde consideraram muito importante receber cuidados nas suas próprias casas. Esses resultados foram influenciados por fatores como: idade, estado de saúde e estrutura familiar, sendo que os sujeitos mais velhos acreditavam menos na disponibilidade de que houvesse alguém para cuidá-los. A maioria dos sujeitos estudados respondeu que o seu maior medo era a perda da autonomia e independência sendo esse medo maior quanto mais alto o nível de escolaridade. Talvez, isso se explique pelo fato de o nível mais

de escolaridade levar a um desejo de maior controle sobre o seu próprio processo de morrer. A religiosidade influenciou as preferências quanto ao local onde os sujeitos preferiam morrer e expressavam o desejo de morrer em seus lares, perto dos familiares. A fé os ajudou a aceitar a proximidade da morte. Por fim, o estudo sugere que é importante que os médicos saibam que os sujeitos cuidados querem a informação verdadeira. Isso os ajudaria a desenvolver habilidades de comunicação para dar más notícias (CSIKOS e NAGY, 2008).

Para Christensen e Hewitt-Taylor (2006), o desafio para o empoderamento do sujeito portador de agravo de saúde é a habilidade requerida da equipe profissional para que o próprio sujeito escolha de forma fundamentada a trajetória terapêutica que considera importante ao invés de sujeitar-se exclusivamente ao parecer da equipe.

Nyatanga e Dann (2002) comentam que o empoderamento “não é um produto a ser transferido de uma pessoa à outra”. Enquanto o comportamento esperado por parte dos sujeitos portadores de enfermidade for de passividade, a filosofia do empoderamento não será internalizada e não passará de uma idealização teórica.

Sobre a visão do governo sueco a respeito da posição do sujeito cuidado, Sahlsten (2005) afirma que “a maior parte dos sujeitos querem saber tanto quanto possível sobre a suas condição de saúde e estarem envolvidos nos seus cuidados. Isto ficou claro no Ato de Serviços Médicos e de Saúde (SFS 1982)<sup>1</sup>”. Existe ainda a regulamentação em níveis locais e nacionais sobre o papel dos enfermeiros no encorajamento e facilitação da participação dos sujeitos cuidados, bem como o incentivo a que façam suas próprias escolhas enquanto se encontram sob cuidados de enfermagem.

O ponto central para a aquisição de empoderamento pelo sujeito cuidado, para Christensen e Hewitt-Taylor (2006), é a “formação de uma parceria entre a equipe de saúde e o sujeito, na troca de informações que sejam compreensíveis e livres de julgamentos pré-estabelecidos”. Para esses autores, freqüentemente a literatura afirma que a atitude dos enfermeiros reforça o poder dos sujeitos cuidados, ao contrário da atitude dos médicos; além de exercerem autoridade sobre os sujeitos que cuidam, os médicos também exercem poder sobre os enfermeiros, o que diminui o exercício da habilidade que possuem para o empoderamento do sujeito cuidado. Além disso, os sujeitos cuidados percebem que os enfermeiros têm menos poder que os médicos, em

---

<sup>1</sup> SFS é a sigla para *Svensk författningssamling*, que é o Código Sueco de Estatutos, sendo que o de 1982 trata de assuntos relacionados aos serviços médicos e de saúde.



função da subordinação que demonstram, e, conseqüentemente, o poder de auxiliá-los no processo de empoderamento é menor.

Na visão de Sahlsten (2005), o enfermeiro vê um sujeito e não um 'paciente' e se envolve emocionalmente, sendo que a interação é a condição para que ambas as partes sejam ativas. Para tal, os enfermeiros participam das questões dos sujeitos que cuidam, permitem a eles se aproximarem para uma participação efetiva, confirmam os pontos de vista dos sujeitos e tem os seus confirmados também. Além disso, esperam, pelo tempo necessário, que o sujeito cuidado aceite uma situação e queira colaborar. Essas são algumas estratégias para que a interação aconteça. Assim, o sujeito é envolvido em uma atmosfera de responsabilidade para fazer por ele mesmo, através do convite para a participação verdadeira, caracterizada pela segurança, pelo respeito e pela sinceridade. O enfermeiro demonstra que está disponível, incentiva e estimula o sujeito a participar do cuidado. O desafio da participação ativa de quem está sendo cuidado é partilhar dos próprios interesses.

Por outro lado, o conhecimento científico fortalece o poder do profissional sobre 'o que fazer'. Dotado desse conhecimento, ele possui a autoridade para posicionar-se sobre as questões técnicas. Christensen e Hewitt-Taylor (2006) dizem que o poder dos sujeitos cuidados é afetado pelo conhecimento demonstrado por parte dos profissionais sobre o seu estado de saúde e sobre as possibilidades terapêuticas que estão disponíveis. "Não é somente a obtenção da informação que fortalece o poder, e sim a qualidade da informação e o contexto em que essa informação é dada e recebida".

Em geral, a opinião de que sujeitos portadores de agravos de saúde não podem receber notícias é mais frequente por parte dos profissionais de saúde do que dos próprios sujeitos portadores. O modelo biomédico ainda é paternalista e os profissionais enfrentam dificuldades quando os clientes não aceitam a proposta terapêutica que oferecem. É difícil para eles admitir que os sujeitos cuidados possam possuir e valorizar informações diferentes, além de terem o direito de escolher outro caminho que não o proposto pela equipe de saúde.

Floriane e Schramm (2008) revisando a literatura comentam que a nossa cultura paternalista dá ênfase à omissão e à mentira durante o acompanhamento clínico, o que traz implicações ao movimento de tomada de decisão dos sujeitos portadores de agravos crônicos de saúde, impossibilitando-lhes o fortalecimento da autonomia, ou seja, a escolha livre e esclarecida do que consideram melhor para si no final da própria vida. Também, aconselham aos médicos a conduzirem a sua assistência embasada no respeito, conforme preconiza a filosofia de cuidados

paliativos.

Hobden (2006) afirma que através do diálogo os profissionais podem verificar o que o sujeito em questão sabe a respeito do seu diagnóstico e das opções de intervenção a que será submetido. Geralmente é para os enfermeiros que os sujeitos expressam se estão ou não satisfeitos com o nível de participação na terapêutica que estão ou serão submetidos. É interessante considerar esse sujeito em posição de igualdade no processo de decisão, e como parte do sucesso da terapêutica.

Para Sahlsten (2005), uma boa comunicação é um dos pré-requisitos para a interação entre enfermeiro e sujeito cuidado. O contato favorece esta comunicação, por intermédio da qual, geralmente, os enfermeiros desenvolvem habilidades que possibilitam compreender os sujeitos que cuidam. Nos casos em que existe dificuldade para dialogar, os enfermeiros utilizam estratégias de comunicação, como sinais ou linguagem corporal, movimentos dos olhos ou da cabeça, que permitem a interpretação das respostas.

Em geral, os enfermeiros não possuem uma maneira uniforme de estimular a participação do sujeito no cuidado à saúde, e essa prática varia de caso para caso, tanto de enfermeiro para enfermeiro, quanto de um mesmo enfermeiro para sujeitos distintos. O estilo de relacionamento do enfermeiro influencia a extensão da participação do sujeito cuidado em relação à própria saúde. Quando o enfermeiro tem boa interação com o sujeito cuidado e estimula o seu envolvimento na prática assistencial, existe um relacionamento em uma dimensão social, além da dimensão profissional - onde ambos, sujeito enfermeiro e sujeito cuidado - são atores nessa relação. Caso contrário, a dimensão é apenas profissional, quando o enfermeiro não abandona o controle e valoriza a tarefa, o fazer pelo fazer, colocando o sujeito na condição de receptor do cuidado (Millard, Hallet e Luker, 2006).

Sahlsten (2005) afirma que o papel do enfermeiro é facilitar o relacionamento terapêutico, e que, para tal, algumas estratégias usadas são o encorajamento, a empatia, a distância profissional e autoconhecimento. Requer-se que o enfermeiro seja um profissional com habilidade e vontade de perceber o que os sujeitos cuidados sentem, através de atitudes de encorajamento, e que esteja receptivo às expressões verbais, pensamentos, emoções e medos. A compreensão total é difícil; mesmo que o profissional tente se colocar no lugar de quem está sendo cuidado, ele não está vivenciando esta condição de fragilidade. O enfermeiro deverá saber distanciar-se, em alguns momentos, para ajudar efetivamente e o autoconhecimento lhe permitirá

saber as reações que poderá esperar de si mesmo.

Para Hobden (2006) os sujeitos que estão enfrentando um problema de saúde apreciam a objetividade das informações para avaliar o que está conveniente diante das suas necessidades e estilo de vida. O enfermeiro deve respeitar esse processo e não fazer julgamento de valor, mas sim, informar os riscos prováveis, incentivar a autonomia e promover um relacionamento terapêutico benéfico. Os sujeitos cuidados querem uma informação personalizada, dirigida às suas necessidades. Para isso, os enfermeiros devem estar familiarizados com a linguagem técnica e auxiliar os sujeitos cuidados com uma linguagem mais acessível a eles.

De acordo com Sahlsten (2005), o enfermeiro é capaz de produzir uma interação intencional que dê oportunidades ao sujeito de influenciar e participar num processo cujo resultado será o compartilhamento da responsabilidade. Essa interação é baseada em informação, escolha, decisão e responsabilidade. A informação é a base para a participação do sujeito cuidado. O direito de fazer escolhas fundamentadas promove ao sujeito portador de um agravo de saúde, que o tenha desde cedo, um maior envolvimento no próprio cuidado. O direito de decidir que é tirado do sujeito é a ele restituído através das discussões com o enfermeiro, que lhe dá as informações necessárias e com ele as discute. Assim, o sujeito tem a oportunidade de opinar sobre as alternativas e tem o direito de tomar a decisão, independentemente da opinião do profissional. A responsabilidade pode ser dividida, a princípio, com o enfermeiro, até que o sujeito cuidado desenvolva gradualmente esta habilidade. Isso, por sua vez, resulta na influência e no controle, que conduz a um sentimento de independência e pode ser positivo para o bem estar de quem está na posição de sujeito cuidado. Recomenda-se oferecer oportunidade de participação na tomada de decisão o mais cedo possível; o sujeito não “tem que” decidir-se, mas lhe deve ser dado o poder de decidir ou dar o consentimento para que outros decidam por ele. É muito importante compartilhar o controle e o poder, mesmo que não estejam de acordo com a opção oferecida por profissionais; esta é uma atitude oposta ao paternalismo.

Para Millard, Hallet e Luker (2006) parece inadequado considerar que o nível de envolvimento dentro de um referencial de cuidado para a passividade (sujeito cuidado) e de participação ativa (cuidador) seja o mesmo. Isto se torna mais acentuado quando o conceito de participação tanto pode abranger o sujeito que está sendo cuidado no momento quanto os sujeitos cuidados em potencial e também os seus cuidadores, porque todos são afetados nos cuidados de saúde de outros. A relação

profissional/sujeito cuidado é de fundamental importância na promoção da participação do sujeito no processo de cuidar.

Nesse sentido, Kleba (2005) comenta que é muito importante sentir-se e assumir-se enquanto sujeito, condicionado e condicionante do meio. À medida que isso vai acontecendo, os envolvidos perceberão sua força e sua capacidade de ação.

Christensen e Hewitt-Taylor (2006) advertem que deixar a atitude paternalista nos cuidados médicos não é uma dificuldade apenas dos profissionais de saúde. Alguns sujeitos cuidados entendem que abandonar a autonomia faz parte do processo de hospitalização. O cuidado como prática social se dá em uma relação de troca permanente e os sujeitos envolvidos ao mesmo tempo em que ensinam, aprendem. A passividade de sujeitos que se submetem às terapias, às vezes se dá em função de considerarem apropriado transferir a responsabilidade da tomada de decisão para aqueles que “sabem mais” sobre o assunto. Dessa forma se sentem mais seguros.

Acredito que a prática educativa realizada dentro do hospital busca a melhoria da qualidade de vida dos sujeitos portadores de câncer avançado. Todo investimento em educação proporciona retorno e a ação educativa realizada durante o período de internação hospitalar ancorada em pressupostos de respeito, de libertação, de emancipação e de transformação viabiliza o cuidado, especialmente o cuidado domiciliar. Mayeroff (1971) diz que para cuidar há necessidade de solidariedade, paciência, sinceridade, confiança, humildade, esperança, coragem e conhecimento. Todos os adjetivos citados por Mayeroff estão contidos nas obras de Freire no que se refere ao ato de educar. As bases filosóficas do cuidado e da educação desses dois autores apontam uma convergência em direção à autonomia.

Miranda e Barroso (2004) estudando as contribuições de Paulo Freire para a enfermagem, afirmam que a ideologia freireana é um referencial adequado para a prática da enfermagem especialmente por sustentar um “fazer” diferenciado e por considerar o ser humano como sujeito, ator da própria história. As autoras também afirmam que a prática assistencial mediatizada pela filosofia de Freire proporciona ao enfermeiro uma oportunidade de aprendizado constante no momento em que ele visualiza o cuidado como atividade de Educação em Saúde.

A ação educativa e a cuidativa são humanas, portanto, são ações pensadas, não se dão ao acaso, são processos incertos, exigem que o educador ou o cuidador se insira em um contexto social e conheça a realidade para buscar a sua transformação. Reibnitz e Prado (2006, p.20) ao discorrer sobre o cuidado como um desafio para o terceiro

milênio, afirmam que “é uma ação que se concretiza a partir das relações estabelecidas. Cuidamos quando estabelecemos relações de respeito à autonomia, à individualidade e aos direitos humanos”.

Ao pensar a educação para alta hospitalar distante de uma atitude prescritiva, há necessidade de se evidenciar o conhecimento popular. O comentário de Valla (2000) é pertinente a essa questão, quando diz que os profissionais oferecem à população o seu saber por acreditarem que o saber do povo é insuficiente, inferior e não apenas diferente, elaborado a partir de experiências concretas.

Pensando a ação de profissionais que se ocupam com a educação em ambiente hospitalar, preparando os sujeitos hospitalizados a voltarem para casa, não podemos nos distanciar das demandas que as atividades educativas requerem, além de todo o trabalho com a rotina da unidade de internação. O cuidado em casa não é possível sem a cooperação, o empenho e a dedicação dos cuidadores familiares. Também podemos imaginar o quão difícil é manter um sujeito acamado em casa. Radünz (2001, p. 33) comentando esta realidade afirma que ela acarreta um desgaste físico e mental aos familiares, o que muitas vezes desenvolve exaustão; por isso “é fundamental que o cuidado ao ser humano comece pelo cuidar de si”.

Concordo com Radünz (1998) quando afirma que é importante que o cuidador tenha em mente o foco no cuidado e não na cura, pois isso o ajudará a sentir-se fortalecido, acreditando que está fazendo o que está ao seu alcance. Acredito que essa é uma tarefa do enfermeiro e é possível apreender fazendo.

A atenção da equipe de saúde com o cuidador fortalece o reconhecimento do desgaste físico promovido pelo empenho com as atividades essenciais em casa. A integridade física do cuidador e a estabilidade do sujeito cuidado em casa podem reduzir o número de internações e contribuir para a manutenção da autonomia do sujeito cuidado; em casa a autonomia poderá ser maior do que no ambiente hospitalar.

De acordo com Wilson (2009), a autonomia é importante na filosofia de Cuidados Paliativos, mas autonomia e relacionamento precisam caminhar juntos no cuidado ético. Talvez a autonomia seja importante pelo simples fato de que as pessoas não vivem sós. Entendo que a educação se dá na relação social, portanto, está presente no convívio dos seres humanos com seus pares, com o ambiente, na relação em que há interesse de superação de uma nova ou já conhecida experiência. Educar não é informar é fazer o outro melhor, é refazer-se e ir além do trivial, ou melhor, é fazer mais. Assim, educar é mais do que

informar é processual e é um exercício de aprendizagem constante. Aqui cabe a grande contribuição de Freire (1998, p. 52), “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção”.

Acredito que é possível se pensar o hospital como um espaço educacional. O ato educativo está em todo lugar, portanto também está no hospital. Poderia elencar vários aspectos nesse sentido, mas vou iniciar apontando apenas três: em primeiro lugar, os profissionais que desenvolvem atividades profissionais no hospital desejam que as pessoas hospitalizadas voltem para suas casas e continuem se cuidando ou sendo cuidadas. Para que isso aconteça, faz-se necessária uma intervenção educativa. Em segundo, o enfermeiro está continuamente necessitando buscar novos conhecimentos, pois, de forma contrária, paralisa, não acompanha o ritmo da ciência e da tecnologia. E, em terceiro lugar, a equipe de enfermagem demanda ações de educação continuada/permanente, sob a responsabilidade do enfermeiro.

## CAPITULO 3 - MÉTODO

A natureza ensina que nenhum processo se realiza aos saltos, senão em medidas regulares e sucessivas de evolução (PECOTCHE, 1948).

O termo método, para Abbagnano (2003), possui dois significados. O primeiro deles é que qualquer pesquisa ou orientação de pesquisa, não se diferencia de doutrina ou investigação, conforme o método hegeliano, o método dialético, o método geométrico, o método experimental dentre outros. O segundo é uma técnica específica de pesquisa, um procedimento de investigação organizado, repetível, autocorrigível, com resultados válidos. A esse significado de método referem-se os termos métodos silogísticos, métodos residuais e outros. Atualmente, é mais utilizado o segundo significado de método. “Contudo é preciso observar que “não há doutrina ou teoria, quer científica quer filosófica, que não possa ser considerada sob o aspecto de sua ordem de procedimentos, sendo, pois, chamada de método” (p. 668).

A palavra método deriva do latim - methodus e do grego methodos. O prefixo meta significa “através de” e hodos quer dizer “caminho, estrada”, portanto, método se refere ao caminho a se viabilizar através de tantas técnicas existentes (TURATO, 2003). O autor ainda apresenta outros pontos de vista que se apóiam em correntes filosóficas distintas rompendo com conceitos usuais. Tais pontos de vista consideram o método uma postura servil, uma idolatria, uma religião proselitizante por anunciar uma maneira certa e ser pouco tolerante ao erro.

### 3.1 TIPO DE ESTUDO

A presente pesquisa não se ocupou em quantificar, mas se concentrou-se nos significados e na realidade social do contexto em que esteve inserida, sendo assim seguiu o desenho qualitativo descritivo.

A abordagem qualitativa permitiu estar “de corpo e alma” no processo de busca e apreensão dos dados, o desenho metodológico dessa modalidade de pesquisa, a meu ver, se aproxima-se do modo de fazer da

enfermagem. Trentini e Paim (2004) afirmam que a pesquisa qualitativa leva o pesquisador ao campo com uma direção geral, de forma flexível, livre podendo o plano de pesquisa pode ser alterado durante o processo.

Minayo (1994, p.101) diz que, “a investigação qualitativa requer como atitudes fundamentais a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação com o grupo de investigadores e atores sociais envolvidos”. Além disso, a autora aponta como característica da pesquisa qualitativa a não generalização e sim o aprofundamento e abrangência da compreensão de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação.

### 3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

Esta pesquisa foi desenvolvida em um hospital especializado no tratamento de sujeitos portadores de câncer no sul do Brasil. Esta instituição tem como missão coordenar e promover no âmbito estadual, ações oncológicas de assistência, ensino e pesquisa relacionadas a prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, de acordo com os princípios éticos de forma humanizada, qualificada e resolutiva, objetivando a satisfação dos clientes e colaboradores, a interação com a comunidade e a preservação do meio ambiente.

Ao longo de sua história a instituição vem contribuindo com a experiência clínica na área da oncologia clínica, onco-hematologia e, em cuidados paliativos no cenário nacional. Na rede de atenção oncológica a Secretaria de Atenção à Saúde através da portaria 146/11/03/2008 habilitou a instituição como Unidade de Assistência de Alta Complexidade (UNACON), sendo referência em oncohematologia e transplante de medula óssea. A instituição recebe apoio de uma entidade filantrópica (fundação) desde 1997, que gerencia os recursos vindos dos atendimentos ao Sistema Único de Saúde e convênios de saúde tais como Geap, Cassi, Unimed, Bradesco, Eletrosul e Celus.

A unidade hospitalar da instituição foi inaugurada em setembro de 1996, é de pequeno porte e está situada no centro da cidade, distante do Complexo Oncológico onde funciona o ambulatório de atendimento oncológico, a radioterapia e o setor administrativo. O hospital possui três pavimentos, no andar térreo encontra-se a sala de espera, recepção, secretaria, gerência do hospital, almoxarifado, arquivo médico, farmácia, sala dos técnicos, sala de atendimento do serviço social, lavanderia, refeitório, cozinha, sala para a zeladoria, sala de preparo de



corpos e banheiro para visitantes. Ao lado da entrada lateral para funcionários existe um espaço para os fumantes, ao ar livre. Os funcionários contavam com um local anexo ao hospital com armários para a guarda dos pertences e banheiros com chuveiros. No primeiro andar são vinte e seis leitos sendo que duas enfermarias comportam quatro leitos e três enfermarias seis leitos, todos da oncologia clínica. Conta ainda, com posto de enfermagem, copa, sala de refeições para os sujeitos internados, sala de procedimentos, rouparia, sala para depósito de material limpo, expurgo, banheiro para os funcionários, uma central de diluição das quimioterapias contendo câmara de fluxo laminar e um apartamento para o plantão médico. No segundo andar são três enfermarias com quatro leitos cada e um isolamento totalizando treze leitos na Unidade de Suporte Oncológico. Também possuía posto de enfermagem, sala de reuniões utilizada por todos os serviços, sala de convivência com banheiro e chuveiro que atendia acompanhantes dos sujeitos internados nos dois andares, rouparia, apartamento para isolamento, banheiro para funcionários, sala de procedimentos, copa, expurgo, depósito para materiais limpo e um espaço aberto reservado aos fumantes.

Em relação à equipe técnica que desenvolve atividades profissionais junto aos sujeitos hospitalizados o hospital contava no período do estudo com quatorze enfermeiros assistenciais, um na comissão de infecção hospitalar e um ocupando a gerência hospitalar. Havia trinta e oito técnicos de enfermagem, dois deles estavam em desvio de função; dois assistentes sociais, um nutricionista, dois farmacêuticos, dois fisioterapeutas, oito médicos plantonistas e onze médicos do corpo clínico. Aqui não foram informados os funcionários que se ocupavam da parte administrativa e os serviços terceirizados para a zeladoria, vigilância e cozinha.

### 3.3 SUJEITOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Dentre os sujeitos participantes havia um médico, um farmacêutico, um assistente social, um nutricionista e cinco enfermeiros. Sete profissionais participaram da entrevista e três estiveram presentes na reunião de grupo, sendo que um dos profissionais que participou da reunião também participou da entrevista. Portanto, foram nove os sujeitos participantes.

Todos os sujeitos participantes estavam envolvidos diretamente

na rotina hospitalar das Unidades de Oncohematologia Clínica e/ou Unidade de Suporte Oncológico, apenas um deles desenvolvia atividades na unidade ambulatorial, no Programa de Internação Domiciliar (PID) do Serviço de Cuidados Paliativos (SCP) e acompanhava a visita semanal na unidade de internação.

Com todos os participantes foi possível interagir durante o período de estada em campo em reuniões de equipe, reuniões com acompanhantes, em conversas livres sobre situações do cotidiano nas unidades de internação, em visitas com a equipe aos sujeitos hospitalizados permitindo a participação direta junto aos profissionais e favorecendo também, o exercício de observação da dinâmica de trabalho dos mesmos. Foi utilizado o diário de campo para registrar as observações o que serviu de apoio às reflexões e decisões metodológicas deste estudo.

Os critérios de elegibilidade, ou seja, de inclusão em relação aos sujeitos participantes foram o de ser funcionário da instituição e aceitar participar do estudo. Foi utilizado o critério de saturação para a definição do número final de participantes, conforme preconizam Strauss e Corbin (2008), quando afirmam que a amostragem se desenvolve durante o processo da pesquisa. Por sua vez, Flick (2005 p.80) caracteriza saturação teórica na pesquisa qualitativa “quando não houver mais o surgimento de nada novo”. Ainda sobre saturação dos dados, Trentini e Paim (2004) igualmente comentam que em pesquisa qualitativa não há necessidade de definir o número de participantes antecipadamente, já que o mecanismo de saturação assegura uma amostragem significativa de informações ao longo do processo.

### 3.4 APROXIMAÇÕES E DISTANCIAMENTOS DO CAMPO

Minayo (1994) comenta que a etapa de entrada em campo é crucial. O processo de investigação requer algumas visitas ao campo antes do início do trabalho propriamente dito. Isto permite o fluir da rede de relações e possíveis ajustes dos instrumentos de coleta de dados.

A opção profissional da pesquisadora pela área da enfermagem oncológica não se deu por acaso. Ao ingressar na prática assistencial fui designada para trabalhar na clínica médica de um hospital geral onde a oncologia ocupava a maioria dos leitos da unidade de internação. Em seguida recebi o convite da chefia de enfermagem para assumir o ambulatório porque o chefe médico da oncologia estava solicitando uma

enfermeira para assumir a coordenação de enfermagem no setor. Atendendo ao convite assumi a unidade em 1988. Em 1990, após receber outras três colegas enfermeiras no ambulatório passei a desenvolver minhas atividades profissionais de assistência na área de Cuidados Paliativos me dedicando integralmente ao Programa de Cuidados Paliativos que depois veio a tornar-se serviço. Paralelamente a atividade assistencial também estive em funções administrativas colaborando com o processo de desmembramento da Instituição, que deixou de ser uma unidade do Hospital Governador Celso Ramos para ter estrutura administrativa diretamente ligada à Secretaria de Estado da Saúde (SES).

A unidade hospitalar da Instituição – local onde se desenvolveu a pesquisa – foi inaugurada em 1996 e nela estive colaborando profissionalmente com a reforma da estrutura física, a capacitação para os funcionários recém admitidos e também com as atividades assistenciais. Após isso, desenvolvi atividades profissionais na área de oncologia à frente do Programa de Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Mama em nível regional no interior do estado.

Assim, a escolha do campo se deu em primeiro lugar em função da facilidade de aproximação com a Instituição pelo fato de ter sido uma de suas primeiras enfermeiras, como funcionária da SES, que ali desenvolveram atividades assistenciais. Em segundo lugar, por conhecer um pouco da dinâmica de trabalho da equipe de enfermagem da instituição e em terceiro, por acreditar que a enfermagem oncológica de Santa Catarina, especialmente na Instituição a que me refiro, representou por um longo período de tempo uma referência técnica e tecnológica na enfermagem brasileira.

Para o desenvolvimento desse estudo, a primeira aproximação com o campo se deu através da enfermeira coordenadora de pesquisa da Instituição, para verificar a disponibilidade de campo e o seu interesse em participar do estudo. Após esse primeiro contato foi iniciado um período de trinta dias de observação no período matutino, na Unidade de Oncohematologia, além da participação nas reuniões de equipe na Unidade de Suporte Oncológico. Esse primeiro momento em campo sustentou-se em três motivos: o primeiro por estar profissionalmente afastada desde o ano 2000 e assim não estar acompanhando as mudanças tecnológicas, gerenciais e/ou estruturais que ocorreram na instituição; o segundo pela necessidade de conhecer e estabelecer vínculo com os profissionais de saúde da instituição e o terceiro motivo, pela identificação de possíveis ajustes metodológicos no projeto de tese.

Após a anuência do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) foram

visitados todos os turnos para apresentação formal dos objetivos e método da pesquisa e ouvir comentários dos funcionários das equipes de trabalho sobre o estudo que a ser desenvolvido.

### 3.5 A COLETA E REGISTRO DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio da triangulação de técnicas: entrevista aberta, reunião de grupo, observação participante, de modo a permitir captar diferentes olhares sobre o fenômeno em estudo. Cada uma das técnicas utilizadas encontra-se descritas a seguir.

#### 3.5.1 As entrevistas abertas

As entrevistas foram realizadas com sete profissionais (um médico, um farmacêutico, um assistente social, um nutricionista e três enfermeiros), funcionários da instituição que aceitaram participar do estudo. Os sujeitos que foram escolhidos para a entrevista tinham no mínimo três anos de experiência profissional na instituição, sendo que sete deles estavam no hospital desde a sua inauguração em 1996.

Após comentário de agradecimento pela participação na pesquisa o sujeito participante foi convidado a falar sobre a alta hospitalar, partindo da seguinte pergunta: como ocorre a alta do sujeito internado no hospital?

O ambiente em que foram realizadas as entrevistas proporcionava privacidade e descontração, sendo que todas transcorreram em um clima amistoso e dialógico nas dependências do hospital. Apenas uma entrevista foi realizada fora da instituição, em um café de uma livraria, por sugestão da pesquisadora e concordância do participante. Em alguns momentos a conversa fluía como um bate – papo, em outros o eixo condutor era retomado e a voz principal era do sujeito participante. Essa forma de coletar os dados foi intencional e os participantes demonstraram estar à vontade para falar.

Para facilitar o resgate integral e a confiabilidade dos dados foi utilizado aparelho de áudio para o registro das falas, que posteriormente foram transcritas. Foram realizadas duas entrevistas nos casos em que houve necessidade de voltar a conversar com o participante da pesquisa para elucidar questões que ficaram pendentes no primeiro encontro. Ao

todo foram dez entrevistas realizadas com os sete (07) profissionais. A devolução das falas foi por meio de endereço eletrônico ou através da leitura da síntese da conversa pelo pesquisador diretamente para o sujeito participante. A síntese da primeira entrevista dava início a segunda entrevista com o mesmo sujeito e outro sujeito somente era agendado após ter sido considerado concluída a conversa anterior.

### **3.5.2 A reunião de grupo**

A partir do processo de análise dos dados obtidos pelas observações feitas na instituição foi realizada uma reunião de grupo cuja temática girou em torno de “autonomia e tabagismo”. Para essa atividade foram convidados todos os funcionários do hospital, através da chefia de enfermagem e da gerência do hospital. O livro de ocorrências também foi utilizado, como meio de comunicação, para convidar os funcionários a participarem da reunião. Os sujeitos que haviam sido entrevistados até esse momento não receberam convites especiais, mas foram convidados indiretamente, através dos informativos escritos deixados no hospital e apenas um deles participou da reunião.

Por meio da observação verifiquei que o número de funcionários fumantes na instituição era significativo e isso me estimulou a querer conversar com esse grupo. Apesar do uso do tabaco ser uma causa evitável de doenças (inclusive o câncer) e os seus malefícios estarem presentes na maioria das histórias clínicas dos sujeitos cuidados no hospital os funcionários fumavam nos ambientes permitidos durante a jornada de trabalho. Essa observação foi comentada com colegas enfermeiros e achamos interessante abordar a temática já que a mesma não fazia parte das orientações aos familiares fumantes tão pouco aos sujeitos com alta hospitalar.

Um profissional da área do direito e uma enfermeira da área da educação, que não faziam parte da instituição, foram convidados para estarem presentes e discutir a temática, como mediadores e observadores externos.

A reunião de grupo foi realizada em dia e horário pré-determinado em ambiente próximo ao hospital para facilitar o deslocamento sem transporte, sendo que o horário contemplou aos funcionários que trabalhavam durante o dia. Estiveram presentes na reunião três funcionários (dois enfermeiros e um nutricionista), dos quais apenas um participante era fumante.

A reunião foi planejada como um espaço dialógico para discussão do tema proposto. Para mobilizar a discussão foram expostos três conceitos de autonomia em um cartaz afixado na parede da sala de reunião como suporte teórico. A discussão abordou aspectos do cotidiano hospitalar e da vida das pessoas. A conversa transcorreu de forma livre e descontraída, todos participaram comentando experiências relacionadas a autonomia e livre arbítrio. Esta atividade foi importante para a pesquisadora, porque proporcionou um momento de troca e principalmente a reflexão em grupo sobre o conceito autonomia enriquecendo o olhar para os dados.

### **3.5.3 A observação participante**

A observação participante foi realizada ao longo de período de coleta de dados, ou seja, de julho de 2007 a dezembro de 2008. As observações foram realizadas em diferentes cenários e momentos, acompanhando a rotina dos profissionais, as reuniões de equipe, as atividades junto aos sujeitos internados, dentre outros. Os dados da observação foram registrados em diário e geraram, junto com os dados das entrevistas e da reunião de grupo, as notas de campo e da pesquisadora.

Todos os momentos em que estive na instituição foram ricos para o exercício de aprendizagem em pesquisa. Estar desenvolvendo o papel de observador foi um desafio, nem sempre foi fácil e agradável, já foi necessário ouvir calada, por vezes não concordando, e sentir o desconforto natural de estar em uma posição diferente, olhando de um lugar de estranhamento. Observei e participei de discussões técnicas e administrativas, como um sujeito de fora e de dentro ao mesmo tempo. Foi um exercício interessante e nele me envolvi por várias vezes; afinal, estava ali em nome de uma aprendizagem.

Estive observando e interagindo ao mesmo tempo, em um tempo de dificuldades políticas, técnicas e administrativas que a instituição enfrentava, pois os funcionários estavam reivindicando direitos trabalhistas junto ao Estado. Seus posicionamentos foram julgados legítimos e suas reivindicações conquistadas. Para mim, foi difícil conter a fala e manter-me calada, em vários momentos, para ter o cuidado de não deixar a emoção e a visão política falarem mais alto do que o motivo que me havia levado à instituição naquele momento. A mobilização dos funcionários não interferiu diretamente no processo de

coleta de dados, porque me programei para não estar na instituição durante o período de greve, havendo participado apenas de discussões, em reuniões em que o assunto vinha à tona, no período pós-greve.

No entanto, não foi o silêncio que compôs a estada em campo, pois a participação em reuniões de equipe me permitiu “estar com” o grupo e exercitar o compromisso de expressão do que estava pensando, através da fala, no momento em que a situação estava acontecendo, ou seja, através da interação. Participar envolve ação e “estar com” o grupo apenas para pensar, sem expressar o sentimento de expectador de fora, daquele que não está no contexto real dos sujeitos observados, poderia ser interpretado como uma prática unilateral.

O acompanhamento do cuidado à beira do leito foi de muita riqueza, porque assisti a momentos importantes de interação, dos profissionais com os sujeitos hospitalizados, dos profissionais com os familiares, de familiares com familiares e a diálogos de natureza técnica e administrativa, entre profissionais, sobre o fazer cotidiano. Todos esses momentos foram registrados em diário de campo e contribuíram para a composição dos memorandos reflexivos.

### 3.6 A ANÁLISE DOS DADOS

O processo de análise seguiu os passos do método de comparação constante preconizado por Strauss e Corbin (2008). O texto gerado pela transcrição das entrevistas foi transferido para uma tabela com quatro colunas. A primeira delas continha os dados brutos com grifos em cores, a segunda, os recortes das falas dos sujeitos, ou seja, a segunda categorização; a terceira coluna continha a terceira categorização, e a quarta, as notas (de observação) ou as reflexões da pesquisadora. Tal estratégia permitiu, durante o processo, não perder de vista minhas indagações, concordâncias e discordâncias. Após cada entrevista, foram realizadas repetidas leituras das falas dos sujeitos e das minhas intervenções, ressaltando ou não, com novos grifos, as partes consideradas significativas para aquela leitura.

A síntese das conversas foi repassada verbalmente para o sujeito participante, ou por escrito, através de endereço eletrônico. Esta estratégia permitiu que o sujeito lembrasse a própria fala, dando a anuência para o seu uso e/ou acrescentando ou suprimindo o que considerasse conveniente. O conteúdo repassado aos sujeitos não continha os grifos, tão pouco as minhas reflexões, apenas nosso diálogo,

na íntegra.

Em nova leitura, os aspectos considerados significativos nas leituras anteriores, iluminados no texto, em cores, foram colados na segunda coluna, à direita da primeira. Concomitante a isso, novas observações foram acrescentadas na terceira coluna. Isto facilitou uma conversa paralela com os dados e o aprofundamento do processo de reflexão. As sucessivas leituras foram compondo a pré-análise.

Todas as falas dos sujeitos, ao serem recortadas e passadas da primeira para a segunda coluna foram identificadas com o nome do informante, seguido por uma letra (se primeira entrevista letra A, segunda letra B) e com a identificação da página em que se encontrava aquele recorte de fala para, posteriormente, facilitar a localização do contexto do qual foram extraídas.

Depois deste processo, parti para outra entrevista, com o mesmo ou com outro sujeito, repetindo o processo de análise comentado. Novas leituras dos dados foram necessárias, para destacar a essência de cada recorte realizado na fase anterior, e identificar a essência do recorte de fala de cada sujeito, ou seja, a que o sujeito estava se referindo.

Tanto as notas de campo provenientes da observação participante, quanto as decorrentes da reunião de grupo, foram registradas no diário de campo e no processo de análise das entrevistas foram resgatadas para elucidar, contrapor e ou ilustrar as idéias expressas pelos sujeitos entrevistados. A partir desse processo de análise as categorias foram sendo refinadas e ao final, surgiram as categorias dispostas a seguir.

A primeira categoria que emergiu dos dados foi “*o que diz a equipe de saúde sobre a alta hospitalar*”. Essa categoria se refere ao que é falado aos sujeitos hospitalizados e aos cuidadores familiares em relação à volta para casa. As orientações que os vários profissionais da equipe de saúde do hospital desenvolviam visando à continuidade do tratamento em casa, à segurança e o bem-estar do sujeito cuidado. Essa categoria contém as seguintes sub-categorias: a alta hospitalar como um ato administrativo e prerrogativa médica; o modo de fazer da enfermagem é diferenciado; a educação é inerente ao processo de alta; o processo de alta representa múltiplas oportunidades de ouvir/orientar; e a educação para a alta é compromisso do enfermeiro e da equipe de saúde.

A segunda categoria que os dados apontaram foi “*o que faz a equipe de saúde no processo de alta hospitalar*”. Trata-se da categoria que reúne as ações dos profissionais, as providências necessárias para que se concretize a volta para casa. Também aponta os expedientes administrativos, técnicos e educativos que precisam ser realizados para



que o sujeito internado deixe o hospital. Essa categoria está composta das seguintes sub-categorias: o enfermeiro coordena a unidade de internação e o trabalho da equipe de saúde; os familiares e os profissionais são envolvidos no processo de alta hospitalar; a equipe de saúde avalia o processo de alta; o serviço hospitalar promove a articulação do serviço hospitalar com a Unidade Básica de Saúde; e as orientações para alta estão centradas na terapia medicamentosa.

Por último, a terceira categoria que emergiu dos dados foi ***“autonomia e poder em Cuidados Paliativos”***, que discute o poder dos profissionais da área da saúde sustentado pelo conhecimento científico e que não dispõe de “modos de fazer” padronizados, muitas vezes colocando a decisão terapêutica acima da atitude de ouvir e decidir em conjunto. Nessa categoria constam duas subcategorias: autonomia e livre arbítrio em cuidados paliativos e autonomia e poder na/da prática profissional.

Após examinar as categorias e percebendo suas propriedades, foi possível identificar uma categoria central denominada “O potencial da educação em saúde na alta hospitalar para a autonomia do sujeito portador de câncer”. As categorias e sub-categorias estão apresentadas na Figura 1:

**O POTENCIAL DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ALTA HOSPITALAR PARA A AUTONOMIA EM CUIDADOS PALIATIVOS: UM OLHAR ENFERMEIRO**

Categorias

Sub-categorias

**O QUE DIZ A EQUIPE DE SAÚDE SOBRE A ALTA HOSPITALAR**

- A alta hospitalar é um ato administrativo e prerrogativa médica;
- O modo de fazer da enfermagem é diferenciado;
- A educação é inerente ao processo de alta;
- O processo de alta representa múltiplas oportunidades de ouvir/orientar/educar;
- A orientação/educação para a alta é compromisso do enfermeiro e de toda a equipe de saúde.

**O QUE FAZ A EQUIPE DE SAÚDE NO PROCESSO DE ALTA HOSPITALAR**

- O enfermeiro coordena a unidade de internação e a equipe de saúde;
- Os familiares e os profissionais são envolvidos no processo de alta hospitalar;
- A equipe de saúde avalia o processo de alta;
- A equipe de saúde promove a articulação do serviço hospitalar com a Unidade Básica de Saúde;
- As orientações para a alta estão centradas na terapia medicamentosa.

**AUTONOMIA E PODER EM CUIDADOS PALIATIVOS:**

- Autonomia e livre arbítrio em cuidados paliativos;
- Autonomia e poder na/da prática profissional.
- Os familiares e os profissionais são envolvidos no processo de alta

**Figura 1:** Categorias e sub-categorias do estudo

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa que envolve seres humanos, direta ou indiretamente, incluindo o manejo de informações, deve atender requisitos éticos determinados pela resolução CEP 196 de 10 de outubro de 1996. Sendo assim, dentre outras diretrizes da resolução 196/96, esta pesquisa esteve norteadada pelos princípios da autonomia, da beneficência, da não maleficência, da justiça e da equidade. O procedimento de coleta de dados somente foi iniciado com a anuência dos sujeitos envolvidos; para isso, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi utilizado (Apêndice A). Conforme preconiza a resolução o presente projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e aprovado pelo Parecer número 025/2007 e registro CEP 014/2007.

Os riscos a que os sujeitos participantes da pesquisa foram expostos são de natureza emocional e poderiam gerar sentimento de desesperança no estado da arte da prática profissional. A priori, a reflexão do processo de trabalho suscita uma visão pessimista, no entanto, sem ela não há transformação da realidade. Assim sendo, ao concluir cada momento de coleta dos dados, tive o cuidado de enfatizar a importância desses momentos reflexivos para a construção de um fazer diferenciado e a melhoria da prática profissional para o fortalecimento da autonomia do sujeito portador de câncer avançado.

O TCLE foi discutido e assinado e comprometi-me a assegurar o direito de esclarecimentos durante todo processo da pesquisa, incluindo a segurança quanto à privacidade em relação ao conteúdo dos diálogos (informações coletadas) e quanto ao direito de não responder às perguntas que ocasionassem constrangimento de qualquer natureza.

Para garantir o anonimato, os participantes foram identificados com nomes de uso comum ao gênero feminino e masculino, já que esta pesquisa não se ocupou em discutir questões de gênero.

## **CAPITULO 4 - O POTENCIAL DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ALTA HOSPITALAR PARA A AUTONOMIA DO SUJEITO PORTADOR DE CÂNCER**

Os pensamentos que governam a vida do homem comum e que, devido à ignorância humana acerca da influência que estes exercem sobre a vontade, o homem se encontra à mercê ou capricho de agentes estranhos à sua consciência e, em consequência, alheios a seu conhecimento (PECOTCHE, 1939).

Os manuscritos estão apresentados de acordo com as instruções aos autores dos periódicos, com adaptações na apresentação gráfica para atender às Normas de Apresentação para Teses e Dissertações, conforme disposto no Guia Rápido para Diagramação de Trabalhos Acadêmicos, da Universidade Federal de Santa Catarina.

### **4.1 MANUSCRITO 1 – ALTA HOSPITALAR: O QUE DIZ A EQUIPE DE SAÚDE?**

Manuscrito a ser submetido à Revista da Escola de Enfermagem da USP, apresentado conforme Instrução aos Autores da própria Revista (Anexo A). A Declaração de Responsabilidade e de Cessão de Direitos Autorais encontra-se no Anexo B.

**ALTA HOSPITALAR: o que diz a equipe de saúde?<sup>1</sup>**  
**HOSPITAL RELEASE: what does the health care team say?**  
**EL ALTA HOSPITALARIA: ¿qué dice el equipo de salud?**

Silvana Romagna Marcelino<sup>2</sup>  
Marta Lenise do Prado<sup>3</sup>

**RESUMO:** Estudo qualitativo-descritivo realizado em uma instituição de referência para o tratamento de câncer no sul do Brasil, com objetivo de conhecer o que dizem os profissionais da equipe de saúde hospitalar em relação às ações educativas para alta aos pacientes. Participaram do estudo sete profissionais (médico, enfermeiro, nutricionista, assistente social e farmacêutico). Os dados foram coletados entre julho/2007 e dezembro/2008, por meio de entrevista semi-estruturada e observação participante, no processo de análise foi utilizado o método de comparação constante. O referencial teórico fazia consonância com a educação como prática da liberdade entendendo que a autonomia precisava permear todo o processo de educação para alta. Os resultados demonstraram que os profissionais da equipe de saúde perceberam que o enfermeiro é o profissional que deveria deflagrar o processo de orientação para a alta hospitalar; que esta era um ato administrativo e uma prerrogativa médica; que a educação era inerente ao processo de alta e esta representa múltiplas oportunidades de ouvir.

**Palavras-chaves:** enfermagem, autonomia, alta hospitalar, câncer avançado, educação em saúde.

<sup>1</sup> Este estudo é parte da Tese de Doutorado em Enfermagem, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de concentração: filosofia, saúde e sociedade da Universidade Federal de Santa Catarina, em dezembro de 2009.

<sup>2</sup> Silvana Mara Romagna Marcelino. Enfermeira Mestre em Assistência de Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Membro do grupo de Pesquisa Educação em Enfermagem (EDEN/UFSC). Servidora da Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina, Docente da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). Endereço: Av. Trompowsky, 227, CEP 88015-300, Florianópolis, SC, Brasil. Telefone 048 32241454. E-mail: silvanamarcelinoenf@yahoo.com.br.

<sup>3</sup> Marta Lenise do Prado. Pós-Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento Enfermagem e do PEN/UFSC. Vice-líder do Grupo de Pesquisa EDEN/PEN/UFSC. Pesquisadora Bolsista de Produtividade do CNPq. Endereço: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, Campus Universitário, s/n, CEP 88040-970, Florianópolis, SC, Brasil. Telefone 048 37219787. E-mail: mpradop@nfr.ufsc.br.

**ABSTRACT:** This is a descriptive-quality study, which adopted The Grounded Theory procedures for data collection and analysis. It was developed in one the reference public institution for cancer treatment in the Southern part of Brazil, and it aimed at understanding what the professionals say about educative actions for hospital discharge. Data were collected between July/2007 and December/2008, through semi-structured interview and participating observation. The theoretical framework is in accordance with education as a liberating practice, understanding that autonomy permeates all the educative process for discharge. The result shows that: health care professionals perceive the nurse as the professional who must initiate the orientation process for hospital discharge; it is an administrative action and a medical prerogative; education is inherent to the discharge process; discharge process represents multiple opportunities for listening.

**Key words:** nursing, hospital discharge, autonomy, advanced cancer, health education.

**RESUMEN:** Es una investigación descriptiva y cualitativa desarrollada en una importante institución para el tratamiento del cáncer en el sur de Brasil, con el objetivo de conocer qué dicen los profesionales del equipo de salud en relación a las acciones educativas para el alta hospitalaria. Participaron del estudio siete profesionales (médico, enfermero, nutricionista, asistente social y farmacéutico). Los datos fueron recogidos entre septiembre de 2007 y diciembre de 2008, a través de entrevistas semiestructuradas y observación participante. Para el proceso de análisis se utilizó el método de comparación constante. El marco teórico está basado en la concepción de la educación como práctica de la libertad, entendiendo que la autonomía debe impregnar todo el proceso de educación para el alta hospitalaria. Los resultados demostraron que los profesionales del equipo de salud perciben que el enfermero es el profesional que debe provocar el proceso de orientación para el alta hospitalaria; que el alta hospitalaria es un acto administrativo y una prerrogativa médica; que la educación es inherente al proceso del alta y que ella representa múltiples oportunidades para escuchar.

**Palabras clave:** Enfermería, Alta Hospitalaria, Autonomía, Cáncer avanzado, Educación en salud.

## **INTRODUÇÃO**

O hospital é um espaço reservado a quem está enfrentando uma situação adversa, necessita de medicamentos, de equipamentos e de cuidados terapêuticos. Em geral, quem entra no hospital quer sair o mais breve possível e livre do motivo que o levou até ele. No entanto, nem sempre isso é possível. Existem sujeitos que estão no hospital e sabem que voltarão outras vezes porque não existe a possibilidade de livrar-se da condição de ser portador de um agravo de saúde. É o caso do câncer avançado.

Em geral, as pessoas não gostam de permanecer no hospital, pois é um lugar que representa a doença, a liberdade tolhida, a imposição de um ritmo diferente daquele que todos vivem em suas casas. Os profissionais de saúde deveriam ter maior atenção no sentido de que para a maioria dos sujeitos internados pode preferir estar em casa e isto poderá gerar ao sujeito portador de câncer ansiedade porque de toda forma os cuidados que demanda são especiais.

Por isso, é de fundamental importância que os cuidadores familiares saibam os porquês das atividades que deverão desenvolver e se conscientizem de que é esse “modo de fazer” que proporcionará maior segurança para o sujeito que estará sendo cuidado em casa. Não é simplesmente o fazer, de qualquer modo, e sim um fazer de uma forma que já tenha sido comentada, demonstrada, baseada em um conhecimento. O cuidador precisa saber o que está fazendo e por que está fazendo. Desse modo, as ações educativas para a alta hospitalar assumem papel estratégico, na medida em que viabilizam ao sujeito que está no hospital e aos seus familiares maior segurança para a realização dos cuidados domiciliares.

A alta hospitalar consiste em uma rotina que muitas vezes se restringe a meros procedimentos administrativos. Frequentemente, a ação educativa para alta é uma imposição de condutas que tentam fazer do ambiente domiciliar uma versão caseira do hospital. Uma prática prescritiva e verticalizada, que geralmente não abre espaço ao diálogo, não valoriza crenças, valores, vê o ser humano como objeto e não se ocupa com o aprendizado, apenas com o repasse de informações.

Frente a esse cenário, este estudo teve por objetivo conhecer o que dizem os profissionais da equipe de saúde hospitalar em relação às ações educativas para alta hospitalar do sujeito internado e sua família.

## **REVISÃO DE LITERATURA**

A educação é um componente da assistência que pode viabilizar a maior finalidade do trabalho em saúde, ou seja, capacitar os indivíduos

em sua autonomia, para que conquistem melhores condições de vida<sup>(1)</sup>. Para isso, os elementos essenciais do processo educativo são a conscientização, a instrumentalização e a organização dos indivíduos.

É possível afirmar que não há educação sem saúde tampouco saúde sem educação. Para formar educadores, ou seja, sujeitos comprometidos com um mundo melhor, há que se passar por caminhos que levem ao viver saudável. Da mesma forma, ao formar sujeitos para estarem comprometidos com a saúde da população, há necessidade de investimento em práticas educativas, que promovam a conscientização através da postura de repensar a própria prática em saúde.

O enfoque educativo deve ser pensado a partir das necessidades dos sujeitos e, na prática profissional, a prioridade está nas ações terapêuticas medicamentosas e administrativas em detrimento das ações educativas, apesar de estas serem complementares, imprescindíveis e dinâmicas no processo terapêutico. É necessária, portanto, uma visão crítica da equipe de saúde e dos sujeitos portadores de agravos crônicos à saúde. Os profissionais de saúde possuem carência de conhecimentos básicos para implementar a ação educativa junto à clientela com a finalidade de mudança do pensamento e das ações, como possibilidade de sentir e perceber o outro como sujeito, paradigma essencial na prática educativa. A tecnologia educativa empreende esforços para inovar o cuidado<sup>(2)</sup>.

Na área de enfermagem hospitalar, o dia-a-dia proporciona a melhoria da destreza técnica e, geralmente, isto se dá no processo assistencial. No entanto, grande parte dos profissionais contenta-se em obter destreza manual e habilidade para lidar com os equipamentos. A enfermagem precisa se apropriar de metodologias de aprendizagem que favoreçam a construção do conhecimento de modo constante/ contínuo/ permanente e pertinente ao processo de educar e cuidar através da ação reflexiva. No entanto, é possível perceber que uma pequena parcela dos enfermeiros tem buscado o conhecimento na dimensão construtiva e coletiva junto à equipe de enfermagem. Os cursos e palestras, em geral diretivas e prescritivas, quando ocorrem nos ambientes de trabalho, são pontuais e não promovem a reflexão da prática, atitude que se reproduz nas práticas educativas que são desenvolvidas junto aos sujeitos hospitalizados. Não se deve desconsiderar, no entanto, que o conhecimento estimula o desenvolvimento cultural, potencializa o raciocínio das pessoas e amplia a leitura da realidade<sup>(3)</sup>.

A conscientização enfatizada na pedagogia freireana é um processo complexo e demanda reflexão, atitude de abertura e um movimento para a mudança. Esse processo proporciona um olhar



diferente para a realidade, um olhar para o que não está aparente, não está próximo, além de uma sensibilidade para lidar com o trivial como algo único, especial<sup>(4)</sup>. Nesse contexto, a problematização é um exercício contínuo, uma prática que requer pensar no que está sendo feito, ou seja, reflexão – ação – reflexão; é uma prática (re) pensada, portanto, na medida que pensar certo é uma postura exigente, difícil e às vezes penosa, que temos de assumir diante dos outros e com os outros, em face do mundo e dos fatos, ante nós mesmos<sup>(5)</sup>.

Por outro lado, a educação como “prática da liberdade” retrata uma intencionalidade: a conquista de um mundo melhor, mais justo, igualitário, ético, estético e humano. É uma educação que coloca o educador e o educando em nível de igualdade: os dois aprendem e ensinam, sendo ambos sujeitos, ativos e possuidores de limitações, e não um narrador, detentor de um saber, e um ouvinte-objeto. O educador está envolvido com o educando, compartilhando com ele aquele momento, a partir do real, como se os dois estivessem imersos na mesma substância, porém cada um com suas crenças, valores, vivências e sonhos: sujeitos singulares<sup>(6)</sup>.

A enfermagem por sua vez, é uma prática social, que busca o conforto do ser humano através do cuidado. A interação do enfermeiro com o sujeito que ele está cuidando deve atender a princípios éticos, estéticos, morais e humanos. Por isso, o respeito ao sujeito cuidado deve contemplar atitudes que valorizem a autonomia como processo para a liberdade, além de conceber o ser como sujeito.

No seu cotidiano, a Enfermagem pode utilizar a prática educativa para alta hospitalar para promover as ações de cuidado em casa, fortalecendo a autonomia do sujeito. Uma pessoa somente é livre quando conquista a autonomia, sendo assim, a autonomia é condição para a liberdade. Além disso, a autonomia é tipicamente fenômeno social, não só individual. E requer orientação: de um lado, para tornar-se autônoma toda pessoa precisa de ajuda e de outro, tornando-se autônoma, deve saber dispensar a ajuda<sup>(7)</sup>.

## **MÉTODO**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva, desenvolvida em um hospital especializado no tratamento de sujeitos portadores de câncer, no sul do Brasil. Sete profissionais participaram: três enfermeiros, um nutricionista, um farmacêutico, um assistente social e um médico. Os critérios de elegibilidade dos participantes foram o de ser profissional de saúde, ser funcionário da instituição e aceitar participar do estudo. Para garantir o anonimato, os sujeitos da pesquisa

foram identificados com nomes fictícios de uso comum ao gênero feminino e masculino e a definição do número final de participantes foi através do critério de saturação<sup>(8)</sup>.

Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada e observação participante, no período de julho de 2007 a dezembro de 2008. Para sua análise foi utilizado o método de comparação constante<sup>(8)</sup>.

Após a análise dos dados surgiu a categoria ***“o que diz a equipe de saúde sobre a alta hospitalar”***, com as seguintes subcategorias: a alta hospitalar como um ato administrativo e prerrogativa médica; o modo de fazer da enfermagem é diferenciado; a educação é inerente ao processo de alta; o processo de alta representa múltiplas oportunidades de ouvir/orientar/educar; a educação para a alta é compromisso do enfermeiro e da equipe de saúde.

A resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde foi a baliza para os aspectos éticos da pesquisa e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa pelo Parecer número 025/2007 e registro CEP 014/2007.

## **RESULTADOS**

O reconhecimento de que o hospital pode e deve ser um espaço para educação e que o fato dos sujeitos hospitalizados estarem no hospital para realizar um tratamento significa estar neste ambiente por um tempo determinado, ainda que muitas vezes longo, é uma possibilidade de conhecer novas formas de cuidar e autocuidar-se. Esse tempo pode ser aproveitado para a equipe de saúde abordar questões que auxiliem no cuidado durante e após a internação, ainda que isso não aconteça de modo sistemático. No presente estudo, os entrevistados reconheceram que existe um processo de alta na instituição, que, no entanto, guarda relativa distância do modo como desejariam que fosse (ou acreditam que deveria ser). Essas idéias se expressam na categoria. ***“O que diz a equipe de saúde sobre a alta hospitalar”***, e nas subcategorias apresentadas a seguir.

### **A alta hospitalar é um ato administrativo e prerrogativa médica**

O movimento de saída do sujeito hospitalizado para casa deveria ser compartilhado por todos os profissionais da equipe de saúde que estão envolvidos no tratamento. Os familiares cuidadores também deveriam estar comprometidos com a volta para casa. No entanto, essa ainda não é a realidade que conhecemos. As falas que seguem retratam a realidade com a qual convivemos:

*Se a gente for ver a alta do ponto de vista médico a alta se esgota basicamente no momento em que você diz “alta” e prescreve alta. Você pode ou não ter uma última conversa com o paciente e o acompanhante. Eu não concordo com isso, mas sei que é assim (Ita).*

*Muitas vezes a ambulância está esperando, está com pressa, o paciente tem que ir, pega a sacolinha, você passa a receita rapidinho por cima e ele vai (Lair).*

É possível perceber que existe um reconhecimento da alta como procedimento administrativo e prescritivo. No momento que se diz ou se registra alta hospitalar no prontuário, esta se torna fato e ato acabado. A conversa com a pessoa hospitalizada, antes da alta, é uma escolha do profissional e parece não se tratar de uma necessidade, de um compromisso com a continuidade do tratamento em casa. A fala do sujeito entrevistado acima deixa claro que o profissional pode ou não conversar com quem está indo para casa.

Além do mais, a decisão sobre o momento da alta hospitalar é entendida como uma prerrogativa do médico, porque ele é o profissional que possui a obrigação, sob o ponto de vista legal, de decidir sobre o momento de o sujeito em tratamento deixar o hospital.

*A alta é uma percepção do médico e não do enfermeiro porque ele não tem obrigação e não vai decidir se o paciente que terá alta, já que é uma decisão médica (Ita)*

*A partir do momento que ele recebe alta médica, lá embaixo está dito alta, pronto, é ali que vale (Lair).*

Essas falas se referiam à ação técnica específica do profissional médico em relação à implementação e avaliação do tratamento do sujeito hospitalizado. Além disso, tratava-se de uma atividade administrativa que competia a esse profissional. Também estavam associadas à idéia da responsabilidade na avaliação do tratamento proposto por profissional médico, em contrapartida à imagem da incapacidade de outros profissionais perceberem a evolução clínica (nota de campo). O momento de o sujeito internado deixar o hospital é uma prerrogativa legal do médico.

### **O modo de fazer da Enfermagem é diferenciado**

O modo de fazer da enfermagem foi possível perceber na fala do sujeito entrevistado, pois reconhecia um modo de fazer diferenciado da

enfermagem em relação à orientação de alta hospitalar:

*A enfermagem, pelo que noto, não sei se é oficial, ela se dedica mais em fornecer ao paciente uma explicação dos porquês e dos comos, em relação à prescrição que ele (paciente) recebeu (Ita).*

A prescrição era explicada, existia uma dedicação com “os porquês” e com “os comos” os procedimentos deveriam ser realizados. Está implícito que acontecia em um diálogo entre o profissional enfermeiro e o sujeito que estava indo para casa, como se pode perceber na fala seguinte:

*Preparar não é somente você escrever os medicamentos, alguém pegar na farmácia, fazer o pacote e dizer para voltar no consultório daqui a trinta dias, isso é uma rotina que não resolve. Acho que a gente poderia unir a metodologia que a enfermagem utiliza com a forma de ação dos médicos para que tivesse um processo de alta mais completo (Ita).*

A fala acima enfatiza que a orientação para alta hospitalar não significa a entrega de medicações com informações por escrito e que a enfermagem possuía uma maneira diferenciada de agir na orientação/prática educativa, além disso, apontou a possibilidade de uma aproximação entre o método da enfermagem e o método utilizado por médicos para melhoria do processo de alta hospitalar.

### **A orientação/educação é inerente ao processo de alta**

A orientação/educação era percebida como intervenção importante no processo de alta, conforme demonstra a fala abaixo:

*Educação para mim é o preparo para ele saber que tem um câncer, o preparo da família, quem é que vai cuidar dele em casa (Lair);*

*O horário das medicações eu acho importante (orientar), porque aqui quando a gente explica, eles entendem tudo e chegam em casa, fica aquela dívida...Então eu priorizo o horário das medicações... (Iró);*

*A comunicação entre a equipe é fundamental para o processo da alta hospitalar (Delci).*

Essas falas colocam a orientação/educação como algo pertinente ao processo, algo que caminha junto e não se descola da realidade, não se trata de algo que poderá ficar para depois. A utilização da palavra

orientação/educação sugere que o que importa não é a maneira de nomear essa atividade, e sim o modo de compreender e se envolver no processo de saída, de retorno para casa. Da mesma forma, a ação educativa é importante desde o momento do diagnóstico, isto é, quem fala sobre o diagnóstico deve estar inserido no processo educativo para a alta. O conhecimento de algo novo para lidar com o diagnóstico de câncer requer um preparo, uma sensibilidade e uma propriedade para falar sobre o assunto.

### **O processo de alta representa múltiplas oportunidades de ouvir/orientar/educar**

O momento de educação/orientação para alta era compreendido também como uma oportunidade de se reforçar aspectos importantes para o cuidado domiciliar. Cada vez que a pessoa hospitalizada ia para sua casa recebia orientações, o que representava uma nova possibilidade de ouvir sobre o que deveria e o que não deveria fazer para a continuidade do tratamento. Cada retorno era, pois, uma nova chance para ajustes terapêuticos e um esforço para que os procedimentos fossem realizados adequadamente. Desse modo, a ênfase nas velhas e novas coordenadas, a cada ida e vinda do hospital era importantes. O enfermeiro representava essa oportunidade, conforme depoimento a seguir:

*Cada alta é uma nova possibilidade de enfatizar as orientações. (Ita)*

*A enfermagem não valoriza o cuidado, porque eu (o enfermeiro) tenho que ter em mente qual é o meu objeto final onde é que eu quero chegar? Os colegas que fazem isso são muito cobrados e outros não vão atrás. (Diany)*

### **A orientação/educação para a alta é compromisso do enfermeiro e da equipe de saúde**

Ainda que a concessão da alta seja prerrogativa médica, o fato do enfermeiro estar na unidade de internação promove uma convivência com os sujeitos cuidadores familiares e com os que estão internados. Isso facilita a aproximação e promove maior intimidade para desenvolver a orientação/educação da alta hospitalar. Assim, podemos verificar na fala seguinte:

*O enfermeiro tem maior proximidade com a família, isso facilita a ele orientar a alta hospitalar (Iró).*

O enfermeiro deveria ser percebido como o profissional que permanece mais tempo na unidade de internação interagindo diretamente com o sujeito hospitalizado e familiares várias vezes durante as vinte e quatro horas do dia. Em tese o enfermeiro é o profissional que está mais próximo, por conhecer o esquema terapêutico e principalmente por ser o profissional que desenvolve as ações de cuidado na unidade de internação.

As falas abaixo apontam esta realidade:

*É o enfermeiro que conhece mais intimamente as relações do paciente com a família, as limitações que ele possui, como pode exercitar o auto-cuidado e tem condições de chamar os cuidadores para que assumam a responsabilidade (Dagmar).*

*É a enfermagem que deveria dar início ao processo de orientação para alta porque está mais próxima da família. Primeiro porque no dia a dia com os acompanhantes, os visitantes, é a enfermagem que está acompanhando. Eu estou dentro da minha sala, não sei de fato quem está com o seu José ou com a dona Maria, com esse com aquele. Eles sim, estão ao lado do paciente (Ely).*

*Todos os profissionais da equipe devem se comprometer com a alta, mas o enfermeiro é quem deveria estar na linha de frente para dar a partida. (Lair).*

*Eu acho que os técnicos de enfermagem se envolvem pouquíssimo com a alta e eles estão ao lado do paciente no dia a dia. (Ely).*

Mesmo considerando que todos os profissionais deveriam estar envolvidos com a alta do sujeito hospitalizado os participantes deste estudo afirmaram que cabe ao enfermeiro deflagrar o processo, não negam a necessidade da intervenção de outros profissionais, mas posicionaram-se a favor do enfermeiro na liderança, ou seja, existe a necessidade de alguém estar à frente.

É importante destacar que os técnicos de enfermagem também deveriam engajar-se no reforço da orientação/educação para a alta hospitalar por desenvolverem atividades à cabeceira do leito e esse momento ser de extrema riqueza para a ação educativa.

## **DISCUSSÃO**

O compromisso com o tratamento de um sujeito que está saindo

do hospital não deveria se esgotar na assinatura da alta hospitalar, porque existe uma responsabilidade implícita na indicação do esquema terapêutico e dos cuidados a serem seguidos em casa. Os cuidadores familiares são os sujeitos que assumem a continuidade do tratamento em casa e a responsabilidade é quase totalmente deles. Quase porque, mesmo em casa, o sujeito portador de câncer avançado estará seguindo uma proposta terapêutica indicada por um profissional que elegeu uma determinada conduta clínica. Ainda que os familiares cuidadores possam contar com os serviços das Unidades Básicas de Saúde (USB), as dificuldades existem. Além disso, os profissionais que recebem um sujeito em tratamento oncológico na rede municipal de saúde podem encontrar dificuldades de comunicação com o centro de referência.

E, nesse sentido, uma alta hospitalar bem planejada favoreceria o cuidado domiciliar; relatórios, contendo o diagnóstico e a história clínica, facilitariam o acompanhamento dos profissionais dos serviços de saúde dos municípios de origem desses sujeitos portadores de câncer avançado. A possibilidade de acertos pode ser maior se houver interação entre o serviço de referência e a UBS. É por isso que a saída do hospital não se esgota na palavra alta.

Tanto os sujeitos cuidadores familiares quanto os portadores de câncer avançado, quando saem do hospital para casa necessitam de uma orientação sobre como continuar o tratamento e os cuidados no domicílio. Muitas vezes, a prescrição escrita contendo o nome dos medicamentos e por quantas vezes devem ser utilizadas é a única informação que possuem, uma vez que o processo de alta não é planejado e se esgota nos procedimentos administrativos, como declararam os participantes deste estudo. A prescrição, em geral, é uma determinação e não uma ação educativa.

Existe a necessidade de esclarecimentos sobre a forma de agir assim como um espaço para dialogar sobre as contraposições e dúvidas.

Todavia, existe a necessidade de abrir o diálogo a partir do momento da internação, de modo que a prática educativa não seja pontual, um simples repassar de informações, numa reprodução de um modelo educativo tradicional. Nesse modelo, o educador (o profissional) é quem determina. Ele opta e prescreve sua ação e os educandos (os sujeitos e suas famílias) as seguem, como aqueles que nada sabem. Assim, toda prescrição passa a ser a imposição da opção de uma consciência a outra<sup>(9)</sup>.

E, nesse sentido, os profissionais participantes desse estudo reconhecem que o enfermeiro deve realizar o plano de alta com finalidade de tornar o sujeito confiante para cuidar-se e para se cuidado

pela família<sup>(10)</sup>. O enfermeiro deve realizar o plano de alta com a finalidade de tornar o sujeito confiante para cuidar-se e para ser cuidado pela família. Também é importante que o enfermeiro considere vários aspectos, tais como, as expectativas do mesmo quanto a alta hospitalar, o conhecimento prévio sobre a doença e tratamento, a sua cultura, as condições sociais e econômicas. O papel do enfermeiro no processo de alta hospitalar é educar desde a internação. O enfermeiro junto com a equipe de saúde deve elaborar um plano de alta individualizado, a partir da admissão objetivando assegurar a continuidade do seu tratamento em casa.

Desde a chegada do sujeito ao hospital até o momento da saída, as várias intervenções realizadas pelo enfermeiro podem favorecer uma relação mais íntima com os sujeitos envolvidos no cuidado cada um dando uma parcela de contribuição, seja através do conhecimento científico, popular ou espiritual. Os profissionais enfermeiros, nas atividades de rotina, podem promover uma aproximação maior, e o fato de estarem na unidade de internação pelo período integral facilita a formação de vínculo com os sujeitos hospitalizados e familiares, podendo ser mais bem aproveitadas as ações educativas para alta hospitalar.

A interação enfermeiro-sujeito cuidado a partir da internação no hospital, através de encontros privilegiados para a investigação das necessidades e o encorajamento da fala, é importante para que ambos planejem juntos, respeitando e promovendo a autonomia<sup>(11)</sup>.

Desse modo, o dia-a-dia na unidade de internação favorecia ao profissional enfermeiro desenvolver a orientação/educação para alta. Ele tinha a oportunidade de conhecer a linguagem mais apropriada para conversar com cada família, individualmente e coletivamente, acompanhando as preferências de cada sujeito internado. A proximidade física lhe conferia oportunidades de estar junto e isso lhe dava o poder para, aos poucos, na visita diária, construir o plano de alta sem deixar tudo para o último dia, às pressas, como confirmaram os sujeitos participantes deste estudo (nota de campo).

Nesse processo, a educação para alta precisa ser parte do cuidado, do caminho para o enfrentamento das situações do cotidiano. Um espaço para o diálogo, uma possibilidade para que as pessoas expressem o seu conhecimento e seus sentimentos (dúvidas e inseguranças) uma forma de fazer sem impor um saber, uma atitude de partilhar e colocar-se na posição de um ouvinte atento.

Nesse sentido, o papel do educador é fundamentalmente o dialogar em uma relação de horizontalidade, não de cima para baixo,



nem de fora para dentro<sup>(12)</sup>.

Outro estudo demonstrou que familiares não recebiam informações durante o período de hospitalização do seu parente, o que corrobora com os resultados aqui apresentados. Naquele estudo, os familiares ao chegarem à casa, sentiram-se acolhidos no programa de internação domiciliar e relataram que as informações fornecidas por profissionais desse programa foram muito importantes para nortear o cuidado. Os autores comentam a ausência de processos educativos dessa ordem nos hospitais e a necessidade de as instituições públicas de saúde programarem ações de preparo da alta hospitalar<sup>(13)</sup>.

Autores afirmam que, em cuidados paliativos, a prática educativa que não se dá na horizontalidade é prescritiva; em geral não encontra eco, pois o retorno do educando como partícipe é limitado. Quando a escuta não está presente, ou seja, quando quem está orientando não ouve, apenas fala, acontece o monólogo, pois o diálogo se dá através da fala e da escuta. Há que se considerar que tanto é importante saber falar quanto escutar. Aprender a escutar e a falar, a dar as más notícias e a manter-se parceiro são aspectos básicos para uma boa comunicação em cuidados paliativos<sup>(14)</sup>.

Portanto, a postura dos profissionais, que devem aproveitar as oportunidades para enfatizar as orientações, deveria ser, primeiramente, a de conhecer a realidade das condições do sujeito hospitalizado e seus familiares, compreendendo as orientações para a alta como múltiplas oportunidade de ouvir, para compreender e orientar.

É interessante lembrar que saber melhor significa, precisamente, ir além do senso comum, a fim de descobrir a razão de ser dos fatos<sup>(15)</sup>. Podemos fazer uma aproximação dessa afirmação com a educação para alta hospitalar, porque descobrir a razão dos fatos é valorizar o contexto, é conhecer a maneira de pensar e de ser das pessoas que estão sendo orientadas. É preciso apreender sobre elas, com elas, ou seja, é necessário primeiro a ação de escutar antes da de falar.

Como afirmaram os participantes deste estudo, tanto a internação quanto a alta hospitalar eram de responsabilidade do médico assistente. No entanto, a avaliação não cabia exclusivamente a esse profissional, várias situações clínicas eram percebidas por outros profissionais da equipe e cabia a eles a responsabilidade técnica de intervenção. A alta poderia significar um risco e o profissional que identificava esse risco discutir a situação com os outros profissionais da equipe em defesa do sujeito hospitalizado para impedir a alta. Desse modo, o compromisso com a segurança de quem estava hospitalizado era de todos os profissionais que estão trabalhando para o seu bem estar e não somente

do médico que o acompanhava. Se o enfermeiro percebesse uma condição inadequada para alta, deveria ser de sua inteira responsabilidade intervir, tentar rever o planejamento de saída do hospital e documentar no prontuário o seu parecer sobre a situação identificada.

Por isso, é preciso pensar a orientação da alta hospitalar como uma atividade integrada da equipe multiprofissional, atividade essa que pode se tornar mais fácil devido à responsabilidade compartilhada. O trabalho em equipe permite o melhor atendimento das necessidades que um sujeito hospitalizado apresenta no momento em que está indo para casa. Além disso, envolve o auto e o “hetero” conhecimento da cada profissional, o que é relevante, da mesma forma que é importante uma noção lógica e clara de cada um e de seus objetivos, unindo e interagindo com o grupo<sup>(13)</sup>.

Entretanto, para que a comunicação entre a equipe seja efetiva é necessário que cada profissional esteja preparado dentro da sua área de atuação, baseado em conhecimentos e protocolos. No Brasil, a política nacional de saúde vem se estruturando para dar conta da melhoria da prática assistencial, visando o melhor bem estar aos sujeitos portadores de agravos de saúde como o sujeito portador de câncer<sup>(16)</sup>.

A atuação em equipe é desse modo, de fundamental importância para o planejamento da alta hospitalar. Todo o período de internação é apropriado para o processo de orientação e o cuidador familiar é quem está no gerenciamento do cuidado familiar (o foco das ações educativas), por ser ele o responsável pelo cuidado em casa<sup>(17)</sup>.

A permanência do enfermeiro na unidade de internação facilitava o ato de estar mais perto dos familiares e das pessoas hospitalizadas. O enfermeiro estava mais próximo dos sujeitos porque partilhavam o mesmo ambiente físico e isso possibilitava encontrar-se e comunicar-se com as pessoas que ali transitavam. Entretanto, outros profissionais, como o nutricionista, o assistente social e o farmacêutico, que desenvolviam as atividades em outro espaço físico, também percebiam detalhes da rotina das pessoas internadas, suas inseguranças e medos (nota de campo).

O enfermeiro deve ser o profissional que planeja as orientações de alta, pelo fato de atuar de forma integral junto aos sujeitos hospitalizados. A enfermagem estando mais próxima da família, estreita os laços afetivos com os sujeitos que estão no hospital e a relação humana se dá em cada gesto, em cada toque, nos vários encontros durante o dia e a noite<sup>(18)</sup>.

A atividade de coordenação da assistência de enfermagem requer

que o enfermeiro promova, também, o envolvimento dos técnicos de enfermagem. Os profissionais de nível técnico lidam com os procedimentos, as aparelhagens e as condutas terapêuticas ainda que o sujeito hospitalizado, em geral, não seja visto individualmente e sim como um diagnóstico, tendo a identidade esquecida –“ mortificada”, o que torna as ações mecanizadas no dia-a-dia de trabalho<sup>(19)</sup>.

Os técnicos de enfermagem eram os profissionais que desenvolviam atividades assistenciais junto aos sujeitos hospitalizados, estavam presentes nas vinte e quatro horas da rotina hospitalar e se envolviam pouco com a ida para casa. Todos os profissionais da equipe de enfermagem poderiam/deveriam comprometer-se com a orientação da alta, reconhecendo que a saída do hospital necessita ser planejada e transcorrer durante todo o período de internação (nota de campo). Por isso, as explicações aos familiares sobre os procedimentos realizados no dia-a-dia poderiam fazer parte do planejamento de alta, tornando-se mais simples o aprendizado para o cuidador familiar e acontecendo naturalmente no transcorrer da hospitalização.

## CONCLUSÃO

Este estudo permitiu conhecer o que diziam os profissionais da equipe de saúde hospitalar em relação às ações educativas para alta hospitalar do sujeito internado e sua família. Os profissionais percebiam que a ação educativa e o cuidado aos sujeitos portadores de câncer avançado em casa eram viáveis e que o enfermeiro era o profissional que deveria assumir a liderança no processo de volta à casa. Assim, caberia ao enfermeiro, dentre todos os outros profissionais da equipe de saúde, assumir a liderança das orientações para alta.

Apesar de a alta hospitalar acontecer após uma decisão médica formal, por escrito, os profissionais da equipe de saúde que acompanhavam o tratamento do sujeito hospitalizado tinham a possibilidade de avaliar o estado clínico e perceber as possibilidades de alta. Nesse sentido, as orientações para a saída do sujeito hospitalizado do hospital deveria ser um compromisso compartilhado por todos os profissionais da equipe de saúde.

Além disso, os profissionais da equipe esperavam do enfermeiro uma atitude ativa de intervenção junto aos sujeitos hospitalizados e seus familiares, no sentido de articular as demandas do retorno para casa. Eles reconheceram que o enfermeiro possuía uma prática em relação à orientação/educação para alta hospitalar que se diferenciava da dos demais profissionais da equipe, tendo em vista sua proximidade temporal e espacial ao sujeito hospitalizado e sua família.

Nesse sentido, a orientação/prática educativa é vista como sendo parte do fazer do enfermeiro, não sendo possível separar educação/orientação e cuidado no ambiente hospitalar. As intervenções que preparavam o sujeito a ser cuidado em casa eram ações educativas e através delas os cuidadores familiares poderiam adquirir conhecimentos e maior segurança para o cuidado ao sujeito portador de câncer avançado em casa. A atenção ao motivo pelo qual cada procedimento seria realizado e os detalhes de como proceder, passo a passo, poderiam ser a base das conversas para o cuidado domiciliar.

É por isso que o movimento de saída de um hospital planejado desde o momento da entrada do sujeito portador de câncer avançado e sua família na instituição, por todos os profissionais da equipe de saúde pode contribuir com o cuidado em casa. Todos os saberes são necessários e se complementam, cada profissional que se aproxima do sujeito hospitalizado estará ouvindo as necessidades por ele apontadas. Isso aumenta a possibilidade de atender as demandas e melhor preparar o sujeito hospitalizado e seus familiares para a alta hospitalar. A educação/orientação processual se torna uma estratégia apropriada de contribuição para o conforto e segurança no período que os sujeitos estão em casa. A realização da orientação apenas após a alta hospitalar formalizada pelo médico não responde às necessidades de quem está se comprometendo com o cuidado em casa.

Vale lembrar, também, que todos os profissionais da área da saúde deveriam ocupar o espaço da prática educativa junto aos sujeitos hospitalizados, mas há necessidade de o profissional enfermeiro perceber e assumir a sua identidade profissional, ou seja, ser o elo fortalecedor do cuidado domiciliar através da ação educativa no cotidiano hospitalar. O modo de fazer as orientações de enfermagem para alta hospitalar deveria estar comprometido com o que é necessário para estar em casa porque este é o diferencial que vai viabilizar maior segurança aos cuidadores familiares e aos sujeitos hospitalizados. Este compromisso poderá ser uma grande contribuição da profissão enfermagem para a sociedade e um desafio para o enfermeiro fortalecer ainda mais o cuidado em sua prática.

## **REFERÊNCIAS**

1 Kleba ME. Descentralização do Sistema de Saúde no Brasil: limites e possibilidades de uma estratégia para o empoderamento. Chapecó (SC): Argos; 2005.

- 2 Queiroz MVO, Dantas MCQ, Ramos IC, Jorge MSB. Tecnologia do cuidado ao paciente renal crônico: enfoque educativo-terapêutico a partir das necessidades dos sujeitos. *Texto Contexto Enferm.* 2008 Jan-Mar; 17(1): 55-63.
- 3 Bezerra ALQ. O contexto da Educação Continuada em Enfermagem. São Paulo: Lemar e Martini; 2003.
- 4 Waldow VR. Estratégias De Ensino Na Enfermagem: enfoque no cuidado e no pensamento crítico. Petrópolis: Vozes; 2005.
- 5 Freire P. Pedagogia da Autonomia – saberes necessários á prática educativa. 7ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1998.
- 6 Freire P. Educação e Mudança. 21ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1997.
- 7 Demo P. Saber Pensar. 2ª ed. São Paulo: Cortez/Instituto Paulo Freire; 2001.
- 8 Strauss A, Corbin J. Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de Teoria Fundamentada. Tradução de Luciane de Oliveira Rocha. 2ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2008.
- 9 Freire P. Pedagogia do oprimido. 38ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2004
- 10 Miasso AI, Cassiani SHB. Administração de Medicamentos: orientação final de enfermagem para alta hospitalar. *Acta Paul Enferm.* 2005; 39(2): 31-8.
- 11 Freire P. Pedagogia da Esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido. Notas de Ana Maria Araújo Freire. 13ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2006.
- 12 Cesar A. M, Santos B.R.L. Percepção de cuidadores familiares sobre um programa de alta hospitalar. *Rev Bras Enferm.* 2005; 58(6): 647-52.
- 13 Kovacs M.J. Comunicação em Cuidados Paliativos. In: Pimenta CAM, Mota DDCF, Cruz DALM. Dor em Cuidados Paliativos: Enfermagem, medicina e psicologia. Barueri (SP): Manoele; 2006.
- 14 Freire P, Horton M. O caminho de faz caminhando: conversas sobre educação e mudança social. 3ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2005.

15 Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer. Consenso nacional de nutrição oncológica/Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro (RJ): INCA, 2009.

16 Pompeo DA, Pinto MH, Cesarino CB, Araújo RRDF, Poletti NAA. Atuação do Enfermeiro na Alta Hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. *Acta Paul Enferm* 2007, 20(3): 345-50.

17 Cardozo-Gonzalez RI, Villa TCS, Caliri MHL O Processo da Assistência ao Paciente com Lesão Medular: gerenciamento de caso como estratégia de organização da alta hospitalar. *Medicina Ribeirão Preto*. 2001; 34: 325-33.

18 Backes DS, Lunardi VL, Lunardi Filho WD. A humanização hospitalar como expressão da ética. *Rev Latino-am Enfermagem* 2006; 14(1): 132-5.

19 Martins JJ, Nascimento ERP. O poder exercido pela enfermagem que atua em UTI sobre o sujeito hospitalizado e seus familiares: algumas reflexões com base em Foucauld. *Conhecer em Enfermagem*. 2003;1(1): 9-15.

## 4.2 MANUSCRITO 2 - A ALTA HOSPITALAR: O QUE FAZ A EQUIPE DE SAÚDE

Manuscrito a ser submetido à Acta Paulista de Enfermagem da USP, apresentado conforme Instrução aos Autores da própria Revista (Anexo C). A Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais para a Acta Paulista de Enfermagem encontra-se no Anexo D.

## **A alta hospitalar: o que faz a equipe de saúde?1**

**Hospital release: what does the health care team do?**

**El alta hospitalaria: ¿qué hace el equipo de salud?**

Silvana Romagna Marcelino<sup>2</sup>

Marta Lenise do Prado<sup>3</sup>

**RESUMO:** Pesquisa qualitativa descritiva desenvolvida em instituição pública para o tratamento de câncer no sul do Brasil com o objetivo de conhecer o que faz a equipe de saúde hospitalar no processo de alta do sujeito portador de câncer avançado. Participaram do estudo sete profissionais da instituição, dentre eles, enfermeiros, médico, nutricionista, assistente social e farmacêutico. A coleta dos dados foi através de entrevista aberta e observação participante entre julho de 2007 e dezembro de 2008, no processo de análise foi utilizado o método de comparação constante. Os resultados mostraram que o enfermeiro se envolve com questões administrativas; os profissionais da equipe de saúde esperam maior envolvimento do enfermeiro no cuidado; os médicos não participam da avaliação do processo de alta com a equipe de saúde; existe empenho para a articulação do serviço hospitalar com a Unidade Básica de Saúde; e, a terapia medicamentosa é o foco das orientações para alta hospitalar.

**Palavras-chaves:** enfermagem, autonomia, alta hospitalar, câncer avançado, educação em saúde.

---

<sup>1</sup> Este estudo é parte da Tese de Doutorado em Enfermagem, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, em 2009.

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestre em Assistência de Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Membro do grupo de Pesquisa Educação em Enfermagem (EDEN/UFSC). Docente da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). E-mail silvanamarcelinoenf@yahoo.com.br

<sup>3</sup> Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento Enfermagem e do PEN/UFSC. Vice-líder do Grupo de Pesquisa EDEN/PEN/UFSC. Pesquisadora Bolsista de Produtividade do CNPq.



**ABSTRACT:** This is a qualitative descriptive study developed in a public institution for cancer treatment in the southern Brazil, which aimed at knowing what the health care does in the process of hospital discharge to the subjects with advanced cancer. Seven professionals participated in the study, being all of them hospital employees. Their occupations were nurses, physician, dietician, social worker, and pharmacist. The Grounded Theory supported the procedures for data collection and analysis through semi-structured interview and the participating observation between July/2007 and December/2008. The results showed that the nurse is involved with administrative matters, the professionals health team expect a greater involvement of nurses in care, the health staff found it difficult to assess the discharge process for joint service hospital with a Primary Care Unit and therapy is the focus of the guidelines for hospital discharge.

**Key words:** Nursing, autonomy, hospital discharge, advanced cancer, health education.

**RESUMEN:** Es una investigación cualitativa descriptiva que se llevó a cabo en una institución pública para el tratamiento del cáncer en el sur de Brasil, con el objetivo de conocer qué hace el equipo de salud en el proceso del alta hospitalaria del paciente portador de cáncer avanzado. Los participantes fueron siete profesionales del hospital, entre ellos: enfermeros, médicos, nutricionista, trabajador social y un farmacéutico. La recolección de los datos se hizo por medio de entrevista abierta y observación participante, entre julio de 2007 y diciembre de 2008. Para el proceso de análisis se utilizó el método de comparación constante. Los resultados mostraron: que el enfermero se involucra con las cuestiones administrativas; los profesionales del equipo de salud esperan mayor participación del enfermero en el cuidado; los médicos no participan de la evaluación del proceso del alta con el equipo de salud; hay compromiso para que se realice la articulación de los servicios hospitalarios con la Unidad Básica de Salud; el tratamiento farmacológico es el centro de las orientaciones para el alta hospitalaria.

**Palabras clave:** Alta hospitalaria, Enfermería, Equipo de salud, Cáncer avanzado, Educación en salud.

## INTRODUÇÃO

O sujeito portador de câncer avançado, ao sair de uma instituição hospitalar, poderá sentir alegria por estar voltando para casa, e também certa angústia em função de mudanças que a família necessita providenciar para o cuidado.

Uma boa interação da equipe profissional do hospital favorece o planejamento e orientação para alta. Em geral, os vários profissionais, tais como enfermeiro, farmacêutico, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta, médico, psicólogo se envolvem com o cuidado ao sujeito portador de câncer durante a internação hospitalar e o diálogo entre eles é importante para que o reforço das orientações seja partilhado em equipe e o bem-estar do sujeito portador de câncer e do seus familiares seja alcançado. O diálogo e a educação possuem uma relação matemática, pois, quando promovemos um o outro acontece naturalmente, o que também se dá com a democratização.

A democratização fundamental se refere ao ato de educar através do movimento de entrada em transição, ou seja, a saída da ingenuidade em direção à criticidade. A cada movimento de entrada há uma imersão e uma emersão. Ao contrário de permanecer acomodado ou domesticado, mas sim em constantes opções e decisões, uma promoção de homem a sujeito, pelo diálogo<sup>(1)</sup>.

A relação dialógica permite a troca de saberes, quem ensina também aprende e vice-versa, sendo a criatividade e a crítica partes inerentes a esse processo. Para processos educativos exitosos, acreditamos que aquele que ensina não é o dono do saber, mas um agente motivador, aquele que cria as oportunidades para o fortalecimento da cidadania. Vale ressaltar que [...] o que faz com que o ser humano desenvolva a capacidade crítico-criativa é a curiosidade. Não a curiosidade ingênua, desarmada, espontânea, sem rigorosidade metódica, mas a curiosidade epistemológica, fundamental para a constituição do contexto teórico. Aquela que busca o sentido primeiro das coisas e fatos, a curiosidade que impulsiona para a descoberta, para a inventividade. Uma espécie de abertura à compreensão do que se acha na órbita da sensibilidade do ser desafiado. Essa disposição do ser humano de espantar-se diante das pessoas, do que elas fazem, dizem e parecem, diante dos fatos e fenômenos<sup>(2)</sup>.

O processo de inter-relação necessário durante a hospitalização poderá oportunizar às pessoas que frequentam este ambiente o se reconhecerem enquanto sujeitos, homens e mulheres que tem o direito de saber a sua real condição de saúde, as possibilidades de diagnóstico, tratamento e prognóstico. A equipe de saúde, incluindo o enfermeiro de modo especial, pela proximidade aos sujeitos hospitalizados, estaria desenvolvendo uma ação de saúde, no sentido de orientar/educar as pessoas hospitalizadas e seus familiares para atitudes que promovam maior tranquilidade no enfrentamento de um agravo de saúde, de uma forma não imposta e sim dialogada.

Assim, os profissionais da área da saúde não apenas seriam os orientadores/ educadores em uma forma cristalizada, mas trocariam saberes e poderiam tornar-se sujeitos ativos. A educação pela libertação vê o ser humano como sujeito e não como objeto, é uma educação para a conciliação, para o companheirismo e para a humanização<sup>(3)</sup>.

No processo de alta hospitalar, as ações orientadoras/educativas desenvolvidas pela equipe de saúde (especialmente do enfermeiro) deveriam ser o foco central diante da família e do sujeito que está cuidado - o compartilhar de conhecimentos. Durante todo o processo de cuidar, os profissionais de saúde poderiam desenvolver uma forma de aproximação das ações educativas; enquanto estão educando poderão estar cuidando. Não de uma maneira impositiva, mas de forma que prevaleça a autonomia do sujeito cuidado. “O trabalho do educador consiste em fazer com que a liberdade triunfe sobre a dominação, não se trata apenas de transmitir conhecimentos”<sup>(4)</sup>.

No Brasil, atualmente, é necessário entender a natureza do mecanismo de regulação dos serviços através do Sistema Único de Saúde (SUS), seus avanços e limites, a complexidade deste sistema, pela Agência Nacional de Saúde (ANS). A prática assistencial está fragmentada e o modelo de regulação é insipiente, a produção da saúde não adquiriu a centralidade necessária para guiar o processo regulatório pelo déficit de conhecimento e de ferramentas para tal intervenção. O Estado necessita de uma aquisição de saberes e competências para sustentar uma nova prática<sup>(5)</sup>.

Vale ressaltar que se faz necessário inovar,

desenvolvendo a capacidade de observação circundante, e de projetar soluções adequadas em ações individuais e coletivas. Um desafio ampliado pelo necessário envolvimento da equipe de trabalho, que requer o enriquecimento das relações recíprocas de participação e reconhecimento do próprio processo de trabalho. Uma prática assim pensada envolve o risco das novas idéias, das novas formas de focar problemas e de colocar na mesa as questões analisando também falhas, admitindo os equívocos ou erros como possibilidade de reconstrução dessa prática<sup>(2)</sup>.

Embora existam esforços para a assistência individualizada, aquela que visa contemplar individualmente as necessidades dos sujeitos que estão enfrentando um agravo de saúde, a “educação” na Unidade Básica de Saúde (USB) é desenvolvida sob o mesmo viés da “orientação” de um pronto socorro – o repasse de orientações de quem sabe para quem não sabe. O mecanismo de reação da clientela é o apelo ao sentimentalismo – o lamento, em busca da aproximação e da atenção especial do profissional que detém o poder institucionalizado<sup>(6)</sup>.

Um aspecto interessante a ser ressaltado é o fato de a liderança ser uma atitude que deve ser repassada de um profissional a outro durante as ações de cuidado. Cada membro da equipe de saúde possui um saber e é responsável pela ação baseada no conhecimento da sua competência técnica. O processo de trabalho em equipe requer definições das responsabilidades tanto da instituição quanto dos profissionais<sup>(7)</sup>.

## **DESENHO METODOLÓGICO**

Trata-se de uma pesquisa descritiva-qualitativa. Os dados foram coletados por meio de entrevista aberta e observação participante entre julho de 2007 e dezembro de 2008.

Uma inquietação especial com o “fazer para facilitar o cuidado em casa” mobilizou a ida ao campo para conhecer o que faz a equipe de saúde hospitalar no processo de alta do sujeito portador de câncer avançado.

O cenário da pesquisa foi um hospital especializado no tratamento de câncer, no sul do Brasil e sete profissionais da área da saúde foram os sujeitos da pesquisa, sendo três deles enfermeiros, um médico, um nutricionista, um farmacêutico e um assistente social; o critério de elegibilidade foi de ser funcionário

com mais de dois anos na instituição e aceitar participar do estudo.

Um total de dez entrevistas foram realizadas utilizando aparelho de áudio, sendo transcritas por uma pessoa contratada, ouvidas e lidas várias vezes e apenas uma das entrevistas foi realizada fora do espaço físico da instituição. A análise dos dados foi realizada pelo método de comparação constante<sup>(6)</sup>. Após ajustes das falhas de áudio novas leituras foram realizadas e o texto foi repassado para uma tabela contendo quatro colunas. A primeira delas continha os dados brutos, a segunda os recortes significativos, a terceira uma palavra ou expressão identificando a que essência aquela fala pertencia e a quarta (a conversa com os dados) continha comentários, reflexões, o contexto em que os aspectos da comunicação não verbal eram atualizados conforme a leitura procedia.

A observação participante iniciou trinta dias antes do início das entrevistas e transcorreu ao longo da estada em campo. Diferentes cenários e momentos foram utilizados, como a observação da rotina dos profissionais e orientação para alta junto ao familiar, participação na visita semanal de rotina em reunião com a equipe e com acompanhantes, discussão de intercorrência administrativa e clínica enfim, através da discussão da dinâmica do trabalho na instituição. O registro foi realizado em formato de diário de campo.

A análise dos dados gerou a categoria “o que faz a equipe de saúde no processo de alta hospitalar”, com as seguintes subcategorias: o enfermeiro coordena a unidade de internação e a equipe de saúde, os familiares e os profissionais são envolvidos no processo de alta hospitalar, a equipe de saúde avalia o processo de alta, a equipe de saúde promove articulação entre o serviço hospitalar e a Unidade Básica de Saúde e por último as orientações para alta estão centradas na terapia medicamentosa.

A resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde norteou os aspectos éticos da pesquisa e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa pelo Parecer número 025/2007 e registro CEP 014/2007.

## **DISCUSSÃO**

A presença do enfermeiro em uma unidade de internação é uma representação socialmente construída de possibilidade de

apoio, ajuda e intervenção em ocorrências clínicas. Os sujeitos hospitalizados e seus familiares com frequência dirigem-se ao enfermeiro, como ponte de comunicação entre os diversos profissionais que cuidam. Assim, a categoria **“o que faz a equipe de saúde no processo de alta hospitalar”** aborda o fazer gerencial do enfermeiro e o empenho dos profissionais em chamar os cuidadores familiares para conversas sobre a “ida do sujeito hospitalizado para casa”, também aborda o esforço de avaliação desse movimento de articulação com a porta de entrada do SUS.

### **Subcategoria 1 - O enfermeiro coordena a unidade de internação e o trabalho da equipe de saúde**

O espaço do trabalho de coordenador (no sentido de gerenciamento) que o enfermeiro desenvolvia junto à equipe de saúde no hospital foi reconhecido por todos os profissionais entrevistados e o cuidado por ele desenvolvido possuía um valor em si reconhecido. O desenvolvimento da “enfermagem ciência” ficou claro nas observações dos profissionais não enfermeiros que solicitavam aquele enfermeiro que acompanhava os avanços disponibilizados no mercado, aliados à tecnologia de comunicação interpessoal e à sensibilidade humana. Existia a necessidade e a oportunidade para o enfermeiro fazer a ligação entre os vários profissionais de saúde do hospital, como uma ponte entre o sujeito internado, os familiares e quem ali trabalhava (nota de campo). A fala abaixo expõe a visão de um enfermeiro sobre a prática:

*“... ser enfermeiro vai além... é ter um envolvimento com toda a equipe, com a família, com o sujeito cuidado de uma forma maior; o enfermeiro cuida e esse cuidar é fazer a articulação com toda a equipe; se existe um problema de nutrição tenho que falar com a nutricionista para saber do que se trata, será que é a forma que a família está entendendo ou o problema está com o paciente?”. (Diany)*

O olhar para a própria prática pode ser discutido à luz da responsabilidade e da ética. As instituições precisam rever as posturas dos profissionais, das equipes, dos serviços e da própria organização. A prática de atitudes antiéticas da instituição poderá dificultar e até impossibilitar a postura ética dos profissionais na cultura organizacional <sup>(9)</sup>.

Na rotina da clínica o enfermeiro é uma referência, já que

ele tem a oportunidade de interagir com todos os profissionais que passam na unidade de internação. Pela citação abaixo é possível perceber o lugar que o enfermeiro da área hospitalar ocupava, na visão de um profissional da equipe de saúde:

*“A atividade da enfermagem não é menosprezada no hospital não existe o trabalho de enfermagem sem o enfermeiro; é uma referência para a equipe, ele ocupa um nível específico. O enfermeiro é respeitado quando busca excelência, tem um papel que lhe é de direito. É necessário para que ele se perceba o centro da equipe e tenha ciência da sua responsabilidade” (Ita).*

A enfermagem, especialmente o enfermeiro é tido como o centro da equipe, porque se ocupa do cuidado aos sujeitos hospitalizados e seus familiares. O cuidado não se refere somente às situações muito complexas, mas a todas as situações cotidianas<sup>(10)</sup>.

A continuidade do trabalho nas vinte e quatro horas dá ao enfermeiro uma visão mais abrangente, o que lhe favorece conhecer alguns detalhes das preferências dos sujeitos internados. Isso é distinto para os demais integrantes da equipe de saúde, já que não permanecem na unidade de internação durante todo o período de trabalho. Os profissionais confiam no enfermeiro e se dirigem a ele para saber mais sobre quem está hospitalizado, portanto, é uma referência importante para a equipe.

Por isso, é fundamental que o enfermeiro se perceba como articulador das ações desenvolvidas na unidade de internação. Ao buscar conhecimento, ele conquista o respeito e a confiança dos sujeitos hospitalizados, dos familiares e dos outros profissionais da equipe de saúde. Ao contrário do que poderíamos pensar, existem profissionais que compreendem as limitações dos enfermeiros e estimulam a busca do conhecimento o que é diferente de ir atrás da habilidade para executar procedimentos técnicos. A experiência integrada ao grupo de profissionais poderá aprimorar o senso crítico e clínico, conforme o que expressa a fala seguinte:

*“Um enfermeiro um dia desses me disse: pois é, eu não gosto muito de passar junto com a equipe porque ficam me perguntando, eu não sei e parece que não sei nada. Foi uma conversa muito legal que tivemos. É aí que ele vai aprender, não deve ter medo de dizer que não sabe. Não sabe hoje, agora, não sabe na semana, daqui a pouco valoriza o momento da visita e vai se preparar, não virá despreparado, vai aprender” (Ely).*

Trata-se de um grande desafio para a enfermagem procurar desenvolver habilidades para suprir as demandas do sujeito hospitalizado sob o ponto de vista biológico e, ao mesmo tempo, estabelecer um vínculo com esse sujeito e com o seu acompanhante. É necessário compreender que as dificuldades constituem um processo importante para reflexão, aprendizagem e oportunidades para uma nova opção de vida<sup>(11)</sup>.

Os enfermeiros da área hospitalar encontram intercorrências clínicas ao chegarem na unidade de internação e isso absorve parte do seu expediente. Mesmo assim, a visita diária aos leitos poderia ser o ponto de partida para uma jornada de trabalho, pois contribuiria para a visão geral da unidade, facilitando a interação com o que está sendo feito e o que há por fazer. Também é uma oportunidade, um espaço para que os familiares e sujeitos internados questionem, opinem e solicitem o que necessitam. Talvez, seja necessário reforçar a rotina da visita diária do enfermeiro aos leitos como início das atividades do turno de trabalho, criando um espaço de diálogo entre quem coordena e quem utiliza os serviços.

O fato de os enfermeiros permanecerem junto aos sujeitos/familiares na unidade de internação é muito significativo, uma vez que lhes confere a possibilidade de fazer pelo e com o sujeito internado uma estada mais agradável neste ambiente.

Na unidade de internação, a presença do enfermeiro permitia aos familiares e sujeitos hospitalizados maior facilidade de diálogo em relação aos outros membros da equipe. No entanto, novas formas de resolver as situações do cotidiano, que se apresentavam como problemas, muitas vezes não eram realizados e, frequentemente, eram repassadas a outro profissional ou turno de trabalho (nota de campo). A fala abaixo demonstra a posição de centralidade que o enfermeiro ocupava.

*“Os familiares e as pessoas internadas se dirigem ao enfermeiro para solicitar a intermediação com o médico” (Iró).*

O enfermeiro é o profissional que possui amorosidade ao realizar as intervenções técnicas necessárias e é ele quem está mais próximo das famílias para ouvi-las e atender às suas dificuldades. É necessário, que compreenda a importância da sua presença junto da família no processo de cuidado de enfermagem. A equipe de saúde também deve ter muita atenção às necessidades dos familiares, fornecer as informações detalhadas, entendendo que a atenção com as dificuldades



apontadas é um apoio importante para o familiar e para quem está hospitalizado<sup>(11)</sup>.

Além disso, o diálogo convida à participação, o estímulo ao autocuidado tem sido enfatizado nos serviços de saúde e passar do “ensinar-a-fazer-mostrando-como-se-faz ao aprender-a-fazer-participando-do-que-se-faz” deveria ser o ponto forte na relação de cuidado<sup>(6)</sup>.

O processo de cuidar não se esgota na atenção a pessoa que está deitada no leito e seus familiares, vai além. As demandas administrativas ocupam o enfermeiro nas vinte e quatro horas, desde a porta de entrada do hospital até a direção, e algumas intercorrências necessitam da sua intervenção afastando - o da cabeceira do leito. Os profissionais da equipe de saúde percebem que o enfermeiro é requisitado para resolver questões fora do contexto assistencial, de acordo com um exemplo que se encontra na contribuição abaixo:

*“O enfermeiro cuida do paciente e administra a enfermaria é o centro do processo de cuidado e tem o controle da enfermaria”. (Ita)*

O dado demonstra o poder do trabalho do enfermeiro na unidade de internação. Apesar disso, foi possível perceber, durante a rotina semanal de visita aos leitos, especialmente no primeiro andar, onde se localizava a unidade clínica de oncologia e oncohematologia, que o enfermeiro tentava coordenar demandas administrativas de enfermagem e encontrava dificuldades com o desrespeito de funcionários da equipe de enfermagem e de médicos em relação à atividade de coordenação exercida por ele. As relações do grupo de funcionários de enfermagem entre si, aparentemente, eram gentis, mas existia uma reação velada de competitividade técnica com o enfermeiro. Foi possível perceber a necessidade do enfermeiro de embasar o seu fazer no conhecimento, para fortalecer a sua atitude de liderança diante da equipe na unidade de internação.

O trabalho em equipe, ou em grupo, não existe sem desacordos e pontos de vista diferentes; a convivência democrática não constitui uma equipe integrada e sim um agrupamento ou uma serialidade. Trabalhar discutindo as questões importantes em consenso pode acontecer sem a configuração do trabalho em equipe<sup>(7)</sup>.

*“O enfermeiro é o coordenador da equipe. Existe a necessidade de uma referência para estimular a equipe de enfermagem” (Lair).*

A equipe torna-se coesa quando seus membros planejam e tomam decisões juntos, quando se sentem responsáveis pelo sucesso da equipe. Sendo parte integrante da equipe, cooperam, compartilham os objetivos o reconhecimento e apoio recíprocos<sup>(7)</sup>. Quando a equipe ganha, cada um sente-se como vencedor.

A equipe de enfermagem não seguia apenas a orientação do enfermeiro na unidade de internação o ritmo não era determinado pelo enfermeiro, exclusivamente. A prescrição médica, os procedimentos de investigação e terapêuticos determinavam o fluxo de atividades na unidade (nota de campo). Fazendo uma analogia com a música é possível dizer que o enfermeiro deveria ser o maestro da orquestra e, para que tal aconteça, ele necessita estar habilitado para esta prática.

Os resultados de um estudo recente apontaram que apenas 1% dos enfermeiros acompanhavam as visitas aos sujeitos hospitalizados, pois se ocupavam com atividades administrativas. Também enfatiza o fato de os dirigentes não priorizarem o número adequado de profissionais, resultando em orientações para alta hospitalar deficitárias e um número expressivo de reinternações hospitalares por falta de adesão ao tratamento<sup>(12)</sup>.

Via de regra, os outros profissionais que passavam na unidade para estar com o sujeito hospitalizado não permaneciam por muito tempo e geralmente se dirigiam ao enfermeiro para obter informações mais detalhadas, para recomendar procedimentos necessários, orientações específicas de sua área ou para partilhar pontos de vista técnicos (nota de campo).

### **Subcategoria 2 - Os familiares e os profissionais são envolvidos no processo de alta hospitalar**

Em geral, nos hospitais especializados no tratamento de câncer, a equipe de saúde convive durante longos períodos com os familiares dos sujeitos hospitalizados, em função do tempo de hospitalização e das reinternações.

Na instituição em foco não era diferente, mesmo assim os sujeitos internados eram orientados, a partir do momento em que recebiam a alta do médico. Os familiares, semanalmente, eram convidados a participarem de uma reunião com os profissionais da equipe de saúde, que privilegiava a escuta. Nesse momento recebiam informações sobre a rotina do

hospital, conversavam sobre problemas do cotidiano na unidade de internação e recebiam as orientações necessárias. Esse espaço valioso abria possibilidades para troca de experiências, compartilhamento de sentimentos e aproximava aqueles sujeitos, que pouco circulavam nos corredores (nota de campo).

Os familiares que não acompanhavam a hospitalização à beira do leito eram chamados pelo serviço social para receberem as orientações necessárias ao tratamento após a alta, especialmente nos casos em que eram identificadas dificuldades em relação aos procedimentos necessários após a alta, a fim de conversarem sobre o que, porquê e o como fazer. O assistente social, o enfermeiro, o nutricionista e o farmacêutico eram os profissionais mais envolvidos nesse processo (nota de campo). Vejamos a fala a seguir:

*“A gente chama o familiar que não esteve aqui para que na hora da saída esteja presente e seja orientado em relação aos cuidados. Quando a gente percebe que o paciente não tem condições de assimilar a informação e pode chegar em casa não saber manusear a sonda ou preparar a alimentação então chamamos a família para conversar sobre a alta” (Ely).*

*“O enfermeiro chama o familiar quando é necessário e a partir daí faço a conversa com o paciente e/ou familiar”. (Delci)*

Os familiares, em geral, atendiam ao chamado dos profissionais para participarem das orientações fornecidas a quem estava hospitalizado e da orientação/educação em relação à continuidade do tratamento em casa, mas em geral isso era feito no momento da saída do hospital, como uma atividade pontual (nota de campo).

É desejável que a orientação para deixar o hospital seja processual, durante todo o período de internação. Mas, nem sempre isso é possível, já que também existe o fato de muitos familiares não conseguirem deixar seus afazeres domésticos ou profissionais para acompanhar a hospitalização. Além disso, existia um aspecto muito importante - a alta médica sem previsão - o que atrapalhava a equipe profissional na sua organização. Foram vários os profissionais que apontaram essa questão como algo que tem dado bastante trabalho, no sentido de envolver os médicos no movimento de saída do hospital. Foi percebido um sentimento de “tudo posso” por parte do corpo clínico e também dos residentes, o que causou grande estranheza, porque estavam no início da vida profissional, em

período de formação na oncologia. Mesmo assim, foi possível perceber a esperança de alcançar o melhor por parte dos profissionais entrevistados (nota de campo). Havia uma intenção de alta bem sucedida, como podemos observar na fala abaixo:

*“Eu gostaria que nenhum deles soubesse sem a orientação, que todos passassem por aqui. Infelizmente não é assim, no final de semana não pode haver alta e a gente pede aos médicos que façam a previsão de alta com as prescrições necessárias, para que a gente possa fazer o contato com os postos e que, principalmente, a enfermagem trabalhe a alta. O que acontece é que ninguém informa e quando chegamos aqui na segunda-feira o paciente foi embora. Os médicos e até a enfermagem, que deveriam estar brigando por isso, não se preocupam. Todo mundo tem que estar afinadinho para que dê tudo certo”. (Ely)*

Sabemos que as orientações à família para alta do sujeito hospitalizado auxiliam a continuidade do cuidado na volta para casa, fazendo parte do processo educativo, e que devem abranger aspectos biopsicoespirituais. No entanto, os sujeitos hospitalizados estão indo para casa inseguros para continuar o tratamento. Nesse sentido, o comprometimento do enfermeiro e a incorporação do plano de alta no planejamento da assistência são essenciais<sup>(12)</sup>.

O fluxo da produção do cuidado em saúde encontra-se frágil. A instituição de protocolos de mecanismos de referência e fluxos fragmentam o cuidado porque seguem a lógica da demanda e oferta, o que foi contratado e não a lógica da promoção da saúde, do cuidado. A produção da saúde passa a ocorrer através de atos desconexos, desarticulados, as operadoras agem na idéia evento/sinistralidade e a saúde passa ser um produto e não um bem<sup>(5)</sup>.

Os familiares dos sujeitos hospitalizados consideram importante conversar e receber informações, saber de forma clara e objetiva sobre o estado de saúde de seu familiar e sobre os equipamentos, como as sondas, os cateteres e os drenos nele existentes; valorizam a paciência dos profissionais com o sujeito internado e com a família. Todos gostam de ser atendidos com carinho e paciência. Reafirma-se aí a importância de um espaço para comunicação entre as famílias e a equipe de Enfermagem durante os horários de visita. Esse momento é apropriado para o esclarecimento de dúvidas, de dar atenção e conforto aos familiares<sup>(13)</sup>.

### **Subcategoria 3 - A equipe de saúde avalia o processo de alta**

O Serviço social da instituição promovia e coordenava sistematicamente uma discussão acerca do processo das altas, abordando os motivos que levavam à ocorrência da não orientação das altas médicas. Os profissionais - assistente social, nutricionista, farmacêutico e enfermeiro participavam deste momento de avaliação, para o qual também eram convidados funcionários da administração e a gerência (nota de campo).

*“No final de cada mês sentamos para avaliar alta por alta, são convidados os escriturários da unidade, a subgerente e a chefia da enfermagem. Discutimos o que aconteceu, o porquê dos pacientes não terem sido orientado, é um momento de avaliação. O resultado dessa reunião é repassado aos médicos solicitando cooperação, mas as mudanças são pequenas” (Ely).*

O envolvimento de profissionais de mais especialidades na discussão das altas auxiliaria o desenvolvimento do trabalho conjunto e fortaleceria a equipe no enfrentamento de novos desafios. O diálogo sobre as dificuldades da alta hospitalar poderia fortalecer o trabalho em equipe porque oportuniza uma ação conjunta para minimizar os problemas mais freqüentes.

*“A gente se sente meio largado, muito solto aqui, sem coordenação, a gente precisa uma figura puxando, supervisionando, eu falo no sentido de dizer para turma: é assim!” (Lair)*

*“A conjuntura organizacional não ajuda, não temos profissionais em número e em qualificação adequados, os profissionais vão aprendendo na medida em que vão fazendo, não temos incentivo, temos que ser autodidata e ter um estímulo interno muito forte”. (Dagmar)*

Foi possível perceber que havia a intenção de alguns profissionais da equipe de saúde em fazer o melhor que podiam e que a instituição parecia não fazer parte desse processo. A avaliação das altas não representava um empenho organizacional e sim o interesse de um grupo. A falta de estímulo era evidente e o foco das queixas em relação à atividade da alta era que faltava interesse e esforço individual do grupo e da instituição para que isso ocorresse, especialmente na unidade clínica de oncologia e oncohematologia (nota de campo).

O trabalho conjunto é necessário e o envolvimento de todos os profissionais, cada um dentro da sua especificidade, formam um saber capaz de dar conta da complexidade dos

problemas e necessidades de saúde dos indivíduos e da coletividade<sup>(14)</sup>.

Os resultados das discussões entre os profissionais que valorizavam a orientação/educação para alta hospitalar pareceu não sensibilizar a equipe médica para a cooperação, apesar do seu encaminhamento formal ao corpo clínico. Infelizmente, ainda não havia sido possível conseguir uma maior participação dos médicos para partilhar, junto à equipe de saúde, as questões da alta hospitalar. Talvez, a presença dos profissionais não médicos, em um momento pontual da reunião do corpo clínico, pudesse ser uma forma de sensibilizar os médicos em direção ao grande valor que representa as pequenas necessidades para os sujeitos cuidados, aproximando alguns para somar esforços junto à equipe de saúde.

#### **Subcategoria 4 – A equipe de saúde promove a articulação do serviço hospitalar com a Unidade Básica de Saúde**

A atenção de alguns profissionais para a alta do sujeito hospitalizado procurava ultrapassar as paredes do hospital. Eles estabeleciam a comunicação com outros profissionais de serviços de saúde dos municípios para onde os sujeitos internados eram encaminhados. A continuidade do tratamento era um investimento no conforto, mesmo que a permanência em casa fosse acontecer por um período breve de tempo (nota de campo).

O cuidado em casa depende de fatores relacionados a estrutura familiar e ao sistema de saúde. A atenção básica necessita repensar as ações e estratégias para que a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida sejam efetivadas. Para tanto, se faz necessário envolver aspectos do viver baseados na educação, na cultura e nas condições socioeconômicas<sup>(15)</sup>. Por isso, o acesso à instituição de referência é de extrema importância para facilitar a permanência em casa dos sujeitos portadores de câncer avançado. A período de internação deve aproveitado para o reforço das orientações para o cuidado em casa. A fala abaixo reforça esse aspecto:

*“Digo a eles que é melhor eu explicar agora do que depois irem para casa com dúvida e mesmo assim, ao chegar em casa, se ainda houver dúvida peço para ligarem, sempre passo o telefone do hospital” (Iró).*

A instituição procurava facilitar a volta dos familiares e dos sujeitos hospitalizados para origem. Transparecia um empenho, por parte dos profissionais entrevistados, para que o possível fosse feito e a instituição cumprisse com a responsabilidade preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no que se refere à referência e à contrarreferência em direção a continuidade do tratamento. O serviço social articulava para dividir as responsabilidades com os municípios, todavia necessitava da cooperação dos profissionais, especialmente dos médicos. Sem isso, as providências para alta eram agilizadas muito próximas do momento da saída do hospital tumultuando a rotina (nota de campo). Podemos perceber este fluxo também na fala abaixo:

*“Nós entramos em contato com os municípios por telefone para verificar se os medicamentos que o paciente necessita estão disponíveis no posto de saúde, anotamos a relação de medicamentos e o nome da pessoa que nos atendeu. Isto é repassado ao paciente ou familiar para receber no posto o tratamento que vai utilizar em casa. Também é informado para farmácia do hospital os medicamentos que o posto não possui porque existem devoluções de outros pacientes que são fornecidos a quem precisa. Outros medicamentos que faltam o paciente compra” (Ely).*

Vale lembrar que a formação profissional também pode contribuir com a melhoria da qualidade da assistência prestada, vejamos a fala que segue:

*“O que é ser enfermeiro a gente não aprende em nenhuma faculdade, a gente tem uma série de informações técnicas, te preparam para o mercado e quando começamos a trabalhar somos muito cobrados”. (Diany)*

O sistema educacional, assim como o de saúde, apresenta sequelas históricas de um regime desvinculado com o que é bom para todos. Também é necessário lembrar, que um país de extensão geográfica como o nosso, com influência de diversas culturas e vontades políticas, hoje enfrenta dificuldades em colocar em prática as diretrizes de um sistema de saúde que prevê o acesso à todos.

Foi possível perceber isso nos comentários de alguns profissionais, quando se referiam aos sujeitos ali atendidos; diziam que ficavam agradecidos por terem sido atendidos de forma diferenciada e poucos familiares requeriam algo a mais. Essa escuta nos levou a concluir que o sistema ainda possui muitas fragilidades na porta de entrada. A constituição prevê o

direito à saúde e o usuário do sistema contribui com impostos para dispor de um serviço que atenda as suas necessidades, mas não o requisita, agradece o que lhe é oferecido, mesmo que não tenha sido o que está preconizado. O que será que o usuário teme?

### **Sub-categoria 5 – As orientações para alta estão centradas na terapia medicamentosa**

Os profissionais enfermeiros, muitas vezes, focavam a alta hospitalar partindo da prescrição das medicações que os sujeitos usariam em casa e o cuidado com o bem-estar desses indivíduos e seus familiares ficava esquecido. A rotina agitada da enfermaria certamente influenciava, mas o fato é que ela era priorizada, bem como mais valorizado o atendimento das demandas diárias, em detrimento da atenção a quem estava deixando a instituição. Em geral o momento de saída do hospital pode gerar insegurança em relação às informações que foram repassadas, situação ilustrada no dado a seguir:

*“Às vezes ouço alguns relatos que parece que ninguém ouviu antes, algumas dificuldades que os pacientes apontam no momento da saída do hospital, uma insegurança por não ter as informações bem definidas. São coisas bobas, bobas entre aspas, coisas que o pessoal não informou. Tu sendo uma pessoa que não está ali o tempo todo, mas está à disposição dele naquele momento, recebe um voto de confiança às vezes maior do que alguém que está ali ao lado o tempo todo” (Dagmar).*

O profissional da fala acima não estava ao lado do sujeito hospitalizado o tempo todo. Colocando-se à disposição, ouviu o que outros possivelmente não haviam escutado e considerou uma demonstração de confiança, já que não era o profissional que mais circulava na unidade de internação.

O aumento da demanda na rotina foi comentado, os procedimentos técnicos aumentaram em volume e complexidade e pode ser que isso tenha contribuído no tempo de atenção aos sujeitos hospitalizados, na dinâmica da unidade de internação, como podemos observar na fala seguinte:

*“Antes, no primeiro andar, existia essa preocupação para a alta. Hoje é tudo mais rápido (a rotina), não sei se é porque tem mais pacientes, mais quimioterapias, muita coisa... e não tem nada daquilo de preparar o paciente ... aquela preocupação toda (para a alta hospitalar). Até quando está mais tranquilo a gente fica ao lado do*



*paciente, mas é pouco e eu até fico preocupada se tem um postinho perto, a gente sabe que em muitos lugares tem, mas a gente sabe que em outros é o paciente que tem de correr atrás". (Lair)*

Muitos fatores podem dificultar o acesso ao conhecimento do paciente quanto a todos os cuidados que serão necessários em casa e, em especial, ao tratamento medicamentoso. Isso inclui, entre outros aspectos, a orientação individualizada, a informação escrita personalizada, o reforço das instruções orais, a reafirmação das informações previamente apresentadas e a presença de um ajudante ou auxiliar na hora de tomar a medicação. São fatores que podem auxiliar a utilização de medicamentos. As longas prescrições de medicamentos, por exemplo, para os pacientes idosos, dificultam o conhecimento sobre os mesmos<sup>(16)</sup>.

Também foi possível verificar estratégias de orientação para superar as dificuldades do momento, criando oportunidades de compartilhar o conhecimento, dividindo responsabilidades e somando esforços com a equipe (nota de campo). Vejamos um exemplo disso na fala abaixo:

*"A gente tem noção de todos (os sujeitos internados), as copeiras são os meus olhos, aquilo que não consigo ver, muitas vezes elas detectam, digo que são o meu braço direito e esquerdo, tenho que estar aqui e lá embaixo elas passam as informações e isso é essencial". (Delci)*

A terapêutica medicamentosa, na maioria dos casos de câncer avançado, é o pilar de conforto para os sujeitos portadores e um alento aos familiares e profissionais. No entanto, a centralidade no bem estar é mais ampla do que a ação de ministrar medicamentos, porque questões outras perpassam todo o processo de conviver com a possibilidade real de morte iminente e não devemos lidar com isso como se fosse algo tratável por dicas ou receitas simples na complexidade deste momento humano.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A observação pontual da realidade não permite generalizações, mesmo assim foi possível, através deste estudo, conhecer o que faz a equipe de saúde no processo de alta hospitalar do sujeito portador de câncer avançado. A alta hospitalar depende administrativamente e legalmente da formalização da decisão do médico e as providências em

relação aos cuidados necessários para a continuidade do tratamento necessitam de articulações dos demais profissionais da equipe de saúde.

O serviço social do hospital, através de uma prática sistematizada, chamava a equipe de saúde mensalmente para discutir as dificuldades relacionadas às altas hospitalares, porém, infelizmente, a participação do enfermeiro, e em especial do médico, não atendia às expectativas que a demanda exigia. O contato com as unidades de saúde era realizado e existia o movimento de chamada dos cuidadores familiares para o preparo da ida para casa.

O enfermeiro cuidava dos sujeitos hospitalizados e da família, estava à frente da administração da unidade de internação e representava o coordenador da equipe de enfermagem para os outros profissionais da equipe de saúde. Mesmo assim, ainda se faz necessário fortalecer essa presença de ligação e privilegiar menos as questões administrativas em detrimento do “estar junto” do sujeito cuidado. As ações desenvolvidas pelo enfermeiro estavam, na maioria das vezes, centradas em exigências burocráticas e na terapia medicamentosa. Em contrapartida, ele era constantemente solicitado por sujeitos internados e familiares para articular a comunicação com a equipe, especialmente com o médico. Este ponto forte da identidade do enfermeiro no ambiente hospitalar pode aproximá-lo ainda mais da equipe profissional, proporcionando aos sujeitos cuidados, aos familiares e à profissão Enfermagem um avanço na troca de saberes tão necessários para a melhoria da prática assistencial.

Resgatando o fazer pensado do enfermeiro hospitalar para alta, podemos dizer que ele pouco se distancia de uma prática conteudista, vertical, prescritiva e depositária, pautada no modelo de repasse de informações, porque ainda nos encontramos distantes da promoção da autonomia do sujeito e familiares, que estão voltando para casa. Devemos lembrar que se trata de um reflexo do modelo da formação profissional existente, da história das práticas em saúde, da não valorização de recursos humanos quantitativa e qualitativamente e do interesse organizacional para uma forma diferenciada de trabalho por parte dos administradores dos serviços públicos na área da saúde.

Assim, se faz necessário conquistarmos mudanças

através do empenho pessoal, da categoria profissional, das instituições e da sociedade para que, com o passar do tempo, seja possível reconstruir uma prática sustentada na dialogicidade entre os direitos, interesses e deveres profissionais. O diálogo poderá possibilitar uma melhoria na atenção à saúde, porque poderá promover uma abertura para o novo.

Apesar dos esforços realizados, o SUS ainda não se operacionaliza em consonância com os princípios que preconiza. A aquisição de medicamentos é uma necessidade e obter o remédio sem usa-lo adequadamente é como não tê-lo e impedir outros sujeitos de disporem desse benefício. O aprendizado de “como utilizar a terapêutica” disponível ultrapassa o ato de fazer e responder perguntas, porque esse modelo não atende a interação entre sujeitos que pretendem compartilhar conhecimento, independentemente de quem pergunta ou responde.

## REFERÊNCIAS

- 1 Demo P. Desafios Modernos da Educação. 8ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 1999.
- 2 Rebnitz KS, Prado ML. Inovação e Educação em Enfermagem. Florianópolis (SC): Cidade Futura; 2006.
- 3 Freire P. Pedagogia da Esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido. Notas de Ana Maria Araújo Freire. 13ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2006.
- 4 Gadotti M. Educação e Poder: introdução à pedagogia do conflito. 14ª ed. São Paulo: Cortez; 2005.
- 5 Malta DC, Cecílio LCO. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. Cien Saude Colet. 2004; 9(2): 433-44.
- 6 Kleba ME. Educação em Saúde na Assistência em Enfermagem: um estudo de caso em unidade básica de saúde. In: Ramos FRS, Verdi MM. Para pensar o cotidiano: educação em saúde e a Práxis da Enfermagem. Florianópolis (SC): ed. UFSC; 1999. p.121-63.
- 7 Peduzzi M, Ciampone MH. O trabalho em Equipe e Processo Grupal. In: Kurgant P, coordenadora. Gerenciamento em

Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.108-24.

8 Strauss A, Corbin J. Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de Teoria Fundamentada. 2ª. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

9 Massarollo, M.C.K.B. e Fernandes M.de F.P. Ética e Gerenciamento em Enfermagem. In: Kurgant P. coordenadora, Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan; 2005 p. 14-25.

10 Barbosa I.A, Silva M.J.P. Cuidado Humanizado de Enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. Rev Bras Enferm. 2007; 60(5): 546-51.

11 Carneiro. M. Vivenciando o Cuidar e o Curar como Familiar em um Hospital. Rev Bras Enferm. 2008; 61(3):391-4.

12 Pompeo DA, Pinto M.H, Cesarino C.B, Araújo RRDF, Poletti NAA. Atuação do Enfermeiro na Alta Hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. Acta Paul Enferm. 2007; 20(3):345-50.

13 Inabá LCI, Silva MJP, Telles SCR. Paciente Crítico e Comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2005;39(4):423-9.

14 Colomé ICS, Lima MADS, Davis R. Visão de Enfermeiras sobre as Articulações das Ações de Saúde entre Profissionais de Equipes de Saúde da Família. Rev Esc Enferm USP. 2008; 42(2):256-61.

15 Erdmann AL, Backes MTS, Backes DS, Koerich MS, Baggio MA, Carvalho JN, et. al. Gerenciando uma experiência investigativa na promoção do “viver saudável” em um projeto de inclusão social. Texto Contexto Enferm. 2009 Abr-Jun; 18(2): 369-77.

16 Possamai FP, Dacoreggio MS. A Habilidade de Comunicação com o Paciente no Processo de Atenção Farmacêutica. Trab Educ Saúde. 2008; 5(3):473-90.

#### 4.3 MANUSCRITO 3 - EMPODERAMENTO, AUTONOMIA E PODER EM CUIDADOS PALIATIVOS – A AUTONOMIA DO OUTRO NÃO É A MINHA AUTONOMIA.

Manuscrito a ser submetido à Revista Texto & Contexto Enfermagem, apresentado conforme Instrução aos Autores da própria Revista (Anexo E). A Declaração de Responsabilidade e a Transferência de Direitos Autorais encontram-se no Anexo F.

## EMPODERAMENTO, AUTONOMIA E PODER EM CUIDADOS PALIATIVOS – a autonomia do outro não é a minha autonomia<sup>1</sup>

## EMPODERAMIENTO, AUTONOMÍA Y PODER EN CUIDADOS PALIATIVOS - La autonomía del otro no es mi autonomía

## EMPOWERMENT, AUTONOMY AND POWER IN PALLIATIVE CARE: The Other's Autonomy is not my own Autonomy

Silvana Romagna Marcelino<sup>2</sup>  
Marta Lenise do Prado<sup>3</sup>

**Resumo:** Trata-se de um estudo qualitativo-descritivo desenvolvido em uma instituição pública para o tratamento de câncer no sul do Brasil, com o objetivo de compreender o que pensam os profissionais acerca de autonomia e poder em cuidados paliativos. A coleta dos dados ocorreu entre julho de 2007 e dezembro de 2008, por meio da entrevista aberta, observação participante e reunião de grupo, com nove profissionais da equipe de saúde. O processo de análise utilizou o método de comparação constante. Participaram do estudo nove profissionais da equipe de saúde.

**Autonomia e poder em cuidados paliativos: a autonomia do outro não é a minha autonomia** foi a categoria central contendo duas subcategorias: autonomia e livre arbítrio em cuidados paliativos e autonomia e poder na/da prática profissional. Os resultados demonstraram que o conhecimento dos profissionais da área da saúde é essencial para disponibilizar as melhores opções terapêuticas; e, os profissionais indicam o plano terapêutico embasados no conhecimento científico e na autonomia que possuem.

**Palavras chave:** Enfermagem, autonomia, cuidados paliativos, educação em saúde.

<sup>1</sup> Este estudo é parte da Tese de Doutorado em Enfermagem, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, em 2009.

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestre em Assistência de Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Membro do grupo de Pesquisa Educação em Enfermagem (EDEN/UFSC). Docente da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). E-mail silvanamarcelinoenf@yahoo.com.br

<sup>3</sup> Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento Enfermagem e do PEN/UFSC. Vice-líder do Grupo de Pesquisa EDEN/PEN/UFSC. Pesquisadora Bolsista de Produtividade do CNPq.

**Resumen:** Es un estudio de carácter cualitativo y descriptivo, desarrollado en una institución pública para el tratamiento del cáncer en el sur de Brasil, con el objetivo de comprender qué piensan los profesionales acerca de la autonomía profesional y el poder en los cuidados paliativos. La recolección de los datos se hizo en julio de 2007 y diciembre de 2008, por medio de entrevista abierta, observación participante y reunión de grupo. Los participantes del estudio fueron nueve profesionales del equipo de salud. Para el proceso de análisis se utilizó el método de comparación constante. **La autonomía y poder en cuidados paliativos: la autonomía del otro no es mi autonomía** fue la categoría central del estudio, la cual contiene dos subcategorías: autonomía y libre albedrío en los cuidados paliativos; autonomía y poder en la/ de la práctica profesional. Los resultados mostraron que el conocimiento de los profesionales del área de la salud es esencial para proporcionar las mejores opciones de tratamiento; y que los profesionales indican el plan de tratamiento basados en el conocimiento científico y la autonomía que tienen.

**Palabras claves:** Enfermería, Autonomía, Cuidados paliativos, Educación en salud.

**Abstract:** It is a descriptive-quality study, which was developed in a public institution for cancer treatment in the South of Brazil, aiming to understand what the professionals think about autonomy and power in palliative care. The procedures of Grounded Theory were adopted for data collection (from Set./2007 to Dec./2008), and for data analysis, namely, the semi-structured interview, the participating observation and the meeting. Data of six out of nine subjects, who participated, are present in this study. The results showed that the other's autonomy is not my own autonomy; the power held by the professionals is a reality/necessity that is acknowledged by science as truth, which on its way, is able to point the best way and determines the authority given by society to health care professionals.

**Key words:** nursing, palliative care, autonomy, health education.

## ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

Ao redor do mundo as transformações sociais têm passado por mudanças nas últimas décadas do século XX, fato que é possível verificar pela literatura, produzida especialmente entre 1970 e 1990, que discute “desenvolvimento”. No centro desta discussão está o conceito de poder, o estudo da divisão entre os que têm o poder e aqueles que não o têm e a relação entre poder e pobreza. Em 1980, uma corrente analítica chamada escola do “desenvolvimento alternativo” reuniu evidências sobre as quais se baseia muito da força contemporânea do conceito de “empowerment”, muito utilizado hoje na área da saúde.<sup>1</sup>

Os autores pontuam que o conceito de poder não é algo novo, que o poder e seu exercício se encontram nas atividades da vida cotidiana, sendo essa a base sobre a qual se dá a maioria das relações e interações humanas.

O “empowerment” como objetivo operacional é atualmente muito evidente nas políticas e nos programas das Organizações Não Governamentais (ONGs) nacionais e internacionais. Esse conceito não nasceu em relação aos serviços de saúde, mas na discussão da opressão dos menos favorecidos e das desigualdades na sociedade do século XX.

Poder, desempoderamento, opressão e liberdade são conceitos chaves com relação ao empowerment. Trata da habilidade dos indivíduos de adquirir o controle sobre suas vidas. O ponto de partida para a estratégia do empowerment é a percepção da opressão e do oprimido. O conceito de empowerment está enraizado em uma ação social, desenvolvida pelos movimentos dos grass-roots nos Estados Unidos nas décadas de 60-70, dentro do contexto dos direitos civis, do movimento dos direitos das mulheres e dos gays. Suas raízes históricas e ideológicas tem base a teoria de Paulo Freire, com seu trabalho pelos menos favorecidos, no Brasil.<sup>2</sup>

No Brasil, a primeira iniciativa de “empowerment” foi na área da Saúde Mental, através do grupo dos Alcoólicos Anônimos (AA) fundado na década de 70, no Rio de Janeiro. O aumento significativo de grupos desta natureza se deu em decorrência do movimento da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, na década de 80 e 90. Em relação à produção científica brasileira, destaca-se a obra de Paulo Freire, que influenciou as abordagens européias e anglo-saxônicas de “empowerment”. O pensamento freireano difundido em outros países lhe deu reconhecimento internacional, como educador e ativista, em movimentos sociais emancipatórios.<sup>3</sup>

A partir da década de 90, o termo “empowerment” passou a ser utilizado em organizações na área de desenvolvimento. Nesse contexto é



sinônimo de ter poder para tomar decisões, para delegar responsabilidades, ter autoridade e responder administrativamente por empregados<sup>4</sup>.

Já em outras áreas o termo empowerment é compreendido em uma dimensão conceitual ampla, complexa, processual e inacabada, com o propósito de incentivar mudanças positivas. O Dicionário de Direitos Humanos traz o sinônimo de empowerment como: “a criação ou a socialização do poder entre os cidadãos e o reforço da cidadania. O processo de empoderamento inclui a conscientização e a participação com relação a dimensões da vida social, antes desconhecidas ou negadas a determinado grupo ou a um conjunto de uma sociedade. Nesse sentido, empoderamento significa a conquista da condição e da capacidade de participação, inclusão social e exercício da cidadania”.<sup>5</sup>

A palavra empowerment pode ser traduzida como apoderamento e não empoderamento, considerando o substantivo apoderamento formado a partir do verbo apoderar-se.<sup>6</sup> Todavia, a tradução mais usual da palavra “empowerment” na língua portuguesa tem sido empoderamento. A utilização da palavra na língua inglesa preserva a complexidade do termo, mas é possível se arriscar a propor provisoriamente um sentido de: “aumento de poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social”.<sup>3:20</sup>.

O campo da atenção à saúde mental, a partir da década de 50, foi um dos primeiros a utilizar as formulações teóricas e profissionais de empowerment nos países escandinavos. Rapidamente os países de língua inglesa utilizaram as estratégias de “empowerment”; grupos, associações de usuários e familiares da área de saúde mental apropriaram-se das mesmas estratégias, na década de 70, na Holanda, países do norte da Europa e Estados Unidos. A proposta de empowerment se difundiu e se fortaleceu em outros campos a partir de 90. Hoje, as políticas sociais de vários países da Europa, Estados Unidos, Canadá, Austrália e Nova Zelândia usam esse conceito nos movimentos sociais emancipatórios como elemento central.<sup>3</sup>

Os apontamentos históricos acima descritos nos mostram que a área da saúde é uma das áreas pioneiras na utilização das estratégias de ‘empowerment’. A área da saúde mental e saúde coletiva, no Brasil, vem utilizando com propriedade esse conceito, no sentido de fortalecer o usuário do Sistema Único de Saúde, frequentemente como grupo, na busca de melhores condições de vida. Em relação ao sistema público de saúde o “indivíduo/consumidor/usuário é o “elo mais fraco e, portanto,

carente de uma ação empoderadora”<sup>7:35</sup> Em relação ao conceito de empowerment, existem dois aspectos a considerar: o primeiro deles está na relação entre o sujeito cuidado e o enfermeiro, na orientação prévia ao cuidar, e o segundo no desenvolvimento organizacional e profissional do enfermeiro na instituição.<sup>8</sup>

A primeira aproximação a esse conceito nos estimula a considerar o empoderamento como: oportunidade, poder para, autonomia, desejo, caminho para a liberdade, direito à escolha, livre arbítrio, ou seja, cidadania. Pensando desta forma, concebendo-o como o modo de viver que brota de dentro do sujeito e não como algo imposto a ele de fora.<sup>9</sup> Aqui pretendemos focar o empoderamento no contexto da prática clínica dada a experiência profissional na área de cuidados paliativos e, em especial, na área da docência em enfermagem. Além disso, as leituras sobre empoderamento abordavam mais o universo coletivo do que o clínico. Acreditamos que o empoderamento na prática assistencial da área da saúde faz parte do exercício de cidadania, portanto, um exercício a ser desenvolvido dia após dia para a construção de novas relações e consciências.

Vamos focar o empoderamento no contexto dos cuidados paliativos, considerando as relações que se estabelecem entre sujeito cuidado, família e equipe de saúde. Estamos utilizando as palavras usuário, cidadão e sujeito como sinônimos, entendendo que são seres humanos com direitos e deveres previstos na constituição e na atual política de saúde. Não incluímos nessa discussão, as crianças e os adolescentes e não estamos focando os casos em que o sujeito portador de câncer avançado se encontra sem condições cognitivas para tomada de decisão. Nessas situações os familiares devem estar à frente de todo o processo interagindo com a equipe de saúde constantemente.

O termo empoderamento foi interpretado por nós como o poder que cada sujeito portador de câncer avançado possui para escolher o que considera o melhor para si mesmo. Em relação ao poder do profissional da área da saúde, além de ser uma questão de responsabilidade profissional regulamentada por conselhos de classe de cada profissão, também é uma questão de consciência e respeito à decisão do outro. Assim, esse estudo objetivou compreender o que pensam os profissionais de saúde que atuam em cuidados paliativos, acerca de autonomia, liberdade, direito à escolha e livre arbítrio.

## **METODOLOGIA**

Esse estudo seguiu o desenho qualitativo-descritivo e foi desenvolvido em um hospital especializado no tratamento de sujeitos

portadores de câncer, do sul do Brasil no período compreendido entre julho de 2007 e dezembro de 2008. A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista aberta, reunião de grupo e observação participante.

Os participantes foram nove profissionais (médico, farmacêutico, assistente social, nutricionista e enfermeiro), escolhidos intencionalmente e que aceitaram participar do estudo. Sete sujeitos foram entrevistados e três participaram de reunião de grupo, sendo que um dos participantes da reunião também foi entrevistado participando dos dois momentos. Na entrevista, o sujeito participante foi convidado a falar sobre a alta hospitalar, partindo da seguinte frase: como ocorre a alta do sujeito internado no hospital?

Um total de dez entrevistas foram realizadas utilizando aparelho de áudio, transcritas por uma pessoa contratada, ouvidas e lidas várias vezes e apenas uma das entrevistas foi realizada fora do espaço físico da instituição.

A reunião de grupo foi realizada em dia e horário previamente determinado. O convite foi feito pessoalmente através da chefia de enfermagem e da sub-gerência do hospital. O livro de ocorrências também foi utilizado como meio de comunicação e registro para que o maior número de interessados participassem. Além dos profissionais vinculados a instituição foram convidados para reunião um profissional da área do direito e uma enfermeira da área da educação em enfermagem para atuarem como mediadores e observadores externos. Para a reunião de grupo foi proposto a temática “autonomia versus tabagismo” a qual foi decorrente das observações realizadas na instituição que evidenciaram um significativo número de funcionários fumantes. O ambiente escolhido foi próximo ao hospital para facilitar o deslocamento sem transporte e o horário contemplou aos que trabalhavam durante o dia.

A observação participante iniciou trinta dias antes do início das entrevistas e transcorreu ao longo da estada em campo. Diferentes cenários e momentos foram utilizados como a observação da rotina dos profissionais e orientação para alta junto ao familiar, participação na visita semanal de rotina em reunião com a equipe e com acompanhantes, discussão de intercorrência administrativa e clínica enfim, através da discussão da dinâmica do trabalho na instituição. O registro foi realizado em formato de diário de campo.

Os dados foram analisados pelo método de comparação constante<sup>(10)</sup>. Foram transcritos por pessoa contratada e após leitura foram organizados em tabela contendo quatro colunas. Na primeira coluna foram colocados os dados brutos e grifadas as idéias-força que

expressavam o pensamento dos participantes. A segunda continha os recortes grifados, na terceira coluna estava descrito a que se referia aquele dado à esquerda, ou seja, a essência da fala e na quarta as notas ou as reflexões da pesquisadora, permitindo o ir e vir aos dados com novas indagações e hipóteses. Feito isto foram necessárias outras leituras gerando a categoria intitulada **autonomia e poder em cuidados paliativos: a autonomia do outro não é a minha autonomia** com duas sub-categorias: **autonomia e livre arbítrio em cuidados paliativos** e **autonomia e poder na/da prática profissional**.

A resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde<sup>(11)</sup> norteou os aspectos éticos da pesquisa, sendo que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa pelo parecer número 025/2007 e registro CEP 014/2007. O anonimato dos sujeitos foi garantido utilizando-se nomes fictícios de uso comum ao gênero feminino e masculino.

## **AUTONOMIA E LIVRE ARBÍTRIO EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Na área de cuidados paliativos (como em outras) a ênfase na possibilidade do sujeito portador de câncer avançado estar informado sobre o seu real estado de saúde, as terapêuticas disponíveis e o prognóstico são pobremente abordados na relação entre profissional sujeito portador e familiar. Poder fazer escolhas e ser respeitado nas decisões ainda é uma prática que necessita ser fortalecida nos serviços de saúde, especialmente nos públicos onde o valor da livre escolha é pouco enfatizado. Assim, para estabelecer uma relação de confiança entre os sujeitos envolvidos no processo terapêutico há que se passar pelo empoderamento de quem se sujeita a uma intervenção em favor do próprio bem estar.

Dentro desta ótica entendemos que o empoderamento seja a capacidade de uma pessoa para tomar decisões em relação a sua saúde e seus cuidados de forma autônoma e responsável.<sup>12</sup> É uma forma de romper com o modelo paternalista na relação médico-paciente e instituir um modelo de decisões compartilhadas, potencializando as capacidades próprias dos sujeitos para controlarem os agravos de saúde em suas vidas, como vemos na fala a seguir: *Hoje eu vi ele (o sujeito portador de câncer avançado) morrendo lá, em todo o tempo (em que esteve internado) ele estava bem ... pelo menos com possibilidade de ir visitar a família, de ir em casa, tem filho pequeno...e no entanto hoje está morrendo e não teve esta oportunidade. A gente via a desilusão no seu olhar, partia o coração, porque ele não podia mais vivenciar uma expectativa lá fora. Antes eu achava que a alta era quando o paciente*

*realmente estava bem, mas agora eu vejo que o paciente está estável e que ele precisa desta despedida também independente do contexto ele precisa daquele momento, a gente precisa correr o risco.* (Dagmar)

Por cuidados paliativos compreendemos a atenção ativa e completa aos sujeitos, cuja enfermidade não responde ao tratamento curativo. É muito importante o controle da dor e outros sintomas, como também a abordagem aos problemas físicos, psico-sociais e espirituais<sup>13</sup>. A base filosófica de Cuidados Paliativos preconiza que os profissionais observem e respeitem a trajetória escolhida pelo sujeito portador de câncer avançado. A cultura, as opções e estilo de vida de cada sujeito devem ser considerados. O tratamento paliativo tem por objetivo facilitar à família e portadores de câncer avançado uma melhor qualidade de vida.

Na prática clínica é comum que os sujeitos que estão hospitalizados enfrentem reações de julgamento da própria família e também por parte dos profissionais que o cuidam. Essa é a situação muito freqüente quando esse sujeito é fumante. Ser fumante é uma questão que envolve múltiplos fatores e é a primeira causa evitável de agravos de saúde. A epidemia de tabagismo é inteiramente evitável. O tabaco é um fator de risco para seis das oito principais causas de morte no mundo e mata uma pessoa a cada seis segundos. O tabaco mata prematuramente de um terço à metade de todas as pessoas que o usam em média quinze anos antes. Hoje, o consumo de tabaco causa mais de cinco milhões de falecimentos ao ano. O tabaco fumado em qualquer uma de suas formas causa até 90% de todos os cânceres do pulmão e é um fator de risco significativo para acidentes cérebro-vasculares e ataques cardíacos mortais. Tabaco não fumado é também altamente aditivo e causa câncer de cabeça, pescoço, esôfago, pâncreas, assim como muitas patologia buco-dentais.<sup>14</sup> As conseqüências do uso do tabaco são amplamente discutidas em diversos países.

Por isso a reflexão sobre tabagismo versus autonomia em ambiente onde sujeitos portadores de câncer avançado, familiares e funcionários fazem uso do tabaco nos mobilizou a ouvir o sentido de autonomia para os profissionais que utilizam o fumo e trabalham em um ambiente onde muitos sujeitos enfrentam as conseqüências do seu uso. Vejamos a fala de Marley: *“Eu sou fumante e decidi continuar fumando, para mim isto é autonomia. Quando vejo um paciente morrer de câncer de pulmão sem nunca ter fumado aí mesmo que penso: já que ele morreu sem ter o vício eu é que vou continuar com meu vício sem culpa”*.

Haron ao se referir a autonomia, também comentou: *“É bem*

*difícil para a enfermagem ver a morte de uma pessoa, não só no sentido fisiológico da vida, mas também as diferentes mortes, pois às vezes parece que a pessoa não está preparada e sofre muito. Eu não fumo, mas faço uso de bebidas alcoólicas socialmente. Agora com a Lei seca a gente tem que se cuidar mais, mas mesmo assim eu continuo indo e vindo de carro das festas. Isto para mim é autonomia”.*

Empoderamento em uma dimensão ampla consiste numa prática da liberdade e está relacionado à possibilidade de tomar as decisões por si, de exercer o poder da escolha para o que considera adequado ao bem estar, como expressou o profissional na fala acima. Tanto fumar quanto dirigir após o uso de álcool acarreta risco de morte para si e para o outro, e, numa visão individual pode ser considerada como livre escolha, mas do ponto de vista coletivo envolve questões de cidadania.

Outro aspecto a ser considerado é o custo financeiro que o uso do tabaco gera no orçamento dos seus usuários. Ely comentou o diálogo sobre a condição sócio econômica de um familiar de sujeito hospitalizado que estava voltando para casa, ele disse: *“eu vou para casa, estou aqui há um mês e não tenho o que comer [em casa]”*. As dificuldades com a alimentação e continuidade do tratamento comprometem grande parte do orçamento doméstico e a utilização do tabaco onera ainda mais a situação financeira das famílias.

A atenção de familiares em relação ao uso do tabaco na fase em que não existe terapêutica curativa para o câncer é um cuidado e poderá aumentar a angústia e o sentimento de culpa do sujeito que está vivenciando mudanças em sua vida. Os profissionais podem colaborar com abordagens farmacológicas e de apoio psicológico para conduzir as dificuldades que a interrupção do uso do tabaco acarreta. A relação dialógica poderá auxiliar na compreensão da complexidade desta atitude em um momento tão especial para os sujeitos em cuidados paliativos. O diálogo poderá aproximar o desejável do possível em relação à preservação da autonomia de quem fuma. O empoderamento na área de Cuidados Paliativos deveria afastar-se da imposição do caminho a seguir e aproximar-se da tentativa de bem estar do sujeito que está vivenciando a possibilidade real de morte. Para muitos, esse momento representa poder para traçar novos objetivos para viver o tempo que lhes resta.

Vale ressaltar que os dados apontam para uma contradição entre o discurso profissional que diz que o sujeito portador de câncer não pode fumar, portanto não tem autonomia de escolha em quanto o profissional pode expor-se ao risco de ser fumante.

## **Autonomia e poder na/da prática profissional**

O exercício profissional está regulamentado pelos conselhos de classe que determinam a prática de cada profissão através de diretrizes éticas. Na área da saúde a atividade profissional isolada não atende a complexidade das necessidades do ser humano e não dá conta da complexidade dos agravos à saúde. A especificidade de cada profissional fortalece o trabalho em equipe e facilita a melhoria da qualidade da assistência prestada.

A fala abaixo aponta para essa necessidade da articulação entre os serviços, vejamos:

*“Agora temos que preencher o protocolo em que consta a avaliação subjetiva e a prescrição dietética, existe controle a vigilância exige tudo no prontuário, há um cabeçalho a ser preenchido e assinado por nutricionista. A avaliação da aceitação da dieta é em conjunto com a enfermeira porque ela tem todo o controle, ela vê quando troca (a dieta por sonda) e deve escrever se aconteceu alguma coisa. O enfermeiro recebe a prescrição dietética especificada e confere, a partir dali depende muito da enfermagem ... temos encontrado problemas”.*  
(Delci)

Em relação a tomar posição merece ser ressaltado que “[...] uma perspectiva crítica de empowerment implica sempre em tomar partido e em endossar um determinado conjunto de interesses em detrimento de outros, que tendem a perder poder, incluindo a possibilidade, em alguns contextos, de parte significativa de nosso próprio poder profissional”.<sup>3:181</sup> O fazer específico de cada profissional lhe confere responsabilidade e um poder de decisão técnica.

Todavia, muitas vezes os profissionais têm dúvidas sobre seus limites, competências e obrigações, como observamos na fala a seguir: *Se a gente (os enfermeiros) tem um problema, a gente tem que resolver o nosso problema. Até onde é da nossa competência? Até onde é da nossa alçada? O que nós podemos fazer para resolver? A partir de um determinado ponto, se não me pertence eu não vou nem perder tempo discutindo o que acontece nas reuniões. A gente fica dando voltas nos problemas do outro, porque beltrano não faz a prescrição, não cumpre horário. E assim é com a nutricionista, é com a assistente social...no sentido de que o outro é quem tem a culpa de tudo o tempo todo, por isso que eu digo: a mudança é uma busca e é de dentro para fora.*  
(Diany)

O ambiente hospitalar é estressante e é comum que as relações em grupo sejam conflituosas. A complementaridade das ações profissionais em equipe deveria ser valorizada para que o sujeito

cuidado permanecesse o foco de uma atenção humanizada. “Uma das melhores maneiras para a gente trabalhar como seres humanos é não só saber que somos seres incompletos, mas também assumir essa incompletude. Existe pouca diferença entre saber intelectualmente que estamos incompletos e assumir a natureza de ser incompleto. Não somos completos. Temos que nos inserir em um processo permanente de busca. Sem isso morreríamos em vida”<sup>15:43</sup>.

Como seres inacabados que somos, deveríamos estar sempre buscando, descobrindo, criando e tomando consciência dos nossos deveres e direitos. Também é importante que o profissional da área da saúde não se julgue cheio de poder por conta do conhecimento que possui é preciso que esteja engajado no trabalho em equipe com um sentimento de incompletude profissional, menos técnico e mais humanos. Deveria considerar-se responsável em proporcionar o maior bem estar aos sujeitos que cuida. Cada profissional é parte de uma equipe e todos são necessários com o mesmo grau de importância e de compromisso com a equipe, com a instituição e com a sociedade.

Acreditamos que nesta perspectiva é possível trabalhar o conceito empoderamento na área da saúde, como um direito do sujeito usuário, no sentido de inclusão nas decisões da trajetória terapêutica, como um desafio aos profissionais para proporcionar oportunidade de participação a todos sem discriminação e também como uma ferramenta de melhoria da prática assistencial. O empoderamento individual gera o coletivo e o contrário também é verdadeiro assim traze-lo à discussão na prática clínica desde o momento em que o tratamento está sendo proposto até o momento em que a resposta da intervenção não seja a esperada poderá fortalecer o poder dos profissionais em direção a uma prática humanizada.

Pensando nos profissionais como seres incompletos, sujeitos críticos, partícipes de um grupo de seres que se dizem humanos, se faz necessário considerar outra questão: será que nós, enfermeiros, não estamos nos escondendo atrás do discurso que compete a outros profissionais, no sentido de conversar sobre o tratamento e sobre os direitos do cidadão - para fugir da ação de estimular o sujeito que cuidamos a interessar-se sobre o que está acontecendo com ele? Será que a pouca experiência do enfermeiro contribui para essa posição?

*“A maioria dos enfermeiros vieram das escolas [sem experiência na assistência] e os técnicos de outros empregos, daí eles dominam. A gente vê qual o plantão que não tem problema e aquele que não tem respeito com o enfermeiro, que xingam, fazem o que querem” (Lair).*

A formação profissional de qualidade é essencial à uma prática



ética. Profissionais que se integram no trabalho em equipe, que compartilham informações, geralmente sentem-se motivados e comprometidos para dar o melhor de si mesmos. É possível dizer que o empoderamento profissional é uma filosofia porque também depende do modelo de gestão institucional, um modo de entender a empresa e a organização. Desenvolve e favorece o uso de talentos, ocultos ou não, que há no profissional, transforma a potencialidade em capacidade, permite o desenvolvimento de habilidades para o alcance de objetivos tanto em nível pessoal, profissional quanto da organização. Outorgar capacidade de decisão permite que os profissionais pensem, inovem, criem, dando melhores respostas e resultados para as necessidades e problemas organizacionais.<sup>4</sup>

O enfermeiro possuía autonomia para desenvolver o plano de alta hospitalar e o momento de iniciar esse processo deveria ser o resultado do acompanhamento clínico e da possibilidade de alta do sujeito hospitalizado (nota de campo). *Eu acho que a educação para a alta compete ao enfermeiro. Eu vejo aqui no nosso hospital, eu acho que era a farmacêutica que orientava no primeiro andar, não tenho nada contra, mas eu vejo assim, como a gente já está aqui no dia a dia lidando com a família, com o paciente, acho que é muito mais fácil para a gente ter esta relação de orientar, que daí a gente já sabe alguns costumes, eles já vem direto na gente pedir para a gente acrescentar algumas medicações na alta para pedir para o médico porque eles nem pedem para os médicos, daí a gente faz esse papel!.* (Iró)

*O enfermeiro detém o poder do cuidado e tem que saber o que fazer com esse poder. O papel do médico é descobrir um diagnóstico e propor o tratamento, o restante é cuidado do enfermeiro. Já o farmacêutico dispensa o medicamento, enfim, o nutricionista, o fisioterapeuta, tem as suas responsabilidades. O que acontece é que cada um fica com um pedacinho, essas fronteiras deveriam ser nítidas e não separadas como eu acho que seria o desejável e o enfermeiro deveria assumir a sua responsabilidade.* (Ita)

Os sujeitos cuidados e seus familiares seguem mecanicamente o que lhes foi ensinado sem compreender o princípio científico que rege a ação e o ambiente hospitalar pode ser o espaço para ensinar o modo de fazer. Para que isso seja possível é necessário dar menos ênfase na dimensão prescritiva do fazer e sim abrir espaços dialógicos e valorizar as diferenças de valores e expectativas dos sujeitos envolvidos no cuidado<sup>16</sup>. Podemos fazer uma aproximação entre “o modo de fazer” do enfermeiro e o movimento de tornar-se consciente da própria prática: “[...] uma real consciência efetivamente ocorre por meio de prática e

experiência com o mundo. Não se trata de que primeiro você se torna consciente e depois começa a fazer coisas; é por meio das coisas que faz, que você se torne consciente”.<sup>17:253</sup> As decisões deveriam ser tomadas em conjunto tendo em mente a interação igualitária e recíproca entre sujeito cuidado e enfermeiro levando-se em conta os aspectos práticos das consequências destas decisões<sup>18</sup>. Muitas vezes os profissionais tomam as decisões sozinhos e continuam a pensar que este é o seu trabalho – estão fazendo a melhor escolha para os sujeitos que cuidam. Lembramos que isso somente é eticamente legítimo nos casos em que o sujeito cuidado encontra-se impossibilitado de expressar a sua escolha.

A priori, a autonomia deveria ser o eixo na/da prática clínica. A participação na condução terapêutica parece não ser de direito ao usuário/cidadão, ele precisa provar que possui e as diretrizes que regulamentam o exercício legal das profissões assim como os preceitos do atual sistema de saúde são pouco valorizados por profissionais na área da saúde.

### **ALGUMAS CONSIDERAÇÕES PARA FINALIZAR**

Esse estudo permitiu compreender o que pensam os profissionais de saúde que atuam em cuidados paliativos, acerca da autonomia, liberdade, direito à escolha e livre arbítrio. Percebe-se que os profissionais que trabalham na área de cuidados paliativos vivem um grande conflito entre a sua autonomia e a autonomia do sujeito cuidado. Em parte, esse conflito é gerado pelo poder profissional orientado pelo modelo hegemônico do saber centrado no conhecimento científico.

O conhecimento dos profissionais da área da saúde é essencial para disponibilizar as melhores opções terapêuticas ao sujeito portador de câncer avançado, mas nem sempre é a posição do sujeito cuidado cujo direito de escolha e livre arbítrio nem sempre é considerado. Até porque o limite da possibilidade terapêutica não significa o fim da relação profissional-sujeito cuidado. Ao contrário, requer maior aproximação entre eles, uma prática clínica mais criteriosa e, acima de tudo, implementada com a cumplicidade entre os sujeitos envolvidos no processo terapêutico. Vale lembrar, que Cuidados Paliativos é uma maneira de compreender o cuidado com respeito a cultura e aos valores dos sujeitos que estão sendo cuidados, portanto, uma prática profissional sustentada por uma visão de mundo humanizada, com respeito a autonomia do sujeito cuidado.

Para ser possível uma mudança de postura profissional a educação poderá ser o caminho para a superação desse conflito através

de programas de educação continuada/permanente nos hospitais ampliando os momentos de discussão multiprofissional que promovam a ação-reflexão-ação como propõe o pensamento freireano. Outras estratégias também são importantes, como a inserção da filosofia de Cuidados Paliativos nos currículos de formação profissional na área da saúde desenvolvendo a temática do viver humano, de modo a despertar nos futuros profissionais a sensibilidade humana ao lidar com questões que dizem respeito à vida.

O investimento em educação poderá promover a mobilização dos futuros profissionais e dos já graduados para pensar a melhoria da prática assistencial e as implicações na vida dos sujeitos que utilizam os serviços de saúde. Consequentemente, a sociedade poderia vivenciar uma assistência diferenciada aprendendo a requisitar o que lhe é de direito empoderando-se e colaborando também para a qualidade dos serviços de atenção à saúde.

## **REFERÊNCIAS**

- 1 Oakley P, Clayton A. Monitoramento e avaliação do empoderamento (empoderamento). São Paulo (SP): Instituto Polis; 2003.
- 2 Hage AM, Lorenzen M. A philosophical analysis of the concept empowerment; the fundament of an education-programme to the frail elderly. *Nurs Philos* 2005; 6:235-46.
- 3 Vasconcelos EM. O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias. São Paulo (SP): Paulus; 2003.
- 4 Tracy D. 10 passos para o empowerment: um guia para a gestão de pessoas. Tradução de Luiz Euclides Trindade Frazão Filho. Rio de Janeiro (RJ): Campus; 1994.
- 5 Fundo das Nações Unidas para a Infância (Brasil). Dicionário de direitos humanos [online]. UNICEF [acesso 2006 Ago 08]. Disponível em:  
<http://www.codic.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=17> acesso
- 6 Lemos J. Apoderamento ou empoderamento? Sapiência informativo científico da FAPEPI [online]. 2006[acesso em 2006 Ago 08]; 8(3):. Disponível em: <http://www.obj.org.br/site/revista/artigos.asp?id=8>

7 Lefèvre F, Lefèvre AMC. Saúde, empoderamento e triangulação. *Rev Saúde Soc.* 2004; 13(2):32-8.

8 Hallet ML, Luker K. Nurse-patient interaction an decision-making in care: patient involvement in community nursing. *J Adv Nurs* 2006; 55(2):142-50.

9 Marshall TH. *Cidadania classe social e status.* Rio de Janeiro (RJ): Zahar Editores; 1967.

10 Strauss A, Corbin J. *Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de Teoria Fundamentada.* Tradução de Luciane de Oliveira Rocha. 2ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2008.

11 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. *Resolução CNS Nº 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.* Brasília: MS; 1996.

12 Miñana JS. Reflexiones em medicina de familia: empowerment profesional em la atención primaria médica española. *Rev Atención Primaria* 2005; 35(1): 37-42.

13 World Health Organization. *National Cancer Control Programmes: policies and managerial guidelines.* 2ª ed. Geneva: World Health Organization; 2002

14 Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Relatório de OMS sobre a Epidemia Global do Tabagismo, 2008: Pacote Mpower* [página na Internet]. Rio de Janeiro (RJ): MS; 2008 [acesso 2009 Nov 3]. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/OMS\\_Relatorio.pdf](http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/OMS_Relatorio.pdf)

15 Freire P, Norton M. *O caminho se faz caminhando: conversas sobre educação e mudança social.* Petrópolis (RJ): Vozes; 2003.

19 Teixeira MLO, Ferreira MA. Uma tecnologia de processo aplicada ao acompanhante do idoso hospitalizado para sua inclusão participativa nos cuidados diários. *Texto Contexto Enfermagem.* 2009 Jul-Set; 18(3): 409-17.

## **CAPITULO 5 - ALGUMAS CONSIDERAÇÕES PARA FINALIZAR O EXERCÍCIO ACADÊMICO**

A vida chega como o tempo e passa igualmente como ele; se não é aproveitada, fica sepultada no esquecimento do que foi (PECOTCHE, 1949).

A internação hospitalar é um evento importante na vida das pessoas. Em relação ao sujeito portador de câncer avançado, a internação hospitalar passa a ser parte da rotina do tratamento. A necessidade de ir para o hospital tanto pode ser em função da necessidade de ajustes no plano terapêutico quanto da necessidade de proporcionar um descanso para os familiares cuidadores. O período de hospitalização é apropriado para reavaliar os cuidados que estão sendo realizados por familiares e reforçar os cuidados que devem ser melhorados ou modificados e suspender os que não deverão mais ser realizados. Nesse contexto, o processo de alta hospitalar representa um espaço privilegiado para promover a autonomia do sujeito e seus familiares, e para a garantia de um cuidado domiciliar adequado, suporte aos cuidadores familiares e melhoria da qualidade de vida para o sujeito portador de câncer e seus familiares.

Os resultados desse estudo demonstraram que o processo educativo para alta hospitalar do sujeito portador de câncer avançado deve ocorrer de forma sistemática, multidirecional, dialógica, centrada na autonomia do sujeito portador de câncer avançado e inerente à prática de todos os profissionais da equipe de saúde, especialmente a do enfermeiro. O compromisso com o bem estar do sujeito portador de câncer avançado deveria ser o eixo balizador para guiar a equipe profissional na trajetória terapêutica.

Também ficou evidente que os profissionais da equipe de saúde percebem que o enfermeiro é quem está mais próximo dos sujeitos hospitalizados e é o profissional que deve deflagrar o processo de orientação para a alta hospitalar. Os profissionais da equipe de saúde reconhecem que o enfermeiro é o profissional que está na unidade de internação durante todo o período de hospitalização do sujeito portador de câncer avançado, pois desenvolve suas atividades profissionais no mesmo espaço físico que os sujeitos hospitalizados, enquanto os demais profissionais apenas passam visita na unidade de internação. A presença constante na unidade gera maior proximidade, intimidade e amizade,

abrindo oportunidades para conhecer a rotina do sujeito hospitalizado, as suas preferências e os seus anseios. Sendo assim, é do enfermeiro que se espera o início das conversas sobre a alta hospitalar.

Nesse sentido, o enfermeiro precisa estar envolvido com o processo educativo para a alta hospitalar no fazer cotidiano, aproveitando a realização dos procedimentos para explicar aos familiares como deverão proceder em casa. É uma maneira que facilita ao cuidador familiar porque ele poderá observar e ouvir várias vezes como deverá fazer. Desta forma, os cuidadores vão se familiarizando com os procedimentos necessários após a alta hospitalar. A estratégia de orientar todos os dias durante a realização dos procedimentos torna a orientação da alta um processo com ganhos para quem fornece e para quem recebe as orientações.

O processo educativo para alta hospitalar não deve ser um momento isolado da internação, ele deve estar contida na internação; a alta é esperada e desejada durante todo o período que o sujeito se encontra no hospital. Talvez seja uma das perguntas mais realizadas por quem está hospitalizado – quando volto para casa? Por esta razão a possibilidade de alta sempre está presente e não deve ser considerada como algo distante, que não exige atenção constante, que pode ser deixada para o último dia de hospitalização. Falar sobre a alta é uma necessidade diária.

Por isso, atrelar o processo educativo a uma prescrição médica dificulta tanto para quem orienta a alta hospitalar quanto para quem recebe as orientações. É verdade que a prescrição define o plano de medicamentos que o sujeito hospitalizado utilizará em casa. Mas, em relação ao plano de cuidados, na maioria das vezes, ele se mantém em proporções similares ao que foi planejado para a hospitalização e isso facilita a orientação. Podemos dizer que o processo educativo do sujeito hospitalizado, em relação aos cuidados necessários, não deve aguardar uma prescrição de alta hospitalar, quanto antes for iniciado, melhor.

Os resultados demonstraram também que o *enfermeiro coordena a unidade de internação e a equipe de saúde*, e quanto mais o enfermeiro interage com os outros profissionais da equipe de saúde buscando uma participação nas orientações necessárias, quanto maior a interação mais rico se torna o processo educativo para alta hospitalar.

O envolvimento do enfermeiro com a rotina da unidade permite a ele interagir com os serviços técnicos, administrativos e de apoio no hospital. A coordenação da unidade requer uma participação efetiva junto a equipe de saúde e esta aproximação favorece a relação entre os profissionais. Estar em equipe significa pensar junto, dividir as

responsabilidades, cada profissional assumindo o compromisso com a melhoria da orientação para alta hospitalar.

A participação dos familiares e todos os profissionais no processo de alta também foi um resultado encontrado nesse estudo. É indiscutível que a presença do cuidador familiar é importante durante o período de internação hospitalar. Também é necessário que a equipe de saúde tenha atenção para os momentos que o cuidador necessita repousar, distanciar-se um pouco do ambiente hospitalar para reabastecer as energias e seguir cuidando do seu parente após a alta. Todos os profissionais da equipe de saúde hospitalar devem estar comprometidos com o processo educativo necessário ao movimento de retorno do sujeito internado para casa. Toda intervenção é importante, cada profissional atende uma especificidade, a complementaridade das orientações é alcançada quando os profissionais planejam em conjunto. O enfermeiro, o farmacêutico, o assistente social, o nutricionista, o médico, o fisioterapeuta, enfim todos têm o que dizer para melhorar o cuidado e promover o conforto ao sujeito portador de câncer avançado quando está voltando para casa. A confiança que os sujeitos hospitalizados depositam nos profissionais fortalece a relação dialógica necessária ao processo educativo.

Além disso, se verifica uma preocupação com a avaliação do processo de alta hospitalar, ainda que não se verifique grandes mudanças. Um processo sistematizado de avaliação precisa gerar mudanças estruturais/organizacionais, caso contrário perde o sentido. A participação de todos os serviços e profissionais é necessária para melhorar os resultados e as estratégias de envolvimento dos segmentos menos participantes podem ser repensadas.

A articulação hospital/unidade básica de saúde também aparece como uma atividade realizada no processo de alta. É uma atividade que representa um diferencial na atenção com a continuidade do tratamento do sujeito hospitalizado em casa. Além disso, esse contato encaminha os familiares cuidadores para a unidade básica de saúde validando o Sistema Único de Saúde enquanto estratégia de saúde.

É importante que a orientação para alta hospitalar seja uma atividade sistematizada e que ocupe espaço no plano de atividades e também no relatório de enfermagem. A atividade de educação não aparecendo registrada nos documentos do sujeito hospitalizado ela não existe para efeitos legais. Toda atividade educativa junto aos familiares cuidadores e/ou sujeitos internados deve ser registrada em prontuário. Da mesma forma, se faz necessário registrar no prontuário o fornecimento de impressos contendo orientações caso não esteja descrito

na rotina da alta hospitalar.

A utilização de estratégias de ensino aprendizagem nas orientações para alta facilita a compreensão dos procedimentos e promovem maior habilidade aos cuidadores familiares. A demonstração da técnica em material didático, o contato com os materiais que os familiares cuidadores utilizarão em casa, a observação e depois a realização dos procedimentos sob a supervisão do enfermeiro são maneiras de preparar a alta hospitalar. Realizar várias vezes os cuidados necessários em casa facilita a memorização dos mesmos, abre espaço para as dúvidas e para novas explicações.

O processo educativo necessita ser dialógico, partir do conhecimento do cuidador familiar e/ou sujeito hospitalizado e a ele retornar como ponto de chegada. Deve acontecer de forma que promova trocas, em ambas as direções, ao mesmo tempo o profissional ensina e apreende novas formas de fazer. O saber profissional não pode ser o foco de atenção. Por outro lado, o poder de decisão dos sujeitos portadores de câncer avançado deve ser foco de discussão na prática clínica e nos processos formativos.

Ao finalizar este estudo percebo que há necessidade do enfermeiro perceber-se como o profissional que desenvolve a prática educativa no seu fazer diário. Cabe a ele assumir esta identidade. É ele quem coordena a unidade de internação, é uma referência para a equipe de saúde por estar mais próximo dos sujeitos hospitalizados, dos familiares cuidadores e por conhecer detalhes que os outros profissionais da equipe de saúde não acompanham. Assim, está em tempo do profissional enfermeiro assumir a coordenação do processo educativo para alta hospitalar como uma prática sistematizada, dialogada, documentada, envolvendo todos os profissionais da equipe de saúde, pois a *alta hospitalar constitui-se em um espaço para educação em saúde do sujeito portador de câncer avançado e de seus familiares, com vistas a sua autonomia.*

Ao cuidar o enfermeiro poderá educar e ao educar ele poderá cuidar. É uma via de dupla mão, são fazeres que se complementam e não se sobrepõem um ao outro. Não existe maior valia, e sim sinergia. E isto requer sensibilidade no “modo de fazer”, pois gera grandes benefícios ao sujeito que está sendo cuidado e promove o seu empoderamento, favorecendo o exercício da cidadania e a vivência da liberdade - empoderamento em cuidados paliativos é uma atitude para a vida.



## REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. Revisão da tradução e tradução de novos textos Ivone Castilhos Benedetti. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

ASSIS, Mônica; HARTZ, Zulmira M. A. e VALLA, Victor vicent. Programas de Promoção da Saúde do Idoso: uma revisão de literatura científica no período de 1990 a 2002. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, jul./set. 2004.

BEZERRA, Ana Lúcia Queiroz. **O contexto da educação continuada em enfermagem**. São Paulo: Lemar e Martini, 2003.

BRASIL. Projeto Unicef. **Dicionário de direitos humanos**. Disponível em:

<[http://www.codic.pr.gov.br/codic/modules/conteudo/conteudo\\_dir.php?conteudo=19](http://www.codic.pr.gov.br/codic/modules/conteudo/conteudo_dir.php?conteudo=19)> Acesso em: 08 ago. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 777/GM, de 28 de abril de 2004**. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasil: Ministério da Saúde, 2004.

BRANDAO, Carlos Rodrigues. A educação popular na área da Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.5, n.8, Feb. 2001.

CHRISTENSEN, Martin; HEWITT-TAYLOR, Jaqui. “empowerment” in nursing: paternalismo or maternalism. **Br J Nurs**, v.15, n.13, p. 695-699. 2006.

CSIKOS, Agnes; NAGY, Lajos. Hungarians’ Perspectives on End-of-Life Care. **J Palliat Med**, v.11, n.8, p. 1083-1087, 2008.

FLORIANI, Ciro Augusto e SCHRAMM, Fermim Roland. Cuidados Paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, suppl. 2, dez. 2008.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

\_\_\_\_\_. **Educação e mudança**. 21. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da autonomia** – saberes necessários á prática educativa. 7. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do oprimido**. 38. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2004.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. Notas de Ana Maria Araújo Freire. 13ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2006.

FLICK, Uwe. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Tradução de Sandra Netz. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2004.

FREIRE, P; HORTON, M. **O caminho de faz caminhando: conversas sobre educação e mudança social**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

GLASER, B.G; STRAUSS, A.L. **The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research**. New York: Aldine de Gruyter, 1967. 271p

GOMES, P. C. A bioética e a dor: algumas reflexões. In: LEÃO, Eliseth Ribeiro; CHAVES, Lucimara Duarte. **Dor** - 5º sinal vital, reflexões e intervenções de enfermagem. Curitiba: 2004. p.21-24.

HAGE, Anne Merete; LORENSEN, Margarethe. A philosophical analysis of the concept “empowerment”; the fundament of an education-programme to the frail elderly. **Nurs Philos**. 6, p. 235-246, 2005.

HALLET, Millard L.; LUKER, K. Nurse-patient interaction an decision-making in care: patient involvement in community nursing. **J Adv Nurs**, v.55, n.2, p.142-150, 2006

HOBDEN, Alison. Strategies to promote concordance within consultations. **Br J Nurs** v.11, n.7, p. 286-290, 2006.

KLEBA, Maria Elisabeth. Educação em Saúde na Assistência em Enfermagem: um estudo de caso em unidade básica de saúde. In: RAMOS, Flávia Regina; VERDI, Marta e KLEBA, Maria Elisabeth.

**Para pensar o cotidiano:** educação em saúde e a práxis da enfermagem. Florianópolis: UFSC, 1999. p. 121-160

\_\_\_\_\_. **Descentralização do sistema de saúde no Brasil:** limites e possibilidades de uma estratégia para o empoderamento. Chapecó: Argos, 2005. 476p.

KOERICH, Magda Santos. **A formação ética de profissionais da saúde:** o cotidiano de professores e estudantes universitários à luz do pensamento complexo e da razão sensível. Projeto de tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

LAPERRIÈRE, Hélène. Discovering Popular Education in Professional Community. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 294-302, abr-jun. 2007.

LEOPARDI, Maria Teresa. **Metodologia da pesquisa na saúde.** Santa Maria: Pallotti, 2001.

MAFRA, Janson Ferreira. **Fórum Paulo Freire – III encontro Internacional – Educação: o sonho possível - Paulo Freire e o futuro da humanidade.** Los Angeles, set. 2002.

MC COUGHLAN. A necessidade de cuidados paliativos. In: PESSINI, Leo e BERTATICHINI, Luciana. **Humanização e cuidados paliativos.** 2. ed. São Paulo: Loyola, 2004. p.167-179.

MAYEROFF, M. A. **A arte de viver e servir ao próximo para servir a si mesmo.** Rio de Janeiro: Record, 1971

MILLARD, Lynda; HALLET, Cristhine; LUKER, Karen. Nurse-patient interaction and decision-making in care: patient involvement in community nursing. **J Adv Nurs**, v.55, n.2, p.142-150, 2006.

MINAYO, Maria Cecília. **Pesquisa social: teoria método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 1994.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde.** 3.ed. São Paulo/Rio de Janeiro: [s. n.], 1994.

MERCÊS, Nen Nalú Alves das; MARCELINO, Silvana Romagna. **Enfermagem oncológica:** a representação social do câncer e o cuidado paliativo no domicílio. Blumenau: Nova Letra, 2004. 296p

MIRANDA, Karla Corrêa Lima; BARROSO Maria Grasiela Teixeira. A Contribuição de Paulo Freire à Prática e Educação Crítica em

Enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.4, p.631-635, 2004.

MORA, J. F. **Dicionário de filosofia**. Barcelona: Alianza Editorial, 1982.

MORAES, Tânia Mara de. Como Cuidar de um doente em fase avançada de doença. **Rev. o Mundo da saúde**, São Paulo, v.33, n.2, p.231-238, 2009. Disponível em <[http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo\\_saude/67/231a238.pdfem](http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/67/231a238.pdfem)>. Acessado em: 04 nov 2009.

MOREIRA, Marléa Chagas; CAMARGO, Teresa Caldas; CARVALHO, Vilma de; et al. A pesquisa na área da enfermagem oncológica: um estudo das publicações em periódicos nacionais. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.15, n.4, p. 595-600, out-dez. 2006.

NYATANGA, Lovemore; DANN, Katie L. “empowerment” in nursing: the role of philosophical and psychological factors. **Nurs Philos**, n.3, p. 234-239, 2002.

QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira; DANTAS, Maria Catarina de Queiroz; RAMOS, Islane Costa, et al. Tecnologia do cuidado ao paciente renal crônico: enfoque educativo-terapêutico a partir das necessidades dos sujeitos. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.17, n.1, p. 55-63, jan-mar. 2008.

PECOTCHE, Carlos Bernardo González. **Introdução ao conhecimento logosófico**. Tradução de filiados da Fundação Logosófica do Brasil. 2. ed. São Paulo: Logosófica, 2000.

POSSO, I. P. **1º consenso nacional de dor oncológica**. São Paulo: Projetos Médicos, 2002.

RADÜNZ, Vera. **Cuidando e se cuidando: fortalecendo o self do cliente oncológico e o self da enfermeira**. Goiânia: AB, 1998.

\_\_\_\_\_. **Uma filosofia para enfermeiros: o cuidar de si, a convivência com a finitude e a evitabilidade do Burnout**. Florianópolis: PEN/UFSC, 2001.

REBNITZ, Kenya Schmidt; PRADO, Marta Lenise do. **Inovação e educação em enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futura, 2006.

REIS, Maria do Carmo. A Grounded Theory e sua adequação para a investigação da Comunicação das Organizações. In: CONGRESSO

BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, 5-9 setembro 2005. **Anais...** Rio de Janeiro: Intercom, 2005. p.27.

RICALDONI, Carlos Alberto Caciquinho; SENA, Roseni Rosângela de. Educação Permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n.6, pp. 837-842, 2006.

ROSA, Luciana Martins da; MERCÊS, Nen Nalú Alves das; SANTOS, Viviane Euzébia Pereira et al. As faces do conforto: visão de enfermeiras e pacientes com câncer. **Rev. Enferm. UFRJ**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p. 410-4, jul./set. 2008.

SAHLSTEN, M. J. M.; LARSSON, I.E.; LINDENCRONA, C.S.C. et al. Patient participation in nursing care: an interpretation by swedish registered nurses. **J Clin Nurs**, v.14, p. 35-42. 2005.

SAVIANI, Dermeval. **Escola e democracia: polêmicas do nosso tempo**. 31. ed. revisada. Campinas: Autores Associados, 1997.

SOUSA, Daniele Martins; SOARES, Erida de Oliveira; COSTA, Kamyla Maria de Souza et al. A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. **Texto Contexto Enferm**, v.18, n.1, p. 41-7, jan.-mar. 2009.

SOUZA, F.I. de. **Educação em saúde para a pastoral da criança: uma abordagem freireana**. Dissertação (Mestrado em Educação). Fundação Edson Queiroz - Universidade de Fortaleza. Fortaleza, 2003.

STOLTZ, Eduardo Navarra. A “questão agrária” e a saúde pública: considerações em torno de uma crise ao neoliberalismo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n. 1. jan./mar. 2007.

STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet. **Bases de la investigación cualitativa: técnicas e procedimientos para desrrolar la teoria fundamentada**. Antioquia: Universidad de Antioquia, 2002.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de Teoria Fundamentada**. Tradução de Luciane de Oliveira Rocha. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TEIXEIRA, Maria Luiza de Oliveira; FERREIRA, Márcia Assunção. Uma tecnologia de processo aplicada ao acompanhante do idoso hospitalizado para sua inclusão participativa nos cuidados diários. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.18, n. 3, p. 409-417, jul.-set. 2009.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lígia. **Pesquisa em enfermagem** – uma modalidade convergente assistencial. Florianópolis: UFSC, 2004.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.

VALLA, Victor Vicente. **Saúde e educação**. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

VASCONCELOS, E. M. **O poder que brota da dor e da opressão**: empowerment, sua história, teorias e estratégias. São Paulo: Paulus, 2003.

WALDOW, Vera Regina. **Estratégias de ensino na enfermagem**: enfoque no cuidado e no pensamento crítico. Petrópolis: Vozes, 2005.

VOLICH, R. M. O cuidar e o sonhar – por uma outra visão da ação terapêutica e do ato educativo. In: PESSINI, Leo; BERTATICHINI, Luciana. **Humanização e cuidados paliativos**. 2<sup>a</sup> ed. São Paulo: Loyola, 2004. p. 71-81.

WILSON, M. A. **Accompanying them home**: the ethics of hospice palliative care. Tese (Humanities research Program). Queensland University of Technology, Brisbane (Queensland), Australia, 2009.

WORLD HEALTH Organization. **Alívio del lollor y tratamiento paliativo en él câncer**. Série Informe técnicos de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1990.

## APÊNDICES

## **APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE**

O (a) senhor (a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Antes de decidir se deseja participar, é importante que o (a) senhor (a) entenda porque está pesquisa será feita, como suas informações serão usadas, o que o estudo envolver e os possíveis benefícios, riscos e desconfortos envolvidos. Por favor, leia com atenção e cuidado as informações a seguir e se desejar, discuta com sua família e com seus colegas, para que a decisão sobre a sua participação possa ser uma decisão bem informada.

O Objetivo do estudo: conhecer e compreender como ocorre o processo educativo para alta hospitalar do sujeito portador de câncer avançado, durante o período de internação.

Não existe obrigatoriedade em participar

Cabe ao (a) senhor (a) se irá ou não participar. Mesmo que o (a) senhor não queira participar do estudo, o senhor(a) não terá nenhuma desvantagem; caso decida participar o (a) senhor(a) irá receber este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para assinar. Mesmo que decida participar, o (a) senhor ainda será livre para sair do estudo a qualquer momento, bastando para isso informar a sua desistência. Caso considere mais adequado poderá comunicar a sub gerência hospitalar.

Os possíveis desconfortos

Os riscos que os sujeitos participantes da pesquisa estarão expostos são de natureza emocional e poderão gerar sentimento de desesperança no estado da arte da prática profissional. A priori, a reflexão do processo de trabalho suscita uma visão pessimista, no entanto, sem ela não há transformação da realidade. Assim sendo, ao concluir cada momento de coleta dos dados a pesquisadora dará ênfase na necessidade destes momentos reflexivos para construirmos um fazer diferenciado, possibilitando a melhoria da prática profissional e fortalecendo a autonomia do sujeito portador de câncer avançado.

O destino das informações da pesquisa e como os dados pessoais do (a) senhor (a)

Informo que os dados coletados serão mantidos sob sigilo



absoluto e privado, de posse somente pelo pesquisador e orientador desta pesquisa. Também não serão utilizadas imagens fotográficas, tão pouco será realizado filmagem dos procedimentos. A divulgação das informações no meio científico será de forma que preserve o anonimato dos participantes. As informações serão divulgadas em conjunto com as informações de todos os participantes da pesquisa, sendo que o (a) senhor (a) poderá solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação da mesma.

#### Custos de participação

Por ser voluntário e sem interesse financeiro, o (a) senhor (a) não terá nenhum gasto extra e também não terá direito a nenhuma remuneração.

#### Benefícios de participação

A reflexão da prática profissional é uma atividade que desenvolve estímulo para (re) pensar e (re) fazer o cotidiano do processo de trabalho. É também possível que a atividade de pesquisa desencadeie o desejo de fazer pesquisa como forma de melhorar a qualidade dos serviços prestados a população.

#### Contato para quaisquer informações

Em caso de qualquer dano relacionado ao estudo, ou sempre que o (a) senhor (a) tiver dúvida sobre o estudo, por favor entre em contato com:

Pesquisadora: Silvana Romagna Marcelino Fone 0 XX (XX)  
XXXXXXXXXX

Pesquisadora: Marta Lenise do Prado Fone 0 XX (XX)  
XXXXXXXXXX

Se tiver dúvida sobre os seus direitos o (a) senhor (a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através da secretária enfermeira XXXXXXXX através do telefone XXXXXXXX

Eu, \_\_\_\_\_  
recebi informações sobre o estudo acima, além disso, li e entendi todas as informações fornecidas sobre minha participação nesta pesquisa. Tive a oportunidade de discuti-la e fazer perguntas. Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas satisfatoriamente e eu voluntariamente concordo em participar deste estudo.

Ao assinar este termo de consentimento, estou de pleno acordo com os dados a serem coletados, podendo os mesmos serem utilizados conforme descrito neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Entendo que receberei uma cópia assinada deste documento (TCLE).

\_\_\_\_\_  
Assinatura da sub gerência do hospital

\_\_\_\_\_  
Nome do sub gerente

Data .../.../.....

\_\_\_\_\_  
Assinatura do sujeito participante

\_\_\_\_\_  
Nome do participante

Data .../.../.....

\_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha imparcial

\_\_\_\_\_  
Nome da testemunha imparcial

Data .../.../.....

## **ANEXOS**

## ANEXO A – Instrução aos Autores – Revista da Escola de Enfermagem da USP

Rev. esc. enferm. USP - Instruções aos autores



ISSN 0080-6234 *versão impressa*  
ISSN 1980-220x *versão on-line*

### INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Escopo e política](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)
- [Envio de manuscritos](#)

#### Escopo e política

Os manuscritos, que poderão estar em português, inglês e espanhol, devem ser inéditos e destinar-se exclusivamente à **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, tanto no que se refere ao texto, como o figuras ou tabelas, quer na íntegra ou parcialmente, excetuando-se resumos ou relatórios preliminares publicados em Anais de Reuniões Científicas.

Desde setembro de 2009 (volume 42 n.3) a Revista passou a ter uma edição no idioma inglês, que está editada na versão online. No momento em que o trabalho for aceito para publicação, os autores deverão providenciar a tradução para o idioma inglês de acordo com as orientações da **REEUSP**.

Nas pesquisas envolvendo seres humanos, os autores deverão enviar uma cópia de aprovação emitida pelo Comitê de Ética, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS 196/96 ou órgão equivalente no país de origem da pesquisa.

A **REEUSP** apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente

serão aceitos para publicação, a partir de 2007, os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaio Clínico validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

O(s) autor(es) dos textos são por eles inteiramente responsáveis, devendo assinar e encaminhar a Declaração de Responsabilidade e de Cessão de Direitos Autorais.

---

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E DE CESSÃO DE DIREITOS  
AUTORAIS

Vimos submeter à aprovação da **REEUSP** o  
manuscrito.....  
e informamos que todos os procedimentos éticos devidos foram observados. Declaramos que o trabalho é inédito, está sendo enviado com exclusividade à Revista. Concordamos que em caso de aceitação do artigo, os direitos autorais a ele referente passarão a ser propriedade exclusiva da **REEUSP**.

**Categoria do artigo**

\*

Assinaturas dos autores

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---



---



---



---

\* Verifique nas normas os tipos de colaborações aceitos pela Revista.

---

**Categorias de manuscritos aceitos pela Revista**

- **Artigo original:** trabalho de pesquisa com resultados inéditos e que agreguem valores à área de Enfermagem. Limitado a 15 páginas. Sua estrutura deve conter:

- **Introdução:** apresentação e delimitação do assunto tratado, os objetivos da pesquisa e outros elementos necessários para situar o tema do trabalho.

- **Objetivos:** específica de maneira clara e sucinta a finalidade da pesquisa, com detalhamento dos aspectos que serão ou não abordados. Os objetivos podem ser definidos como gerais ou específicos a critério do autor.

- **Revisão da Literatura:** levantamento selecionado da literatura sobre o assunto que serviu de base à investigação do trabalho proposto. Proporciona os antecedentes para a compreensão do conhecimento atual sobre um assunto e esclarece a importância do novo estudo. Em algumas áreas, já existe a tendência de limitar a revisão apenas aos trabalhos mais importantes, que tenham relação direta com a pesquisa desenvolvida, priorizando as publicações mais recentes. Quando não houver necessidade de um capítulo para a Revisão da Literatura em função da extensão histórica do assunto, ela poderá ser incluída na Introdução.

- **Método:** descrição completa dos procedimentos metodológicos que permitam viabilizar o alcance dos objetivos. Devem ser apresentados: tipo de pesquisa, dados sobre o local onde foi realizada a pesquisa, população estudada, tipo de amostra, variáveis selecionadas, material, equipamentos, técnicas e métodos adotados para a coleta de dados, incluindo os de natureza estatística.

- **Resultados:** devem ser apresentados de forma clara e objetiva, sem interpretações ou comentários pessoais, podendo para maior facilidade de compreensão, estarem acompanhados por gráficos, tabelas, figuras, fotografias etc.

- **Discussão:** deve restringir-se aos dados obtidos e aos resultados alcançados, enfatizando os novos e importantes aspectos observados e discutindo as concordâncias e divergências com outras pesquisas já publicadas.
- **Conclusões:** corresponde aos objetivos ou hipóteses de maneira lógica, clara e concisa, fundamentada nos resultados e discussão, coerente com o título, proposição e método.
- **Estudo teórico:** análise de construtos teóricos, levando ao questionamento de modelos existentes e à elaboração de hipóteses para futuras pesquisas. Limitado a 15 páginas.
- **Relato de experiência profissional:** estudo de caso, contendo análise de implicações conceituais, ou descrição de procedimentos com estratégias de intervenção, evidência metodológica apropriada de avaliação de eficácia, de interesse para a atuação de enfermeiros em diferentes áreas. Limitado a 10 páginas.
- **Artigo de revisão:** estudo abrangente e crítico da literatura sobre um assunto de interesse para o desenvolvimento da Enfermagem, devendo apresentar análise e conclusão. Limitado a 10 páginas.
- **À beira do leito:** questões com respostas objetivas sobre condutas práticas. Limitada a 10 páginas.
- **Carta ao editor:** destinada a comentários de leitores sobre os trabalhos publicados na revista, expressando concordância ou não sobre o assunto abordado. Limitada a meia página.

### Descrição dos procedimentos

Cada artigo submetido à Revista é inicialmente analisado quanto ao cumprimento das normas estabelecidas nas *Instruções aos Autores*, sendo sumariamente devolvido em caso de não atendimento. Se aprovado, é encaminhado para avaliação de dois relatores, que o analisam com base no Instrumento de Análise e Parecer elaborado especificamente para tal finalidade, bem como, opinam sobre o rigor metodológico da abordagem utilizada. Havendo discordância nos pareceres, o manuscrito é encaminhado a um terceiro relator. O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento. Os pareceres dos relatores são analisados pelo Conselho editorial que, se necessário, indica as alterações a serem efetuadas. Os trabalhos seguem para publicação somente após a aprovação final dos

pareceristas e do Conselho Editorial.  
Relações que podem estabelecer **conflito de interesse**, ou mesmo nos casos em que não ocorra, devem ser esclarecidas.

**O público potencial e real são:** enfermeiros, profissionais da área da Saúde e estudantes da Enfermagem e área da Saúde.

## Forma e preparação de manuscritos

### Preparo dos manuscritos

Os textos devem ser digitados usando-se o processador MsWord com a seguinte configuração de página: papel tamanho A4, entrelinha 1,5, fonte *Times New Roman*, tamanho 12, margens inferior e laterais de 2cm e superior de 3cm.

**Página de identificação:** deve conter o título do artigo (máximo de 16 palavras) em português, inglês e espanhol, sem abreviaturas e siglas; nome(s) autor(es), indicando no rodapé da página a função que exerce(m), a instituição a qual pertence(m), títulos e formação profissional, endereço (cidade, estado e país) para troca de correspondência, incluindo *e-mail* e telefone. Se for baseado em tese ou dissertação, indicar o título, ano e instituição onde foi apresentada.

- **Citações** - deve ser utilizado o sistema numérico na identificação dos autores mencionados, de acordo com a ordem em que forem citados no texto. Os números que identificam os autores devem ser indicados sobrescritos e entre parênteses. Se forem seqüenciais, deverão ser indicados o primeiro e o último, separados por hífen, ex.: (1-4) ; quando intercalados, os números deverão ser separados por vírgula, ex.: (1-2,4).
- **Notas de rodapé** - deverão ser indicados por asterisco, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.
- **Depoimentos** - frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos da pesquisa devem seguir a mesma regra de citações, quanto a aspas e recuo, porém em itálico, e com sua identificação codificada a critério do autor, entre parênteses.
- **Tabelas** - a elaboração das tabelas deve seguir as "Normas de Apresentação Tabular" estabelecidas pelo Conselho Nacional de Estatística e publicadas pelo IBGE



(1993), limitadas ao máximo de cinco. Quando a tabela for extraída de outro trabalho, a fonte original deve ser mencionada abaixo da Tabela.

- **Apêndices e anexos** - devem ser evitados, conforme indicação da norma NBR 6022.
- **Fotos** - serão publicadas exclusivamente em P&B, sem identificação dos sujeitos, a menos que acompanhadas de permissão por escrito de divulgação para fins científicos.
- **Agradecimentos** - contribuições de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho como assessoria científica, revisão crítica da pesquisa, coleta de dados entre outras, mas que não preencham os requisitos para participar de autoria, devem constar dos "Agradecimentos", no final do trabalho, desde que haja permissão expressa dos nomeados. Também poderão ser mencionada, as instituições que deram apoio, assistência técnica e outros auxílios.
- **Errata:** após a publicação do artigo, se os autores identificarem a necessidade de uma errata, deverão enviá-la à Secretaria da Revista imediatamente e de preferência por e-mail.

**Observação:** As ilustrações (tabela, quadro, figura, foto, gráfico, etc.) não podem ultrapassar o total de cinco.

**Resumo:** deve ser apresentado em português (resumo), inglês (*abstract*) e espanhol (*resumen*), com até 150 palavras (máximo de 900 caracteres), explicitando o objetivo da pesquisa, método, resultados e conclusões.

**Descritores:** devem ser indicados de três a cinco descritores que permitam identificar o assunto do trabalho, acompanhando o idioma dos resumos: português (Descritores), inglês (Key words) e espanhol (Descriptor), extraídos do vocabulário DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), elaborado pela BIREME e/ou (MeSH) Medical Subject Headings, elaborado pela NLM (National Library of Medicine).

**Referências:** Limitadas a 22, exceto nos artigos de revisão. Devem ser normalizadas de acordo com Estilo "Vancouver", norma elaborada pelo International Committee of Medical Journals Editors (<http://www.icmje.org>), e o título do periódico deve ser abreviado de acordo com a List of Journals Indexed (<http://www.nlm.gov/tsd/serials/lji.html>). A lista apresentada no final do trabalho deve ser numerada de forma consecutiva e os autores mencionados de acordo com a seqüência em que

Rev. esc. enferm. USP - Instruções aos autores

foram citados no texto, sem necessidade do número entre parênteses. Ex: 1. Gomes A.

### Envio de manuscritos

O manuscrito deverá ser encaminhado diretamente por via eletrônica (on-line) - Site: <http://submission.scielo.br/index.php/reeusp/login>

[\[Home\]](#) [\[Sobre a revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)

---

© 2009 *Revista da Escola de Enfermagem da USP*

**Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419**  
**05403-000 São Paulo - SP/ Brasil**  
**Tel. /Fax: +55 11 3061-7553**



[reeusp@usp.br](mailto:reeusp@usp.br)

**ANEXO B – Declaração de Responsabilidade e de Cessão de  
Direitos Autorais**

**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E DE CESSÃO DE  
DIREITOS AUTORAIS**

Vimos submeter à aprovação da **REEUSP** manuscrito **A ALTA HOSPITALAR: O QUE DIZ A EQUIPE DE SAÚDE** e informamos que todos os procedimentos éticos devidos foram observados. Declaramos que o trabalho é inédito, está sendo enviado com exclusividade à Revista. Concordamos que em caso de aceitação do artigo, os direitos autorais a ele referente passarão a ser propriedade exclusiva da **REEUSP**.

**Categoria do artigo: original**

Assinaturas dos autores

Silvana Romagna Marcelino

Marta Lenise do Prado

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## ANEXO C - Instruções para Publicação dos Manuscritos – Acta Paulista de Enfermagem

Acta Paulista de Enfermagem



**Universidade Federal de São Paulo**  
**Departamento de**  
**Enfermagem**

21/Nov/2009

**Acta Paulista de Enfermagem**  
 2100

ISSN 0103-

# ACTA

PAULISTA DE ENFERMAGEM

Instruções aos Autores

**Home**

Sobre a Revista  
 Corpo Editorial  
 Como Publicar  
 Publishing Info  
 Assinaturas  
 Arquivo

[English](#)

[Espanol](#)

[Introdução](#)

[Seleção de Artigos](#)

[Carta de Apresentação](#)

[Revisão dos Pareceristas](#)

[Ineditismo do Material](#)

[Apresentação dos Originais](#)

[Exemplos de Referências](#)

[Endereço para envio dos originais](#)



**SCOPUS**

[Acesse arquivo PDF \(242kb\)](#)

### Introdução

**Acta Paulista de Enfermagem** - (Acta Paul Enferm.), ISSN 0103-2100, publicação técnico-científica do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo é publicada trimestralmente com o objetivo de divulgar a produção científica sobre temas relevantes de Enfermagem e áreas afins.

A Acta Paulista de Enfermagem aceita para publicação trabalhos elaborados por enfermeiros, outros profissionais de áreas afins e alunos de enfermagem, redigidos em português, espanhol ou inglês, ficando os textos dos mesmos, sob inteira responsabilidade dos autores, não refletindo obrigatoriamente a opinião do Editores da revista.

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente a Acta Paulista de Enfermagem e organizados segundo as indicações descritas abaixo. A revista tem as seguintes seções:

**Artigos Originais:** trabalhos de pesquisa com resultados inéditos e que agreguem valores à Ciência Enfermagem, com no máximo 14 laudas. Sua estrutura é a convencional, isto é, contendo introdução, métodos, resultados, discussão e conclusão/considerações finais em itens separados, sendo que será aceito subtítulos acrescidos a esta estrutura.

**Artigos de Revisão:** destinados a englobar os conhecimentos disponíveis sobre determinado tema, baseados em uma bibliografia pertinente, crítica e sistemática, acrescido de análise e conclusão, com no máximo 12 laudas.

**Relato de experiência:** destinados a descrever analiticamente a atuação da enfermagem nas diferentes áreas, limitada a 8 laudas.

**Atualização:** destinados a abordar informações atuais sobre temas de interesse da área, e potencialmente investigativos, com no máximo 5 laudas.

**Resenhas:** revisão crítica da literatura científica publicada em livros, orientando o leitor, em uma lauda, quanto as suas características e usos potenciais. Deve conter a referência completa do trabalho comentado.

**Cartas ao editor** - destinadas a comentários de leitores sobre trabalhos publicados na Revista, podendo expressar concordância ou discordância com o assunto abordado, em uma lauda.

[|topo|](#)

### Seleção de Artigos

Na seleção de artigos para publicação, avalia-se o mérito científico do trabalho, sua adequação às normas editoriais e à política editorial adotada pela revista. Nos trabalhos de investigação envolvendo seres humanos deve ser explicitada a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde foi realizada a pesquisa e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes. Os artigos de ensaios/pesquisas clínicas serão avaliados, somente se tiverem recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde e International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

[|topo|](#)

### Carta de apresentação

Os trabalhos deverão vir acompanhados de: a) carta do (s) autor (es), autorizando sua publicação e transferindo os direitos autorais à revista assinada por todos autores. Todos os autores devem assinar a carta enviada ao Editor Científico; b) contribuição dos autores e patrocinadores; c) declaração de inexistência de conflitos de interesses; f) Termo de Consentimento Livre e Informado quando se tratar de pesquisas com seres humanos. Os modelos destas cartas encontram-se disponíveis no endereço: [www.scielo.br/ape](http://www.scielo.br/ape)

[|topo|](#)

### Revisão dos pareceristas

Todos os trabalhos, após aprovação pelo corpo editorial, serão encaminhados para análise e avaliação de dois pareceristas, sendo o anonimato garantido em todo o processo de julgamento. Os comentários serão devolvidos aos autores para as

modificações no texto ou justificativas de sua manutenção. Somente após aprovação final dos editores e consultores, os trabalhos serão encaminhados para publicação.

O Corpo Editorial dispõe de plena autoridade para decidir sobre a conveniência de aceitação do trabalho. Os trabalhos não aceitos serão devolvidos aos autores. Os nomes dos consultores permanecerão em sigilo, omitindo-se também, perante os relatores, os nomes dos autores.

No caso de existir conflito de interesse entre os autores e determinados expertos nacionais ou estrangeiros, deve-se incluir uma carta confidencial num envelope selado dirigido ao Editor Científico da Acta Paulista de Enfermagem, indicando o nome das pessoas que não deveriam participar no processo de arbitragem. Esta informação será utilizada de forma estritamente confidencial. Da mesma forma, os consultores poderão manifestar-se, caso haja conflito de interesse em relação a qualquer aspecto do artigo a ser avaliado.

[|topo|](#)

### **Ineditismo do material**

O conteúdo do material enviado para publicação na Acta Paulista de Enfermagem não pode ter sido publicado anteriormente ou ser encaminhado, simultaneamente, a outro periódico. Para serem publicados em outros locais, ainda que parcialmente, necessitam de aprovação por escrito por parte dos Editores. Os conceitos e declarações contidos nos trabalhos são de total responsabilidade dos autores.

[|topo|](#)

### **Apresentação dos Originais**

Os originais devem ser redigidos na ortografia

oficial e digitados em folhas de papel tamanho A4, com espaço 1,5, fonte Arial 12 e com as 4 margens de 2,5 cm. Encaminhar, também uma cópia do trabalho em disquete conforme a configuração acima, utilizando-se programa processador de texto (Word for Windows). No preparo do original, deverá ser observada, a seguinte estrutura:

**Cabeçalho: Título do artigo e subtítulo** se houver com no máximo 12 palavras, em português, inglês e espanhol.

**Nome do (s) autor (es)** - Nome(s) e sobrenome (s) do(s) autor(es) pelo qual é conhecido na literatura. Nomes completos dos autores com indicação em nota de rodapé do título universitário máximo e a instituição a que pertencem. Destacar nome do autor responsável pela troca de correspondência, e-mail, fone e fax. O endereço eletrônico e para correspondência via Correio serão publicados.

**Referência do artigo**- o título do artigo deverá ser colocado antes do resumo, abstract e resumen, respectivamente.

**Resumo:** com no máximo 150 palavras. Incluir os resumos em português, inglês e espanhol, e devem preceder o texto. Para os artigos originais o resumo deve ser estruturado (Introdução, Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusão); para as demais categorias de artigos não é necessária estruturação.

**Descritores:** Devem acompanhar o resumo, abstract e resumen e correspondem às palavras e expressões que identificam o conteúdo do artigo. Apresentar no máximo 5 descritores em português, inglês e espanhol. Usar para definição dos descritores: Descritores em Ciências da Saúde - DECS. (lista de descritores utilizada na Base de Dados LILACS da Bireme) disponível no endereço <http://decs.bvs.br/> e o Nursing Thesaurus do Internacional Nursing Index poderá ser consultado como lista suplementar, quando for necessário.



**Texto:** Deverá obedecer a estrutura exigida para cada categoria de trabalho, no caso de artigos originais (pesquisa) os resultados devem estar separados da discussão. O ítem conclusão/considerações finais não deve conter citações. As citações no texto devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Identificar as citações por números arábicos, entre parênteses e sobrescrito, sem menção do nome dos autores. Se forem seqüenciais, devem ser separadas por hífen; se forem aleatórias, devem ser separadas por vírgula.

No texto deve estar indicado o local de inserção das figuras, gráficos, tabelas, da mesma forma que estes estiverem numerados, seqüencialmente. Todas as figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) e tabelas deverão ser em preto e branco.

**Agradecimentos:** Inclui colaborações de pessoas que merecem reconhecimento, mas que não justificam sua inclusão como autor; agradecimentos por apoio financeiro, auxílio técnico, etc.

**Referências:** As referências dos documentos impressos e eletrônicos seguem o Estilo Vancouver, elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, atualizadas em 2007. disponível no endereço eletrônico [www.nlm.nih.gov/citingmedicine/](http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/). O alinhamento das referências deve ser feito pela margem esquerda. Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com List of Journals Indexed in Index Medicus e International Nursing Index. Devem ser impressos sem negrito, itálico ou grifo, conforme os exemplos abaixo.

[|topo|](#)

## Exemplos de Referências

### Artigos de periódicos

**Artigo Padrão****Um autor**

Nóbrega-Therrien SM. A enfermeira e o exercício do poder da profissão: a trama da ambigüidade. Acta Paul Enferm. 2004; 17(1):79-86.

**Dois autores**

Queiroz MVO, Jorge MSB. Concepções de promoção da saúde e atuação dos profissionais que cuidam da criança. Acta Paul Enferm. 2004; 17(1):31-7.

**Com três ou mais autores**

Fernandes JD, Guimarães A, Araújo FA, Reis LS, Gusmão MC, Margareth Q. B. Trabuco, MQB et al. Construção do conhecimento de enfermagem em unidades de tratamento intensivo: contribuição de um curso de especialização. Acta Paul Enferm. 2004;17(3):325-32.

**Instituição como Autor**

Center for Disease Control. Protection against viral hepatitis. Recommendations of the immunization. Practices Advisory Committee. MMWR. 1990; 39 (RR-21):1-27.

**Sem indicação de autoria**

For more pregnant women getting antenatal care. J Adv Nurs. 2004;47(6):683-4.

**Volume com suplemento**

Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupation lung cancer. Environ Health Perspect. 1994; 102 Suppl 1:275-82.

**Fascículo com suplemento**

Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de

10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Bioética. 1996; 4(2 Supl):15-25.

#### **Volume em partes**

Milward AJ, Meldrum BS, Mellamby JH. Forebrain ischaemia with CA 1 cell loss impairs epileptogenesis in the tetanus toxin limbic seizure model. Brain.1999; 122(Pt 6):1009-16.

#### **Fascículo em partes**

Jones J. Management of leg ulcers. Nurs Times. 2000; 96(43 Pt2):45-6.

#### **Fascículo sem volume**

Ribeiro LS. Uma visão sobre o tratamento dos doentes mentais no sistema público de saúde. Rev USP. 1999; (43): 55-9.

#### **Sem fascículo e sem volume**

Duhl L. A saúde e a vida cidadina. Saúde Mundo. 1990:10-2.

#### **Artigo com errata publicada**

Hamlin JA, Kahn AM. Herniography in symptomatic patients following inguinal hernia repair. West J Med. 1995; 162(1):28-31. Erratum in: West J Med. 1995; 162(3):278

#### **Artigo no prelo**

Silva LM, Clapis MJ. Compreendendo a vivência materna no primeiro contato com seu filho na sala de parto. Acta Paul Enferm. No prelo 2004.

#### **Editoriais**

Whitaker IY. Atendimento ao trauma: um vasto campo para a enfermeira [editorial]. Acta Paul

Enferm. 2004; 17(2):131.

Livros e outras monografias

### **Indivíduo como autor**

Cassiani SHB. Administração de medicamentos. São Paulo: EPU; 2000.

### **Editor, Organizador, Coordenador como autor**

Almeida MCP, Rocha SMM, organizadoras. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997.

### **Instituição como autor e publicador**

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2001.

### **Capítulo de livro**

Furegato ARF. A conduta humana e a trajetória do ser e do fazer da enfermagem. In: Jorge MSB, Silva WV, Oliveira FB, organizadoras. Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio. São Paulo: Lemos Editorial; 2000. p. 93-116.

Obs: Na indicação de edição o numeral ordinal deve ser mantido de acordo com o idioma original (5a ed., 5th ed. etc.)

### **Trabalho apresentado em evento**

Abreu AS. Atuação do enfermeiro junto às necessidades educativas do paciente submetido à hemodiálise [resumo]. In: 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2000 Out 21-26; Recife. Livro de resumos. Recife: ABEn Seção - PE; 2000. p. 10

### **Dissertação e Tese**

Piroló SM. A equipe de enfermagem e o mito do trabalho em grupo [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo - Escola de Enfermagem; 1999.

Cuenca AMB. O uso da Internet por docentes da área de Saúde Pública [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo - Faculdade de Saúde Pública; 2004.

### **Documentos legais (legislação, doutrina e jurisprudência)/**

Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988.

Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF) 1986; 26 jun. Seção 1:1.

Documentos em formato eletrônico

### **Artigo de periódico**

Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Cienc Saúde Coletiva [Internet] 2004 [citado 2004 Nov 16]; 9 (1):[cerca de 8 p.]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413\\_8123200400010002&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413_8123200400010002&script=sci_arttext&lng=pt)

### **Monografia**

São Paulo (Estado). Secretaria do Meio Ambiente. Entendendo o meio ambiente [Internet]. São Paulo; 1999. v. 1. [citado 2004 Nov 16]. Disponível em: <http://www.bdt.fat.org.br/sma/entendendo/indic1>

**Tabelas:** As tabelas deverão ser envidas em folhas separadas do texto, ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos e encabeçadas por seu título, recomendando-se a não repetição dos mesmos dados em gráficos. Na montagem das tabelas, seguir as "Normas de apresentação tabular", estabelecidos pelo Conselho

Nacional de Estatística e publicados pelo IBGE (1993). O limite são de 5 e tabelas.

**Ilustrações:** As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.) deverão ser numeradas, consecutivamente com algarismos arábicos e citadas como **figuras**. Formato das ilustrações em tif, gif ou jpg. O título das figuras deve ser colocado na parte inferior. Devem ser suficientemente claras para permitir a reprodução. Os gráficos deverão vir preparados em programa processador de gráficos.

**Legendas:** Imprimir as legendas usando espaço duplo, acompanhando as respectivas figuras e tabelas. Cada legenda deve ser numerada em algarismos arábicos, correspondendo a cada figura e tabela e na ordem que foram citados no trabalho.

**Abreviaturas e Siglas:** Devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez no texto. Nas legendas das tabelas e figuras devem ser acompanhadas de seu nome por extenso. As abreviaturas e siglas não devem ser usadas no título dos artigos e nem no resumo.

[|topo|](#)

### Endereço para envio dos originais

ACTA PAULISTA DE ENFERMAGEM  
Universidade Federal de São Paulo - Departamento  
de Enfermagem  
Rua Napoleão de Barros, 754 - V. Clementino - CEP  
04024-002  
SÃO PAULO - SP

---

© 2005 Departamento de Enfermagem / Universidade Federal de São Paulo  
Rua Napoleão de Barros, 754 - Vila Clementino - CEP 04024-002 - São Paulo  
SP - Tel.: 11 5082 3287

E-MAIL: [actapaulenferm@denf.epm.br](mailto:actapaulenferm@denf.epm.br)

## **ANEXO D - Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais – Acta Paulista de Enfermagem**

**Primeiro autor (nome completo): SILVANA ROMAGNA MARCELINO**

**Título do manuscrito: A ALTA HOSPITALAR: o que faz a equipe de saúde**

**1. Declaração de Responsabilidade – Todas as pessoas relacionadas como autores** devem assinar declaração de responsabilidade nos termos abaixo:

- Afirmando que participei suficientemente do trabalho para tornar pública minha responsabilidade pelo conteúdo.
- Afirmando que o artigo representa um trabalho original e que nem **este manuscrito, em parte ou na íntegra**, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outra revista, que seja no formato impresso ou no eletrônico.
- Afirmando que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei na obtenção e fornecimento de dados sobre os quais o artigo está baseado, para exame dos editores.

No caso de artigos **com mais de cinco autores** a declaração deve especificar o(s) tipo(s) de participação de cada autor, conforme abaixo especificado:

- Afirmando que (1) Contribuí substancialmente para a concepção e planejamento do projeto, obtenção de dados ou análise e interpretação dos dados; (2) Contribuí significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; (3) Participei da aprovação da versão final do manuscrito.

**Nome completo e Assinatura do(s) autor(es)**

**Data:**

Silvana Romagna Marcelino

Marta Lenise do Prado

**Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos  
Autorais para a ACTA PAULISTA DE ENFERMAGEM**

**2. Transferência de Direitos Autorais** – Afirmo que em caso de aceitação do artigo, concordo que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva da Acta Paulista de Enfermagem, proibindo qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à Acta Paulista de Enfermagem.

Nome completo e Assinatura do(s) autor(es)

Data:

Silvana Romagna Marcelino

Marta Lenise do Prado



## ANEXO E - Instruções para Publicação dos Manuscritos – Texto&Contexto Enfermagem

Texto contexto-enferm. - Instruções aos autores

Page 1 of 11

TEXTO & CONTEXTO ENFERMAGEM  
TEXT & CONTEXT NURSING / TEXTO & CONTEXTO ENFERMEIRIA

ISSN 0104-0707 versão  
impressa  
ISSN 1980-265X versão online

### INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Objetivo e política](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)
- [Envio de manuscritos](#)

#### Objetivo e política

**Texto & Contexto Enfermagem**, revista do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, destina-se à publicação da produção técnico-científica relacionada à área da saúde e, em especial da enfermagem. Propicia espaço de reflexão e aprofundamento do conhecimento acerca de questões da prática, do ensino e da pesquisa em saúde e enfermagem em nível nacional e internacional.

A Revista é publicada trimestralmente, aceita manuscritos em português, inglês ou espanhol, decorrentes de pesquisa, reflexão, relato de experiência, revisão de literatura, entrevista e resenha. As contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita têm prioridade para publicação.

#### Procedimentos de avaliação dos manuscritos

O artigo submetido é analisado por pares de consultores *ad hoc* credenciados. O processo de avaliação tem o seguinte fluxo: 1. A Coordenadora Editorial da Revista realiza uma primeira revisão dos manuscritos, visando adequar o tema, a área ou o título do trabalho à área dos consultores *ad hoc*; 2. São selecionados dois consultores (de diferentes regiões), para os quais são enviados a cópia do manuscrito, o instrumento de análise e as normas de publicação. A identidade do autor e da instituição de origem é mantida sob sigilo, bem como entre o autor e o consultor; 3. Após a devolução dos manuscritos, pelos dois consultores, a equipe da Revista analisa os pareceres efetuados e, com base no "parecer conclusivo", prossegue com os demais encaminhamentos; 4. Caso os dois consultores tenham rejeitado o manuscrito, é redigida então, uma carta explicativa ao autor, dando ciência da decisão tomada; 5. No caso de um dos consultores indicar o manuscrito para publicação e o outro consultor rejeitá-lo, elege-se um terceiro, que avaliará se o manuscrito é ou não indicado para publicação; 6. Os manuscritos indicados para publicação pelos consultores, são analisados pelo Conselho Diretor, que seleciona os que comporão cada novo número; 7. Os pareceres de aceitação, de necessidade de reformulação ou de recusa são encaminhados aos autores. Todos os manuscritos selecionados para publicação são analisados pela biblioteca da Revista e, revisados pelos técnicos de inglês, espanhol e português.

#### Forma e preparação de manuscritos

### INSTRUÇÕES PARA PUBLICAÇÃO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos submetidos à revista devem atender à sua política editorial e às instruções aos autores, que seguem os "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication" (<http://www.icmje.org>). A tradução deste texto para o português: "Requisitos uniformes para originais submetidos à revistas biomédicas" do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE) atualizada em 2006, está disponível no site: [http://www.iped.com.br/port/normas/normas\\_07.asp](http://www.iped.com.br/port/normas/normas_07.asp).

Os manuscritos enviados à submissão deverão seguir as normas editoriais da **Texto & Contexto Enfermagem**, caso contrário, serão automaticamente recusados. No envio, devem estar acompanhados de uma carta de solicitação de publicação e declaração de responsabilidade (Modelo). Por ocasião do encaminhamento do envio da versão final do manuscrito, após aprovação para publicação, o(s) autor(es) deverão enviar a declaração de transferência de direitos autorais (Modelo). Os autores dos manuscritos recusados para publicação serão informados e o material enviado para a revista não será devolvido.

Os manuscritos apresentados em eventos (congressos, simpósios, seminários, dentre outros) serão aceitos desde que não tenham sido publicados integralmente em anais e que tenham autorização, por escrito, da entidade organizadora do evento, quando as normas do evento assim o exigirem. Poderá ser aceito manuscrito já publicado em periódicos estrangeiros, desde que aprovado pelo Conselho Diretor da **Texto & Contexto Enfermagem** e autorizado pelo periódico em que o manuscrito tenha sido originalmente publicado.

Opiniões e conceitos emitidos nos manuscritos, bem como a exatidão, adequação e procedência das citações bibliográficas, são de exclusiva responsabilidade dos autores, não refletindo necessariamente a posição do Conselho Diretor;

O manuscrito resultante de pesquisa que envolver seres humanos, deverá indicar se os procedimentos respeitaram o constante na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), além do atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada. Para os artigos originais decorrentes de pesquisa realizada no Brasil, indicar o respeito à Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.196, de 10/10/96 e n.251 de 07/08/97. Quando se tratar de resultados de pesquisa, os autores deverão enviar uma cópia da aprovação emitida pelo Comitê de Ética em Pesquisa e mencionar, na metodologia, o número de aprovação do projeto.

A **Texto & Contexto Enfermagem** apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informações sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação, a partir de 2007, os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

A confiança pública do processo de revisão de especialistas e a credibilidade dos artigos publicados dependem, em parte, de como o **conflito de interesse** é administrado durante a redação, revisão por pares e a tomada

de decisão editorial. Os conflitos de interesse podem ser de ordem pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira. Relações financeiras, como por exemplo, através de emprego, consultorias, posse de ações, honorários, depoimento/parecer de especialista são conflitos de interesse mais facilmente identificáveis e que têm maior chance de abalar a credibilidade da revista, dos autores e da própria ciência. Contudo conflitos podem ocorrer por outras razões, tais como relações pessoais, competição acadêmica e paixão intelectual. Outras informações disponíveis no site: [http://www.iped.com.br/port/normas/normas\\_07.asp](http://www.iped.com.br/port/normas/normas_07.asp) deverão ser consultadas.

Os autores são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos de interesse que possam influenciar seu trabalho para que o Conselho Diretor possa decidir sobre o manuscrito. Os autores devem informar no manuscrito o apoio financeiro e outras conexões financeiras ou pessoais em relação ao seu trabalho, quando houver. As relações financeiras ou de qualquer outro tipo que possam levar a conflitos de interesse devem ser informadas por cada um dos autores em declarações individuais (Modelo).

Os manuscritos publicados serão de propriedade da Revista, vedada qualquer reprodução total ou parcial, em qualquer outro meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização da Revista **Texto & Contexto Enfermagem**.

#### CATEGORIAS DE ARTIGOS

Além dos artigos originais, os quais têm prioridade, são publicados relatos de experiência, reflexão, revisão da literatura, entrevista e resenha.

**Artigo original:** são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa científica concluída. A criatividade e o estilo dos autores no formato do manuscrito serão respeitados, no entanto o conteúdo deve ser apresentado de forma a contemplar a introdução, métodos, resultados e discussão. A **introdução** deve ser breve, definir o problema estudado e sua importância, além de destacar as lacunas do conhecimento – "estado da arte". Os **métodos** empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção entre outros devem ser descritos de forma compreensiva e completa. Inserir o número do protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e que a pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos. Os **resultados** devem ser descritos em uma seqüência lógica. Quando forem apresentadas tabelas, quadros e figuras, o texto deve ser complementar e não repetir o conteúdo contido nos mesmos. A **discussão**, que pode ser redigida juntamente com os resultados, deve conter comparação dos resultados com a literatura, a interpretação dos autores, as implicações dos achados, as limitações e implicações para pesquisa futura. Enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões que surgem destes. Sua extensão limita-se a 15 páginas.

**Relato de experiência:** descrições de experiências acadêmicas, assistenciais e de extensão. Sua extensão limita-se a 15 páginas.

**Reflexão:** matéria de caráter opinativo ou análise de questões que possam contribuir para o aprofundamento de temas relacionados à área da saúde e de enfermagem, a que se destina a Revista. Sua extensão limita-se a 15 páginas.

**Revisão da literatura:** compreende avaliação da literatura sobre temas específicos. Deve incluir uma seção que descreva os métodos utilizados para

localizar, selecionar, extrair e sintetizar os dados e as conclusões. Sua extensão limita-se a 10 páginas.

**Entrevista:** espaço destinado à entrevista de autoridades, especialistas ou pesquisadores de acordo com o interesse do Conselho Diretor. Sua extensão limita-se a 5 páginas.

**Resenha:** espaço destinado à síntese ou análise interpretativa de obras recentemente publicadas, limitando-se a 4 páginas. Deve apresentar referência conforme o estilo "Vancouver", da obra analisada.

#### PREPARO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos devem ser preparados de acordo com as normas editoriais da Revista, redigidos na ortografia oficial e digitados com espaço de 1,5cm, configurados em papel A4 e com numeração nas páginas. A margem esquerda e superior será de 3cm e a margem direita e inferior de 2cm. Letra Times New Roman 12, utilizando Editor Word for Windows 98 ou Editores que sejam compatíveis.

**Página de identificação:** a) título do manuscrito (conciso, mas informativo) em português, inglês e espanhol; b) nome completo de cada autor, com seu(s) título(s) acadêmico(s) mais elevado(s) e afiliação institucional; c) o(s) nome(s) do(s) departamento(s) e da instituição(ões) a (os) qual(is) o trabalho deve ser atribuído; d) nome, endereço completo, telefone/fax e endereço eletrônico do autor responsável pela correspondência relacionada ao manuscrito.

**Resumo e Descritores:** o resumo deve ser apresentado na primeira página, em português, espanhol (resumen) e inglês (abstract), com limite de 150 palavras. Deve indicar o(s) objetivo(s) do estudo, o método, principais resultados e conclusões. Abaixo do resumo, incluir 3 a 5 descritores nos três idiomas. Para determiná-los consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) elaborada pela BIREME e disponível na internet no site: <http://decs.bvs.br> ou o Medical Subject Headings (MeSH) do Index Medicus. Quando o artigo tiver enfoque interdisciplinar, usar descritores, universalmente, aceitos nas diferentes áreas ou disciplinas envolvidas.

**Apresentação das seções:** o texto deve estar organizado sem numeração progressiva para título e subtítulo, devendo ser diferenciado através de tamanho da fonte utilizada. Exemplos:

Título = **OS CAMINHOS QUE LEVAM À CURA**

Primeiro subtítulo = **Caminhos percorridos**

Segundo subtítulo = **A cura pela prece**

**Ilustrações:** as tabelas, quadros e figuras devem conter um título breve e serem numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto, sendo limitadas a 5 no conjunto. Exceto tabelas e quadros, todas as ilustrações devem ser designadas como figuras. As **tabelas** devem apresentar dado numérico como informação central, não utilizar traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé da tabela, utilizando os símbolos na seqüência \*, †, ‡, §, ||, ¶, \*\*, ††, ‡‡. Os **quadros** devem apresentar as informações na forma discursiva. Se houver ilustrações extraídas de outra fonte, publicada

ou não publicada, os autores devem encaminhar permissão, por escrito, para utilização das mesmas. As **figuras** devem conter legenda, quando necessário, e fonte sempre que for extraída de obra publicada (as fontes têm que estar na referência). Além das ilustrações estarem inseridas no texto, deverão ser encaminhadas em separado e em qualidade necessária a uma publicação. Não serão publicadas fotos coloridas, exceto em casos de absoluta necessidade e a critério do Conselho Diretor. Se forem utilizadas fotos, as pessoas não poderão ser identificadas, ou então, deverão vir acompanhadas de permissão, por escrito, das pessoas fotografadas. Todas as figuras e/ou fotos, além de estarem devidamente inseridas na sequência do texto, deverão ser encaminhadas em separado com a qualidade necessária à publicação. As imagens deverão ser enviadas no formato jpeg ou tiff, resolução de 300 dpi, tamanho 23x16 cm e em grayscale. Imagens fora dessas especificações não poderão ser utilizadas.

**Citações no texto:** as **citações indiretas** deverão conter o número da referência da qual foram subtraídas, suprimindo o nome do autor, devendo ainda ter a pontuação (ponto, vírgula ou ponto e vírgula) apresentada antes da numeração em sobrescrito. Exemplo: as trabalhadoras também se utilizam da linguagem não verbal.<sup>7</sup>

Quando as citações oriundas de 2 ou mais autores estiverem apresentadas de forma sequencial na referência (1, 2, 3, 4, 5), deverão estar em sobrescrito separados por um hífen. Exemplo: estabeleceu os princípios da boa administração, sendo dele a clássica visão das funções do administrador.<sup>1-5</sup>

As **citações diretas** (transcrição textual) devem ser apresentadas no corpo do texto entre aspas, indicando o número da referência e a página da citação, independente do número de linhas. Exemplo: "[...] o ocidente surgiu diante de nós como essa máquina infernal que esmaga os homens e as culturas, para fins insensatos".<sup>1:30-31</sup>

As citações de pesquisa qualitativa (verbatim) serão colocadas em itálico, no corpo do texto, identificando entre parênteses a autoria e respeitando o anonimato. Exemplo: [...] *envolvendo mais os acadêmicos e profissionais em projetos sociais, conhecendo mais os problemas da comunidade* [...] (e7);

**Notas de rodapé:** o texto deverá conter no máximo três notas de rodapé, que serão indicadas por: \* primeira nota, \*\* segunda nota, \*\*\* terceira nota.

**Referências:** as referências devem estar numeradas consecutivamente na ordem que aparecem no texto pela primeira vez e estar de acordo com os Requisitos Uniformes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE). Exemplos:

#### **Livro padrão**

Gerschman S. A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.

#### **Capítulo de livro**

Melo ECP, Cunha FTS, Tonini T. Políticas de saúde pública. In: Figueredo NMA, organizador. Ensinando a cuidar em saúde pública. São Caetano do Sul: Yends; 2005. p.47-72.

**Livro com organizador, editor ou compilador**

Elsen I, Marcon SS, Santos MR, organizadores. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: EDUEM; 2002.

**Livro com edição**

Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2001.

**Trabalho apresentado em congresso**

Lima ACC, Kujawa H. Educação popular e saúde no fortalecimento do controle social. In: Anais do 7o Congresso Nacional da Rede Unida, 2006 Jul 15-18; Curitiba, Brasil. Curitiba: Rede Unida; 2006. Oficina 26.

**Entidade coletiva**

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual técnico pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: MS; 2005.

**Documentos legais**

Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução No 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: MS; 1996.

Brasil. Lei No 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 26 Jun 1986. Seção 1.

**Tese/Dissertação**

Azambuja EP. É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem?: um estudo sobre as relações existentes entre a subjetividade do trabalhador e a objetividade do trabalho [tese]. Florianópolis: UFSC/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2007.

**Artigo de jornal**

Zavarise E. Servidores da UFSC fazem movimento em defesa do HU. Diário Catarinense, 2007 Jun 28; Geral 36.

**Artigo de periódico com até 6 autores**

Kreutz I, Gaiva MAM, Azevedo RCS. Determinantes sócio-culturais e históricos das práticas populares de prevenção e cura de doenças de um grupo cultural. Texto Contexto Enferm. 2006 Jan-Mar; 15 (1): 89-97.

**Artigo de periódico com mais de 6 autores**

Azambuja EP, Fernandes GFM, Kerber NPC, Silveira RS, Silva AL, Gonçalves LHT, et al. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um Programa de Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm.* 2007 Jan-Mar; 16 (1): 71-9.

**Material audiovisual**

Lessmann JC, Guedes JAD, entrevistadoras. Lúcia Hisako Takase Gonçalves entrevista concedida ao acervo do Grupo de Estudos de História do Conhecimento da Enfermagem GEHCE/UFSC [fita cassete 60 min]. Florianópolis: UFSC/GEHCE; 2006 Jul 23.

**Mapa**

Santos RO, Moura ACSN. Santa Catarina: físico [mapa]. Florianópolis: DCL; 2002.

**Dicionários e referências similares**

Ferreira ABH. Novo dicionário da língua portuguesa. 3a ed. Florianópolis: Ed. Positivo; 2004.

**Homepage/web site**

Ministério da Saúde [página na Internet]. Brasília: MS; 2007 [atualizado 2007 May 04; acesso em 2007 Jun 28]. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

**Material eletrônico**

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Anais do 3o Seminário Internacional de Filosofia e Saúde [CD-ROM]. Florianópolis: UFSC/PEN; 2006.

Barbosa MA, Medeiros M, Prado MA, Bachion MM, Brasil VV. **Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva.** *Rev. Eletr. Enferm.* 2004; 06 (1): [online] [acesso em 2006 Out 01]. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/Revista/revista6\\_1/f1\\_coletiva.html](http://www.fen.ufg.br/Revista/revista6_1/f1_coletiva.html)

Corona MBEF. O significado do "Ensino do Processo de Enfermagem" para o docente Improving palliative care for cancer [tese na Internet]. Ribeirão Preto: USP/EERP; 2005 [acesso 2007 Jun 28]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-06052005-100508/>

**Observação:** trabalhos não publicados não deverão ser incluídos nas referências, mas inseridos em nota de rodapé. Para outros exemplos de referências, consultar o site:

[http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). Para as abreviaturas de títulos de periódicos em português consultar o site: <http://www.ibict.br> e em outras línguas, se necessário, consultar o International Nursing Index, Index Medicus ou o site <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals>

**MODELO**

À Coordenação Editorial

**Texto & Contexto Enfermagem****Carta de solicitação de publicação e declaração de responsabilidade**

Vimos por meio desta, **solicitar a publicação** do manuscrito encaminhado em anexo, sob o título, \_\_\_\_\_ de autoria de \_\_\_\_\_.

**Classificação:****Endereço para correspondência:****Declaração de responsabilidade**

- "Certifico que participei suficientemente da autoria do manuscrito para tornar pública minha responsabilidade pelo conteúdo".

- "Certifico que o manuscrito representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, foi publicado ou está sendo considerado para a publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou no eletrônico".

- "Assumo total responsabilidade pelas citações e referências bibliográficas utilizadas no texto, bem como sobre os aspectos éticos que envolvem os sujeitos do estudo".

- "Atesto que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei na obtenção e fornecimento de dados sobre os quais o manuscrito está baseado, para exame dos editores".

Assinatura do(s) autor(es)

Local, data:

**MODELO**

À Coordenação Editorial

**Revista Texto & Contexto - Enfermagem****Declaração de Transferência de Direitos Autorais**

Os autores abaixo-assinados declaram que os direitos autorais referentes ao artigo (**escrever título do artigo**) que será publicado, se tornarão propriedade exclusiva da **Texto & Contexto Enfermagem**. Do mesmo modo, assumem total responsabilidade pelas citações e referências bibliográficas utilizadas no texto, bem como sobre os aspectos éticos que envolvem os sujeitos do estudo.



Estamos cientes de que é vedada qualquer reprodução total ou parcial, em qualquer parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que, a prévia e necessária autorização, seja solicitada e, se obtida, faremos constar o competente agradecimento à **Texto & Contexto Enfermagem** e os créditos correspondentes.

Autores:

Artigo:

Local e data

#### **MODELO**

À Coordenação Editorial

#### **Texto & Contexto Enfermagem**

#### **Declaração de conflitos de interesse**

Eu, (nome por extenso), autor do manuscrito intitulado (título), declaro que dentro dos últimos 5 anos e para o futuro próximo que possuo ( ) ou não possuo ( ) conflito de interesse de ordem:

- ( ) pessoal,
- ( ) comercial,
- ( ) acadêmico,
- ( ) político e
- ( ) financeiro no manuscrito.

Declaro também que todo apoio financeiro e material recebido para o desenvolvimento da pesquisa ou trabalho que resultou na elaboração do manuscrito estão claramente informados no texto do mesmo.

As relações financeiras ou de qualquer outro tipo que possam levar a um conflito de interesse estão completamente manifestadas abaixo ou em documento anexo:

---

---

Local, data:

Assinatura:

#### **Envio de manuscritos**

- palavras) e descritores (3 a 5 palavras) nos 3 idiomas.
4. Apresentação das seções do manuscrito de acordo com as normas.
  5. Ilustrações (tabelas, quadros e figuras) conforme as normas da Revista e no máximo de 5 no conjunto. As figuras devem ser gravadas em separado, no formato jpeg ou tiff, resolução de 300 dpi, tamanho 23X16 cm.
  6. Citações diretas e indiretas, assim como os verbatims de acordo com as normas.
  7. Manuscrito contendo no máximo 3 notas de rodapé.
  8. Referências redigidas de acordo com as normas.
  9. Manuscrito com número de páginas limite, de acordo com a categoria do artigo.
  10. Cópia do comprovante de pagamento na submissão do manuscrito.

[\[Home\]](#) [\[Sobre esta revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)

---

© 2009 Programa de Pós Graduação em Enfermagem/UFSC

Campus Universitário - Trindade  
88040-970 Florianópolis, Santa Catarina, Brasil  
Tel.: +55 48 3721-9043 / +55 48 3721-9787



[textocontexto@nfr.ufsc.br](mailto:textocontexto@nfr.ufsc.br)

**PROCEDIMENTO PARA A SUBMISSÃO E PUBLICAÇÃO DE MANUSCRITOS**

A taxa de publicação na **Texto & Contexto Enfermagem** é de R\$ 250,00 por artigo a ser pago da seguinte forma.

No encaminhamento inicial efetuar o pagamento de uma **taxa de submissão** no valor de R\$ 45,00. Caso o manuscrito seja aceito, efetuar o restante do pagamento da **taxa de publicação**:

- R\$ 105,00 para assinantes (se todos os autores forem assinantes)
- R\$ 205,00 para não assinantes

O depósito deverá ser realizado no Banco do Brasil, agência 3582-3 e conta corrente 203142-6. O nome do favorecido é Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão Universitária (FAPEU). Enviar cópia do comprovante de pagamento na submissão do manuscrito e o de publicação após ter sido aprovado.

**Obs: não será devolvida a taxa de submissão para os manuscritos não aceitos para publicação.**

Os manuscritos devem ser endereçados para à **Texto & Contexto Enfermagem**, em 1 via impressa, juntamente com o disquete ou o CD ROOM gravado para o seguinte endereço:

**Texto & Contexto Enfermagem**  
Caixa Postal 5057  
CEP: 88.040-970  
Trindade – Florianópolis – SC- Brasil

**Verificação de itens****Itens exigidos para preparação dos manuscritos**

1. Carta de solicitação de publicação e declaração de responsabilidade assinada por todos os autores (Modelo).
2. Declaração de conflitos de interesse individual assinada por cada autor (Modelo).
3. Cópia da aprovação emitida pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em manuscritos resultantes de pesquisa que envolve seres humanos.

**Itens exigidos para envio dos manuscritos**

1. Manuscrito digitado em letra Times New Roman 12, com espaço entre linhas 1,5 cm, configurado em papel A4, com margem esquerda/superior de 3cm e direita/inferior de 2cm, com numeração nas páginas. Utilização de Editor Word for Windows 2000 ou editores compatíveis.
2. Página de identificação.
3. Título (conciso e informativo), resumo (máximo de 150

## **ANEXO F - Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais – Texto&Contexto Enfermagem**

À Coordenação Editorial  
Texto & Contexto Enfermagem

### **Carta de solicitação de publicação e declaração de responsabilidade**

Vimos por meio desta, solicitar a publicação do manuscrito encaminhado em anexo, sob o título **EMPODERAMENTO, AUTONOMIA E PODER EM CUIDADOS PALIATIVOS – a autonomia do outro não é a minha autonomia**, de autoria de Silvana Romagna Marcelino e Marta Lenise do Prado

Classificação: Artigo reflexão

### **Declaração de responsabilidade**

- "Certifico que participei suficientemente da autoria do manuscrito para tornar pública minha responsabilidade pelo conteúdo".
- "Certifico que o manuscrito representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, foi publicado ou está sendo considerado para a publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou no eletrônico".
- "Assumo total responsabilidade pelas citações e referências bibliográficas utilizadas no texto, bem como sobre os aspectos éticos que envolvem os sujeitos do estudo".
- "Atesto que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei na obtenção e fornecimento de dados sobre os quais o manuscrito está baseado, para exame dos editores".

Florianópolis, xxx de xxxxx de 2009.

Silvana Romagna Marcelino

Marta Lenise do Prado

À Coordenação Editorial  
Revista Texto & Contexto – Enfermagem

### **Declaração de Transferência de Direitos Autorais**

Os autores abaixo-assinados declaram que os direitos autorais referentes ao artigo **EMPODERAMENTO, AUTONOMIA E PODER EM CUIDADOS PALIATIVOS – a autonomia do outro não é a minha autonomia** que será publicado no número temático (escrever o tema da T&C) se tornarão propriedade exclusiva da Texto & Contexto Enfermagem. Do mesmo modo, assumem total responsabilidade pelas citações e referências bibliográficas utilizadas no texto, bem como sobre os aspectos éticos que envolvem os sujeitos do estudo.

Estamos cientes de que é vedada qualquer reprodução total ou parcial, em qualquer parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que, a prévia e necessária autorização, seja solicitada e, se obtida, faremos constar o competente agradecimento à Texto & Contexto Enfermagem e os créditos correspondentes.

Artigo: **EMPODERAMENTO, AUTONOMIA E PODER EM CUIDADOS PALIATIVOS – a autonomia do outro não é a minha autonomia**

Florianópolis, xxx de xxxxx de 2009.

Silvana Romagna Marcelino

Marta Lenise do Prado

À Coordenação Editorial  
Texto & Contexto Enfermagem

### **Declaração de conflitos de interesse**

Eu, **Silvana Romagna Marcelino**, autor do manuscrito intitulado: **EMPODERAMENTO, AUTONOMIA E PODER EM CUIDADOS PALIATIVOS – a autonomia do outro não é a minha autonomia**, declaro que dentro dos últimos 5 anos e para o futuro próximo que possuo ( ) ou não possuo ( ) conflito de interesse de ordem:

- ( ) pessoal,
- ( ) comercial,
- ( ) acadêmico,
- ( ) político e
- ( ) financeiro no manuscrito.

Declaro também que todo apoio financeiro e material recebido para o desenvolvimento da pesquisa ou trabalho que resultou na elaboração do manuscrito estão claramente informados no texto do mesmo.

As relações financeiras ou de qualquer outro tipo que possam levar a um conflito de interesse estão completamente manifestadas abaixo ou em documento anexo.

Florianópolis, xxx de xxxxx de 2009.

Silvana Romagna Marcelino

À Coordenação Editorial  
Texto & Contexto Enfermagem

### **Declaração de conflitos de interesse**

Eu, **Marta Lenise do Prado**, autor do manuscrito intitulado: **EMPODERAMENTO, AUTONOMIA E PODER EM CUIDADOS PALIATIVOS – a autonomia do outro não é a minha autonomia**, declaro que dentro dos últimos 5 anos e para o futuro próximo que possuo ( ) ou não possuo ( ) conflito de interesse de ordem:

- ( ) pessoal,
- ( ) comercial,
- ( ) acadêmico,
- ( ) político e
- ( ) financeiro no manuscrito.

Declaro também que todo apoio financeiro e material recebido para o desenvolvimento da pesquisa ou trabalho que resultou na elaboração do manuscrito estão claramente informados no texto do mesmo.

As relações financeiras ou de qualquer outro tipo que possam levar a um conflito de interesse estão completamente manifestadas abaixo ou em documento anexo.

Florianópolis, xxx de xxxxx de 2009.

Marta Lenise do Prado